

جامعة البحرين

قسم علم النفس



كلية الآداب

الصداع التوترى وعلاقته بالقلق لدى مرضى الصداع المزمن بمملكة البحرين في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية

بحث مقدم لاستكمال متطلبات الحصول على درجة الماجستير في علم النفس
الإرشادي

إعداد

فاطمة حسن غريب

الرقم الجامعي: 19962508

إشراف

الدكتور: أحمد سعد جلال

الأستاذ المشارك بقسم علم النفس

جامعة البحرين

مملكة البحرين

مايو ٢٠١٦

نموذج رقم (٢)
صفحة الاعتماد من قبل لجنة التحكيم



جامعة البحرين

كلية الآداب

قسم علم النفس

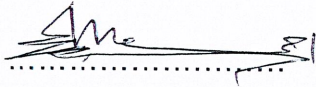
برنامج ماجستير علم النفس الإرشادي

ناقشت الطالبة/ فاطمة حسن غريب الرقم الجامعي: ١٩٩٦٢٥٠٨ الأطروحة التي استكملت بها متطلبات الحصول على درجة الماجستير في علم النفس الإرشادي. والمعنونة "الصداع التوترى وعلاقته بالقلق لدى مرضى الصداع المزمن بمملكة البحرين في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية"، وذلك يوم الأربعاء الموافق ١١ مايو ٢٠١٦.
وتوصي اللجنة بمنحها درجة الماجستير بتقدير: A.....

(لجنة المناقشة)

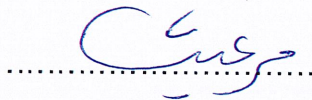
التوقيع

الاسم



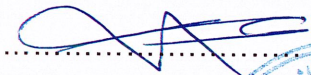
مشرفاً

د. أحمد سعد جلال



ممتحناً خارجياً

د. مريم الشيراوي



ممتحناً داخلياً

د. محمد حسن المطوع



ملخص الدراسة

هدفت الدراسة إلى التعرف على دلالة العلاقة بين الصداع التوترى والقلق لدى العينة، كذلك التعرف على أهم ملامح الشخصية التي تميز مرضى الصداع التوترى بمملكة البحرين، والتعرف على أهم الاضطرابات الجسمية والنفسية-الاجتماعية المصاحبة لنوبات الصداع التوترى، وأثر المتغيرات الديموغرافية (الجنس-العمر - الحالة الاجتماعية- المهنية- المستوى التعليمي) على مستوى الصداع التوترى. وقد اشتملت عينة الدراسة على ٤٠ من مرضى الصداع المزمن بمملكة البحرين بمتوسط عمر ٢٨,٥ سنة ، تم اختيارهم بطريقة كرة الثلج من مستشفى البحرين التخصصي، منهم ٦ ذكراً، و٣٤ أنثاً. استخدمت الدراسة المنهج الوصفي بشقيه (الارتباطي، والفارقي)، واستخدمت مقياس تشخيص الصداع التوترى (النفسي) من إعداد زينب شقير(٢٠٠٣)، ومقياس القلق من إعداد (Costello & Comrey, 1967) وتعريب عبد الفتاح (١٩٨٧).

وأظهرت النتائج أن أهم السمات التي تميز مرضى الصداع التوترى كانت: تعطيل آلام الرأس عن مواصلة العمل والدراسة، وأن مرضى الصداع التوترى يتميزون بالحدة والعصبية، كذلك يتصفون بأنهم شديدي الانشغال بأمورهم الحياتية. وتبين أن أهم الاضطرابات الجسمية التي تميز مرضى الصداع التوترى كانت آلام الرأس التي تفقد الشهية للطعام، والشعور بآلام بالجبهة، كذلك الشعور بشيء ضاغط على الرأس، وأن أهم بنود الاضطرابات النفسية والاجتماعية كانت الحالة النفسية غير المستقرة، وتقلب المزاج من الراحة إلى الضيق أو الغضب أو الملل، والابتعاد عن الناس عند الشعور بالصداع. وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين القلق والصداع التوترى (٣٨)، وأن السمات الشخصية لمرضى الصداع التوترى تفسر (١٤,٧%) من مستوى القلق. وأن المتغيرات الديموغرافية (الجنس- العمر- المهنة- المستوى التعليمي) لم تؤثر على مستوى الصداع التوترى، بينما أثر متغير الحالة الاجتماعية على مستوى الصداع التوترى وكانت الفروق لصالح المتزوجين.

الإهداء

إلى كل محبي العلم والمعرفة.

الشكر والتقدير

بشعور غامر بالتقدير والوفاء، أتقدم بشكري الخالص مقروناً بالإمتنان إلى أستاذي ومعلمي الدكتور الفاضل /أحمد سعد جلال، مشرفي على هذه الرسالة الذي أثار بعلمه ما بين دفتي هذا العمل.

وإلى .. من سار معي خطوة بخطوة نحو الإنجاز ((زوجي الغالي)) وإلى.. كل من أثرى جوانب هذا البحث سواء برأي أو توجيه أو نصيحة، وأخص بذلك أساتذتي الكرام بقسم علم النفس بجامعة البحرين، لما لهم من فضل كبير طوال سنوات الدراسة بالجامعة .

وإلى إدارة مستشفى البحرين التخصصي لتعاونهم في إنجاز هذا العمل، عبر سماحهم بالتطبيق العملي للبحث بكل سلاسة وترحاب فلهم خالص الشكر والتقدير.

قائمة المحتويات

رقم الصفحة	الموضوع
أ	ملخص الدراسة
ب	الإهداء
ج	الشكر والتقدير
	الفصل الأول
	مدخل إلى الدراسة
٢	مقدمة
٣	مشكلة البحث
٤	أسئلة الدراسة
٤	أهداف الدراسة
٥	أهمية الدراسة
٦	حدود الدراسة
٦	مصطلحات الدراسة
	الفصل الثاني
	الإطار النظري والدراسات السابقة
	أولاً: الإطار النظري:
٩	(١)الصداع التوترى
٢٢	(٢)القلق
٣٧	ثانياً: الدراسات السابقة
٥٤	التعليق على الدراسات السابقة
٥٧	ثالثاً: فرضيات الدراسة
	الفصل الثالث
	منهج الدراسة وإجراءاتها
٥٩	منهجية الدراسة
٥٩	مجتمع الدراسة
٦١	عينة الدراسة
٦٢	أدوات الدراسة
٧٠	الأساليب الإحصائية المستخدمة
	الفصل الرابع
	نتائج الدراسة ومناقشتها والتوصيات
٧٢	عرض نتائج الدراسة
٨٤	خلاصة النتائج
٨٥	توصيات الدراسة
٨٦	دراسات مقترحة
٨٧	مراجع الدراسة
٨٨	الملاحق
٩٥	ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية

قائمة الجداول

الرقم	الموضوع	الصفحة
١	إحصائية بعدد مرضى الصداع المزمن بمملكة البحرين.	٦٠
٢	وصف عينة الدراسة .	٦١
٣	تصحيح مقياس الصداع التوترى (النفسي).	٦٢
٤	الارتباط الداخلي بين المقياس ودرجته الكلية.	٦٤
٥	نتائج ثبات مقياس الصداع التوترى .	٦٥
٦	الاتساق الداخلي بين بنود المقياس ودرجتها الكلية .	٦٧
٧	نتائج ثبات مقياس القلق في البيئة المحلية.	٦٨
٨	معاملات ارتباط بيرسون بين أبعاد مقياس الصداع التوترى ودرجته الكلية مع الدرجة الكلية لمقياس القلق لدى أفراد العينة	٧١
٩	ترتيب بنود سمات النمط (A) لدى مرضى الصداع التوترى	٧٢
١٠	ترتيب بنود الاضطرابات الجسمية لدى مرضى الصداع التوترى	٧٤
١١	ترتيب بنود الاضطرابات النفسية والاجتماعية لدى مرضى الصداع التوترى .	٧٧
١٢	أبعاد مقياس الصداع التوترى المستخلصة من معادلة الانحدار الخطي المتعدد المتدرج والتي لها قيم تنبؤية للمتغير التابع(درجة القلق).	٧٩
١٣	أثر المتغيرات الديموغرافية (الجنس-العمر- الحالة الاجتماعية – المهنة- المستوى التعليمي) على الدرجة الكلية لمقياس الصداع التوترى.	٨١

قائمة الأشكال

الرقم	الشكل	الصفحة
١	الفرق بين مكان حدوث الصداع التوترى وباقي أنواع الصداع	١٤
٢	العمر عند بداية ظهور القلق داخلي المنشأ	٢٤
٣	أبعاد مقياس الصداع التوترى المفسرة لمستوى القلق لدى أفراد العينة	٨٠

قائمة الملاحق

الرقم	الملحق
١	قائمة المحكمين
١	مقياس تشخيص الصداع التوترى
٢	مقياس القلق (A)

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

- مقدمة.
- مشكلة البحث.
- أسئلة الدراسة.
- أهداف الدراسة.
- أهمية الدراسة.
- حدود الدراسة.
- مصطلحات الدراسة.

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

مقدمة:

يعيش المجتمع حالياً في عصر يتميز بالسرعة المتلاحقة في شتى مجالات الحياة التي تجعل أفرادَه عرضة لمواقف أو أحداث ضاغطة وغير مألوفة بالنسبة للحياة اليومية المعتادة. حيث أصبحت ضغوط الحياة وأحداثها الحرجة من طبيعة هذا العصر، وبدأت هذه الضغوط تزداد كماً وكيفاً مع تعقد الحضارة وتسارع إيقاع العصر وتحدياته، وتصل هذه الظاهرة إلى حد استهداف العديد من الأفراد وتعرضهم للعديد من الأمراض الجسمية النفسية بشكل يؤثر سلباً على حياة الكثير منهم.

ويمثل الصداع أحد هذه الأمراض ذات التأثيرات الجسمية والنفسية، الأمر الذي جعل العلماء يهتمون بدراسة جانبه النفسي ويضعون الخطط العلاجية المناسبة له، حيث تنتشر آلام الصداع بين كثير من الناس لدرجة أن المصادر تؤكد على أن (٨%) من مجموع السكان يعانون من آلام الصداع، والغالبية الساحقة من هذه الحالات تعاني منه لأسباب نفسية لا عضوية (الغيسوي، ١٩٩٧).

ويعد الصداع التوترى أكثر أنواع الصداع شيوعاً (Karadaş, Inan, Ulaş & Odabaşı, 2013). كما أنه أكثرها تأثيراً من الناحية النفسية، وهو الأكثر شيوعاً بين الراشدين، وهو نفسي المنشأ، وينتج عن الانقباض الطويل للعضلات في الكتفين أو الوجه أو فروة الرأس مما يسبب ضغط على الأوعية الدموية، ويعيق بالتالي تدفق الدم، ويؤدي إلى نقص الأكسجين في العضلات، وتكدس غير طبيعي للتكسينات المسببة للألم والنتيجة صداع توتر، ويتميز هذا الصداع بأنه عادة ما يكون معتدلاً غير قوي، ثابتاً غير نابض وحاد، وقد تبدو على المصاب بالصداع التوترى أعراض التوتر والكآبة والقلق (في: شقير، ٢٠٠٣).

ويعتبر اضطراب القلق من الاضطرابات الانفعالية التي تدخل في دائرة العصاب وهو جزء من الحياة البشرية وأحد لوازم الوجود البشري، إذ أن القلق بمثابة الحرص على الحياة، وهو رغبة في الحياة، إذ تزيد آليات العمل النفسية حين ينتابها شعور غامض بالخطر أو التهديد، لكن زيادة القلق عن الحد الطبيعي يعد أمراً غير طبيعي، ويؤدي إلى شعور الفرد بالعديد من الأعراض الجسمية والنفسية، ومع تزايد هذا الشعور الغامض بالتهديد فإن الفرد يصل إلى حد الاضطراب الذي يحتاج

إلى مساعدة خارجية سواء بالعقاقير أو الأساليب العلاجية والإرشادية لتخفيف حدة هذا الاضطراب (إبراهيم وعسكر، ٢٠١٢).

يتضح مما سبق أن لكل من الصداع التوترى والقلق آثار سلبية على الفرد، وإذا اجتمعا معاً تكون آثارهما السلبية أكثر حدة وتتنوعاً، وهذا يستدعي دراستهما ودراسة تأثيرهما على بعضهما البعض، وهذا ما تسعى إليه الدراسة الحالية من خلال محاولتها التعرف على الصداع التوترى وعلاقته بالقلق لدى مرضى الصداع المزمن بمملكة البحرين.

مشكلة البحث:

يتعرض الإنسان في الحياة المعاصرة لمشاكل نفسية كثيرة من حيث التنوع والشدة نتيجة لتعقد الحياة الاجتماعية وعواملها المختلفة، وهو في كل ذلك عرضة للعديد من الاضطرابات المختلفة ذات الآثار النفسية على الفرد كالاكتئاب والقلق والصداع.

ويعد الصداع وبخاصة الصداع التوترى من الاضطرابات التي لها تأثيرات سلبية على المصابين به. والصداع التوترى أكثر أنواع الصداع شيوعاً، وكثير من مرضى الصداع التوترى يصفون الألم بإحساس الضغط أو الشد حول الرأس، كما لو أن شريطاً قد لف وشد حول الرأس. يبدأ الألم عادة بالتدريج ويزيد بشكل متوازن على مدى عدة ساعات، أحياناً يشتد بحيث يعطل المريض عن القيام بنشاطه المعتاد ويقيده، ويسبب للمصاب التوتر والقلق (الشهاب، ٢٠١٣).

وتوصلت دراسة ماتا وموريرا فيلهو Matta & Moreira Filho (٢٠٠٣) إلى أن إهمال العلاقة بين القلق والصداع التوترى قد تؤدي إلى الفشل في علاج الصداع التوترى والوقاية منه، مما قد يؤدي في النهاية إلى فقدان جودة الحياة لدى هؤلاء المرضى.

لكن المتتبع للدراسات النفسية العربية بشكل عام والبحرينية بشكل خاص، يجد نقصاً واضحاً في دراسة مفهوم الصداع التوترى خاصة لدى مرضى الصداع المزمن، وإذا تطرقنا إلى العلاقة بين الصداع التوترى والقلق نجد أن الدراسات التي تطرقت إلى ذلك أكثر ندرة، حتى على المستوى العربى.

لذا تمثلت مشكلة الدراسة الحالية في سعيها إلى التعرف على الصداع التوترى وعلاقته بالقلق لدى عينة من مرضى الصداع المزمن بمملكة البحرين، ومحاولة الإجابة عن الأسئلة الآتية:

أسئلة الدراسة:

تحاول الدراسة الحالية الإجابة عن التساؤلات الآتية:

- ١- هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين الصداع التوترى والقلق لدى مرضى الصداع المزمن بمملكة البحرين؟
- ٢- ما أهم ملامح الشخصية التي تميز مريض الصداع التوترى لدى مرضى الصداع المزمن بمملكة البحرين؟
- ٣- ما أهم الاضطرابات الجسمية والنفسية - الاجتماعية المصاحبة لنوبات الصداع التوترى لدى مرضى الصداع المزمن بمملكة البحرين؟
- ٤- أي من مكونات الصداع التوترى قادرة على التنبؤ بمستوى القلق لدى مرضى الصداع المزمن بمملكة البحرين؟
- ٥- هل يوجد أثر دال إحصائي للمتغيرات الديموغرافية الآتية في مستوى الصداع التوترى لدى مرضى الصداع المزمن: الجنس- العمر- الحالة الاجتماعية- المهنة- المستوى التعليمي ؟

أهداف الدراسة:

تحاول الدراسة الحالية التحقق من الأهداف الآتية:

- ١- التعرف على دلالة العلاقة الارتباطية بين الصداع التوترى والقلق لدى مرضى الصداع المزمن بمملكة البحرين.
- ٢- التعرف على أهم ملامح الشخصية التي تميز مريض الصداع التوترى لدى مرضى الصداع المزمن بمملكة البحرين.
- ٣- التعرف على أهم الاضطرابات الجسمية والنفسية- الاجتماعية المصاحبة لنوبات الصداع التوترى لدى مرضى الصداع المزمن بمملكة البحرين.
- ٤- التعرف على مكونات الصداع التوترى القادرة على التنبؤ بمستوى القلق لدى مرضى الصداع المزمن بمملكة البحرين.
- ٥- التعرف على دلالة أثر المتغيرات الديموغرافية (الجنس- العمر - الحالة الاجتماعية- المهنة- المستوى التعليمي) على مستوى الصداع التوترى لدى مرضى الصداع المزمن بمملكة البحرين.

أهمية الدراسة:

تتمثل أهمية الدراسة فيما يلي:

أ- الأهمية النظرية:

- من المتوقع أن تثري الدراسة الحالية المكتبة العربية بمعلومات نظرية عن الصداع التوترى وعن القلق، بحيث تعطي للقارئ صورة واضحة عن هذين المفهومين.
- تقدم الدراسة الحالية مجموعة من الدراسات التي تناولت الصداع التوترى والقلق.
- جاءت أهمية الدراسة الحالية في كونها من الدراسات البحرينية الأولى - في حدود علم الباحثة- التي تحاول التعرف على مستوى الصداع التوترى وتأثيراته النفسية على مرضى الصداع المزمن بمملكة البحرين، بحيث يمكن من بناء برامج الإرشاد الموجهة نحو هذه الفئة.
- تحاول الدراسة الحالية الوقوف على طبيعة العلاقة بين الصداع التوترى والقلق لدى مرضى الصداع المزمن بمملكة البحرين للوقوف على طبيعة تأثير الصداع التوترى على مستويات القلق، بحيث يزيد من فهم طبيعة تأثير الصداع التوترى على أفراد المجتمع خاصة في ظل ندرة الدراسات في هذا الجانب.

ب- الأهمية التطبيقية:

- تزود الدراسة الحالية الباحثين بمعلومات وافية عن الصداع التوترى مما يسهل المهمة على الباحثين إجراء دراسات أخرى مماثلة.
- تفتح الدراسة الحالية أمام الباحثين مزيد من الاهتمام بدراسة الصداع التوترى وتأثيراته النفسية على مختلف فئات المجتمع.

حدود الدراسة:

تقتصر الدراسة الحالية على الحدود الآتية:

- **الحدود الزمنية:** تم إجراء الدراسة الحالية في الفصل الدراسي الثاني من العام الدراسي ٢٠١٤-٢٠١٥.
- **الحدود البشرية:** تم إجراء الدراسة الحالية على عينة من مرضى الصداع المزمن بمملكة البحرين.
- **الحدود الموضوعية:** تحددت نتائج الدراسة الحالية بالأدوات التي استخدمت لجمع المعلومات ومؤشرات صدقها وثباتها، وهي: مقياس الصداع التوتري النفسي من إعداد شقير (٢٠٠٣)، ومقياس القلق (ق) عبد الفتاح (١٩٨٧).
- **الحدود المكانية:** تم تطبيق أدوات البحث في المحافظات الأربع بمملكة البحرين.

مصطلحات الدراسة:

أ- الصداع التوتري Tension Headache

يشير مصطلح الصداع التوتري إلى صداع يأتي على صورة آلام ضاغطة في الرأس بأكمله أو آلام ممتدة من مؤخرة الرقبة وحتى الجبين.

كما يشير مصطلح الصداع التوتري إلى شكل حميد من الصداع الذي ينتج من التشنج المؤلم (ضيق العضلات) والتهاب العضلات الرأس والرقبة. وصداع التوتر هو أحد الأشكال الأكثر شيوعاً من الصداع، والذي يؤدي إلى حدوث تشنج وتقلص في عضلات الرأس والرقبة كاستجابة للتعب والإعياء وإجهاد العين والإفراط في التدخين والضغط النفسية والقلق والاكتئاب (Online Medical Dictionary, 2008).

ويعرف مصطلح الصداع التوتري إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها مريض الصداع المزمن بمملكة البحرين على مقياس الصداع التوتري المعتمد في الدراسة الحالية من إعداد شقير (٢٠٠٣).

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

أولاً: الإطار النظري:

- الصداع التوترى.
 - تعريف الصداع التوترى.
 - أنواع الصداع.
 - أعراض الصداع التوترى.
 - أسباب الصداع التوترى.
 - الوقاية والعلاج من الصداع التوترى.
- ثانياً: الدراسات السابقة.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

يتضمن هذا الفصل عرضاً للإطار النظري، والذي يشتمل على الصداع التوترى، والقلق. مختوماً بأهم الدراسات السابقة في المجال.

أولاً : الإطار النظري:

(١) الصداع التوترى:

يعد الصداع التوترى أكثر أنواع الصداع تأثيراً من الناحية النفسية، وهو الأكثر شيوعاً بين الراشدين، وهو نفسي المنشأ، وينتج عن الانقباض الطويل للعضلات في الكتفين أو الوجه أو فروة الرأس مما يسبب ضغط على الأوعية الدموية، ويعيق بالتالي تدفق الدم، ويؤدي إلى نقص الأكسجين في العضلات، وتكدس غير طبيعي للتكسينات المسببة للألم والنتيجة صداع توترى، ويتميز هذا الصداع بأنه عادة ما يكون معتدلاً غير قوى، ثابتاً غير نابض وحاد، وقد تبدو على المصاب بالصداع التوترى أعراض التوتر والكآبة والقلق (شقيير، ٢٠٠٣).

والصداع التوترى من أكثر أنواع الصداع الذي يعانيه -بشكل أو بآخر- أغلب الناس في وقت ما من حياتهم. يكون الألم عادة ثابتاً، شاملاً الرأس، يصفه المريض بأنه غامض، أو ضاغط، مع الإحساس وكأن شريطاً يلف الرأس أو شيئاً ما يضغط على قمته. وعلى خلاف الشقيقة، فالألم قد يستمر أسابيع أو شهوراً دون توقف، وقد تتفاوت شدته، ولا يرافقه قيء أو رهاب الضوء، وقد يخف بانشغال المريض؛ ويتميز بأنه أقل شدة في بداية اليوم، ويزداد إزعاجه للمريض بتقدم الوقت (نحاس، ٢٠١٤).

تعريف الصداع التوترى Tension Headache:

يشير مصطلح "الصداع التوترى إلى الصداع الناجم عن توتر العضلات الناتجة عن الإجهاد أو الإرهاق" (Collins English Dictionary, 2014).

ويشير مصطلح الصداع التوترى إلى صداع يأتي على صورة آلام ضاغطة في الرأس بأكمله أو آلام ممتدة من مؤخرة الرقبة وحتى الجبين. كما يشير مصطلح الصداع التوترى إلى شكل حميد من الصداع الذي ينتج من التشنج المؤلم (ضيق العضلات) والتهاب عضلات الرأس والرقبة. وصداع التوتر هو أحد الأشكال الأكثر شيوعاً من الصداع، والذي يؤدي إلى حدوث تشنج وتقلص في عضلات الرأس والرقبة كاستجابة للتعب والإعياء وإجهاد العين والإفراط في التدخين والضغط النفسية والقلق والاكتئاب (Online Medical Dictionary , 2008).

والصداع التوترى هو "صداع يصيب منطقة الصدع في كلا جانبي القحف على شكل حزام ضاغط، يكون عادة أشد في المساء ولا يستجيب بسهولة لمسكنات الألم المعتادة كالبراسيتول أو الاسبرين. كما يميل هذا النوع من الصداع أن يكون ملازماً للمصاب به بشكل مزمن نسبياً. كما أنه يصيب النساء أكثر من الرجال، وعادة ما يرافق من يعيشون في أجواء متوترة في العمل أو في البيت كرجال الأعمال أو ربات البيوت ذوات الجهد الكثير" (البوجاسم، ٢٠١٠).

نسبة انتشار الصداع التوترى:

حالات الصداع شائعة بشكل كبير، إذ يكاد يشكو الجميع منها بين الفينة والأخرى. وعندما تحدث تلك الحالات مراراً فإنما تكون من أعراض الصداع الناجم عن اضطراب ما. وأكثر أنواع الاضطرابات المرتبطة بالصداع شيوعاً هو الصداع الناجم عن التوتر. وفي البلدان المتقدمة، يصيب هذا النوع من الصداع أكثر من ثلث الرجال وأكثر من نصف النساء. وتشير الدراسات الحديثة إلى نفس النتائج في البلدان النامية. أما عبء الإصابة بالاضطرابات المرتبطة بالصداع التي تتسم بشدة تواتر الصداع فيحظى بقدر أقل من الاعتراف: إذ يشكو شخص واحد من أصل (٢٠) شخصاً بالغاً من الصداع على أساس يومي أو شبه يومي (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٤).

وأظهرت نتائج الدراسات أن ما يقرب من (٩٠%) من النساء وحوالي (٧٠%) من الرجال عايشوا تجربة الصداع التوترى خلال إحدى مراحل حياتهم. ويبدأ ظهور الصداع التوترى عادة في منتصف العمر، ويصل إلى ذروته خلا عقد الاربعينيات من عمر الفرد، وبشكل عام فإن جميع

الأفراد وجميع الأعمار معرضون للإصابة بالصداع التوترى (Mayo Foundation for Medical Education and Research, 2014).

وتفيد تقارير منظمة الصحة العالمية بأن أكثر من (٧٠%) من سكان بعض الدول يشكون خلال حياتهم من الصداع التوترى العرضى، كما يصيب الصداع التوترى المزمن (١-٣%) من البالغين. وغالبا ما يبدأ خلال سنوات المراهقة، وهو يؤثر على النساء أكثر من الرجال بنسبة ثلاث نساء مقابل كل رجلين. وهناك حوالي (١٣) مليون زيارة كل عام في الولايات المتحدة إلى مكاتب الأطباء، ومراكز الرعاية الصحية بسبب الشكوى من أعراض الصداع (Mohammed et al., 2012).

أنواع الصداع:

هناك أنواع عدة من الصداع يجب التمييز بينها وبين الصداع التوترى، ومن أهم أنواع الصداع الأنواع الآتية:

- صداع مصدره الأنف والتهاب الجيوب الأنفية:

وسببه المباشر التهابات الجيوب الأنفية، فيسبب ألماً في مقدمة الرأس والوجه، فيشعر الشخص بألم أشد عندما ينحني للأمام، أو عندما يستيقظ من النوم صباحاً، أو في حالة الرشح الأنفى، أو التهاب الحلق، وهذا الصداع يزداد أثناء ساعات النهار.

- صداع مصدره العين:

فقد يكون من أسباب الصداع إجهاد العين، وهو من الأسباب الشائعة، وهو عادة من النوع غير الحاد، ويجيء من بعد القراءة أو بعد الخياطة لدى السيدات، لا سيما إذا كانت الإنارة ضعيفة، وموضعه مقدمة الرأس عادة، وقد ينسبه صاحبه إلى مؤخر العين.

- صداع مصدره الإعياء:

وقد يكون من أسباب الصداع التعب الشديد، وصفته كصفة الصداع الذي ينشأ من إجهاد العين، وهو يبدأ عادة في ضحى النهار ثم يأخذ بالتزايد.

- صداع الروماتيزم:

يكون الصداع غالباً في مؤخرة الرأس والعنق، ويصاحبه إحساس بتعب عام وقلة ارتياح.

- صداع مصدره الإمساك:

وهو كثير الوقوع، وعادة يقوم المريض عن فراشه صباحاً وهو يحس بالصداع، وهو غير حاد، يصاحبه اختلال مزاج ورغبة عن الطعام.

- الصداع المتعاقب:

يتميز بأن يتصاحب مع الصداع في جانب واحد من الرأس تعرق، تدميع عين، خروج لعاب، سيولة في الأنف وتوهج في الجانب المصاب في الوجه. تحدث النوبة (٦-٨) مرات في اليوم وتستمر كل نوبة من دقائق بسيطة إلى ساعتين لعدة أيام أو أسابيع ثم تتعاقب الحالة بعد فترة.

- صداع الشقيقة أو الصداع النصفى:

يتميز بنوبات من الصداع الحاد ويكون المصاب معافياً بينها، قد تسبق النوبة حال تسمى بالنذير، وفيها يحس المريض بخدر موضعي أو زغلة في النظر تستمر (٤-٦) ساعات بعدما يبدأ الصداع الحاد المصاحب للغثيان والقيء أحياناً. ينتشر هذا النوع من الصداع بين العائلات وقد تكون له مسببات تؤدي إلى حدوث النوبة، وتختلف هذه المسببات من شخص لآخر.

- الصداع التوترى وأنواعه:

ينقسم الصداع التوترى إلى فئتين رئيسيتين: الصداع التوترى العرضي، والصداع التوترى المزمن (Mayo Foundation for Medical Education and Research, 2014b).

١. الصداع التوترى العرضي Episodic tension headaches:

يمكن أن يستمر الصداع التوترى العرضي من (٣٠) دقيقة الى أسبوع. ويتكرر حدوث الصداع التوترى العرضي أقل من (١٥) يوماً في الشهر ولمدة ثلاثة أشهر على الأقل. وإذا تكرر حدوث الصداع العرضي فإنه يتحول الى نوع الصداع التوترى المزمن.

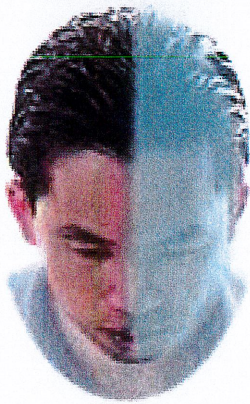
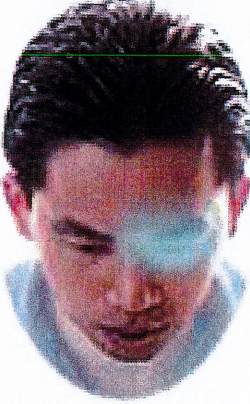
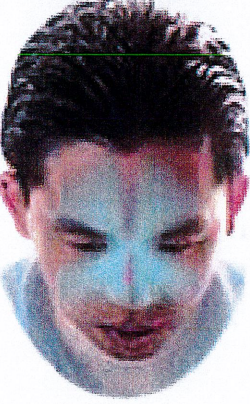
٢. الصداع التوترى المزمن Chronic tension headaches

هذا النوع من الصداع التوترى يدوم ساعات وربما يبقى مستمر الحدوث، وفي حالة حدوث الصداع لدى الفرد لمدة (١٥) يوماً أو أكثر في الشهر لمدة ثلاثة أشهر على الأقل، فإنه يصنف ضمن الصداع التوترى المزمن.

الفرق بين الصداع التوترى والصداع النصفي:

من الصعب جداً التمييز بين الصداع التوترى والصداع النصفي. بالإضافة إلى ذلك، إذا عانى الفرد من تكرار حدوث الصداع التوترى العرضي، فإنه يمكن أن يكون لديه الصداع النصفي. وخلافاً لبعض أشكال الصداع النصفي فإن الصداع التوترى لا يرتبط عادة مع الاضطرابات البصرية والغثيان أو القيء. وعلى الرغم من أن النشاط البدني عادة يزيد من آلام الصداع النصفي، فإنه عادة لا يزيد من الألم المصاحب للصداع التوترى، وبالتالي فإن النشاط البدني الزائد عادة ما يؤثر على المصابين بالصداع النصفي أكثر من تأثيره على المصابين بالصداع التوترى، في المقابل من الممكن أن تزيد الحساسية للضوء أو الصوت من الشعور بالألم لدى مرضى الصداع التوترى، ولكن هذه ليست من الأعراض الاعتيادية (Mayo Foundation for Medical Education and Research, 2014b).

والشكل التالي يوضح الفرق بين مكان حدوث الصداع التوترى وباقي أنواع الصداع:

الصداع النصفي	الصداع التوترى	الصداع العنقودى	صداع الجيوب الأنفية
Migraine: pain, nausea and visual changes are typical of classic form	Tension: pain is like a band squeezing the head	Cluster: pain is in and around one eye	Sinus: pain is behind browbone and/or cheekbones
			

شكل (١): يوضح الفرق بين مكان حدوث الصداع التوترى وباقي أنواع الصداع (المصدر: University of Maryland Medical Center (UMMC). (2014). Tension headache. Medical Reference (Guide, Medical Encyclopedia

أعراض الصداع التوترى:

تتمثل أعراض الصداع التوترى بالأعراض التالية (Mayo Foundation for Medical Education and Research, 2014b):

- الشعور بالبلادة.
- ألم الرأس الشديد.
- الإحساس بالضييق.
- الشعور بالضغط من كل جوانب ومؤخرة الرأس والرقبة وخلف العين والكتف.

وعادة ما يؤثر الألم المرتبط بالصداع التوترى على الرأس كله، ولكن قد يبدأ الشعور بالألم في الجزء الخلفى من الرأس أو فوق الحواجب. بعض الأشخاص يتولد لديهم إحساس بأن طوق يطوق الجمجمة، بينما وصف آخرون الألم بتوتر العضلات في مناطق الرقبة أو الكتف. كثيراً من مرضى الصداع التوترى يوصفون الألم بأنه مستمر وكان شيء يضغط على مناطق الألم. ومعظم الناس المصابين بالصداع التوترى قادرون على مواصلة أنشطتهم اليومية على الرغم من شعورهم بالألم. وبشكل عام لا يرتبط الصداع التوترى بالغثيان أو القيء، وعادة لا تظهر لديهم أعراض الصداع الأخرى، مثل: الحساسية للأضواء الساطعة، والبقع العمياء، أو الخدر أو ضعف الذراعين أو الساقين التي تسبق الصداع، هذه الأعراض عادة ما تستعمل للتمييز بين الصداع التوترى والأنواع الأخرى من الصداع، لكن لابد من الإشارة إلى أن بعض حالات الصداع التوترى يظهر لديها الحساسية للضوء أو الصوت (Taylor, 2014).

وعادة ما تكون الآلام المصاحبة للصداع التوترى قصيرة الأجل، وتستمر في الغالب لعدة دقائق إلى بضع ساعات، وفي حالات نادرة قد يستمر الصداع التوترى لعدة أيام، ويحدث معظم الصداع التوترى بشكل غير منتظم. ومع ذلك في بعض الحالات، قد يستمر حدوث الصداع التوترى أكثر من (١٥) يوماً في كل شهر، وعندما يحدث هذا، يصنف الصداع التوترى على أنه من نوع الصداع التوترى المزمن (Taylor, 2014).

وتسبب اضطرابات الصداع التوترى الألم والعجز/ ويمكن أن تتسبب في معاناة شديدة لدى المصاب، وأن تنغص على المريض حياته، وتتسبب في تكاليف مالية، فنوبات الصداع المتكررة، فضلاً عن الخوف الدائم من النوبة القادمة، يمكن أن تضر بالحياة العائلية والاجتماعية والوظيفية. وعلى الرغم من ذلك يميل كثير من الناس، بمن فيهم العديد من مهنيي الرعاية الصحية، إلى اعتبار الصداع شكوى بسيطة أو عادية. ولهذا لا تحظى أعباء الصداع البدنية والمعنوية والاجتماعية والاقتصادية إلا بقليل من الاعتراف (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٤).

أسباب الصداع التوترى:

لا يوجد أسباب واضحة ومحددة لدى الباحثين ما هي بالضبط أسباب الصداع التوترى. لسنوات عدة اعتقد العلماء أن سبب الصداع التوترى هو شد في عضلات الكتفين والعنق وفروة الرأس، والفك عندما يكون الفرد متوتراً. لكن اختبارات جديدة لقياس توتر العضلات أظهرت أن عضلات الأشخاص الذين يعانون الصداع التوترى ليست أكثر شداً من عضلات الآخرين. وتشير النظريات الحديثة أن الصداع التوترى يحدث بسبب تغيرات تحدث للمواد الكيميائية في الدماغ تسمى الناقلات العصبية بما في ذلك السيروتونين Serotonin، على غرار ما يحدث مع الصداع النصفي. لغاية الآن لا يعرف العلماء السبب في أن مستويات الناقلات العصبية تذهب صعوداً وهبوطاً، ولكن يعتقد أن حركة الناقلات العصبية تنشط مسارات الألم في الدماغ. كما تبين أن ضيق العضلات قد تساعد على حدوث التغيرات في الناقلات العصبية، أو قد يكون ضيق العضلات نتيجة لتغير مستويات المواد الكيميائية في الدماغ (National Library of Medicine, 2014).

ويمكن أن تشمل محفزات الصداع التوترى ما يلي (University of Maryland Medical Center, 2011):

- الضغوط النفسية.
- الاكتئاب.
- القلق.
- إبقاء الرأس في حالة واحدة لفترة طويلة (أثناء استخدام الكمبيوتر على سبيل المثال).
- النوم في مكان غير ملائم أو في غرفة باردة.
- إجهاد العين.
- التعب.
- الإرهاق الشديد.
- ترك بعض وجبات الطعام الرئيسية.
- إصابة الرأس أو الرقبة، حتى سنوات بعد الإصابة.
- انقباض الفك.

- الأدوية، بما في ذلك بعض أدوية الصداع نفسها التي قد تؤدي إلى انتعاش الصداع.
 - التهاب المفاصل.
 - بعض الأطعمة أو المكملات الغذائية لقد تكون أيضا نقطة انطلاق للإصابة بالصداع التوتري بالنسبة لبعض الأفراد.
 - الألم الذي ينشأ في مناطق أخرى، مثلاً: الجيوب الأنفية، يمكن أيضا أن يؤدي إلى صداع توتري، أو الصداع التوتري المصاحب للجيوب الأنفية.
- ومع أن أسباب الصداع التوتري غير معروفة بشكل دقيق لكنها تعزى إلى القلق والتوتر والضغطات النفسية ومشاكل في الحياة، وتكون في العادة في مؤخرة الرأس وأعلى العنق، ويظهر أيضا في كامل الرأس ويتركز فوق العينين. ويبدو كنوع من الشد أو الضغط على الرأس. يكون عادة خفيفاً ويظهر في جانبي الرأس. ويتميز عن صداع الشقيقة بعدم وجود أعراض منبهة ولا يصاحبه غثيان أو تقيؤ أو حساسية للضوء أو الصوت. عادة لا يعيق الصداع المريض عن مواصلة عمله. ويزيد عند التعرض لبعض المحفزات ومنها التدخين والإرهاق والكحول وبعض أنواع الأطعمة والضجيج وضغط العمل وتغيير المناخ وغيره (عبد الكريم، ٢٠١١).
- إن فهم نوبة ومكونات الصداع يعطي الأساس لآلية الدور المحتمل للطعام كمحفز لحدوث هذا الألم. يحدث الشعور الابتدائي بالألم في الأعصاب مع عدم استقطاب لقشرة الخلية العصبية وتحسس في الكتلة العصبية، ثم تحدث خلية أخرى ثانوية ينتج عنها انقباض الأوعية الدموية وتوسع بعد ذلك في هذه الأوعية يتبعها التهاب في الأوعية يحفز بالموصلات العصبية خاصة منها مستقبلات السيروتونين (Millichap & Yee, 2003).
- قد تؤثر المحفزات الغذائية للصداع في فسيولوجية المرض عند مرحلة أو أكثر من مراحل نوبة الشعور بالصداع حيث أن هذه المحفزات قد تؤثر في لحاء المخ، والعصب الثلاثي والعصب الثلاثي في خلية المخ والمهاد البصري في الدماغ Thalamus، أما آليات الفعل المحتملة والمواد الكيماوية الوسيطة المسببة لهذا الفعل المحفز للصداع فتشمل إفراز الأدرينالين، وتأثير الهستامين والجلوتاميت، قد تحفز الكيماويات المحفزة مستقبلات الأعصاب مما يؤدي إلى إفراز الموصلات العصبية أو من خلال تأثيرها المباشر على الخلايا العصبية وبالتالي على مسار الصداع (Millichap & Yee, 2003).
- بالإضافة إلى بعض الأغذية والمشروبات في تحفيزها للصداع هنالك عدد من العوامل الأخرى المعروفة بدورها في حدوث الصداع وتشمل الضغوط النفسية والإرهاق والحرمان من النوم و الأرق

والرضوض في الرأس والالتهابات والدوزة الشهرية وموانع الحمل، وترتبط الضغوط النفسية والمحفزات الأخرى بشكل كبير بنوبات الصداع في الأشخاص المصابين بها ويؤدي القلق إلى زيادة شدة الأعراض وتقارب الفترات في الشعور بالصداع (Millichap & Yee, 2003).

ومن أسباب الصداع المتعلق بمنطقة الرأس الآتي (الناصر، ٢٠٠٨):

- التهابات الجيوب الأنفية: يكون الصداع في مقدمة الرأس وغالباً ما يحدث في الصباح ويزداد عند الانحناء إلى الأمام.
 - أسباب متعلقة بالعين: سواء كان ذلك بسبب ضعف الإبصار أو ارتفاع ضغط العين أو التهابات العين، إذ يكون الصداع في مقدمة الرأس وغالباً بعد إجهاد البصر.
 - التهابات الأذن: وخصوصاً الوسطى، فالألم في منتصف الرأس.
 - التهابات فقرات العنق وتقلصات العضلات العنقية: فيكون الصداع في مؤخرة الرأس.
 - ارتفاع الضغط الداخلي للجمجمة: لأسباب كثيرة منها التهابات الأغشية الدماغية. فالصداع شامل.
 - الصداع العصبي: يكون الصداع نصفياً يشعر به في الصباح ويكون مصحوباً بقيء.
 - تسوس الأسنان: إذ يحس المريض بألم في منطقة الوجه.
 - أورام المخ: يكون الصداع داخلياً عميقاً مستمراً أو متزايداً.
- أما الأسباب العامة التي تؤدي إلى الصداع فهي كذلك كثيرة، ومنها الآتي (الناصر، ٢٠٠٨):
- ارتفاع أو هبوط ضغط الدم: إذ يكون الصداع خفيفاً أو شاملاً.
 - أمراض فقر الدم ونقص الهيموجلوبين.
 - اضطراب الأمعاء والإمساك المزمن وعدم الانتظام في تناول الأطعمة من حيث الكمية منها (كثرة كمية الطعام) أو من ناحية النوعية مثل تناول أطعمة غير طازجة تحتوي على نسب عالية من المواد المصنعة وقليلة في نسبة الألياف.

- حالات الحمى وارتفاع درجة حرارة جسم الإنسان: إذ يكون الصداع شاملاً للرأس بكامله.
- السهر وقلة النوم يؤديان إلى الشعور بالتعب والحمول وألم في الرأس.
- نقص نسبة الأكسجين في الجسم أو زيادة نسبة أول أكسيد الكربون المستنشق، وهذا يحدث لدى البعض بسبب عادات غير صحيحة، منها استخدام الفحم غير المشتعل اشتعالاً كاملاً وذلك لإحراق البخور والعود للتطبيب. ومن المعروف أن الفحم غير المشتعل اشتعالاً كاملاً يعطي نسبة كبيرة من أول أكسيد الكربون السام لجسم الإنسان.

الوقاية والعلاج من الصداع التوترى:

للوقاية من الصداع التوترى يجب التعامل مع الضغوط بطريقة سليمة، مراعاة وضع الرقبة عند الجلوس على المكتب أو النوم، تغيير أنماط الحياة إلى أنماط صحية كمزاولة الرياضة والاسترخاء. والعلاج يكمن في تناول المسكنات البسيطة كالبنادول أو الأسبرين عند بداية الإحساس بالألم وعدم الخوف من الإدمان عليها، فهذه المسكنات لا تسبب الإدمان وأخذها في بداية الألم يجهض النوبة في بدايتها (الجودر، ٢٠٠٤).

إن هذا النوع أقل استجابة للعلاج البسيط وعملية تشخيصه تعتمد على استبعاد الأسباب الأخرى للصداع. حيث تتطلب عملية تشخيصه على أخذ تفاصيل وصف الألم واشتداده في أوقات وأماكن التوتر، وإجراء بعض الفحوصات للدم أو التشخيص الشعاعى لاستبعاد الاحتمالات الأخرى. كما أن علاجه قد يحتاج لمضادات الكآبة ومسكنات الآلام القوية الأخرى (البوجاسم، ٢٠١٠).

على الرغم من الصداع التوترى يمكن أن يسبب آلاماً مزعجة، لكن من النادر أن يكون علامة على مرض أكثر خطورة. ويمكن لمزيج من تغيير نمط الحياة، وتقنيات الاسترخاء، والعلاجات التقليدية والتكميلية أن تساعد على التقليل من آثار الصداع التوترى لدى الفرد (University of Maryland Medical Center, 2011).

وللوقاية من الصداع يجب الابتعاد عن مسببات متى عرفت وبإمكان المريض ملاحظة النوبات وقائمة المسببات التي سبق ذكرها، فلو لاحظ أن هناك سبباً يتكرر مع نوبات الصداع ابتعد عنه، قد يصف الطبيب نوعاً من العلاج لبعض الحالات للوقاية من النوبات. والعلاج يكمن في

الانتقال إلى حجرة هادئة مظلمة عند حدوث النوبة، كمادات ماء باردة، أخذ المسكنات البسيطة كالبنادول والأسبرين عند بداية النوبة، في الحالات الشديدة قد يصف الطبيب أنواعاً أخرى من العلاج، العلاج بالخوخ بالإبر الصينية (الجودر، ٢٠٠٤).

إن الصداع المتكرر يؤثر سلباً على سير الحياة اليومية، وهناك العديد من الخيارات التي يمكن أن يتبعها الفرد للوصول إلى نمط حياة صحي يمكن أن يساعده على تجنب الألم الناجم عن الصداع التوترية، بما في ذلك النظام الغذائي وممارسة الرياضة والاسترخاء. وتساعد العوامل التالية على زيادة نمط الحياة الصحي لدى الفرد بشكل يقلل من حدة الصداع التوترية وآثاره (Mayo Foundation for Medical Education and Research, 2014c):

- أكل الأطعمة الصحية: المواظبة على تناول وجبات الطعام الثلاث، وخاصة وجبة الإفطار، والالتزام بشرب الماء بشكل دوري طوال اليوم.
- ممارسة الرياضة بانتظام: خلال ممارسة النشاط البدني، فإن الجسم يطلق بعض المواد الكيميائية التي تمنع من وصول إشارات الألم إلى الدماغ، وأي نوع من الرياضات التي تتناسب مع الوضع الصحي للفرد يمكن ممارستها خاصة المشي والسباحة وركوب الدراجات، لكن من المهم أن يبدأ الفرد ممارسته للرياضة بشكل تدريجي، لأن ممارسة الرياضة بقوة من أول مرة يمكن أن يؤدي إلى الإصابة ببعض أنواع الصداع.
- الحصول على قسط كاف من النوم: إن التعود على الاستيقاظ والذهاب إلى الفراش في نفس الوقت كل يوم، حتى في عطلة نهاية الأسبوع، والاسترخاء قبل الذهاب إلى السرير، ومن الممكن ممارسة النشاط هادئ قبل النوم بربع ساعة كالوقوف والقراءة أو أي نشاط فعل آخر حتى يبدأ الفرد الشعور بالنعاس. ومن الضروري أن نضع في اعتبارنا الابتعاد قدر الامكان عن تناول الأدوية التي تحتوي على الكافيين أو المنبهات الأخرى قبل النوم، بما في ذلك بعض أدوية الصداع، لأنها قد تسبب اضطراباً في النوم.
- تجنب الكافيين الزائد: في أحيان كثيرة فإن تناول الكافيين يساعد على الحد من الصداع. في الواقع، العديد من أدوية الصداع تحتوي على الكافيين، ولكن زيادة استخدام الكافيين يومياً بحيث يزيد عن (٢٠٠) ملليغرام من الكافيين في اليوم (حوالي كوبين من القهوة العادية)، يمكن أن يسبب الصداع.

- الإقلاع عن التدخين: يحتوي دخان السجائر على أول أكسيد الكربون، المعروف بأنه المهيج أو المحرك للصداع، ولقد ثبت النيكوتين يتداخل مع قدرة الكبد على التخلص من أدوية الصداع. وبصرف النظر عن هذه العيوب، فإن للإقلاع عن التدخين العديد من الفوائد الصحية الأخرى التي تسهم في زيادة الصحة العامة الخاصة للفرد.

- إدارة الوقت بحكمة: من خلال تحديد ما يجب القيام به يومياً سواء في العمل والمنزل بحيث يتناسب مع قدرات الفرد مع ضرورة تحديد اوقات للراحة، مع تفويض بعض الأفراد للقيام ببعض المهام، وتقسيم المشاريع الكبيرة إلى أجزاء يمكن التحكم فيها.

- أخذ قسط من الراحة: من المهم عند البدء بالشعور بالإرهاق، أن يعمل الفرد على تجديد طاقته من خلال ممارسة نشاط يبعث على الراحة كالمشي البطيء أو حتى السريع، وغيرها من الأنشطة.

وفي حال الصداع المصاحب لأسباب أخرى، يعتمد العلاج على السبب، فإذا كان السبب يعود لارتفاع ضغط الدم لزم معالجة الضغط وإن كان نتيجة التهاب حاد في الجيوب الأنفية لزم علاجها بالمضادات الحيوية، وإن كان نتيجة ارتفاع درجة الحرارة لزم أيضاً معرفة السبب ومعالجته هل التهاب فيروسي يعالج بالمسكنات المخففة للأعراض أو التهاب بكتيري لابد أن يعالج بالمضادات الحيوية، أما إذا كان نتيجة ارتفاع ضغط قاع العين فيعالج بالأدوية الموضعية والعامة لتخفيض الضغط وهكذا لابد من معرفة السبب ثم معالجته (الجودر، ٢٠٠٤).

ثانياً: القلق:

يعد هذا العصر هو عصر القلق، وهذا بسبب تعقيد الحضارة وسرعة التغير الاجتماعي والتفكك العائلي بالإضافة إلى نمط التربية والضغوطات الأسرية وصعوبة تحقيق الرغبات الذاتية من إغراءات الحياة، وضعف القيم الدينية والخلقية، فالقلق يلعب دوراً كبيراً في إفشال إنجازات الفرد واختلال قدراته، ويكون لديه أثر سلبي على الصحة النفسية والجسمية.

لازال القلق النفسي موضوعاً يشغل بال العديد من الباحثين من ذوي الاتجاهات المختلفة بشكل عام، وعلماء النفس بالخصوص. ويعد القلق النفسي من اضطرابات العصر التي طالما عانت وتعاني منها كل المجتمعات البشرية. لذا أصبح اضطراب القلق يمثل تحدياً كبيراً للكثير من المجتمعات بفعل عوامل عدة، منها: التعقد الحضاري، والتغيرات المتلاحقة والمستمرة، والتطور الدائم، فالتعقيد الحضاري وسرعة التغير الاجتماعي وصعوبة التكيف مع الشكل الحضاري السريع، إضافة إلى التطلعات الإيديولوجية المختلفة تخلق صراع وقلق عند الكثير من الأفراد، مما يجعل القلق النفسي هو محور الحديث الطبي في الأمراض النفسية والعقلية والسيكوسوماتية، حتى أن ساربين Sarbin اعتبر القلق بأنه هو المحرك الأساسي لكل سلوك سوي أو مرضي (في: خميس، ٢٠١١).

تعريف القلق:

يعد مفهوم القلق من المفاهيم التي نالت حظاً وفيراً في الدراسات النفسية، وتناولتها معظم نظريات علم النفس بالبحث والتفسير، من هنا فقد تعددت تعريفات هذا المفهوم.

والمطلع على التراث السيكلوجي لتعريف القلق يجد أن هناك مجموعة من التعريفات الخاصة به، وأن هناك اتجاهين لتعريف القلق، حيث يمثل كل منهما اتجاهاً محدوداً (العطية، ٢٠٠٨):

- الاتجاه الأول: ويمثله المهتمون بالبحوث الإكلينيكية، فهو حالة انفعالية غير سارة، قوامها الخوف الذي ليس له مبرر موضوعي من طبيعة الموقف الذي يواجهه الشخص مباشرة، وغالباً ما ينطبع هذا الخوف على الحاضر والمستقبل معاً، وتكون هذه الحالة عادة مصحوبة بعدد من مظاهر الاضطراب في السلوك.

- **الاتجاه الثاني:** والذي يمثلته المهتمون بالبحوث التجريبية، فهو دافع أو حافز إلا ما استثير فإنه يؤثر على تنشيط الشخص في المواقف التي نطالبه فيها بأن يكتسب مهارة معينة، كما أنه يساعد على تدعيم هذا الاكتساب.

ويعرف القلق لغوياً في معجم اللغة العربية المعاصر ب: قَلِقَ يَفْلُق، قَلَقًا، فهو قَلِق: قَلِقَ الشَّخْصُ، اضطرب وانزعج -: قَلِقَ المريضُ فلم ينم، قَلِقْتُ لغيابه، لا تَقْلُقْ بشأن النقود ، بات قَلَقًا: مُضْطَرَب البَالِ ، وقلق بمعنى أرق، والقلق اضطرب، لم يستقر في مكان واحد. أما في المعجم الوسيط فالقلق حالة انفعالية تتميز بالخوف مما قد يحدث. والقلق في لسان العرب: بأنه الانزعاج يقال بأن قلقاً وأقلقه غيره، ويقال اقلقوا السيوف في الغمد أي حركوها في إغمادها، قيل أن يحتاج وإلى سلمها ليسهل إخراجها عند الحاجة إليها (قاموس المعاني، ٢٠١٤).

ويعرف روجرز Rogers القلق بأنه حالة من عدم الارتياح أو التوتر الذي لا يعرف سببه، ناتج عن عدم الاتساق بين مفهوم الذات والخبرة الكلية للفرد. ويعرف مصطلح القلق بأنه حالة توتر شامل تتميز بالضيق وفقدان الأمن وتوقع خطير غير محدد يقف المرء أمامه عاجزاً عن التكيف والتفاعل الاجتماعي، ويصاحب ذلك أعراض جسمية ونفسية (في: بلان، ٢٠٠٩).

كما يعرف فرويد القلق بأنه: "رد فعل لخطر غريزي يشعر أمامه الإنسان بالعجز أو الخوف من العقاب، ويكون مصحوباً بأحاسيس جسمية تتكرر بين حين وآخر بشكل ضيق في الصدر أو التنفس أو آلام في المعدة أو زيادة (في: الشاذلي، ٢٠٠١).

وعرف وولمان Wollman القلق بأنه عصاب يتميز بالهم المرتفع الممتد إلى مشاعر الألم والمرتبط دائماً بأعراض جسمية (في: عماري، ٢٠١٣).

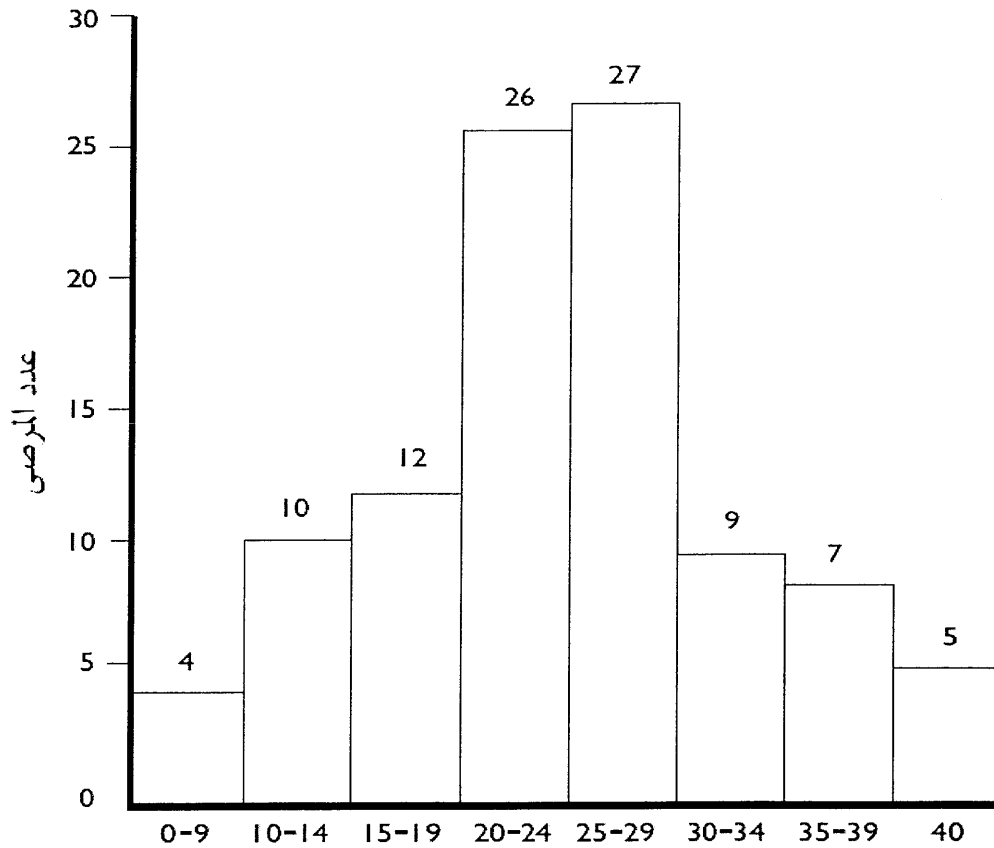
كما يعرف عبد السلام عبد الغفار القلق بأنه خبرة انفعالية غير سارة يعاني منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد دون أن يستطيع تحديده تحديداً واضحاً وغالباً ما تصحب هذه الحالة بعض التغيرات الفسيولوجية (في: خميس، ٢٠١١).

وتتبنى الباحثة التعريف التالي للقلق كونه أشمل هذه التعريفات: القلق خبرة انفعالية غير سارة، يشعر بها الفرد عندما يتعرض لمثير مهدد أو مخيف، أو عندما يقف في موقف صراعي أو إحباطي حاد، وكثيراً ما يصاحب هذه الحالة الانفعالية بعض المظاهر الفيزيولوجية، مثل: ازدياد ضربات القلب وزيادة التنفس وارتفاع ضغط الدم وفقدان الشهية وزيادة إفراز العرق والارتعاش في الأيدي والأرجل، كما يتأثر أيضاً إدراك الفرد للموضوعات المحيطة به في موقف القلق.

نسبة انتشار القلق:

يصيب مرض القلق نحو (٥%) من السكان في أي وقت بعينه. وهو يصيب (١%) تقريباً إلى درجة العجز- وأغلب المصابين به (٨٠%) من النساء، والغالبية من هؤلاء في سنوات القدرة على الإنجاب. وتعزى زيادة انتشار المرض في النساء بالنسبة إلى الرجال إلى تعرض النساء لألوان من الضغوط يفرد بها في مجتمعنا. لو نظرنا إلى العمر الذي يبدأ فيه ظهور هذا المرض لوجدنا أنه لا ينتشر عبر كل الأعمار. بل تبدأ أغلب الحالات في أواخر العقد الثاني وأوائل العقد الثالث من العمر. ومن النادر نسبياً أن يبدأ المرض قبل سن الخامسة عشرة أو بعد سن الخامسة والثلاثين (شيهان، ١٩٨٨).

والشكل التالي يوضح العمر عند بداية ظهور القلق داخلي المنشأ



شكل (٢)

العمر عند بداية ظهور القلق داخلي المنشأ. المصدر: (في: شيهان، ١٩٨٨).

القلق كسمة وكحالة:

قسم سبيلبرجر Spielberg القلق حسب نظريته التي قدمها عام ١٩٨٦ إلى نوعين هما:

- حالة القلق : State Anxiety:

والتي تشير إلى خبرة انفعالية مؤقتة أو حالة الكائن الإنساني التي يتسم بها داخلياً، وذلك لمشاعر التوتر والخطر المدركة شعورياً، والتي تزيد من نشاط الجهاز العصبي الذاتي، فتظهر علامات حالة القلق، بينما سمة القلق (في: العاسمي، ٢٠١١).

كما يشير مفهوم حالة القلق إلى القلق بوصفه حالة انفعالية طارئة أو مؤقتة لدى الإنسان تختلف من حيث الشدة وتتنذبذ من وقت لآخر، وتبعاً لذلك يرتفع مستوى حالة القلق في الظروف التي ينظر إليها الفرد على أنها ظروف مهددة له بغض النظر عن الخطر الحقيقي أو الموضوعي، كما تتخفض شدة حالة القلق في المواقف غير الضاغطة أو الظروف التي لا يرى فيها الفرد الخطر القائم خطراً مهدداً له (خليل والملي، ٢٠١١).

- سمة القلق Trait Anxiety:

يعني مفهوم حالة القلق ميل أو تهيؤ أو سمة ثابتة نسبياً في قابلية الإصابة بالقلق التي ترجع إلى الاختلافات الموجودة بين الأفراد في استعدادهم للاستجابة للمواقف المدركة كمواقف تهديدية بارتفاع القلق، والنظرة إلى العالم المليء بالعديد من المواقف المثيرة التي يشعر بها الفرد بشيء خطر مهدد للذات (العاسمي، ٢٠١١).

وإذا استخدم مصطلح القلق في وصف السمة الرئيسية لشخصية الفرد، كان معناه سمة القلق، أي أن الفرد يخبر حالة القلق بصورة مزمنة تسمح بأن يقال عنه بأنه يتسم بسمة القلق، ويتضمن القلق أعراضاً متنوعة، مثل: برودة الأطراف، وتصبب العرق، والاضطرابات المعوية، واضطرابات النوم والصداع، وفقدان الشهية، وسرعة ضربات القلب، واضطرابات التنفس، والخوف الشديد، وتوقع الأذى والمصائب، وعدم القدرة على تركيز الانتباه، والإحساس الدائم بتوقع الهزيمة، والعجز، والاكنتاب (الشبؤون والأحمد، ٢٠١١).

ويشير مفهوم سمة القلق إلى استعداد ثابت نسبياً كامن في الفرد نتيجة خبرة متعلمة في مواقف مؤلمة سابقة ويستثار هذا الاستعداد بمثيرات من داخل الفرد أو خارجه (خليل والملي، ٢٠١١).

كما يقصد بسمة القلق وجود فروق ثابتة نسبياً في القابلية للقلق وإلى اختلافات بين الناس في ميلهم إلى الاستجابة تجاه المواقف التي يدركونها كمواقف مهددة، وذلك بارتفاع في شدة القلق. ونسبة القلق تتأثر بالمواقف بدرجات متفاوتة حيث إنها تنشط بواسطة الضغوط الجارية التي تكون عادة مصحوبة بمواقف خطيرة (عثمان، ٢٠٠١).

ويرى سبيلبرجر أن الشخص الذي يتصف بمستوى عالٍ من النزوع أو التهيؤ للقلق، يكون مهيباً لأن يدرك أخطاراً دائمة في علاقته بالآخرين، تتضمن هذه الأخطار غالباً تهديدات لتقديره لذاته، ويستجيب الفرد لهذه التهديدات بمستوى كبير من حالة القلق، وذلك أكثر من الشخص الذي يتصف بمستوى منخفض من سمة القلق، فحالة القلق تعني رد فعل لما نعيشه من مواقف في زمنٍ محدد، في حين إن سمة القلق تعني ما هو كامن ومتأصل في نفوسنا (الشبؤون والأحمد، ٢٠١١).

وفيما يلي المسلمات والافتراضات الأساسية التي اعتمدها سبيلبرجر Spielberger في بناء نظريته عن القلق كسمة وكحالة (في: خالد، ٢٠١٢):

أ- إن حدوث مثير خارجي أو داخلي يدركه الفرد من خلال ميكانيزمات الإدراك والتوصيل الحسي على أنه مهدد له يؤدي إلى حدوث ردود فعل من حالة القلق، وإن ارتفاع درجة حالة القلق هذا يمثل نوع من الخبرة غير السارة.

ب- إن زيادة درجة إدراك المثير كمهدد يؤدي إلى ارتفاع درجة الشدة من حالة القلق.

ج- إن زيادة فترة إدراك الشخص للمثير كمهدد يؤدي إلى زيادة مدة رد فعل حالة القلق.

د- إن الأفراد الذين يتميزون بمستويات مرتفعة من سمات القلق يدركون أغلب المواقف على أنها مهدد لهم، ويستجيبون لها باستجابات مرتفعة الشدة من حالة القلق، وذلك على نحو أكثر من الأفراد ذوي سمة القلق المنخفض، وهذا قد دلت البراهين على أن المواقف التي تتضمن فشلاً كبيراً، أو تهديداً نحو تقدير الذات تعتبر مصادر أشد تأثيراً على الفرد مقارنة بالمواقف التي تتضمن ضرراً جسدياً

هـ- إن المستويات العالية من حالة القلق ترتبط بخصائص المثير والحافز، وقد تظهر هذه المستويات المرتفعة مباشرة في سلوك الفرد أو قد تقوم العمليات الدفاعية النفسية بدور فعال في اختزالها في الخبرة السابقة للفرد.

و- إن تكرار مواجهة الفرد لمواقف التوتر، أي المواقف الضاغطة قد تحدث تطور لميكانيزمات دفاعية نفسية معينة إلى إنقاص أو خفض حالة القلق.

أنواع القلق:

لقد قسم العلماء القلق إلى عدة أنواع، ومنهم من اعتمد في تقسيمه للقلق على الأسباب التي أدت إلى نشأة القلق، مثل: فرويد Freud ومنهم من اعتمد على الآثار المترتبة على القلق، ويمكن تقسيم القلق إلى الأنواع التالية:

١. القلق الموضوعي:

وهو النوع الذي يدرك الإنسان أن مصدره خارجي، وهو عبارة عن رد فعل لإدراك خطر خارجي، أو لأذى يتوقعه الشخص مستقبلاً، ويسميه العلماء عدة أسماء، مثل: القلق الواقعي، أو القلق الصحيح، والقلق السوي. وهذا النوع من القلق أقرب إلى الخوف ذلك لأن مصدره يكون واضح المعالم في ذهن الإنسان، ويطلق عليه أحياناً القلق السوي، ويحدث في مواقف التحسب وتوقع حدوث ما لا تحمد عقباه كالخوف من الفشل، أو فقدان شيء، وأحسن الأمثلة لهذا الشعور هو قلق الطالب أثناء الامتحان أو قبله (غالب، ٢٠٠٠).

كما أن القلق الموضوعي قلق محدد يدرك الفرد أسبابه، ودوافعه، ويظهر على صورة خوف، أو ينتج عن إدراك الفرد لخطر ما في البيئة، ويكون للقلق هذه الحال وظيفية إعداد الفرد لمقابلة هذا الخطر بالقضاء عليه، أو بتجنبه، أو بإتباع أساليب دفاعية إزاءه، وهذا النوع من القلق يثار بفعل مثير واقعي في البيئة الخارجية يدركه الأنا على نحو مهدد، ولهذا فإن هذا القلق أقرب إلى الخوف (حماد، ٢٠١٢).

٢. القلق العصابي:

يتسم القلق العصابي بأنه قلق شديد لا تتضح معالم المثيرات التي ينشأ عنها ويظهر على شكل خوف من المجهول، ويلجأ صاحبه لإلقاء اللوم على أكثر من مؤثر بدون وجود صلة واضحة أو واقعية بين القلق والمثير، والقلق العصابي يمكن أن تكون حالة عامة يتكرر حدوثها، ويمكن أن يأخذ ردود خوف مرضي، ويمكن أن تكون في حالة من الشعور بالتهديد المرافق للاضطرابات النفسية كالهستيريا مثلاً (الرافعي، ١٩٨٧).

وللقلق العصابي ثلاث صور رئيسية: فقد يكون في صورة قلق عام، وهذا النوع يمثل القلق في أدنى صورته، إذ أنه غير مرتبط بأي موضوع محدد، وكل ما هنالك أن الإنسان يشعر بحالة من الخوف الغامض غير المحدد. وقد يكون في صورة مخاوف مرضية من موضوعات محددة أو مواقف محددة باعتبارها من مثيرات القلق، وتكون درجة شدة الخوف لدى هؤلاء الأفراد لا تتناسب إطلاقاً مع الخطر الحقيقي المتوقع من الموضوع أو الموقف المرتبط بالقلق والخوف. وقد تكون المخاوف في صورة تهديد وخوف توقع حدوث هذا التهديد الذي لا وجود له (عثمان، ٢٠٠١).

٣. القلق العام:

القلق العام كمرض مستقل وهو شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي، ويأتي في نوبات متكررة، مثل: الشعور بالفراغ في فم المعدة أو السحبة في الصدر أو ضيق في التنفس أو الشعور بنبضات القلب أو الصداع أو كثرة الحركة (الرافعي، ١٩٨٧).

أعراض القلق:

يتصف الشخص المصاب باضطراب القلق العام بمظهر مميز، فوجهه مشدود وحواجه مقببة ووضعية جسمه متوترة ويبدو عليه التملل وأحياناً رجة في اليدين، وتكون بشرته شاحبة وراحة يديه وقاع قدميه وإبطه متعرقاً. ونفسياً تجده يشعر بالتوجس، ويكون سريع الاستثارة وحساساً للصوت العالي أو الضجيج وضعيف التركيز الذهني مما يجعله كثير النسيان، وبالتالي ينشأ اعتقاده الخاطئ بأن ذاكرته ضعفت. وكذلك تسيطر على محتواه تفكيره الأفكار المقلقة والهموم، مثل: الخوف من المرض المفاجئ، أو إساءة تفسير الأعراض الجسمية للقلق، مثل: خفقان القلب معتقداً أنه على وشك الإصابة بمرض في القلب مثلاً... الخ. ويميز هذه الحالة من القلق عن أنواع القلق الأخرى استمرارها، فهي قد تزيد أو تضعف من حيث الشدة إلا أنها تبقى مستمرة، وعندما تشتد تؤثر على النوم فيصاب المريض بالأرق، خاصة في أول الليل. وقد يتخلل نومه الأحلام المزعجة (أبو حجلة، ٢٠٠٧).

وطبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية الصادر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية يصاحب القلق العام والانشغال القلبي ثلاثة (أو أكثر) من الأعراض الست التالية (مع تواجد بعض الأعراض على الأقل لأغلب الوقت لمدة الستة أشهر الأخيرة):

(١) تمللمل أو إحساس بالتوتر أو ضيق الخُلق on edge.

(٢) سهولة التعب.

(٣) صعوبة التركيز أو فراغ العقل.

(٤) استثارة.

(٥) توتر عضلي.

(٦) اضطراب النوم (صعوبة الولوج في النوم أو البقاء فيه أو النوم المتمللمل واللامشبع).

مع ملاحظة أنه يكفي بند واحد عند الأطفال حتى يشخص أن لديه قلق.

وفي حال نوبة الهلع Panic Attack وهي فترة متميزة (واضحة) من الخوف الشديد أو الانزعاج (التنغيص) الشديد، يحدث فيها أربعة (أو أكثر) من الأعراض التالية فجأة وتصل إلى ذروتها خلال ١٠ دقائق:

(١) خفقان أو تزايد سرعة القلب.

(٢) تعرّق.

(٣) ارتعاش أو ارتجاف.

(٤) إحساسات بقصر النفس أو الاختناق.

(٥) شعور بالغصص.

(٦) ألم أو انزعاج صدري.

(٧) غثيان أو ضائقة بطنية.

(٨) الإحساس بالدوام أو عدم الثبات أو خفة الرأس أو الغشية.

(٩) تبدد الواقع (إحساسات بتبدل الواقع)، أو تبدد الشخصية (أن يكون الشخص منفصلاً عن ذاته).

(١٠) خوف من فقدان السيطرة أو الجنون.

(١١) خوف من الموت.

(١٢) مدّل أو شواش الحس (إحساسات بالتنميل أو بالوخز).

(١٣) نوافض أو تبيّغات حارة.

ويقسم أبو حجلة (٢٠٠٧) أعراض القلق الحاد بشكل عام إلى قسمين رئيسيين هما:

أ) الأعراض النفسية: وتشمل الأعراض التالية:

١. الشعور بالخوف أو التوجس أو التوتر الداخلي وبدون أي سبب ظاهر أحياناً.
 ٢. ضعف القدرة على التركيز الذهني.
 ٣. سيطرة الأفكار المشيرة إلى الخطر على الساحة الذهنية.
 ٤. الاحتراز أو التنبه الذهني للخطر مما يؤدي للأرق وخاصة في أول الليل.
- ب) الأعراض الناجمة عن زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي الودي (السمبثاوي) وزيادة إفراز الأدرنالين والنورأدرنالين من الغدة الكظرية: وتشمل الأعراض التالية:

- ١- اتساع حدقتي العين.
- ٢- شحوب الوجه.
- ٣- تعرق راحة اليدين وقاع القدمين.
- ٤- زيادة سرعة نبضات القلب.
- ٥- زيادة سرعة التنفس.
- ٦- ارتفاع نسبة السكر في الدم.
- ٧- ارتفاع ضغط الدم.
- ٨- انقباض شرايين الجلد والاحشاء.
- ٩- زيادة نسبة جريان الدم في الدماغ والعضلات.
- ١٠- زيادة توتر العضلات الإرادية.

النظريات المفسرة للقلق:

هنالك العديد من النظريات التي حاولت تفسير القلق ومصادره وأسبابه وآثاره وأهم هذه النظريات ما يلي:

١. نظرية التحليل النفسي:

يعد فرويد Freud من الأوائل الذين حللوا القلق، وقد رأى أن في القلق إشارة للأنا لكي يقوم بعمل اللازم ضد ما يهددها، كثيراً ما يكون المهديد هو الرغبات المكبوتة في اللاشعور، وهنا إما أن

تقوم الأنا بعمل نشاط معين يساعد في الدفاع عن نفسها وإبعاد ما يهددها، وإما أن يتدخل القلق حتى يقع الأنا فريسة المرض النفسي. وقد ذكر فرويد ثلاث أنواع من القلق هي (في: العناني، ٢٠٠٠):

– القلق الموضوعي (الواقعي): وهو تجربة انفعالية مؤلمة تنجم عن إدراك خطر قائم في العالم الخارجي، وظروف هذا النوع من القلق تأخذ دلالتها الأساسية من خبرات الفرد السابقة، ومثال ذلك قلق البحار الخبير حين ينظر إلى سحابة صغيرة تظهر في الأفق ويقدر استناداً إلى خبرته السابقة، أنها إشارة إنذار بإعصار شديد.

– القلق العصابي: وهو قلق شديد لا تتضح معالم المثير فيه، ويبدو على شكل خوف من مجهول، والشخص الذي يشعر بهذا القلق يخاف من خياله، يخاف من الهو (الغرائز) الخاص به.

– القلق الأخلاقي: ويكون مصدره الأنا الأعلى، ويبدو في صورة إحساسات بالذنب أو الخجل في الأنا يثيره إدراك خطر آت من الضمير، والقلق الأخلاقي هو قلق – موضوعي كالخوف من عقوبة الوالدين.

ويفسر ألفريد أدلر (Addler, 1966) القلق على أنه وليد التفاعل الدينامي بين الفرد والمجتمع، ويرى أن الإنسان إذا حقق الإنتماء للمجتمع الذي يعيش فيه فإن هذا مدعاة لتقوية الروابط الاجتماعية التي تربط الفرد بالمحيطين فيه، وبالتالي إمكانية تغلبه على إحساسه بالنقص والعجز والكسل. ويرى سوليفان أن أهم العوامل المسببة للقلق يتمثل في العلاقات بين الأشخاص وهذه العلاقة أساس بناء الشخصية، وأن التوتر والقلق يمكن أن يزيد قلق الانفصال إذا شاب العلاقة بين الطفل وأمه شائبة (في: الشرافي، ٢٠١٣).

٢. النظرية المعرفية:

يرى أصحاب النظرية المعرفية أن الأشخاص القلقين يمتلكون محفزات معرفية بشأن تضخيم المثيرات المهددة، الخارجية أو الداخلية، أو بسبب اعتقادهم أن تفسيراتهم لما يحدث في أجسامهم غير واقعية. فزيادة في ضربات القلب تعني لهم وجود شيء ما خطأ في القلب، يزيد من قلقهم، ويضعهم في دائرة مغلقة على النحو الآتي: (تفسير خاطئ لإحساس جسدي (B) قلق (B) يزيد من

الحالة (اضطراب دقات القلب مثلاً) (B) يؤدي إلى فكرة كارثية (الموت مثلاً) (B) زيادة في القلق (صالح، ٢٠٠٧).

ويمثل علم النفس المعرفي اتجاهًا قوياً في علم النفس المعاصر؛ حيث أثر على العديد من المنظرين من مدارس مختلفة. ويعتبر "جورج كيلي Kelly من علماء النفس الذين أعطوا المعرفة الإنسانية وزناً في تفسير الشخصية في حالتها السواء واللاسواء؛ حيث يرى أن أي حدث قابل لمختلف التفسيرات. وهذا يعني أن تعرض الإنسان للقلق يمكن تفسيره بأكثر من طريقة حتى للحالة الواحدة، كما يرى أن العمليات التي يقوم بها الشخص توجه نفسياً بالطرق التي يتوقع فيها الأحداث، على اعتبار أن عملية القلق ليست إلا عملية توقع وخوف من المستقبل (قواجبة، ٢٠١٣).

ويعتبر النموذج المعرفي عند بيك Beck للقلق، من أكثر النماذج المعرفية شهرة لتفسير القلق؛ إذ يعتبر الخلل في التفكير الواقعي هو المكون الأساسي لمرض القلق وتتألف مظاهر الاضطراب الفكري المميز لمرضى القلق فيما يلي (بيك، ٢٠٠٠):

أ. أفكار متكررة عن الخطر: فمرضى القلق هو دائماً في قبضة أفكار لفظية وصورية تدور حول حدوث وقائع مؤذية.

ب. نقص القدرة على "نقض" الأفكار المخيفة: قد يشك المريض في معقولية هذه الأفكار، ولكن قدرته على التقدير الموضوعي وإعادة التقييم تكون معطلة، ومهما بلغ هذا الشك، فعلى الأرجح تظل عنده في صف هذه الأفكار.

ج. تعميم المثير (المنبه): يتسع مجال المنبهات المثيرة للقلق؛ بحيث يمكن لأي صوت أو حركة أو تغير بيئي أن يدرك بوصفه خطراً.

أما النموذج المعرفي للقلق عند لازاروس فقد يميز بين عمليتين أساسيتين ترتبطان بالقلق لدى الفرد هما (في: عثمان، ٢٠٠١):

- التقويم الأولي: وهو عبارة عن تقدير الفرد لمدى تهديد الموقف من حيث شدته واقترابه وضرره، وهذا التقويم يتأثر بنوعين:

١- شخصية الفرد ومعتقداته.

٢- عوامل لها علاقة بطبيعة الموقف من حيث طبيعة الحدث.

- **التقويم الثانوي:** ويقصد به تقدير الفرد لما لديه من إمكانيات وقدرات للتعامل مع الموقف، ويتأثر هذا التقويم بالقدرات التالية:

١. قدرات نفسية: تقديره لذاته والروح المعنوية لديه.
٢. قدرات جسمية: صحة الفرد وطاقته للعمل.
٣. قدرات اجتماعية: علاقاته وحجم الدعم والمساندة المقدم له.
٤. قدرات مالية: حجم المال والأدوات والتجهيزات - الخ.

٣. النظرية السلوكية:

قامت النظرية السلوكية على تحليل السلوك إلى وحدات من المثير والاستجابة، والقلق في التصور السلوكي يمدنا بأساس دافعي للتوافق، ما دام أننا نخبره كخبرة غير سارة، وأي خفض للقلق ينظر إليه كهدف له أهمية، كما ينظر إلى القلق أيضاً باعتباره يمدنا بأدلة تستثير ميكانيزمات متعددة لتوافق، فالتعلم الشرطي الكلاسيكي عند بافلوف يمدنا بتصوير عن اكتساب القلق من خلال العصاب التجريبي، ويرى غنيم (في: خالد، ٢٠١٢) أن العصاب التجريبي حسب النظرية السلوكية يتميز بالصفات التالية:

- إن السلوك العصابي هو نتيجة ضغط وتوتر وصراع، ففي جميع التجارب التي من هذا القبيل، فإنه ليس ثمة شك أن صراعاً ما قد ظهر بوضوح بين نزاعات الفعل المعززة، ونزاعات الفعل غير المعززة.

- إن السلوك العصابي يتميز بالقلق، وهذا يتضمن العقاب من أي نوع كان.

- إن السلوك العصابي يتسم بمجموعة من الأعراض التي تعتبر غير عادية في نظر المعايير الاجتماعية.

وتفسر النظرية السلوكية القلق في ضوء الاشتراط الكلاسيكي وهو ارتباط مثير جديد بالمثير الأصلي، حيث يصبح المثير الجديد قادراً على استدعاء الإستجابة الخاصة بالمثير الأصلي، وهذا يعني أن مثيراً محايداً يمكن أن يرتبط بمثير آخر من طبيعته أن يثير الخوف، وبذلك يكتسب المثير المحايد صفة المثير المخيف ويصبح قادراً على استدعاء استجابة الخوف مع أن طبيعته لا تثير هذا الشعور فيشعر الفرد بالخوف المبهم وهو القلق (العطية، ٢٠٠٨).

ويرى العالمين السلوكيين بافلوف وواطسون أن القلق يقوم بدور مزدوج، فهو من ناحية يمثل حافزاً، ومن ناحية أخرى يعد مصدر تعزيز، وذلك عن طريق خفض القلق، وبالتالي فإن العقاب يؤدي إلى كف السلوك غير المرغوب فيه، وبالتالي يولد القلق الذي يعتبر صفة تعزيزية سلبية تؤدي إلى تعديل السلوك، ولعل أهم ما أكدته السلوكيون أن القلق استجابة شرطية تحدد مصدر القلق عند الفرد (عثمان، ٢٠٠١).

٤. النظرية الإنسانية:

حيث يرى أصحاب هذه النظرية أن القلق هو الخوف من المستقبل وما يمر به من أحداث تهدد وجود الإنسان فهو قلق ينشأ من توقعات الإنسان لما قد يحدث، فالمثير الأساسي لقلق الإنسان هو الموت، لذلك فإن القلق ليس مجرد خبرة انفعالية يمر بها الإنسان تحت ظروف خاصة أو استجابة يكتسبها الفرد أثناء عملية التعلم، وإنما هو طبيعة النفس الإنسانية، فالإنسان هو الكائن الحي الوحيد الذي يستشعر القلق كخبرة يومية مستمرة تبدأ من بداية حياته ولا تنتهي إلا مع آخر أنفاسه الحية، فمصدر القلق ليس الماضي والحاضر والمستقبل بينما الحياة برمتها (الشناوي، ٢٠٠١).

ويضيف كارل روجرز أن القلق لدى الفرد مرتبط بمقدار الاتساق والتناقض بين مفهوم الذات لديه والخبرات التي يمر بها في حياته، علماً أن روجرز أشار إلى أن نشوء القلق لا يشترط الوعي الكامل بالتناقض بين الذات والخبرة. فكلما اتسقت الخبرات مع مفهوم الذات كلما أدى ذلك إلى التوافق النفسي في حين أن عدم الاتساق بين مفهوم الذات والخبرات التي يواجهها الفرد والتي لا تتسق مع مفهومه عن ذاته يدركها الفرد على أنها تمثل تهديداً له، ومن ثم يعمل على تحريفها، أو تجاهلها، ويشعر عندئذ بالقلق والتوتر (في: الشرافي، ٢٠١٣).

العوامل المسببة للقلق:

يؤثر كل من الضغط والقلق على مستوى دهون الدم سواء دهون دم ثلاثية أو كولسترول الدم. وذلك حسب دراسات عدة أجريت في ظروف متعددة تسبب القلق، مثل: نظام المناوبات للموظفين، والاختبارات بالنسبة لطلبة الجامعة. ويرى خبراء الصحة أن الضغط العصبي والقلق يعملان على إثارة الجهاز العصبي الذاتي مما يؤدي إلى ظهور مجموعة من الأعراض الفسيولوجية، بالإضافة إلى ذلك فإن الضغوط العصبية يصاحبها إفراز الجسم لهرمون الأدرينالين والكورتيزول والتي يدخل

الكولسترول في تركيبها في الوقت نفسه. وحيث أن الكولسترول يدخل أيضاً في تركيب أغشية الخلايا فإن تصنيعه يزداد أيضاً في حالات التعرض للضغط العصبي والقلق لأن كثير من خلايا الجسم تتلف وتكون بحاجة لإعادة تصنيع (أزهري، ٢٠٠٥).

ويقسم الحجاز (في: عماري، ٢٠١٣: ١٤-١٥) العوامل المسببة للقلق إلى مصدرين أساسيين

هما:

- الاستعداد الفيزيولوجي: تعد أعراض القلق الظاهرة المباشرة لنشاط الجملة العصبية الذاتية المحيطة (ارتكاسات المواجهة أو الهروب) الذي يظهر بفعل إثارة التخييلات المخيفة والانفعالات على مستوى العصبية المركزية، تلعب المواد الناقلة العصبية النورادرينالين دوراً بارزاً في خلق القلق، وأوضحت الدراسات الحديثة دور الموضع الأزرق.

- الاستعداد النفسي: غالباً ما تسرع الشدة الانفعالية نوبة القلق (أي التبادلات الواقعية أو المهددة في العلاقات الشخصية، وأحياناً قد يؤدي فشل الكبت إلى القلق وذلك بسبب طبيعة التهديد الخارجي الذي يواجه الفرد، أو طبيعة الضغوط الداخلية التي تسببها الرغبات الملحة، حيث يشعر الفرد بالتهديد الداخلي والخارجي الذي تفرضه الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه، كذلك الصراع بين الدوافع والاتجاهات والإحباط.

إضافة لما سبق هنالك العديد من العوامل الأخرى التي أوردتها الدراسات المختلفة ويمكن أن تسبب القلق لدى الأفراد منها ما يلي:

- الضغوط الخارجية والتمثلة في تعقيدات التطور العلمي والتكنولوجي المتسم بالخوف وغياب الأمن وعدم الاستقرار في العوالم الأسرية.
- التفاعل بين مواقف الحضارة وخبرات الماضي وأساليب التعامل الوالدية غير سوية مثل: التسلط، والعدوان، والحرمان، والحماية المفرطة، وغيرها.
- مشاكل النمو في مختلف مراحله.
- الخبرات الحادة والتي قد تكون اقتصادية أو عاطفية أو تربوية.
- عدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية وعدم تحقيق الذات.
- مواقف الحياة الضاغطة: ويقصد بها الحضارة والثقافة والبيئة الحديثة والمطامح المدنية، كذلك الخوف والاضطرابات العائلية.

- عدم الإشباع الجنسي: إن وجود عوائق تمنع التفريغ أو إشباع التهيج الجنسي إشباعاً كاملاً وكبت الرغبة الجنسية، وكذلك القيام بها في ظروف غير طبيعية تساعد على ظهور القلق الذي يعتبر كرد فعل طبيعي للإنسان.

- التعرض للحوادث والخبرات الحادة: اقتصادياً، تربوياً، الإرهاق، التعب المرضي، صدمات الطفولة والمراهقة، كما يرى أصحاب النظرية السلوكية أن القلق استجابة مكتسبة قد تنتج من القلق العادي تحت ظروف معينة ثم تعيق الاستجابة بعد ذلك (زهران، ١٩٩٧).

وحدد جيروم برونر وإرنست هلهارد Jerome & Ernest خمسة مصادر أساسية للقلق على النحو التالي (في: حماد، ٢٠١٢):

١. الأذى أو الضرر الجسدي: فالعديد من الناس يمتلكهم الشعور بالقلق عندما تتهددهم مواقف تنذر بالأذى والإيلام الجسدي.

٢. الرفض أو النبذ: فالخوف من رفض الآخر لنا، ومن أنه لا يبادلنا مشاعر المودة والحب، يجعلنا غير مطمئنين في المواقف الاجتماعية.

٣. عدم الثقة: حيث يعد نقص الثقة أو فقدانها سواء في أنفسنا أم في غيرنا عند خوض التجارب والمواقف والخبرات الجديدة مصدراً للقلق لاسيما إذا كان الطرف الآخر في هذه المواقف غير واضح فيما يُتوقع منا أن نفعله.

٤. التناقض المعرفي: يؤدي تناقض الجوانب المعرفية كالإدراكات والأفكار كل منها مع الآخر، أو عدم اتساقها مع المعايير الاجتماعية إلى القلق والشعور بعدم الارتياح.

٥. الإحباط والصراع: فالتوتر والقلق يعدان محصلة طبيعية لفشلنا سواء في إرضائنا لرغباتنا ودوافعنا وطموحاتنا أو في فض المواقف الصراعية.

ثانياً: الدراسات السابقة:

سيتم استعراض الدراسات السابقة من خلال ثلاثة محاور على النحو الآتي:

(أ) : الدراسات التي تناولت الصداع التوترى:

أجرى أمين (٢٠٠١) دراسة بهدف التعرف على نسبة انتشار الصداع المزمن لدى أطفال المدارس بمحافظة الشرقية بجمهورية مصر العربية، ومدى الاختلاف في انتشار الصداع حسب متغيرات الجنس والعمر ومنطقة السكن (ريف، وحضر). تكونت عينة الدراسة من ٧٤٨٢ طفلاً يدرسون في ٢٠ مدرسة من المدارس الابتدائية والإعدادية بمحافظة الشرقية تتراوح أعمارهم بين ٦-١٥ عاماً، بمتوسط عمر ١٠,٩١ سنة. تم جمع البيانات باستخدام استبيان للكشف عن حالات الصداع المزمن. وأظهرت النتائج أن معدل انتشار الصداع المزمن المتكرر بين أطفال المدارس يبلغ ٠,٦٠٪، بنسبة ٠,٦٣٪ بين الذكور، مقابل ٠,٥٨٪ بين الإناث، وبلغت نسبة انتشار الصداع لدى طلاب الريف ٠,٧١٪، مقابل ٠,٤٩٪ لدى طلاب المناطق الحضرية. وأظهرت النتائج أن معدل انتشار الصداع لدى عمر ٦-٩ سنوات بلغ ٠,٧٦٪ لدى عينة الذكور، و٠,٢٦٪ لدى عينة الإناث، وبنسبة ٠,٥١٪ لدى طلاب المناطق الريفية، و ٠,٥٢٪ لدى طلاب المناطق الحضرية. في حين أن نسبة انتشار الصداع لدى الطلاب ذوي العمر ٩-١٢ سنة كانت على النحو التالي: لدى الذكور ٠,٦٢٪، ولدى الإناث ٠,٣٤٪، وبلغت النسبة ٠,٦٤٪ لدى طلاب المناطق الريفية، و ٠,٣٣٪ لدى طلاب المناطق الحضرية، أما نسبة انتشار الصداع لدى الطلاب ذوي العمر ١٢-١٥ سنة فكانت ٠,٥٧٪ لدى الذكور، و ٠,٩٨٪ لدى الإناث.

وأجرى شريف (٢٠٠٥) دراسة مقطعية للتعرف على خصائص المرضى المصابين بالصداع من حيث شدة وتكرار ونوع الصداع، والتعرف على الفروق بين الذكور والإناث في نسبة الإصابة بالصداع، والتعرف على تأثير العمر على نسبة انتشار الصداع. تكونت عينة الدراسة من ٣٠٠ مريضاً يراجعون العيادة الخارجية في مستشفى الصدر التعليمي في البصرة، تمت مقابلتهم وفحصهم من قبل الباحث باستخدام استمارة خاصة خصصت لهذا الغرض. أظهرت نتائج الدراسة أن ٤١,٣٪ من المرضى المصابين بالصداع الأولي (٢٥,٧٪ صداع شديد، و ١٥,٧٪ صداع نصفي)، والنسبة أعلى عند الإناث مقارنة بالذكور، وأن نسبة الصداع أعلى في الفئة العمرية ٢٠-٣٩ سنة، وأن نسبة الإصابة بالصداع تزداد النسبة بزيادة مستوى التعليم، وكان أعلى معدل من الصداع لدى الأشخاص الذين يعملون في الوظائف المهنية والإدارية، كما كانت نسبة الإصابة بالصداع لدى الإناث أعلى

منها لدى الذكور، وأظهرت النتائج أن نسبة الإصابة بالصداع النصفي كانت أعلى عند الذكور الأصغر سناً مقارنة بالإناث الأصغر سناً، وفي المقابل كانت أعلى عند الإناث الأكبر سناً مقارنة بالذكور الأكبر سناً، كما أظهرت النتائج وجود علاقة عكسية بين نسبة انتشار الصداع النصفي والمستوى التعليمي.

وأجرت نهى محمد (٢٠٠٩) دراسة بهدف التعرف على مدة انتشار الصداع بأنواعه التوترية والنصفي والشقيقة بين المرضى المترددين على العيادة الخارجية للأمراض العصبية والنفسية بمستشفى طلبة جامعة الإسكندرية. شملت عينة الدراسة طلاب الجامعات الذين تتراوح أعمارهم بين ١٨-٢٥ عاماً الذين تردوا على العيادة الخارجية نتيجة الشكوى من الصداع خلال فترة ستة أشهر، وقد تم تقييمهم وفقاً للتصنيف الدولي لأمراض الصداع، الطبعة ٢ لعام ٢٠٠٤. أظهرت النتائج وجود فروق في نسبة انتشار الصداع بين الذكور والإناث، حيث كانت بنسبة انتشار الصداع النصفي (١ إلى ٣) لصالح الإناث، ونسبة انتشار الصداع التوترية (١ إلى ٣) لصالح الإناث، وأظهرت النتائج أن الصداع التوترية والصداع النصفي يزيد بشكل مطرد مع تقدم العمر، وتم العثور على تاريخ عائلي إيجابي لدى ٦٢٪ من الطلاب. وتبين من النتائج أن ٤٨,٥٪ من المرضى يعانون الصداع التوترية، و ٢٣,٥٪ منهم يعانون من الصداع النصفي، وكان ٢١,٩٪ من المرضى يعانون من الصداع الثانوي، وأظهرت النتائج حسب طبيعة الصداع لدى مرضى لصداع التوترية أن نسبة شيوع الصداع التوترية من النوع العرضي ٤٥,٥٪، ونسبة شيوع الصداع التوترية المزمن ٥٪. وكانت عوامل الإجهاد والأرق والضوضاء والتعب العوامل الأكثر تأثيراً على انتشار الصداع النصفي والصداع التوترية. وتبين من النتائج أن حدوث الصداع التوترية المزمن كان أكثر تكراراً وشدة من حدوث الصداع التوترية من النوع العرضي.

وأجرى سالم (٢٠١١) دراسة هدفت تحديد مدى انتشار الصداع النصفي والصداع التوترية والصداع الثانوي لدى طلاب المدارس الابتدائية والإعدادية في محافظة أسيوط، تكونت عينة الدراسة من (١٠٥٠) طالباً وطالبة (٥٧٥ من الذكور، و ٤٧٥ من الإناث). تراوحت أعمارهم بين ٦-١٧ سنة، منهم (٦٥٠) من المدارس الابتدائية و(٤٠٠) من المدارس الإعدادية. تم جمع البيانات من الطلاب من خلال استبيان يتضمن البيانات الشخصية (الاسم، العمر، الجنس، الإقامة)، وأسئلة حول الصداع تتضمن تجارب عن الصداع خلال العام الماضي، والشدة، والمدة، والعلامات، والأعراض، ونوعية الألم. أظهرت النتائج أن معدل انتشار الصداع ككل لدى عينة الدراسة ٣٠,٨٪، ومعدل انتشار اضطرابات الصداع الأساسي كان (٢٨,٤٪) موزعة على الصداع النصفي بنسبة (٢٤,٢٪) والصداع التوترية (٤,٢٪)، وبلغت نسبة انتشار اضطرابات الصداع الثانوي (٢,٤٪).

وفيما يتعلق بحالات الصداع النصفي، الصداع النصفي من دون هالة (٧٦,٤٪) كان الأكثر شيوعاً، تليها الصداع النصفي مع هالة (١٨,٩٪) والصداع النصفي القاعدي أخيراً (٤,٧٪). وكشفت الدراسة أن معدل انتشار الصداع النصفي والصداع التوترى كان أعلى بين الطلاب في الفئة العمرية (١٢-١٧) سنة مقارنة بمعدل انتشاره لدى الطلاب في الفئة العمرية (٦-١١) سنة، لكن الفرق لم يكن دال إحصائياً. وأظهرت النتائج أن معدل انتشار الصداع النصفي والصداع التوترى لدى الطالبات كان أعلى من معدل انتشاره لدى الطلاب الذكور، لكن الفرق لم يكن دال إحصائياً. كما أظهرت النتائج حسب الخصائص الاجتماعية والديموغرافية للطلاب أن معدل انتشار الصداع النصفي والصداع التوترى كان أعلى بين الطلاب ذوي المستويات الاجتماعية والاقتصادية العالية والمتوسطة مقارنة مع الطلاب ذوي المستويات الاجتماعية والاقتصادية المنخفضة، وكانت الفروق ذات دلالة إحصائية. وأظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية بين الصداع والتاريخ العائلي، وكانت النسب المئوية (٨١,٩٪) في الصداع النصفي، و(٥٤,٥٪) في الصداع التوترى. وأظهرت النتائج أن النسبة المئوية لهجمات الصداع المتكررة (مرة واحدة في الأسبوع أو أكثر) كانت أعلى من الهجمات الأقل تكراراً (مرة واحدة في الشهر أو أقل) لدى كل من مرضى الصداع النصفي والصداع التوترى. وكان الشقين الصدغيين الموقع المشترك لمكان الصداع لدى مرضى الصداع النصفي، في حين كانت المنطقة الأمامية (الجبين) هي الموقع المشترك لدى مرضى الصداع التوترى. وتبين من النتائج أن نوبات الصداع الضاغط كانت أعلى انتشاراً من نوبات الصداع النابض لدى مرضى الصداع التوترى، وأن النوبات معتدلة الشدة كانت الأكثر شيوعاً لدى مرضى الصداع النصفي الصداع التوترى.

وأجرى محمد وآخرون (٢٠١٢) دراسة التعرف على معدل انتشار الصداع بين طلبة الجامعات في جامعة كركوك في العراق، ومدى تأثير الصداع على حياة الطالب الدراسية. تكونت عينة الدراسة (١١٤٠) طالباً تم اختيارهم بشكل عشوائي بنسبة (٢٦٪) من طلبة الجامعة ككل. تم إجراء الدراسة خلال العام الدراسي (٢٠١٠-٢٠١١)، وتم تشخيص الصداع من خلال معايير جمعية الصداع الدولية، كما تم جمع البيانات من خلال استبيان يضمن معلومات عن البيانات الديموغرافية وأسئلة حول الصداع والأعراض المرتبطة به، والتأثير المحتمل للصداع على الدوام في الجامعة. أظهرت النتائج أن (٣٩,١٪) من عينة الدراسة يعانون من أنواع الصداع الذي لا علاقة له بمرض الحمى في السنة السابقة للمسح. وكانت نسب انتشار الصداع النصفي والصداع التوترى أعلى بين الإناث مقارنة بانتشارها بين الطلاب الذكور، وكان أعلى أيضاً لدى الفئة العمرية ١٩-٢١ عاماً، وتوصلت النتائج أن الصداع يؤثر على الأداء الأكاديمي للطلاب حيث تبين أن ما يقرب من ثلث العينة يغيبون عن الجامعة بسبب الصداع.

وأجرى العبيدي (٢٠١٢) دراسة بهدف التعرف على مدى انتشار الصداع بأنواعه التي من ضمنها الصداع التوترى لدى المرضى الذين يعانون من التهاب الجيوب الأنفية. تكونت عينة الدراسة من ٥٠٠ مريضاً مشخصون في ذات الوقت على أنهم مصابون بالتهاب الجيوب الأنفية، أجريت الدراسة خلال فترة ثلاث سنوات (٢٠٠٨ - ٢٠١٠) في محافظة صلاح الدين في العراق. تم تطبيق معايير التشخيص الخاصة بجمعية الصداع الدولية لتشخيص الصداع. وأظهرت النتائج أن (٧٦٪) من عينة المرضى مصابون الصداع النصفي وبلغ عددهم ٣٨٠ مريضاً، وتبين من النتائج أن نسبة الإصابة بالصداع التوترى بلغت (١٦٪) من عينة المرضى أي ٧٠ مريضاً، وتبين أن (١,٦٪) مصابين بالصداع الثانوي، وبلغت نسبة المصابين بالصداع العنقودي (٠,٨٪) (Al-Obiedi, 2012).

وأجرت نسمة محمد (٢٠١٢) دراسة هدفت إلى التعرف على معدل انتشار وخصائص الصداع التوترى والصداع النصفي بين طلبة كلية الطب بجامعة الزقازيق، والتعرف على المظاهر السريرية لدى مرضى الصداع. تكون مجتمع الدراسة من (٤٢٢٢) طالباً هم طلاب كلية الطب في كلية الطب جامعة الزقازيق وقت إجراء الدراسة. في حين تكونت عينة الدراسة من (٤٢٠) طالباً وطالبة تراوحت أعمارهم ما بين (١٧ إلى ٢٣ سنة) بمتوسط ٢٠ عاماً. وأظهرت نتائج الدراسة أن نسبة انتشار الصداع لدى العينة بلغت (١١,٣٪)، وكانت نسبة انتشار الصداع لدى الإناث أعلى منها لدى الذكور (١٢,٢٪ مقابل ١٠,٦,١٪)، مع عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث، وأظهرت النتائج أن معدل انتشار الصداع النصفي كان ٥,٤٪ مع نسبة انتشار أعلى لدى الإناث بنسبة (٧,٨٪) مقارنة بانتشاره لدى الذكور بنسبة (١,٩٪)، وكانت الفروق ذات دلالة إحصائية لصالح الإناث، كما أظهرت النتائج أن معدل انتشار الصداع التوترى بلغ (٤,١٪)، وكانت نسبة انتشار الصداع التوترى لدى الذكور (٧,٧٪)، ولدى الإناث (١,٤٪)، وكانت الفروق ذات دلالة إحصائية لصالح الذكور. وتبين من النتائج أن نسبة انتشار الصداع النصفي كانت أعلى بقليل من نسبة انتشار الصداع التوترى مع عدم وجود فروق دالة إحصائية بين النسبتين. وتبين من النتائج أن (١,٦٪) من عينة الدراسة يعانون ظهرت لديهم أعراض الصداع النصفي والصداع التوترى معاً.

وأجرى جوني (٢٠١٣) دراسة بهدف التعرف على مدى انتشار الصداع وعلاقته بالغياب بين طلبة المعاهد الطبية التقنية في جامعة بغداد. اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي المسحي، تكونت عينة الدراسة من ٥٠٠ طالباً وطالبة تراوحت اعمارهم بين ١٨ الى ٢٤ سنة، يدرسون في المرحلة الاولى والمرحلة الثانية في المعاهد الطبية التقنية في جامعة بغداد. أظهرت النتائج أن معدل حصول الصداع بين الطلبة كان ٨٥,١٪ في العمر أقل من ٢٢ سنة، وكانت معدلات انتشار

الصداع بين الطالبات (٨٣,٤٪) مقارنة بمعدلات انتشاره بين الذكور (٨٢,٣٪). وأن الصداع يحدث بشكل يومي لدى الطلبة بنسبة ٢٢٪، وأن أكثر العلامات السريرية وجوداً عند الطلبة عند ظهور أعراض الصداع هي تشوش الرؤيا بنسبة ٣٣,٧٪، وأن أكثر أنواع الصداع لدى الطلبة هو الصداع التوترى الشديد بنسبة ٤١,٤٪، والصداع النصفي بنسبة ٢٦,٥٪، وأن أكثر العوامل التي تقلل نوبات الصداع هي الراحة ٣٤٪. وتبين من النتائج أن نسبة الغياب بسبب الصداع لدى الطلبة كانت ٢٩,٤٪، وعدم وجود فروق في معدلات الغياب بسبب الصداع حسب متغيرات العمر والجنس شدة الصداع. ووجود علاقة بين معدلات الغياب بسبب الصداع وحصول تشوش في الرؤيا وظهور حالات الصداع النصفي والصداع التوترى.

وهدف دراسة محمد (٢٠١٣) إلى قياس الخصائص الوبائية ومدى انتشار مرض الصداع النصفي (الشقيقة) والصداع التوترى بين سكان مدينة أسيوط. وذلك متضمناً أشهر العوامل المسببة والأمراض المصاحبة لتلك الأنواع من الصداع. واكتشاف المؤشرات التي تتنبأ بتغير مدة وشدة وتواتر الصداع. اشتملت الدراسة على دراسة ميدانية لعينة عشوائية تتضمن ٤٧٠٠ مواطناً من سكان مركز أسيوط مقسمين وفقاً للنسبة المئوية للسكان في الأماكن المختلفة من مدينة أسيوط وقرى المراكز دون علم مسبق عن حالتهم الصحية أو الاجتماعية. واشتملت هذه الدراسة على خمس مراحل (التعارف وفرز حالات الصداع- التاريخ المفصل والتقييم السريري الكامل- التشخيص- الفحوصات اللازمة- إعادة التقييم والمتابعة). وكانت نسبة شيوع الصداع التوترى في مجتمع أسيوط هي ١٣,٦٢٪، والصداع التوترى يؤثر على ١٧,٤٪ من الإناث و ٩,٨٪ من الذكور. والإناث هم أكثر عرضة من الذكور للإصابة بالصداع التوترى خاصة حول سن البلوغ والزواج بين (٢٠-٢٥ سنة)، وبعد انقطاع الطمث (بين ٥٥-٦٠ عاماً)، وتزيد نسبة إصابة الذكور بالصداع التوترى بعد سن التقاعد (بعد سن الستين عاماً)، ولكن لا تزال أقل بكثير من الإناث. والصداع التوترى يؤثر أكثر على الإناث غير المتزوجات والذكور المتزوجين. وكانت مشاكل الأسرة من أهم العوامل التي تعجل من نوبات الصداع التوترى. ومعظم حالات الصداع التوترى تزداد سوءاً قرب نهاية اليوم. والطابع الأكثر شيوعاً للصداع التوترى هو الإحساس بالضغط على الدماغ وحزام حول الرأس لدى الذكور والإحساس بالحرقان والغليان لدى الإناث. والصداع التوترى الذي يستمر أكثر من يوم، والصداع التوترى المزمن واليومي يزيد مع التقدم في العمر. وعصاب التوتر والقلق والاكتئاب النفسي هما أهم المؤشرات التي تنبئ بالصداع التوترى الحاد. وأهم المؤشرات التي تنبئ بالصداع التوترى الذي يستمر أكثر من يوم، هي: عدم الزواج، وعدم الإنجاب، أو إنجاب عدد كبير من الأطفال والمطلقات والأرامل. وأهم المؤشرات التي تنبئ بالصداع التوترى المزمن، هي: وجود نوبات صداع توترى حادة ومستمرة لأكثر من يوم،

وعدم الزواج، وتقدم العمر. وأكثر الأعراض المصاحبة لنوبات الصداع هي وجود نقاط مؤلمة بفروة الرأس، دمعان، عدم وضوح الرؤية والأرق والدوار. ومن أهم الأمراض المصاحبة للصداع التوترى، هي: عصاب التوتر والقلق والاكتئاب النفسي وارتفاع ضغط الدم. والأمراض الشائعة في عائلة المريض المصاب بالصداع التوترى، هي: الصداع التوترى وارتفاع ضغط الدم ومرض السكر. الراحة واستخدام المسكنات دون استشارة الطبيب كانت هي الطرق المستخدمة لعلاج الصداع التوترى. مما أدى إلى أن أكثر من تسعين بالمائة من هؤلاء المرضى أصيبوا أيضاً بنوع آخر من الصداع وهو الصداع الناجم عن كثرة استخدام المسكنات.

(ب) : الدراسات التي تناولت القلق لدى المرضى:

هدفت دراسة أحمد ولميس رجب (٢٠٠٢) إلى التعرف على مدى انتشار القلق والمخاوف من علاج الأسنان، وأيضاً حاولت الدراسة التعرف على كيفية إدراك طلبة الجامعة الأردنية لأسباب القلق المتعلق بعلاج الأسنان. اشتملت عينة الدراسة على (٤٢٥) طالباً وطالبة، منهم (١٢١) طالباً و(٣٠٤) طالبة متوسط أعمارهم ٢٢ سنة جميعهم من طلبة الجامعة الأردنية ومن ست كليات مختلفة. استخدم مقياس قلق معالجة الأسنان المعرب، وأضيف إليه سؤالين، الأول يتعلق حول كيف يدرك الطلبة في الجامعة الأردنية تطور القلق من علاج الأسنان، والسؤال الآخر يتعلق في مدى الزيارات لعيادة طبيب الأسنان. أشارت النتائج بأن مقياس القلق المتعلق بعلاج الأسنان والذي تم إعداده ليتناسب مع البيئة الأردنية العربية يمتاز بصدق وثبات جدين. وقد أشارت النتائج بأن نصف عينة الدراسة من الطلبة لا يعانون من القلق المتعلق بالإجراءات الخاصة بعلاج الأسنان، وأن (٢٧,٥%) يعانون من درجة بسيطة، (20.9%) يعانون من درجة متوسطة من القلق، (٣,٣%) يعانون من درجة شديدة من القلق ودرجاتهم تماثل مرضى المخاوف الذي لا يستطيعون حتى زيارة طبيب الأسنان، ووجد أيضاً أن القلق المتعلق بعلاج الأسنان، أكثر انتشاراً بين الطلاب عن الطالبات. وقد وجدت الدراسة بأن (٤٤%) من الطلبة عزو أسباب تطور قلقهم من علاج الأسنان إلى الخبرات السيئة التي مروا بها وهم صغار السن، وأن (١٥%) من الطلبة عزو قلقهم نتيجة لتعلمهم الخوف من خلال ما مر بوالديهم أو أخوتهم الأكبر سناً.

وأجرت شيرين أزهرى (٢٠٠٥) دراسة للتعرف على التغيرات الفسيولوجية في دم الإنسان الناجمة عن الضغط العصبي والقلق في ظروف متعددة تسبب الضغط العصبي والقلق مثل نظام المناوبات للموظفين والاختبارات بالنسبة لطلبة الجامعة. وقد تم في هذه الدراسة دراسة الضغط العصبي الناجم عن المناوبات الليلية وكذلك دراسة قلق الاختبارات لدى طالبات الجامعة من خلال

طرح فسيولوجي يركز على الإلمام بالأسس الفسيولوجية لهما ومدى تأثيرهما على مستوى دهون الدم الثلاثية ومستوى كولسترول الدم. وأظهرت نتائج الدراسة تأثير المناوبات الليلية على مستوى دهون الدم سواء كانت الكولسترول أو دهون دم ثلاثية، حيث ارتفع مستواه في أثناء الدوام الليلي وانخفض في أثناء الدوام الصباحي للموظفين في ظل المتغيرات التي شملتها الدراسة، وهي: الفئة العمرية، الجنس، الحالة الاجتماعية، ونوع العمل الجنسيات المختلفة، وكما ظهرت فروق معنوية في كل من الجنس (ذكور وإناث) والحالة الاجتماعية، ونوع العمل، والجنسيات المختلفة. وأظهرت الدراسة تغيرات في مستوى دهون الدم الثلاثية لدى طالبات الجامعة قبل وبعد الاختبار عند درجة القلق المتوسط مقارنة بمستويات القلق الأخرى العالي والمنخفض. وأيضاً أُنضح الاختلاف في مستوى دهون الدم الثلاثية قبل وبعد الاختبار لدى طالبات كلية العلوم، ولم يظهر ذلك لدى طالبات الكليات الأخرى. وكان لنوعية الاختبارات تأثيراً، حيث ظهرت الفروق الدالة في مستوى دهون الدم الثلاثية أثناء فترة الاختبار الدوري، ولم تظهر تلك الاختلافات في الاختبار النهائي. ولم تظهر أي فروق دالة لمتوسط مستوى كولسترول الدم قبل وبعد الاختبار عند المتغيرات التي شملتها الدراسة: درجة القلق، والفئة العمرية، والحالة الاجتماعية، ونوع الاختبار، والكليات، والسنوات الدراسية المختلفة. وخلصت الدراسة إلى أن الضغط العصبي الناجم عن المناوبات الليلية وقلق الاختبارات يؤديان إلى ارتفاع مستوى دهون الدم الثلاثية وكولسترول الدم عند بعض المتغيرات التي شملتها الدراسة مما يؤثر على الصحة العامة للفرد (أزهري، ٢٠٠٥).

وهدف دراسة بركات (٢٠٠٦) إلى المقارنة بين الأفراد المصابين بالسرطان والأفراد غير المصابين بهذا المرض في بعض سمات الشخصية الانفعالية: الاكتئاب، وقلق الموت، والانبساط - الانطواء - والاتزان . الاندفاع، والاضطرابات الانفعالية، والتفاؤل - التشاؤم، وطبقت لهذا الغرض مجموعة من المقاييس النفسية المتخصصة على عيّنتين من الأفراد: الأولى عينة من الأفراد المصابين بالسرطان، وبلغ عددهم (٤٨) فرداً، والثانية من الأفراد غير المصابين بهذا المرض، وبلغ عددهم أيضاً (٤٨) فرداً، وقد أظهرت الدراسة النتائج الآتية: أن سمات الشخصية الانفعالية تتوافر لدى الأفراد المصابين بمرض السرطان تبعاً للترتيب الآتي: الاضطرابات الانفعالية، قلق الموت، الانبساط - الانطواء، الاتزان - الاندفاع، الاكتئاب، التفاؤل - التشاؤم. بينما تتوافر السمات الشخصية الانفعالية لدى الأفراد غير المصابين بمرض السرطان على الترتيب الآتي: قلق الموت، الانبساط . الانطواء، الاتزان - الاندفاع، الاضطرابات الانفعالية، التفاؤل - التشاؤم، الاكتئاب. وتبين وجود فروق دالة إحصائية بين الأفراد المصابين بالأورام السرطانية وغير المصابين في سمات الشخصية الانفعالية لمصلحة الأفراد المصابين، حيث أظهر الأفراد المصابين بالسرطان ميلاً أكبر

نحو سمات الشخصية: الاكتئاب، وقلق الموت، والانطواء، والاندفاعية، والاضطرابات الانفعالية، والتشاؤم. ووجود فروق دالة إحصائياً لدى الأفراد المصابين بمرض السرطان في سمات الشخصية: قلق الموت، والاضطرابات الانفعالية، والتفاؤل - والتشاؤم تعزى لمتغير الجنس، وذلك لمصلحة الإناث، بمعنى أن المريضات الإناث بمرض السرطان هن أكثر ميلاً نحو قلق الموت المرتفع، ونحو الانفعال، ونحو التشاؤم. بينما أظهرت النتائج إلى عدم وجود فروق جوهرية بين درجات المصابين بمرض السرطان في سمات الشخصية: الاكتئاب، والانبساط - الانطواء، والاتزان - الاندفاع تعزى لمتغير الجنس. وعدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الأفراد المصابين بالأورام السرطانية المختلفة في سمات الشخصية: الاكتئاب، والانبساط - الانطواء، والاتزان - الاندفاع. بينما أظهرت النتائج وجود فروق جوهرية بين المصابين بالأورام السرطانية المختلفة في سمات الشخصية: قلق الموت، والاضطرابات الانفعالية، والتفاؤل - التشاؤم، وذلك لمصلحة فئة مرضى سرطان الرحم.

وهدف دراسة المرزوقي (٢٠٠٧) إلى معرفة طبيعة العلاقة بين متغيرات القلق والاكتئاب والضغط النفسي والتفكير اللاعقلاني بمستوى السكر في الدم لدى عينة من مرضى السكري في دولة الإمارات العربية المتحدة. تألفت عينة الدراسة من (١١٩) مريضاً مصاباً بالسكري من النوع الثاني من المواطنين وغير المواطنين في دولة الإمارات العربية المتحدة، تم اختيارهم بالطريقة المتيسرة وذلك من خلال مراجعتهم لعيادة السكري في مستشفى القاسمي، ومستشفى الكويت في إمارة الشارقة. استخدمت في هذه الدراسة أربعة مقاييس لقياس المتغيرات التابعة، وهي: مقياس الضغط النفسي المعد من قبل الباحث، ومقياس سبيلبرجر للقلق، ومقياس بيك للاكتئاب، ومقياس الريحاني للأفكار العقلانية واللاعقلانية، في حين تم قياس مستوى السكر في الدم من خلال تحليل خضاب الدم والمقصود به اندماج الهيموغلوبين مع الجلوكوز. أظهرت النتائج عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى السكر في الدم لدى مرضى السكري ومستوى القلق أو متغير المعتقدات والتفكير اللاعقلاني، في حين أظهرت الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية في مستوى السكر في الدم لدى مرضى السكري ومستوى الاكتئاب ومستوى الضغط النفسي. كما أظهرت النتائج وجود أثر ذي دلالة إحصائية للقلق والضغط النفسي في تفسير نسبة التباين في ارتفاع مستوى السكر في الدم، في حين لم يكن لباقي متغيرات الدراسة أثر ذو دلالة إحصائية في تفسير نسبة التباين في ارتفاع مستوى السكر في الدم. وفي ضوء النتائج المستخلصة توصي الدراسة بإجراء مزيد من الدراسات على مرضى السكري تتناول متغيرات أخرى وعلى عينات أخرى كالإناث والأطفال.

وهدف دراسة شيخة العتيبي (٢٠٠٩) الوقوف على معدلات الاكتئاب والقلق لدى مرتفعي ومنخفضي فاعلية الذات من مرضى الفصام والأسوياء، ومعرفة إلى أي مدى يكون لمرض الفصام

دور في المعاناة من هذين العرضين، وإلى أي مدى يكون لفاعلية الذات دور في تقليل المعاناة من المرض النفسي عامة، والقلق والاكتئاب خاصة لدى الفصامين، وقد تم تطبيق ثلاثة اختبارات لكل متغير من المتغيرات السابقة، وهي: قائمة بيك للاكتئاب (الصورة الكويتية للقائمة)، ومقياس القلق لجامعة الكويت، هذا بالإضافة إلى مقياس فاعلية الذات وهو من ترجمة وإعداد الباحثة، واتسمت هذه الأدوات بصدق وثبات مرتفع، حيث تم تطبيقها على عينة بلغت (١٢٠) فرداً (٦٠ فصامياً و٦٠ سويماً) من الكويتيين، تراوحت أعمارهم ما بين (٢٢-٤٨) سنة، وقد روعي أن يتم تكافؤ كل حالة مرضية لنظيرها من الأسوياء على أساس كل من السن، ومستوى التعليم، والجنسية، والذكاء. وانتهت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية عكسية بين فاعلية الذات وكل من القلق والاكتئاب لدى الأسوياء والفصامين كل مجموعة منها على حدة، كما وجدت فروق بين الأسوياء والفصامين في معدلات الاكتئاب والقلق والفاعلية الذاتية، وأتضح أيضاً بأنه تتباين الفروق في القلق والاكتئاب بتباين الفروق في فاعلية الذات لدى الأسوياء والفصامين من خلال القلق والاكتئاب باعتبارهما متغيرين تتبؤن وفاعلية الذات تعتبر متغيراً محكياً، أو متغير الاستجابة لدى الفصامين والأسوياء.

كما هدفت دراسة كل من: إبراهيم وزباد والنعمي وسالم (٢٠١٣) إلى تقييم شدة الأعراض الأساسية للاكتئاب والقلق والإجهاد لدى مرضى احتشاء العضلة القلبية، وللدلالة على اضطراب كرب ما بعد الصدمة بين مرض احتشاء عضلة القلب حسب الجنس، والعمر، والشدة. تم تطبيق الدراسة في مستشفى ابن سينا التعليمي في مدينة الموصل للفترة من أيار إلى أيلول ٢٠١٢، وتكونت عينة الدراسة من (٥٤) مريضاً مشخصين بمرض احتشاء العضلة القلبية تتراوح أعمارهم بين (٤٠ - ٨٩) سنة. تم استخدام مقياس لتشخيص المرضى الذين يعانون من القلق والاكتئاب والإجهاد. وقد أشارت النتائج إلى أن معظم المرضى كان لديهم إجهاد متوسط والذي شكل (٤٨%)، بينما عانى (٥٥%) منهم من القلق الشديد للغاية، كما أنهم كانوا يعانون من كآبة متوسطة. بينما غالبية الذكور كان لديهم اضطرابات الإجهاد متوسطة الشدة والذي شكل (٤٨,٥%) منهم، بينما (٦٩,٥%) من الإناث كان لديهم اضطرابات قلق حاد جداً، وأغلبية الإناث كان لديهم كآبة شديدة. وقد سلطت هذه الدراسة الضوء على تطور اضطرابات كرب ما بعد الصدمة لدى مرض احتشاء العضلة القلبية. وكانت اضطرابات القلق الأكثر شدة من اضطرابات الكآبة والإجهاد، والأكثر تكراراً لدى الإناث. أما اضطرابات الكآبة كانت الأعلى تكراراً في الفئة العمرية (٥٠-٥٩ سنة). وقد أوصت الدراسة بتقديم الرعاية الشاملة لمرضى احتشاء العضلة القلبية من جميع النواحي (النفسية، والصحية، والاجتماعية، والتعليمية).

ثالثاً: الدراسات التي تناولت الصداع التوترى وعلاقته بالقلق:

أجرى كارانزا Carranza (٢٠٠١) دراسة تناولت دور الإدراك فيما يتعلق بحساسية القلق في زيادة مستويات الخوف من الألم والسلوك التجنبى لدى الأفراد الذين يعانون الصداع التوترى. حيث تشير حساسية القلق إلى الخوف من أعراض القلق، كما هدفت الدراسة التعرف على مستويات انتشار الصداع التوترى والصداع النصفى، ومدى استعداد مرضى الصداع لتغيير سلوكياتهم المتعلقة بتجنب الألم، خاصة مع وجود أدلة أولية تفترض أن حساسية القلق تزيد مستويات الخوف من الألم، الأمر الذى يؤدي إلى زيادة الألم المرتبطة بالسلوك التجنبى والحفاظ على الألم المزمن. تم إجراء الدراسة على ثلاث مراحل، تكونت عينة المرحلة الأولى من (٢٩٧) فرداً، وأظهرت نتائجها أن أعراض الصداع ظهرت لدى ٣٣٪ من العينة وعددهم (٩٩) فرداً، منهم (٦٩) مصابين بالصداع التوترى، و(٣٠) فرداً مصابين بالصداع النصفى. وقد بلغ عدد أفراد عينة الدراسة في المرحلة الثانية (١٨١) فرداً، وأشارت نتائجها إلى أن حساسية القلق يرتبط بشكل إيجابى بالخوف من الألم والسلوكيات المتعلقة بتجنب الألم لدى مرضى الصداع التوترى والصداع النصفى. وقد أظهرت نتائج تحليل الانحدار المتعدد أن حساسية القلق ساهمت بالتنبؤ بشكل دال بأفكار الخوف من الألم. وأظهرت نتائج المرحلة الثالثة التي تكونت من (٤٨) فرداً وجود علاقة ارتباطية دالة بين القلق والاكتئاب والصداع التوترى، وعدم وجود علاقة بين الصداع التوترى وحساسية القلق، والخوف من الألم، والسلوكيات المتعلقة بتجنب الألم، والمتاعب اليومية. وقد أظهرت نتائج تحليل الانحدار المتعدد أن القلق كحالة والسلوك التجنبى تتباً بشكل دال بالصداع التوترى.

وأجرى كل من ماتا وموريرا فيلهو Matta & Moreira Filho (٢٠٠٣) دراسة بهدف التعرف على مدى انتشار القلق والاكتئاب لدى المرضى الذين يعانون من مرض الصداع التوترى المعتدل والمزمن. وتكونت عينة الدراسة من (١٠٠) مريضاً بالصداع، منهم (٥٠) مريضاً بالصداع التوترى المعتدل، و(٥٠) مريضاً بالصداع التوترى المزمن. واستخدمت الدراسة قائمة بيك Beck's للقلق والاكتئاب. وأظهرت النتائج أن أعراض القلق كانت موجودة لدى (٦٠٪) من مرضى الصداع التوترى المعتدل، وأن أعراض الاكتئاب كانت موجودة لدى (٣٢٪) منهم، في حين أن أعراض القلق كانت موجودة لدى (٤٤٪) من مرضى الصداع التوترى المزمن، وأن أعراض الاكتئاب كانت موجودة لدى (٤٠٪) منهم. وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة بين أعراض القلق والاكتئاب والصداع التوترى، وأن إهمال هذه العلاقة قد تؤدي إلى الفشل في العلاج الصداع التوترى والوقاية

منه، مما قد يؤدي في النهاية إلى فقدان جودة الحياة لدى المرضى (Matta, Moreira & Filho, 2003).

وهدفت دراسة تغريد الشطي (٢٠٠٤) تحديد معدلات انتشار الصداع التوترى بأنواعه والشقيقة غير المسبوقه بمراحل النذير لدى عينة من طلاب جامعة الكويت من الجنسين، وتحديد الفروق بين الجنسين في كل من الصداع التوترى والصداع التوترى المزمن وصداع الشقيقة غير المسبوقه بمرحلة النذير والقلق والاكتئاب، وتحديد علاقة كل من الصداع التوترى والصداع التوترى لفترات، والصداع التوترى المزمن وصداع الشقيقة غير المسبوقه بمرحلة النذير ببعضها وعلاقتها بالقلق والاكتئاب، وبيان أنواع الصداع التي تنتبأ بكل من القلق والاكتئاب. وقد استخدمت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي. وأظهرت النتائج أن الصداع التوترى والصداع التوترى المزمن وصداع الشقيقة غير المسبوقه بمرحلة النذير ينتشر لدى الإناث، في حين أن الصداع التوترى المزمن وصداع الشقيقة غير المسبوقه بمرحلة النذير ينتشر لدى الإناث بمعدلات أعلى من الذكور. كما تبين وجود فروق جوهرية بين الجنسين في الصداع التوترى بأنواعه وصداع الشقيقة غير المسبوقه بمرحلة النذير والقلق والاكتئاب، حيث حصلت الإناث على متوسطات أعلى منها لدى الذكور في صداع الشقيقة غير المسبوقه بمرحلة النذير والقلق والاكتئاب، في حين حصل الذكور على متوسطات أعلى منها لدى الإناث. كما أظهرت نتائج الدراسة علاقة جوهرية سلبية بين الصداع التوترى بأنواعه وكل من القلق والاكتئاب، وكشفت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية جوهرية موجبة بين صداع الشقيقة وكل من القلق والاكتئاب علي وجه العموم.

وأجرى Tan وآخرون (٢٠٠٥) دراسة بهدف التعرف على طبيعة العلاقة بين القلق والاكتئاب والصداع التوترى لدى مرضى الصداع، كما هدفت الدراسة تقييم الأمراض النفسية لدى مرضى الصداع التوترى والصداع النصفي. وتكونت عينة الدراسة من (٩٥) مريضاً منهم (٧٥) إناث و (٢٠) ذكور) تم تشخيصهم على أنهم من مرضى الصداع النصفي أو الصداع التوترى. وتم الطلب من جميع المرضى ملء قائمة أعراض تتكون من (٤٤) بنداً تم بناؤها لتشخيص اضطرابات الاكتئاب والقلق وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM-IV، كما أكمل المرضى مقياس بيك للاكتئاب، ومقياس القلق كحالة وسمة لسيبليرغر Spielberg (STAI). بعد ذلك تم تقييم جميع المرضى من ناحية وجود اضطرابات نفسية لديهم وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM-IV. وأظهرت النتائج أن نسبة مرضى الصداع النصفي بلغت (٥٣,٧٪) من المرضى، ونسبة مرضى الصداع التوترى (٤٦,٣٪)، متوسط أعمارهم ٣٢,٧٧ ± ٧,٨ و ٣٠,٣٢ ± ٩,٤ سنوات على التوالي. كما أظهرت النتائج أن مستويات

الأعراض المرتبطة بالاكتئاب والقلق كانت مماثلة بشكل عام لدى كل من الصداع النصفي ومرضى الصداع التوترى، وأن انخفاض الرغبة الجنسية والغثيان كان أكثر كثافة لدى المرضى الذين يعانون من الصداع النصفي مقارنة بمرضى الصداع التوترى، وأن نسبة حالات الاكتئاب بلغت (٣٧,٣٪) لدى مرضى الصداع النصفي و(٤٣,٢٪) لدى مرضى الصداع التوترى، كما أن نسبة حالات القلق بلغت (١٥,٧٪) لدى مرضى الصداع النصفي و(٩,١٪) لدى مرضى الصداع التوترى، وأن نسبة حالات القلق والاكتئاب معاً بلغت (٩,٨٪) لدى مرضى الصداع النصفي و(٦,٨٪) لدى مرضى الصداع التوترى.

كما أجرى كل من باغ وهاسيهاسنوجلو وتوفكسي Bag, Hacıhasanoglu & Tufekci (٢٠٠٥) دراسة بهدف تقييم مستويات القلق والاكتئاب والعدائية والأعراض النفسية لدى المرضى الذين يعانون من الصداع النصفي والصداع التوترى، وإجراء مقارنة في مستويات الأعراض النفسية السابقة بين مرضى الصداع بنوعيه والأصحاء. وتكونت عينة الدراسة من (٧٥) مريضاً بالصداع النصفي و(٥٥) مريضاً بالصداع التوترى وفقاً لمعايير تصنيف جمعية الصداع الدولية، وعينة ضابطة تكونت من (٧٣) فرداً من الأفراد الأصحاء. استخدمت الدراسة الأدوات الآتية: قائمة العدائية لبوس-ديورك (Buss-Durkee)، وقائمة الأعراض الإكلينيكية المختصرة (Brief Symptom Inventory)، ومقياس القلق بوصفه حالة وسمه (State-trait Anxiety Inventory)، وأظهرت النتائج أن مستويات القلق والاكتئاب والعدائية والأعراض النفسية لدى المرضى الذين يعانون من الصداع النصفي والصداع التوترى كانت أعلى وبشكل دال مقارنة بمستوياتها لدى الأصحاء، وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة بين القلق كسمة وكحالة والاكتئاب والعدائية وبين مستويات الصداع النصفي والصداع التوترى لدى عينة المرضى.

وأجرى كيتساز وقرباني Chitsaz & Ghorbani (٢٠٠٥) دراسة هدفت إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين القلق والاكتئاب والصداع لدى مرضى الصداع التوترى والصداع النفسي، وذلك من خلال تقييم مدى انتشار الاكتئاب والقلق لدى المرضى الذين يعانون من الصداع النصفي والصداع التوترى، ومقارنة مستوياتها مع مجموعة من الأفراد الأصحاء الذين لا يعانون من أي شكل من أشكال الصداع. وتكونت عينة الدراسة من (١٢٥) مريضاً بالصداع النصفي والصداع التوترى تم تشخيصهم بناء على معايير جمعية الصداع الدولية، و(١٢٥) فرداً عادياً. استخدمت الدراسة مقياس بيك للاكتئاب، ومقياس كاتل للقلق (Catel Anxiety Inventory). وأظهرت النتائج وجود علاقة دالة إحصائية بين القلق والاكتئاب والصداع التوترى والصداع النصفي، حيث تبين من النتائج أن مستويات الاكتئاب لدى مرضى الصداع التوترى ومرضى الصداع النصفي كانت أعلى بمقدار

(٢,٣٥) مرة مقارنة بمستوياتها لدى الأصحاء، وكانت الفروق بين المجموعتين دالة عند مستوى ($P=0.001$)، وأن مستويات القلق لدى مرضى الصداع التوترى ومرضى الصداع النصفي كانت أعلى بمقدار (٢,٦٧) مرة مقارنة بمستوياتها لدى الأصحاء، وكانت الفروق بين المجموعتين دالة عند مستوى ($P=0.001$)، كما أظهرت النتائج أن مستويات القلق لدى مرضى الصداع التوترى كانت أعلى مقارنة بمستوياتها لدى مرضى الصداع النصفي.

وأجرى بيناكوبا-بوينتي Peñacoba-Puente وآخرون (٢٠٠٨) دراسة بهدف دور كل من القلق والاكتئاب كمتغيرات وسيطة في العلاقة بين المؤشرات السريرية للصداع ونوعية الحياة لدى مرضى الصداع التوترى المزمن. وتكونت عينة الدراسة من (٢٥) مريضاً تم تشخيصهم على أنهم مصابين بمرض الصداع التوترى المزمن وفقاً لتشخيص معايير جمعية الصداع الدولية، وتم تسجيل أعراض الصداع لمدة ٤ أسابيع من أجل إثبات التشخيص وتسجيل تاريخ المرض، تم استخدام مقياس بيك للاكتئاب (BDI-II) لتقييم الاكتئاب، ومقياس القلق كسمة من أجل تقييم القلق. وأجريت التحليلات باستخدام طريقة المربعات الصغرى وتحليل الانحدار المتعدد باستخدام SPSS. وأظهرت النتائج وجود علاقة بين القلق وبين تكرار الصداع التوترى، وأظهرت النتائج أن متغير القلق أثر كمتغير وسيط على العلاقة بين تكرار الصداع التوترى ونوعية الحياة، ولكن لم يكن له تأثير دال على العلاقة بين شدة الصداع التوترى ومدته ونوعية الحياة. وأظهرت النتائج أن للقلق تأثير على الأداء الاجتماعي والصحة العقلية لمرضى الصداع التوترى. وأظهرت النتائج أن للاكتئاب تأثير في مجال الصحة العقلية لمرضى الصداع التوترى، حيث تبين وجود علاقة دالة بين مدة الصداع التوترى والاكتئاب ($\beta = -0.34$, $p < 0.05$) وذلك بعد ضبط عوامل السن والجنس.

وأجرت نهى عبد القادر (٢٠٠٨) دراسة بهدف التعرف على العوامل النفسية المرتبطة بحالات الصداع اليومي المزمن، ودراسة العلاقة بين والاكتئاب واضطرابات القلق والصداع لدى مرضى الصداع اليومي المزمن، إضافة الى دراسة تأثير الاكتئاب واضطرابات القلق على الآليات البيولوجية التي تؤدي إلى الصداع. وتكونت عينة الدراسة من (١٢١) مريضاً من مرضى الصداع. تم تصنيفهم وفقاً لمعايير التشخيص الدولية للصداع باستخدام استبيان المؤسسة الوطنية للصداع، كما تم تطبيق مقياس هاميلتون للقلق والاكتئاب (Hamilton Anxiety Rating Scale- HAM-A) على أفراد العينة. وأظهرت النتائج وجود علاقة دالة بين القلق والاكتئاب ومرض الصداع المزمن، مع وجود مستويات عالية من الاكتئاب والقلق لديهم. وأن حالات الصداع المزمن تؤثر بشكل كبير على نوعية الحياة لدى المرضى خاصة فيما يتعلق بالقدرة على أداء الأنشطة اليومية.

وأجرى كل من كيفراك وأوزن ويوسيل Kivrak, Özen & Yücel (٢٠٠٩) دراسة بهدف التعرف على مستويات القلق واليأس وتقدير الذات لدى المرضى الذين يعانون من الصداع النصفي والصداع التوترى، ومقارنة مستوياتها بين مرضى الصداع والأصحاء. وتكونت عينة الدراسة من (٧٢) مريضاً بالصداع النصفي، و(٢٨) مريضاً بالصداع التوترى، و(٥٠) فرداً من الأصحاء. استخدمت الدراسة استمارة معلومات عامة، ومقياس بيك لليأس (Beck Hopelessness Scale)، ومقياس القلق بوصفه سمة (STAI-II)، ومقياس المقارنة الاجتماعية (SCS). وأظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستويات القلق واليأس وتقدير الذات لدى مرضى الصداع التوترى والصداع النصفي تعزى لمتغيرات الجنس والعمر والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية والوضع الاقتصادي. وأظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية في مستويات اليأس بين مرضى الصداع التوترى ومرضى الصداع النصفي والأصحاء، لصالح مرضى الصداع التوترى. وأظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية في مستويات القلق بين مرضى الصداع التوترى لصالح مرضى الصداع التوترى، وعدم وجود فروق دالة إحصائية في مستويات القلق وتقدير الذات بين مرضى الصداع التوترى ومرضى الصداع النصفي.

وهدف دراسة ميهليستل Mehlsteibl وآخرون (٢٠١١) التعرف على مستويات اضطرابات القلق لدى المرضى الذين يعانون من الصداع ويراجعون عيادة متخصصة في مرض الصداع، وذلك بهدف التعرف على العلاقة بين القلق والصداع والتعرف على الفروق في مستويات القلق بين مرضى الصداع ومرضى الأعصاب. تم جمع البيانات باستخدام استبيان ولاية بنسلفانيا للقلق الذي يقيس اضطراب القلق العام (GAD)، واستبيان اضطرابات القلق الرهابي، واستبيان الإحساس بالذعر. وتكونت عينة الدراسة من (١٠٠) مريضاً. وأظهرت النتائج أن اضطرابات القلق العام موجودة بنسبة ٣٧,٠% لدى مرضى الصداع، وأن 27% من مرضى الصداع يعانون من اضطراب الإحساس بالذعر، وتبين من النتائج أن نسبة انتشار اضطرابات القلق الرهابي لدى مرضى الصداع بلغت 4.0%، وتبين من النتائج أن مستويات القلق لدى مرضى الصداع كانت أعلى من مستويات القلق لدى مرضى الأعصاب.

وهدف دراسة نانا Na-Na وآخرون (٢٠١٢) التعرف على طبيعة العلاقة بين القلق والاكتئاب وكل من الصداع التوترى والصداع النصفي لدى مرضى الصداع المصابين جنباً إلى جنب بالقلق و/ أو الاكتئاب الذين تلقوا العلاج في عيادة الأمراض العصبية في مستشفى جامعة تشنغتشو Hospital of Zhengzhou University، كما هدفت الدراسة التعرف على تأثير متغيرات الجنس والعمر والمهنة والدخل ومسار المرض على طبيعة وشدة مرض الصداع التوترى والصداع النصفي،

وتم تقييم شدة القلق والاكتئاب عن طريق مقياس هاميلتون للاكتئاب (HAMD) ومقياس هاميلتون للقلق (HAMA)، وتكونت عينة الدراسة من (١٩٦) مريضاً منهم (١٠١) مصابين بالصداع النصفي، و(٩٥) مريضاً مصابين بالصداع التوترى. وأظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائية بين مرضى الصداع النصفي ومرضى الصداع التوترى في مستوى اضطراب المزاج، وفي مستويات القلق، حيث تبين أن (٤٤,٦٪) من المرضى الصداع النصفي، و(٥٥,٨٪) من المرضى الصداع التوترى يعانون من اضطراب المزاج، وعدم وجود فروق دالة إحصائية في مستويات القلق بين مرضى الصداع التوترى المزمن والصداع التوترى العرضي. وأظهرت النتائج أن مستويات الاكتئاب كانت أعلى وبشكل دال إحصائياً لدى مرضى الصداع التوترى الذين يعانون من القلق، مقارنة بمستوياته لدى مرضى الصداع التوترى الذين لا يعانون من القلق. كما أظهرت النتائج أن مستويات القلق والاكتئاب كانت أعلى وبشكل دال إحصائياً لدى الفئات التالية: مرضى الصداع التوترى الإناث مقارنة بمستوياتها لدى مرضى الصداع التوترى الذكور، مرضى الصداع التوترى الذين تقل أعمارهم عن ٤٠ عاماً مقارنة بمستوياتها لدى مرضى الصداع التوترى الذين تزيد أعمارهم عن ٤٠ عاماً، مرضى الصداع التوترى الذين دخلهم أقل من ١٥٠٠ يوان شهرياً مقارنة بمستوياتها لدى مرضى الصداع التوترى الذين دخلهم أكثر من ١٥٠٠ يوان شهرياً، مرضى الصداع التوترى الشديد والمعتدل مقارنة بمستوياتها لدى مرضى الصداع التوترى الخفيف.

كما أجرى كل من: اكسا وأوزكان وتبير Akça, Özkan & Teber (٢٠١٣) دراسة بهدف التعرف على طبيعة العلاقة بين الصداع التوترى والصداع النصفي والقلق والاستجابة الانفصالية لدى الطلاب المراهقين. حيث تم اختيار عينة الدراسة من المرضى المراهقين الذين يراجعون عيادة الأعصاب في كلية الطب بجامعة أنقرة، وقد تكونت عينة الدراسة من (٢٤) مريضاً بالصداع النصفي، و(٢٢) مريضاً بالصداع التوترى، و(٢٨) مراهقاً غير مصاب بأي نوع من أنواع الصداع بهدف مقارنة مستويات القلق لديهم مع مرضى الصداع. واستخدمت الدراسة الأدوات الآتية: مقياس القلق في الطفولة (CASI)، ومقياس خبرات الفصام للمراهقين (ADES). وأظهرت النتائج أن مستويات القلق والاستجابة الانفصالية لدى المرضى الذين يعانون من الصداع كانت أعلى وبشكل دال مقارنة بمستويات القلق لدى الأصحاء. وعند تقسيم مجموعة المرضى إلى مجموعتين حسب نوع الصداع، الصداع التوترى والصداع النصفي، أظهرت النتائج أن مستويات القلق والاستجابة الانفصالية لدى كلا المجموعتين كانت أعلى وبشكل دال مقارنة بمستوياتها لدى المجموعة الضابطة المكونة من الأصحاء. وتبين من النتائج أن مستويات القلق لدى مرضى الصداع التوترى كانت أعلى من مستويات القلق لدى مرضى الصداع النصفي.

وأجرى كل من عمر ومحبار وسيراب Ömer, Mehpare & Serap (٢٠١٣) دراسة بهدف التعرف على العلاقة بين الصداع والحساسية والقلق، وكذلك الصداع والخبرات فصام لدى مرضى الصداع المراهقين في تركيا. تم اختيار العينة من المرضى المراهقين الذين تم قبولهم في كلية الطب بجامعة أنقرة وراجعوا عيادة الأعصاب نتيجة الشكوى من الصداع والصداع النصفي، حيث تكونت عينة الدراسة من (٢٤) مريضاً بالصداع النصفي، و(٢٢) مريضاً بالصداع التوترى، و(٢٨) فرداً من الأصحاء الذين لا يعانون من أي نوع من الصداع كمجموعة ضابطة، وذلك لمقارنة مستويات القلق لديهم مع مستوياتها لدى مرضى الصداع، تم تطبيق مقياس القلق للأطفال ومقياس خبرات الفصام للمراهقين على جميع أفراد العينة. وأظهرت النتائج أن مستويات القلق وخبرات الفصام لدى مرضى الصداع كانت أعلى وبشكل دال من مستوياتها لدى العينة الضابطة المكونة من الأصحاء، وبشكل أكثر تحديداً أظهرت النتائج في حال تم تقسيم مجموعة المرضى إلى مجموعتين بخصوص تشخيص حالاتهم، أن مستويات القلق لدى مرضى الصداع النصفي ومرضى الصداع التوترى كانت أعلى من مستويات القلق لدى الأفراد الأصحاء، وأن مستويات خبرات الفصام لدى مرضى الصداع التوترى كانت أعلى وبشكل دال إحصائياً من مستوياتها لدى الأفراد الأصحاء (المجموعة الضابطة)، في حين لم تكن هنالك فروق دالة في مستويات خبرات الفصام بين مرضى الصداع النصفي والأصحاء، وتبين من النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائياً في مستويات القلق وخبرات الفصام بين مرضى الصداع التوترى ومرضى الصداع النصفي.

وقد أجرى روسو-السلفادور Rousseau-Salvador وآخرون (٢٠١٣) دراسة مستعرضة لتوضيح العلاقة بين القلق-الاكتئاب والصداع لدى مرضى الصداع التوترى والصداع النصفي. كما هدفت إلى التعرف على تأثير عوامل العمر والجنس وتكرار الصداع والتاريخ المرضي. تم جمع البيانات من عينة من ٣٦٨ مريضاً بالصداع تتراوح أعمارهم بين ٨ إلى ١٧ سنوات. تم جمع البيانات من خلال المقابلة، وباستخدام استخدام التصنيف الدولي لاضطرابات الصداع (ICHD-II) لتشخيص (٨٨) مريضاً يعانون من الصداع النصفي (M)، و(32) مريضاً يعانون من الصداع التوترى (TTH)، و(٢٤٨) مريضاً يعانون من متلازمة الجمع بين الصداع التوترى والصداع النصفي (M+TTH). وتم تقييم مستويات القلق وأعراض الاكتئاب من خلال مقياس القلق المعدل للأطفال (R-CMAS) ومن خلال اختبار الاكتئاب متعدد الدرجات (MDI-C). أظهر نتائج تحليل التباين ANOVA أن متوسطات درجات للقلق ومستويات أعراض الاكتئاب كانت أعلى بكثير بين مرضى الصداع التوترى كبار السن، وتبين وجود علاقة قوية بين مستويات القلق المرتفعة ومرضى الصداع الذين يعانون من متلازمة الجمع بين الصداع التوترى والصداع، كما أظهرت النتائج أن مستويات

القلق كانت أعلى وبشكل دال لدى مرضى الصداع التوترى مقارنة بمستوياتها لدى الأصحاء (١٣٪ مقابل ٥٪)، كما أظهرت النتائج عدم وجود علاقة بين مستويات القلق والاكتئاب ومتغيرات الجنس وتكرار الصداع والتاريخ المرضي.

وأجرى بلاو Blaauw وآخرون (٢٠١٤) دراسة هدفت إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين الصداع وأعراض القلق والاكتئاب والمشاكل السلوكية لدى المراهقين المصابين بالصداع التوترى والصداع النصفي وأنواع الصداع الأخرى. تكونت عينة الدراسة من (٤٨٧٢) نرويجياً تتراوح أعمارهم بين ١٢ إلى ١٧ عاماً يشكون من أعراض الصداع بمختلف أنواعه من ضمنها الصداع التوترى، تم إجراء مقابلات مع المرضى، وتم تطبيق استبيان شامل عليهم يشمل تقييم أعراض القلق والاكتئاب والمشاكل السلوكية وصعوبات الانتباه. أظهرت نتائج تحليل التباين متعدد المتغيرات ارتباط الصداع المتكرر مع أعراض القلق والاكتئاب لدى مرضى الصداع التوترى والنصفي الذين تتراوح بين ١٢-١٤ عاماً الذين لا يعانون من مشاكل سلوكية. وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً للقلق والاكتئاب مع أعراض جميع فئات الصداع (الصداع النصفي والتوترى والصداع غير المصنف). وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الصداع المتكرر وأعراض القلق والاكتئاب لدى المرضى الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥-١٧ عاماً، وكانت هناك علاقة دالة إحصائياً بين الصداع النصفي وكل من القلق وأعراض الاكتئاب وصعوبات الانتباه، في حين كانت هناك علاقة دالة إحصائياً بين الصداع التوترى وكل من القلق وأعراض الاكتئاب. كما أظهرت النتائج وجود علاقة دالة إحصائياً بين تكرار الصداع مع زيادة أعراض درجات القلق والاكتئاب وصعوبات الانتباه لدى لجميع الفئات العمرية من مرضى الصداع التوترى والصداع النصفي.

كما أجرى روسو-سلفادور Rousseau-Salvador وآخرون (٢٠١٤) دراسة هدفت إلى التعرف على مستويات القلق والاكتئاب والتغيب عن المدرسة لدى الشباب المصابين بالصداع النصفي والصداع التوترى ومقارنة مستوياتها لدى المرضى المصابين بالصداع العرضي. تم جمع البيانات المتعلقة بسمات الصداع والقلق والاكتئاب وعدد أيام الغياب عن الدراسة من ٣٦٨ مريضاً تتراوح أعمارهم ما بين ٨ إلى ١٧ سنة والذين راجعوا مركز الصداع. وأظهرت النتائج أن ما مجموعه ٢٩٧ مريضاً من العينة وبنسبة (٨١٪) تم تشخيصهم على أنهم مصابون بمرض الصداع العرضي، في حين تم تشخيص ٧١ مريضاً على أنهم مصابون بالصداع اليومي المزمن، وأظهرت النتائج أن نسبة انتشار الصداع التوترى لدى عينة الدراسة المصابين بالصداع المزمن بلغت ٧٨,٩٪، وبلغت نسبة انتشار الصداع النصفي لدى نفس الفئة ٢١,١٪، وأظهرت النتائج أن مستويات القلق والاكتئاب كانت أعلى لدى مرضى الصداع العرضي مقارنة بمستوياتها لدى مرضى الصداع التوترى، كما أظهرت

النتائج وجود مستويات مرتفعة من القلق لدى مرضى الصداع النصفي. كما تبين من النتائج عدم وجود علاقة بين مستويات القلق والاكتئاب وتكرار الصداع وتاريخ حدوثه، كذلك تبين من النتائج أن فترات الغياب عن المدرسة لدى مرضى الصداع التوترى ومرضى الصداع النصفي كانت أطول من فترات غياب مرضى الصداع العرضي.

التعليق على الدراسات السابقة:

يتضح من تحليل الدراسات السابقة التي تم استعراضها أنها تنقسم من حيث الأهداف التي سعت إلى تحقيقها إلى ثلاث فئات:

الفئة الأولى: دراسات أجريت بهدف التعرف على مستوى الصداع التوترى لدى مختلف الأفراد وعلاقته ببعض المتغيرات كالجنس والعمر وغيرها من المتغيرات، جزءاً من هذه الدراسات أجريت على طلبة المدارس كدراسة (Amin, 2001) التي هدفت إلى التعرف على نسبة انتشار الصداع المزمن لدى أطفال المدارس بمحافظة الشرقية بجمهورية مصر العربية، ومدى الاختلاف في انتشار الصداع حسب متغيرات الجنس والعمر ومنطقة السكن، ودراسة (Salim, 2011) التي هدفت تحديد مدى انتشار الصداع النصفي والصداع التوترى والصداع الثانوي لدى طلاب المدارس الابتدائية والإعدادية في محافظة أسيوط..

كما تناولت دراسات أخرى الصداع التوترى لدى طلبة الجامعات كدراسة (Mohammed et al., 2012) التي أجريت للتعرف على معدل انتشار الصداع بين الطلاب الجامعات في جامعة كركوك في العراق، ومدى تأثير الصداع على حياة الطالب الدراسية، ودراسة (Mohammed, 2012) التي هدفت إلى التعرف على معدل انتشار وخصائص الصداع التوترى والصداع النصفي بين طلبة كلية الطب بجامعة الزقازيق، كذلك دراسة (Juni, 2013) بهدف التعرف على مدى انتشار الصداع وعلاقته بالغياب بين طلبة المعاهد الطبية التقنية في جامعة بغداد، إضافة إلى دراسة (أحمد ورجب، ٢٠٠٢) التي سعت إلى التعرف على مدى انتشار القلق والمخاوف من علاج الأسنان، وأيضاً حاولت الدراسة التعرف على كيفية إدراك طلبة الجامعة الأردنية لأسباب القلق المتعلق بعلاج الأسنان.

وأجريت بعض دراسات المحور الأول على المرضى كدراسة (Sharif, 2005) التي أجريت للتعرف على خصائص المرضى المصابين بالصداع من حيث شدة وتكرار ونوع الصداع، كذلك

دراسة (Mohammed,2009) بهدف التعرف على مدة انتشار الصداع بأنواعه التوترية والنصفي والشقيقة بين المرضى المترددين على العيادة الخارجية للأمراض العصبية والنفسية بمستشفى طلبة جامعة الإسكندرية، ودراسة (Al-Obiedi,2012) بهدف التعرف على مدى انتشار الصداع بأنواعه التي من ضمنها لصداع التوترية لدى المرضى الذين يعانون من التهاب الجيوب الأنفية.

الفئة الثانية: دراسات أجريت بهدف التعرف على مستوى القلق لدى المرضى وعلاقته ببعض المتغيرات كالجنس والعمر، حيث أجريت بعض هذه الدراسات على طلبة الجامعة المرضى كدراسة (أحمد ورجب، ٢٠٠٢) التي هدفت إلى التعرف على مدى انتشار القلق والمخاوف من علاج الأسنان، وأيضاً حاولت الدراسة التعرف على كيفية إدراك طلبة الجامعة الأردنية لأسباب القلق المتعلقة بعلاج الأسنان، ودراسة (أزهري، ٢٠٠٥) التي سعت إلى دراسة القلق لدى طالبات الجامعة من خلال طرح فسيولوجي يركز على الإلمام بالأسس الفسيولوجية لهما ومدى تأثيرهما على مستوى دهون الدم الثلاثية ومستوى كولسترول الدم.

كما أجريت بعض دراسات المحور الثاني على مرضى السرطان كدراسة (بركات، ٢٠٠٦) التي هدفت إلى المقارنة بين الأفراد المصابين بالسرطان والأفراد غير المصابين بهذا المرض في بعض سمات الشخصية الانفعالية: الاكتئاب، وقلق الموت، والانبساط - الانطواء، والالتزان. وقسماً من دراسات المحور الأول أجريت على مرضى السكر كدراسة (المرزوقي، ٢٠٠٧) التي هدفت إلى معرفة طبيعة العلاقة بين متغيرات القلق والاكتئاب والضغط النفسي والتفكير اللاعقلاني بمستوى السكر في الدم لدى عينة من مرضى السكري في دولة الإمارات العربية المتحدة. كما أجريت دراسة على عينة من مرضى الفصام وهي دراسة (العتيبي، ٢٠٠٩) بهدف الوقوف على معدلات الاكتئاب والقلق لدى مرتفعي ومنخفضي فاعلية الذات من مرضى الفصام والأسوياء، ومعرفة إلى أي مدى يكون لمرض الفصام دور في المعاناة من هذين العرضين. أما دراسة (إبراهيم والنعمي وسالم، ٢٠١٣) فقد أجريت على مرضى أحشاء العضلة القلبية بهدف تقييم شدة الأعراض الأساسية للاكتئاب والقلق والإجهاد لديهم.

أما الفئة الثالثة من الدراسات فقد تناولت متغيري الصداع التوترية والقلق، فقد تناول قسماً من هذه الدراسات مستوى القلق لدى مرضى الصداع التوترية كدراسة (Carranza, 2001) التي تناولت دور الإدراك فيما يتعلق بحساسية القلق في زيادة مستويات الخوف من الألم والسلوك التجنبي لدى الأفراد الذين يعانون الصداع التوترية، ودراسة (Matta & Moreira Filho, 2003) التي أجريت بهدف التعرف على مدى انتشار القلق والاكتئاب لدى المرضى الذين يعانون مرض الصداع التوترية

المعتدل والمزمن، ودراسة (Bag, Hacıhasanoglu & Tufekci, 2005) التي أجريت بهدف تقييم مستويات القلق والاكتئاب والعدائية والأعراض النفسية لدى المرضى الذين يعانون من الصداع النصفي والصداع التوترى، ودراسة (Kivrak, Özen & Yücel, 2009) بهدف التعرف على مستويات القلق واليأس وتقدير الذات لدى المرضى الذين يعانون من الصداع النصفي والصداع التوترى، ودراسة (Rousseau-Salvador et al., 2014) التي هدفت إلى التعرف على مستويات القلق والاكتئاب والتغيب عن المدرسة لدى الشباب المصابين بالصداع النصفي والصداع التوترى ومقارنة مستوياتها لدى المرضى المصابين بالصداع العرضي.

وهناك دراسات في الفئة الثالثة تناولت العلاقة بين القلق والصداع التوترى كدراسة (Tan et al., 2005) التي أجريت بهدف التعرف على طبيعة العلاقة بين القلق والاكتئاب والصداع التوترى لدى مرضى الصداع، ودراسة (Chitsaz & Ghorbani, 2005) التي هدفت التعرف على طبيعة العلاقة بين القلق والاكتئاب والصداع لدى مرضى الصداع التوترى والصداع النصفي، ودراسة (عبدالقادر، ٢٠٠٨) التي أجريت بهدف التعرف على العوامل النفسية المرتبطة بحالات الصداع اليومي المزمن، ودراسة العلاقة بين والاكتئاب واضطرابات القلق والصداع لدى مرضى الصداع اليومي المزمن، كذلك دراسة (Rousseau-Salvador et al., 2013) التي أجريت بهدف توضيح العلاقة بين القلق-الاكتئاب والصداع لدى مرضى الصداع التوترى والصداع النصفي، ودراسة (Blaauw et al., 2014) التي هدفت إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين الصداع وأعراض القلق والاكتئاب والمشاكل السلوكية لدى المراهقين المصابين بالصداع التوترى والصداع النصفي وأنواع الصداع الأخرى، ودراسة (Akça, Özkan & Teber, 2013) بهدف التعرف على طبيعة العلاقة بين الصداع التوترى والصداع النصفي والقلق وخبرات الفصام لدى الطلاب المراهقين.

وتلنقى الدراسة الحالية مع المحور الأول من الدراسات السابقة في تناولها الصداع التوترى لدى أفراد العينة، وتلنقى مع المحور الثانى في تناولها مستويات القلق لدى أفراد العينة، في حين تلنقى مع المحور الثالث في سعيها للتعرف على طبيعة العلاقة بين القلق والصداع التوترى لدى مرضى الصداع المزمن.

وقد استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في بناء الأدوات وتحديد الفروض إضافة إلى مناقشة نتائج الدراسة الحالية ومقارنتها مع نتائج هذه الدراسات من حيث الاتفاق والاختلاف.

ثالثاً: فرضيات الدراسة:

تحاول الدراسة الحالية التحقق من صحة الفرضيات التالية:

١- لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الصداع التوترى والقلق لدى مرضى الصداع المزمن بمملكة البحرين.

٢- لا توجد فروق دالة إحصائياً في الصداع التوترى لدى مرضى الصداع المزمن بمملكة البحرين تعزى لمتغير العمر.

٣- لا توجد فروق دالة إحصائياً في الصداع التوترى لدى مرضى الصداع المزمن بمملكة البحرين تعزى لمتغير الجنس.

الفصل الثالث

منهج الدراسة وإجراءاتها

- منهج الدراسة.
- مجتمع الدراسة وعينتها.
- أدوات الدراسة.
- الأساليب الإحصائية.

الفصل الثالث

منهج الدراسة وإجراءاتها

يتضمن هذا الفصل عرضاً لمنهج الدراسة المتبع، ومجتمع الدراسة والعينة، وأدوات الدراسة، والأساليب الإحصائية المستخدمة، وذلك على النحو الآتي:

أولاً: منهج الدراسة:

استخدمت الدراسة المنهج الوصفي بشقيه (الارتباطي، والمقارن) لتحقيق أهداف الدراسة الحالية، حيث تم استخدام المنهج الارتباطي للتعرف على العلاقة بين الصداع التوترى والقلق لدى مرضى الصداع المزمن بمملكة البحرين، واستخدام المنهج الوصفي للتعرف على أهم ملامح الشخصية التي تميز مريض الصداع التوترى لدى مرضى الصداع المزمن بمملكة البحرين، والتعرف على مكونات الصداع التوترى القادرة على التنبؤ بمستوى القلق لدى مرضى الصداع المزمن، كما تم استخدام المنهج الفارقي للتعرف على دلالة الفروق في متوسطات درجات أفراد العينة على استبيان الصداع التوترى التي تعزى لمتغيرات العمر والجنس.

ثانياً: مجتمع الدراسة وعينتها:

(أ) - مجتمع الدراسة :

يشتمل مجتمع الدراسة على مرضى الصداع المزمن بمملكة البحرين، حيث لا توجد إحصائية رسمية لعدددهم بمملكة البحرين. وفيما يلي إحصائية وزارة الصحة لمرضى الصداع المزمن الذين ترددوا للعلاج بمستشفى السلمانية الطبي:

جدول (١)

إحصائية بعدد مرضى الصداع المزمن بمملكة البحرين

الجملة	ذكور	إناث	الخروج الرعاية الإقامة	التشخيص الرئيسي

٢٠١١

٩	٥	٤	الخروج	Migraine الشقيقة - الصداع النصفي
١٧	١٢	٥	الرعاية	
٤	٢	١	الإقامة	
٤	٢	٢	الخروج	Other headache syndromes متلازمات صداع أخرى
١٥	١٠	٥	الرعاية	
٨	٥	٣	الإقامة	

٢٠١٢

٨	١	٧	الخروج	Migraine الشقيقة - الصداع النصفي
٢٥	٥	٢٠	الرعاية	
٨	٥	٣	الإقامة	
٣	٢	١	الخروج	Other headache syndromes متلازمات صداع أخرى
١٥	٧	٨	الرعاية	
١٢	٤	٨	الإقامة	

٢٠١٣

١٩	٦	١٣	الخروج	Migraine الشقيقة - الصداع النصفي
٥٥	١٠	٤٥	الرعاية	
٥	٢	٣	الإقامة	
١	١	٠	الخروج	Other headache syndromes متلازمات صداع أخرى
٢	٢	٠	الرعاية	
٢	٢	٠	الإقامة	

(ب) عينة الدراسة:

اشتملت عينة الدراسة على ٤٠ من مرضى الصداع المزمن بمملكة البحرين، تم اختيارهم بطريقة كرة الثلج من مستشفى البحرين التخصصي، حيث بلغ عدد أفراد العينة ٤٠ (٦ من الذكور، و ٣٤ من الإناث)، وبلغ متوسط عمر أفراد العينة ٢٨,٥ سنة بإنحراف معياري $\pm ١٠,٣٧$ (٣,٣٣ سنة للذكور، ٢٧,٦ سنة للإناث). والجدول الآتي يوضح وصف للعينة:

جدول (٢)

وصف عينة الدراسة

المتغير	العدد	%
الجنس	ذكور	١٥,٠
	إناث	٨٥,٠
	إجمالي	١٠٠
المستوى التعليمي	ثانوية عامة فما دون	٦٥,٠
	جامعي	٣٥,٠
	إجمالي	١٠٠
المهنة	حكومي	٢٥,٠
	خاص	١٥,٠
	طالب	٣٥,٠
	ربة منزل	١٠,٠
	بدون عمل /متقاعد	١٥,٠
	إجمالي	١٠٠
	أعزب	٤٧,٥
الحالة الاجتماعية	متزوج	٥٢,٥
	إجمالي	١٠٠

ثالثاً: أدوات الدراسة:

اعتمدت الدراسة الحالية على الأدوات الآتية:

(أ) مقياس تشخيص الصداع التوترى (النفسي): إعداد زينب محمود شقير(أنظر الملحق ١).

يحرص المقياس على وصف وحدات السلوك الإجرائي والخصائص المميزة التي تعكس الشخصية التي تصاب بالصداع النفسي حيث تركز الاهتمام على جوانب مهمة للتشخيص.

- تصحيح المقياس:

يشتمل المقياس في مجمله على (٦٠) عبارة تقيس (تشخيص) الصداع التوترى (النفسي)، تنتوزع على محاور ثلاثة كما في الجدول التالي:

جدول (٣)

تصحيح مقياس الصداع التوترى (النفسي)

الدرجة الكلية	التصحيح	أرقام العبارات	محاور المقياس
٦٠-٠	٠-١-٢-٣	٢٠-١	المحور الأول: المظاهر الجسمية
٦٠-٠	٠-١-٢-٣	٤٠-٢١	المحور الثاني: المظاهر النفسية (انفعالية-سلوكية-اجتماعية)
١٨٠-٠	٠-١-٢-٣	٦٠-١	الدرجة الكلية للمقياس
١٨٠-١٣٥	صداع شديد وحاد		
١٣٤-٩٠	صداع فوق المتوسط		
٨٩-٤٥	صداع متوسط (معتدل)		
٤٤-٠	صداع خفيف (عادي)		

صدق المقياس:

أ- في البيئة الأصلية: تم حساب الصدق بعدة طرق:

١- صدق التكوين Construct Validity:

تم حساب الارتباطات الداخلية للمحاور الثلاثة التي يقيسها الاختبار، كما تم حساب ارتباطات المحاور الثلاثة بالدرجة الكلية للاختبار، وذلك لدى عينة الدراسة. واتضح أن جميع معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية وكل محور من المحاور الثلاثة. دالة وموجبة عند مستوى دلالة ٠,٠١، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين ٠,٣٩٣ و ٠,٨٥٢. وهذا يعني ذلك أن الصداع التوترى يكون مصطحباً بزملة أعراض جسمية- نفسية- سلوكية- عقلية معاً. كما أن مصابي الصداع ينتمون بالفعل إلى سمات النمط (أ).

٢- صدق المفردات:

تم حساب ارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية للمقياس وذلك لعينة من الجنسين عددها (١٢٠)، وأتضح منها أن جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى ٠,٠١.

٣- صدق التمييز:

يوضح إمكانية استخدام مقياس الصداع التوترى في الكشف عن الفروق بين المجموعات في درجة الصداع التوترى، وقد أسفرت النتائج أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين كل من الإرباعي الأعلى والإرباعي الأدنى على مقياس الصداع التوترى، وعليه فإن المقياس يميز تمييزاً واضحاً بين المجموعتين، ومن ثم يكون المقياس صادقاً لقياس الصفة التي يقيسها.

ب- في البيئة المحلية:

١- الصدق الظاهري:

تم عرض المقياس على عدد من المحكمين المختصين من قسم علم النفس بجامعة البحرين (أنظر الملحق). وتم إجراء التعديلات التي أوصوا بها:

أ- تغيير لهجة المقياس من اللهجة المصرية إلى اللغة العربية الفصحى، وأصبح عدد فقرات المقياس في صورته الحالية النهائية:

- ٢٠ عبارة للمحور الأول: المظاهر الجسمية (الأعراض الجسمية للصداع التوترى).
- ٢٠ عبارة للمحور الثاني: المظاهر النفسية والوجدانية (الأعراض الانفعالية والسلوكية والعقلية للصداع التوترى).
- ١٩ عبارة للمحور الثالث: سلوك النمط (أ) لدى مرضى الصداع التوترى.

ب- استبدال خيارات الإجابة إلى (دائماً/ غالباً/ أحياناً/ نادراً/ مطلقاً).

ج - تغيير درجات التصحيح إلى ١-٢-٣-٤-٥.

٢- الصدق التكويني (الارتباطي):

تم حساب الارتباط الداخلي بين محاور المقياس الثلاثة ودرجته الكلية، وهو ما يعرف

باسم الارتباط الداخلي بين محاور المقياس ودرجته الكلية. intercorrelation

among cluster scale ، والجدول الآتي يوضح ذلك:

جدول (٤)

الارتباط الداخلي بين المقياس ودرجته الكلية

المحور	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية للمقياس
الأول: المظاهر الجسمية	٠,٧٩**
الثاني: المظاهر النفسية - الاجتماعية	٠,٩٢**
الثالث: سمات النمط	٠,٦٥**

** دال عند ٠,٠١

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات الارتباط بين محاور المقياس ودرجته الكلية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ٠,٠١، مما يدل على صدق المقياس.

ثبات المقياس:

تم التأكد من ثبات المقياس في البيئة المحلية من خلال حساب معامل ألفا لكرونباخ لحساب الاتساق الداخلي للمقياس، كما تم حساب التجزئة النصفية لبنود المقياس، والجدول الآتي يوضح ذلك:

جدول (٥)

نتائج ثبات مقياس الصداق التوتري

المحور	عدد البنود	معامل ألفا	معامل التجزئة النصفية
الأول: المظاهر الجسمية	٢٠	,٨٢	,٨٣
الثاني: النفسية - الاجتماعية	٢٠	,٩٠	,٩٢
الثالث: سمات النمط	١٩	,٥٠	,٣٣
المقياس ككل	٥٩	,٩٠	,٨١

يتضح من الجدول السابق أن معظم معاملات ألفا والتجزئة النصفية للمقياس مرتفعة ومقبولة إحصائياً، مما يدل على ثبات المقياس، في البيئة المحلية.

(ب) مقياس القلق (ق) (A):

المقياس مستمد من مقياس (Costello & Comrey, 1967) أعده في صورته العربية عبدالفتاح (١٩٨٧). ويقيس استعداد الفرد لأن يعاني من حالة القلق الوجداني، ويميز بين القلق والاكتئاب، حيث ترتبط درجاته مع الاكتئاب. يتكون المقياس من ٩ بنود الإجابة عليها متدرجة ماعدا البند رقم ٣ العكس من ٩-١. ويقيس المقياس القابلية للاستثارة، العصبية، التوتر، زيادة الحساسية. ويصلح للأفراد من سن ١٥ سنة، ويستغرق تطبيقه من ٣-٥ دقائق، ولكن ليس هناك زمن محدد. طريقة التصحيح: تجمع القيم على البنود التسعة، ولو وضع المفحوص أكثر من وزن أمام أي بند تحسب القيمة الأعلى.

أقل درجة على المقياس = ٩، وأعلى درجة ٨١.

إذا كان المفحوص من الذكور وحصل على ٣٩ درجة فإنه يعاني من القلق.

وإذا كان المفحوص من الإناث وحصلت على درجة ٤٤ فإنها تعاني من القلق.

صدق المقياس في البيئة المحلية:

تم حساب الاتساق الداخلي بين بنود المقياس البالغ عددها (٩) بنود مع الدرجة الكلية للمقياس، والجدول الآتي يوضح ذلك:

جدول (٦)

الاتساق الداخلي بين بنود المقياس ودرجتها الكلية

البند	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية
١	**,٧٦
٢	**,٧٦
٣	**,٥٧
٤	**,٦٤
٥	**,٥٦
٦	**,٤٧
٧	**,٦٨
٨	**,٥٢
٩	**,٨٠

** دالة عند ٠,٠١

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات الارتباط بين بنود المقياس ودرجته الكلية كانت دالة عند مستوى دلالة ٠,٠١ حيث تراوحت بين ٤٧, إلى ٨٠, مما يدل على صدق المقياس.

ثبات المقياس في البيئة المحلية:

تم حساب معامل ألفا لكرونباخ لحساب الاتساق الداخلي للمقياس، كما تم حساب التجزئة النصفية لبنود المقياس في البيئة المحلية، والجدول الآتي يوضح ذلك:

جدول (٧)

نتائج ثبات مقياس القلق في البيئة المحلية

عدد البنود	معامل ألفا	معامل التجزئة النصفية
٩	,٨٢	,٨١

يتضح من الجدول السابق أن معامل ألفا لكرونباخ، والتجزئة النصفية لمقياس القلق مرتفعة ومقبولة إحصائياً مما يدل على ثبات المقياس في البيئة المحلية.

رابعاً: الأساليب الإحصائية المستخدمة:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والتكرارات والنسب المئوية لحساب بنود أدوات الدراسة، كما تم استخراج معاملات ارتباط بيرسون بين بنود ومحاور الأدوات مع درجاتها الكلية لحساب صدق درجاتها، وثبات الأدوات. وتم استخدام اختبار (t.test) للتعرف على دلالة الفروق بين الفئات العمرية والجنسين في درجات الاختبارات المستخدمة. كما تم استخدام تحليل التباين الثنائي Univariate للتعرف على أثر المتغيرات الديموغرافية على مستوى الصداع التوترى. وأسلوب تحليل الانحدار الخطي المتعدد المتدرج للتنبؤ بمستوى القلق لدى مرضى الصداع المزمن.

الفصل الرابع

النتائج ومناقشتها والتوصيات

الفصل الرابع

النتائج ومناقشتها والتوصيات

استهدفت الدراسة الحالية الإجابة عن الأسئلة الآتية:

١. هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين الصداع التوترى والقلق لدى مرضى الصداع المزمن بمملكة البحرين؟
٢. ما أهم ملامح الشخصية التي تميز مريض الصداع التوترى لدى مرضى الصداع المزمن بمملكة البحرين؟
٣. ما أهم الاضطرابات الجسمية والنفسية والاجتماعية المصاحبة لنوبات الصداع التوترى لدى مرضى الصداع المزمن بمملكة البحرين؟
٤. أي من مكونات الصداع التوترى قادرة على التنبؤ بمستوى القلق لدى مرضى الصداع المزمن بمملكة البحرين؟
٥. هل تؤثر المتغيرات الديموغرافية الآتية في مستوى الصداع التوترى لدى مرضى الصداع المزمن: الجنس- العمر- الحالة الاجتماعية- المهنة- المستوى التعليمي بشكل دال إحصائياً؟

وقد أجريت الدراسة على ٤٠ مريضاً من مرضى الصداع المزمن بمملكة البحرين (٦ ذكراً، ٣٤ أنثى)، من مستشفى البحرين التخصصي، تم اختيارهم بطريقة كرة الثلج، وطبقت عليهم الأدوات الآتية: مقياس الصداع التوترى، مقياس القلق.

وفيما يلي أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة الميدانية:

(١) للإجابة عن السؤال الأول: هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الصداع التوترى والقلق لدى مرضى الصداع المزمن بمملكة البحرين؟

تم حساب معاملات ارتباط بيرسون بين أبعاد مقياس الصداع التوترى والدرجة الكلية لمقياس القلق لدى أفراد العينة، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (٨)

معاملات ارتباط بيرسون بين أبعاد مقياس الصداع التوترى ودرجته الكلية مع الدرجة الكلية لمقياس القلق لدى أفراد العينة

البعد	معاملات ارتباط بيرسون مع درجة القلق
الأول: الاضطرابات الجسمية	*.٣٢
الثاني: الاضطرابات النفسية - الاجتماعية	.٢٧
الثالث: سمات شخصية مرضى الصداع التوترى	*.٣٨
الدرجة الكلية لمقياس الصداع التوترى	*.٣٨

*دال عند (٠,٠٥)

يتضح من الجدول السابق أنه توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ٠,٠٥، بين القلق والاضطرابات الجسمية (٣٢)، وبين القلق والسمات الشخصية لمرضى الصداع التوترى (٣٨)، وبين القلق والدرجة الكلية لمقياس الصداع التوترى (٣٨)، بينما لم تتضح دلالة العلاقة بين القلق والاضطرابات النفسية الاجتماعية.

ويمكن تفسير هذه العلاقة من أن الزيادة في حدوث الصداع التوترى تزيد من تأثيراته السلبية على حياة الفرد المصاب به، فهو يولد لديه الشعور بالضغط، كما يجعل حالته النفسية غير مستقرة، كما تظهر لديه الحدة والعصبية في أوقات مختلفة خاصة مع زيادة حدة الصداع التوترى، ويجعل مزاجه متقلباً، وهي عوامل تجعل الفرد المصاب بالصداع التوترى عرضة لمزيد من القلق. فقد أكدت دراسة (Mohammed, 2009) أن عوامل الإجهاد والأرق والضوضاء والتعب كانت العوامل الأكثر تأثيراً على انتشار الصداع التوترى، وهذه العوامل تجعل المريض عرضة للقلق. ومن الدراسات التي اتفقت في نتائجها مع نتائج الدراسة الحالية دراسة (Carranza, 2001) التي توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية بين القلق والاكتئاب والصداع التوترى، وتوصلت دراسة (Matta & Moreira Filho, 2003) إلى أن أعراض القلق موجودة لدى (٦٠%) من مرضى الصداع التوترى المعتدل، ولدى (٤٤%) من مرضى الصداع التوترى

المزمن، كما توصلت إلى وجود علاقة بين أعراض القلق والاكتئاب والصداع التوترى، وأكدت على أن إهمال هذه العلاقة قد تؤدي إلى الفشل في العلاج الصداع التوترى والوقاية منه مما قد يؤدي في النهاية إلى فقدان جودة الحياة لدى المرضى، وأظهرت نتائج دراسة (الشطي، ٢٠٠٤) وجود علاقة جوهريّة بين الصداع التوترى بأنواعه وكل من القلق والاكتئاب، وأظهرت نتائج دراسة (Bag, Hacıhasanoglu & Tufekci, 2005) وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة بين القلق كسمة وكحالة والاكتئاب والعداثية وبين مستويات الصداع النصفي والصداع التوترى لدى عينة المرضى. كما توصلت دراسة (Rousseau-Salvador et al., 2013) إلى وجود علاقة دالة بين القلق-الاكتئاب والصداع لدى مرضى الصداع التوترى والصداع النصفي.

(٢) للإجابة على السؤال الثاني: ما أهم سمات النمط التي تميز مريض الصداع التوترى لدى مرضى الصداع المزمن بمملكة البحرين؟

وللإجابة عن هذا السؤال تم حساب التكرارات والنسب المئوية والأوزان النسبية لبنود مقياس تشخيص الصداع التوترى، للتعرف على أهم ملامح وسمات شخصية أفراد العينة والتي تميز مرضى الصداع التوترى بمملكة البحرين، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (٩)

ترتيب بنود سمات النمط (A) لدى مرضى الصداع التوترى

الوزن النسبي %	الأحرف المعيارى	المتوسط	الترتيب	البند
٧٧	١,١٢٢	٣,٨٥٠	١	يعطلني ألم رأسي عن تكلمة (مواصلة) عملي أو دراستي
٧٥	١,٣٧٣	٣,٧٥٠	٢	أكون حاداً وعصبياً في أوقات مختلفة
٧٣,٥	١,٢٠٧	٣,٦٧٥	٣	أنا شديد الانشغال بأمر حياتي
٧٢	١,١٥٠	٣,٦٠٠	٤	أشعر بضغط الوقت من حولي
٧٠,٥	١,٢١٩	٣,٥٢٥	٥	أنا منشغل (أو قلق) على حالتي الصحية
٧٠,٥	١,٢١٩	٣,٥٢٥	٦	عندما يشغلني موضوع مهم يقل صبري (أنا غير صبور)
٦٤	١,٣٩٩	٣,٢٠٠	٧	أحب الدخول في منافسة مع غيري حتى ولو كان ليس من نفس عمري
٦٣,٥	١,٣٩٤	٣,١٧٥	٨	أكون مندفعاً ومتهوراً أحياناً في تصرفاتي

الوزن النسبي %	الانحراف المعياري	المتوسط	الترتيب	البند
٥٩,٥	١,٤٥٩	٢,٩٧٥	٩	أكون عنيفاً تجاه المواقف (أو الأشخاص) التي تهدد إحساسي بالقوة
٥٨,٥	١,٤٣٩	٢,٩٢٥	١٠	ممكن أن أكون عنيفاً (مع نفسي أو مع غيري) عندما يضايقني أي شخص
٥٥	١,٢١٤	٢,٧٥٠	١١	أرفض المساعدة حتى لا أبدو عاجزاً أو ضعيفاً
٥٤	١,١٥٩	٢,٧٠٠	١٢	أهتم برعاية نفسي طيباً
٤٤,٥	١,٢٧	٢,٢٢٥	١٣	تشغلني علاقاتي الإجتماعية وأهتم بها بشدة
٤٤	١,٠٤٣	٢,٢٠٠	١٤	أحاول حل مشكلاتي بنفسني ولا أعتد (أو أستعين) على غيري
٤٤	١,١٣٧	٢,٢٠٠	١٥	عندما أؤدي عملي بتباطؤ أتذكر الحكمة القائلة (لا تؤجل عمل اليوم إلى الغد)
٤٠,٥%	١,٢٣٠	٢,٠٢٥	١٦	صعب علي الجلوس ساكناً (بدون عمل أو تفكير)
٣٩%	١,١٩٧	١,٩٥٠	١٧	لدي طموحات كبيرة
٣٦%	١,٠١٨	١,٨٠٠	١٨	أشعر بالنشاط والحيوية عندما أكون مشغولاً أو مهتماً
٣٥,٥%	٠,٨٦٢	١,٧٧٥	١٩	أعتقد أن قيمة الإنسان وأهميته تكمن في مدى إخلاصه في أداء عمله مهما كان بسيطاً

* تم حساب الوزن النسبي للمتوسط من خلال المعادلة الآتية = متوسط البند ÷ سقف الدرجة (٥) × ١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن أهم السمات التي تميز مرضى الصداع التوترية كانت، تعطيل آلام الرأس عن مواصلة العمل والدراسة، حيث حصل هذا البند على وزن نسبي ٧٧%، يلي ذلك أن مرضى الصداع التوترية يتميزون بالحدة والعصبية، حيث حصل البند الخاص بهذه السمة على وزن نسبي بلغ ٧٥%، كذلك يتصفون بأنهم شديداً الانشغال بأمورهم الحياتية، حيث حصل البند المتعلق بهذه السمة على ٧٣,٥%.

بينما كانت أقل السمات التي يتميز بها مرضى الصداع التوترية كانت الاهتمام بالأخلاص في أداء العمل، والاعتقاد بأن قيمة الإنسان تكمن في ذلك، حيث حصل هذا البند على أقل وزن نسبي بلغ ٣٥,٥%، يلي ذلك الشعور بالنشاط والحيوية وقت الانشغال أو الاهتمام بشيء ما، حيث حصل البند الخاص بهذه السمة على وزن نسبي ٣٦%، وتلى ذلك عدم امتلاك مرضى الصداع التوترية لطموحات كبيرة، حيث بلغ الوزن النسبي ٣٩%.

ويمكن تفسير نتيجة السؤال الثاني من أن الفرد المصاب في الصداع التوترى يفقد القدرة على التركيز حين يصاب بآلام في الرأس، وهذا يؤثر على نشاطاته اليومية والدراسية بحيث تحول هذه الآلام بينه وبين مواصلة الدراسة، كما أن تميز مرضى الصداع بالحدة والعصبية ناجم بالدرجة الأولى عن المرض نفسه وتأثيراته النفسية على المرضى، حيث يحول دون ممارسة المرضى للعديد من الأنشطة التي يمارسها الأشخاص العاديين، وهذا ينعكس على حالته النفسية ويجعله عرضة للعصبية جراء أي موقف يتعرض له. فالصداع التوترى عادة ما يرافق من يعيشون في أجواء متوترة في العمل أو في البيت كرجال الأعمال أو ربوات البيوت ذوات الجهد الكثير (البوجاسم، ٢٠١٠).

أما فيما يتعلق بتدني شعور مرضى الصداع التوترى بالنشاط والحيوية وقت الانشغال بشيء ما، فذلك ناجم عن تأثير المرض عليهم، حيث أن الشغل الشاغل لمرضى الصداع التوترى هو المرض وأعراضه وتأثيراته، بحيث ينعكس ذلك على شتى مناحي الحياة اليومية لدى هذه الفئة، وتجعل شعورهم بالنشاط والحيوية منخفضاً.

(٣) للإجابة على السؤال الثالث: ما أهم الاضطرابات الجسمية والنفسية والاجتماعية

المصاحبة لنوبات الصداع التوترى لدى مرضى الصداع المزمن بمملكة البحرين؟

وللإجابة عن هذا السؤال تم حساب التكرارات والنسب المئوية والأوزان النسبية لبنود مقياس تشخيص الصداع التوترى، للتعرف على أهم الاضطرابات الجسمية والنفسية والاجتماعية، التي تميز أفراد العينة والتي تميز مرضى الصداع التوترى بمملكة البحرين، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (١٠)

ترتيب بنود الاضطرابات الجسمية لدى مرضى الصداع التوترى

البنود	الترتيب	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %*
عندما أشعر بألم الرأس أفقد شهيتي للطعام	١	٤,٣٠٠	١,٠١٨	٨٦
أشعر بآلام بالجبهة	٢	٤,٢٥٠	٠,٨٧	٨٥
أشعر بأن شئ ضاغط على رأسي مثل القبعة الثقيلة	٣	٣,٩٢٥	١,٢٨٩	٧٨,٥
أشعر كأن شريطاً أو حزاماً مشدود حول رأسي	٤	٣,٨٧٥	١,٢٨٥	٧٧,٥

البند	الترتيب	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %
أشعر بنبض (انقباضات وانبساطات) في فروة رأسي	٥	٣,٧٧٥	١,٣١١	٧٥,٥
أشعر بالصداع بعد بذل جهد كبير أو عندما أفكر كثيراً	٦	٣,٧٥٠	١,١٠٤	٧٥
ممكن تستمر معي نوبة الصداع لفترة طويلة	٧	٣,٧٢٥	١,٠٨٦	٧٤,٥
أشعر بالصداع في آخر النهار ويزيد في الليل	٨	٣,٧٠٠	٠,٩٣٩	٧٤
ممكن أن تتكرر نوبات الصداع أكثر من ثلاث مرات اسبوعياً في بعض الأوقات	٩	٣,٦٢٥	١,٣٣٤	٧٢,٥
أشعر بدوار أو دوخة	١٠	٣,٥٢٥	١,١٧٦	٧٠,٥
أشعر بزغلة في عيني	١١	٣,٤٥٠	١,١٣١	٦٩
أعاني من غثيان أو قيئ مع آلام في المعدة	١٢	٣,٤٥٠	١,٢٣٩	٦٩
أشعر كأن وخز مسمار في رأسي	١٣	٣,٤٥٠	١,٣٠٠	٦٩
يحدث تقلص (توتر) في عضلات جسمي	١٤	٣,٣٢٥	١,٢٨٩	٦٦,٥
أشعر بوجع في الرقبة من الخلف	١٥	٣,٣٢٥	١,٣٦٦	٦٦,٥
أشعر بآلام في مؤخرة رأسي	١٦	٣,٣٠٠	١,١٥٩	٦٦
تحصل لي نوبة الصداع مرة واحدة كل أسبوع	١٧	٣,٢٧٥	١,٤١٤	٦٥,٥
تحصل لي نوبة الصداع الحادة مرة واحدة كل يوم	١٨	٣,٠٧٥	١,١١٨	٦١,٥
أشعر أن الدنيا تدور من حولي	١٩	٣,٠٥٠	١,١٩٧	٦١
تتكرر نوبات الصداع من ٣-٤ مرات في اليوم بصورة خفيفة	٢٠	٢,٨٢٥	١,٣١٨	٥٦,٥

* تم حساب الوزن النسبي من خلال المعادلة الآتية: متوسط البند ÷ سقف الدرجة (٥) × ١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن أهم الاضطرابات الجسمية التي تميز مرضى الصداع التوترى كانت آلام الرأس التي تفقد الشهية للطعام، حيث حصل هذا البند على وزن نسبي ٨٦%، يلي ذلك الشعور بآلام بالجبهة، حيث حصل البند الخاص بهذه السمة على وزن نسبي بلغ ٨٥%، كذلك الشعور بشئ ضاغط على الرأس مثل القبة الثقيلة، حيث حصل البند المتعلق بهذا الاضطراب ٧٨,٥%.

بينما كانت أقل الاضطرابات الجسمية التي يتميز بها مرضى الصداع التوترى كانت تكرار نوبات الصداع من ٣-٤ مرات في اليوم بصورة خفيفة، حيث بلغ الوزن النسبي المتعلق بهذا الاضطراب ٥٦,٥%، يلي ذلك الشعور بأن الدنيا تدور من حولهم، حيث حصل البند الخاص بهذا الاضطراب على وزن نسبي ٦١%، ثم الاصابة بنوبة الصداع مرة واحدة كل يوم (٦١,٥%).

ويمكن تفسير تأثير آلام الرأس التي تؤدي إلى فقدان مرضى الصداع التوترى الشهية للطعام، من أن حدوث هذه الآلام يكون شديداً في كثير من الأحيان، بحيث يكون تركيز المريض منصبا على مشاعر الألم، ويؤثر ذلك على مختلف أنشطته اليومية وتجعله لا يفكر في تناول الطعام كثيراً، فجل اهتمامه هو كيف يمكن التخفيف من ألم الرأس الحاد الذي يصاب به. فيما يتعلق بشعور مرضى الصداع التوترى المتكرر بآلام بالجبهة، وأن هنالك شيئاً ضاغط على رؤوسهم مثل القبة الثقيلة، فإن هاتين السمتين تعدان من أهم السمات الدالة على وجود صداع توترى لدى الفرد، وبالتالي من الطبيعي تكرارها بشكل مستمر لدى هذه الفئة. وقد أكد على ذلك رضوان نحاس (٢٠١٤) حين بين أن ألم الصداع التوترى يكون عادة ثابتاً، وشاملاً للرأس، ويصفه المريض بأنه غامض، وضغط، مع الإحساس وكأن شريطاً يلف الرأس أو شيئاً ما يضغط على قمته.

ويمكن تفسير حصول الاضطراب "تكرار نوبات الصداع من ٣-٤ مرات في اليوم بصورة خفيفة"، من أن الصداع التوترى يتصف بحدوث نوبات الصداع الشديدة أكثر من الخفيفة، فمن النادر حدوث نوبات خفيفة لدى مرضى الصداع التوترى، بل أن غالبية النوبات التي تحدث لديهم هي نوبات متوسطة وشديدة، أما تدني شعور هذه الفئة بأن الدنيا تدور من حولهم، فذلك ناجم عن تعودهم على حدوث نوبات الصداع لدرجة أن هذا الشعور أصبح عادياً لديهم، ولا يتأثرون به.

جدول (١١)

ترتيب بنود الاضطرابات النفسية والاجتماعية لدى مرضى الصداع التوترى

البنود	الترتيب	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %
حالتى النفسية غير مستقرة، فقد يتقلب مزاجى من الراحة إلى الضيق أو الغضب أو الملل	١	٣,٧٠٠	١,٤٧١	٧٤
ابتعد عن الناس عندما أشعر بالصداع	٢	٣,٦٧٥	١,٢٢٨	٧٣,٥
الضوضاء والاصوات العالية من حولي تجعلني عصبياً	٣	٣,٦٧٥	١,٤٢١	٧٣,٥
أشعر اني حزين	٤	٣,٦٥٠	١,٢٥٢	٧٣
يصعب علي تركيز الانتباه	٥	٣,٥٢٥	١,١٧٦	٧٠,٥
أغضب بسرعة وأظل عصبياً وأثور من أقل شئ	٦	٣,٥٠٠	١,٤٥٠	٧٠
يحدث لي أرق وصعوبة في الاستغراق في النوم بدرجة كافية	٧	٣,٤٢٥	١,٢٧٩	٦٨,٥
أشعر بالفراغ والملل	٨	٣,٣٠٠	١,٢٨٥	٦٦
أحب الجلوس لوحدي بعيداً عن الناس	٩	٣,٠٧٥	١,٢٨٩	٦١,٥
أشعر أن الناس وزملائي من حولي أفضل مني صحياً وجسماً	١٠	٣,٠٥٠	١,٥١٨	٦١
أشعر بالخوف بسبب التهديد بحدوث الصداع في أي وقت	١١	٣,٠٢٥	١,٤٤١	٦٠,٥
أشعر بالحرج والضيق	١٢	٣,٠٠٠	١,٣٩٦	٦٠
أشعر بحالة من الكآبة والتعاسة	١٣	٢,٩٧٥	١,٥١٠	٥٩,٥
أكون قلقاً معظم الوقت مما قد يحدث لي مستقبلاً	١٤	٢,٩٥٠	١,٥٨٤	٥٩
يصعب علي التعبير عن أفكاري بسهولة	١٥	٢,٩٥٠	١,٣٢٠	٥٩

البنء	الترتيب	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %
أشعر اني يائس من حياتي	١٦	٢,٦٢٥	١,٤٦٢	٥٢,٥
أحلم أحلاماً مزعجة توقظني من النوم	١٧	٢,٥٧٥	١,٢٣٨٠	٥١,٥
أشعر بالخلج عندما تتكرر نوبات الصداع أمام الناس	١٨	٢,٥٥٠	١,٣٣٩	٥١
أرتبك عندما يراني الناس وأنا أشعر بالصداع	١٩	٢,٥٠٠	١,٣٧٨	٥٠
أشعر بعدم الرضا عن نفسي	٢٠	٢,٤٢٥	١,٤٤٨	٤٨,٥

يتضح من الجدول السابق أن أهم بنود الاضطرابات النفسية والاجتماعية لدى مرضى الصداع التوترى التي تميز مرضى الصداع التوترى كانت الحالة النفسية غير المستقرة، وتقلب المزاج من الراحة إلى الضيق أو الغضب أو الملل، حيث حصل هذا البنء على وزن نسبي ٧٤%، يلي ذلك الابتعاد عن الناس عند الشعور بالصداع، حيث حصل البنء الخاص بهذه السمة على وزن نسبي بلغ ٧٣,٥%، كذلك أنهم يتميزون بأن الضوضاء والأصوات العالية تجعلهم عصبيين، وكان الوزن النسبي لهذا الاضطراب ٧٣,٥%.

بينما كانت أقل الاضطرابات النفسية والاجتماعية التي يتميز بها مرضى الصداع التوترى الشعور بعدم الرضا عن النفس، حيث بلغ الوزن النسبي المتعلق بهذا الاضطراب ٤٨,٥%، يلي ذلك الارتباك عندما يراهم الناس وهم يشعرون بالصداع، حيث حصل البنء الخاص بهذا الاضطراب على وزن نسبي ٥٠%، وتلى ذلك الشعور بالخلج عندما تتكرر نوبات الصداع أمام الناس، حيث بلغ الوزن النسبي ٥١%.

وتفسر الباحثة عدم استقرار الحالة النفسية لمرضى الصداع التوترى، وتقلب المزاج لديهم من الضغوط التي يعانونها نتيجة نوبات الصداع التوترى التي تؤثر سلبياً على ممارسة أنشطتهم اليومية العادية، وتؤثر على قدرتهم على التواصل الفعال مع الآخرين، مما يجعلهم يمتازون بحدة المزاج وتقلبه، كما أن عدم استقرار نوبات الصداع تؤدي إلى عدم استقرار حالتهم النفسية. وقد أكدت على هذا الجانب منظمة الصحة العالمية (٢٠١٤) حين بينت أن اضطرابات الصداع التوترى تسبب الألم والعجز، ويمكن أن تتسبب في معاناة شديدة لدى المصاب، وأن تنغص على

المريض حياته، ويمكن أن تضر بالحياة العائلية والاجتماعية والوظيفية. كما بين عبد الكريم (٢٠١١) أن الصداع التوترى يعزى إلى التوتر والضغوط النفسية ومشاكل في الحياة، ويزيد عند التعرض لبعض المحفزات، ومنها: التدخين والإرهاق والكحول وبعض أنواع الأطعمة والضجيج وضغط العمل وتغيير المناخ وغيره. وقد أكدت دراسة (Millichap & Yee, 2003) أن من أهم العوامل التي تسهم في حدوث الصداع التوترى الضغوط النفسية والإرهاق والحرمان من النوم والأرق.

(٤) للإجابة عن السؤال الرابع: أي من مكونات الصداع التوترى قادرة على التنبؤ

بمستوى القلق لدى مرضى الصداع المزمن بمملكة البحرين؟

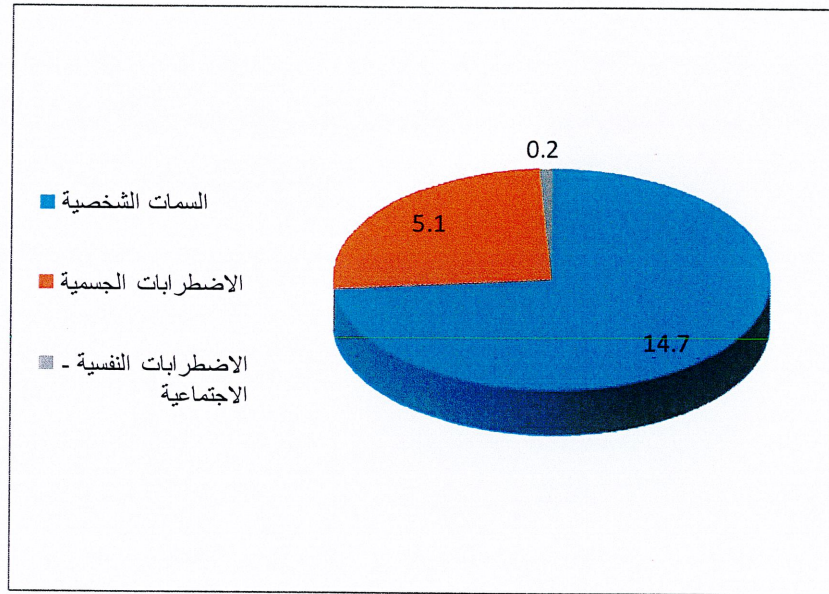
وللإجابة عن هذا السؤال تم حساب معادلة الانحدار الخطي المتعدد المتدرج stepwise multiple regression (لحساب المعادلة الخطية المتدرجة لتحديد القيمة التنبؤية لأبعاد مقياس الصداع التوترى (الاضطرابات الجسمية - الاضطرابات النفسية - الاجتماعية - السمات الشخصية لمرضى الصداع التوترى) لمعرفة مدى إمكانية تحسين عملية التنبؤ لمستوى القلق لدى أفراد عينة والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (١٢)

أبعاد مقياس الصداع التوترى المستخلصة من معادلة الانحدار الخطي المتعدد المتدرج والتي لها قيم تنبؤية للمتغير التابع (درجة القلق)

معامل الارتباط المتعدد Multiple R	نسبة التباين المفسر (القيمة التنبؤية)	معامل الانحدار Regression		النسبة الفائية F	دلالة النسبة الفائية Sig.F	المتغيرات المستقلة مرتبة تنازلياً
		مجموع المربعات	متوسط المربعات			
.383	.147	1250.368	1250.368	6.547	دالة عند 0.05	السمات الشخصية لمرضى الصداع التوترى
.445	.198	1686.664	843.33	4.574	دالة عند 0.05	السمات الشخصية + الاضطرابات الجسمية
.447	.200	1701.34	567.113	2.999	دالة عند 0.05	السمات الشخصية + الاضطرابات الجسمية + الاضطرابات النفسية الاجتماعية

ونلاحظ من الجدول السابق أن نسبة التباين المفسر للقيمة التنبؤية للسّمات الشخصية لمرضى الصداع التوترى في مستوى القلق بلغت حوالي ١٤,٧%، بينما بلغت القيمة التنبؤية للاضطرابات الجسمية حوالي ٥,١%، وبلغت القيمة التنبؤية للاضطرابات النفسية الاجتماعية لمستوى القلق ٠,٢% فقط، والشكل التالي يوضح ذلك:



شكل (٣)

أبعاد مقياس الصداع التوترى المفسرة لمفسرة لمستوى القلق لدى أفراد العينة

ويمكن تفسير القدرة التنبؤية للسّمات الشخصية لمرضى الصداع التوترى في مستوى القلق والتي كانت أكثر أبعاد مقياس الصداع التوترى قدرة على التنبؤ بمستوى القلق، من أن بعد السّمات الشخصية يتعلق بجوانب النفسية أكثر من غيره من الأبعاد، كما أن تكرار حدوثه يكون أكثر من الأبعاد الأخرى، كما انه أكثر تأثيراً على علاقات المريض مع من حوله لأنه يتعلق بقلة الصبر لدى المريض وشعوره بضيق الوقت، ودخوله في منافسة مع غيره، واندفاعه وتهوره في تصرفاته مع الآخرين. وكل هذه العوامل تجعل الفرد يشعر بالقلق، وقد توصلت نتائج تحليل الانحدار المتعدد في دراسة (Carranza, 2001) أن القلق كحالة تنبئ بشكل دال بالصداع التوترى، كما أظهرت نتائج دراسة (Mehlsteibl et al., 2011) أن اضطرابات القلق العام موجودة بنسبة ٣٧,٠% لدى مرضى الصداع، وأظهرت نتائج دراسة (Blaauw et al., 2014) وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الصداع المتكرر وأعراض القلق والاكتئاب لدى المرضى

(٥) للإجابة على السؤال الخامس: هل يوجد أثر دال احصائياً للمتغيرات الديموغرافية الآتية في مستوى الصداع التوترى لدى مرضى الصداع المزمن: الجنس- العمر- الحالة الاجتماعية- المهنة- المستوى التعليمي؟

وللإجابة عن هذا السؤال تم حساب تحليل التباين الثنائي Univariate لحساب أثر المتغيرات الديموغرافية (الجنس- العمر- الحالة الاجتماعية- المهنة- المستوى التعليمي) على الدرجة الكلية لمقياس الصداع التوترى، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (١٣)

أثر المتغيرات الديموغرافية (الجنس- العمر- الحالة الاجتماعية- المهنة- المستوى التعليمي) على الدرجة الكلية لمقياس الصداع التوترى

المتغير	مجموع المربعات	متوسط المربعات	درجة الحرية	قيمة ف	دلالة ف
العمر	4.574	.269	17	2.258	غير دالة
الجنس	.009	.009	1	.077	غير دالة
المستوى التعليمي	.042	.042	1	.348	غير دالة
المهنة	.032	.032	1	.271	غير دالة
الحالة الاجتماعية	1.189	1.189	1	9.980	دالة عند .٠٥

يتضح من الجدول السابق أن المتغيرات الديموغرافية (الجنس- العمر- المهنة- المستوى التعليمي) لم تؤثر على الدرجة الكلية لمقياس الصداع التوترى لدى أفراد العينة، بينما أثر متغير الحالة الاجتماعية على الدرجة الكلية لمقياس الصداع التوترى عند مستوى دلالة .٠٥ وكانت لصالح المتزوجين حيث يظهر لديهم الصداع التوترى أكثر من غير المتزوجين، ويعزى ذلك إلى أن الفرد المتزوج يتعرض للعديد من العوامل التي تؤثر سلباً على الصداع التوترى، خاصة تلك المتعلقة بأعباء الأسرة والأبناء والقيام بمتطلباتهم. وقد بينت دراسة (Mohamed, 2013) أن الصداع التوترى يؤثر أكثر على المتزوجين، وأن مشاكل الأسرة هي من أهم العوامل التي تعجل من نوبات الصداع التوترى. وأظهرت نتائج دراسة (Kivrak, Özen & Yücel, 2009) عدم

وجود فروق دالة إحصائية في مستويات القلق واليأس وتقدير الذات لدى مرضى الصداع التوترى والصداع النصفي تعزى لمتغيرات الجنس والعمر والمستوى التعليمي والوضع الاقتصادي، كما أظهرت نتائج دراسة (Rousseau-Salvador et al., 2013) عدم وجود علاقة بين مستويات القلق والاكتئاب والجنس.

ومن الدراسات التي اختلفت نتائجها مع نتائج الدراسة الحالية دراسة (Amin, 2001) التي أظهرت نتائجها أن معدل انتشار الصداع المزمن المتكرر بين الذكور كانت أعلى من نسبة انتشاره بين الإناث، ودراسة (Sharif, 2005) التي أظهرت نتائجها أن نسبة انتشار الصداع التوترى كانت أعلى عند الإناث مقارنة بالذكور، وأن نسبة الصداع أعلى في الفئة العمرية ٢٠-٣٩ سنة مقارنة بباقي الفئات، وأن نسبة الإصابة بالصداع تزداد بزيادة مستوى التعليم، ودراسة (Mohammed, 2009) التي أظهرت نتائجها وجود فروق في نسبة انتشار الصداع التوترى بين الذكور والإناث لصالح الإناث، وأن الصداع التوترى يزيد بشكل مطرد مع تقدم العمر. كذلك دراسة (Salim, 2011) التي كشفت نتائجها أن معدل انتشار الصداع التوترى كان أعلى بين الطلاب في الفئة العمرية (١٢-١٧) سنة مقارنة بمعدل انتشاره لدى الطلاب في الفئة العمرية (٦-١١) سنة، وأن معدل انتشار الصداع التوترى لدى الطالبات كان من معدل انتشاره لدى الطلاب الذكور. ودراسة (Mohamed, 2012) التي أظهرت نتائجها أن معدل انتشار الصداع التوترى لدى الذكور (٧,٧٪)، ولدى الإناث (١,٤٪)، وكانت الفروق ذات دلالة إحصائية لصالح الذكور. كما أظهرت نتائج دراسة (الشطي، ٢٠٠٤) أن الصداع التوترى و الصداع التوترى على فترات ينتشر لدى الذكور بمعدلات أعلى من الإناث، في حين أن الصداع التوترى المزمن وصداع الشقيقة غير المسبوق بمرحلة النذير ينتشر لدى الإناث بمعدلات أعلى من الذكور.

خلاصة النتائج :

بناء على ما أسفرت عنه الدراسة الحالية، يمكن التوصل إلى أهم النتائج الآتية:

١- إن الفرد المصاب بالصداع التوترى يفقد القدرة على التركيز حين يصاب بالآلام في الرأس، وهذا يؤثر على نشاطاته اليومية.

٢- كانت أهم الاضطرابات الجسمية التي تميز مرضى الصداع التوترى هي آلام الرأس التي تفقد الشهية للطعام، حيث أن حدوث هذه الآلام يكون شديداً في كثير من الأحيان، بحيث يكون تركيز المريض منصباً على مشاعر الألم، ويؤثر ذلك على مختلف أنشطته اليومية وتجعله لا

يفكر في تناول الطعام كثيراً، فجل اهتمامه هو كيف يمكن التخفيف من ألم الرأس الحاد الذي يصاب به.

٣- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ٠.٠٥، بين القلق والاضطرابات الجسمية (٣٢)، وبين القلق والسمات الشخصية لمرضى الصداع التوترى (٣٨)، وبين القلق والدرجة الكلية لمقياس الصداع التوترى (٣٨)، بينما لم تتضح دلالة العلاقة بين القلق والاضطرابات النفسية الاجتماعية.

٤- يمكن تفسير القدرة التنبؤية للسمات الشخصية لمرضى الصداع التوترى في مستوى القلق والتي كانت أكثر أبعاد مقياس الصداع التوترى قدرة على التنبؤ بمستوى القلق، حيث أن بعد السمات الشخصية يتعلق بالجوانب النفسية أكثر من غيره من الأبعاد.

٥- يؤثر متغير الحالة الاجتماعية على الدرجة الكلية لمقياس الصداع التوترى عند دلالة ٠.٠٥. وكانت لصالح المتزوجين حيث يظهر لديهم الصداع التوترى أكثر من غير المتزوجين، ويعزى ذلك إلى أن الفرد المتزوج يتعرض للعديد من العوامل التي تؤثر سلباً على الصداع التوترى، خاصة تلك المتعلقة بأعباء الأسرة والأبناء والقيام بمتطلباتهم.

التوصيات:

بناء على نتائج الدراسة الحالية توصي الباحثة بما يلي:

- ضرورة تركيز المؤسسات المعنية على التخفيف من أثر حدة العوامل النفسية على مرضى الصداع التوترى من خلال عقد الجلسات والبرامج المتخصصة.
- توعية المحيطين بمرضى الصداع التوترى بمظاهر وأعراضه وآثاره النفسية على هؤلاء المرضى، والطرق السليمة للتعامل مع هذه الفئة، وذلك من خلال الدورات التدريبية وورش العمل لهؤلاء المرضى.
- عمل برامج إرشادية تهدف إلى التخفيف من حدة القلق لدى مرضى الصداع التوترى، لما تبين من وجود علاقة قوية بين القلق والصداع التوترى.

دراسات مقترحة:

توصي الباحثة بإجراء الدراسات الآتية:

- فاعلية برنامج في التخفيف من القلق أو في القضاء عليه لدى عينة من مرضى الصداع بمملكة البحرين.
- العلاج النفسي للقلق وأثره على علاج الصداع التوترى لدى عينة من مرضى الصداع المزمن بمملكة البحرين.
- تقييم فاعلية نوع من العلاج النفسي في علاج الصداع التوترى.

قائمة المراجع:

أولاً: المراجع العربية:

إبراهيم وعسكر (٢٠١٢). علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

إبراهيم، رضوان، والنعمي، زياد، وسالم، إيمان (٢٠١٣). كرب ما بعد الصدمة لدى المرضى المصابين باحتشاء العضلة القلبية في مدينة الموصل. مجلة الكوفة لعلوم التمريض، ٣(١)، ١٤٢-١٤٨. منظمة الصحة العالمية. (٢٠١٤). شيوع حالات الصداع. استرجع من: <http://www.who.int/features/qa/25/ar>

أبو حجلة، نظام (٢٠٠٧). اضطرابات القلق. عمان: الدليل الطبي الأردني الإلكتروني. استرجع من <http://jomid.net/?q=node/12490>

أحمد، تيسير إلياس، ورجب، لميس (٢٠٠٢) الخوف من المعالجة السنية لدى طلبة الجامعة الأردنية. المجلة العربية للطب النفسي، ١٣(٢).

أزهري، شرين أحمد عبدالله (٢٠٠٥) بعض التغيرات الفسيولوجية في دم الإنسان الناجمة عن الضغط العصبي والقلق. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك عبد العزيز، السعودية.

بارون، خضر (١٩٩٣). "الاضطرابات النفسية الجسمية الناجمة عن العدوان العراقي عند المراهقين الكويتيين"، مجلة عالم الفكر، وزارة الإعلام، الكويت (٢٢)(١)، ١٩٨-٢٢٢.

بركات، أمين زياد (٢٠٠٦). سمات الشخصية المستهدفة بالسرطان: دراسة مقارنة بين الأفراد المصابين وغير المصابين بالمرض. مجلة جامعة النجاح الوطني، ٢٠(٣)، ٩١١-٩٤٦.

بلان، كمال يوسف (٢٠٠٩). دراسة مقارنة لسمة القلق بين المسنين المقيمين في دور الرعاية أو مع أسرهم: دراسة ميدانية لدى عينة من المسنين في محافظات دمشق وريفها وحمص واللاذقية. مجلة جامعة دمشق، ٢٥(٢+١)، ٤٧-١٥.

البوجاسم، عريبي عجاج (٢٠١٠). الصداق .. عرض أم مرض؟ أسبابه وطرق علاجه. إيرلندا: جمعية الكفاءات العراقية.

بيك، أرون (٢٠٠٠). العلاج المعرفي والاضطرابات المعرفية، ترجمة: عادل مصطفى، بيروت: دار النهضة العربية.

جمعية الطب النفسي الأمريكية (٢٠٠٤). الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية. ترجمة تيسير حسون، دمشق.

حماد، منيا سميح مصطفى (٢٠١٢). القلق وضغوط الحياة لدى الزوجات ذوات الإجهاد المتكرر. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.

خالد، شاكور (٢٠١٢). القلق أثناء المنافسة لدى لاعبي الكرة الطائرة: دراسة ميدانية لفريق اتحاد بسكرة وفريق سراب بسكرة للكرة الطائرة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر.

خليل، عفراء، والملي، سهاد (٢٠١١). العلاقة بين التأثأة والقلق: بحث ميداني على عينة من تلاميذ الصف الرابع الابتدائي في مدارس التعليم الأساسي بمحافظة دمشق. مجلة جامعة دمشق، ٢٧ (ملحق)، ٥٥٢-٥٢١.

خميس، محمد سليم (٢٠١١). الاسترخاء كآلية لاحتواء القلق النفسي لدى مرضى الربو. مجلة العلوم الإنسانية، جامعة منتوري، قسنطينة، الجزائر، ٣٥، ١٤٧-٢٦٨.

الرفاعي، نعيم (١٩٨٧). الصحة النفسية، (ط٧). دمشق: مطابع جامعة دمشق.

زهران، حماد عبد السلام (١٩٩٧). الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة، مصر: عالم الكتب ١٩٩٧.

السيد عثمان، فاروق (٢٠٠١). القلق والضغوط والنفسية. القاهرة: دار الفكر العربي.

الشاذلي، عبد الحميد محمد (٢٠٠١). الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية. الإسكندرية: المكتبة الجامعية.

الشبؤون، دانيا، والأحمد أمل (٢٠١١). القلق وعلاقته بالاكتئاب عند المراهقين "دراسة ميدانية ارتباطية لدى عينة من تلاميذ الصف التاسع من التعليم الأساسي في مدارس مدينة دمشق الرسمية. مجلة جامعة دمشق، ٢٧(٤+٣)، ٧٥٩-٧٩٧.

الشرافي، ماهر موسى مصطفى. (٢٠١٣). الإنهاك النفسي وعلاقته بكل من قلق المستقبل ومستوى الطموح لدى العاملين في الأنفاق. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.

الشطبي، تغريد سليمان (٢٠٠٤). الصداع التوترى والشقيقة وعلاقتهما بكل من القلق والاكتئاب. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الكويت.

شكير، زينب (٢٠٠٣) مقياس تشخيص الصداع التوترى النفسى (الاضطرابات السيكوسوماتية). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

الشناوي، محمد محروس (٢٠٠١). نظريات الإرشاد والعلاج النفسى. القاهرة: دار الغرب للطباعة والنشر.

الشهاب، محمد أحمد (٢٠١٣). الصداع التوترى أكثر شيوعا عند النساء. المجلة الطبية الإلكترونية، ٤٦٤، ٢٠١٤ من: <http://www.altibbi.com>/مقالات-طبية/صحة-عامة/الصداع-التوترى-أكثر-شيوعا-عند-النساء-٤٦٤.

شيهان، دايفيد (١٩٨٨). مرض القلق. ترجمة: عزت الشعلان، سلسلة عالم المعرفة، (١٢٤)، الكويت: المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب.

صالح، قاسم حسين (٢٠٠٧). الرهاب: الخوف المرضى. مجلة الحوار المتمدن، العدد (١٩٥٦).

العاسمي، رياض (٢٠١١). فاعلية برنامج إرشادي قائم على الإرشاد المتمركز على العميل والتغذية الراجعة البيولوجية في تخفيض درجة الضغط النفسى والقلق كسمة، وتحسين مفهوم الذات لدى عينة من المعلمين. مجلة جامعة دمشق، ٢٧(٢+١)، ١٨١-٢١٩.

عبد الكريم، مجدي (٢٠١١). الصداع. عمان: منشورات دائرة المطبوعات والنشر.

العتيبي، شيخة ناصر أبيع (٢٠٠٩). معدل الاكتئاب والقلق لدى المرتفعين في فعالية الذات من الفصامين والأسوياء. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الكويت.

العطية، أسماء (٢٠٠٨). اضطرابات القلق لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة. الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.

عماري، حنان (٢٠١٣). قلق الموت لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة محمد خيضر، الجزائر، بسكرة.

العناني، حنان عبد الحميد (٢٠٠٠). الصحة النفسية. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

العيسوي، عبدالرحمن (١٩٩٧). سيكولوجية الجسم والنفوس. بيروت: دار الراتب الجامعية

غالب، مصطفى (٢٠٠٠). في سبيل موسوعة نفسية، بيروت: مكتبة الهلال.

قاموس المعاني (٢٠١٤). <http://www.almaany.com/ar/dict/ar-ar/> قلق/.

قواجلية، آية (٢٠١٣). رسالة ماجستير غير منشورة. قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان. جامعة محمد خيضر، الجزائر، بسكرة.

المرزوقي، جاسم محمد عبدالله محمد (٢٠٠٧). علاقة القلق والاكتئاب والضغط النفسي والتفكير اللاعقلاني بمستوى السكر في الدم لدى مرضى السكر. أطروحة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية.

منظمة الصحة العالمية (٢٠١٤). شيوخ حالات الصداع. استرجع من:

<http://www.who.int/features/qa/25/ar>

نحاس، رضوان (٢٠١٤). الصداع التوترى. منشورات جامعة أم القرى. استرجع من:

file:///D:/master/refrence/صداع/الصداع%٢٠%والم%٢٠%الوجه%٢٠%»٢٠%جامعة

٢٠% أم القرى. html

ثانياً: المراجع الأجنبية:

- Abdel Kader, N. A. (2008). Clinical study of patients with chronic daily headache. Unpublished Master Thesis, Alexandria University.
- Akça, Ö. F., Özkan, M., & Teber, S. T. (2013). Anxiety sensitivity and dissociative experiences in adolescents with migraine and tension type headache. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 14(2), 161-166.
- AL-Obiedi, S. H. (2012). Sinusitis in self-described and physician diagnosed patients as sinus headache. *Medical Journal of Tikrit*, 18(2), 106-114.
- Amin, K. S. (2001). Chronic headache among school children in sharkia governorate. Unpublished Master Thesis, Zagazig Unioversity.
- Bag, B., Hacıhasanoglu, R., & Tufekci, F. G. (2005). Examination of anxiety, hostility and psychiatric disorders in patients with migraine and tension-type headache. *International journal of clinical practice*, 59(5), 515-521.
- Blaauw, B. A., Dyb, G., Hagen, K., Holmen, T. L., Linde, M., Wentzel-Larsen, T., & Zwart, J. A. (2014). Anxiety, depression and behavioral problems among adolescents with recurrent headache: the Young-HUNT study. *The journal of headache and pain*, 15(1), 38.
- Carranza, L. V. O. (2001). The role of anxiety sensitivity in pain chronicity: tension headache sufferers in a college population (unpublished Ph. D. dissertation, University of South Carolina).
- Chitsaz, A., & Ghorbani, A. (2005). Study of relative distribution of depression and anxiety in suffering from migraine and tension type headache and comparison with those who are not suffering from headache. *The Quarterly Journal Of Fundamentals Of Mental Health*, 7(25-26), 41-46.
- Collins English Dictionary. (2014). Definition of "tension headache". Retrieved from: <http://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/tension-headache>
- Juni, F. H. (2013). Prevalence of headache and its relation to absenteeism among a sample paramedical students in Baghdad-Iraq. *Medical Journal of Babylon*, 10(3), 552-558.

- Karadaş, Ö., Inan, L. E., Ulaş, Ü. H., & Odabaşı, Z. (2013). Efficacy of local lidocaine application on anxiety and depression and Its curative effect on patients with chronic tension-type headache. *European neurology*, 70(1-2), 95-101.
- Kıvrak, Y., Özen, Ş., & Yücel, Y. (2009). Anxiety and hopelessness levels in patients with migraine and tension headache. *Dicle Medical Journal*, 36(3), 173-177.
- Matta, A. P. D. C., & Moreira Filho, P. F. (2003). Depressive symptoms and anxiety in patients with chronic and episodic tension-type headache. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 61(4), 991-994.
- Mayo Foundation for Medical Education and Research. (2014a). Tension headache: Risk factors. Mayo Clinic, USA. Retrieved from: <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/tension-headache/basics/risk-factors/con-20014295>.
- Mayo Foundation for Medical Education and Research. (2014b). Tension headache: Symptoms. Mayo Clinic, USA. Retrieved from:
- Mayo Foundation for Medical Education and Research. (2014c). Tension-type headaches: Self-care measures for relief. Mayo Clinic, USA. Retrieved from: <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/tension-headache/in-depth/headaches/art-20046707>.
- Mehlsteibl, D., Schankin, C., Hering, P., Sostak, P., & Straube, A. (2011). Anxiety disorders in headache patients in a specialised clinic: prevalence and symptoms in comparison to patients in a general neurological clinic. *The Journal of Headache and Pain*, 12(3), 323-329.
- Meichenbaum – D;(1977) Cognitive, behavior modification an integrative approach New –York – Plenum-Press.
- Millichap, J. G., & Yee, M. M. (2003). The diet factor in pediatric and adolescent migraine. *Pediatric Neurology*, 28(1), 9-15.
- Mohamed, K. O. (2013). Clinical and Epidemiological Study of migraine and tension headache in Assuit Governorate, Egypt. Thesis (Ph.D) - Assiut University, Faculty of Medicine, Department of Neurology.
- Mohamed, N. A. (2012). Prevalence and clinical characteristics of headache among medical students of Zagazig University. Unpublished Master Thesis, Zagazig University, Faculty of Medicine.

- Mohammed, M. M. Nashi, V., Jawdat, N., Ramadhan, R., Ahmed, S. (2012). Prevalence of headache among students at Kirkuk University. *Medical Journal of Tikrit*, 18(2), 242-249.
- Mohammed, N. E. E. (2009). A clinic epidemiological study of headache among patients attending the neuropsychiatry out-patient clinic of Alexandria university students hospital. Unpublished Master Thesis, Alexandria University.
- Mohammed, N. E. E.. (2009). A clinic epidemiological study of headache among patients attending the neuropsychiatry out-patient clinic of Alexandria university students hospital. Unpublished Master Thesis, Alexandria University.
- Na-Na, G., Chuan-Jie, W., Ya-Jun, L., Pan, G., & Jie, C. (2012). The clinical analysis of 101 migraine patients and 95 tension-type headache patients combined with anxiety and/or depression. *Chinese Journal of Pain Medicine*, 9, 010.
- National Library of Medicine. (2014). *Tension headache*. National Institutes of Health, USA.
- Ömer, F. A., Mehpare, Ö, & Serap, T. T. (2013). Migren ve gerilim tipi bas agrisi olan ergenlerde anksiyete duyarlılığı ve dissosiyatif belirtiler/Anxiety sensitivity and dissociative experiences in adolescents with migraine and tension type headache. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14(2), 161-166. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1503493611?accountid=26303>
- Online Medical Dictionary. (2008). what is tension headache.Retrieved from: <http://www.mondofacto.com/facts/dictionary?tension+headache>
- Peñacoba-Puente, C., Fernández-de-las-Peñas, C., González-Gutierrez, J. L., Miangolarra-Page, J. C., & Pareja, J. A. (2008). Interaction between anxiety, depression, quality of life and clinical parameters in chronic tension-type headache. *European Journal of Pain*, 12(7), 886-894.
- Rousseau-Salvador, C., Amouroux, R., Annequin, D., Salvador, A., Tourniaire, B., & Rusinek, S. (2014). Anxiety, depression and school absenteeism in youth with chronic or episodic headache. *Pain Research and Management: The Journal of the Canadian Pain Society*, 19(5), 235.
- Rousseau-Salvador, C., Amouroux, R., Gooze, R., Salvador, A., Tourniaire, B., Rusinek, S., & Annequin, D. (2013). Risk factors of anxiety and

- depression in children and adolescents with headache: A cross-sectional study. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 63(5), 295-302.
- Salim, M. H. M. (2011). Prevalence of Headache among School Children in Assiut Governorate. Unpublished Master Thesis, Ain Shams university
- Sharif, S. (2005). Profile Of Patients With Headache In Basrah. *Medical Journal of Basrah University*, 23(1), 56-61.
- Tan, F. U., Özen, N. E., Kazezoğlu, Ş., Kökoğlu, F., & Boratay, C. (2005). Depression and anxiety in patients with migraine and tension-type headache. *Gazi Medical Journal*, 16(2), 74-79.
- Taylor, D. C. (2014). Tension Headaches. Editor: Charles Patrick Davis. MedicineNet, Inc. San Clemente, California.
- University of Maryland Medical Center (UMMC). (2014). Tension headache. Medical Reference Guide, Medical Encyclopedia. <http://umm.edu/health/medical/ency/articles/tension-headache>.
- University of Maryland Medical Center. (2011) Tension headache. Retrieved from:<http://vsearch.nlm.nih.gov/vivisimo/cgi-bin/query-meta?v%3Aproject=medlineplus&query=Tension+headache&x=10&y=12>
- WHO. (2012). Headache disorders. World Health Organization, Media Centre.

الملاحق

الملاحق

- قائمة المحكمين
- مقياس تشخيص الصداع التوترى
- مقياس القلق A

ملحق (١)

قائمة المحكمين

- أ.د محمد مقداد (رئيس قسم علم النفس).
- أ. د. جيهان العمران (أستاذ في قسم علم النفس).
- د. محمد حسن المطوع (أستاذ مشارك في قسم علم النفس).
- د. توفيق عبدالمنعم (أستاذ مشارك في قسم علم النفس).

ملحق (٢)

مقياس تشخيص الصداغ التوترى

من فضلك أقرأ التعليمات بعناية :

وضعت العبارات التالية من أجل التعرف على بعض جوانب شخصيتك، وما قد تعانيه من مصاعب، فحاول قدر الإمكان أن تحدد ما تفكر فيه أو تشعر به أو تفعله، وضع علامة (✓) في الخانة التي أمام العبارة التي ترى أنها تنطبق أولاً تنطبق عليك، ولا تترك أي عبارة بدون علامة بقدر ما تستطيع علماً، بأن إجاباتك سرية وتستخدم لأغراض البحث العلمي فقط .

وقبل أن تبدأ الإجابة أرجو منك ملء البيانات التالية :

العمر :

الجنس : ☐ ذكر ☐ أنثى

المستوى التعليمي :

☐ إعدادي فأقل ☐ ثانوي / دبلوم ☐ جامعي ☐ فوق الجامعي

الوظيفة :

الحالة الاجتماعية :

☐ أعزب ☐ متزوج ☐ أرمل ☐ مطلق

ونشكر على تعاونك

	العبارة	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	مطلقاً
1	أشعر بالآلام في مؤخرة الرأس					
2	أشعر بالآلام بالجبهة					
3	أشعر بوجع في الرقبة من الخلف					
4	يحدث تقلص (توتر) في عضلات جسمي					
5	أشعر بأن شئ ضاغط على رأسي مثل القبعة الثقيلة					
6	أشعر كأن وخز مسمار في رأسي					
7	أشعر كأن شريطاً أو حزاماً مشدود حول رأسي					
8	عندما أشعر بالآلم الرأس أقفد شهيتي للطعام					
9	أشعر بنبيض (انقباضات و انبساطات) في فروة رأسي					
10	أشعر بدوار أو دوخة					
11	أعاني من غثيان أو قيئ مع آلام في المعدة					
12	أشعر بزغلة في عيني					
13	أشعر بالصداع في آخر النهار و يزيد في الليل					
14	أشعر أن الدنيا تدور من حولي					
15	أشعر بالصداع بعد بذل جهد كبير أو عندما أفكر كثيراً					
16	تحصل لي نوبة الصداع الحادة مرة واحدة كل يوم					
17	تحصل لي نوبة الصداع مرة واحدة كل أسبوع					
18	تتكرر نوبات الصداع من 3-4 مرات في اليوم بصورة خفيفة					
19	يمكن تستمر معي نوبة الصداع لفترة طويلة					
20	يمكن أن تتكرر نوبات الصداع أكثر من ثلاث مرات اسبوعياً في بعض الاوقات					
21	أشعر أنني حزين					
22	أشعر أنني يائس من حياتي					
23	أغضب بسرعة و أظل عصبياً و أثور من أقل شيء					
24	أشعر بحالة من الكآبة و التعماسة					
25	أشعر بالحرج و الضيق					
26	أحب الجلوس لوحدتي بعيداً عن الناس					
27	أشعر بالخجل عندما تتكرر نوبات الصداع أمام الناس					
28	يحدث لي أرق و صعوبة في الاستغراق في النوم بدرجة كافية					
29	يصعب علي تركيز الانتباه					
30	أشعر بالخوف بسبب التهديد بحدوث الصداع في أي وقت					
31	يصعب علي التعبير عن أفكاري بسهولة					
32	الضوضاء و الاصوات العالية من حولي تجلطني عصبياً					
33	أبتعد عن الناس عندما أشعر بالصداع					
34	أرتبك عندما يراني الناس وأنا أشعر بالصداع					
35	أحلم أحلاماً مزعجة توقظني من النوم					
36	أكون قلقاً معظم الوقت مما قد يحدث لي مستقبلاً					
37	أشعر أن الناس وزملائي من حولي أفضل مني صحياً و جسمياً					
38	أشعر بعدم الرضا عن نفسي					
39	حالي النفسية غير مستقرة، فقد يتقلب مزاجي من الراحة الى الضيق أو الغضب أو الملل					

	العبارة	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	مطلقاً
40	أشعر بالفراغ و الملل					
42	عندما يشغلني موضوع مهم يقل صبري (أنا غير صبور)					
43	أحب الدخول في منافسة مع غيري حتى و لو كان ليس من نفس عمري					
44	أكون عنيفاً تجاه المواقف (او الأشخاص) التي تهدد إحصامي بالقوة					
45	أشعر بضغط الوقت من حولي					
46	أكون حاداً و عصبياً في أوقات مختلفة					
47	أنا شديد الانشغال بأمور حياتي					
48	يمكن أن أكون عنيفاً (مع نفسي أو مع غيري) عندما يضايقتني أي شخص					
49	تشغلني علاقاتي الاجتماعية وأهتم بها بشدة					
50	لدي طموحات كبيرة					
51	أهتم برعاية نفسي طبياً					
52	يعطلني ألم رأسي عن تكملة (مواصلة) عملي أو دراستي					
53	أنا منشغل (أو قلق) على حالتي الصحية					
54	أعتقد أن قيمة الإنسان و أهميته تكمن في مدى إخلاصه في أداء عمله مهما كان بسيطاً					
55	أشعر بالنشاط و الحيوية عندما أكون مشغولاً و مهتماً					
56	أحاول حل مشكلاتي بنفسي و لا أتعتمد (أو أستعين) على غيري					
57	صعب علي الجلوس ساكناً (بدون عمل أو تفكير)					
58	عندما أؤدي عملي بتباطؤ أتذكر الحكمة القائلة (لا تؤجل عمل اليوم إلى الغد)					
59	أرفض المساعدة حتى لا أبدو أنني عاجزاً أو ضعيفاً					
60	أكون مندفعاً و متهوراً أحياناً في تصرفاتي					

ملحق (٣)

مقياس (ق) (A)

الاسم: _____
المستوى التعليمي: ☐ ثانوي فما دون ☐ متوسط ☐ جامعي فما فوق
تاريخ اليوم: _____ تاريخ الميلاد: _____

تعليمات :

فيما يلي عدد من العبارات، أمام كل عبارة تسعة (٩) اختيارات للإجابة عليها، أقرأ كل عبارة على حدة ثم ضع علامة (✓) في الدائرة أسفل الاختيار الذي يصف حالتك غالباً. تأكد من علامة (✓) أمام رقم السؤال.

- المقياس مستمد من مقياس (Costello & Comrey, 1967).
- أعد المقياس في صورته العربية غريب عبد الفتاح غريب ١٩٨٧.
- يقيس استعداد الفرد لأن يعاني من حالة القلق الوجداني.
- يميز بين القلق والاكتئاب، حيث ترتبط درجاته مع الاكتئاب.
- يتكون المقياس من ٩ بنود الإجابة عليها متدرجة من ١-٩ ماعدا البند رقم ٣ العكس من ٩-١.
- يقيس المقياس : القابلية للاستثارة، العصبية، التوتر، زيادة الحساسية.
- يصلح للأفراد من سن ١٥ سنة (ما يوازي بداية المرحلة الثانوية).
- يستغرق تطبيقه ٣-٥ دقائق، ولكن ليس هناك زمن محدد.
- التصحيح: تجمع القيم على البنود التسعة، ولو وضع المفحوص أكثر من وزن أمام أي بند تحسب القيمة الأعلى.
- أقل درجة على المقياس = ٩، وأعلى درجة ٨١.
- إذا كنت من الذكور: وحصلت على ٣٩ درجة فأنت تعاني من القلق
- إذا كنت من الإناث: وحصلت على ٤٤ درجة فأنت تعاني من القلق

Abstract

This study aimed at identifying the most important features that distinguish people with tension headache in the Kingdom of Bahrain. The study also sought to identify the most important physical and psychosocial disorders associated with both of tension headaches and to identify the significance of the relationship between tension headaches and anxiety among the sample. Moreover, the study aimed at identifying the impact of the demographic variables (gender, age, marital status, job and the educational level) on the level of tension headaches.

The study sample consisted of 40 patients with chronic headaches with an average age of 28.5 years. The subjects were selected using the snowball method from Bahrain Specialist Hospital, and included 6 males and 34 females.

The study followed the descriptive approach and used the Tension Headaches Rating Scale (psychological) prepared by Zainab Shoqair, and the scale of anxiety prepared by (Costello & Comrey, 1967) and translated by Ghareeb Abdel Fattah (1987).

The results show that the most important features that distinguish patients with tension headaches were: headaches prevent patients from continuing work and study, patients with tension-type headaches are characterized by severe nervousness, and they are extremely busy in their daily life issues. The results also show that the most important physical disorders that characterize the patients of tension headaches include head pain that leads to anorexia, pain in the forehead and a feeling of pressure on the head. The most important psychological and social disorders were the instable psychological state, the swinging mood, and staying away from people when experiencing a headache. The results also show that there is a statistically significant correlation between anxiety and tension headaches (.38), and that the personal characteristics of patients with tension headaches explain (14.7%) of the level of anxiety. The results show that the demographic variables of age, gender, job and educational level did not affect the level of tension headaches. However, the variable of marital status affected the level of tension headaches in favor of married patients.

UNIVERSITY OF BAHRAIN

College of Art

Department Of Psychology



Tension headaches and its relationship to Anxiety in patients with chronic headaches in the Kingdom of Bahrain in the scope of some demographic variables

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the
(Master) Degree in Counseling Psychology

Submitted by

Fatima Hasan Ghareeb

University ID: 19962508

Supervised by

Ahmad Saad Jalal

Associate Professor, Department of Psychology, University of Bahrain

Kingdom of Bahrain

May 2016