

دولة ليبيا

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

الأكاديمية الليبية للدراسات العليا - فرع مصراتة

مدرسة العلوم الإنسانية

قسم التوجيه والإرشاد النفسي

الاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية وعلاقتها بأمراض الغدة الدرقية
دراسة إمبريقية على مرضى الدرقية في المركز المختص لتنظيم ومعالجة السكري والغدد
الصماء في مصراتة

رسالة مقدمة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الإجازة العالية (الماجستير)

في التوجيه والإرشاد النفسي

اعداد:

منى مفتاح عبد الرحمن الرعيض

اشراف:

الدكتور: محمد علي الغزال

الدكتور: مفتاح محمد أبو جناح

السنة: 2015

إقرار الأمانة العلمية

أنا الطالبة منى مفتاح عبد الرحمن الرعيض المسجل بالأكاديمية الليبية / فرع مصراتة بقسم التوجيه والإرشاد النفسي تحت رقم القيد (12121) أقر بأنني التزمت بكل إخلاص بالأمانة العلمية المتعارف عليها لإنجاز رسالتي المعنونة بـ(الاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية وعلاقتها بأمراض الغدة الدرقية دراسة إمبيريقية على مرضى الدرقية في المركز المختص لتنظيم ومعالجة السكري والغدد الصماء في مصراتة) لنيل الدرجة العلمية (الماجستير) وأنني لم أقم بالنقل أو الترجمة من أية أبحاث أو كتب أو وسائل علمية ثم نشرها داخل ليبيا أو خارجها إلا بالطريقة القانونية واتباع الأساليب العلمية في عملية النقل أو الترجمة وإسناد الأعمال لأصحابها ، كما أنني أقر بعدم قيامي بنسخ هذا البحث من غيري وتكراره عنواناً أو مضموناً. وعلى ذلك فإنني أتحمل كامل المسؤولية القانونية المترتبة على مخالفتي لذلك إن حدثت هذه المخالفة حالياً أو مستقبلاً بما في ذلك سحب الدرجة العلمية المنوحة لي.

والله على ما أقول شهيد

الاسم : منى مفتاح عبد الرحمن الرعيض

التوقيع : 

التاريخ :

قرار لجنة المناقشة للطالبة

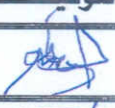
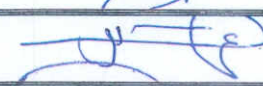


منى مفتاح عبدالرحمن الرعيض

للحصول على درجة الإجازة العالية (الماجستير) في قسم علم النفس

قامت اللجنة المشكلة بقرار السيد / رئيس الأكاديمية الليبية / فرع مصراتة رقم (99) الصادر بتاريخ 2015/06/01 م بمناقشة الرسالة المقدمة من الطالبة / منى مفتاح عبدالرحمن الرعيض لنيل درجة الإجازة العالية (الماجستير) في قسم (علم النفس) وعنوانها:

((الاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية وعلاقتها بأمراض الغدة الدرقية))

وبعد مناقشة الرسالة علنياً على تمام الساعة (10:00 صباحاً) يوم الاربعاء الموافق 2015/08/05 م بقاعة المناقشات بالأكاديمية وتقويم مستوى الرسالة العلمي والمنهج الذي اتبعته الطالبة في بحثها قررت اللجنة ما يلي: قبول الرسالة ومنح الطالبة : منى مفتاح عبدالرحمن الرعيض درجة الإجازة العالية (الماجستير) في قسم علم النفس.

أعضاء اللجنة المناقشة	الصفة	التوقيع
السيد/ د. مفتاح محمد أبوجناح	مشرفاً أساسياً	
السيد/ د. محمد علي الفزال	مشرفاً مساعداً	
السيد/ د. د. يعقوب موسى صمامه	عضواً	
السيد/ د. مصطفى عبد العظيم الطبيب	عضواً	

يعتمد

د. محمد المهدي اشتيوي

رئيس الأكاديمية الليبية / فرع مصراتة

التوقيع: 
التاريخ: 2015 / 09 / 17 م



د. أحمد محمد رابعة (الرابعي)
رئيس قسم علم النفس بالأكاديمية
التوقيع: 

التاريخ: 2015 / 09 / 17 م

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

{الَّذِي خَلَقَنِي فَهُوَ يَهْدِينِ (78) وَالَّذِي هُوَ يُطْعِمُنِي وَيَسْقِينِ (79)
وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ (80) وَالَّذِي يُمِيتُنِي ثُمَّ يُحْيِينِ (81) وَالَّذِي
أَطْمَعُ أَنْ يَغْفِرَ لِي خَطِيئَتِي يَوْمَ الدِّينِ (82)}

صدق الله العظيم

سورة الشعراء من الآية (78-82)

الإهداء

أتوجه بإهداء خاص إلى (أمي الغالية) أطال الله في عمرها

ومتعتها بالصحة والعافية

وإلى (روح أبي الغالي) رحمه الله وأسكنه فسيح جناته،

وإلى (زوجي الحبيب) شريك حياتي والذي قدم لي كل الدعم

لإنجاز هذا البحث، ولكل إخوتي وأخواتي، حفظهم الله جميعاً،

أهدي هذا الجهد المتواضع

الباحثة

شكر وتقدير

الحمد لله حمداً يليق بمقامه، وعظيم نعمه وسلطانه، امدني بعونه، وحفظني في كونه،
والصلاة والسلام على نبي الخلق وإمامهم محمد بن عبد الله، وعلى آله وصحبه ومن ولاه.
يسعدني وقد أنهيت بفضل الله ورعايته إعداد هذه الدراسة أن أتوجه إلى الله العليّ التقدير
بالحمد والشكر الذي هداني وأنار الطريق أمامي، وأمدني بالعزم والتصميم لإتمام هذا العمل العلمي
المتواضع، وقبض لي من الأساتذة الأجلاء والعلماء الأفاضل من أناروا لي سبيل العلم، وأرشدوني
إلى طريق الصواب.

وأجد لزاماً علي أن أنسب الفضل إلى أهله وفاء وعرفاناً، وأتقدم بوافر الشكر وعظيم
الامتنان إلى من منحني الرعاية الصادقة، والتوجيه المخلص منذ اللحظة الأولى وخطوة بخطوة من
كتابة هذه الرسالة، وحتى خرجت بهذه الصورة، دون كلل ولا ملل، وأخص به الأستاذ الدكتور
مفتاح محمد ابوجناح الذي تفضل بالإشراف علي هذه الرسالة، فكان المنقذ من العثرة، والباعث في
النفس العزيمة والهمة، وكلما وهنت الخطوة، ونعم المعلم الهشوش البشوش، لين الجانب، المرح
والصبور؛ الذي وهب نفسه لخدمة العلم وطلابه، فكان الشمعة التي انارت لي الدرب وازاحة عني
الكرب، فأسأل الله أن يجزيه عني خير الجزاء، ويحفظه ذخراً لنا وسنداً لأهله ووطنه.

كما أتقدم بالشكر إلى الاستاد الدكتور محمد علي الغزال على توجيهاته الكريمة، أتمنى له
الشفاء العاجل، كما أتقدم بجزيل الشكر والتقدير للدكتور محمد صالح الذي ساعد في تنفيذ

القياسات بالمركز المختص لتنظيم ومعالجة السكري والغدد الصماء في مصراتة ، والشكر

موصول إلى الدكتور امحمد ابوسطاش لقيامه بالمراجعة والتدقيق اللغوي لهذه الدراسة وإلى

الاستاد صالح اليسير لمساهمته في التحليل الاحصائي، والشكر موصول ايضا إلى افراد
عينة الدراسة الذين لم يبخلوا بوقتهم وتطوعوا لملء الاستبانات المستخدمة، كما أتقدم بوافر الشكر
و العرفان، الشكر موصول إلى من سعى صادقاً من أجل العلم وطلابيه، وأخص بالذكر، الأكاديمية
الليبية للدراسات العليا - فرع مصراتة قسم علم النفس ورئيسا وأعضاء الهيئة التدريسية بالأكاديمية
إليهم جميعاً وإلى كل من اثرى أو سيثري هذه الدراسة بالنقاش والحوار من الأساتذة الأجلاء "اللجنة
الإمتحانية" اليهم جميعا كل الشكر والتقدير، والامنتان والعرفان.

الباحثة

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع
أ	الاية
ب	الاهداء
ج	الشكر والتقدير
هـ	قائمة المحتويات
ط	قائمة الجداول والرسومات
ض	قائمة الملاحق
ن	ملخص الدراسة باللغة العربية
ش	ملخص الدراسة باللغة الانجليزية
الفصل الأول : المدخل الي الدراسة	
2	1-1 مقدمة الدراسة
6	2-1 مشكلة الدراسة
8	3-1 هدف الدراسة
8	4-1 تساؤلات الدراسة
9	5-1 أهمية الدراسة
11	6-1 حدود الدراسة
12	7-1 مصطلحات الدراسة
الفصل الثاني : الاطار النظري والدراسات السابقة	
20	1-2 تمهيد
20	2-2 مفهوم الصحة النفسية
26	3-2 الاضطرابات النفسية
34	4-2 تعليق الباحث
35	2-5 أعراض وأنواع الاضطرابات النفسية
49	2-6 تشخيص الاضطرابات النفسية
51	2-7 علاج الاضطرابات النفسية
55	2-8 تصنيف الاضطرابات النفسية العقلية

56	2-9-1 القلق
65	2-10-1 الاكتئاب
74	2-11 الدراسات السابقة
81	2-12 التعليق على هذه الدراسات
82	2-13 تعقيب على الدراسات السابقة
84	2-14 الاضطرابات السيكوسوماتية
98	2-15 العلاقة بين الانفعالات والاضطرابات السيكوسوماتية
101	2-16 الاضطرابات السيكوسوماتية للجهاز الغدي
103	2-17 الفرق بين الاضطراب السيكوسوماتي والعصاب
103	2-18 علاج الاضطرابات السيكوسوماتية
105	2-19 دراسات اهتمت بالاضطرابات السيكوسوماتية
111	2-20 التعليق على دراسات الاضطرابات السيكوسوماتية
112	2-21 الغدة الدرقية واضطراباتها
112	2-21-1 تمهيد
113	2-21-2 العلاقة بين الاضطرابات النفسية واضطراب إفراز الهرمونات
114	2-21-3 تعريف الغدة الدرقية
114	2-21-4 الشكل والموقع للغدة الدرقية
115	2-21-5 تطور الغدة الدرقية
116	2-21-6 وظيفة الغدة الدرقية
117	2-21-7 تأثير الهرمونات الدرقية
118	2-21-8 تنظيم إفراز الغدة الدرقية
118	2-21-9 أمراض الغدة الدرقية
119	2-21-10 أعراض اضطراب الغدة الدرقية
121	2-21-11 أسباب اضطراب الغدة الدرقية
122	2-21-12 التشخيص العيادي للاضطرابات الغدة الدرقية
123	2-21-13 علاج اضطرابات الغدة الدرقية
128	2-21-14 التعليق على أمراض الغدة الدرقية
128	2-21-15 دراسات اهتمت بالاضطرابات النفسية وعلاقتها بالغدة الدرقية
135	2-21-16 تلخيص الدراسات السابقة

138	17-21-2 التعليق على الدراسات السابقة
	الفصل الثالث : اجراءات الدراسة
140	1-3 تمهيد
140	2-3 الطريقة والإجراءات
140	1-2-3 الدراسة الاستطلاعية
141	2-2-3 منهج الدراسة
142	3-2-3 مجتمع الدراسة
142	4-2-3 عينة الدراسة
145	5-2-3 أداة الدراسة
146	6-2-3 الصدق والثبات الأصلي لمقاييس الدراسة
153	3-2-7 خطوات الدراسة وطريقة جمع البيانات
154	3-2-8 القياسات الإحصائية التي استخدمت في الدراسة
	الفصل الرابع : نتائج الدراسة
157	4-1 تمهيد
157	4-2 مستوى الحالة الصحية العامة لعينة الدراسة
157	4-3 النتائج المتعلقة بإجابة التساؤل الأول
171	4-4 الإجابة على التساؤل الثاني
175	4-5 الإجابة على التساؤل الثالث
179	4-6 الإجابة على التساؤل الرابع
182	4-7 الإجابة على التساؤل الخامس
187	4-8 الإجابة عن التساولين السادس والسابع
187	4-9 الإجابة على التساؤل السادس
195	4-10 الإجابة على التساؤل السابع
203	4-11 الإجابة على التساؤل الثامن
216	4-12 الإجابة على التساولين التاسع والعاشر
217	4-13 الإجابة على التساؤل التاسع
220	4-14 الإجابة على التساؤل العاشر

الفصل الخامس: الاستنتاجات والتوصيات	
224	5- الاستنتاجات والتوصيات
224	5-1 أولاً: الاستنتاجات
227	5-2 ثانياً: التوصيات:

محتويات

صفحة	اسم الجدول	رقم الجدول
142	يُبين أعداد المرضى وتصنيفهم حسب المرض الغدي الدرقي	(1-3)
143	يُبين عدد افراد العينة حسب السن والجنس	(2-3)
144	يُبين عدد افراد العينة حسب مدة المرض ونوع المرض	(3-3)
145	يُبين عدد افراد العينة حسب المستوى التعليمي والحالة الاجتماعية	(4-3)
147	يُبين نسبة اجماع آراء المحكمين على صلاحية وموضوعية ادوات القياس	(5-3)
149	يُبين ارتباط كل فقرة من فقرات أبعاد مقياس الحالة الصحية للفرد بالمجموع الكلي لأبعادها	(6-3)
150	يُبين ارتباط كل فقرة من فقرات اختبار كورنل لتشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية بالمجموع الكلي لبعدها	(7-3)
151	يُبين ارتباط كل فقرة من فقرات مقاييس الاضطرابات النفسية، وقلق الحالة، وقلق السمة؛ بالمجموع الكلي لأبعادها	(8-3)
152	يُبين معاملات الثبات بطريقتي و ألفا كرونباخ، وسبيرمان براون لجميع المقاييس المستخدمة في الدراسة	(9-3)
158	يتضمن اجابة المفحوص عن السؤالين الصحيين الاول والثاني	(1-4)
159	يتضمن إجابة المفحوص عن فقرات السؤال الثالث	(2-4)
161	يوضح الإجابة عن تساؤلات السؤال الرابع	(3-4)
162	يوضح الإجابة عن فقرات السؤال الخامس	(4-4)
163	يوضح الإجابة عن فقرات السؤال السادس	(5-4)
163	يوضح الإجابة عن فقرات السؤال السابع	(6-4)
164	يوضح الإجابة عن فقرات السؤال الثامن	(7-4)
166	يوضح الإجابة عن فقرات السؤال التاسع	(8-4)
167	يوضح الإجابة عن فقرات السؤال العاشر	(9-4)
168	يوضح الإجابة عن فقرات السؤال الحادي عشر	(10-4)

172	العلاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية وبين أمراض الغدة الدرقية	(11-4)
173	يوضح دلالة الفروق بين أفراد العينة حسب متغير الجنس على أبعاد قلق الحالة والسمة و مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية وأبعاده	(12-4)
176	يوضح دلالة الفروق بين أفراد العينة حسب متغير نوع المرض على أبعاد مقياس الاضطرابات النفسية وأبعاده (اختبار ت)	(13-4)
177	يوضح دلالة الفروق بين أفراد العينة حسب متغير نوع المرض على أبعاد قلق الحالة والسمة ومقياس الاضطرابات السيكوسوماتية وأبعاده	(14-4)
180	يبين دلالة الفروق بين أفراد العينة حسب الفئة العمرية في أبعاد الاضطرابات النفسية (كرسكال واليس)	(15-4)
181	يبين دلالة الفروق بين أفراد العينة حسب الفئة العمرية في أبعاد قلقي الحالة والسمة والاضطرابات السيكوسوماتية.	(16-4)
183	يبين دلالة الفروق بين أفراد العينة حسب مدة المرض في أبعاد الاضطرابات النفسية (كرسكال واليس)	(17-4)
184	يبين دلالة الفروق بين أفراد العينة حسب مدة المرض في أبعاد قلقي الحالة والسمة والاضطرابات السيكوسوماتية	(18-4)
188	نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أثر الاضطرابات النفسية (الاكتئاب، قلق الحالة، وقلق السمة) على الاضطرابات السيكوسوماتية لمجموعة القصور	(19-4)
189	نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أثر بعض أبعاد مقياس الاضطرابات النفسية، و قلق الحالة على الاستجابات الباثولوجية ، وبخاصة الاكتئاب لمجموعة القصور	(20-4)
190	نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أثر عدم حب الذات على الاستجابات العصبية والقلق لمجموعة القصور	(21-4)
191	نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أثر البكاء على الأعراض السيكوسوماتية لمجموعة القصور	(22-4)
192	نتائج تحليل الانحدار المتعدد لأثر بعض أبعاد مقياس الاضطرابات النفسية على استجابات الذعر الباثولوجية لمجموعة القصور	(23-4)

193	نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أثر كل مشاعر العقاب، وقلق السمة، وفقدان المتعة على الأعراض السيكوسوماتية الأخرى لمجموعة القصور	(24-4)
194	نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أثر قلق السمة على متغير الشك والحساسية المفرطة لدى مجموعة القصور	(25-4)
195	نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أثر بعض أبعاد مقياس الاضطرابات النفسية على الاضطرابات السيكوسوماتية لمجموعة الزيادة	(26-4)
196	نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أثر قابلية الاستثارة، و صعوبة التركيز على عدم التوافق ومشاعر الخوف لمجموعة الزيادة	(27-4)
197	نتائج تحليل الانحدار المتعدد لأثر بعض أبعاد مقياس الاضطرابات النفسية على استجابات الذعر الباثولوجية لمجموعة الزيادة	(28-4)
198	نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أثر قلق السمة على الأعراض السيكوسوماتية الأخرى لمجموعة الزيادة	(29-4)
199	نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار اثر قلق السمة على الأعراض السيكوسوماتية الأخرى لمجموعة الزيادة	(30-4)
200	نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار اثر قلق السمة على الشك والحساسية المفرطة لمجموعة الزيادة	(31-4)
203	العلاقة بين الحالة الصحية بصورة عامة وأمراض الغدة الدرقية	(32-4)
204	العلاقة بين الحالة الصحية بصورة عامة مقارنة بعام مضى وأمراض الغدة الدرقية	(33-4)
206	العلاقة بين تقييد الحالة الصحية للأنشطة اليومية العادية وأمراض الغدة الدرقية	(34-4)

207	يوضح العلاقة بين المشاكل التي واجهت الفرد خلال الأربعة الأسابيع الماضية أثناء تأديته للأنشطة المعتادة نتيجة لحالته الصحية الجسمية وأمراض الغدة الدرقية	(35-4)
208	يوضح العلاقة بين المشاكل التي واجهت الفرد خلال الأربعة الأسابيع الماضية أثناء تأديته للأنشطة المعتادة نتيجة لحالته الصحية النفسية وأمراض الغدة الدرقية	(36-4)
209	العلاقة بين تعارض الصحة الجسمية أو النفسية للفرد مع تأديته لأنشطته الاجتماعية مع عائلته أو جيرانه أو أي مناسبات اجتماعية أخرى وأمراض الغدة الدرقية	(37-4)
210	يوضح العلاقة بين شدة الألم الجسدي الذي عانيت منه خلال الأسابيع الأربعة الماضية وأمراض الغدة الدرقية	(38-4)
211	العلاقة بين تعارض الألم الجسدي الذي يشعر به الفرد مع تأديته للأعمال المعتادة سواء داخل المنزل أو خارجه وأمراض الغدة الدرقية	(39-4)
212	يوضح العلاقة بين المشاكل التي واجهت الفرد خلال الأربعة الأسابيع الماضية أثناء تأديته للأنشطة المعتادة نتيجة لحالته الصحية النفسية وأمراض الغدة الدرقية	(40-4)
213	العلاقة بين مقدار الوقت الذي تعارضت فيه الصحة الجسمية والمشاكل النفسية مع الأنشطة الاجتماعية (مثل زيارة الأصدقاء والأقارب و غيرها) وأمراض الغدة الدرقية	(41-4)
215	يوضح العلاقة بين الحالة الصحية لأفراد العينة وأمراض الغدة الدرقية	(42-4)
217	العلاقة بين الاكتئاب وبين أمراض الغدة الدرقية	(43-4)
218	العلاقة بين قلق الحالة وبين أمراض الغدة الدرقية	(44-4)
219	العلاقة بين قلق السمة وبين أمراض الغدة الدرقية	(45-4)
220	العلاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية وبين أمراض الغدة الدرقية	(46-4)

جدول الرسومات

الصفحة	إسم الاشكال	رقم الشكل
115	يوضح الموقع العام في الجسم وشكل الغده الدرقيه، منقول عن بِشِّيَه (د ت)	شكل 1

قائمة الملاحق

الصفحة	الموضوع	رقم الملحق
250	الموافقة الرسمية من ادارة الاكاديمية الموجهة الي المركز المختصة لتنظيم ومعالجة السكري والغدد الصماء في مصراته	1
251	استمارة التحكيم	2
258	مقياس بيك لاكتئاب	3
261	استمارة الاكتئاب بعد تعديل	4
266	مقياس الحالة مقياس قلق السمه	5
269	مقياس كورنل لتشخيص الاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية	6
273	مقياس الصحة العامة	7

ملخص الدراسة

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى الصحة العامة لمرضى الغدة الدرقية ومعرفة أهم الاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية ذات العلاقة بأمراض الغدة الدرقية لدى مرضى الغدة الدرقية؛ لدى عينة بمرضى المركز المختص لتنظيم ومعالجة السكري والغدد الصماء في مدينة مصراتة

عينة الدراسة: تم اختيار عينة عشوائية، متجانسة عمرياً، تكونت من (136) حالة، أخذت موافقتهم للاشتراك في هذه الدراسة، متوسط أعمارهم (45.9 سنة) وبانحراف معياري (14.3 سنة)؛ وهذا العدد هو ما يعادل نسبة 27% من مجتمع الدراسة الأصلي تقريباً، منهم (28) ذكور متوسط أعمارهم (41.4 سنة) وبانحراف معياري (17.2 سنة)، ومنهم (108) إناث، متوسط أعمارهن (47.4 سنة) وبانحراف معياري (12.9 سنة). وكانت معايير الاشتراك في هذه الدراسة كالآتي: كل المشاركين والمشاركات الذين تطوعوا للمشاركة في هذه الدراسة، والذين كانوا يتناولون العلاج بصورة منتظمة ومستمرّة، بمعنى جميع القياسات "الاستبانات" طبقت على العينة وهم تحت تأثير الدواء، كما هو موضح في تصميم الدراسة في فصل الإجراءات. أداة الدراسة: تمثلت أداة الدراسة الحالية في اختيار خمسة استبانات جاهزة هي: 1 - مقياس الصحة العامة، 2 - مقياس الاكتئاب 3 - مقياس قلق الحالة 4 - مقياس قلق السمة، 5 - مقياس كورنيل الاضطرابات السيكوسوماتية. جميع المقاييس التي استخدمت في هذه الدراسة هي مقاييس محكمة وصادقة وثابتة، واستخدمت في دراسات عديدة، خطوات الدراسة وطريقة جمع البيانات: بعد التأكد من صدق وثبات الاستبانات التي جمعت بواسطتها البيانات، وتحديد أعداد أفراد مجتمع الدراسة من مفحوصي الغدة الدرقية وفقاً لإحصاءات التسجيل بالمستشفى، قامت الباحثة بالترتيب للمقابلة

الفردية المقننة باستخدام الاستبيانات المذكور؛ وتحديد وقت المقابلة لكل فرد من أفراد العينة على انفراد، على نحو موحد لكل المفحوصين كآلاتي: حيث كان زمن المقابلة في الفترة الصباحية عند الساعة العاشرة والنصف من كل أيام الأسبوع، ما عدا يوم الجمعة، بينما كان مكان المقابلة في عيادة الغدد الصماء بالمركز المختص لتنظيم السكر والغدد الصماء؛ لما يتمتع به هذا المكان من خصوصيات من سبل الأمان، والهدوء، والراحة، والإضاءة المريحة، والتهوية الجيدة، والسرية التامة، والخدمات المتكاملة. القياسات الإحصائية التي استخدمت في الدراسة: حسب تساؤلات الدراسة العشر استخدمت الباحثة منظومة الـ SPSS وإيجاد المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري، التكرارات، والنسب المئوية لتوضيح مواصفات العينة، كما استخدمت الباحثة التحليل العاملي، والفا كورونباخ، وسبيرمان براون لحساب الصدق، والوسط المرجح والوزن المئوي للإجابة عن التساؤل الاول، والثاني، والثالث؛ كما حُسبت دلالة الفروق وإيجاد قيمة "ت" الجدولية بين متوسطات اجابات الذكور والاناث على مقياس (الاضطرابات النفسية السيكوسوماتية)، كما قامت الباحثة بحساب معامل التطابق وإيجاد قيمة "كا2" بين اجابات العينة حسب الفئة العمرية على مقياس الاضطرابات النفسية للإجابة على التساؤل الرابع والخامس؛ أما تحليل الانحدار المتعدد التدريجي Stepwise Multiple Regression فقد استخدم للإجابة على بقية التساؤلات، نتائج الدراسة: في اطار القياسات المستخدمة في هذه الدراسة، وحسب نوع وطبيعة العينة، ونتائج القياسات السيكو مترية المستخدمة، والاختبارات الاحصائية المطبقة عليها توصلت الباحثة إلى النتائج الآتية: 1- عدد حالات الاصابة بمرض نقص الهرمون الدرقي اكثر بكثير من مرض زيادة الهرمون الدرقي، 2- عدد اصابات الاناث بمرض الدرقيه اكثر من عدد اصابات الذكور. 3- العلاج الطبي لوحده لم يخفض من محنة المرضى بشكل جيد، 4- تساوي الإناث والذكور تقريبا في الشعور بالاضطرابات النفسية "قلق الحالة وقلق السمة وجزء من الاكتئاب"؛ فيما عدا الإناث فهن

أكثر شعوراً وتأثراً على مقياس الاكتئاب، 5- رغم اختلاف العدد بين الإناث والذكور في المرض الدرقي؛ إلا أن النتائج أظهرت أن الإناث يعانون من: الفشل السابق، ومشاعر الذنب، ومشاعر العقاب، والبكاء، وانعدام القيمة أكثر من الذكور، 6- المجموعة التي لديها زيادة الهرمون الدرقي، تعاني أكثر على أبعاد مقياس (عدم حب الذات، ونقد الذات، والتهيج)؛ بينما كانت المجموعة التي تعاني من نقص الهرمون الدرقي تعاني أكثر على مقياس الاكتئاب، 7- هناك إشارة واضحة في نتائج هذه الدراسة إلى أن المرضى الأصغر سناً هم الأكثر عرضة للاضطرابات الغدة الدرقية، 8- فيما يخص تأثير مدة المرض على العينة؛ فإن نتائج هذه الدراسة أظهرت بوضوح إن المجموعات حديثة المرض الدرقي، وكذلك مجموعات المرض الدرقي القديمة، كانت الأكثر معاناة من المجموعات متوسطة المدة للمرض الدرقي، 9- نسبة مساهمة الاضطرابات النفسية في حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية لدى مرضى النقص الدرقي أكثر بكثير من مساهمة الاضطرابات النفسية لدى مرضى الزيادة الدرقية، 10- فقدان الطاقة الحيوية وخاصة إذا اقترن بالتعب والارهاق لمرضى الغدة الدرقية؛ قد يؤخر الشفاء أو ينذر بعدم الشفاء إذا لم يعالج.

التوصيات:

1. إجراء المزيد من الدراسة حول الحالات التي تم اكتشاف عدم جدوى العلاج الطبي لها، 2- تلازم العلاج الطبي مع العلاج النفسي وكذلك الاسناد الاجتماعي لمرضى الغدة الدرقية من قبل اهاليهم، واقاربهم، وازواجهم، وكذلك رؤساءهم في العمل، وتخفيف اعباء العمل عنهم؛ امر قد يخفف المعاناة على مرضى الغدة الدرقية، 3. التمييز بين المرضي الذكور والاناث في برامج العلاج الطبي والنفسي والمعاملة الاجتماعية والوظيفية وابعاء العمل؛ مبدأ قد يكون أكثر انصافاً بين الذكور والاناث من جهة وبين مرضى الغدة الدرقية والاصحاء من جهة أخرى، 4. التمييز في

البرامج العلاجية النفسية والسلوكية وكذلك العلاج الطبي بين مرضي القصور والزيادة في افراز الهرمون الدرقي قد يحقق اكثر تخصصية وقد يكون اكثر نجاعة من الخلط في علاج مرضى الغدة الدرقية، 5. عمل المزيد من الدراسات التشخيصية على عينات اصغر سنا لم يتم تشخيصها بالمرض الدرقي؛ وذلك للكشف عن مستويات الاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية وامراض الغدة الدرقية لدى الاطفال والشباب في سن المراهقة؛ وهذا يفيد في التشخيص المبكر لهذه الاضطرابات وتلافي سلبياتها، 6. إن الفئات الأحدث، والأقدم مرضا يحتاجون إلى تدخل، ورعاية، وسند، واهتمام اكثر خصوصية من الفئات -المدد المتوسطة- في جميع الاضطرابات المقاسة، وبخاصة قلق السمة والشك والحساسية المفرطة، يرفع من وعي البرامج العلاجية وتكاملها، 7. تجنب تكرار الأحداث المؤدية إلى تكوين الاضطرابات النفسية للكبار والصغار بقدر المستطاع؛ حتى لو كانت بسيطة، للمحافظة على الوقاية من الاضطرابات السيكوسوماتية ؛ وبالتالي من امراض الغدة الدرقية، 8 عمل دراسات اكثر توسعا وعمقا على البيئة اليبية عامة وفي ظروف مختلفة، 9. إجراء دراسات وبحوث في ظروف تحت الحرمان العلاجي الدوائي "المحدود" لزيادة معرفة علاقة المرض الدرقي بالاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية، 10. اجراء اختبار الدرقي في حالات الاكتئاب والاضطرابات النفسية والنفس جسمية، كما توصي ايضا بعكس ذلك؛ أي ضرورة اجراء الاختبارات النفسية والسيكوسوماتية واختيار الصحة العامة اثناء اجراء اختبار الغدة الدرقية، 11. اختبار هرمونات الغدة الدرقية، قبل اتخاذ أي قرار خطير في الحياة، مثل قرار الزواج، والوظائف والمهن التي بحاجة إلى طاقات بدنية، ونفسية، وعقلية، وادارية عالية، 12. فتح مراكز للفحص الدرقي، وتنمية الصحة العامة، والسند الاجتماعي، وذلك للوقاية من الامراض الدرقية والاضطرابات النفسية وتحسين عملية العلاجي الطبي ايضا، 13. توفير الاختبارات النفسية الاكثر مهنية ودقة لقياس

الاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية وكذلك بفحص الاضطرابات الدرقية وجعلها مكفولة للجميع،
ومجانية التشخيص، واذا امكن الامر مجانية العلاج.

Abstract of the study

The aim of the study:

This study aims to determine the level of public health for thyroid patients, as well as to know the most psychological and psychosomatic disorders that are related to thyroid disease amongst the study sample patients in The Centre Of Diabetes And Endocrinology In Misrata. Sampling:

For the conduction of this study, the researcher has selected random sample, homogenous age, consisted of (136 cases) male and female. All of them have given their consent to participate in this study. The average of their ages is (45.9 years) and the SD is (14.3 years). This number was equivalent to 27% of the total original population of the study. Most of them were females: (108) females, age average (47.4 years), SD (12.9 years) and the rest of them were (28) males, age average (41.4 years), SD (17.2 years). The criteria for participation in this study was as follows: all participants were volunteered to participate in this study, and all participants were having their treatment regularly and continuously. In other words, all measurements "questionnaires" were applied on the sample which were under regime of medication effect, as shown in the study design in the third chapter of this study. Study tools: Five ready psycho-physiological questionnaires have been selected and used to measure: public health, depression, anxiety-state and anxiety-trait, as well as psycho-physiological disorders. All of these psychometric scales are constant, reliable, and have been used in many other published studies (adjuri, 2004 walgrisi, 2003). For more information regarding the constancy and the reliability of these scales see the study methodology in chapter three. Steps and method of data collection: After the researcher is convinced from the constancy and reliability of questionnaires that have been nominated previously, and the sample is selected, he interviewed the members of the sample individually as follows: the corresponding time of testing was at 10: 30 AM every day, except Friday, while the corresponding place of interview was in the (CDEM). This place was selected because it is a familiar place for all volunteers, and it has integrated services such as: secure, serene, comfortable, convenient lighting and good ventilation. Statistical measurements that were used in the study:

To answer the ten questions of this study, The researcher used SPSS package system to analyze statistical data. The arithmetic mean, standard deviation, and percentages were used to clarify the characteristics of the sample. Analysis of Alpha Koronbakh, Spearman Brown were used to determine the constancy and reliability of questionnaires. The study results: Based on measurements that were used in this study, and according to the type and nature of the sample, as well as the results of the psychometric-measurements that have been used, in addition to statistical tests that have been applied, The researcher finds the following results:

1. The number of hypothyroidism were more than hyperthyroidism patients.
2. The number of female cases of thyroid disease was much more than the number of male
3. Depending on medical treatments alone will not reduce the distress of patients sufficiently.
4. Males and females are equal in sense of psychological disorders " anxiety-state and anxiety-trait as well as a part of the depression", except females which are affected more by depression.
5. Despite differences between females and males in thyroid disease; the results showed that females suffer much more from feeling of: former failure, guilt, punishment, cry, and the lack of value than males.
6. Group that have hyperthyroidism, suffer much more on the dimensions of lack of self-love, self-criticism, irritability than those cases of the hypothyroid group.
7. There is a clear indication of the results of this study indicate that there is an increase in thyroid disorders amongst younger people, which means that the younger people are most susceptible to thyroid disorders.
8. With regard to the impact of disease duration, on the sample; this study results clearly demonstrated that modern groups of thyroid disease, as well as old groups of thyroid disease, were suffering much more from the middle groups of thyroid disease.
9. The psychological disorders contribute to psycho-physiological disorders of patients with hypo-thyroid disease more than the patients of hyper-thyroid disease.

10. Loss of vital energy, especially if coupled with tiredness and fatigue for thyroid patients; may delay healing or threatens not to heal if not cured.

Conclusions of the study. First, patients with hypothyroidism require of multiple therapeutic interventions and long-term psychological treatment than those patients with hyperthyroidism. In other words the expected incidence of hypothyroidism in society most of the increase due to the diversity of psychological disorders leading to disease hypothyroidism

- 1) Second: the physical dimensions of "energy" and "depression" might be the key axes in physical and psychological therapy for thyroid patients; a psychological and social treatment program may contribute to improve the general health level of patients.

Recommendations of the study.

1. Further study is needed concerning the cases that have discovered the futility of medical treatment with them, in other words those cases who did not feel better but they felt worse from the medical treatment alone.
2. the necessity of overlapping medical treatment with psychological and social support of patients with thyroid gland. This support can be from their parents, and their relatives, and their spouses, as well as the support of their work boss, by reducing their workloads, that may relieve suffering levels of thyroid patients.
3. it might be fairer between males and females of thyroid patients to distinguish between them in medical, psychological, social curing and in work load.
4. For more specialized and more efficient method for medical treatment, researcher recommends the distinguishing between patients of hypo and hyper thyroid, in psychological and behavioral treatments.
5. Regarding the thyroid disease, the researcher recommends more diagnostic studies concerning undiagnosed samples of children and youth; to detect levels of psychological disorders and psychosomatic and thyroid diseases.
6. For raising awareness in designing treatment programs, in all the measured psychological disturbances, especially anxiety, depression, new patients, and old patients, which suffering from thyroids' disease are in need of more intervention, care, support, and more specific curing than those groups who are in mid period of thyroid disease.

7. For preventing of psychological and psycho somatic disorders and thyroid diseases, the researcher recommends the need of avoiding the repetition of the events which leading up to the formation of psychological disorders, for adults and children, even though they are simple.
8. doing more extensive research and in-depth studies on the Libyan public environment and in different conditions.
9. The researcher recommends conducting studies and research in conditions under the therapeutic pharmacological deprivation for increasing the knowledge of a thyroid disease related to mental disorders psychological and psycho somatic disorders.
10. In cases of depression and psychological and psycho somatic disorders, the researcher recommends testing of thyroid hormones, and vice versa.
11. the importance of doing thyroid hormones tests, before person takes any serious decisions in his life, such as marriage, jobs and professions that need high energies of physical, psychological, intellectual, administrative and leadership skills as well.
12. the importance of screening Centers thyroid, and the development of public health, and the social bond, to prevent from thyroid diseases and from psychological disorders and improve medical treatment as well.
13. the need of providing the most professional tests for measuring psychological and psycho-physiological disorders, providing free thyroid diagnosing as well as free treatments.

الفصل الأول: المدخل الى الدراسة

المقدمة

مشكلة الدراسة

هدف الدراسة

تساؤلات الدراسة

أهمية الدراسة

حدود الدراسة

مصطلحات الدراسة

1-1 مقدمة الدراسة:

إن الاهتمام بمثيرات السلوك البشري أصبح من المواضيع الملحة والمهمة في العلاج السلوكي، وفي مشكلات الصحة العامة، وبخاصة في هذا الزمن الذي أصبح فيه الإنسان غير قادر أن يسعد نفسه، أو حتى على الأقل أن يتسامح مع سعادة الآخرين، فقد سعى الإنسان منذ القدم إلى محاولات إيجاد مقاربات تشخيصية وعلاجية للتغلب على تلك الأمراض السيكوسوماتية؛ ولم تخل تلك المقاربات من الشعوذة، والدجل، والأساطير، والخرافة، والخدع العلمية التي لم تجد نفعاً، إلى العلاج العضوي بالكهرباء، أو العقاقير التي تسبب ضرراً عصبياً، ثم إلى التحليل النفسي- والمدرسة الفرويدية، والتي قوبلت بجملة من الانتقادات، ومن بعدها المدرسة السلوكية؛ ثم استمر هذا التطور إلى أن بدأت مناهج العلاج السلوكي الحديث تتجه من العلاج السلوكي الأحادي- الذي يركز على جانب واحد (نفسى أو عضوي) - إلى الاهتمام والتركيز على المرض الذي يشكو منه المريض، بجميع أبعاده النفسية والفسولوجية، فهو الجدير بالعلاج والبحث، كمثير لعدة اضطرابات نفسية وسيكوسوماتية.

وهناك شبه إجماع على أن هذا العصر - الذي نعيش فيه- هو عصر القلق أو عصر الضغوط، وهذا ليس بغريب؛ لأنه إذا أمعنا النظر في الوصفين فسنجد أن كليهما صحيح؛ فمن ناحية الأحداث والمثيرات الضاغطة والمتلاحقة التي تعصف بكيان الفرد ووجوده من كل صوب واتجاه في هذا العصر؛ يمكن القول بأنه عصر الضغوط، وأما إذا نظرنا من خلال النتائج التي تلم بالإنسان، ويعاني منها من جراء التغيرات والأحداث المتلاحقة؛ فيمكن القول إنه عصر القلق.

إن ما يُلاحظ على هذا العصر هو تنامي الإضطرابات النفسية والسيكوسوماتية التي تعاني منها البشرية التي أُلقت بضغطاتها على كاهل الإنسان، وألحقت به الضرر في جميع مناحي حياته: الجسمية، والنفسية، والاجتماعية؛ ومن بين أهم هذه الإضطرابات الجسمية والنفسية التي لاحظتها الباحثة في مكان عملها وفي بيئتها التي تعيش فيها: تزايد حالات اضطرابات الغدة الدرقية، وتزايد حالات الكرب والاكنتاب؛ الأمر الذي سيشكل مشكلة على مستوى الصحة العامة؛ ومن ثم على طاقات المجتمع الإنتاجية، والاقتصادية، وموارده البشرية.

وما أثار انتباه الباحثة في برامج العلاج لتلك الاضطرابات هو ضعف الاهتمام بمبدأ التأثير والتأثر، بين النفس والجسم، واستخدام هذا المبدأ في برامج العلاج النفسي، والعلاج العضوي، وهذا واضح في ضعف التكامل العلاجي والتنسيق بين المراكز العلاجية في مدينة مصراتة؛ فمراكز الغدد تركز على العلاج العضوي لمرضها، وتغفل العلاج النفسي، وكذلك المصحات النفسية تركز على علاج الحالة النفسية لمرضها، وتغفل الاهتمام بالجانب الجسمي.

وحيث إن اهتمام الباحثة في هذه الدراسة يتمحور حول اضطرابات الغدة الدرقية وما يصاحبها من اضطرابات نفسية، ناجمة عنها ومؤدية إليها؛ تشير الباحثة إلى بعض الجهود السابقة في هذا المجال، منها:

في الأدبيات السابقة -غير المحلية- هناك زيادة ملحوظة، فيما يتعلق بالاهتمام بالاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية، لأمراض الغدة الدرقية، وقد نشرت الكثير من المقالات والأبحاث التي تناولت العلاقة بين المرض الدرقي والاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية، فقد أثبتت بعض الدراسات أن الاضطراب الانفعالي الملح بسبب صراع الحياة، والصراع النفسي القوي، قد يؤدي إلى خلل وإفساد في التوازن الهرموني، (عبد المعطي ، حسن، 2003: 20)، ويؤدي إلى

إنهاك جهازي التكيف والمناعة، (فيشر، Fisher. G. N 2002: 104، نقلا عن ساعو مراد (2010).

كما أظهرت الدراسات أن هناك صلة بين الضغوط، والإجهاد النفسي - ما يسمى بالضغوط Stress- وبين المرض المناعي الذاتي؛ حيث يؤثر الإجهاد النفسي بشكل مباشر أو غير مباشر في الجهاز المناعي، عبر الجهاز العصبي والغدي الصماوي، وكذلك بين الاكتئاب، وقصور إفراز الغدة الدرقية، - (Mizokami, , Wu, El-Kaissi & Wall. 2004.1047-1055)

أما الدراسات الحديثة فقد أثبتت تأثير الكرب Stress- على حدوث داء غريف، على الرغم من وجود دراسة أشارت إلى أن الكرب يسهم في حدوث فرط نشاط الدرقية غير المناعي الذاتي، ولكنه أقل من تلك المساهمة المصاحبة لداء غريف المناعي الذاتي، (Matos, et al.) (2001:15-19).

كما أوضحت نتائج دراسات سابقة أن الحوادث الحياتية السلبية، هي أكثر عند المجموعة التجريبية من مرضى داء غريف، مقارنة مع مجموعة ضابطة الأصحاء (كونج، Kung, 1995، 303-308)، كما أشار باحثون نمساويون إلى أهمية إدخال الأساليب النفسية، والنفسية الاجتماعية، ضمن جهاز الرعاية الطبية عند مرضى الدرقية؛ وذلك لأهميته (كونيج، وآخرون، 2007 .Konig, et, al).

واستنتجت الباحثة من خلال ما تم الاطلاع عليه من دراسات سابقة:

أولاً: باستثناء داء السكري، تُعدُّ أمراض الغدة الدرقية أكثر الأمراض انتشاراً بين أمراض الغدد الصماء كافة؛ وكأمثلة على الاضطرابات النفسية العصبية في سياق أمراض الدرقية، يحتل

الاكتئاب والقلق مركزي الصدارة، وهناك أدلة متزايدة على وجود تغيرات في وظيفة الغدة الدرقية عند مرضى اضطرابات المزاج؛ ومن ثم فإن الباحثة تولي اهتمامها الخاص بالاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية لمرضى الدرقية، وتركز على هذه العلاقة المتبادلة بين أمراض الدرقية، والاستجابات النفسية والجسمية؛ في محاولة منها لفك أسرارها، ومعرفة آلياتها، وهو ما سيشكل مدخلاً مهماً لاستنباط المقاربات العلاجية النفسية المناسبة، وهذا ما تسعى إليه الباحثة من خلال دراستها.

ثانياً: أن الدلائل النفسية مثل: الكرب، والاكتئاب، والقلق، وتعكر المزاج لمرضى الدرقية، هي دلائل تسبق الأعراض العضوية والفسولوجية لهذا المرض لديهم، وأنهم بحاجة إلى تلقي معلومات نفسية وعلاجية كافية، عما يتعلق بمرضهم، ولاسيما من الناحية النفسية؛ لأن الاضطراب النفسي- الناجم عن اضطرابات الغدة الدرقية مثلاً- عندما يحدث لا يشمل جانباً واحداً من الشخصية؛ إنما يشمل السلوك الظاهر "الأفعال الخارجية"، ويشمل الانفعال "التغيرات الفسيولوجية"، ويشمل أيضاً التفكير "طرق التفكير والقيم"، ويشمل التفاعل الاجتماعي: "العلاقات بالآخرين"؛ وهذه العناصر قد تنطبق على مرضى الاعتلال الدرقي غير المعالجين، بصرف النظر عن نوع المرض؛ وهذه النتيجة قد تضيف أهمية استباقية لهذه الدراسة في اكتشاف الاضطراب الدرقي مبكراً.

أضف إلى ذلك ما تمت ملاحظته، من خلال اللقاءات التي أجرتها الباحثة مع بعض مرضى الدرقية بمصراتة، الذين يقول لسان حالهم: إنهم يعانون من طيف واسع من الأعراض النفسية والجسمية؛ فنمط حياتهم معكر ومشوش، من جميع الأوجه: الصحية، والنفسية، والاجتماعية، علاوة على ذلك يمكن ملاحظة أن ذلك التعكير يستمر عند الكثير من المرضى لمدة طويلة، حتى لو تمت معالجتهم، ويلاحظ أن نسبة لا بأس بها، من مرضى الاعتلال الدرقي

المزمن، يعانون من محدودية في فعاليتهم الاجتماعية والعاطفية، كما أنهم يشعرون بسوء في حالتهم الصحية، وتعكر في محيطهم الاجتماعي والعاطفي، فاعتلال الإدراك، والشعور بالتعب، موجودان وشائعان لدى مرضى الدرقية؛ علاوة على مشاكل نقص الإحساس بالجمال، كما يشعر نصف المرضى بتدهور في صحتهم العامة، وتغير في نوعية حياتهم الاجتماعية؛ نتيجة هذه الأحاسيس، وهذه المعاناة التي لم تؤخذ في الحسبان أثناء تقديم العلاج الدوائي؛ ما يسبب تفاقماً إضافياً وزيادة اعتلال الدرقية ويؤدي إلى طول مدة العلاج، وربما تأخر الاستشفاء لهؤلاء المرضى.

1-2 مشكلة الدراسة:

نظراً لتأثيرات الهرمونات الدرقية على مختلف الأجهزة والأعضاء في الجسم، وهيمنتها على العديد من المظاهر السلوكية؛ فإن طيف الأعراض والعلامات الناجمة عن فرط إفرازها أو نقصه واسع، ويمكن للمريض أن يزور أكثر من طبيب مختص؛ ليتمكن أحدهم أو مجموعة منهم من وضع التشخيص المبدئي وإحالة المريض للطبيب المختص بأمراض الغدد الصماء، وإلى أن يتم تشخيص ذلك فقد يكون فات الأوان؛ فيصعب الشفاء، أو على الأقل يأخذ وقتاً طويلاً حتى يتم الشفاء.

وهذا يؤيده ما نُشر في التقرير المختصر لمنظمة الصحة العالمية (2004) والذي أشار إلى "ثمة بيئة بأن المرضين النفسي والجسدي ربما يتصاحبان أو يتشاركان، أو يتبعان بعضهما، أو يسبق أحدهما الآخر، بالإضافة إلى البيئة التي تشير بأن الاضطرابات النفسية تزيد من أخطار الأمراض الجسمية، والعكس صحيح"؛ ومن هنا تأتي أهمية تبني الباحثة لهذا الموضوع، الذي يمس حياتها بالدرجة الأولى، وحيات ساكني منطقة مصراتة بصفة عامة.

ومن خلال تردد الباحثة ومراجعتها لقسم الغدد الصماء، في المركز المختص لتنظيم ومعالجة السكري والغدد الصماء، (وحسب ما ورد بسجلات المركز وما أفاد به محمد صالح،

الأخصائي في الغدد الصماء بالمركز)؛ تبين للباحثة انتشار أمراض الغدة الدرقية في مدينة
مصراتة بشكل ملفت للانتباه؛ وحسب اطلاع الباحثة على الدراسات السابقة تبين لها النقص الكبير
- محليا وعربيا- في الاهتمام بمثل هذا النوع من الدراسات النفسية؛ المرتبطة بأمراض الغدة
الدرقية، فازداد إصرارها على تولي هذا الموضوع بالدراسة.

وستحاول الباحثة في هذه الدراسة تسليط الضوء على العلاقة المتبادلة بين أمراض الدرقية
والاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية لدى عينة من مرضى الدرقية في مدينة مصراتة، ومقارنتها
مع الدراسات العالمية التي سيرد ذكرها في ثنايا هذه الدراسة، في إطار النظريات النفسية،
والنظريات الطبية - والبيولوجية، وهي من أهم النظريات التي ستعتمد عليها الباحثة في تفسير
الاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية لمرضى الدرقية بمدينة مصراتة.

فالأطباء النفسيون والمحللون النفسيون؛ ينصحون بالفحص الطبي قبل دراسة الحالة
النفسية، أو حالة الاضطراب، وحينما يكون الفرد يفعل بدون أسباب ظاهرة؛ يُوصى طبيا بفحص
الغدة الدرقية مثلا، وبعد ذلك إذا ثبت أنه لم يعان من مرض يعرض على الطبيب النفسي أو
المرشد النفسي، وبناء على ما تقدم صاغت الباحثة عنوان دراستها هذه في التساؤل الآتي:

ما علاقة الاضطرابات النفسية (الاكتئاب، وقلق الحالة، وقلق السمة) والسيكوسوماتية
بأمراض الغدة الدرقية لمرضى الدرقية في المركز المختص لتنظيم ومعالجة السكري والغدد
الصماء بمصراتة؟

3-1 هدف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة أهم الاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية ذات العلاقة بأمراض الغدة الدرقية، وتهدف أيضا إلى معرفة مستوى الصحة العامة، والاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية لدى مرضى الغدة الدرقية؛ لدى عينة الدراسة بمرضى المركز المختص لتنظيم ومعالجة السكري والغدد الصماء في مدينة مصراتة، ولتحقيق هذا الهدف تم طرح عدة تساؤلات من قبل الباحثة بغرض الإجابة عنها، وهي كآآتي:

4-1 تساؤلات الدراسة:

- 1- التساؤل الإكلينيكي: ما مستوى الحالة الصحية العامة لدى عينة الدراسة؟
- 2- هل هناك اختلاف في مستوى الاضطرابات النفسية (الاكتئاب، وقلق الحالة، وقلق السمة) والسيكوسوماتية بين مرضى الغدة الدرقية لدى عينة الدراسة يعزى لاختلاف الجنس؟
- 3- هل يوجد اختلاف في مستوى الاضطرابات النفسية (الاكتئاب، وقلق الحالة، وقلق السمة) والسيكوسوماتية لدى عينة الدراسة يعزى لاختلاف نوع المرض الدرقي (زيادة أو نقصان إفراز الهرمون الدرقي)؟
- 4- هل هناك اختلاف في مستوى الاضطرابات النفسية (الاكتئاب، وقلق الحالة، وقلق السمة) والسيكوسوماتية لدى عينة الدراسة يعزى لاختلاف العمر؟
- 5- هل هناك اختلاف في مستوى الاضطرابات النفسية (الاكتئاب، وقلق الحالة، وقلق السمة)، والسيكوسوماتية لدى مرضى الغدة الدرقية لدى عينة الدراسة يعزى إلى اختلاف مدة المرض؟

6- ما أثر متغيرات الاضطرابات النفسية: (الاكتئاب، وقلق الحالة، وقلق السمة) على

الاضطرابات السيكوسوماتية وأبعادها لدى الذين يعانون من قصور إفراز الغدة الدرقية؟

7- ما أثر متغيرات الاضطرابات النفسية: (الاكتئاب، وقلق الحالة، وقلق السمة) على

الاضطرابات السيكوسوماتية و أبعادها لدى الذين يعانون من زيادة إفراز هرمون الغدة الدرقية؟

8- ما نوع العلاقة بين الحالة الصحية بصورة عامة، وأنواع أمراض الغدة الدرقية قيد

الدراسة؟

9- ما نوع العلاقة بين الاضطرابات النفسية (الاكتئاب، وقلق الحالة، وقلق السمة)

وأمراض الغدة الدرقية قيد الدراسة لدى عينة الدراسة؟

10- ما نوع العلاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية وأمراض الغدة الدرقية لدى عينة

الدراسة؟

1-5 أهمية الدراسة:

تعد هذه الدراسة ذات أهمية من الناحيتين النظرية والتطبيقية.

1-5-1 أولاً: من الناحية النظرية:

تهتم هذه الدراسة بموضوع له أهميته من الوجهة النظرية، حيث إنها تتخذ من الأعراض

النفسية المصاحبة لمرض الغدة الدرقية موضوعاً لها، وتتناول الفروق في تلك الأعراض النفسية،

والسيكوسوماتية والفروق بين الذكور والإناث، والفروق بين فئات مرضى الغدة الدرقية على حسب

نوع الاعتلال الدرقي، ومن هنا تتوقع الباحثة أن تسد هذه الدراسة ثغرة في التراث العلمي والبحثي،

وتضيف إلى المعرفة المتوافرة فيما يتعلق بالاستجابات النفسية والسيكوسوماتية لأمراض الغدة

الدرقية، والفروق الفردية بين المرضى وفق متغيرات الخلفية والقياسات المستخدمة، والفروق بين

الذكور والإناث، ومدى تأثير نوع الإصابة بالاعتلال الدرقي في حدة الأعراض النفسية والسيكوسوماتية، فالدراسات حول استخدام العلاج النفسي كعامل مهم وموازٍ للعلاج الطبي؛ لازال يحتاج إلى الكثير من الدراسات؛ لتمحيص وتصنيف المعلومات المتوافرة من قبل في الدراسات السابقة، وإضافة إليها واقتراح المزيد من الدراسات والبحوث في هذا المجال.

1-5-2 ثانياً: من الناحية التطبيقية: فهي تتعلق بما قد يستفيدة مرضى هذه العينة

وغيرهم وبما قد يستزيده المتخصصون في أمراض الغدد الصماء، وفي مجال العلاج والإرشاد النفسي، والمهتمون بالتعامل مع مرضى الغدة الدرقية، من مثل هذه الدراسات في معرفة الأعراض النفسية التي تعترهم، وكيفية التعامل مع أولئك المرضى من الناحية النفسية؛ لزيادة كفاءة التأهيل والعلاج، ومن أمثلة هذه الاستخدامات التطبيقية لهذه الدراسة ما يأتي:

(1) أن التعرف على الاضطرابات النفسية والسلوكية قد يسهم بدرجة كبيرة في البرنامج

العلاجي لمرضى الدرقية أو استخدامها كمرشد علاجي.

(2) تسهم الأعراض النفسية والسيكوسوماتية في تشخيص نوع المرض، أو الاضطراب

الدرقي الذي يعاني منه المريض، أو استخدامها كمرشد تشخيصي.

(3) قد أثبتت الدراسات أهمية العلاج النفسي والسيكوسوماتي مع العلاج الطبي، وعدم

جدوى أحادية العلاج لمرضى الغدد.

(4) من الضروري أن يكون تحليل الهرمون عند الأشخاص بعد سن 50 سنة من التحليل

الأساسية في المستشفيات، وبذلك يتم الاستفادة من هذه الدراسة عمليا في المجتمع.

(5) تأتي أهمية هذه الدراسة من قيمتها الوقائية التي هي من أحد أهداف الصحة النفسية،

وإهمالها قد يعرقل بقية العلاجات الأخرى، أو قد يفاقم الحالة المرضية لدى مرضى الغدد.

6) قد تسهم نتائج هذه الدراسة في تحسين الصحة العامة، والصحة البدنية على وجه الخصوص، بما تسهم به هذه الدراسة في الاستشفاء من الاعتلالات الوظيفية النيورولوجية، ومنها أمراض الغدة الدرقية.

7) قد تستخدم نتائج هذه الدراسة في تحسين الصحة النفسية الإيجابية، والتي بدورها تستخدم كعامل قوة واقية ضد الأمراض النفسية التي تسبب اعتلالات جسمية غددية.

8) معالجة الاضطرابات النفسية الناجمة عن اضطرابات الغدة الدرقية، وهو مجال تسعى الباحثة إلى التخصص فيه، وعمل دراسات حوله ليسهم مع العلاج الطبي جنباً إلى جنب.

1-6 حدود الدراسة:

حدود الدراسة هي من العوامل المهمة التي تؤثر على مجالات تطبيق البحث، وقابلية نتائجه للتعميم على مجتمع الدراسة، ويقصد بها تحديد الصدق الخارجي لتصميم خطة البحث external validity حيث تقوم الباحثة بتخطيط حدود بحثها لتتفادى التخبط والمناهة في أمور لا تخص موضوع بحثها، ولأن الخوض في العموميات غير محددة المعالم والأهداف قد يعرقل ويبعد الباحثة عن تحقيق أهداف هذه الدراسة؛ و تقوم الباحثة بتخطيط حدود دراستها هذه لعدة أسباب، منها:

أن تعطي خصوصية لبحثها، وأن تضيق وتدقق من هدف البحث؛ ومن ثم من مسؤوليتها العلمية، وأن تظهر مدى إمكانية تعميم نتائج بحثها، ولتتجنب مهددات الصدق الخارجي لبحثها بالإجابة عن هذه الأسئلة " (أبو جناح ، مفتاح، 2012). والدراسة الحالية ستحدد بالآتي:

1-6-1 الحدود البشرية: حيث تم تطبيق هذه الدراسة على مرضى اضطراب الغدة

الدرقية المترددين على المركز المختص لتنظيم ومعالجة السكري والغدد الصماء بمدينة مصراتة،

حيث تحددت الدراسة الحالية بخصائص عينة الدراسة التي تكونت من (136) مصاباً ومصابةً بإفراط وقصور الغدة الدرقية، متوسط أعمارهم (14.3 ± 45.9) سنة، هذا وقد تم اختيار هذه العينة بالطريقة القصدية، كما تحددت الدراسة الحالية بطبيعة متغيراتها المكانية، والزمانية، والموضوعية وهي كما يأتي:

1-6-2 الحدود المكانية: أجريت هذه الدراسة تحت إشراف الأكاديمية الليبية للدراسات

العليا فرع مصراتة، على عينة من مرضى الغدة الدرقية بالمركز المختص لتنظيم ومعالجة السكري والغدد الصماء بمدينة مصراتة، مكان تطبيق الدراسة وجمع البيانات عنها.

1-6-3 الحدود الزمنية: تم تنفيذ الدراسة إمبريقيا في غضون العام الأكاديمي (2014 -

2015) وهي الفترة التي تم تطبيق القياسات على أفراد العينة وجمع البيانات عنها.

1-6-4 الحدود الموضوعية: تقتصر الحدود الموضوعية لهذه الدراسة على دراسة

الاضطرابات النفسية (الاكتئاب، وقلق الحالة، وقلق السمة) والسيكوسوماتية وعلاقتها بفرط وقصور إفراز هرمون الدرقية، لدى عينة من مرضى المركز المختص لتنظيم ومعالجة السكري والغدد الصماء بمدينة مصراتة.

1-7 مصطلحات الدراسة:

تعتبر الحالة النفسية للفرد من أهم المؤشرات التي تدل على طبيعة أو نمط الحياة لديه، ذلك أن الناس جميعا لديهم درجة محدودة من التحمل للضغوط الحياتية أو المرضية الواقعة عليهم، والاضطرابات النفسية التي تصيب الأفراد نتيجة لظهور المرض لديهم كثيرة ومتنوعة، فهناك: القلق، الإحباط، الاكتئاب، فقدان الثقة بالنفس، المخاوف، التشويش الفكري، الغضب، انخفاض الرضا الحياتي، الأفكار التسلطية، الهيسثيريا، المرض هذه الحالات قد تؤدي بالفرد إلى الشعور

بعدم الأمان، وإلى زيادة الحساسية، والتوتر والتهيج، والمبالغة في ردود الأفعال السلوكية، والشعور بعدم السعادة وبالحنن وقد يبكي الفرد، أو ربما يصبح أسير الصمت والانطواء، كذلك فإن بعض الأفراد قد يميلون إلى قطع علاقاتهم مع الآخرين؛ نظراً لتعدد وتنوع الاضطرابات النفسية التي يمكن أن يتعرض لها الأفراد.

1-7-1 تعريف الاضطرابات النفسية:

قد دخل مفهوم الاضطرابات النفسية في اللغة الاختصاصية النفسية والطبية النفسية من دون أن يكون معرفاً بدقة، ومن دون تفريق دقيق بينه وبين مفهوم المرض النفسي، وعلى العموم فالمعنى المعجمي للاضطراب هو:

الاضطراب: حسب ما ورد في قاموس الرائد يعني تحرك (السلوك) على غير انتظام، واضطراب الأمر: اختلاله أو اعتلاله (جبران، مسعود، 1978:175) وطبقاً لهذا المعنى فالاضطرابات disorders هي جمع اضطراب، وهي التأثيرات التي تصيب منظومة معينة، وتؤدي إلى تبدلات أساسية في وظائف هذه المنظومة وحالتها.

أما **الاضطرابات النفسية** psychological disorders فهي مجموعة من الأعراض المركبة القابلة للتحديد من الناحية العيادية، وهي تنجم عادة عن مجموعة متضافرة من العوامل النفسية البيئية والاجتماعية والوراثية والجسدية، وقد ترافقها تبدلات عضوية أو شذوذات سلوكية ظاهرة في التعامل مع المحيط الاجتماعي، كالسلوك الجانح، والسلوك غير الاجتماعي، والكذب، والعدوان الزائد، وتترافق هذه الأعراض والشذوذات مع شيء من الأذى للوظائف النفسية على المستويين: المستوى الفردي، كزيادة معدلات القلق والخوف الفزع والاكنتاب والغضب والتوتر، والمستوى الاجتماعي، كالغيرة والشك وعدم التوافق والحساسية المفرطة. كما أشار وائل العاني،

(2012) إلى تعريف متفق عليه عالمياً حول الاضطراب النفسي بأنه: "خلل في وظيفة الدماغ، يؤدي إلى اضطراب في التفكير، والسلوك، والمزاج، أو القدرات المعرفية، وبالتالي يؤدي إلى اضطراب الحياة العائلية والعملية والاجتماعية". وتشمل الاضطرابات النفسية: (الاكتئاب، وقلق الحالة، وقلق السمة)، الإحباط، فقدان الثقة بالنفس، المخاوف، التشوش التفكيرى، الغضب، انخفاض الرضا الحياتى، الأفكار التسلطية، والهيستيريا.

أما عن التعريف الإجرائى للاضطرابات النفسية، فالمقصود بالاضطرابات النفسية في هذه الدراسة بالتحديد: هي الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على المقاييس المعدة لقياس الاضطرابات النفسية الآتية: (الاكتئاب، وقلق الحالة، وقلق السمة) بالإضافة إلى مقياس الصحة العامة الذي تم استخدامه لقياس هذا الغرض.

تعريف الاكتئاب: "هو حالة انفعالية وقتية أو دائمة، يشعر فيها الفرد بالانقباض والحزن، والضيق، وتشيع فيها مشاعر الهم والغم والشؤم، فضلاً عن مشاعر القنوط والجزع، واليأس والعجز، وتصاحب هذه الحالة أعراض محددة متصلة بالجوانب المزاجية والمعرفية والسلوكية، منها نقص الاهتمامات، وتناقص الاستمتاع بمباهج الحياة، وفقدان الوزن، واضطرابات في النوم والشهية، بالإضافة إلى سرعة التعب، وضعف التركيز، والشعور بنقص الكفاءة، والميل للانتحار" (هنديّة، 2003: 11)

ويعرف الاكتئاب إجرائياً في هذا الدراسة بأنه مجموع الدرجات التي يحصل عليها المفحوص في اختبار الاكتئاب.

تعريف قلق الحالة: Anxiety State: هو خبرة انفعالية غير سارة يعاني منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد من شيء، دون أن يستطيع تحديده تحديداً واضحاً، وغالباً ما

تصاحب هذه الحالة بعض التغيرات الفيزيولوجية، كازدياد عدد ضربات القلب، وارتفاع ضغط الدم، والغثيان وفقدان الشهية، وازدياد معدل التنفس، والشعور بالاختناق، وعدم القدرة على النوم العميق، وقد يصاحب القلق بتوتر عضلي، وازدياد في النشاط الحركي، وإحساس بتعب عضلي، بجانب شعور عام بعدم القدرة على التفكير والتنظيم، وفقدان القدرة على السيطرة على ما يقوم به الفرد من عمل. كما ورد عن (البحيري، أحمد، 2005: 3 - 4)

تعريف قلق السمة: Anxiety Trait يشير هذا المفهوم إلى استعداد أو قابلية لدى الشخص ثابتة نسبياً، تدفعه للاستجابة للمواقف المدركة على أنها مواقف خطيرة ومهددة ويتحدد الشعور بالقلق إجرائياً في هذه الدراسة بمجموع الدرجات التي يحصل عليها المفحوص في اختبار حالة وسمة القلق للكبار. (الأحمد، 2001: ص 114 - 115).

1-7-2 تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية: (Psychosomatic Disorder)

الاضطرابات السيكوسوماتية "هي حالات تكون فيها التغيرات التكوينية في الجسم راجعة بصفة رئيسة إلى اضطرابات انفعالية، وهي الآثار النهائية للاتصال الوثيق بين الجسم والعقل، أي التفاعل الذي لا انفصال له بين الشخصية والصراع الانفعالي من ناحية، والجهاز العصبي المستقل من ناحية أخرى، وفي هذه التغيرات تتأثر الأعضاء التي لا تخضع للتوجيه الإرادي، مثل: الرئتين أو القولون"، (ريتشارد سوين، 1979: 434).

كما تُعرف "بأنها الاضطرابات الجسمية المألوفة للأطباء التي يحدث بها تلف في جزء من أجهزة الجسم، أو خلل في وظيفة عضو من أعضائه، نتيجة اضطرابات نفسية انفعالية مزمنة، نظراً لاضطراب حياة المريض، والتي لا يفلح العلاج الطويل في شفاؤها شفاء تاماً؛ لاستمرار الاضطراب

النفسي أو الانفعالي وعدم علاج أسبابه إلى جانب العلاج الجسمي". (أبو النيل، محمود، 1994: 348).

والإضطرابات الجسمية هي الاضطرابات النفسية الجسمية، وحسب ما تضمنته موسوعة ويكيبيديا الحرة هي "اضطرابات جسمية موضوعية ذات أساس وأصل نفسي (بسبب الاضطرابات الانفعالية)، تصيب المناطق والأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي". (ابوالنيل، 1994) وأضاف قاسم صالح، (2007) معنى للاضطرابات النفسية الجسمية بأنها: "مجموعة من الاضطرابات تظهر على المصابين بها أعراض جسمية حقيقية في غياب وجود سبب عضوي ظاهر، في عضو أو أكثر، لا يجد لها الطبيب عاملاً مرضياً عضوياً مشخفاً بيقين ثابت، فتعزى أسبابها إلى عوامل نفسية؛ وهي غير الأمراض المتعمدة التي يصطنعها الفرد للحصول على منفعة معينة، وغير الشكاوى الجسمية التي ليست لها أسباب محددة مثل: التعب المزمن". وتشمل الاضطرابات السيكوسوماتية: آلام الرأس، الاضطرابات معدية، واضطرابات النوم، ارتفاع ضغط الدم، المرض السكري، النحول، صعوبة الاستيقاظ من النوم، التعرق في اليدين، وتظهر الاضطرابات السيكوسوماتية على شكل ردود أفعال عضوية في أحد أجهزة الجسم - رد فعل نفس- فسيولوجي. (أبيرقدار، احمد، والسّوم، آلاء، ونصر، آية، والزّاز، رزان، 2002).

فالاضطراب السيكوسوماتي يحدث نتيجة لاختلال شديد أو مزمن في كيمياء الجسم نتيجة لضغوط نفسية، حيث يظهر الاضطراب في هيئة مرض جسدي ذي جذور نفسية في أحد الأجهزة العضوية، كالأجهزة الهضمية أو القلب أو العضلات أو الجلد، أو أي حاسة من الحواس، كما يشمل الغدد والجهاز الدموي والبولي والتناسلي.

أما عن التعريف الإجرائي للاضطرابات السيكوسوماتية، فالمقصود بها في هذه الدراسة بالتحديد: هي الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على المقياس المعد لقياس الاضطرابات السيكوسوماتية الذي تم استخدامه لقياس هذا الغرض.

1-7-3 تعريف الغدة الدرقية:

"تعد الغدة الدرقية إحدى أكبر الغدد الصماء في الجسم، تتحكم في السلوك البشري، وتحتل موقعا تشريحيًا من السهل الوصول إليه، وتقع على جهتي القصبة الهوائية فوق غضروف الدرقية (أحد أجزاء الحنجرة) وتكون على شكل فصين يتصلان مع بعضهما البعض بوساطة برزخ، وتفرز هرمونات الثايروكسين: Thyroxine, T4 والثايرونين ثلاثي اليود: T3 Triiodothyronin، تتحكم في سرعه الأيض، وفي طاقه الجسم، وأي اختلال في الغده الدرقية من الممكن أن يسرع أو يبطئ من عمليه الأيض في جسم الإنسان، ونتيجة لاختلال إفرازات هرمونات هذه الغدة -إما بالزيادة أو النقص- يشعر المصاب بسلسلة من الأعراض النفسية تؤثر على جسمه والحالة المزاجية له." (القماطي، احمد 2005: 127).

1-7-4 تعريف أمراض الغدة الدرقية:

فرط الدرقية **Hyperthyroidism**: وهي الحالات الناتجة من زيادة إفراز هرموني الغدة الثيروكسين (Thyroxine, T4) والثايرونين ثلاثي اليود (Triiodothyronin, T3)، أو أحدهما بصورة تزيد عن حاجة الجسم، ما يؤدي إلى زيادة فعاليات معظم أنسجة الجسم واضطرابها (سالم بشيّه، وأكمل عبد الحكيم، د ت).

قصور الدرقية **Hypothyroidism**: وهي تلك الحالات التي تنتج عن عدم كفاية أحد

هرموني الغدة الدرقية: الثايروكسين (Thyroxine, T4) والثايرونين ثلاثي اليود

(Triiodothyronin, T3)، أو كليهما لسد حاجة الجسم، (بشيء، وعبد الحكيم، د ت).

الفصل الثاني: الاطار النظري والدراسات السابقة

تمهيد

مفهوم الصحة النفسية

الاضطرابات النفسية

دراسات اهتمت بالاضطرابات النفسية

التعليق على دراسات الاضطرابات النفسية

الاضطرابات السيكوسوماتية

دراسات اهتمت بالاضطرابات السيكوسوماتية

التعليق على دراسات الاضطرابات السيكوسوماتية

أمراض الغدة الدرقية

دراسات اهتمت باضطرابات الغدة الدرقية

التعليق على دراسات اضطرابات الغدة الدرقية

2-1 تمهيد:

عرف الإنسان المرض النفسي منذ القدم، ولكن جهله بأسبابه على وجه الدقة جعل تفكيك طلاسم المرض النفسي وأسراره، وعلاج المرضى النفسيين، مهنةً للسحرة والمشعوذين، وأصبحت تحيط به وصمة العيب، والتي أصبحت عائقاً لعلاج الكثير من المرضى وحرمانهم من الاستفادة من الخدمات النفسية العلاجية والوقائية، وإضاعة كثير من حقوقهم، ويهدف هذا الفصل إلى تزويد القارئ بمعلومات أساس ومبسطة عن أسباب الاضطرابات النفسية، وتصنيفها وتعريفها العلمي، وأعراضها وأساليب علاجها، ومحاولة توضيح أثر الاضطراب النفسي، وبصورة خاصة الاضطرابات النفسية "الاكتئاب، وقلق الحالة وقلق السمة" على ظهور أمراض سيكوسوماتية وأمراض عضوية، مثل: اضطرابات الغدة الدرقية، والتي إما أن تؤخر شفاء الغدة الدرقية أو تعاود ظهورها بعد الشفاء.

2-2 مفهوم الصحة النفسية:

لقد تعرض مفهوم الصحة النفسية إلى عدة صياغات، ومعظمها قوبلت بالنقد من قبل خبراء التربية وعلم النفس، ومن بين هذه المفاهيم المفهوم القائل: إن الصحيح نفسياً هو الذي يشبه في سلوكه وتصرفه وتنوع حياته ما عليه أغلب الناس من حوله وفي بيئته؛ غير أن المآخذ السلبية على هذا المفهوم هو استبعاده لفئة العباقرة والأفذاذ من القادة والمفكرين السابقين لأنهم عن عامة الناس، والمفهوم الثاني فهو يصف الصحيح نفسياً بأنه من لا يشكو ومن لا يذهب لاستشارة طبيب أو يأخذه أهله إلى الطبيب أو معالج فهو شخص سليم، وهذا مفهوم خطير؛ لأنه أهمل الذين يعانون من صعوبات اقتصادية، ولا تتوفر لهم الإمكانيات المناسبة لطلب العلاج، وفاقد البصيرة ومهملي الرعاية، أما المفهوم الثالث، فيشخص الصحة النفسية بأنها تقاس بدرجة الإعاقة في

المجالات الأساس التي تجعل الحياة طبيعية، وهي مجالات العمل والتكيف الاجتماعي أساساً، وقد اعتبر هذا المفهوم من أهم المفاهيم، وأكثرها عملية، ولكنه أهمل الذات وتناسقها الداخلي، وقدرتها الخاصة والخلاقة (العتيبي بندر، 2004).

غير أن منظمة الصحة العالمية (2005) قدمت مفهوماً إيجابياً للصحة النفسية، مفاده أن الصحة ليست مجرد الخلو من المرض، ولكنها حالة من التوازن البدني والنفسي، والعاطفي، والعقلي، والعافية الاجتماعية“ وذلك بفصل الصحة النفسية إلى ثلاثة مجالات، وهي:

أولاً: تكتنف الصحة النفسية الإدراك العقلي الذاتي الذي يسمح للأفراد باستغلال قدراتهم.

ثانياً: تتضمن الصحة النفسية الإحساس الذاتي بالانسجام من قبل الفرد مع بيئته والسيطرة عليها.

ثالثاً: الصحة النفسية الإيجابية تعني الاستقلالية للناس كأفراد لهم قدرة على فهم المشاكل ومجاراتها وحلها بسهولة ويسر.

كما يتأثر مفهوم الصحة النفسية بالثقافة السائدة للمجتمع؛ التي تحدد معاني مختلفة للصحة النفسية، تعتمد على الأوضاع والثقافات والتأثيرات السياسية والاجتماعية والاقتصادية. (التقرير المختصر لمنظمة الصحة العالمية، 2005: 25).

وبناء على ما تقدم يمكن القول بأن الصحة النفسية هي نوع من التوازن الفعال الذي يجعل الإنسان متزناً ومتناسقاً مع نفسه ومع بيئته بجميع معطياتها، ومع من حوله بما يحقق التكيف والتوازن مع الذات ومع المجتمع، بدءاً بالأسرة ومحيطها، وتكاملاً مع مجمل المجتمع الإنساني

واستثناساً بما تقدم يمكن للباحثة أن تعرف الصحة النفسية بأنها: الحالة الدائمة نسبياً،

التي يكون فيها الفرد متوافقاً مع نفسه وبيئته انفعالياً، وفكرياً، واجتماعياً، وروحياً، ويشعر بالسعادة

مع نفسه والآخرين، ويكون قادرا على استغلال قدراته وإمكاناته لتحقيق حاجاته، وطموحاته، وتأكيد ذاته وشعوره بالسعادة.

أشار كل من رافد الخزاعي، (2011)، وصفوت عساف، (2013)، واللبيدي، (2014) إلى أن الصحة النفسية هي حالة من السواء النفسي في العقل والوجدان والحركة، ولها ثلاثة أقطاب (داخليا، وخارجيا، وأخلاقيا) تحدث بها المرض النفسي والتوافق مع العالم الداخلي ومع العالم الخارجي، وهناك قائمة من الصفات التي تستتبعها عملية الصحة النفسية أو السلوك السليم، وهي كالآتي:

2-2-1 في العالم الداخلي

الإحساس بالسعادة النفسية والكفاية.

وجود هدف ومعنى للحياة، وقدرة على تحقيق الذات، وصورة جيدة للذات، وقدرة على توظيف الإمكانيات الفردية لتحقيق السعادة النفسية، عدم وجود صراعات لا شعورية وقلق أو خلل في توازن الجهاز النفسي بين الهو والأنا، والأنا الأعلى، وتقبل النفس ورضاها مع وجود إحساس متميز بالهوية والذاتية، القدرة على النمو والتطور بالشخصية، والقدرة على تعديل الأخطاء وجوانب القصور النفسي والعقلي والاجتماعي، قدرة عالية للتصرف باتساق في مختلف المواقف دون تصلب، القدرة على التعبير عن المشاعر، التوازن الانفعالي الذي يلائم المواقف وضبط الانفعالات السلبية الهدامة كالقلق، والعدوان، والاكتئاب، والمخاوف التي لا معنى لها.

وهناك أخيرا قدرة الشخص على أن يتبنى لنفسه فلسفة عامة في الحياة، تسمح له بأن يتصرف بكفاءة ونجاح يتناسبان مع إمكانياته، وأن يوظف تفكيره لتحقيق التوافق بجوانبه الثلاثة السابقة: الاجتماعية، والسلوكية، والنفسية.

2-2-2 أما تفاعله مع العالم الخارجي وعلاقته بالآخرين، فيسعى للعمل بإنتاجية وإثمار

ومساهمة للمجتمع الذي يعيش فيه الفرد، مقاومة الضغوط، والقدرة على معالجة نتائجها السلبية دون مساس بتكامل الشخصية، الوعي بالذات، الإدراك الجيد غير المشوه للواقع، بما في ذلك الوعي الواقعي بالإمكانات الشخصية والقدرات الذاتية، والإحساس بمشاعر الآخرين ودوافعهم، وحاجاتهم، القدرة على التصرف بصورة مستقلة، واتخاذ القرارات الشخصية المهمة بقدر ملائم من الاستقلال والاكتفاء الذاتي، قدرة عالية على ضبط البيئة الخاصة بالفرد، والسيطرة عليها بشكل يسمح له ويمكنه من حل المشكلات التي يواجهها، أداء أعماله وواجباته بشكل ملائم، المقدرة على التوافق للعمل والمهنة، أو بتعبير آخر يتصف بالفاعلية في أداء الدور، أو الأدوار الاجتماعية المتوقعة منه، القدرة على الدخول في علاقات اجتماعية دافئة وإيجابية تكون مقبولة من الشخص نفسه ومن الآخرين، الاستبصار بالذات أو بمشكلات الشخصية بما فيها من نقاط ضعف أو قوة.

إذا الصحة النفسية هي قدرة الإنسان على إزالة العقبات التي تواجهه بسلوك سوي يتميز بالمرونة، والتي تكفل له التوافق السليم مع هذه العقبات، ومن ثم يتحقق له الاتزان النفسي الذي يعتبر المؤشر الطبيعي الجيد للصحة النفسية.

2-2-3 ارتباط الصحة النفسية بالحياة الفاضلة والأخلاق:

ترتبط الصحة النفسية بالحياة الفاضلة والأخلاق الحميدة، بما يكفل التوازن بين احتياجات الجسد والروح، ومطالب العقل والقلب، وإذا كانت الصحة العضوية هي خلو الجسم من الأمراض والآلام وسلامة الأجهزة العضوية وأعضائها ووظائفها الفسيولوجية من أية اضطرابات أو خلل أو تشنجات بما يكفل للإنسان النشاط والقوة والحيوية أثناء ممارساته العادية في حياته اليومية؛ فإن الصحة النفسية هي خلو النفس من المشاعر السلبية بكافة أنواعها وعلى مختلف درجاتها

ومستوياتها، بما فيها: الحقد، والكراهية، والغيرة، والحسد، وسوء الظن، والغضب، والعدوانية بنوعيتها اللفظي والعضوي، والتفكير غير العقلاني، والاستسلام للشهوات، وذلك على سبيل المثال وليس من باب الحصر، بما يكفل للإنسان الراحة والرضا والطمأنينة والهدوء والسكينة لنفسه، بما ينعكس على سلوكياته الإيجابية بشكل عام مع المحيطين به والمخالطين له في الأسرة والجيرة وأماكن الدراسة والعمل.

2-2-4 الارتباطات بين الصحة النفسية والصحة البدنية:

الصحة النفسية الإيجابية هي نسق من الميادين الرئيسية التي تشمل العافية والحالات الإيجابية للعقل والنفس، وربما تؤثر على بدء الاعتلالات النفسية والبدنية ومساقاتها ونتائجها، وعلى سبيل المثال فقد بينت البحوث الارتباطات بين الاكتئاب والقلق والأمراض القلبية الوعائية والدماغية الوعائية بنسبة عالية جداً، ودور الاضطرابات النفسية في زيادة سرعة التأثير نحو الأمراض البدنية ونتائجها الأسوأ، ومن المعروف أن المعتقدات النفسية مثل: التفاؤل والتمكن والتفوق والإحساس بالمعاني تقي الصحة النفسية والصحة البدنية كذلك، بل إن المعتقدات المتفائلة غير الواقعية حول المستقبل ربما تكون واقياً صحياً للرجال (التقرير المختصر لمنظمة الصحة العالمية، 2005).

إن العلاقة بين الصحة البدنية والصحة النفسية تعتبر علاقة وثيقة وحميمية، بحيث يمكن القول بأنه لا توجد صحة بدنية بدون صحة نفسية، ولا وجود لتنمية بدون الصحة البدنية والصحة النفسية، وقد زاد فهم المختصين للعلاقة بين هذه الأمراض المزمنة والأمراض النفسية بشكل كبير في العقدين الماضيين، وتبين أن الأشخاص الذين يعانون هذه الأمراض المزمنة لديهم معدلات أعلى من الاكتئاب والقلق عن عموم السكان، كما تبين البحوث أن الأشخاص الذين يعانون من

أمراض جسدية مزمنة غالبا ما يعانون من مشاكل نفسية وبالعكس، وحيث إن الاكتئاب يعد رد فعل طبيعي لحالة غير طبيعية، لذلك فإنه ليس من المستغرب أن الاكتئاب هو الأكثر شيوعا بين المصابين بالأمراض المزمنة، ونسبة الإصابة بالاكتئاب عموما تقدر من 10-25 % بالنسبة للنساء، وللرجال من 5-12 %، وقد أظهرت الدراسات البحثية أن نسبة الإصابة بالاكتئاب بين الذين يعانون من أمراض مزمنة تتراوح بين 25-33%، أي إنها تتفوق على نسبة الاكتئاب بين مجموعات السكان الأخرى، (بريك ياسمين، 2010).

فتظهر الإحصائيات مثلا أن 1 من 5 من الذين يعانون من مرض الشريان التاجي للقلب، و1 من 3 من مرضى قصور القلب الاحتقاني، يعانون أيضا من الاكتئاب، ومع ذلك فإن الاكتئاب في غالبية هذه الحالات لا يتم التعرف عليه أو التعامل معه بشكل مناسب، ولهذا فقد أوصت جمعية القلب الأمريكية بأن يتم إجراء فحص الاكتئاب لجميع مرضى القلب، كما أن احتمالات الإصابة بالاكتئاب تتضاعف عند المصابين بمرض السكر، وتشير التقديرات إلى أن واحدا من كل أربعة أشخاص من المصابين بداء السكري يعاني من أعراض الاكتئاب، ولوحظ أن وجود الاكتئاب عند مرضى السكر يمكن أن يؤدي إلى اتخاذ قرارات سيئة بالنسبة لنمط الحياة، مثل: تناول الأطعمة غير الصحية، و ممارسة أقل للرياضة، وزيادة معدلات التدخين، وتعاطي الكحول، وزيادة الوزن، وهذه كلها عوامل خطيرة لمرضى السكر، وتجعل السيطرة على المرض ومستويات السكر أكثر صعوبة بما يزيد من خطر الوفاة لدى المصابين بداء السكري، (بريك، 2010). ويصاحب مرض المكسديما (نقص في إفراز الغدة الدرقية) أعراض اكتئابية في حوالي 40% من الحالات، ويصاحب مرض غريف (زيادة إفراز الغدة الدرقية) نوبات من الانبساط الحاد أثناء نشاط هذا

المرض، والأشخاص الذين لديهم قصور إفراز الغدة الدرقية هم أكثر عرضة للاكتئاب، (بريك، 2010).

2-3 الاضطرابات النفسية:

مجال الأمراض أو الاضطرابات النفسية والعقلية مازال محفوفًا بالغموض والخرافات؛ فما تزال هناك الكثير من العقبات والصعاب في طريق من يحاول أن يستوعب مظاهر أمراض الدماغ، والأمراض النفسية بشكل عام (مأمون مبيض، 1995: 23)، ففي مجال الأمراض الجسدية يسهل على الطبيب أن يؤكد وجود المرض أو الإصابة عن طريق صور شعاعية، أو تحليل مخبري، ولكن يصعب هذا الأمر في الأمراض النفسية، والتي قد لا تتجلى بعلامات جسدية عضوية للمرض؛ فالمرض النفسي يلاحظ عادة من خلال سلوك المصاب أو دلائل مشاعره وتفكيره، أو في أسلوب نظرته للعالم من حوله، أو كل هذه الأمور مجتمعة، (مبيض، 1995: 33).

وفي الوقت الحالي تمثل الاضطرابات النفسية والسلوكية بحلول العام 2020 - 15% من الإجمالي العام للمرض المعبر عنه بسنوات العمر المصححة، ويتوقع أن يكون الاكتئاب ثاني أكبر مرض بعد مرض القلب، وبالرغم من ذلك ما تزال الاضطرابات النفسية موضوعاً مهملاً في معظم المجتمعات والحكومات، والاضطرابات النفسية هي السبب وراء 78 ٪ من العبء العالمي للمرض في البلدان النامية (تقرير منظمة الصحة العالمية، 2002: 10).

2-3-1 مفهوم الاضطرابات النفسية:

تتجنب معظم الوثائق السريرية الدولية مصطلح "المرض النفسي أو العقلي" مُفضلة

مصطلح "الاضطراب النفسي أو العقلي" (منظمة الصحة العالمية، World Health

(Organization, 2005) ومع ذلك استخدم البعض مصطلح "المرض العقلي"، على أنه مصطلح شامل رئيسي يتضمن الاضطرابات النفسية، (مكتب الجراحة العامة، Office of the Surgeon General, 1999) وتعارض بعض المؤسسات استخدام مصطلح "المرض العقلي" على أساس أنه يدعم سيطرة النموذج الطبي على بقية النماذج، مثل: النموذج النفسي والاجتماعي، (منظمة الصحة العالمية، 2005) ويستخدم أحياناً مصطلح "الأمراض العقلية الخطيرة" (SMI) للإشارة إلى اضطرابات أشد خطورة وتستمر لفترة أطول، في حين أن مصطلح "اضطرابات الصحة النفسية أو العقلية" قد يستخدم على أنه مصطلح شامل، أو للإشارة فقط إلى حالات أكثر اعتدالاً أو حالات عابرة بدرجة كبيرة، (إدارة الولايات المتحدة للصحة والعلوم الإنسانية، 2007 US Department of Health and Human Sciences، بارابياغي، وآخرون، 2006 Parabiaghi, et al.) وغالباً ما يحيط الارتباك بالطرق والسياقات التي تستخدم فيها هذه المصطلحات، (مجلس البحوث الاقتصادية والاجتماعية Economic and Social Research Council، و بيرقانزا وآخرون، 2002 Berganza, et al.).

2-3-2 تعريف الاضطرابات النفسية:

في الكتابات العلمية والأكاديمية حول تعريفات أو تصنيف الاضطرابات العقلية، يقول البعض: إن الأمر كلية عبارة عن أحكام قيمية (بما في ذلك ما هو طبيعي) بينما يقترح الطرف الآخر أنه من الممكن أن يكون موضوعياً وعلمياً (بما في ذلك الرجوع إلى معايير إحصائية) (Berrios, 1999). وهناك آراء أخرى تقترح أن الفكرة تشير إلى "النموذج الأولي المبهم" الذي لا يمكن أبداً تعريفه بدقة، أو أن التعريف عادة ما يشمل مجموعة من الحقائق العلمية (مثل الطبيعية أو وظيفة تطور لا تعمل بصورة صحيحة) والأحكام القيمية (مثل: المضرة أو غير المرغوب فيها)،

(Perring, 2005) تختلف مفاهيم الاضطراب العقلي اختلافاً كبيراً طبقاً للثقافات والدول المختلفة، وقد تشير إلى أنواع أخرى من المشاكل الفردية والاجتماعية، (Giosan, et al, 2001) يفيد تقرير استقصاءات منظمة الصحة العالمية والاستقصاءات الوطنية أنه لا يوجد إجماع على تعريف الاضطراب/المرض العقلي، وتستخدم هذه العبارة بناءً على السياق الاجتماعي والثقافي والاقتصادي والقانوني في سياقات مختلفة في مجتمعات مختلفة، (منظمة الصحة العالمية، World Health Organization, 2005، بيك وشيفلر، Peck, and Scheffler 2002) وتفيد منظمة الصحة العالمية أن هناك مناقشات مكثفة حول الحالات التي ينبغي أن تدرج في إطار مفهوم الاضطراب العقلي؛ وقد يشمل تعريف أوسع المرض العقلي والتخلف العقلي والاضطراب في الشخصية والإدمان، ولكن يختلف التضمين حسب الدولة، حيث إنها قضية معقدة ومثيرة للجدل، وقد يكون هناك معيار يفيد أنه من غير المتوقع أن يكون للأمر علاقة بثقافة الفرد أو دينه، وعلى الرغم من استخدام مصطلح "عقلي"، فلا يشترط بالضرورة وجود اختلاف واضح يفصل بين الوظيفة العقلية والوظيفة الدماغية، أو في الواقع بين الدماغ وباقي أجهزة الجسم. (Widiger, and Sankis, 2000).

تعريف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل DSM_IV-TR للمرض النفسي: هو تلك الأنماط أو المتلازمات السلوكية والنفسية ذات الدلالة الإكلينيكية التي تربط بوجود حالات من الضيق (كأن تكون الأعراض مؤلمة) أو العجز (أي الضعف في ناحية أو أكثر من النواحي الوظيفية) أو زيادة احتمال المعاناة، أو الموت، أو الألم، أو العجز، أو فقدان الحرية بشكل كبير، إضافة إلى ذلك، فإن هذه المتلازمات أو الأنماط ينبغي أن لا تكون ضمن إطار الاستجابات المتوقعه أو المتفق عليها ثقافياً، كما أنه من غير الجائز اعتبار الانحرافات السلوكية (الدينية أو

السياسية أو الجنسية) أو الصراعات التي تدور أساساً بين الفرد والمجتمع على أنها اضطرابات نفسية، ما لم تكن الانحرافات أو الصراعات أعراضاً لاختلال وظيفي لدى الفرد.

الاضطراب النفسي هو نمط سيكولوجي أو سلوكي ينتج عن الشعور بالضيق أو العجز الذي يصيب الفرد، ولا يعد جزءاً من النمو الطبيعي للمهارات العقلية أو الثقافة، وقد تغيرت أساليب إدراك وفهم حالات الصحة النفسية على مر الأزمان وعبر الثقافات، وما زالت هناك اختلافات في تصنيف الاضطرابات النفسية وتعريفها وتقييمها؛ ذلك على الرغم من أن المعايير الإرشادية القياسية مقبولة على نطاق واسع، في الوقت الحالي، يتم تصوير الاضطرابات النفسية على أنها اضطرابات في عصبونات الدماغ، من المرجح أن تكون ناتجة عن العمليات الارتقائية التي يشكلها التفاعل المعقد بين العوامل الوراثية والتجارب الحياتية، (Insel, and Wang, (2010) بعبارة أخرى، فإن الجينات الموروثة للمرض العقلي أو النفسي يمكن أن تكون هي الجينات المسؤولة عن نمو العقل، والتي من المحتمل أن يكون لها نتائج مختلفة، بناءً على المحيط البيولوجي والبيئي، (Insel, and Wang, 2010)، ويشير اللبدي، (2014) إلى تعريف الاضطراب النفسي فيقول: "إن الاضطرابات النفسية مصطلح يدل على حالة نفسية تصيب تفكير الإنسان، أو مشاعره، أو حكمه على الأشياء، أو سلوكه وتصرفاته، إلى حد تستدعي التدخل لرعاية هذا الإنسان، ومعالجته في سبيل مصلحته الخاصة، أو مصلحة الآخرين من حوله".

3-2-3 النظريات المفسرة للاضطرابات النفسية:

إن تتوع أسباب الاضطرابات النفسية نفسها وتداخلها مع بعضها، بالإضافة إلى تعتد الظواهر النفسية بشكل عام، أدى إلى تعدد النظريات المفسرة لها، ويلخص أحمد الشخانية، (2011) عن Frude ، ثمانية نماذج نستعرضها في الآتي:

3-2-3-1- النموذج البيولوجي (الحيوي) (The Biological Model):

إن الافتراض الرئيس في هذا النموذج هو أن الجهاز العصبي يتحكم في سائر سلوكيات الفرد السوية وغير السوية وأفكاره، ولذلك فإن أي حدث بيئي أو تناول لعقار ما يؤثر في وظيفة الدماغ، مما يؤثر أيضا في تفكير الفرد وسلوكه، ومن وجهة نظر هذا النموذج، تنشأ السلوكيات غير السوية، والاضطرابات النفسية بشكل عام، من التغيرات الحاصلة في الوظيفة العصبية، والتي تحدث بدورها بسبب الأحداث الحياتية الصادمة، أو تناول العقاقير، أو حدوث خلل في التوازن الهرموني في الجسم، أو التعرض للمواد السامة الموجودة في بيئة الفرد، أو التعرض لصدمة على الرأس، أو الإصابة بعدوى ما، أو وجود خلل في الجينات، أو بسبب عوامل بيولوجية أخرى (Bernstein, et al., 1999، نقلا عن الشخانية، 2011) وقد أظهرت الكثير من الدراسات ارتباط الإصابة باضطرابات نفسية بحدوث خلل في النواقل العصبية، فارتبطت الإصابة بالاكتئاب مثلاً بحدوث انخفاض في مستوى نشاط الناقل العصبي السيروتونين (Serotonin, 5-HT)، والنورأدرينالين (Noradrenaline)، وترتبط الإصابة بالفصام أيضا بحدوث نشاط مفرط في إفراز الدوبامين (Dopamine)، وترتبط الإصابة بعدة أنواع من اضطرابات القلق بانخفاض مستويات نشاط الناقل العصبي المعروف باسم جابا: Gamme Aminobutyric Acid, GABA

2-3-3-2 النموذج السيكدينامي (Psychodynamic Model):

يرى فرويد أن السلوك السوي، وغير السوي، يتأثران بالقوى اللاشعورية، ومن هذا المنظور تفسر الأحداث الحياتية البريئة في حياة الفرد (مثل: نسيان اسم صديق) بأنها تعبير عن مشاعر الغضب التي يشعر بها الفرد نحو هذا الصديق، والتي لا يكون الفرد واعياً بها، ويعتقد فرويد أن هناك صراعاً داخل الفرد بين غرائزه الجنسية والعدوانية من جهة، وضميره، وعقله، ووعيه لعادات المجتمع وتقاليد من جهة أخرى، ومن ثم فإن كل فرد يواجه الحياة وهو يكافح لإيجاد طرق مختلفة للتعبير عن هذه الغرائز دون التعرض للعقاب، أو الشعور بالقلق، أو بالذنب، ولذلك فإن الاضطرابات النفسية نتيجة لهذا الصراع، أي الصراع بين غرائز الفرد أو رغباته، وعقله وأخلاقه وواقع المجتمع الذي يعيش فيه.

2-3-3-3 النموذج المعرفي (The Cognitive Model):

يرى أصحاب هذا النموذج أن سبب الاضطرابات النفسية هو وجود صعوبة، أو مشكلة لدى الفرد في المعالجة الفعالة للمعلومات التي يتلقاها من البيئة المحيطة، أو لوجود أخطاء وتحيزات في تفكيره، أو وجود أخطاء في الاستدلال المنطقي لديه، ولذلك تنشأ الاضطرابات النفسية من الاستنتاجات الخاطئة التي يطورها الفرد، والناس المكتئبون مثلاً لديهم أفكار سلبية، كالتشاؤم في النظرة إلى الذات والأحداث والعالم المحيط، أو لديهم توقع سلبي للمستقبل .

2-3-3-4 النموذج السلوكي (Behavioral Model):

يرى هذا النموذج أن العوامل البيولوجية والجينات تزود الفرد بالتركيبة الجسدية الأساسية وبالاستعدادات العامة للسلوك، ولكن السلوكيات المحددة (سواء كانت سوية أو غير سوية) تتشكل بواسطة تجارب الفرد في بيئته، وتختلف النظريات السلوكية وفقاً لعمليات التعلم التي تركز عليها

فالتعلم الإجرائي يركز على العلاقات الوظيفية التي تنشأ بين السلوك والنتائج البيئية المترتبة عليه، وبخاصة التعزيز والعقاب، في حين يركز التعلم الإشرافي على الارتباطات التي تتكون بين المثيرات والاستجابات، وتركز نظرية التعلم بالتمذجة على ملاحظة السلوك، وملاحظة النتائج المترتبة عليه، والاضطرابات والأعراض المرضية وفقاً لهذا النموذج عبارة عن عادات أو استجابات غير تكيفية متعلمة، وقد أظهرت كثير من الدراسات إمكانية إشراف الكثير من الاضطرابات النفسية (كالقلق والعجز المتعلم) داخل المختبر .

2-3-3-5 النموذج الإنساني الوجودي (The Humanistic-Existential)

(Model):

يركز هذا الاتجاه على الخبرة، وعلى الإحساس الإيجابي بالذات، وعلى الاختيار الفردي والأهداف الفردية للفرد في الحياة، ويرى هذا الاتجاه أن الأفراد مدفوعون أساساً نحو النمو والتطور الشخصي، ونحو الفاعلية الذاتية، وأن الاضطرابات النفسية تنشأ عموماً عندما يرفض الأفراد مسؤولية أفكارهم في الحياة وسلوكياتهم، أو لا يكونون قادرين على تحملها، أو إلى وجود تفاوت (Disparity) رئيس كبير بين آراء الفرد حول نفسه (صورة الذات)، وما يرغب في أن يكون عليه (الذات المثالية).

2-3-3-6 النموذج الاجتماعي الثقافي (The Sociocultural Model):

يرى هذا النموذج أن الاضطرابات النفسية يمكن فهمها بشكل أفضل، فقط، عندما ينظر إليها ضمن محيطها الثقافي، ولذلك يركز على عدة عوامل خارجية كعوامل مسببة للاضطرابات النفسية، مثل: البيئة الملوثة، والسياسات الاجتماعية المتطرفة، وفقدان القدرة على التحكم بالأحداث، والعادات والتقاليد ، ونوعية الإيديولوجيات الثقافية الشائعة في المجتمع، ونسب البطالة

والفقر في المجتمع، فالاضطرابات النفسية، من وجهة نظر هذه النظرية، نتاج للظروف الاجتماعية التي يعيشها الفرد، ويدعم هذا الرأي وجود اختلاف في نسب انتشار الاضطرابات النفسية وفقاً لاختلاف الجنس، والطبقة الاجتماعية، والخلفية الثقافية، ويفسر -أيضاً- انتشار الاكتئاب لدى الإناث ضعف انتشاره لدى الذكور، على أنه انعكاس لنقص الفرص المتاحة لدى الإناث مقارنة مع الفرص المتاحة للذكور .

2-3-3-7 نموذج الأنظمة العائلية (The Family Systems Model):

يهتم هذا النموذج ببناء ووظيفة الأسرة، فيركز على الأنماط السلوكية داخل الأسرة، وكيفية ردة فعل الأسرة عند مواجهتها للأزمات، وأولوياتها فيما يتعلق بتلبية احتياجاتها، وكيفية صنع القرار داخلها، ويرى هذا النموذج أن معظم الاضطرابات والمشكلات النفسية التي يعاني منها الأفراد تعبر عن وجود خلل في نظام الأسرة، وفي العلاقات الأسرية، فكل أسرة تعد نظاماً اجتماعياً فريداً، وأن أي تغيير في عنصر من عناصره يؤثر في العناصر الأخرى الموجودة في النظام.

2-3-3-8 نموذج القابلية للإصابة (The Diathesis-Stress Model):

يرى هذا النموذج أن الاضطرابات النفسية تنتج من التفاعل بين الأحداث البيئية (كالضغوط النفسية)، والاستعداد أو القابلية للإصابة بالاضطرابات النفسية (وتشمل وجود الجينات، والتاريخ البيولوجي للفرد مثل: العدوى والجروح، وخبرات التعرض للصدمات في مرحلة الطفولة) فالناس الذين لديهم انخفاض في القابلية للإصابة بالاضطرابات النفسية أو للتأثر بظروف معينة سوف يطورون اضطراباً نفسياً فقط إذا تعرضوا لضغوط نفسية شديدة، في حين أن الأفراد الذين لديهم قابلية مرتفعة للإصابة بالاضطرابات النفسية يطورون اضطرابات نفسية حتى وإن كانوا تحت ضغوط نفسية متوسطة .

تتفق مرفت نور الدين (2009) في الأسباب الحيوية، والأسباب البيئية، والأسباب النفسية التي أشار إليها الشخانة، (2011) لإصابة الأفراد بالاضطرابات النفسية، ولكنها تضيف نموذجاً دعته "مبدأ تعدد وتفاعل الأسباب"، وأكدت مرفت أن مبدأ تعدد وتفاعل الأسباب هو من المبادئ الرئيسية في تفسير أسباب الاضطرابات النفسية، إذ في حالات كثيرة تتعدد الأسباب إلى الحد الذي قد يصعب فيه الفصل بينها، أو تحديد مدى أثر كل منها.

2-4 تعليق الباحثة:

مما سبق من عرض للنماذج أو النظريات المفسرة للاضطرابات النفسية، ترى الباحثة أن كل نظرية وكل وجهة نظر فسرت الاضطرابات النفسية من زاوية، وفقاً للأسباب الذي اعتمدت عليها في بناء الفكرة، حيث ركزت كل واحدة منها على جانب من جوانب حياة الإنسان، وربطت بينه وبين الاضطراب النفسي، ومع أن التفسيرات التي أوردتها كل نظرية تعين الباحثين في فهم الاضطرابات النفسية، إلا أن النظريات قدمت فهماً جزئياً منفرداً لهذه الاضطرابات، ومن هنا نستطيع القول: إنه لا يمكننا أن نعتمد على نموذج واحد، أو اتجاه أو مدرسة معينة، لفهم الاضطرابات النفسية، فمن غير الممكن فصل جوانب حياة الإنسان عن بعضها، وتأثير النواحي البيولوجية أو الوراثة فيه لا يستقل عن التأثير الاجتماعي أو النفسي، ومن ثم فإنه من الضروري علينا لمعرفة الاضطرابات النفسية وأسبابها وعلاجها، الاهتمام بكل وجهات النظر المفسرة لها، من أجل الحصول على فهم واضح ومتجانس، للمساعدة في تقديم أفضل الخدمات للمصابين.

وترى الباحثة أن النموذج التكاملي (جميع ما ذكر أعلاه) يعد أكثر النماذج اكتمالاً في تفسير أسباب الاضطرابات النفسية؛ لأن الاضطرابات النفسية لا تنشأ من سبب واحد، ورغم تعدد

الأسباب للاضطرابات النفسية، فإن هذه الدراسة ستهتم بالأسباب كلها وتركز على الحيوية، وتركز على النموذج البيولوجي الحيوي، The Biological Model.

2-5- أعراض وأنواع الاضطرابات النفسية:

2-5-1 أعراض الاضطرابات النفسية

2-5-1-1 تعريف العرض:

"هو تعبير عن الاضطرابات، وعلامة من علامات المرض النفسي، وكل الأمراض النفسية تلاحظ وتصنف على أساس الأعراض، ولا يخلو أي إنسان من الأعراض، وفي الوقت نفسه يندر أن تجتمع كل الأعراض المميزة للمرض النفسي في مريض واحد، والفرق بين الشخصية السوية والشخصية المريضة من حيث الأعراض فرق في الدرجة وليس فرقا في النوع، والواقع أن كل فرد لديه استعداد للمرض" (زهران، حامد 1977: 3-85).

وتختلف الأعراض التي تظهر على مرضى الأمراض النفسية اختلافا بينا، فقد تكون الأعراض شديدة واضحة حتى يدركها العامة لأول وهلة، وقد تختفي لدرجة أن يصعب تمييزها إلا لذوي الخبرة المتمرسين على اكتشافها، وإدراكها، مما يضطرننا أحيانا إلى إعطاء بعض العقاقير المثيرة، كي تساعد على ظهورها وتمييزها، والأعراض المقنعة (المخفية) لا تقل أهمية عن الأعراض الظاهرة، بل قد تزيد، إذ إن إدراكها يكون في المراحل الأولى للمرض، تلك المراحل التي يمكن فيها أن يعالج المريض علاجاً ناجحاً، إذا نحن بذلنا الجهد الكافي للوصول إلى " التشخيص المبكر "، هذا وقد تكون الأعراض بالغة الشدة، بحيث تضطرب معها علاقة الفرد بمجتمعه، الأمر الذي يجعل المريض عبئاً ثقيلاً على عائلته، كما قد تكون خفيفة حتى إن المريض يستطيع أن يمارس عمله، ويحافظ على مستوى إنتاجه وعلاقاته الاجتماعية، الأمر الذي قد يجعل ذهابه إلى

الطبيب النفسي مدعاة لدهشة مخالطيه، غير أن هذه الأعراض الخفيفة قد تسبب لصاحبها من الألم والمعاناة ما لا يطيق، رغم مظهره السوي ، هذا فضلا عن أنها قد تتطور إذا ما أهملت إلى أعراض أشد خطرا وأصعب علاجاً، (زهرا، 1977: 3-85).

على أن فحصنا للمظهر والسلوك الخارجي يجعلنا نستنتج منه في النهاية التركيب الداخلي لأجزاء النفس ووظائفها، وهذه الطريقة نافعة وضرورية للمبتدئ، ومن خلالها يجد الفاحص نفسه قادرا على النظر إلى التركيب العام لوجود المريض في مجتمعه في هذه الحياة، وقد يهتم الفحص بتفاعل المريض الكلي للحياة أولاً، وهذه الطريقة هي ما تسمى " بالفحص المركزي "، فنعرف بها ومن خلالها طبيعة وجود المريض وهدفه في الحياة " بصفة عامة "، ثم نتتبع مظاهر هذا الوجود من المركز إلى الطرف، في بحث متدرج لاستكمال التفاصيل الظاهرية التي يمكن أن نستتبعها تبعاً لطبيعة هذا الوجود الشامل، وهذه التفاصيل ما هي إلا الأعراض، على أن الهدف من فحص المريض هو التعرف على شخصية المريض قبل المرض، ونوعية تفاعلاته، وذلك لبدء العلاج (الرخاوي عمر، 1977).

وإذا كان من العسير أن نحدد ما هو " الطبيعي " لنستطيع الفصل بين الصحة النفسية والمرض النفسي، فالنقطة المهمة أن نعرف ما هو طبيعي بالنسبة لشخص معين، فالمرض النفسي يتبدئ من خلال تغير في هذه الحالة " الطبيعية " فيظهر اختلاف عن حالته السابقة، والتي كان متكيفاً معها بشكل مناسب، إلى حالة أصبح فيها نوع معين من التفكير، أو المشاعر، أو السلوك يسيطر ويطغى على حياته، فاقتداً بذلك توازنه السابق، (اللبيدي، 2014). وفي بعض الحالات يكون هذا التغير واضحاً جداً، كما هو الحال في حالات مرض الفصام، بحيث لا يشك المراقب بأن الشخص مصاب بمرض عقلي أو نفسي، وفي الماضي القريب كان هناك تباين كبير،

واختلاف شديد، حتى في تشخيص مثل هذه الأمراض النفسية الشديدة؛ فالشخص قد يعتبر مصاباً بالفصام بالنسبة لطبيب، وغير ذلك بالنسبة لطبيب آخر، وقد تحسن الأمر كثيراً في السنوات القليلة الماضية، حيث وضعت بعض الضوابط والشروط لتشخيص معظم الأمراض النفسية، إلا أن بعض الاختلاف والتباين ما زال موجوداً بين الأطباء الممارسين حول بعض الحالات النفسية، (اللبدى، 2014).

وهناك قلة من الناس لا يعتقدون مطلقاً بمفهوم المرض النفسي، ولا يرون أن مظاهر اضطراب المصابين علامات "المرض"، وإنما هي أساليب متوقعة لسلوك بعض الناس في صراعهم مع ظروف معيشية، وحياتية معينة، ودون أن نخوض في هذا الأمر الذي قد يكون في جوهره "لفظياً"، نقول: إن بعض الناس يتعرضون -وفي بعض الظروف- لتغيرات نفسية يحتاجون معها للرعاية و " المعالجة " لسلامتهم وسلامة الآخرين، حتى ولم يسمها البعض " مرضاً نفسياً " (اللبدى، 2014)، ولدى الطبيب النفسي وسيلة للدخول إلى عقل المصاب ليؤكد تشخيصه للمرض، ولكن المرض النفسي يتوقع عادة عندما يختل واحد من ثلاثة جوانب في حياة الإنسان النفسية، وتصبح غير " طبيعية " أو غير صحية، وهذه الجوانب هي:

2-5-2 أنواع الاضطرابات النفسية:

Supreme Mental Abilities -أولاً: اضطرابات القدرات العقلية العليا:

Disorders

2-2-5-2 اضطرابات التفكير Thinking Disorders

التفكير: هو تكوين الأفكار وتكاملها وضم بعضها لبعض فيما يتعلق بموضوع أو مشكلة، ويتم ذلك بالتخيل والتصور والفهم والاستنتاج، وغير ذلك من العمليات العقلية، ويظهر التعبير الخارجي لوظيفة التفكير في السلوك، وفيما يلي اضطرابات التفكير (زهران، 1977):

أ - اضطراب مجرى الفكر: قد يبطئ سريان الأفكار، ويسمى ذلك " ببطء التفكير "، وقد يسرع ويسمى ذلك " طيران الأفكار "، وقد يتوقف برهة ثم يعاود سريانه، ويسمى هذا " العرقلة ".

ب - اضطراب محتوى الفكر: قد يكثر المحتوى عن المعتاد، وتسمى هذه الظاهرة " ضغط الأفكار "، وقد يقل عن المعتاد، وتسمى هذه الظاهرة " فقر الأفكار "، وقد يشكو المريض من "انتزاع الأفكار" من رأسه أو " إقحام الأفكار " عليها دون إرادة منه، وقد يكون اضطراب الفكر نوعيا خاصا، ومثال ذلك:

- الانشغال (وهنا يدور التفكير حول فكرة تشغله وتطغى على سائر الموضوعات الأخرى).
- الوسوسة (وهنا يضطر المريض إلى التفكير في موضوع بذاته رغم عدم أهميته، وربما شدوده، ولكنه لا يستطيع مقاومة ذلك أبدا، وقد يصحب هذا سلوك اضطرابي يكون نتيجة للوسوسة.

وتتفاوت الوسوسة في محتواها، فهي قد تكون مقترنة بذكريات تافهة، أو لعلها تكون مرتبطة بأعمال قهرية، وغالبا ما تقترن بمخاوف تسلطية، خالية من المعنى تماما، بل لعلها تكون مثيرة للضحك أحيانا؛ ويمكن أن نذكر في هذا السياق حالة امرأة مريضة مثلا، كانت قد تعرضت لصدمة عقلية، فبقبت تعاني من وسواس الخوف من العدوى، أي من أي شيء: أي لبثت تكابد من

وسواس العدوى التي تخشى أن تداهما في أية لحظة، لذلك طفقت تتحاشى ملامسة أي شيء خشية العدوى وخوفا منها (الجسماني عبد العلي، 1998).

• قد يكون محتوى التفكير خاليا متحيزا يصطبغ بالعاطفة، كما قد يكون شبه فلسفي، مغرقا في السفسطة السطحية الغامضة.

• تناقض الأفكار (فتوجد فكرتان متضاربتان في الوقت نفسه، لا يستطيع المريض التخلص من إحداهما).

• الضلال (هو اعتقاد وهمي خاطئ لا يتفق مع الواقع، ولا يمكن تصحيحه بالحجة الصادقة والمنطق السليم، ولا يتناسب مع تعليم المريض وبيئته) (شاهين، و الرخاوي، 1977).
وقد يكون الضلال " أوليا " يظهر لأول وهلة دون سابق إنذار، وقد يكون تفسيراً لضلال آخر أو عرض آخر، ويسمى هذا " ضلالاً ثانوياً "، وقد تكون الضلالات مرتبة منسقة أو مشوشة غير منتظمة، ومن أنواع الضلال ما يأتي:

1 - ضلال الإشارة أو التلميح (حيث يعتقد المريض أن الناس تضطهده وتدبر له المكائد، ويقتنع بأن كل حركة تصدر ممن حوله أو النشرات الإخبارية أو الإعلانات السينمائية أو الإذاعات الموجهة، إنما تصدر للإشارة والتلميح إلى تصرفاته، ما يجعله إما في حالة احتكاك مستمر مع المجتمع، أو انطواء وانعزال عن الناس).

2 - ضلال العظمة (حيث يعتقد المريض أنه رجل عظيم، زعيم، أو نبي أو حتى الإله نفسه).

3 - ضلال الإثم واتهام الذات (وفيه يعتقد المريض أنه مذنب، وأنه يستحق أقصى العقوبات).

- 4 - ضلال تغير الكون (حيث يعتقد المريض أن الكون تغير عن ذي قبل، وضلال " تغير الشخص " يعتقد فيه المريض أنه تغير تماما، أو حتى أنه أصبح شخصا آخر).
- 5 - ضلال الأهمية أو المعرفة (حيث يعتري المريض اقتناع كامل بأنه على معرفة واتصال بأهل المريخ أو القمر مثلا، أو أنه على علم بكل ما يحدث في أعماق النفس البشرية دون دراسة أو دراية بأي علوم، أو أنه له قدرة للكشف عن الغيب وهكذا).
- 6 - الضلال الحشوي الجسمي (وهنا يعتقد المريض أنه مصاب بمرض حشوي أو جسمي دون وجود ذلك المرض فعلا).
- 7 - ضلال الانعدام (وفيه يعتقد المريض بانعدام الكون أو الأشياء أو نفسه أو بعض أجزاء جسمه أو أحشائه أي إنه يعتقد أنها غير موجودة (شاهين، والرخاوي، 1977).
- 8 - ضلال التأثير (حيث يشعر المريض أنه تحت تأثير قوى داخلية أو خارجية، ويصبح أسير هذه الأفكار التي تختلف حسب ثقافته - السحر مثلا).

2-2-5-2 اضطراب الإدراك Disorders Perception:

- الإدراك: هو قدرة الفرد على إدراك البيئة عن طريق حواسه، وتفسير معناها، وبضطرب الإدراك نتيجة وقوع الشخصية فريسة لأسباب تؤدي إلى سوء تفسير المثيرات الحسية، نتيجة لوجود نقص أو عيب في أعضاء الحس ذاتها، أو إلى نقص أو عيب في وظائفها (زهران، 1977).
- 1 - الخداع: هو إدراك حسي خاطئ ومشوه لشيء حقيقي موجود، يدرك فيه المريض المؤثر الخارجي على غير حقيقته، فقد ينظر إلى حبل مثلا فيراه ثعبانا، وقد يرى المريض الناس

من حوله بوجوه عابسة وتعابير غاضبة، أو على العكس يراهم جميعاً مرحين فرحين تملو محياهم البشاشة.

2- الهلوس: ما هي إلا استجابات حسية واضحة، وإدراكات حسية زائفة، مصدرها التصور الخاطئ أو الخيال الواهم - أي دون وجود منبه - وتسمى حسب نوع الاستجابة (فهناك الهلوس السمعية، الهلوس البصرية، الهلوس الشمية، الهلوس اللمسية، الهلوس التذوقية)، أي تحدث في أي من الحواس الخمس، وفي الإحساسات الحوشية كذلك، فهناك هلوسة بصرية، وسمعية، وشمية، وذوقية، ولمسية وحشوية، وقد تكون الهلوسات مبهمة، كما قد تكون محددة المعالم لأشخاص أو أشياء واضحة، كما قد تختلف من حيث الحجم، فتكون أكبر أو أصغر من الحجم المعتاد، أو قد تماثله، هذا وقد تكون الهلوس باردة، أي لا يصحبها هياج ولا اضطراب عضوي وهذا النوع أخطر دلالة مما لو صحبه أحد هذه المظاهر.

فالمريض الذي يكابد هلوسات سمعية، نراه كثيراً ما يلجأ إلى حشو أذنيه بكرات من القطن، زاعماً أنه إنما يفعل ذلك لدرء الأصوات التي تدهم رأسه باستمرار، وتجد المريض الذي يعاني من هلوسات شمعية، إما أن يمسك بأنفه بأصبعيه، أو أنه يغطيه بمنديل بشكل مستمر، وكثيراً ما نرى أناساً يعانون هلوسات بصرية، فنراهم وكأنهم زائغو الأبصار، فهم ينظرون إلى لا مكان معين، أو ترى الواحد منهم وكأنه مثبت بصره على مكان غير منظور، أي يبصر شيئاً أمامه في حالة غيابه، أو يرى أضواء باهرة وحيوانات تزحف اتجاهه، لذا نرى أن الهلوس البصرية تثير الخوف والذعر في المريض أكثر من الهلوس السمعية.

وكثيراً ما نرى أناساً يعانون هلوسات شمعية، كأن يشم المريض روائح كريهة تنبعث من حوله أو من نفسه، أو يعانون هلوسات لمسية، كأن يعتقد المريض بأن المارة من الناس يلمسونه

في أعضاء حساسة، أو يعانون هلوسات تذوقية، كأن يحس بطعم مختلفة في الفم، وعادة ما تصاحب هذه الهلوس هلاوس شممية، أو يعانون من هلوسات حركية، كأن يحس بوجود عضو غير موجود في الجسم، أو قد تغير في حجم وشكل بعض الأعضاء، ولاسيما الأعضاء التناسلية، وغالبا ما تظهر هذه الهلوس بعد بتر الساق أو الذراع، فنجد المريض يداوم الإحساس بوجود العضو المبتور، بل ويشكو من آلام شديدة في هذا العضو المفقود، (زهرا، 1977).

2-5-3 اضطراب الذاكرة Memory Disorders :

التذكر: هو إحدى الوظائف العقلية المهمة، ويتضمن عمليات ثلاثا متكاملة، هي: التسجيل، والحفظ، والاستعادة أو الاسترجاع (زهرا، 1977) ويكون اضطراب الذاكرة كميًا، ومن صور ذلك:

1- حدة الذاكرة: حيث يتذكر المريض كل الأحداث وتفاصيلها بشكل غير عادي، وبخاصة الخبرات الأليمة، أو الخبرات السعيدة المشحونة انفعاليا، وتشاهد في الهوس الخفيف وفي الهذاء (البارانويا).

2- ضعف الذاكرة: وقد يصل إلى فقدانها، ويكون إما للأحداث القريبة فقط، أو للأحداث القريبة والبعيدة على حد سواء ، أو قد يكون في فجوات، بمعنى أن المريض يستطيع أن يتذكرها قبل فجوة النسيان وما بعدها بسهولة.

وقد يكون اضطراب الذاكرة نعيًا، ومن صور ذلك:

1- التزييف: وهو إضافة تفاصيل كاذبة لذكريات حدثت فعلا، ويلاحظ هذا في الهستيريا وفي الهذاء (البارانويا)، وفي الفصام الهذائي.

2- التأليف (الفبركة): وهو اختلاق أحداث لم تحدث إطلاقاً على أنها وقعت فعلاً، وهو عبارة عن تأليف للذكريات، وحشو لما هناك من ثغرات يملأها المريض باختلاقات يحشو بها فجوات ذاكرته، سببها النسيان الذي عفى على الحقائق، والأحداث التي يتكلم عنها المريض عادة هي أحداث لم تحصل له قط، ولم يكن قد مر بها، ولكنه مع ذلك يؤكد جازماً أنه خبرها في حياته، ويلاحظ في الهستيريا، وفي ذهان الشيخوخة، وفي بعض الأمراض النفسية الجسمية، وفي حالات تلف المخ، وفي إدمان الخمر.

3- ظاهرة الألفة: وفيها يخيل للفرد أن الغرباء مألوفون لديه، وكأنه رآهم من قبل، أو أن الأصوات مألوفة لديه وسبق أن سمعها، بينما هو في الحقيقة لم يسبق له ذلك مطلقاً، وتشمل الألفة: ألفة المنظر، وألفة الصوت، وألفة الفكرة، وألفة الحكاية أو الرواية، (زهران، 1977).

2-5-4 اضطراب الوعي والانتباه Disorders of Consciousness:

في حالة اضطراب الوعي، نجد أن الإحساس لا يعمل بكامل طاقته، ولا تؤدي الحواس وظائفها على ما يرام، ويكون الإدراك والفهم معوقاً، ويكون المريض غير قادر على إدراك بيئته من حيث الزمان والمكان والأشخاص، وفيما يلي اضطرابات الوعي (زهران، 1977):

1- النوم: هو تغير طبيعي للوعي، وقد يزيد النوم أو يقل عن المعتاد، وقد يختل نظامه، كما قد يتخلله أعراض كالمشي أثناء النوم أو الكابوس.

2- الذهول Stupor: وفيه يقل الوعي لدرجة كبيرة، ولا يستجيب المريض إلا للمؤثرات شديدة الألم، ويكون ساكناً هادئاً لا يتحرك ولا يظهر على وجهه أي تعبير، ويشاهد في الخوف الشديد، وفي الهستيريا، وفي الاكتئاب، وفي الفصام الحركي، وفي حالات أمراض المخ العضوية وحالات التسمم.

3- الغيبوبة: وهي أشد درجات السبات، وفيها لا يستجيب المريض لأي مؤثر مهما بلغت

شدته.

وقد يتغير الوعي نوعيا مثل:

1- الانشقاق: وهنا يتميز كل نشاط بدرجة من الوعي تختلف عن النشاط الآخر، كالمشي

أثناء النوم، حيث يكون النشاط الحركي واعيا، في حين أن النشاط الحسي نائم.

2- التوهان: حيث يعجز المريض عن التعرف على ما بالبيئة من أشخاص وزمان ومكان

3- ازدواج إدراك البيئة: وهنا يدرك المريض أنه يوجد في مكانين بعيدين عن بعضهما في الوقت

نفسه (مثل: وجوده في مصرانة وطرابلس في اللحظة نفسها)، وقد يضطرب الانتباه في إحدى

الصور التالية:

1- زيادة الانتباه: فينتبه لكل المؤثرات ولتفاصيلها أكثر من العادة.

2- قلة الانتباه: وهو أول درجات الذهول.

3- الانشغال: وهنا ينتبه المريض إلى مؤثر داخلي (فكرة) فيشغله عن الانتباه للمؤثرات

الخارجية.

4- تحول الانتباه: حيث يتحول الانتباه من مؤثر إلى آخر بسرعة مهما كان المؤثر غير

متعلق بالموضوع الأصلي.(زهران، 1977).

وقد يصاحب اضطراب الوعي هذا:

1 - صعوبة إدراك ماهية الأمور.

2 - غموض التفكير وتفككه.

3 - تأرجح حالة التوهان، فيمكن للمريض التعرف على البيئة أنا، ويعجز أنا آخر، هذا

وقد يزيد اضطراب الوعي حتى يصل إلى درجة الغيبوبة (شاهين، والرخاوي، 1977).

5-2- 5-2- 5-2 اضطراب البصيرة **Disorder of Insight**:

البصيرة الكاملة: هي أن يدرك المريض طبيعة مرضه ويذهب إلى الطبيب المختص ويتقبل

العلاج ويستمر فيه، ووجود البصيرة دليل طيب على احتمال الشفاء (فرج طه، 1999)، وفي حالة

اضطراب البصيرة لا يستطيع المريض فهم نفسه داخليا، ولاسيما فيما يتعلق بمرضه ومشكلاته

الاجتماعية ومسؤولياته... إلخ، ولا يدرك المريض طبيعة مرضه، ولا يفهم أسبابه ولا أعراضه، ومن

ثم لا يسعى لاستشارة المختصين، ولا يبحث عن العلاج، ولا يتقبل العلاج ولا يستمر فيه، ولذلك

فإن اضطراب البصيرة يجعل العلاج صعبا، ويلاحظ اضطراب البصيرة في معظم أنواع الذهان

(زهران، 1977).

3- 5-2 5-2 ثانيا: اضطراب المشاعر والعاطفة **Feeling and Affective Disorder**:

يتخذ اضطراب العاطفة في الكبار شكل الاكتئاب على الأغلب، وتتعدد العوامل المكونة له

في العادة هي الشعور بالوحدة، وبالعزلة، والغربة، والخلافات الزوجية، والوالدية، والأمراض

الجسمية، والاضطرابات العضوية ويصاحب الاكتئاب قلق، وعدم استقرار، وربما ضلالات

انعدامية، وضلالات اتهام الذات، والشعور بالذنب، وضلالات حشوية (شاهين، والرخاوي،

1977).

وتضطرب العاطفة من حيث النوع في إحدى الصور الآتية:

1- التباين العاطفي: وهو عدم توافق العاطفة مع التفكير، فيسير كل واحد منهما في واد.

2- السيولة العاطفية: وهنا تكون العاطفة غير ثابتة، فتتغير من النقيض إلى النقيض في زمن قصير.

3- التناقض العاطفي: وهنا يوجد الشعور ونقيضه في الوقت نفسه، دون أن يستطيع المريض التخلص من أيهما.

وقد يكون الاضطراب العاطفي كيميا، ومن صورته:

1- فقدان الشعور: حيث يفقد المريض القدرة على الإحساس بالعاطفة وعلى التعبير عنها.
2- اللامبالاة: وهنا يفقد المريض القدرة على التعبير عن العاطفة دون الإحساس بها، فالمريض لا يبالي بالمشاعر ولا بالمواقف الانفعالية ولا بالتعبير الانفعالي، وتشاهد هذه الصورة كثيرا في الاكتئاب.

3- التعبير الأجوف: وهنا يعبر المريض عن عاطفة بذاتها دون إحساس بها.

4- الاكتئاب: وهو الشعور بالحزن لدرجة تفوق الشعور العادي بذلك، فيفقد لذة الحياة، ويرى أنها لا معنى لها ولا هدف له فيها، فيفقد اهتمامه بعمله ويشعر بتفاهته، ويصاحب الاكتئاب عادة التدهور الحركي والصداع وفقد الشهية ونقص الوزن والإمساك والأرق، ويصاحبه أيضا التردد والبطء في الكلام، وقد يؤدي إلى الانتحار.

5- المرح Elation: وهو الشعور بالفرح والانشراح الزائدين دون مبرر، وقد يصاحب ذلك شعور بالاعتزاز، ويسمى ذلك " زهوا "، ويشاهد في الهوس وفي الفصام الهذائي وفي الشلل الجنوني العام.

6- القلق المرضي: وهو القلق الزائد عن الحد الذي يزعج صاحبه ويعوقه عن الإنتاج، ويصاحب القلق أعراض نفسية جسمية، مثل: العرق المفرط، وصعوبة التنفس، والاضطرابات

المعوية، وسرعة نبضات القلب، ويصاحبه أيضا التوتر، وتغير الصوت، واللازمات الحركية، والأرق، والأحلام المزعجة، (زهران، 1977).

2- 5- 4- ثالثا: اضطرابات السلوك Behavior Disorder:

أ - المظهر العام: إذا نظرنا بدقة إلى المظهر العام للمريض أمكننا أن نعلم عن حالته النفسية والعقلية الشيء الكثير، ما يساعدنا في تشخيص المرض ومعرفة درجة خطورته، لذلك فإننا نحاول أن نفحص في المظهر العام ما يأتي: التكوين الخلفي، تعبيرات الوجه ، حالة الملابس، حالة الشعر، الوضع الذي يتخذه المريض (الوقفة أو الجلسة)، و كذلك الحركة والذهول.

ب - اضطراب الكلام: فهو من ناحية الشكل، فإنه مظهر حركي يسري عليه كثير مما ذكر في التغيرات التي تطرأ على الحركة، كالقلة والبطء والتوقف والمصاداة، وهو من ناحية الموضوع يدل على محتوى الفكر، سواء كانت هذه المحتويات مضطربة أو سليمة، فالكلام قد يختلف من حيث الكم، والسريان، ومدى تحقيقه لوظيفته الاجتماعية، فمن حيث الكم قد يكون الكلام كثيرا بدون داع، ومن حيث سريان الكلام، قد يطرأ تغيرات عن الطبيعي في السرعة أو في الاتجاه، فمثلا: قد يكون سريان الكلام بطيئا كما في حالات الاكتئاب، وقد يكون سريعا متصلا كما في حالات الهوس الخفيف، وقد يتوقف سريانه فجأة، وبدون سبب، ويسمى ذلك " العرقلة " وقد يتصف الكلام بالترار، ومن أمثلته: الأسلوبية، وهي تكرار لكلمات معينة لا يظهر القصد منها واضحا، والمصاداة (رجع الكلام)، وقد لا يؤدي الكلام وظيفته الاجتماعية، فلا يفي بالغرض منه وهو التفاهم، وقد يكون السبب في هذا عدم القدرة على تكوين الجملة المفيدة، ويكون هذا دليلا على اضطراب في القدرات العقلية أو في التفكير، (نقلا عن زهران 1977).

وبشكل عام، يمكن القول بوجود المرض أو "الاضطراب النفسي" ، إذا كان هناك تغير في سلوك الإنسان أو تفكيره ومشاعره لدرجة تؤثر سلبيا في مجرى حياته، أو إلى حد تسبب فيه الإزعاج الشديد له أو لغيره ممن حوله، ومن الأمور المساعدة هنا أن نتصور الصحة النفسية وكأنها مجال واسع يمتد بين الصحة التامة والمرض الأكيد، آخذين بعين الاعتبار أنه يصعب جدا التحديد الدقيق للنقطة التي تنتهي عندها الحالة الصحية لتبدأ الحالة المرضية غير السوية، وقد يتفاوت وضع الإنسان على هذا المجال بين الصحة والمرض، من وقت لآخر، وبين هذين القطبين هناك منطقة مبهمة في الوسط، حيث يكون فيها بعض حالات القلق، أو الاكتئاب الخفيف، والتي قد يختلف الناس في تسميتها " بالمرض "، أو أنها " حالة طبيعية في ظروف صعبة غير طبيعية "، ومن الحالات التي تقع في المنطقة المبهمة، الحالات العاطفية، والتي قد تكون ردود فعل أو استجابات متوقعة لبعض الحوادث، مثل: الحزن عقب وفاة قريب، أو الأسى بعد عملية استئصال جراحية.

ويشير اللبدي، (2014)، إلى بعض الأمور التي قد تصيب الإنسان لحد ما، دون أن تعتبر علامة لمرض نفسي معين، وإن كان يشير بعضها مجتمعة إلى أن هذا الإنسان قد يحتاج للمساعدة هي:

* تغير في الشخص لمدة أطول مما يعتبر عاديا عقب حادثة مفاجئة.

* تغير في مشاعر الإنسان، أو سلوكه أو علاقاته بشكل شديد، أو طويل الأمد، مسببا له

معاناة وألما.

* عندما تمر بالإنسان مشاعر غير معتادة يجد صعوبة في تحليلها، أو فهمها، أو يجد

صعوبة في شرحها للآخرين.

* تغير في الإنسان يحدث اضطراباً أو معاناة لدى الآخرين من حوله.

* صعوبات في إقامة علاقات طبيعية مع الآخرين، وفي الاستمرار في هذه العلاقات.

* تغير في الإنسان يصعب ربطه، أو فهمه، في ضوء الأحداث الجارية من حوله.

6-2 تشخيص الاضطرابات النفسية:

يسعى العديد من إخصائيي الصحة النفسية، ولاسيما الأطباء النفسيين، إلى تشخيص حالات الأفراد من خلال التحقق من حالة الاضطراب النفسي التي يعانون منها، ويمكن أن يتجنب بعض الإخصائيين -مثلاً بعض مختصي علم النفس الإكلينيكي- تشخيص الحالة لصالح أساليب تقييم أخرى، مثل: تكوين فكرة عن الصعوبات التي يواجهها المريض أو الظروف المحيطة به، (Kinderman, 2000، نقلا عن سامر رضوان، 2012) وفي الواقع، يتم تقييم غالبية مشاكل الصحة النفسية وعلاجها من قبل أطباء الأسرة خلال الاستشارات، والذين يمكن أن يحيلوا المرضى إلى طبيب مختص من أجل تشخيص الحالات الحرجة أو المزمنة بشكل أدق، وتتضمن الممارسة التشخيصية الروتينية في خدمات الصحة النفسية بشكل أساسي إجراء مقابلة شخصية (التي يمكن الإشارة إليها على أنها فحص الحالة النفسية للمريض)؛ حيث يتم الحكم على حالة المريض بناءً على هيئته وسلوكه والأعراض التي يذكرها في التقرير الذاتي وتاريخه المرضي فيما يتعلق بالصحة النفسية وظروف الحياة الراهنة، ويمكن أخذ آراء الأقارب أو أطراف أخرى في الاعتبار عند تشخيص الحالة، كما يمكن إجراء فحص جسدي للتأكد مما إذا كان الشخص يعاني من اعتلال صحي أو آثار جانبية لأدوية أو عقاقير أخرى، في بعض الأحيان يتم إجراء الاختبار النفسي باستخدام الورقة والقلم، أو في صورة استبيانات محفوظة على جهاز كمبيوتر، والتي يمكن أن تتضمن خوارزميات تعتمد على وضع علامة أمام معايير التشخيص القياسية، وفي حالات

متخصصة نادرة، يمكن طلب إجراء اختبارات التصوير العصبي، ولكن هذه الطرق أكثر شيوعاً في الدراسات البحثية عن الممارسات الإكلينيكية الروتينية، هلت وايس، (2004 HealthWise، دافيس، Davies, 1997، نقلاً عن سامر رضوان، 2012) وكثيراً ما يقيد الوقت والميزانية الأطباء النفسيين الممارسين من إجراء المزيد من التقييمات التشخيصية الشاملة، (كاشنر وآخرون، 2003 Kashner, et al. 2003، كما جاء في سامر رضوان، 2012). وقد وجد أن معظم الإخصائيين الإكلينكيين يقومون بتقييم المرضى من خلال مناهج غير محددة البنية ومفتوحة النهاية، بالإضافة إلى عدم تدريبهم بشكل كاف على طرق التقييم القائم على البرهان، وأن التشخيص غير الدقيق يمكن أن يكون شائعاً في الممارسة الروتينية، إن الأمراض النفسية التي تتضمن الهلوس أو الأوهام (ولاسيما الفصام) عرضة لأن يحدث خطأ في تشخيصها في الدول النامية، بسبب وجود أعراض ذهانية يرجع سببها إلى سوء التغذية، جدير بالذكر أن حدوث ما يعرف باسم التزامن المرضي أمر شائع جداً في تشخيصات الأمراض النفسية، بمعنى أن يتم تشخيص حالة الشخص نفسه بأنها تتدرج تحت أكثر من نوع من أنواع الاضطرابات، شير وآخرون، (2000 Shear, et al. 2000. كما ورد عن سامر رضوان، 2012).

يعتمد تشخيص الاضطرابات النفسية على نوعية الصورة المرضية الظاهرة في البدء، ويمكن تقسيمها إلى: تشخيص الاضطراب لتحديد نوعه أو فئته التصنيفية، وتشخيص الشخصية الذي يقيس سمات الشخصية بهدف تحديد نسبة السمات السليمة إلى السمات غير السليمة، ومقدار تضرر الوظائف النفسية أو تعطيلها، كالوظائف المعرفية والانفعالية والدافعية، وتعد المقابلة التشخيصية الأساس الذي يقوم عليه تحديد الصورة المرضية، ويمكن للمقابلة التشخيصية أن تكون حرة أو محددة مسبقاً؛ وتهدف إلى جمع معلومات عن الأعراض (التشخيص التصنيفي)، وأسئلة

حول منشأ المشكلة وتطورها، وحول ما قد يوجد من أحداث حياتية راضة أو صدمات نفسية يمكن أن تكون قد أسهمت في إثارة الاضطراب، وإجراء الفحوصات الطبية اللازمة للبحث عن العوامل الجسدية، وتطبيق بعض الاختبارات النفسية التي تقيس الأعراض والضغطات الناجمة عنها، ودرجة التكيف معها.

ويمكن في التشخيص الاستعانة بمصادر إضافية للمعلومات، كملاحظات الأهل والرفاق والمعلمين، ويكون لهذا فائدة خاصة في حالات الاضطرابات النفسية الشديدة كالفصامات، وفي حالات الاضطرابات النفسية عند الأطفال، وتعتمد دقة التشخيص بالأساس على خبرة المشخص في ميدان عمله، وعلى مدى وضوح الصورة المرضية وتجليها، وعلى توافر أدوات القياس المناسبة الموثوقة، وهي تختلف باختلاف نوع الاضطراب، (كما ورد عن سامر رضوان، 2012).

7-2 علاج الاضطرابات النفسية:

تتنوع أساليب المعالجة تبعاً لنوع الاضطراب النفسي أو نوع الانحراف السلوكي والعوامل المؤدية إليه، فمنها المعالجة النفسية والاجتماعية والتربوية والدوائية، أو المزج والتوفيق بين هذه الأنواع من العلاج بما يتناسب وطبيعة الحالة، وتهدف المعالجة النفسية إلى مساعدة المعالج على تخطي الأزمات القصيرة والطويلة الأمد، والتغلب على أعراض معينة أو التخفيف منها، وتشجيع النمو السوي للشخصية، ويمكن إجراء المعالجة النفسية فردياً أو ضمن المجموعات، أما المعالجة الاجتماعية والتربوية فتهدف إلى تحسين تكيف الإنسان وإعادة تأهيله عن طريق دمجها في المجتمع والمهنة من جديد وجعله أقرب للسواء، وتسهم المعالجة الدوائية في تحسين توازن السلوك وتخفيف

حدة الانفعالات، الأمر الذي يسهّل البدء بالمعالجة النفسية والاجتماعية، خصوصاً في حالة الاضطرابات الذهانية.

والاتجاهات العلاجية متعددة، وهي تقوم على مبادئ نظرية مختلفة، وتقدم طرقاً متنوعة في معالجة الاضطرابات النفسية، وهناك اتجاهان أساسيان في العلاج النفسي، هما: العلاج بالتحليل النفسي، والعلاج السلوكي behavioral therapy، وثمة طرائق أخرى متفاوتة الانتشار عالمياً، كالعلاج النفسي التحليلي المختصر، والعلاج السلوكي المعرفي، والعلاج المنظومي system therapy، والعلاج الغشثالتي gestalt therapy، والمعالجة النفسية المتمركزة حول المتعالج client-centred psychotherapy، (بتصرف نقلاً عن عبد الفتاح دويدار، 1994).

تقوم طريقة التحليل النفسي التي أسسها سيغموند فرويد Sigmund Freud وطورها تلاميذه من بعده على أن أسباب الاضطرابات النفسية غالباً ما تنجم عن الصراعات اللاشعورية الحاصلة في مرحلة الطفولة، وتهدف المعالجة بناء على ذلك إلى جعل هذه الصراعات شعورية بعد تحصين الشخصية لمواجهتها جيداً، ويكون للعلاقة بين المحلل النفسي وبين المتعالج شأن كبير في نجاح العملية الجراحية، فمن هذه العلاقة يعيش المتعالج من جديد الخبرات المرضية الطفولية التي عاشها في السابق، مما يمكن المحلل من دفعه لفهمها فهماً أفضل، ودفاعه عن نفسه في مواجهتها مما يمكنه من تجاوزها، ومن تبني أنماط سلوك جديدة، ويتمثل دور المحلل في الإصغاء والتفسير مستخدماً في ذلك تحليل الأحلام والتداعي الحر، ويتطلب العلاج بالتحليل النفسي مدة زمنية قد تستمر سنوات، ومن هنا قلما يمارس اليوم بصورته التقليدية، وتستخدم بدلاً منه طرق مختصرة أقل كلفة وأحسن فاعلية، مثل: الطرائق التي تجمع بين الكلامية والطبية.

أما طريقة العلاج السلوكي فتستند إلى نظرية التعزيز في التعلم، وتعتمد على تقوية السلوك السوي وخفض حساسيته تدريجياً لتخفيف حدة الاضطراب، حتى يعتاد المتعالج على مواجهة ما يخيفه في المواقف الحياتية المختلفة من دون أن تظهر عليه أعراض الاضطراب، كما يعتمد العلاج السلوكي على تنمية الثقة بالذات وتطبيق تمارين تقوية السلوك المؤكد للذات *assertive behavior* وغيرها من التقنيات العلاجية، (بتصرف عن عبد الفتاح دويدار، 1994).

يركز العلاج السلوكي على الأعراض المرضية، وقلما يبحث في الأسباب الكامنة خلفها، وينطلق من أن الاضطرابات النفسية ترجع إلى تعلم الفرد عادات سلوكية خاطئة، ومن هنا فهو يسعى إلى تعديل السلوك عن طريق آليات التعلم نفسها التي قادت إلى تعلم السلوك المضطرب. وفي العقود الأخيرة ظهرت أساليب متطورة من العلاج السلوكي تشمل المظاهر المعرفية، التي أثبتت الأبحاث أهميتها في نشوء الأعراض المرضية، وهو ما يسمى اليوم بالعلاج السلوكي المعرفي، ويستخدم العلاج السلوكي طرائق الإشراف التقليدي والإجرائي، إضافة إلى التعلم عن طريق المحاكاة والتقليد المشتق من نظرية باندورا *Bandura* في التعلم الاجتماعي، ويُعدّ العلاج السلوكي المعرفي من أكثر أشكال المعالجة النفسية انتشاراً في الوقت الراهن، (بتصرف عن دويدار، 1994).

أما العلاج النفسي المتمركز حول المعالج فقد أسسه كارل روجرز *Carl Rogers* معتمداً على الاتجاه الإنساني في العلاج النفسي، ويقوم هذا النوع من أنواع المعالجة النفسية على النظر إلى الاضطرابات النفسية على أنها نتيجة للتناقض بين مفهوم الذات المثالي والواقعي، وهو تناقض ينشأ في أثناء سعي الإنسان إلى تحقيق ذاته، وينطلق المعالجون بهذا الأسلوب من فرضية مفادها أنه عندما تتوافر للمعالج علاقة إنسانية يشعر فيها بالتقدير والاحترام غير المشروطين والتفهم

المتعاطف، فإن مسيرة العلاج تتحرك باتجاه تعديل صورة تحقيق الذات، فتنخفض حدة التضررات النفسية، وأهم ما يميز هذا النوع من المعالجة النفسية هو عدم التطفل على المتعالج واقتحام حياته بالنصائح الجاهزة، والتركيز بدلاً من ذلك على احترام كرامة الإنسان وقيمه في سعيه نحو تحقيق ذاته، (عن دويدار، 1994).

وإلى جانب هذه الطرائق هناك أنماط من المعالجات التي تؤلف بين مجموعة من الإجراءات القائمة على التدريب على السلوك الصحي، وإعادة البناء المعرفي، واكتساب المهارات الاجتماعية، علاوة على الإجراءات العلاجية التربوية الاجتماعية التي تستخدم في حالات انحرافات السلوك الاجتماعي، وبين ذوي الحاجات الخاصة، وهناك أنواع من الاضطرابات النفسية الشديدة التي تُعالج بالأدوية النفسية، كالذهانات الداخلية المنشأ، إذ تخفف الأدوية من حدة الاضطراب أو تزيله والأدوية النفسية مواد يمكنها أن تثبط بعض الإثارات الشديدة، أو أن تنشط بعض الإثارات الضعيفة، وتؤثر في المزاج والدافعية والتفكير عند متعاطيها، ويمكن تقسيم الأدوية النفسية إلى ثلاثة أنواع، هي: الأدوية العصبية، ومضادات الاكتئاب، والمهدئات. وتستخدم الأدوية العصبية في حالات الفصام والمرض الهوسي الاكتئابي على سبيل المثال، فتخفف من مظاهر القلق والتوتر وخداعات الحس واضطرابات النوم والتفكير، الأمر الذي يسهل البدء فيما بعد بالمعالجة النفسية. أما مضادات الاكتئاب فهي أدوية تُستخدم غالباً للمعالجة بحسب نوع الأعراض الاكتئابية التي يتعرض لها المتعالج، وهي قد تكون رافعة للمزاج أو خافضة له، ولهذه الأدوية تأثيرات جانبية كالشعور بالتعب والدوار والتعرق وجفاف الأغشية وغير ذلك. أما المهدئات فلها تأثيرات مهدئة ومزيلة للقلق وموازنة للمزاج، ولا تستخدم الأدوية النفسية إلا بإشراف طبيب مختص، خشية الإدمان أو الاعتقاد عليها من قبل متعاطيها.

إن انتشار الاضطرابات النفسية يتزايد في هذا العصر زيادة تتوافق والضغط النفسية في الحياة الراهنة، ما يؤدي إلى اختلال توازن تكيف الإنسان مع محيطه، واضطراره إلى شتى أساليب العلاج النفسي والعلاج الدوائي، الذي يتم عادة بإشراف طبيب متخصص، ولكل أسلوب من أساليب هذه المعالجات ميزاته وآثاره الجانبية وفاعليته في النجاح، ومن ثم فإن السماح بممارستها متفاوت هو الآخر من بلد إلى آخر وفق قوانينها، وتعليمات القائمين على هذه المهن في شرعية المعالجة، (بتصرف عن دويدار، 1994).

2-8 تصنيف الاضطرابات النفسية العقلية:

صنفت الاضطرابات النفسية العقلية إلى ثلاثة أنواع، هي:

2-8-1أولا: الاضطرابات العصابية تصنيف العصاب، وتشمل: عصاب القلق، توهم

المرض، والوهن النفسي، والمخاوف، والهستيريا، وعصاب الوسواس والقهر، والاكتئاب التفاعلي، والتفكك، ويضاف إلى ذلك أنواع أخرى من العصاب (مثل: عصاب الحرب، وعصاب الحوادث وعصاب السجن، وعصاب القدر).

2-8-2 ثانيا: الاضطرابات الذهانية وصنفت إلى قسمين رئيسيين:

1- الأمراض الذهانية الوظيفية Functional Psychosis: أي الأمراض النفسية المنشأ،

وهي الأمراض العقلية الذي لا ترجع إلى أسباب عضوية، وأهم الأشكال الإكلينيكية للذهان الوظيفي هي: الفصام والهاء (البارانويا)، والاكتئاب، والهوس، وذهان الهوس، والاكتئاب.

ب- الأمراض الذهانية العضوية Organic Psychosis: وهي الأمراض التي يرجع

المرض فيها إلى أسباب وعوامل عضوية، وترتبط بتلف في الجهاز العصبي ووظائفه، مثل: ذهان

الشيخوخة، والذهان الناجم عن عدوى، أو عن اضطراب الغدد الصماء، أو عن الأورام، أو عن اضطراب التغذية، أو الأيض، أو عن اضطراب الدورة الدموية إلخ.

2-8-3 ثالثا السيكوباتية وجاء تصنيف (سترىكر) للسيكوباتية متضمنا النماذج الآتية:

المجرمون، المتقلبون انفعاليا، غير الأكفاء، أشباه البارانويين، مدمنو المخدرات والخمر، الأفاكون، النصابون، المصابون بجنون السرقة، المصابون بجنون إشعال النار، المنحلون جنسيا، المنحلون خلقيا، وأشباه المتدمرين.

2-8-4 رابعا: الانحرافات النفسية الانحرافات الجنسية Sexual Perversions، إدمان

المخدرات Drug Addiction، النصب أو الاحتيال Posture Swindling، (كما ورد عن عبد الفتاح دويدار، 1994، و سامر رضوان، 1996).

من خلال ما تقدم تلحظ الباحثة أن هنا تداخلا في الاضطرابات النفسية، ويصعب الفصل بينها، وذلك لطبيعة اشتراكها في المسببات لها، ولتحقيق هدف هذه الدراسة، فالباحثة اقتصرت دراستها على دراسة القلق والاكتئاب بشيء من التفصيل؛ لعدة اعتبارات:

أولا: باعتبارهما أهم اضطرابات عصابية تميز بها وقت إجراء هذه الدراسة.

ثانيا: القلق والاكتئاب مرتبطان وذوا صلة قوية ببعضيهما.

ثالثا: كما تعتقد الباحثة بأنهما ذوا صلة بكل من الاضطرابات السيكوسوماتية، واضطرابات

الغدة الدرقية.

2-9-1 القلق:

يصف كثير من الناس عصرنا الحالي بأنه عصر القلق والتوتر على المستويين الفردي

والجماعي؛ لأنه عصر يتميز بأنه ذو إيقاع سريع، شديد التقلب، كما تكثر فيه الصراعات،

والحروب، والتوترات والضغوط النفسية، وثمة اتفاق بين المشتغلين بعلم النفس والطب النفسي في أن القلق يمثل عصب الحياة النفسية السوية وغير السوية، ويعد المدخل الجوهري لدراسة الصحة النفسية للإنسان من المفاهيم التي نالت حظاً كبيراً في الدراسات النفسية، (أنور البناء، 2003).

"ويعد القلق من أكثر المصطلحات الشائعة في مجال علم النفس عموماً، وفي مجال الصحة النفسية خصوصاً، فالقلق حقيقة من حقائق الوجود الإنساني وجانب دينامي مهم في بناء الشخصية ومتغير أساسي من متغيرات السلوك، وعلى الرغم من كونه خبرةً غير سارة يمكن أن تؤدي إلى تصدع الشخصية، فإن وجوده بقدرٍ مناسب يعد ضرورةً للتكامل النفسي، لأنه يخدم أغراضاً مهمة في حياة الإنسان، وينبه الفرد للخطر قبل وقوعه" (الجزائري، 2004: 20).

"ويعدّ القلق القاسم المشترك والعرض الجوهري المشترك في الاضطرابات النفسية، ويلاحظ القلق عند الأشخاص في مناسبات مختلفة من حياتهم، في السراء والضراء، في الصحة والمرض، وهو شائع بين الناس كالصراع والإحباط والفرح والحزن والغضب، وهو متوقع ومقبول لدى مواجهة الفرد للمخاطر وشدائد الحياة عندما يكون ضمن الحدود الطبيعية المعتدلة، كما أنه يعد أحد وظائف الدماغ المهمة التي تهيئ الفرد لمواجهة مواقف التهديد، وترفع درجة التنبيه العصبي لمساعدته على التكيف وحفزه على حل المشكلات الحياتية التي يتعرض لها، إلا أن القلق قد يتجاوز في حدته عما يقتضيه الموقف، فيصبح قلقاً عصابياً يؤثر سلباً في كفاءة الفرد وتكيفه، ويستنفد طاقته النفسية والجسدية، ويفقده التوازن والتوافق والقدرة على التركيز (مرسي، 1978)، والقلق من أكثر الاضطرابات العصابية شيوعاً، إذ إن (30-40 %) من الاضطرابات العصابية هي حالات قلق، والقلق هو المفهوم المركزي في علم الاضطرابات النفسية، وهو حجر الزاوية في

كلّ من الطبّ النفسجسي والنظرية الطبفسية" (كما ورد عن عبد الخالق، واليحفوفي، 2000: 13-14).

2-9-2 تعريف القلق:

قد تعددت التعريفات لمفهوم القلق بحسب تعدد الاتجاهات النظرية التي تناولته، حيث عرفته هورني بأنه استجابة انفعالية لخطر يكون موجهاً إلى المكونات الأساسية الشخصية، ناجم عن عدم الإشباع العاطفي من جانب الأم، (نقلا عن الرفاعي، 2003: 199)، كما عرفه ماسرمان بأنه حالة من التوتر الشامل التي تنشأ نتيجة صراع الدوافع لدى الفرد ومحاولته التكيف، (نقلا عن الرفاعي، 2003: 199)، ويعرف فرويد القلق بأنه: "استجابة انفعالية أو خبرة انفعالية مؤلمة يمر بها الفرد، وتصاحب باستثارة عدد من الأجهزة الداخلية التي تخضع للجهاز العصبي المستقل، مثل: القلب، أو الجهاز التنفسي، والغدد العرقية، فهو رد فعل لحالة خطر، ويعود إلى الظهور كلما حدثت حالة خطر من ذلك النوع" (كما ورد في ذيب الرواد، ومحمد حمدي، 2014: 592-593)، ويُعرف القلق بأنه "عدم الاستقرار العام نتيجة للضغط النفسي الذي يقع على عاتق الفرد، ما يسبب اضطراباً في سلوكه، ويصاحبه مجموعة من الأعراض النفسية والجسمية" (عبد الفتاح، 2004: 52)، وعلى الرغم من تعدد التعريفات للقلق فإنه يمكن القول: إن هناك اتفاقاً بين الباحثين والعلماء على أن القلق حالة انفعالية يشعر معها الفرد بالتوتر أو الخوف أو التوجس، ويرافقها الإحساس بعدم الأمن والخشية من التعرض للخطر والضعف والضيق والضياع، وعدم التركيز، ويصاحبها اضطرابات جسمية تؤثر في إنجاز الفرد وأساليب تكيفه، كما تؤثر على ميادين حياته المختلفة، (عبد الفتاح، 2004: 52).

2-9-3 أعراض القلق:

"يختلف مستوى القلق لدى الأفراد باختلاف الجنس، فقد أظهرت بعض الدراسات أن نسبة أعراض القلق عند الإناث أعلى منها لدى الذكور، كما يختلف مستوى القلق باختلاف المرحلة العمرية، حيث إن لكل مرحلة عمرية مطالبها ومظاهرها وحاجاتها ومشكلاتها، حيث يزداد القلق لدى الأطفال لعدم نضج الجهاز العصبي لديهم، ويأخذ مسارا مختلفا عند الراشدين والمسنين" (العناني، 2005: 35، والانصاري، 2002: 87)، غير أن أعراض القلق تشمل الأعراض الجسمية للقلق: الضعف العام، نقص الطاقة الحيوية، توتر العضلات، التعب، الصداع المستمر، العرق، ارتعاش الأصابع، شحوب الوجه، السرعة في نبضات القلب، الدوار، الغثيان، جفاف الفم والحلق، فقدان الشهية، اضطراب النوم، ارتفاع ضغط الدم، اضطراب في التنفس، ضيق الصدر، عسر الهضم وآلام المعدة، بينما تشمل الأعراض النفسية للقلق: القلق العام على الصحة وخصوصا لدى المرضى، العصبية الزائدة، عدم الاستقرار، الخوف، توهم المرض، سوء التوافق، ضعف التركيز، شرود الذهن، الهم، الخوف من الموت، الاكتئاب (غرابية، 2003: 118؛ الأنصاري، 2003: 194)، ويتضمن القلق أيضا أعراضاً أخرى، مثل: برودة الأطراف، والصداع وتوقع الأذى والمصائب، وعدم القدرة على تركيز الانتباه، والإحساس الدائم بتوقع الهزيمة والعجز والاكتئاب. (السنباري: 2002، ص 61)، ويُعد فرويد Freud أول من اقترح أساساً نفسياً للقلق، فهو يرى أنه يخدم الإشارات والمطالب الصادرة عن الأنا، وللصراعات اللاشعورية دور في ظهوره، هذا وقد ميز فرويد بين ثلاثة أنواع من القلق، هي: القلق الموضوعي، الذي يُعد قلقاً سوياً، ويكون مصدره العالم الخارجي، والقلق الأخلاقي، الذي يُعد نتيجةً للتفكير بعملٍ ما يمثل انتهاكاً للسلوك

الأخلاقي، والقلق العصابي، وهو عبارة عن خوفٍ غامض غير مفهوم، فهو رد فعل لخطر غريزي داخلي، لا يمكن معرفة سببه (نقلا عن صالح: 2003: 82-83)، ويرى رضوان (2002) أن للقلق ثلاثة مظاهر مرتبطة ببعضها، وهي: المظهر الجسدي، ويبدو في تسارع دقات القلب والتعرق وتوتر العضلات، والمظهر الانفعالي، ويبدو في الخوف من فقدان السيطرة على النفس، أو من الموت من عدم الشفاء من المرض، والمظهر السلوكي الذي يبدو في الهروب وتجنب المواقف الخطرة أو الحرجة.

2-9-4 مصادر القلق:

ويرى كفاي "أن القلق خبرة انفعالية مكدرّة أو غير سارة يشعر بها الفرد عندما يتعرض لمثير مهدد أو مخيف، أو عندما يقف في موقف صراعي أو إيجابي حاد، ويصاحب هذه الحالة الانفعالية الشعورية بعض المظاهر الفسيولوجية عندما تكون النوبة حادة" (كفاي، 1997: 342) فمصادر القلق عند الأطفال تتبلور بأعراض مختلفة عن الراشدين، وتبدو في الخوف من الظلام، ومن الوجوه الغريبة، ومن الحيوانات، أو الخوف من الانفصال عن الوالدين، أو من البقاء لوحدهم في البيت، أو خوف من الحرمان من الأم، وقد يظهر على شكل أحلام مزعجة وكوابيس ليلية، في حين يتبلور قلق المراهقين في الشعور بعدم الاستقرار، وعدم الشعور بالأمن، والخجل، والعدوان، والانسحاب، والشعور بعدم الكفاية، وعدم القدرة على إنجاز ما يطلب منهم، أو الخشية من الفشل والتردد، والارتباك (العناني، 2005 والانصاري، 2002).

إن لخبرة القلق مكونات معرفية وجسمية، فمن نماذج المكون المعرفي الأفكار التي تمر بذهن الشخص، مثل: "ربما أكون مصاباً بمرض في القلب"، ومن نماذج المكونات الجسمية تيبس

الرقبة والإغماء، والصداع.(Templer, Spencer and Hartlage, 1993, p.73)، كما ورد في كفاي، (1997).

ويرى أدلر Adler "أن القلق استجابة انفعالية موجهة إلى المكونات الأساسية للشخصية، ويعتقد أن البيئة التي يعيش فيها الفرد تسهم في نشأة القلق، لما بها من تعقيدات في محاولة الفرد التحرر من الشعور وتناقضات، بينما ينجم القلق عند أدلر بالنقص ومحاولته الحصول على التفوق" (نقلا عن أبي الهدى: 2006، ص 40-41)؛ في حين ترى هورني Horney "أن القلق استجابة انفعالية موجهة إلى المكونات الأساسية للشخصية، وتعتقد أن البيئة التي يعيش فيها الفرد تسهم في نشأة القلق، لما بها من تعقيدات وتناقضات"، بينما ينجم القلق عند أدلر Adler في محاولة الفرد التحرر من الشعور بالنقص ومحاولته الحصول على التفوق (كما ورد في عثمان: 1993، ص 39).

2-9-5 معدلات القلق:

يتداخل القلق مع الاضطرابات النفسية الأخرى (كالخوف، الاكتئاب، الضغط) ونادراً ما يكون منفرداً، لكنه يختلف عنها في الوقت ذاته، ويرى البعض أن كلا من القلق والخوف مترادفان، ولكن الغالبية العظمى تؤكد ضرورة التمييز بينهما، والفارق الأساسي يتمثل كما ورد في عبد الخالق، أحمد، نجوى اليحفوفي، (2004) القلق: هو توجس من خطر محتمل أو مجهول وغير أكيد الوقوع، والخوف: هو استجابة لخطر واضح وموجود، فالخوف يزول بزوال المنبه الذي أحدثه، ثم أشار أحمد، واليحفوفي، (2004) إلى مستويات القلق: فالحدود العادية طبيعية: استجابة طبيعية للإنسان نحو: مثيرات، أو مواقف، إحدى وسائل الدفاع والمحافظة على البقاء، ويعد قوة دافعة

لنشاط الإنسان والقيام بتحقيق طموحه (إيجابيا) تجاوز الحدود الطبيعية تزداد شدة القلق يصبح مصدراً للاضطرابات والأمراض يشكل مشكلة حقيقية للشخص ويسبب الكدر والضيق.

2-9-6 أنواع القلق:

توصل كاتل وسيلبرجر إلى التمييز بين جانبين من جوانب القلق. الجانب الأول: القلق الذي نشعر به، ويكون مرتبطاً بموقف معين ويزول بزواله، والجانب الثاني: المتعلق بالاستعداد للقلق وأطلقا على الجانب الأول: القلق كحالة anxiety State وأطلقا على الجانب الثاني: القلق كسمة، anxiety Trait فحالة القلق تشير إلى وضع طارئ ومؤقت عند تعرض الفرد لموقف يثير القلق، وتزول الحالة بزوال المؤثر، أما سمة القلق فتشير إلى أساليب استجابية ثابتة نسبياً تميز شخصية الفرد (كفافي، 1997)، وبشيء من التفصيل يمكن التمييز بين القلق كحالة والقلق كسمة:

2-9-6-1 حالة القلق:

حالة انفعالية طارئة ومؤقتة لدى الإنسان تختلف من حيث الشدة وتتذبذب من وقت لآخر، فهو موقفي بطبيعته، أي يرتبط بموقف أو ظرف معين ضاغط يتعرض له، وتزداد شدة حالة القلق لديهم في المواقف التي يرتبطون فيها مع غيرهم، وتهدد تقديرهم لذواتهم، وفي خبرات الفشل التي تهدد كفاية الفرد وتخضعها للتقويم؛ فحالة القلق تشير إلى وضع طارئ ومؤقت عند تعرض الفرد لموقف يثير القلق، وتزول الحالة بزوال المؤثر، ويتضمن قلق الحالة التغيرات الفيزيولوجية، وهي خبرة عابرة تتفاوت من حيث الشدة من وقت لآخر، أما إذا استخدم مصطلح القلق في وصف السمة الرئيسية لشخصية الفرد، فكان معناه سمة، أي أن الفرد يخبر حالة القلق بصورة مزمنة

تسمح بأن يقال عنه بأنه يتسم بسمة القلق، (الربيعي، 1997: نقلا عن بوكاني، مصطفى، 2001: 20).

2-6-9-2 سمة القلق:

"إن مفهوم السمة كما أكدت عليها معظم الدراسات الحديثة، تستخدم لوصف بناء الشخصية رغم الاختلاف على تحديدها، وإن معظم السمات ليست نتاجاً لغرائز طبيعية أو صراعات الإنسان داخلية، بل هي استجابات تكتسب وتتحول إلى سلوك وعادات مرضية أو صحية، وكذلك الحال بشأن الاضطرابات النفسية ومنها القلق، الذي يمكن اعتباره نموذجاً لهذه الاستجابات، حيث إن القلق هو استجابة شرطية لمنبهات اكتسبت قدرتها على إثارة هذا الجانب السلوكي بسبب ارتباطها بأحداث تبعث على الضرر أو الألم أو النفع أو الفائدة" (إبراهيم وآخرون، 1993، ص44) "والقلق بوصفه سمة ثابتة نسبياً للشخصية البشرية، ولكن يتفاوت الأفراد بدرجة امتلاكهم لها، إنها نزوع أو استعداد سلوكي مكتسب لدى الفرد، يعتمد على خبرته السابقة في تكوين ميله للاستجابة الثابتة نحو مثيرات معينة، فسمة القلق تدل على فروق ثابتة نسبياً بين الناس في تهيئهم لإدراك العالم بطريقة معينة، وفي ميلهم إلى الاستجابة للمواقف العصبية بأسلوب خاص" (عبدالخالق، 1987: 49)، ويشير صالح الدهري، (1995)، إلى سمة القلق بأنها "الاختلافات الفردية المستقرة نسبياً بخصوص القلق، الناتجة عن الاستعدادات لإدراك مدى واسع من المواقف المثيرة بكونها خطراً أو تهديداً، والنزعة نحو الاستجابة لها" (كما ورد عن الجنابي، فاضل رنا، و صبيح، عمران، 2004)، وسمة القلق تشير إلى استعداد ثابت نسبياً للقلق لدى الفرد، بينما تشير حالة القلق إلى استجابة انفعالية غير سارة تتسم بمشاعر ذاتية تتضمن التوتر والخشية والعصبية والانزعاج، ويمكن توضيح العلاقة بين سمة القلق وحالة القلق بأن سمة القلق

هي الاستعداد للقلق يكمن داخل الفرد وعند إثارته بمثيرات مهددة تبرز كحالة قلق (أمل الأحمد، 2001: 107-140). ويرى سبيلبرجر أن الشخص الذي يتصف بمستوى عالٍ من النزوع أو التهيؤ للقلق، يكون مهياً 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 (الأنصاري، 2004: 340)، وتتلخص العلاقة بين حالة القلق وسمة القلق في الآتي:

أ - كلما كانت سمة القلق عالية الشدة لدى الفرد زاد احتمال ارتفاع حالة القلق في المواقف المهددة للفرد.

ب- كلما كانت سمة القلق عالية الشدة ازداد عدد حالات القلق في المواقف المهددة؛ وذلك لميلهم على تأويل عدد كبير من المواقف على أنها خطيرة.

ج - ارتباط مستوى حالة القلق بإدراك الفرد للخطر والتهديد له أقوى أثراً من الخطر الحقيقي.

د - ذوو سمة القلق المرتفعة يشعرون بالتهديد من اختبارات الذكاء، ولا يظهرون ميلاً للاستجابة للأخطار الجسدية (عمليات ، صدمات كهربائية) بالنسبة لذوي سمة القلق المنخفضة ويرجع سبيلبرجر هذا لأن حالة القلق ترتبط بسمة القلق في مواقف تقدير الذات تحديداً، ولا ترتبط بمواقف أخرى، (بتصرف عن أحمد، اليحفوفي، 2004: 11-46).

أما عن تفسير العلاقة بين كل من القلق والاكتئاب، فقد اختلفت الدراسات والبحوث الإكلينيكية كثيراً، فبعضها قد وجد أن هناك تداخلاً وعناصر مشتركة بين هذين الاضطرابين،

وبعضها الآخر قد أكد على كونهما اضطرابين مختلفين لهما أعراض مختلفة، ولكن بعض الإكلينيكيين يرون أن القلق يتطور بشدة ليصبح اكتئاباً، ويؤكدون هذا الرأي بقولهم: إن القلق يقترن بصورة متكررة بالاكتئاب Comer, 1992 – Whitbourne & Halyin, 1991 – Wolman & Stricker, 1990. Silverstein & Blumenthal, 1997 (نقلا عن اليماني، 2004: 124-125)، وأكدت نتائج الدراسات السابقة على وجود فروق في الشعور بالقلق والشعور بالاكتئاب تبعاً لمتغير الجنس، وإلى وجود علاقة ارتباطية بين القلق والاكتئاب، (دانيا الشيوون، 2011)، كما يوضح أحمد عكاشة (2003) أن من أهم الأمراض التي تصاحب القلق: الاضطرابات العصبية، مثل: الاضطرابات الهستيرية والاكتئابية وزملة التعب المزمن، وعصاب الحوادث، والتوهم والاضطرابات الذهانية، ومنها: اضطراب الاكتئاب الرئيسي (عكاشة، 2003: 137).

2-10-1 الاكتئاب Depression:

قد تعددت آراء علماء النفس في تفسير أسباب حدوث الاكتئاب، فهناك النظرية البيولوجية والتي ترى أن الخبرات الانفعالية تؤثر على النشاط الكيميائي للدماغ، ومن ثم فالمشاعر والأفكار والسلوك قد تتغير تبعاً للتغيرات الكيميائية في الدماغ، ويفترض الباحثون أنه في حالة الاكتئاب تكون المواد الكيميائية العصبية مثل: السيروتونين، والدوبامين Serotonin, Dopamine ناقصة في الدماغ، وهذا النقص هو ما يسبب الشعور بالاكتئاب، في حين ترى النظرية التحليلية والتي تعد من أوائل النظريات التي شغلت بتفسير الاكتئاب والبحث عن أسبابه، وعلى رأسها فرويد أن الاكتئاب يحدث نتيجةً لفقدان موضوع الحب، سواء بالموت أو الهجر أو الخسارة، فالخبرات الضاغطة الصدمية، التي يواجهها الفرد في السنوات المبكرة من عمره، قد تجعله مستهدفاً بشكل أساسي للاكتئاب، بينما تعد النظرية السلوكية أن الاكتئاب ينجم عن تدني مستوى التدعيم الإيجابي

وارتفاع مستوى الخبرات السلبية غير السارة، في حين تشير النظرية المعرفية وعلى رأسها بيك Beck 1976 أن التشويه المعرفي لدى المكتئبين في خبرات الفشل والنجاح، وتحريف الإدراك والذاكرة، إذ ينخفض نسيان الأحداث السلبية المرتبطة بالتوقعات السلبية وبالشعور بعدم السرور واللذة، ويكثر نسيان الأحداث الإيجابية المتعلقة بالمتعة والسعادة، (كما ورد عن عبد اللطيف، 1997: 45-50، واليحفوني، 2003: 127-130).

ويعد القلق والاكتئاب من أهم الاضطرابات النفسية شيوعاً عند الأطفال والمراهقين والكبار وهناك العديد من الدراسات الأجنبية التي حاولت دراسة الفروق بين هذين الاضطرابين وإمكانية الفصل بينهما وتمييزهما عن بعضهما. من هذه الدراسات دراسة كلارك وستير وبيك، 1994 Waikar & Craske, (Clark, Steer, & Beck ، ودراسة ويكار، وكراسكي 1997 Miles) ، et al,2004,P.691، ويعد الاكتئاب من أكثر الأمراض النفسية شيوعاً في العالم كله، وذلك ما أكدته الأبحاث العالمية في هذا المجال، وترى منظمة الصحة العالمية أنه سوف يحتل المرتبة الثانية من أهم أسباب الوفاة والإعاقة في العالم بعد أمراض القلب بحلول عام 2020م، ويعرف الاكتئاب بأنه "حالة انفعالية وقتية أو دائمة، يشعر فيها الفرد بالانقباض والحزن والضيق، وتشيع فيها مشاعر الهم والغم، وتصاحب هذه الحالة أعراض محددة متصلة بالجوانب المزاجية والمعرفية والسلوكية والجسمية" (نقلا عن هندية، 2003: 8؛ وموسى: 2005، ص 21)، ويعد الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً، حيث بينت الإحصائيات الصادرة عن المعهد القومي الأمريكي للصحة النفسية عام 1981م أن الاكتئاب بأنواعه المختلفة في مقدمة الاضطرابات النفسية من حيث الانتشار، ويذكر أحمد عبد الخالق وسامر رضوان (1999) أن هناك دليلاً متزايداً على ارتفاع نسبة الاكتئاب لدى طلاب المدارس في سوريا، وأن النسبة أعلى بين المراهقين، وبخاصة

عند البنات (الزعيبي: 2005، ص 59 ؛ عبد الخالق ورضوان: 1999، ص 51)، الاكتئاب العصابي يطلق عليه - أحيانا - الاستجابة الاكتئابية، وتسيطر على مرض الاكتئاب العصابي حالة من الهم والحزن والانصراف عن الاستمتاع بمباهج الدنيا، والرغبة في التخلص من الحياة، مع هبوط النشاط ونقص الحماس للعمل والإنتاج، وفتور الشهية للطعام والجنس، ويصاحب كل ذلك أرق واضطراب في نوم المريض، والاكتئاب العصابي يصيب الفرد، بعد فقده لشخص أو شيء عزيز، أو تعرضه لموقف يستدعي الحزن، إلا أن الحزن الناتج لا يزول أو تخف حدته بمرور الوقت، كما يحدث للأشخاص الأسوياء، لكن يظل في شدته مع مرور الزمن، بل قد يتزايد. والاكتئاب العصابي لا تصاحبه هذات أو هلاوس (فرج طه (1999: 19).

2-10-2 تعريف الاكتئاب:

"الاكتئاب حالة من الحزن الشديد المستمر، تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة، وتعتبر عن شيء مفقود، وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه، وهناك شيء من التقارب في تعريف الاكتئاب بأنه: اضطراب نفسي يصاحبه مجموعة من الأعراض الإكلينيكية التي توضح الحالة النفسية والمزاجية للفرد التي تتمثل في الحزن الشديد والإحباط وفتور الهمة وعدم الاستمتاع بأي شيء والشعور بالتعب والإرهاق عند القيام بأي عمل، وضعف القدرة على التركيز، وعدم القدرة على اتخاذ القرارات، والشعور بالذنب، والإحساس بالتفاهة وعدم القيمة، وعدم القدرة على النوم وانعدام الثقة بالنفس"، (خليفة، 2003: 124 ؛ عباس وعبد الخالق، 2005: 206 ؛ الدسوقي، 2006: 7؛ والأنصاري: 2007، ص 193).

2-10-3 أعراض الاكتئاب:

تعد الأعراض في الاكتئاب النفسي العصابي والذهاني واحدة، تتراوح بين الدرجة المعتدلة والدرجة القاتلة (عيفي،1989)، ويتفق كل من (زهران،1978، عكاشة، 1998)، على أن هناك مجموعة من الأعراض يمكن تصنيفها على النحو الآتي:

2-10-3-1أولاً: الأعراض الجسمية:

تتأب المصاب بالاكتئاب حالات يمكن عدها أعراضاً جسمية، مثل: الانقباض في الصدر والشعور بالضيق، فقدان الشهية ورفض الطعام لشعور المريض بعدم استحقاقه له أو لرغبته في الموت، نقصان الوزن، والإمساك، والتعب لأقل مجهود، آلام في الجسم لاسيما في الظهر، ضعف النشاط العام، التأخر النفسي الحركي، والبطء والرتابة الحركية، وتأخر زمن الرجوع، توهم المرض والانشغال على الصحة، واضطراب النوم، واضطراب الدورة الشهرية للنساء، والكآبة على المظهر الخارجي.

2-10-3-2 ثانياً: الأعراض النفسية:

أما الأعراض النفسية التي تظهر على المصاب بالاكتئاب فهي: البؤس، واليأس، والأسى وهبوط الروح المعنوية، والحزن الذي لا يتناسب مع سببه، وانحراف المزاج وتقلبه، وعدم القدرة على ضبط النفس، وضعف الثقة في النفس، والشعور بعدم الكفاية وعدم القيمة والتفاهة، القلق والتوتر والأرق، فتور الانفعال، الانطواء والانسحاب والوحدة والانعزال، السكون والصمت، والشروود حتى الذهول، التشاؤم وخيبة الألم، والنظرة السوداء للحياة، والأفكار السوداء، والاعتقاد بأنه لا أمل في الشفاء، والانخراط في البكاء أحياناً، والتبرم بأوضاع الحياة وعدم القدرة على الاستمتاع بمباهجها، اللامبالاة، والنقص في الميول والاهتمامات والدافعية، إهمال النظافة والمظهر الشخصي، بطء

التفكير والاستجابة، وصعوبة التركيز، والتردد، وبطء وقلة الكلام، وانخفاض الصوت، الشعور بالذنب، واتهام الذات وتصيد أخطائها وتضخيمها، الأفكار الانتحارية أحيانا، والهلاوس، وضلالات عدمية (زهران، 1978، عكاشة 1998).

2-10-3-3 ثالثا: الأعراض العامة:

أما الأعراض العامة فأهمها نقص الإنتاج، وعدم التمتع بالحياة، وسوء التوافق الاجتماعي، وعلى الرغم من اختلاف المفاهيم والاتجاهات النظرية المتعددة التي قامت بفحص الاكتئاب فإنها تتفق على أن هناك علامات وأعراضا شائعة للاكتئاب، ويتم التشخيص الاكلينيكي وفقا لوجود بعضها، وبصفة خاصة حالة الحزن العميق، والتعاسة البادية التي لا تتفق مع أحوال حياة المريض. (السيد:1993).

2-10-4 أسباب الاكتئاب:

2-10-4-1 أولا: الأسباب الاجتماعية:

يرتبط الإنسان بعلاقات اجتماعية مع أسرته والآخرين من حوله ومع المجتمع الذي يعيش فيه، وهو يتفاعل معهم بقدر احتياجه لهم، فيؤثر فيهم ويؤثرون فيه، وترجع معظم الاضطرابات النفسية إلى اختلال التوازن بين الفرد والآخرين، ومن أهم الأسباب الاجتماعية: التربية الخاطئة كالتفرقة في المعاملة والتسلط والإهمال، أسلوب التنشئة الأسرية والمدرسية، وأثر الرفاق، والوحدة، والعنوسة، والتقاعد، والحرمان، وفقدان الحب والمساندة العاطفية، كفقد حبيب أو مفارقتة، أو فقد وظيفة أو ثروة أو مكانة اجتماعية، أو فقد الكرامة والشرف، والفشل العاطفي، وموت أحد الأقارب، والتوتر، الهجرة من الوطن، (زهران:1978).

2-4-10-2 ثانيا: الأسباب النفسية:

يرى المحللون النفسيون أنه إذا لم تشبع الحاجات النرجسية للفرد المهياً للإصابة بالاكتئاب يصبح تقديره لذاته في خطر، ومن أهم الأسباب النفسية للإصابة بالاكتئاب: التوتر، والانفعال والإحباط، والفشل، وخيبة الأمل، والكبت، والقلق، وضعف الأنا الأعلى، والصراع اللاشعوري، والشعور بالإثم، والرغبة في عقاب الذات، واتهام الذات، والتفسير الخاطئ غير الواقعي للخبرات الصادمة، وعدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعية وبين مفهوم الذات المثالية، وسوء التوافق، ويكون الاكتئاب على هيئة انسحاب وجود كره وعدوان مكبوت قد يتجه نحو الذات، يظهر في شكل محاولات انتحارية، ويكون الاكتئاب بمثابة الكفارة (زهران:1978) وهذا السلوك محاولة من المريض للمحافظة على تكامل الأنا محتفظة، وليقلل من مشاعر الذنب لديه عن طريق الألم، وليقلل من العدوان داخله بالانسحاب وتحريك الآخرين لمحاولة السيطرة عليهم.(أسعد جلال:1986).

2-4-10-3 ثالثا: الأسباب الجسمية:

هناك بعض العوامل الجسمية التي تقلل من قدرة بعض الناس على التكيف، فينهارون عند تعرضهم لشدة بسيطة يستطيعون مقاومتها في الحالات العادية مثل: الإصابة بالحميات والتسمم، وارتجاج المخ، أو في حالات ما بعد الولادة، وفي حالات الأنفلونزا الشديدة (عكاشة 1998) أو الإصابة بمرض خطير يؤدي إلى القنوط وتوقع الموت، كاضطراب القلب والسرطان، أو التدرن الرئوي..... إلخ (ياسين: 1988، كما ورد عن عكاشة، 1998).

2-10-4-4 رابعا: الأسباب الوراثية:

يرى الأطباء أن معظم الأسباب المؤدية إلى الاكتئاب ترجع إلى تأثير العوامل الاجتماعية والنفسية أكثر من الوراثية (ياسين:1988، كما ورد عن عكاشة، 1998) وتقرر منظمة الصحة العالمية أن نسبة انتشاره 3% بين السكان، وفي الأقارب 11% وبين الأشقاء بنسبة 23% وغير الأشقاء بنسبة 17% أما الطريقة التي تنقل بها الوراثة فما زالت غير معروفة، وتعمل بعض مراحل العمر كعامل مسبب للمرض؛ ففي مرحلة الشيخوخة يحدث الاكتئاب بسبب الضعف والعزلة وكثرة الأمراض والخوف من الموت، ويحدث في مرحلة منتصف العمر بسبب شعور الإنسان أن المتبقي من عمره أقل مما ذهب، وأنه لم يحقق آماله، فيعاني من الإحباط، ويمر بأزمة المفاهيم الوجودية ويفتقد المعنى والهدف من الحياة، لاسيما عندما يغادر الأولاد البيت بسبب الزواج والعمل، ويحدث في المراهقة بسبب الصراعات والمتناقضات وتضاعف الضغوط المختلفة على المراهق، ويكون المرض في هذه الحالة شديدا، وتكرر المحاولات الانتحارية، والنساء أكثر إصابة بالاكتئاب من الرجال بنسبة الضعف، بسبب التغير الهرموني لديهن، والنوع المكتنز أكثر الناس عرضة للمعاناة من الاكتئاب (عزت:1986، عن عكاشة).

2-10-4-5 خامسا: الأسباب العضوية:

إن الأعراض التي تترافق مع المرض، هي في الحقيقة ربما نتيجة تعرض المريض لضغوط نفسية هائلة في حياته اليومية، يعبر عنها بشكل لا إدراكي، من خلال الأعراض التي يشكو منها، دون أن يكون مدعياً أو متمارضاً؛ فمرضى الأمراض النفسجسمانية، يعانون بالفعل من أعراض شديدة، مثل: الغثيان والقيء، والآلام المبرحة، والتشنجات العضلية، والإغماء، وغيرها وكما يؤثر العقل والصحة النفسية على صحة الجسم، تؤثر الحالة الصحية للجسم على العقل،

وعلى الصحة النفسية برمتها كذلك، وأبسط مثال على ذلك هو الاكتئاب الذي يصيب مرضى السرطان أو مرضى الإيدز، أو غيرهما من المرض العضال، ففي هذه الحالات، يدرك المريض طبيعة مرضه ومدى خطورته، ما يدفع به إلى حافة الاكتئاب، وإن كان هناك قسم آخر من الاضطرابات العضوية التي تدفع أيضاً بالمريض إلى الاكتئاب، دون أن يكون الشخص مدرّكاً لإصابته بأي مرض أو اضطراب من الأساس، بل في بعض الحالات، تكون حالة الاكتئاب التي يعيشها المريض هي السبب في إثارة شكوك الطبيب في إصابة المريض بمرض، يشكل الاكتئاب أحد أعراضه، وأفضل مثال على ذلك، هو انخفاض مستوى هرمونات الغدة الدرقية، حيث تفرز مجموعة من الهرمونات، تؤدي دوراً حيوياً ورئيسياً في جميع العمليات الحيوية داخل الجسم تقريباً، وتتعرض هذه الغدة مثلها مثل غالبية أعضاء الجسم، إلى حزمة واسعة من الأمراض والاضطرابات، بداية بفرط النشاط (Hyperthyroidism)، مروراً بأمراض المناعة الذاتية والسرطان، ونهاية بانخفاض النشاط أو كسل الغدة الدرقية (Hypothyroidism)، (أكمل عبد الحكيم، 2012).

2-10-5 تصنيف الاكتئاب:

يصنف الاكتئاب كما ورد عن زهران، (1977)، إلى ما يأتي:

الاكتئاب الخفيف، وهو أخف صور الاكتئاب، والاكتئاب البسيط، وهو أبسط صور الاكتئاب، والاكتئاب الحاد (السواد)، وهو أشد صور الاكتئاب حدة، والاكتئاب المزمن، وهو دائم وليس في مناسبة فقط، والاكتئاب التفاعلي (أو الموقفي)، وهو رد فعل لحلول الكوارث وهو قصير المدى، والاكتئاب الشرطي، وهو اكتئاب يرجع مصدره الأصلي إلى خبرة جارحة، يعود إلى الظهور بظهور وضع مشابه أو خبرة مماثلة للوضع أو الخبرة السابقة، اكتئاب سن القعود، ويحدث

عند النساء في الأربعينيات، وعند الرجال في الخمسينيات، أي عند سن القعود، أو نقص الكفاية الجنسية أو الإحالة إلى التقاعد، ويشاهد فيه القلق والهم والتهيج والهذاء وأفكار الوهم والتوتر العاطفي والاهتمام بالجسم، وقد يظهر تدريجيا أو فجأة، وربما صحبته ميول انتحارية، ويسمى أحيانا سوداء سن القعود، الاكتئاب العصابي، والاكتئاب الذهاني، والفرق بين الاكتئاب العصابي والاكتئاب الذهاني فرق في الدرجة، وفي الاكتئاب الذهاني يسيء المريض تفسير الواقع الخارجي، ويصاحبه أوهام وهذيانات الخطيئة، وأخيرا الاكتئاب كأحد دوري ذهان الهوس والاكتئاب.

2-10-6 علاج الاكتئاب:

قد تزول أعراض الاكتئاب دون علاج، ولكن ذلك يستغرق عادة فترة ليست قصيرة، لذلك يتم علاج حالات الاكتئاب الخفيف عادة خارج المستشفى إذا لم يكن هناك خطر محاولة الانتحار، أما إذا كان هناك محاولات فيحسن العناية بالمريض داخل المستشفى، (عمر شاهين، يحيى الرخاوي، 1977: 18). ويحسن بعد انتهاء العلاج أن يتردد المريض على العيادة النفسية مرة كل شهر لمدة (6 أشهر) إلى (سنة)، للتأكد من عدم الانتكاس، وأن التحسن ليس مجرد فترة انتقالية إلى طور آخر من الاكتئاب أو الهوس، وفيما يلي أهم معالم علاج الاكتئاب:

2-10-6-1 العلاج النفسي للاكتئاب:

ويخاصة العلاج التدعيمي، وعلاج الأسباب الأصلية، والعوامل التي رسبت الاكتئاب، والفهم وحل الصراعات وإزالة عوامل الضغط والشدة، وتخليص المريض من الشعور بالذنب، والغضب المكبوت، والبحث عن الشيء المفقود بالنسبة للمريض، وإبراز إيجابيات الشخصية والمساندة العاطفية والتشجيع، وإعادة الثقة في النفس والوقوف بجانب المريض وتنمية بصيرته وإشاعة روح التفاؤل والأمل لديه، (شاهين، والرخاوي 1977).

وهناك مجموعة من سبل العلاجات الأخرى مثل: العلاج البيئي للاكتئاب؛ لتخفيف الضغوط والتوترات وتناول الظروف الاجتماعية والاقتصادية (بتغييرها أو التوافق معها)، والعلاج الاجتماعي والعلاج الجماعي، والعلاج بالعمل، والعلاج الترفيهي، وإشاعة جو التفاؤل والمرح حول المريض، والعلاج بالموسيقى، وتلاوة وسماع وحفظ القرآن، والعلاج المائي، وعلى العموم يجب عمل حساب احتمال الإقدام على الانتحار في أي مريض بالاكتئاب حتى ولو لم يبد ذلك دون مجاهرته بذلك، حتى لا نلقت نظره إلى التفكير في الانتحار، ويزيد من احتمال الانتحار انتحار شخص مهم في حياة المريض كأحد الوالدين مثلا، ويلاحظ أنه رغم أن عدداً أكبر من النساء يهددن بالانتحار، فإن عدداً أكبر من الرجال هم الذين ينتحرون بالفعل.

وهنا يبرز الوقاية أو العلاج الوقائي من الاضطرابات النفسية وهي لا تكلف شيئاً، خيراً من الاضطرار إلى العلاجات النفسية والطبية؛ وإذا كان لزاماً، يفضل ان ترافق العلاج النفسي وجميع ما ذكر من علاجات أخرى مع العلاج الطبي للاكتئاب، وتكامل الاختصاصات في العلاج الاكتنابي.

2-11 الدراسات السابقة:

جرت العادة والتقليد المنهجي الأكاديمي على أن يخصص الباحث جزءاً من دراسته لعرض الدراسات السابقة المرتبطة بدراسته؛ وذلك لما لهذه الدراسات من أهمية بالغة، من أجل إعطاء تصور واضح وشامل لما وصل إليه السابقون في مجال دراسته، وما اتفقوا عليه وما اختلفوا فيه، ما يسهل مهمة الباحث ويساعده على تناول موضوع دراسته بأكثر شمولية وتجديد، وبعيدا عن التكرار، كما تيسر له تحديد بداية بحثه من حيث انتهى الآخرون، ما يعطي للدراسات العلمية صفة الاستمرارية والتواصل والتكامل، ولذا فإن مراجعة التراث العلمي الخاص بهذه الدراسات المرتبطة

بالدراسة الحالية تثري الدراسة الحالية، وتبين هويتها الخاصة عن سابقتها؛ ولذلك رأت الباحثة أن تختم الإطار النظري في كل متغير من متغيرات "الاضطرابات النفسية، والاضطرابات السيكوسوماتية، والأمراض الدرقية"؛ بالدراسات السابقة والمتعلقة بكل منها على حدة. فمن الدراسات السابقة التي اهتمت بالاضطرابات النفسية موضوع الدراسة، الدراسات الآتية:

1-دراسة إبراهيمي نجاد (2006) بعنوان: المظاهر السلوكية لاستراتيجية التعامل

والشخصية، والمعاناة النفسية والألم للمرضى الناجين من زلزال مدينة بام الإيرانية: تناولت الدراسة المظاهر السلوكية لاستراتيجية التعامل والشخصية، والمعاناة النفسية والألم للمرضى الناجين من زلزال مدينة بام الإيرانية، وتم اختيار 86 شخصاً ممن كانوا يعانون من الضغوط ما بعد الصدمة بعد مرور 6 أشهر من الزلزال، وأكملوا استبياناً ومقياس المستشفى (HADS) للقلق والاكتئاب، واستخبار آيزنك للشخصية (EPQ) واستبيان ماككيل للألم (MPQ)، أظهرت النتائج علاقة ارتباطية موجبة للقلق والاكتئاب بالأبعاد الخمسة لاستبيان (MPQ)، كما أظهرت أن مستويات عليا من العصابية ترتبط بصفتي الإنكار والاستسلام بدرجة كبيرة، والعصابية عالية ترتبط بدرجات كبيرة من المعاناة الانفعالية.

2- دراسة الأنصاري (2003) بعنوان: الفروق بين طلبة وطالبات جامعة الكويت في

القلق والاكتئاب ، هدفت الدراسة إلى التعرف على الفروق بين طلاب وطالبات جامعة الكويت من الجنسين في معدلات انتشار القلق والاكتئاب، وكذلك تحديد أكثر الأعراض انتشاراً لديهم، وتكونت عينة الدراسة الكلية من (1103) طالباً وطالبة، بواقع (361) طالباً و (742) طالبة، استخدم الباحث في الدراسة مقياس جامعة الكويت للقلق KUAS وقائمة "بيك" الثانية للاكتئاب BDI-II.

وكشفت نتائج الدراسة أن الطالبات أكثر قلقًا واكتئابًا من الطلاب كما كشفت أن من بين أكثر عشرة أعراض للقلق لدى الطلاب والطالبات هو قلق المستقبل.

3-دراسة الجنابي وصبيح (2004) بعنوان: قلق المستقبل لدى المرأة العراقية في ظل

العراق الجديد: استهدفت الدراسة الكشف عن مستوى قلق المستقبل لدى المرأة العراقية في ظل العراق الجديد، والكشف عن الفروق ذات الدلالة الإحصائية في درجة قلق المستقبل لدى المرأة تبعاً للمتغيرات الاتية: أ- المهنة (طالبة، موظفة، ربة بيت) ب- العمر للفئات من (20-29) سنة (30-39) سنة،(40 سنة فما فوق) ج- الحالة الاجتماعية (متزوجة، غير متزوجة)، د- الحالة الاقتصادية (ضعيف،دون الوسط، متوسط، فوق الوسط، مرتفع)، هـ- التحصيل الدراسي (دراسات عليا، بكالوريوس، دبلوم / إعدادي، متوسطة، ابتدائية)، وتألقت عينة الدراسة من (300) امرأة (117) موظفة و (70) ربة بيت و (113) طالبة من مدينة بغداد، استخدمت الباحثتان مقياس قلق المستقبل المتضمن 58 فقرة، وشمل المجال النفسي والمجال الاقتصادي والمجال الأسري والمجال الاجتماعي والمجال الصحي، وأظهرت نتائج الدراسة شيوع قلق المستقبل بين أفراد العينة، وكذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة تبعاً لمتغير العمر والمهنة والحالة الاجتماعية والحالة الاقتصادية، كما دلت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعاً لمتغير التحصيل الدراسي ولصالح النساء اللواتي لديهن التحصيل الابتدائي.

4-دراسة: الجريسي عبد العزيز (2003) بعنوان: "الاكتئاب النفسي لدى مرضى

سرطان الرئة بمحافظة غزة وعلاقته ببعض المتغيرات": هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة في محافظات غزة، ومعرفة ما هي أبعاده ومدى العلاقة بين مستوى السلوك الديني والاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة في محافظة غزة، والعلاقة

بين منطقة السكن ومستوى الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة ومحافظة غزة، والعلاقة بين المستوى التعليمي والاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة في قطاع غزة والعلاقة بين العمر والاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة في قطاع غزة، وكانت العينة تتمثل في 200 فرد من أفراد المجتمع الفلسطيني، ويوجد تكافؤ في المرحلة العمرية والمستوى التعليمي والمنطقة السكنية وتم اختيار العينة بالطريقة العشوائية الطبقية، حيث قام الباحث بتوزيع درجات مقياس بك للاكتئاب عليهم لمقارنة الدرجة التي يحصل عليها المرضى وعمل مستوى للاكتئاب، واستخدم الباحث الإحصائية التالية: المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، والتكرارات، والنسب المئوية، وتحليل التباين الأحادي، واختبار شفهيمة البعدي لمعرفة اتجاه الفروق بعد تحليل التباين، واستخدم أيضا معامل ارتباط بيرسون، وكانت النتائج تتمثل بأن مرضى سرطان الرئة يعانون من الاكتئاب بدرجات متفاوتة، والكثير الأكبر يعانون من الاكتئاب بدرجة متوسطة وكبيرة، وتوجد علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية سالبة بين الاكتئاب والسلوك الديني، وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في الالتزام الديني لدى مرضى سرطان الرئة، تعزى إلى متغير فئة العمر، لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية. - لصالح المجموعة أكثر من 60 ومن 60- 40

5-دراسة: غانم محمد حسن (2002) بعنوان: "مشكلات النوم وعلاقتها بالقلق الصريح

والاكتئاب": هدفت الدراسة إلى فحص العلاقة بين مشكلات النوم وكل من القلق والاكتئاب لدى عينة غير إكلينيكية من الذكور الأسوياء، وبلغت العينة في كل فئة (100) فرد، وتراوحت أعمارهم ما بين (17- 57) عاما - بمتوسط قدره (31.75) سنة وانحراف معياري قدره (10.85) سنة، وتم تطبيق استبيان مشكلات النوم من إعداد الباحث، واختبار تايلور للقلق الصريح، وقائمة بيك للاكتئاب، واستخدم الباحث الأساليب الإحصائية الآتية: حساب المتوسطات الحسابية للانحرافات

المعيارية، قيمت لحساب دلالة الفروق بين المجموعات، حساب معاملات ارتباط بيرسون وتم Z بين المجموعات قيم التوصل إلى عدة نتائج، وهي وجود علاقات ارتباطية موجبة بين مشكلات النوم والقلق الصريح والاكنتاب، وبين الاكنتاب والقلق الصريح لدى عينة الذكور، ووجود علاقات ارتباطية سالبة بين عادات النوم وطقوس النوم ومشكلات النوم والاكنتاب لدى عينة الإناث، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في جانب الإناث في مشكلات النوم، والقلق الصريح، والاكنتاب.

6-دراسة دي سوزا وآخرين (2003) De Souza et al. بعنوان: تواتر حالة- سمة

القلق وسيطرة الاكنتاب لدى المصابين بمرض الإعاقة الرئوية المزمن بمركز العلاج الرئوي في جامعة ساوبولو: أجريت الدراسة بهدف وصف تواتر حالة- سمة القلق وسيطرة الاكنتاب لدى المصابين بمرض الإعاقة الرئوية المزمن، وكانت العينة تتألف من 30 مريضاً اختيروا من بين 75 مريضاً من مركز العلاج الرئوي في جامعة ساوبولو، وكان متوسط أعمار أفراد العينة 65.5 سنة وكانت أدوات الدراسة المستخدمة هي قائمة بيك للاكنتاب وقائمة حالة- سمة القلق، ورسم أشكال الإنسان (اختبار التخطيط الإسقاطي) لدراسة مظاهر الشخصية، وبينت النتائج أن مرضى الإعاقة الرئوية المزمن كانوا يعانون من الشعور العام بضعف الثقة بالنفس والدونية، مع صعوبة إقامة علاقات ودية، وكانت سمات وحالات القلق مرتفعة، وكذلك كان الحال بالنسبة للاكنتاب، وبينت الدراسة بأن المدخنين أكثر قلقاً من غير المدخنين، وأن القلق نفسه أو محاولة خفضه ربما يسبب البدء بالتدخين.

7-دراسة العويضة سلطان بن موسى، (2004) بعنوان: مستوى القلق والاكنتاب لدى

الطلبة المغتربين وغير المغتربين في جامعة الزيتونة: هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى القلق والاكنتاب لدى عينة من الطلبة المغتربين وغير المغتربين، فضلاً عن التعرف على العلاقة بين

القلق والاكتئاب، إلى جانب التعرف على الاختلافات في مستوى القلق والاكتئاب في ضوء متغيرات المستوى الدراسي والجنسية والكلية، ومصدر التمويل الدراسي، وجنس الطالب، وكانت عينة الدراسة (184) طالباً وطالبة، وأشارت النتائج إلى وجود المستوى نفسه بين مستويات القلق والاكتئاب لدى عينة الطلبة المغتربين، وعينة الطلبة غير المغتربين فقد كانت بالمستوى نفسه، وإن هناك دالة إحصائية بين القلق والاكتئاب، ولم يكن هناك اختلاف في قوة العلاقة بين القلق والاكتئاب بين عينة الطلبة المغتربين وعينة الطلبة غير المغتربين، وأشارت إلى وجود اختلاف في مستوى القلق والاكتئاب تبعاً لمتغير الجنس؛ إذ إن مستوى القلق والاكتئاب لدى الإناث أعلى مقارنة بالذكور (العويضة: 2003-2004).

8-دراسة عديلة حسن طاهر، (2002) بعنوان: القلق والاكتئاب لدى عينة من المطلقات وغير المطلقات في مدينة مكة المكرمة، وهدفت الدراسة إلى الكشف عن الفروق بين المطلقات وغير المطلقات في متوسط القلق والاكتئاب، واستخدمت الباحثة مقياس الطائف للقلق والاكتئاب على عينة من (180) من المطلقات وعينة ضابطة من (180) من غير المطلقات في مدينة مكة المكرمة، وشملت تساؤلات البحث وفرضياته موزعة على أبعاد هي الفروق العامة بين المطلقات وغير المطلقات، الفروق بين المطلقات تبعاً لمصدر الطلاق، البعد الزمني، ومن ذلك عمر المطلقة عند الزواج، والعمر الحالي، والمدة بعد الطلاق، والأحوال الاجتماعية والاقتصادية، والأمومة، ورعاية الأبناء، وتحليل البيانات إحصائياً انتهت الدراسة إلى وجود دلالة إحصائية من القلق والاكتئاب بالمطلقات مقارنة بعدم المطلقات. (التونسي طاهر: 2002).

9-دراسة غريب عبد الفتاح غريب، (2008) بعنوان: الاضطرابات الاكتئابية التشخيص، عوامل الخطر، النظريات والقياس: هدفت الدراسة إلى تشخيص الاضطرابات الاكتئابية

ثم أهم عوامل خطر الإصابة بهذه الاضطرابات، وأهم النظريات التي حاولت تفسير هذه الاضطرابات، وأخيراً قياس الاضطرابات الاكتئابية لدى الكبار والصغار، ففي مجال تشخيص الاضطرابات الاكتئابية تناول غريب 2008 الاضطرابات الوجدانية عموماً، وتوضيح مكوناتها، وتخصيص الدراسة للاضطرابات الاكتئابية بوصفها إحدى فئات الاضطرابات الوجدانية، ثم تناول محكّات تشخيص والتشخيص الفارقي للاضطرابات الاكتئابية والاضطرابات الأخرى التي يمكن أن توجد معها، أما المحور الثاني للدراسة فتناول خطر الإصابة بالاضطرابات الاكتئابية، وتضمنت هذه العوامل: الجنس (النوع)، التاريخ العائلي، الشخصية والمزاج، الاستهداف المعرفي، الاستهداف البيئي: (الخلل، نقص المهارات الاجتماعية، الوحدة)، العلاقات البيئية: (التعلق، أساليب المعاملة الوالدية)، الضغط، أما المحور الثالث فتناول موضوع قياس الاكتئاب، مقياس بك المختصر للاكتئاب، مقياس بك الثاني للاكتئاب، ومقياس الاكتئاب (د) للصغار، وتركز تناول على وصف كل مقياس وعرض الدراسات العربية والأجنبية للصدق والثبات. (غريب:2007).

10-دراسة حسن إبراهيم المحمداوي، (2008) بعنوان: دراسة بعض أعراض الاكتئاب لدى المسنين من الجالية العربية في السويد: هدفت الدراسة فضلاً عن بناء مقياس للاكتئاب لدى المسنين العرب في السويد الإجابة عن الأسئلة الآتية: التعرف على مامستوى الاكتئاب النفسي لدى المسنين، وهل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب وفقاً لمتغيري: الجنس، الحالة الاجتماعية، ولتحقيق ذلك تطلب بناء مقياس للاكتئاب لدى المسنين، وطبق دراسته على عينة بلغ قوامها (50) مسناً من أفراد الجالية العربية المقيمة في السويد التي تجاوزت أعمارهم (65) سنة، وأسفرت الدراسة عن وجود أعراض اكتئابية لدى عينة البحث، وأن الإناث والمترملين أكثر شعوراً بالاكتئاب من الآخرين. (المحمداوي 2008).

2-12 التعليق على هذه الدراسات:

هدفت معظم الدراسات السابقة المتعلقة بالقلق إلى الكشف عن سمة أو حالة القلق لدى عينة الدراسة، أو التعرف على علاقة القلق بمتغيرات أخرى، أو المقارنة بين فئتين أو أكثر، أما فيما يخص الفئات، فكانت تضم طلاب وطالبات الجامعة، والموظفين، والمشرفين المدنيين والعسكريين والموظفات، وريات البيوت، والمستهدفين من فئات عمرية مختلفة، والمصابين بالأمراض والاضطرابات النفسية، وتراوح حجم العينات بين 86 و 1674 فرداً، وكان هناك اختلاف في استخدام الأدوات، حيث استخدمت بعض الدراسات مقاييس خاصة بها لقياس القلق، كـمقياس قلق المستقبل (دراسة الجنابي وصبيح، 2004 ودراسة زاليسكي وجانسو، 2000 ودراسة مرسي، 1983)، واعتمد كذلك مقياس جامعة الكويت للقلق KUAS (دراسة الأنصاري، 2003)، ومقياس مستشفى الطائف (دراسة تونسي، 2002) ومقياس قلق الموت (دراسة عبد الخالق، 1993)، ومقياس القلق (الحالة، السمة) (دراسة حمام، 1993). أما الأدوات الاحصائية، فإنه تم استخدام الأدوات نفسها التي سبق الإشارة إليها في الدراسات السابقة المتعلقة بالشخصية.

وتبين من استعراض نتائج بعض تلك الدراسات، شيوع القلق بين أفراد عينة الدراسة، كما في دراسة (الجنابي وصبيح، 2004)، وأظهرت دراسة أخرى علاقة ارتباطية موجبة بين القلق والأبعاد الخمسة لاستبيان ماككيل (MPQ) للألم (دراسة إبراهيمي نجاد، 2006). بينما أشارت النتائج إلى ارتفاع سمات وحالات القلق لدى أفراد عينة دراسة أخرى من المرضى (دراسة دي سوزا وآخرين، 2003). لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية تبعاً للعمر والمهنة والحالة الاجتماعية والاقتصادية، ولكن كانت هناك فروق في التحصيل الدراسي كما أظهرت نتائج دراسة (الجنابي

وصبيح، 2004). بينما توصلت نتائج دراسة أخرى إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المطلقات من مستويات عمرية مختلفة في متوسط درجات القلق (دراسة تونسي، 2002).

فمن حيث الأهداف: تناولت الدراسات السابقة التي تم عرضها العديد من المتغيرات، وكان الهدف منها على سبيل المثال: مستوى القلق والاكتئاب لدى عينة الطلبة المغتربين وغير المغتربين، القلق والاكتئاب لدى عينة من المطلقات وغير المطلقات، الاضطرابات الاكتئابية التشخيص، عوامل الخطر، النظريات والقياس، بعض أعراض الاكتئاب لدى المسنين من الجالية العربية في السويد.

من حيث حجم ونوع العينة: كبيرة في دراسة الأسوياء، وصغيرة في دراسة المرضى، وشملت الدراسات الإناث والذكور، وكانت عينات مختلفة من العمر، فكانت تتراوح من المراهقة وصولاً إلى أكبر الفئات العمرية من سن المراهقة إلى سن الكبار، طبقت بعض الدراسات على الأصحاء وتقريباً في أغلب الدراسات السابقة، والأخرى طبقت على الذين بهم عوارض نفسية، طبقت أغلب الدراسات السابقة إما في البلدان العربية للعرب، أو في البلدان الأجنبية للأجانب، إلا أنه لم تتضمن دراسة محلية.

2-13 تعقيب على الدراسات السابقة:

يتبين لنا من العرض السابق للدراسات السابقة، أن العديد من الدراسات تناولت متغيري القلق وسمات الشخصية، بالبحث والدراسة، وهدفت هذه الدراسات المتعلقة بسمات الشخصية إلى الكشف عن السمات الرئيسية لدى عينة الدراسة، أو التعرف على الفروق على وفق متغيرات أخرى كالجنس والعمر والتحصيل الدراسي والحالة الاجتماعية إلخ .

وفيما يتعلق بمتغير القلق، فإن الدراسات التي استعرضت هدفت في مجملها إلى تحديد درجة شيوع ظاهرة القلق لدى عينة الدراسة، كما هدفت هذه الدراسات أيضاً إلى تحديد أهم مظاهر القلق لدى أفراد العينة، وهدفت هذه الدراسات إلى التعرف على أثر المتغيرات المستقلة للدراسة، مثل: الجنس، الحالة الاجتماعية، العمر، وغيرها، على القلق. ففي حين أكدت بعض الدراسات وجود أثر لهذه المتغيرات على القلق، عارضتها دراسات أخرى، وهذا شيء طبيعي ويتأثر بعوامل عديدة، منها ما يتعلق بمجتمع البحث، وحجم العينة، والأدوات المستخدمة في هذه الدراسات، وعلى الأغلب بينت هذه الدراسات أن القلق ينتشر في مجتمعات مختلفة، بنسب متفاوتة لدى الأفراد في مختلف الفئات الاجتماعية، وتبين من استعراض الدراسات السابقة ما يأتي:

1- أن الاختلاف في نتائج الدراسات السابقة يعزى إلى نوع وطبيعة الأدوات المستخدمة، وعدد الفقرات التي تضمنتها، والسمات التي تناولت قياسها، وكذلك إلى حجم العينة وطبيعة مجتمع البحث والوسائل الإحصائية التي اعتمدها الدراسة، حيث تباينت تلك الوسائل حسب اختيار الباحثين وقناعتهم بملاءمتها للدراسة في الوصول إلى تحقيق أهدافها، فضلاً عن عوامل البيئة الاجتماعية والثقافية التي يمكن أن يكون لها دور في تباين النتائج.

2- وتتميز الدراسة الحالية عن سابقتها بالشكل الآتي: الدراسات السابقة في مجال الاضطرابات النفسية المذكورة سلفاً؛ لم تدرس علاقة الاضطرابات النفسية بالاضطرابات السيكوسوماتية، أو بأمراض الغدة الدرقية وهو ما يميز الدراسة الحالية عن سابقتها في الاضطرابات النفسية؛ كما أن الدراسات السابقة في الاضطرابات النفسية لم تهتم بالمرضى الفعليين بالاضطرابات الدرقية، وأنها تهتم بربط كل من الاضطرابات النفسية بمتغيرات أخرى؛ وهو أيضاً ما يميز الدراسة الحالية عن سابقتها في الاضطرابات النفسية، أضف إلى ذلك فإن الدراسات السابقة

المذكورة لم تهتم بعلاقة الاضطرابات النفسية بالاضطرابات السيكوسوماتية وهو كذلك ما يميز الدراسة الحالية عن سابقتها في الاضطرابات النفسية

2- 14 الاضطرابات السيكوسوماتية:

بلغت مشكلة الاضطرابات السيكوسوماتية حجماً متضخماً، حيث ارتبط انتشارها بالحضارة الحديثة وما أدت إليه من اضطرابات في العلاقات الاجتماعية بين الأفراد، كما أدى التقدم التكنولوجي والصناعي إلى تغييرات شديدة في ثقافات المجتمعات وعاداتهم وتقاليدهم، ما أدى إلى زيادة القلق والتوتر، في الوقت الذي لا يُسمح بالتعبير عن هذه الانفعالات تعبيراً صريحاً، فكان مأل ذلك الاكتئاب، ومن ثم تكون هذه الأحداث التي يمر بها الفرد يوماً بعد يوم سبباً في نمو وتزايد الاضطرابات السيكوسوماتية، (شقير، زينب 2002م: 13) إن الحادثة النفسية لا تحدث بمعزل عن الوسط العضوي ووظائفه، بل إن الوسط العضوي شرط للحادثة النفسية، ولذا فإن النفس والجسم وحدة متكاملة متناسقة لا يمكن فصلهما. (عكاشة، أحمد 1998م: 50)، أي إن الحادثة النفسية لا تجري مستقلة عن الجسم ووظائفه بل تحدث فيه، ويرافقها تغيرات فيزيولوجية متعددة مثل: (الخلل الذي يصاحبه زيادة في ضربات القلب وتغير في توزيع الدم، ونقص في إفراز اللعاب وتوتر في العضلات)، وهذا المنهج العلمي في علم النفس يسمى بالمنهج التكاملية الذي يربط بين العلوم السيكولوجية والفيزيولوجية والاجتماعية، ولا ينظر إلى الإنسان من حيث هو جسم ونفس ينضافان إلى بعضهما أو مجموعة أجزاء نفسية يلصق بعضها إلى بعض، بل ينظر إليه من حيث إنه وحدة نفسية جسمية اجتماعية. (الحاج، فايز 1996م: 20)، تؤكد زينب شقير، (2002: 14) أن الاضطرابات الانفعالية الكامنة هي السبب الرئيسي في ظهور وانتشار الاضطرابات السيكوسوماتية بأنواعها المختلفة، وتنتشر الاضطرابات السيكوسوماتية في فئات عمرية ومهن

مختلفة ومتباينة، ولا تقتصر على سن معينة، إذ تنتشر بين الشباب والشيوخ، بل هي أكثر شيوعاً بين الشباب، (حياة أمين، 1999، 50)، لقد تبين أن هرمون (Norepinephrine) الذي يُفرز أثناء الضغط النفسي (stress) ينشط الخلايا للمفاوية من النوع الثاني، التي تفرز (IL-10) وهو سيتوكاين مثبط للمناعة الخلوية، وبالمقابل تثبيط الخلايا للمفاوية من النوع الأول (Gorbunova A. V. 2000).

2-14-1 تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية:

يقصد بالاضطرابات السيكوسوماتية مجموعة من الاضطرابات التي تتميز بالأعراض الجسمية التي تحدثها الاضطرابات النفسية، وهذا يوضح تأثير الاضطرابات النفسية على حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية؛ كما أن الاضطرابات السيكوسوماتية هي "اضطرابات جسمية موضوعية ذات أساس وأصل نفسي، وذلك بسبب الاضطرابات الوجدانية الشديدة التي تؤثر على المناطق والأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي"، (الزراد، فيصل 1984: 121).

والتفسير السيكولوجي للاضطرابات السيكوسوماتية يقوم على أساس أنها تعبير عن طاقة حبيسة غير مُشبعة، أو تعبير عام عن توتر لم يتم التعبير عنه بالوسائل المباشرة، وهي أشبه بالأعراض العصابية وإن اتخذت صورة التعبير الجسدي، كما أن الأفراد الذين يُصابون بمثل تلك الاضطرابات قد يكونون مهيين أكثر من غيرهم للتعبير الجسدي عن التعبير السلوكي، وقد يكون لهذه الأعراض دور رمزي، أي إن إصابة عضو معين في الجسم لا يعود إلى ضعفه التكويني بقدر ما يعود إلى أن وظيفة هذا العضو لها علاقة بالموقف الإحباطي الذي سبب هذه الاضطرابات، (إبراهيم، إبراهيم: 1992: 188).

ورغم تعدد التعريفات التي تناولت الاضطرابات السيكوسوماتية واختلافها حسب التخصصات والاتجاهات العلمية، ولكن هذا التعدد لم يؤثر في المفهوم العام للاضطرابات السيكوسوماتية، ولغويا نجد أن كلمة سيكوسوماتي مشتقة من كلمة سيكو (Psycho) التي تعني (الروح أو النفس أو العقل)، وكلمة سوما (Soma) تعني البدن، وفي اللغة العربية يطلق على مُصطلح (سيكوسوماتي) نفس جسمي، وتختصر هذه الكلمة إلى النفسجسمي (الصبان، عبير 2003: 69)، وجاء في قاموس علم النفس أن المفهوم السيكوسوماتي يعني العلاقة بين الظاهرة النفسية السوية واللاسوية والظروف الجسمية للفرد، (الخالدي، أديب، 2006: 580) ويعرفها علماء التحليل النفسي بأنها "تعبير خاص عن أسلوب الحياة لدى الفرد وطرائقه في مواجهة القلق والنزعات النفسية المكبوتة" (الزباد ، فيصل، 2000: 19)، وتعرف الاضطرابات السيكوسوماتية أيضا بأنها "اضطرابات جسمية موضوعية ذات أساس وأصل نفسي، وتصيب المناطق والأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي"، ويهتم الطب السيكوسوماتي اهتماماً خاصاً بهذه الاضطرابات، (زهران، 1997: 469)، وتعرفها دائرة المعارف البريطانية بأنها "استجابات جسمية للضغوط الانفعالية، تأخذ شكل اضطرابات جسمية، مثل: الربو، وقرحة المعدة، وضغط الدم المرتفع، والتهاب المفاصل الروماتيزمي، وقرحة القولون، وأمراض الغدة الدرقية، وغيرها، (شقيير زينب، 2002، 23)، وطبيعي أن الاضطرابات السيكوسوماتية تستعصي على العلاج الجسمي أو العلاج النفسي وحده، لذلك من الضروري الجمع بينهما، وكذلك علاج البيئة، أي أن العلاج الطبي لا يكفي وحده لعلاج الاضطرابات السيكوسوماتية، ولا بد من الاهتمام بالنواحي النفسية أيضاً لإتمام الشفاء (الصبان ،عبير، 2003: 70).

وهكذا يتضح من خلال العرض لمجموعة من تعريفات الاضطرابات السيكوسوماتية أن المرض السيكوسوماتي أو المرض النفس جسمي هو استجابة للضغوط الانفعالية والنفسية، وأن هناك علاقة متبادلة بين الانفعال والبدن، واتفقت جميع التعريفات بأن الاستثارة الانفعالية الحادة والمستمرة تؤدي حتماً إلى تغيرات بنائية في الجسم، ومن الواضح أن جميع التعريفات النفسية السابقة تتفق على أن:

1- الأحداث أو العوامل النفسية هي المحدثة للاضطرابات العضوية.

2- أن الأمراض العضوية الناتجة عن الاضطرابات الانفعالية تتطلب علاجاً طبياً للأعضاء المصابة.

3- أن العلاجات الطبية لا تؤدي إلى تحسن الحالة الجسمية ما دام السبب النفسي قائماً.

4- أن نشأة المرض في العضو أو الأعضاء لا يفيد في خفض التوتر، وهذا ما يميزها عن الاضطراب الهستيرى.

5- أن الضغوط والأحداث تحدث خلا عصبيا كهربائيا وخلا هرمونيا، من شأنه أن يؤدي إلى تغير وظيفي في العضو، وهذه التغيرات لا تتم بشكل بسيط، كما أنها تختلف من فرد لآخر. (سوين، 40:1979).

2-14-2 تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية:

جاء تصنيف اضطرابات الغدة الدرقية في المرتبة الرابعة حسب تصنيف ألكسندر 1959 من بين سبعة اضطرابات سيكوسوماتية أخرى، هي: ضغط الدم الأولي ، القرح الهضمية ، التهاب المفاصل الروماتيزمي، الغدة الدرقية فرط نشاطها، الربو الشعبي، القولون، والتهاب الجلد العصبي،

بينما جاء تصنيف اضطرابات الغدة الدرقية في المرتبة الثامنة حسب التصنيف الدولي التاسع للأمراض السيكوسوماتية (كما ورد عن أحمد بيرقدار، وآخرين 2002).

2-14-3 أشكال الاضطرابات السيكوسوماتية:

تلخص الباحثة أهم هذه الاضطرابات (نقلا عن إحسان عز الدين، 2012، وزهران

1977) كالآتي:

2-14-3-1 اضطرابات الجهاز الدوري (هي التي تحدث في القلب والدورة الدموية)

وأهمها:

أ- عصاب القلب: ويعبر عن مجموعة أعراض نفسية المنشأ، مجملها اضطراب عمل القلب، وأعراضه الخفقان، واللغط، وعدم الانتظام، والألم، وتشنج القلب، وقصر التنفس، والتعب لأقل مجهود، ويصاحبه خواف الموت.

ب- ارتفاع ضغط الدم: يلاحظ أن العصاب العارض يؤدي إلى ارتفاع عارض في ضغط الدم، كذلك يؤدي الغضب المزمن إلى ارتفاع مستمر في ضغط الدم، واستمرار ارتفاع ضغط الدم يضع عبئا ثقيلا على الأوعية الدموية، قد يؤدي إلى نزيف في المخ وجهد زائد على القلب.

ج- انخفاض ضغط الدم: ويصاحبه الإنهاك، والعزوف عن أي عمل مرهق، والرغبة في

النوم.

2-14-3-2 اضطرابات الجهاز التنفسي، وأهمها:

الربو الشعبي: ويطلق عليه أحيانا اسم الربو العصبي، ويشاهد فيه صعوبة التنفس نتيجة

لتقلص الشعبات، وتورم أغشيتها المخاطية، وزيادة إفراز الغدد المخاطية القصبية، والشعور

بالضغط على القفص الصدري، وضيق الصدر، والنهجان، وصعوبة مرور الهواء إلى الرئتين ومنهما، وتحدث النوبات عادة عقب أحداث انفعالية. ومنها أيضا التهاب مخاطية الأنف.

2-14-3-3- اضطرابات الجهاز الهضمي، وأهمها:

أ - قرحة المعدة أو القرحة الهضمية: يلاحظ أن القلق الوقتي يؤدي إلى اضطراب معدي مؤقت، كذلك يؤدي القلق المزمن إلى قرحة المعدة.

ب - التهاب المعدة المزمن: ويشمل أعراضا معدية مختلفة، مثل: عسر الهضم، والتجشؤ، أو الجشاء، وإخراج الغازات بكثرة، وقرقرة الأمعاء، وآلام البطن.

ج - التهاب القولون: ويشاهد فيه تناوب الإسهال والإمساك، والتقلصات أو المغص، وامتلاء البطن بالغازات، ووجود المخاط في البراز.

د - فقد الشهية العصبي (الخلفة): ويشاهد فيه رفض الطعام وعدم الرغبة فيه، وعدم الإقبال عليه، وما يصاحب ذلك من نحافة، ونقص الوزن، وجفاف الجلد، وبرودة الأطراف... إلخ. وقد يحدث نتيجة اضطراب الغدد، وقد يكون رد فعل لخوف السمنة، وفي الحالات الشديدة من فقد الشهية العصبي تظهر أعراض مصاحبة، مثل: انقطاع الحيض، وغياب الرغبة الجنسية، والهزال، وتشاهد بعض الاضطرابات السلوكية.

هـ - الشراهة: وشراهة الأكل تكون في الغالب نتيجة لرغبة جارفة وحاجة ملحة للحب ولتملك موضوع الحب.

و- التقوي العصبي: يشاهد الغثيان والتقيؤ العصبي يرتبط غالبا بالشعور بالذنب، وكرمز

لرفض الحمل أو مقاومة الرغبة في الحمل والإمساك المزمن والإسهال.

2-14-3-4 اضطرابات في الجهاز العصبي، وأهمها:

- أ - الصداع النصفي (الشقيقة): يؤدي التوتر الانفعالي الزائد الذي يؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم في المخ إلى الصداع، ويحدث أكثر لدى الإناث.
- ب - إحساس الأطراف الكاذب: ويحس به مقطوعو الأطراف، وتعتبر هذه الظاهرة عن بقاء صورة الجسم الأصلية بعد فقد طرف من الأطراف أو عضو من أعضاء الجسم، وفي الوضع العادي يبدأ إحساس الأطراف الكاذب في الزوال مع الوقت حين يتوافق المريض وتتكون صورة جديدة للجسم.

2-14-3-5 اضطرابات الجهاز الغدي، وأهمها:

- أ - مرض السكر: حيث يضطرب التمثيل الغذائي، ويرتفع مستواه في البول والدم نتيجة القلق والتوتر والضغط الانفعالي.
- ب - البدانة (السمنة المفرطة)، حيث يزيد الشحم في الجسم ويزيد وزن الجسم (25 %) عن وزنه المعياري، ويقول البعض: إن الشخص البدين يعاني من الحرمان، ويكون لديه حاجة للحب والعطف والأمن وتقدير الذات، يشبعها ويعوضها رمزيا بالأكل.
- ج - التسمم الدرقي (فرط إفراز الدرقية): حيث تتضخم الغدة الدرقية ويزيد إفراز هرمون الثيروكسين ويفقد المريض وزنه، ويصبح متوترا عصبيا وتجحظ عيناه، ويبدو شكله كما لو كان منزعجا، والحقيقة أن تسمم الغدة الدرقية يتأثر باضطراب الغدة النخامية، وهي تفرز ضمن ما تفرز هرمونين ينشط أحدهما إفراز الثيروكسين، والثاني يزيد من كمية الشحم خلف العينين، وبذلك تبرز العينان إلى الأمام (جحوظ العينين).

2-14-3-6 اضطرابات الجهاز التناسلي، وأهمها:

أ - العنة (الضعف الجنسي عند الرجل): ولها عدة أشكال، منها: عدم القدرة على الانتصاب نهائياً مع عدم وجود ميل للجماع، وفشل جزئي للانتصاب مع ميل جزئي للجماع، وفشل دوري للانتصاب مصحوب بشهوة محدودة، وزوال الانتصاب بعد الإيلاج، وعدم إتمام العملية الجنسية، والعجز عن أداء العملية الجنسية مع أنثى دون أخرى.

ب - القذف المبكر: أو الإنزال السريع جدا بعد بداية الجماع في حدود ثوان، بحيث يسبق انتعاز المرأة مما يؤدي إلى سوء توافق الحياة الجنسية.

ج - القذف المعوق أو الإنزال البطيء جدا أو التأخر.

د - البرود الجنسي (عند المرأة): وهو إعراض المرأة عن العملية الجنسية أو نفورها منها أو نقص أو عدم الاستجابة الجنسية، وسلبية المرأة وعدم تجاوبها أثناء العملية الجنسية، أو عدم القدرة على الوصول إلى الهزة الجنسية الأخيرة، وهو باختصار غياب الجانب الجنسي للحب عند المرأة.

هـ- تشنج المهبل: أي النقص اللاإرادي في عضلات المهبل، ما يجعل العملية الجنسية صعبة أو مستحيلة، وهذا يعبر عن النفور من الجماع وتجنبه.

و- اضطراب الحيض: ويكون ذلك في شكل عسر الحيض، وتوقفه وعدم انتظامه أو انقطاعه، ويسبقه التوتر النفسي والتهيج والاكتئاب والأرق، وبصاحبه الألم والغثيان والقيء والتعب الجسمي العام.

ي - العقم: وهو في الوقت نفسه يعتبر سببا مهينا ومرسبا للأمراض النفسية، ويبعث على الشعور بالنقص وعدم الكفاية، وقد يستتبعه الضعف الجنسي وخيبة الأمل والشعور بالحرمان من غريزة الوالدية.

ع - ومنها أيضا: الإجهاض المتكرر.

2-14-3-7 اضطرابات الجهاز البولي، وأهمها:

أ- احتباس البول.

ب - كثرة مرات التبول.

ج - سلس البول (البوال).

2-14-3-8 اضطرابات الجهاز العضلي الهيكلي، وأهمها:

أ - آلام الظهر: وتكون غالبا في أسفل العمود الفقري، وتظهر الآلام بصفة خاصة أثناء العمل والضغط والإجهاد الانفعالي.

ب - التهاب المفاصل الروماتزمي: وأهم أعراضه ألم المفاصل وتورمها وصعوبة الحركة، ويشاهد أكثر لدى الإناث.

ج - اضطرابات الجلد، وأهمها:

- الشرى (أرتيكاريا) وهي عبارة عن طفح جلدي بشكل بثور ناتئة يسبب حكاكا قد يكون شديدا، ويقال: إنها تمثل رمزيا البكاء المكبوت.

- التهاب الجلد العصبي، ويقال: إنه يرتبط بالرغبة الجنسية المكبوتة.

- الحكاك (الحكّة) أو الهرش، ويعتبره الكثيرون تعبيرا عن العدوان المكبوت والتوتر

النفسي، والدافع الجنسي، ويعبر عن عقاب الذات كاستجابة للشعور بالذنب.

- الأكرزما العصبية، وهي مناطق جلدية بها هرش شديد، وتظهر غالبا في الرقبة وحول الحجاب وأعلى الصدر والأعضاء التناسلية.

- سقوط الشعر (الثعلبة)، ويكون محدودا أو قد يشمل كل الرأس.

- فرط العرق، ويكون العرق غزيرا عادة في الكفين وبطن القدمين وتكون الأطراف باردة.

2-14-4 أسباب الاضطرابات السيكوسوماتية:

لا شك أن العوامل النفسية والإحباطات المتراكمة والتوترات الانفعالية المستمرة تكمن وراء هذه الاضطرابات، كذلك الكبت الانفعالي ولاسيما كبت الغضب المرتبط بنقص القوة والقدرة والعدوان المكبوت، والشعور الطويل بالظلم، وتحويل التوتر داخليا وتسلمه على عضو ضعيف، والقلق الشامل المستمر وبخاصة عندما يوجد حائل دون التعبير اللغوي أو النفسي الحركي والحزن العميق على الطلاق أو الفشل، والطموحات غير الواقعية واضطراب العلاقات الاجتماعية والخلافات الأسرية، وعدم السعادة الزوجية، (حمزة، مختار 1979: 250)، أضف إلى ذلك خروج المرأة للعمل قد يؤدي إلى زيادة العبء عليها، بالإضافة إلى أعباء حياتها الأسرية المسؤولة عنها، ما يؤدي إلى زيادة مسؤوليتها، ومن ثم يتوقع زيادة تعرضها للضغوط النفسية وتأثر حالتها النفسية والجسمية نتيجة ذلك، ويمكن أن نوضح بعض هذه الأسباب على النحو الآتي:

2-14-4-1 الضغوط النفسية (Psychological Stress):

إن الضغوط النفسية والإحباطات التي يكون الفرد تحت وطأتها هي حجر الزاوية لكل الاضطرابات السيكوسوماتية، وتعرف الضغوط التي تكون قادرة على إحداث تغيير في الفرد بالعناء، أي إن الضغوط النفسية عبارة عن أحداث تحدث تأثيرات داخلية عن طريق الجهاز الإدراكي للفرد، ولا يمكن فهمها إلا من ناحية علاقتها بوجه نظر الفرد نفسه؛ لأن المعنى الداخلي

للضغوط يتصل بحياة الفرد ونموه النفسي، وقد لوحظ أن خبرات الفرد مثل فقدان الحب قد تهيئه للاضطرابات السيكوسوماتية، وأهم الخبرات التي تولد الضغوط هي العلاقة المتبادلة مع الأفراد، كما أن حلقة الوصل بين المجالين النفسي والجسمي هو الانفعال وبصفة خاصة القلق، التعرض للمواقف الحربية العنيفة التجارب الجنسية الصادمة، أو الحب المحرم، ومشاعر الإثم، وعدم الرضا الدائم، (العيسوي، عبد الرحمن 2000: 152).

2-4-14-2 الزيادة المفاجئة في العمل أو الشجار أو المواقف التي تهدد الذات اجتماعيا أو

نفسيا:

تؤدي العوامل المهنية والاجتماعية دوراً في نشأة هذه الاضطرابات، كالخوف من الفصل عن العمل أو الفشل في الزواج، ما أدى إلى اختلاف نشأتها من مجتمع إلى آخر، وهناك ارتباط بين الضغوط البيئية من جهة وارتفاع ضغط الدم من جهة أخرى، إذ إن الأفراد الذين تمتلئ حياتهم بالضغوط والتقلبات والأزمات الانفعالية يكونون أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية، والصراع الانفعالي الطويل، مثل: الصراع بين الاعتماد على الغير وبين الاستقلال، والكبت الانفعالي (وبخاصة كبت الغضب المرتبط بنقص القدرة والقوة) والعدوان المكبوت واختزان الحقد والغيط والشعور الطويل بالظلم، والضغط الانفعالي الشديد المستمر والتوتر النفسي، والانفعالي الطويل المزمّن واستدخال التوتر وتحويله داخليا وتسلمه على عضو ضعيف، فيحدث اضطراب في طاقته الوظيفية العادية، والخوف وعدم الشعور بالأمن، والإحباطات المتراكمة في الأسرة والعمل، والقلق الشامل المستمر، وبخاصة عندما يوجد حائل دون التعبير اللغوي أو النفسي أو الحركي عنه، والحزن العميق على وفاة عزيز أو الطلاق أو الفشل، والمطامح غير

الواقعية أو غير الممكن تحقيقها، والضغط الاجتماعي والبيئية واضطراب العلاقات الاجتماعية. (شقيير، 2002: 16 - 33).

2-14-4-3 البيئة التكوينية البدنية للشخص:

هناك علاقة نوعية بين الشدة النفسية والاضطراب الجسمي (العضو المهيأ للاضطراب)

وذلك على النحو الآتي:

- أ _ وجود استعداد تكويني يقوم على الوراثة مثل: (ظروف الولادة أو عمر الأم).
- ب _ وجود استعداد تكويني نتيجة الخبرات الأولى للفرد (السيولوجية أو النفسية).
- ج _ تغيرات الشخصية في مراحل العمر المتقدمة والتي تؤثر في عمل الأعضاء.
- د _ ضعف عضو من الأعضاء كما في حالة الإصابة أو العدوى.
- هـ _ وجود العنصر في حالة نشاط لحظة الإجهاد النفسي أو الثورة الانفعالية.
- و _ المعنى الرمزي للعضو في نظام شخصية الفرد، فإذا كان الفرد يشعر بعداء تجاه والديه ولكنه لا يستطيع أن يعبر عن عدوانه نحوهما فيكظم مشاعره العدوانية، ما يؤثر في كيمياء الجسم ويؤدي إلى انقباض الشرايين.
- ز _ توقف النمو النفسي ومن ثم جمود العضو في تطور وظائفه.
- ح _ اضطراب العلاقة بين الطفل والأبوين ونقص الحب والميول العدوانية.
- ط _ العوامل الانفعالية التي قد يتعرض لها الفرد ومعاناة القلق والإحباطات المتراكمة التي تتولد عنها ضغوط نفسية شديدة تؤدي به إلى اليأس والانهييار، (الزباد، 2000: 73).
- ك _ التوتر العصبي الذي قد يؤثر عملياً في أية عملية فسيولوجية، فإذا كانت معدة الفرد ضعيفة فإنه يحتمل أن يستهدف للمتابع المعديّة عندما يصبح قلقاً أو غاضباً.

ل_ الفروق في التغيرات الفسيولوجية المصاحبة للحالات الانفعالية المختلفة، حيث وجد أن انفعال الخوف والاكتئاب يرتبطان بإعاقة الوظائف الخاصة بالأعضاء الغليظة، بينما يرتبط انفعال الغضب والقلق بزيادة عمل القولون، (العيسوي: 2000م، 289)، وقد يتأثر نوع الاضطراب السيكوسوماتي بنوع الجنس، حيث لوحظ انتشار ضغط الدم الجوهري والصداع النصفي وفقدان الشهية بين الإناث أكثر من الذكور، كما يتأثر بالعمر الزمني، حيث يزداد بصفة ملحوظة في عمر (35) سنة، (شقيير، 2002: 34)؛ كما يرتبط ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية بالتحديث إذ يظهر معه ضغوط لا يستطيع بعض الأفراد التوافق معها فتتعرض على أبدانهم في صورة اضطراب سيكوسوماتي، (أبو النيل، 1994: 352).

2-14-5 خصائص الاضطرابات السيكوسوماتية:

- وجود أساس فسيولوجي للاضطرابات.
 - تشمل الأعضاء والأحشاء التي تتأثر بالجهاز العصبي الذاتي وهي بذلك لا تخضع للضبط الإرادي.
 - وجود تغيرات بنائية قد تهدد الحياة.
 - أكثر سيطرة وإحاحاً على العضو المصاب.
- (1) ويتميز الاضطراب السيكوسوماتي عن غيره من الاضطرابات الأخرى بالآتي:
 - (2) وجود اضطراب انفعالي كعامل مسبب.
 - (3) ترتبط بعض الحالات بنمط معين من الشخصية.
 - (4) تختلف الإصابة بهذه الاضطرابات بين الجنسين اختلافاً ملحوظاً.
 - (5) قد توجد مختلف الأعراض أو تتتالي لدى الفرد الواحد.

(6) غالباً ما يوجد تاريخ عائلي للإصابة بنفس الاضطراب أو ما شابهه.

(7) يميل الاضطراب لاتخاذ مراحل مختلفة، (شقير، 2002، 29).

وقد لوحظ أن هذه الاضطرابات أكثر شيوعاً لدى الإناث منها لدى الذكور، وبين الشباب والشابات بين عمر (20-40) سنة أكثر من باقي مراحل العمر، وأكثر هذه الاضطرابات شيوعاً المتعلقة بالجهاز الدوري والهضمي والجنسي، كما أن لهذه الاضطرابات مضموناً رمزياً. (الزرد، 1984:125).

2-14-6 تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية:

1- يجب أولاً الاهتمام بالفحص الطبي الشامل، واستطلاع تاريخ حياة المريض وتاريخ المرض وتكوين وبناء الشخصية.

2 - ويلاحظ أن المريض لا يعرف بسهولة بأن مرضه نفسي جسدي، ولكنه يصر غالباً على أنه جسدي فقط.

3 - ويلاحظ، أيضاً أنه عند معرفته بهذا التشخيص، تبدو دفاعاته النفسية في النشاط بشكل ملحوظ، وقد تزداد حدة نوبة المرض بشكل واضح أثناء محاولة التشخيص.

4 - ومن العلامات الدالة على أن الاضطراب نفسي جسدي وجود اضطراب انفعالي، يعتبر عاملاً مرسباً، وارتباط الحالة بنمط معين من أنماط الشخصية، ووجود اضطراب نفسي جسدي سابق لدى المريض، ووجود تاريخ مرضي في الأسرة لنفس المرض أو اضطراب مشابه، وسير المرض يكون مرحلياً (مراحل شفاء ومراحل مرض).

5 - ويلاحظ الشبه الكبير بين أعراض المرض النفسي وبين أعراض التوتر الانفعالي.

6 - ويجب التفرقة بين العرض النفسي الجسدي وبين العرض كأحد أعراض الأمراض النفسية الأخرى؛ فمثلا قد تكون العنة أو الضعف الجنسي أو البرود الجنسي أو فقد الشهية العصبي اضطرابا نفسيا جسديا في حد ذاته، وقد تكون عرضا من أعراض الاكتئاب.

7 - ويجب المفارقة بين الأعراض النفسية الجسمية وبين الأعراض الهستيرية، فمثلا في الهستيريا تصيب الأعضاء التي يسيطر عليها الجهاز العصبي المركزي، والأعراض تعتبر تعبيرات رمزية غير مباشرة عن دوافع مكبوتة، وتخدم غرضا شخصيا لدى المريض، بينما في المرض النفسي الجسدي تصيب الأعضاء التي تسيطر عليها الجهاز العصبي الذاتي، والأعراض عبارة عن نتائج مباشرة لاضطرابات انفعالية تخل بتوازن الجهاز العصبي الذاتي، (البناء، 2003: 311-312).

2- 15 العلاقة بين الانفعالات والاضطرابات السيكوسوماتية:

وقد بلغت مشكلة الاضطرابات السيكوسوماتية حجماً متضخماً، حيث ارتبط انتشارها بالحضارة الحديثة وما أدت إليه من اضطرابات في العلاقات الاجتماعية بين الأفراد، كما أدى التقدم التكنولوجي والصناعي إلى تغييرات شديدة في ثقافات المجتمعات وعاداتهم وتقاليدهم، ما أدى إلى زيادة القلق والتوتر في الوقت الذي لا يُسمح بالتعبير عن هذه الانفعالات تعبيراً صريحاً، ومن ثم تكون هذه الأحداث التي يمر بها الفرد يوماً بعد يوم سبباً في نمو وتزايد الاضطرابات السيكوسوماتية، (شقيير، 2002: 13)، فالضغوط النفسية لها تأثير في ظهور العديد من الاضطرابات السيكوسوماتية التي تشكل خطورة على حياة الأفراد، سواء كان ذلك على توافقهم العام أو المهني أو الصحي، والذي يكون مرجعه الاضطرابات الانفعالية ومسئوليتها في ظهور وانتشار

الاضطرابات السيكوسوماتية بأنواعها المختلفة، وقد يتعرض الفرد لمواقف ضاغطة تجعله يعيش في توتر واضطراب نفسي لمدة طويلة، والمعروف أن الانفعال يتبعه دائماً تغيرات في ضغط الدم والتنفس وبعض الاضطرابات الهضمية، فإذا استمرت هذه التغيرات قد تصبح مزمنة وتؤدي إلى الاضطرابات السيكوسوماتية التي تتميز بأنها ذات طبيعة فسيولوجية تستحثها عوامل نفسية ومن ذلك اضطرابات في وظائف الغدد الصماء، (شكير، 2002م: 14).

فالمضغظ حالة يعانها الفرد حين يواجه مطلباً فوق حدود استطاعته ﴿لَا يَكْفُ اللَّهُ نَفْسًا إِلَّا وُسْعَهَا﴾ (سورة البقرة: 286) أو حين يقع في موقف صراع حاد، وهو توترات أو ردود فعل عاطفية وجسدية تنبثق من أحداث داخلية أو مؤثرات خارجية، والتوتر هو رد الفعل الداخلي للجسم لمواجهة هذه الضغوط، ومن ثم فإن استمرار التوتر يؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم، وهذا هو أحد الاضطرابات السيكوسوماتية الناتجة عن استمرارية التوتر وحبسه أو عجز الفرد عن مواجهة الموقف والتخلص منه، ما يؤدي إلى خلل في النشاط الهرموني للجهاز الغدي، وينظر إلى الاضطراب السيكوسوماتي من خلال مدى قوة العلاقة بين الفرد والبيئة، وهذه الاضطرابات قد تؤثر على أي جهاز من أجهزة الجسم، مثل: جهاز القلب أو الجهاز التنفسي، (طاهر حسين، 1993: 41).

وتتأثر الحالة النفسية بالحالة الجسمية والعكس صحيح في توازن تحت الظروف العادية لشخصية سوية متوافقة، كما أن الضغط الشديد المزمّن يؤدي إلى اضطراب هذا التوازن، وإذا حدث أن أعيق التعبير الانفعالي وتوالى الإحباط والصراع والقمع والكبت وتكرر الانفعال وفشل الفرد في مقابلة هذه الضغوط وتلك المطالب، لاسيما إذا زاد ما بينها من تناقض، ساء تواقفه النفسي (الشخصي والاجتماعي) وأدى ذلك إلى المرض النفسي، (زهران، 1997: 121، 469)، كما أن

العلاقة بين الاضطراب النفسي والضغوط النفسية علاقة تبادلية، إذ إن الاضطراب قد ينتج من الضغوط، وهو نفسه يقود إلى مزيد من الضغوط النفسية، (العيسوي، 2000: 123)، "إن الانفعال النفسي استجابة متكاملة للفرد ينجم عنها تغيرات وجدانية مركبة وتغيرات في وظائف أعضاء الجسم تشمل الجهاز العصبي، والعضلي، والحشوي، والغدي، والدموع، ولا يوجد لنوع الانفعال (القلق أو الفرح) اضطراب فيزيولوجي معين مقابل هذا النوع من الانفعال، ويرجع ظهور الاضطرابات الجسمية الناتجة عن الأسباب الانفعالية عندما يحدث اختلال في التوازن الهميوستازي لجسم الإنسان، فيضطرب نتيجة المؤثرات النفسية والانفعالية التي يتعرض لها، وحسب طبيعة هذه المؤثرات ودرجتها يحدث الخلل في التوازن الهميوستازي للجسم، وتقوم الأجهزة الفيزيولوجية كالقلب والمعدة والعضلات بمجموعة من ردود الأفعال غير السوية تبدو على شكل اضطرابات جسمية، أو أمراض بفعل الجهاز العصبي السمبتاوي الذي يهيئ الإنسان للاستجابة الدفاعية بمجموعة من ردود الأفعال الضرورية نتيجة الضغط النفسي، فينشأ الاضطراب السيكوسوماتي"، (الحاج، 1996: 8).

أي إن الميكانيزم النفسي المتمثل بالضغط والميكانيزم الفسيولوجي هما العنصران الأساسيان في ظهور الاضطراب السيكوسوماتي، واستمرار الضغوط لفترة طويلة قد يتسبب في اختلال تنظيم السلوك الذي ربما يؤدي إلى الاضطرابات السيكوسوماتية، أما عن الميكانيزم الفسيولوجي فإن الضغوط النفسية المزمنة تؤثر على مختلف الأعضاء في الجسم عن طريق تنشيط الجهاز العصبي اللاإرادي (السمبتاوي والباراسمبتاوي)، (حسين طاهر، 1993: 41)، وعندما نشير إلى اضطراب سيكوسوماتي فإننا نقصد الحالة الناتجة عن الانفعال الزائد Emotional Arousal والتعامل غير الموفق، ومن الطبيعي أن يحذرنا المتخصصون في الصحة النفسية من خطورة

الاضطرابات الانفعالية، مثل: القلق، والغضب، والخوف، والإحباط، فهذه الانفعالات من شأنها أن تزيد من حساسية الجسم، ومن ثم سرعة قابليته للمرض العضوي، (عسكر علي، 1998: 15)، ومن هنا تتوقع الباحثة أن الضغوط النفسية المستمرة على الفرد تؤدي إلى اضطرابه وسوء توافقه، ولاسيما إذا استمر اضطراب انفعاله لمدة طويلة، ما يؤدي إلى بعض التغيرات الفسيولوجية التي قد تتسبب في حدوث أضرار بالغة في الجسم، وهي التي تسمى الاضطرابات السيكوسوماتية.

2-16 الاضطرابات السيكوسوماتية للجهاز الغدي:

تؤدي الحالات النفسية والإرهاق دورا فعالا في إفرازات الغدد الصماء التي تفرز مجموعة من الهرمونات، وهي مواد كيميائية ذات فعالية كبيرة في فيزيولوجيا جسم الإنسان، وزيادة أو نقص إفراز هرمون ما في غدة ما يكون له تأثير حاسم في أعراض واضطرابات واضحة في السلوك.

أ- اضطرابات إفراز الأنسولين: زيادة إفراز الأنسولين في الدم عن المعدل المطلوب يقلل من نسبة السكر في الدم، وهذا يؤدي إلى ضعف عام في الجسم وفي العضلات خصوصا.

ب- فرط نشاط الغدة الدرقية:

أعراض فرط نشاط الغدة الدرقية: العصبية، والتهيج، وزيادة العرق، زياده سرعة ضربات القلب، وارتعاش اليد، والقلق، وصعوبة النوم، وترقق في الجلد، وتقصف الشعر، وضعف العضلات، خصوصا في الذراعين والفخذين، حركات الأمعاء المتكررة ربما تحدث، ولكن الإسهال غير مألوف، فقدان الوزن، وأحيانا يكون شديداً على الرغم من الشهية الجيدة، والتقيؤ، وبالنسبة للمرأة، قد يقل تدفق الطمث، وفترات الطمث في كثير من الأحيان تكون أقل من العادة، هرمون الغدة الدرقية أمر بالغ الأهمية للعمل الطبيعي للخلايا، وفي حالة زيادته، فإنه على حد سواء يحفز

الأيض بشكل زائد، ويزيد من حدة تأثير الجهاز العصبي السمبثاوي، ما يسبب "تسريع" أجهزة الجسم المختلفة، والأعراض تشبه تناول جرعة زائدة من الإبيبينيفرين (الأدرينالين)، وتشمل سرعة ضربات القلب، خفقان، تأثيرات على الجهاز العصبي، مثل: رعشة اليدين، وأعراض القلق، وزيادة حركة الجهاز الهضمي hypermotility (الإسهال)، وفقدان شديد في الوزن، وانخفاض بشكل غير عادي في مستويات الدهون (الكوليسترول) يتم ملاحظته عن طريق فحص الدم.

ج- ويظهر كسل الغدة الدرقية أيضاً في شكل مجموعة متنوعة من الأعراض، بعضها جسماني، والبعض الآخر نفسي، ومن الأعراض الجسمانية نذكر: الإحساس الدائم بالإرهاق، وزيادة الوزن، وجفاف وتشقق الجلد، وعدم القدرة على تحمل البرد، وخشونة الصوت، وغزارة الطمث أما الأعراض النفسية فتتمثل في كثرة النسيان، وسرعة التهيج، والعصبية، واضطرابات النوم، مثل: النوم لفترات طويلة مع الإحساس بالتعب عند الاستيقاظ، والمظاهر المختلفة لانخفاض الروح المعنوية، والاكتئاب، وفي ظل الانتشار الواسع لأمراض الغدة الدرقية، حيث تصيب مثلاً أكثر من 20 مليون شخص في الولايات المتحدة فقط، وبسبب علاقتها القوية بالاكتئاب النفسي، فالأعراض الأخرى التي تثير الشكوك في حدوث كسل في الغدة الدرقية، بل إن بعض الدراسات الحديثة، تشير إلى أن الغدة الدرقية التي تعمل بشكل طبيعي، ولكن عند الحد الأدنى من الطبيعي، تسبب أيضاً زيادة ملحوظة في الوزن، وهو ما يظهر حساسية الدور الذي تلعبه الغدة الدرقية في الحفاظ على التوازن الدقيق داخل الجسم، وبين الصحة والمرض، وخصوصاً في ظل أن اضطراباتها لا تؤدي إلى اعتلال الجسد فقط، وإنما النفس والعقل أيضاً، (عبد الحكيم، 2012).

2-17 الفرق بين الاضطراب السيكوسوماتي والعصاب:

يتضح الفرق بين الاضطراب السيكوسوماتي والعصاب في نواحٍ ثلاثة هي:

1_ الجهاز العصبي العامل في الاضطراب السيكوسوماتي هو الجهاز اللاإرادي، أما في العصاب فهو الجهاز الإرادي.

2_ القلق موجود في الاضطراب السيكوسوماتي، أما في العصاب فغير موجود، هائم طليق.

3_ العرض انفعالي في الاضطراب السيكوسوماتي، أما في العصاب فرمزي.

أي إن الأعراض التي تشاهد في العصاب، وبخاصة الهستيريا، هي ازدياد قابلية المريض للاستهواء والإيحاء، وسيطرة بعض الأفكار والأوهام عليه، أما في الاضطراب السيكوسوماتي فتتكرر الاضطرابات الفسيولوجية بدوام الأسباب المثيرة للانفعال التي تؤدي في نهاية الأمر إلى اضطرابات عضوية. (أبو النيل، 1994: 199).

2-18 علاج الاضطرابات السيكوسوماتية:

من الضروري الجمع بين العلاج الطبي والعلاج النفسي لعلاج الاضطرابات النفسية الجسمية، وفيما يلي معالم علاج هذه الاضطرابات:

1 - العلاج النفسي المركز على سبب المرض والذي يتناول: النواحي الانفعالية، وحل مشكلات الشخصية، وإزالة العقبات، وحل الصراعات الانفعالية، والتنفيس الانفعالي لإزالة القلق المزمن، وإعادة الثقة في النفس، وتنمية البصيرة، وتنمية الشخصية نحو النضج الانفعالي بصفة خاصة، والعلاج النفسي التدعيمي المرن، الذي يهدف إلى تعديل نمط حياة المريض، ونصح

المريض بتجنب مواقف الانفعال الشديد والإجهاد العقلي المتواصل، وأن يأخذ الحياة هونا، والعلاج النفسي الجماعي مع الحالات المتشابهة الأعراض، مثل: السمنة والقرحة إلخ. أما الاضطرابات الجنسية، مثل: العنة، والبرود الجنسي إلخ، فهي تحتاج إلى علاج نفسي فردي، وعلاج الشرح والتفسير، لشرح العلاقة بين الانفعال ورد الفعل الفسيولوجي، وإعادة تعليم المريض بخصوص الأفكار الخاطئة، وقد يستعان بالتتويم الإيحائي، كما في حالات الربو والتهاب الجلد والتهاب القولون.

2 - الإرشاد النفسي للمريض والأسرة وإرشاد الأزواج.

3 - العلاج السلوكي كما في حالات فقد الشهية العصبي والبدانة مثلا.

4 - العلاج البيئي لتخفيف الضغوط على المريض في الأسرة والعمل والجماعة ولتحسين

حياة المريض بتعديل ظروفها، والعلاج بالعمل.

5 - وفي حالة وجود الاضطراب النفسي الجسدي لدى الأطفال يوجه العلاج النفسي إلى

الوالدين، وبخاصة الأم، وقد يستدعي الحال علاج الأسرة كلها في بعض الحالات.

6 - العلاج الطبي لعلاج الأعراض الجسمية، ففي حالة القرحة يتبع المريض نظاما معيناً

للأكل ويتناول الأدوية اللازمة، وفي حالة البدانة يستعان بالأدوية وتنظيم الغذاء، وتستخدم

المسكنات والمهدئات للتخلص من التوتر والقلق، وقد يستدعي الأمر التدخل الجراحي في بعض

الحالات كما في حالات القرحة مثلا، ويستعين بعض المعالجين بالدواء الوهمي Placebo

(زهران، 1977).

2-19 دراسات اهتمت بالاضطرابات السيكوسوماتية:

تتناول هذه المجموعة من الدراسات الاضطرابات السيكوسوماتية في علاقتها ببعض

المتغيرات على النحو الآتي:

1- دراسة: **حسين الفايد (2005)**، بعنوان الدراسة: **ضغوط الحياة والضبط المدرك**

للحالات الذاتية والمساندة الاجتماعية كمنبئات بالأعراض السيكوسوماتية لدى عينة غير إكلينيكية.

أجرى الفايد، (2005)، دراسة على عينة غير إكلينيكية قوامها (416 من الذكور)،

تراوحت أعمارهم بين (25 و 55 سنة)، وهدفت هذه الدراسة إلى تحديد ما إذا كانت ضغوط الحياة

تؤثر في حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية، واستخدم استبيان المساندة الاجتماعية، وقائمة كورنل

للأعراض السيكوسوماتية، وأسفرت النتائج عما يأتي:

1- توجد علاقة موجبة جوهرية بين الأعراض السيكوسوماتية وضغوط الحياة.

2- توجد علاقة سالبة جوهرية بين الأعراض السيكوسوماتية وكل من الضبط الذاتي

المدرك للحالات والمساندة الاجتماعية.

3- توجد فروق جوهرية بين منخفضي الأعراض السيكوسوماتية ومرتفعي الأعراض

السيكوسوماتية لدى كل من ذوي الضبط الذاتي المدرك للحالات، والمساندة الاجتماعية لصالح

منخفضي الأعراض السيكوسوماتية من ذوي مرتفعي الأعراض السيكوسوماتية.

2- دراسة: **بيلا، وجوان (2004)**، Pilar and Juan، بعنوان: **الضغوط والصحة**

لدى النساء الإسبانيات Stress and health in Spanish women.

أجرى بيلا، وجوان (2004) Pilar & Juan، ، دراسة هدفت إلى معرفة العلاقة بين

الضغوط النفسية والصحة عند المرأة الإسبانية، وقد بلغت العينة (1566 امرأة)، تراوحت أعمارهن

بين (18 و 65 سنة) وأظهرت النتائج أن النساء اللواتي يعانين من أعراض الاكتئاب الحاد والقلق والأعراض الجسدية وأعراض الاختلال الاجتماعي كن من اللواتي مررن بأحداث ضاغطة أكثر في حياتهن، كن من اللواتي يتلقين دعماً اجتماعياً متدنياً، وقد وجد أن أنماط النساء اللواتي يعانين من أعراض أكبر من القلق والأعراض الجسدية، بينما النساء اللواتي كن يتلقين دعماً اجتماعياً كن يعانين من أعراض جسدية أقل، ووجد كذلك أن النساء القادرات على التكيف كن أقل معاناة من الاختلال الاجتماعي.

3- دراسة: عبير بنت محمد حسن الصبان (2003)، بعنوان: المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغط النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من النساء السعوديات المتزوجات العاملات في مدينتي مكة المكرمة وجدة.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على نوع العلاقة بين المساندة الاجتماعية والضغط النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من النساء السعوديات المتزوجات العاملات في مهن مختلفة، واتبعت الباحثة خطوات المنهج الوصفي لإنجاز دراستها، وقد استخدمت الأساليب الإحصائية، مثل: المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري، ومعامل ألفا لكرونباخ، والتجزئة النصفية، والتكرارات، والنسب المئوية، ومعامل ارتباط بيرسون، واستخراج الإرياعي الأعلى والأدنى واستخدام اختبار (ت) t. test، وتحليل التباين أحادي الاتجاه، واختبار شيفيه، وكانت عينة الدراسة السيكومترية من (400) امرأة من النساء السعوديات المتزوجات العاملات والمقيمات في مدينتي مكة المكرمة وجدة، تراوحت أعمارهن بين (30_45) سنة، هذا وقد تم اختيار العينة بطريقة قصدية، وتكونت عينة الدراسة الإكلينيكية من حالتين، وهما اللاتي أوضحت نتائج الدراسة

السيكومترية أنهم من الحالات الطرفية في الإرياعي الأعلى والإرياعي الأدنى في المساندة الاجتماعية، وكانت أهم النتائج على النحو الآتي:

وجدت علاقة ارتباطية دالة سالبة بين المساندة الاجتماعية والضغط النفسية.

كما وجدت علاقة ارتباطية دالة سالبة بين المساندة الاجتماعية والاضطرابات

السيكوسوماتية.

4- دراسة: عبد الرؤوف الطلاع (2000) بعنوان: الضغوط النفسية وعلاقتها بالأمراض

السيكوسوماتية لدى الأسرى الفلسطينيين المحررين من السجون الإسرائيلية.

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الأسرى المحررين

من السجون الإسرائيلية، والتعرف على العلاقة بين الضغوط النفسية للأسرى والاضطرابات

السيكوسوماتية والفروق في الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الأسرى المرتبطة بالعمر عند الاعتقال

والحالة الاجتماعية، وقد تكونت عينة الدراسة من (540) أسيراً، وللتحقق من أهداف الدراسة

استخدم الباحث مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية، ومقياس الضغوط النفسية، وأشارت بعض

النتائج إلى انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية، ووجود علاقة ارتباطية بين الضغوط النفسية

للأسرى والاضطرابات السيكوسوماتية، كذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاضطرابات

السيكوسوماتية تبعاً لمتغير العمر لصالح الفئة من (12- 14) سنة، وهي الفئة الأصغر سناً لأفراد

العينة، كما أوضحت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاضطرابات السيكوسوماتية

تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية في أمراض الجهاز البولي والتناسلي لصالح فئة المتزوجين.

5- دراسة: عبد الرحمن العيسوي، (2000)، بعنوان: الاضطرابات النفسجسمية.

قام عبد الرحمن العيسوي (2000) بدراسة هدفت إلى التحقق من وجود فروق في الاضطرابات السيكوسوماتية بين الذكور والإناث، كبار السن نسبياً وصغار السن، كذلك التحقق من وجود علاقة بين أنواع الاضطرابات السيكوسوماتية في أجهزة الجسم المختلفة من عدمه كالعلاقة بين اضطرابات الجهاز الهضمي كالقرح والجهاز التنفسي كالربو، وقد بلغ عدد العينة (576) طالباً وطالبة، منهم (189) ذكور، (378) إناث من أقسام مختلفة من طلاب الفرق الأولى والثانية والرابعة تراوحت أعمارهم بين (17-38) سنة، وقد استخدم الباحث اختبار الاضطرابات السيكوسوماتية، وتوصل الباحث إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاضطرابات السيكوسوماتية بين الإناث والذكور لصالح الإناث، كما وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين كبار السن وصغار السن لصالح صغار السن، وعدم وجود علاقة ارتباطية بين أنواع الاضطرابات السيكوسوماتية في أجهزة الجسم المختلفة، أي إنه ليس من الضروري أن يكون المصاب بأحد هذه الاضطرابات السيكوسوماتية مصاباً بأكثر من اضطراب منها.

6- دراسة: عبد الرحمن العيسوي، (2000)، بعنوان: الاضطرابات النفسجسمية.

وهي دراسة أخرى قام بها العيسوي (2000) هدفت إلى التعرف على مدى انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية في المجتمع السكندري، وقد بلغت العينة (164) فرداً، تراوحت أعمارهم بين (15-54) سنة من أبناء الطبقات المتوسطة، ووجه إليهم سؤالاً لمعرفة ما إذا كانوا يعانون من الاضطرابات السيكوسوماتية، مثل: الربو، وضغط الدم، والسمنة، واضطراب الفم والصداع النصفي، واضطراب القلب، وقرحة المعدة، وقرحة القولون، وغير ذلك من الاضطرابات التي حددها الباحث، والتي ترجع في نشأتها إلى الضغوط النفسية والاجتماعية، وخبرات القلق،

والتوتر، والانفعال المستمر، والمعاناة من الخوف، والأزمات، والمشاكل التي تمتلئ بها ظروف الحياة في الوقت الحاضر، وقد توصل الباحث إلى أن (73,0%) من العينة الكلية يعانون من اضطراب أو أكثر من الاضطرابات السيكوسوماتية، وهي حالة تستدعي توجيه العناية بالفرد المعاصر لحمايته من هذه الاضطرابات الخطيرة وتخفيف وطأة الانفعالات والأزمات والتوترات التي يعيش في وسطها طوال حياته، وكانت الاضطرابات الأكثر انتشاراً هي أمراض الفم والأسنان والصداع النصفي والسمنة، وأقل الاضطرابات انتشاراً هي الربو وضغط الدم وقرحة القولون والمعدة، كما توصل إلى أن الإناث أكثر معاناة من الذكور في الاضطرابات السيكوسوماتية؛ لأن الأنثى أكثر حساسية من الناحية الانفعالية.

7- دراسة هانم يار كندي، (2000)، بعنوان الصحة النفسية في المفهوم الإسلامي:

أجرت كندي (2000) دراسة هدفت إلى التعرف على نسبة ظهور الاضطرابات العصابية بين معلمات التعليم العام، وعلاقتها ببعض المتغيرات المرتبطة ببيئتهن المدرسية، وقد تكونت عينة الدراسة من (609) معلمة من معلمات المراحل التعليمية الثلاث، كما استخدمت الباحثة الأدوات الآتية: استبانة البيانات الأولية، ومقياس مكة للشخصية، ومقياس الاضطرابات السيكوسوماتية، وقد توصلت الباحثة إلى معاناة المعلمات من الأعراض الاكتئابية وظهور الاضطرابات السيكوسوماتية لديهن، كما توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في توهم المرض والاضطرابات السيكوسوماتية بين المعلمات ذوات سنوات الخدمة الأكثر والخدمة الأقل لصالح الخدمة الأكثر وبين المطلقات والآنسات لصالح المطلقات، كما أن هناك علاقة بين العمر الزمني لأفراد العينة وبين الاكتئاب.

8- دراسة: أروى العزي (1998)، بعنوان: التوافق وعلاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية

لدى طالبات السكن الجامعي في صنعاء.

أجرت العزي، (1998) دراستها على عينة طبقية عشوائية من 280 طالبة، موزعة

على ثماني كليات، متوسط أعمارهن (21 ± 3 سنة) وهدفت الدراسة إلى الكشف عن التوافق

وعلاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى طالبات السكن الجامعي في صنعاء، وقد استخدمت

الباحثة أداتين هما اختبار التوافق وقائمة الاضطرابات السيكوسوماتية، وتوصلت نتائج الدراسة إلى

أن هناك علاقة سالبة بين التوافق العام والاضطراب السيكوسوماتي العام، وتوجد علاقة سالبة دالة

إحصائياً بين التوافق المنزلي والصحي والانفعالي ومجالات الاضطراب السيكوسوماتية.

9- دراسة الأنصاري، خدادة، وحسان، وميرزا (1991) Al- Ansari , E.

، بعنوان: الاضطرابات الطبية النفسية في

اثنين من المستشفيات العامة في الكويت.

حيث اجري مسح لمدى انتشار هذه الاضطرابات وأشكال العلاج بتطبيق استفتاء لمسح

آراء (211) طبيباً باطنياً(غير متخصصين في الطب النفسي)، فقرروا أن (16.1 %) من

مرضاهم لديهم اضطرابات طبية نفسية، وأن القلق والاضطرابات النفسية، والسيكوسوماتية،

والاكتئاب هي أكثر الاضطرابات الطبية النفسية انتشاراً بين عينة البحث في هذه المستشفيات.

20-2 التعليق على دراسات الاضطرابات السيكوسوماتية:

من خلال عرض الدراسات السابقة التي تناولت الاضطرابات السيكوسوماتية، وعلى الرغم من اختلاف أنواعها وطرق دراستها لهذا المتغير فإنها أظهرت نتائج ودلالات علمية قيمة نوضحها على النحو الآتي: انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية، كما في دراسة (عبد الرؤوف الطلاع، 2000، عبد الرحمن العيسوي، 2000، هانم يار كندي، 2000)، كما أن هناك علاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية والضغط النفسية، كما أن الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات السيكوسوماتية أكثر تأثراً بالضغط النفسية من الأسوياء، كما في دراسة (عبد الرؤوف الطلاع، 2000، هانم ياركندي: 2000)، وكما أظهرت الدراسات معاناة صغار السن والمتزوجين من الاضطرابات السيكوسوماتية عن كبار السن وغير المتزوجين (عبد الرؤوف الطلاع، 2000، عبد الرحمن العيسوي، 2000)، وكذلك بينت هذه الدراسات أن معاناة الإناث من الاضطرابات السيكوسوماتية أكثر من الذكور، كما أن هناك علاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية والاتجاه نحو المرض النفسي ولسيما لدى الإناث، كما في دراسة (عبد الرحمن العيسوي، 2000، هانم ياركندي، 2000) كما أثبتت هذه الدراسات أنه ليس من الضروري أن يعاني المصاب بأحد الاضطرابات السيكوسوماتية من الإصابة باضطرابات سيكوسوماتية أخرى، كما في دراسة (عبد الرحمن العيسوي 2000)، ومعاناة المرأة ذات سنوات الخبرة الأكثر من توهم المرض والاضطرابات السيكوسوماتية أكبر من سنوات الخبرة الأقل، كما أن هناك علاقة بين العمر الزمني والاكنتاب، بينما لا توجد علاقة بين العمر الزمني والاضطرابات السيكوسوماتية، كما في دراسة (هانم ياركندي، 2000).

والفرق بين تلك الدراسات والدراسة الحالية يكمن في اختلاف العينات من العاديين إلى المرضى وارتباط الاضطرابات السيكوسوماتية بمتغيري اضطراب الغدة الدرقية والاضطرابات النفسية.

2-21 الغدة الدرقية واضطراباتها:

2-21-1 تمهيد:

"تعتبر الغدة الدرقية من أهم غدد الجسم، وأكبرها حجماً، مقارنةً بالغدد الأخرى، وهي الغدة الوحيدة القابلة للتحسس عند الفحص، ونظراً لأهميتها يميل البعض إلى تصنيفها ضمن الأعضاء النبيلة؛ حيث تظهر أهميتها في تنظيم الوظائف الحيوية للجسم، خاصةً عملية الأيض وعملية النمو وذلك عن طريق إفراز هرمونات، من بينها هرمون الثيروكسين (T4) اعتماداً على مادة اليود، والغدة الدرقية كغيرها من أعضاء الجسم تتعرض لاضطرابات وأمراض مختلفة تؤدي بصاحبها إلى ضرورة تلقي العلاج نظراً للمشاكل الصحية التي تسببها، وتعتبر أمراض الغدة الدرقية الأكثر انتشاراً وشيوعاً في دول العالم وبخاصة النساء"، (Maunand.B, 2002: 32) نقلاً عن ساعد مراد، د.ت: 90)، ومن بين هذه الدول ليبيا وبصفة خاصة مدينة مصراتة، وستحاول الباحثة من خلال هذا الفصل توضيح العلاقة بين الاضطرابات النفسية واضطراب إفراز الهرمونات، ثم التعرف على خصائص الاضطرابات الدرقية التي يعاني منها أفراد عينة الدراسة، حيث يتم التعرف على طبيعة وتشريح هذه الغدة، وتطورها لدى الإنسان، وكذلك وظيفة الغدة الدرقية والدور الذي تؤديه هرموناتها في تنظيم وظائف الجسم، بالإضافة إلى عرض أهم الأمراض التي يمكن أن تتعرض لها الغدة الدرقية، مع إبراز الأعراض التي تميز هذه الأمراض، وكذلك الأسباب الرئيسية المسببة لها،

وعرض لأهم النماذج العلاجية التي تستعمل لعلاج أمراض الغدة الدرقية، ونختم بالدراسات السابقة التي تناولت اضطرابات الغدة الدرقية.

2-21-2 العلاقة بين الاضطرابات النفسية واضطراب إفراز الهرمونات:

يقول جون كاسيبو عالم النفس الاجتماعي "سابقاً فهمنا لوظائف الهرمونات فهماً مختلفاً إلى حد بعيد إذا لم نحلل تأثيرها في السلوك الاجتماعي، وأثر السلوك الاجتماعي في التغيرات الهرمونية". وأكد كذلك أندرسون على التأثير الجوهري للعوامل البيئية على واحد من أكثر الأمراض العضوية خطورة وهو مرض السرطان، حيث كان يعتقد في السابق أنه كان يرجع إلى العوامل البيولوجية فقط، حيث ثبت أن الضغوط والمواقف المهددة تؤدي إلى حدوث المرض أو حدوث الانتكاسة عند الشفاء، (نقلا عن نور الدين، 2009)، فأحداث الحياة الضاغطة والضغوط النفسية تسهم في الاضطرابات الانفعالية، مثل: القلق، والخوف، والاكتئاب، ومن ثم فإن هذه الاضطرابات تؤثر على الجهاز العصبي والهرموني، والحالة الجسمية للفرد بصفة عامة، ومما يزيد هذا الأثر هو تفاعل العامل النفسي مع العامل الوراثي والبيولوجي الذي يخصب عملية إحداث الاضطرابات الجسمية وانتقال أثرها إلى بقية بنية الجسم، (الشقمانى، والفقي، 2006) وفي هذا السياق أوضح مصطفى باهي، وآخرون، (2002) "أن المخ والجهاز المناعي متصلان ببعضهما، ليس من خلال الأعصاب، بل من خلال الهرمونات وأن الرسائل الكيميائية تتساق عبر الدم، بحيث يمكن أن تنتقل الحالة الانفعالية من أحد أجزاء الجسم إلى جزء آخر، وقد ثبت أنه عندما يشعر الإنسان بالاكتئاب، تتغير حالة المخ، وأن الهرمونات تقوم بنقل الذبذبات الكهربائية من عصب إلى آخر حتى يمكن أن تستنزف إحدى مجموعات هذه الهرمونات التي يطلق عليها Catechol Amines يتم استنزافها خلال شعور الإنسان بالاكتئاب" (نقلا عن الشقمانى، والفقي، 2006) وعندما تنفذ

هرمونات المخ التي تقوم بنقل الذبذبات الكهربائية، فإن هذا يزيد أو يرفع "من مستوى المورفين الداخلي بالمخ، والجهاز المناعي لديه مستقبلات تهدد الهرمونات، وهو ينغلق عند زيادة نشاط الأندروفين، إذا كان مستوى التشاؤم لدى الفرد مرتفعاً فيمكن أن يستنزف جهازه المناعي، فعلى الأرجح أن هذا التشاؤم يمكنه أن يضعف صحته البدنية خلال دورة حياته (هدى خليفة، 2004 ، نقلا عن الشقمانى والفقى، 2006).

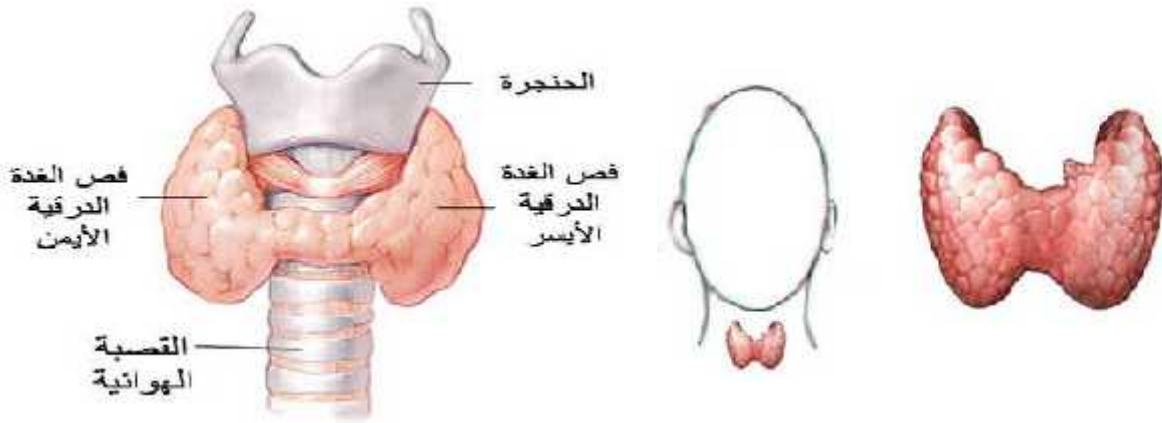
2-21-3 تعريف الغدة الدرقية:

"هي الغدة الأكبر حجماً في الجهاز الغدي، تزن من 15 إلى 20 غرام، تقع في أسفل العنق، وهي ملتصقة بالحلقات الأولى من القصبة الهوائية، متكونة من فصين متماثلين (يقدر حوالي 4سم في الارتفاع على 2 سم في العرض و 2.5 سم في السمك) مرتبطة عن طريق البرزخ، في بعض الأحيان يعلو في النهاية بتمديد يسمى هرمًا " (Tourniaire, J, 1994, 79)، كما ورد مراد، د.ت: 90).

2-21-4 الشكل والموقع للغدة الدرقية:

"تشبه الغدة الدرقية شكل الفراشة، وهي أكبر الغدد، تقع الغدة الدرقية في الجزء الأمامي من الرقبة، وتحديداً تحت تفاقحة آدم وأمامها، وهي مكونة من الفصين الأيمن والأيسر، وبينهما جسر صغير يسمى البرزخ، و يقع الفصان على جانبي الجزء الأعلى من القصبة الهوائية، وتزن الغدة الدرقية الطبيعية من 20 إلى 30 غراماً تقريباً (سالم بشية، د ت)، تشريحياً تتكون من فصين، حجمها (2-4 سم) تقريباً، ملتصقة بالواجهة الأمامية الخارجية للقصبة الهوائية، متصلة الحلقات الأولى الغضروفية، الفصان مرتبطان بلفيف دقيق من النسيج الدرقي، ممتد إلى الحافة الداخلية للغضروف، والبرزخ يكون في الحافة العلوية، تحتفظ الغدة الدرقية باتصالات تشريحية حميمية مع

الغدة الجار الدرقية، ملتصقة بالواجهة الخلفية، الغدة الدرقية فريدة من نوعها باعتبارها غنية بالأوعية الدموية (يكون التدفق: 6 مل من الدم خلال دقيقة عبر غرام من الغدة"، (Berthezen, F, 1979: 124-125، مراد، د.ت: 90).



شكل 1: يوضح الموقع العام في الجسم وشكل الغدة الدرقية، منقول عن بشييه (د ت)

2-21-5 تطور الغدة الدرقية:

"إن مصدر الغدة الدرقية يفسره لنا علاقاتها التشريحية مع الأعضاء المجاورة، فهي تبدأ في نموها، انطلاقاً من وسط البلعوم بين البرزخ، وتتمو جهة الأسفل تحت غطاء العضلة الرقبية المستقيمة بوضعية أمامية بالنسبة للعظمة اللامية، الغضروف الدرقي والحلقات العلوية للقصبه، يبرز فصاها عن جانبي القصبه الهوائية، كما أن الفص الهرمي يبين اتجاه سيرها". (فريجات، حكمت 1996: 181).

6-21-2 وظيفة الغدة الدرقية:

تنتج الغدة الدرقية اثنتين من الهرمونات تطلقهما مباشرة إلى تيار الدم، الأول يسمى هرمون الغدة الدرقية الرباعي؛ لأن هذا الهرمون يتضمن أربع ذرات من اليود، وغالبا ما تسمى T4، والآخر يسمى هرمون الغدة الدرقية الثلاثي، الذي يتضمن ثلاث ذرات من اليود، وغالبا ما يسمى T3؛ ويتم تحويل T4 إلى T3 في خلايا وأنسجة الجسم، بالإضافة إلى T3 المستمد من الغدة الدرقية، والـ T3 هو الهرمون النشط بيولوجيا، ويشترك في نشاط جميع أنسجة الجسم وخلاياه، وتتمثل وظيفة الغدة الدرقية (نقلا عن مراد، د.ت: 93) في عدة خصائص، من بينها:

- عند نقص مادة اليود:
- تزيد مباشرة التقاط مادة اليود.
- تزيد من فاعلية التنبيه عن طريق الهرمون المحفز للغدة الدرقية (TSH).
- توجه تركيب الهرمونات نحو T3 (ثالث يود تيرونين) وبخاصة T4.
- عند إفراط مادة اليود:
- تقلل من التقاط مادة اليود.
- تعطل تركيب الهرمونات.
- تنقص من إفراز الهرمونات.
- تسمح بإفراز اليود عن طريق الغدة الدرقية، (Berthezen,F, 1979: 143)، كما ورد عن مراد، د.ت: 93).

2-21-7 تأثير الهرمونات الدرقية:

للغدة الدرقية وظائف مختلفة، كما لها أعراض يمكنها أن تؤثر في حالة الشخص، يمكن

تلخيصها عن (حجاوي، عبدالكريم 2004: 67-68) كما يأتي:

- تنظيم عملية التمثيل الغذائي:

يزيد إفرازات الغدة الدرقية من سرعة التمثيل الغذائي؛ حيث يزيد من امتصاص السكر في

الأمعاء، ويزيد من معدل احتراقه بواسطة الخلايا، ويعمل على تحويل سكر الكلايوجين المخزون

في الكبد إلى سكر الكلوكوز الذي يسهل تحويله إلى طاقة بواسطة الخلايا، ويساعد إنتاج الكلوكوز

من المواد غير النشوية، مثل: الدهون والبروتينات، ويقلل من نسبة الدهون في الدم، وكذلك نسبة

الكوليسترول، كما تزداد عملية بناء البروتينات في الجسم وهدمها، وهي عملية ضرورية لحدوث

النمو، حيث لا يمكن لهرمون النمو أن يعمل في غياب هرمون الثيروكسين.

- تنشيط الوظائف الحيوية:

تعمل الغدة الدرقية على زيادة نبضات القلب، ما يؤدي بدورها إلى دفع الدم من القلب إلى

أجزاء الجسم، ورفع ضغط الدم الانقباضي تبعاً لذلك، كما يزداد استهلاك الأوكسجين، ما يترتب

عليه زيادة معدل التنفس وعمقه.

- زيادة نشاط الجهاز العصبي:

يعمل هرمون الثيروكسين الذي تفرزه الغدة الدرقية من سرعة العمليات العقلية من بينها

التفكير والإدراك والذاكرة.

- زيادة نشاط العضلات وتوترها:

عند زيادة هرمون الثيروكسين تحدث رعشة دقيقة في العضلات.

زيادة النشاط الجنسي:

إضافةً لما سبق من تأثيرات خاصة بارتفاع إفراز الغدة الدرقية، نجد أن زيادة الهرمون (T4) تؤدي إلى زيادة النشاط الجنسي للرجال، في حين يؤدي نقصه إلى توقف الدورة الشهرية لدى المرأة.

2-21-8 تنظيم إفراز الغدة الدرقية:

يشير "مونوند" Maunand إلى "أن وظيفة الغدة الدرقية تكون تحت تأثير الغدة النخامية بواسطة الهرمون المحفز للغدة الدرقية (thyroide stimulating hormone) وهذا الأخير يفرز من خلال الغدة النخامية تحت تأثير عصبي - هرموني - هيبيوتلامسي أو (thyroliberine) أو (thyrotroid releasing hormone) أو TRH مستوى إفراز TSH و TRH يكون منظماً من خلال التحكم الرجعي عبر نسبة الهرمونات الدرقية المنتشرة في الدم". (Maunand. B, 2002: 66، كما ورد عن مراد، د.ت: 95).

2-21-9 أمراض الغدة الدرقية:

تتعرض الغدة الدرقية كغيرها من الغدد التي يحتويها الجسم لمختلف الاضطرابات والأمراض التي تظهر على أشكال متغيرة، وذلك حسب الأسباب التي أدت إليها، ولما كانت هذه المعلومات مهمة بالنسبة لأهداف الدراسة الحالية سيتم التركيز على أهم هذه الاضطرابات، وهي كالتالي:

2-21-9-1 فرط الغدة الدرقية (hyperthyroidie):

ويقصد به المرض الناتج عن الإفراز المتتالي لهرمونات الدرقية مقارنة بالاحتياجات النسيجية، والتسمم الدرقي هو التناذر البيولوجي، الكيميائي والعيادي، لفرط نشاط العملية الأيضية

التي تحدث نتيجة لزيادة مستديمة لإفراز الغدة الدرقية، في معظم الحالات هرمونات الدرق (الثيروكسين وثالث يود تيرونين) يصل إلى نسب عالية في الدم، ما يؤدي إلى ما يسمى بالتسمم الدرقي،(99: Institut des sciences medicales، كما ورد عن مراد، د.ت: 95).

2-9-21-2 قصور الغدة الدرقية (hypothyroidie):

إن مصطلح قصور الغدة الدرقية أو ما يسمى بنقص إفراز الهرمون الدرقي يحدد مجموعة العلامات العيادية البيولوجية، الناتجة عن نقص هرمون الدرق بشكل غير طبيعي، ويمكن أن نسمي هذا القصور أولياً عندما يسببه مرض في الغدة الدرقية، أو ثانوياً عندما تسببه اضطرابات هيبوتلاموسي، أو نخاميا ومحيطيا، وهو الذي يكون نادراً، ويحدثه انخفاض الاستجابة النسيجية للهرمونات الدرقية، (90: Tourniaire, J, 1994، نقلا عن مراد، د.ت: 95)، للاستزادة عن أمراض الغد الدرقية يمكن الرجوع إلى (بشّية، ومراد د.ت).

2-21-10 أعراض اضطراب الغدة الدرقية:

إذا كان لدى الشخص قصور طفيف في نشاط الغدة الدرقية، فقد لا يعاني أي أعراض، ولكن عندما تظهر الأعراض، فإنها غالبا ما تكون غير واضحة وتتقدم ببطء، وتشمل الآتي: (تلخيصا عن بشّية، ومراد د.ت)

- التعب والإرهاق والكسل والإعياء.

- تكرار حالات النسيان وعدم القدرة على التركيز.

-عدم تحمل البرد.

- تبدل المزاج والعصبية.

- الشعور بالكآبة أو خمول العواطف.

- جفاف الجلد أو تقشره أو انتفاخه.
- وخز في أصابع اليدين أو القدمين.
- نقص في تحمل المجهود الرياضي.
- آلام في المفاصل والعضلات والتشنج العصبي.
- بحة الصوت.
- زيادة الوزن رغم ضعف الشهية.
- جفاف الشعر وتقصفه وتساقطه
- نبض ضعيف مع تورم في العنق.
- فقدان الرغبة الجنسية.
- مشاكل في النوم.
- ارتفاع نسبة الكوليسترول في الدم وارتفاع ضغط الدم.
- تعاني النساء من عدم انتظام الدورة الشهرية وغزارة الطمث، كما يصبح الحمل صعبا.
- إمساك.

أما أعراض فرط نشاط الغدة الدرقية، فتشمل الآتي:

تحتاج كل خلية وعضو في الجسم إلى الهرمون الدرقي لتعمل بشكل طبيعي، وتؤدي زيادة هذا الهرمون إلى الإسراع في معدلات النشاط لأجهزة الجسم، فالأمعاء تستجيب بكثرة الحركات المعوية، والقلب يستجيب بالإسراع في معدل دقاته، كما يزيد نشاط الغدة الدرقية، ما يجعل الكفين تسيلان عرقا، وفرط تنبيه الجهاز العصبي يمكن أن يؤدي إلى التهيج العصبي، و يظهر تزايد ملحوظاً للشهية رغم نقصان الوزن، وقد تصبح العضلات ضعيفة جدا، وعدم احتمال الحر، وفي

حالات غير قليلة قد يظهر القلق والارتعاشات، وغيرها من الأعراض العصبية، وصعوبة النوم، وقد تصبح دورات الحيض عند الإناث غير منتظمة وأقل تكرارا وقليلة في كميتها، وثمة واحد من كل خمسة من المصابين يعاني جحوظا في العينين، وهي حالة مرضية تجعل العينين تبرزان ومتورمتين وتسيلان دموعا.

ومما يلاحظ، أن كبار السن تقل لديهم الأعراض، وتقتصر على قابلية الهياج، أو نقصان الوزن ودقات القلب السريعة وغير المنتظمة حتى أثناء الراحة كالأعراض الوحيدة لفرط النشاط الدرقي.

2-21-11 أسباب اضطراب الغدة الدرقية:

- العامل الأساسي لظهور تضخم الغدة الدرقية هو إفراز الهرمون المحفز للغدة

الدرقية (Thyroid Stimulating hormone TSH).

- نقص مادة اليود (جويتر وبائي).

- عوامل التغذية بما فيها النباتية.

- اضطرابات إفراز الهرمونات التي تظهر متأخراً.

- التهاب هاشيموتو قبل مرحلة قصور الغدة الدرقية.

- إفراط في مادة اليود الدوائي.

- أملاح الليثيوم (Reverot. G, 2003: 98، نقلا عن مراد، د.ت: 100).

- الأسباب النفسية.

2-21-12 التشخيص العيادي للاضطرابات الغدة الدرقية:

يجب التأكيد على وجود تضخم درقي، يعني هذا البحث عن الإصابات الالتهابية،

والسرطانية، واضطرابات في وظيفة الغدة الدرقية، ومن بين الطرق المستعملة نجد ما يأتي:

1- الاستجواب:

الاستجواب يعطي معلومات مهمة في التشخيص، ويجب التحقق من:

- المنطقة الأصلية: المناطق الوبائية يجب أن تكون معروفة.
- السوابق العائلية: البحث عن وجود الجويتر أو أمراض الغدة الدرقية في العائلة.
- دواعي الاستشارة الطبية: التعقيدات (الضغط على القصبات الهوائية مثلاً).
- قدم الجويتر: إذا كان الجويتر قديم فالعلاج الطبي يكون أقل فعالية.
- حالات ظهور الجويتر: تناذر الحمى الآلام، كثرة الانفعال.
- التطور: البحث عن ضمور أو بالعكس عن اضطراب الغدة الدرقية الذي يكون نتيجة عفوية أو بسبب علاج معين.
- الفحوص التكميلية: آلام، صعوبة البلع، صعوبة التنفس، السعال، حازوقة، البحة، علامات الضيق، العلامات العامة والوظيفية، درجة الحرارة، النحافة أو السمنة، فقدان الشهية، واضطرابات المعدة والخفقان. (Ben, miloud. M, Bakiri. F, 2002: 97، نقلا عن مراد، د.ت: 102 - 103).

2-الفحص:

يعتمد الفحص العيادي لتشخيص اضطراب الغدة الدرقية جملة من الطرائق، نجد منها

الفحص الأولي الذي يهدف إلى تحديد أنواع حجم الجويتر، وهي كما يأتي:

النوع الأول: يكون محسوساً فقط وغير ملاحظ.

النوع الثاني: يمكن ملاحظته عند الكشف.

والنوع الثالث: جويتير كبير ملاحظ عن بعد.

3- التحسس يحدد:

هذا الفحص يسمح بتحديد ما إذا كان التضخم منتشرًا، متموضعا، غير منسجم.

- أو ذا سمك متجانس، غير متجانس، صلبا، مرنا، أو متحجرا.
- وكذلك يمكن تحسس وجود أو غياب عقدة درقية، مكانها، حجمها، سمكها، حركتها.
- وكذلك التأكد من وجود أو غياب (Thrill).

- البحث عن وجود علامات قصور أو زيادة إفراز الغدة الدرقية، (Ben miloud.

97: 2002, F, Bakiri, M; نقلا عن مراد، د.ت: 102 - 103).

وبهذا يمكننا استنتاج أن تشخيص مثل هذه الاضطرابات يتم عبر مرحلتين، تتمثلان في

الاستجواب كمرحلة أولية للفحص العيادي، ثم يليها (الفحص العيادي) التحسس للغدة الدرقية.

2-21-13 علاج اضطرابات الغدة الدرقية:

توجد هناك عدة تدخلات علاجية، وتكون فعالة، أي علاج مرتبط بطبيعة المرض، وما إذا

كان حديثاً أو قديماً، ويكون مرتبطاً بدرجة خطورة المرض، وكذا حساسية المريض نحو العلاج

المقترح.

قبل كل شيء يوصى للمعالج أن يحاول خفض درجة القلق لدى المريض، حيث يعتبر

عنصراً مهماً لعلاج المرض، ويجب أيضاً أن يكون العلاج مصحوباً بإعلان المريض عن طبيعة

مرضه وبخاصةً الميكانيزم المناعي الذاتي الذي أحدثه. (Hennan. G, 2001: 245، نقلا عن مراد، د.ت: 102 - 103).

وهنا سنعرض أهم العلاجات التي تستخدم عادةً في علاج اضطرابات الغدة الدرقية:

2-21-13-1 العلاج الطبي:

يوجد العلاج الطبي أساساً لإيقاف إفراز TSH (الهرمون المحفز للغدة الدرقية) وهذا يتحصل عليه من خلال استخدام الهرمونات الدرقية، ومن المستخلصات المفضلة للاستعمال يوجد هرمون الثيروكسين (T4) وتوجد هذه المادة في صورة قطرات (gouttes)، (هذه المادة يجب أن تحفظ في درجة 4°)، وتعطي بمقدار 5mcg/قطرة، أو على شكل أقراص بمقدار 50 و 100 MCG فالجرعة المستعملة لدى الراشدين هي: 100 إلى 150 MCG/اليوم.

وهناك مستخلص آخر يسمى ثالث يود ثيرونين (T3) ويستخدم هذا بشكل نادر، وهو أقل تحملاً، له نصف عمر قصير، ما يتطلب عدة جرعات يومية، ويوجد هناك دواء في صورة أقراص ب: 25 mcg، والجرعة المستعملة هي 50 إلى 75 mcg ويأخذ على الأقل ثلاث جرعات يومية، وينصح عند وصف هذه المستخلصات أن يكون مكيفاً حسب حالة المريض بطريقة تكون فيها فعالة. (Tourniaire. J. 1994: 89، Ben, Miloud. M, Brkiri. F, 2002: 99، نقلا عن مراد، د.ت: 102 - 103).

- العلاج باليود المعدني:

توصف مضادات الدرق التي تحتوي على اليود المعدني في حالة فرط الغدة الدرقية، وهو تطبيق مباشر، لسوء الحظ قل ما يستمر مفعوله، لأن التأثير الذي يحدثه اليود على الوظيفة الدرقية متغير، وغير مفهوم، يظهر أحياناً أنه يتعلق بحالة الغدة والجرعة الدوائية، لأنه يلاحظ في بعض

الظروف أن فرط الغدة الدرقية يكون ناتجا عن اليود. (Linoutte. M, 1975: 74)، نقلا عن مراد، د.ت: 103-105).

- العلاج باليود المشع:

العلاج باليود المشع يمكن استعماله في حالة عدم صلاحية التدخل العلاجي الجراحي ويستعمل أيضاً في بعض الأحيان في الجويتر الكبير الحجم للإنقاص من حجمه (Maunand. B, 1993: 92، نقلا عن مراد، د.ت: 103-105). وهو فعال بشكل خاص، يمكن أن يوصف فوراً بدون تدخل علاج دوائي آخر مضاد للغدة الدرقية، وهذا العلاج موجه نحو إزالة النسيج الدرقي قصد إحداث حالة من الاتزان في وظيفة الغدة، كان هذا العلاج موجهاً فقط للمرضى الراشدين، لكن الآن يطبق في علاج مرضى شباب الجنسين معاً، وحتى الأطفال، ولا يحدث تعقيدات على المدى البعيد، وبدون خطر إحداث السرطان. (Hennan. G, 2001: 245)، نقلا عن مراد، د.ت: 103-105).

ج- العلاج بمضادات الدرق المركبة:

يمكن لهذا النوع من العلاج أن يتدخل في مراحل مختلفة من التركيب الهرموني، وبخاصة في مرحلة عضوية اليود، لهذا تكون مضادات الدرق المركبة فعالة بدايةً من الأيام الأولى من الاستعمال، الذي لا يكون مطولاً، ويكون خلال 18 شهراً على الأقل، يوجد هناك مضاعفات يمكن أن تظهر خلال العلاج بمضادات الدرق المركبة، ألا وهو زيادة حجم تضخم الغدة، في هذه الحالة يتبين أن مضادات الدرق المركبة خفضت بشكل جيد التركيب الهرموني من أجل إيقاف (TSH) الذي يظهر من خلال زيادة الحجم. (Linoutte. M, 1975: 74)، نقلا عن مراد، د.ت: 103-105).

د-العلاج الجراحي:

والغاية من العلاج بالجراحة هي الإنقاص من حجم الغدة الدرقية التي تعالج الأثر ولا تعالج السبب، وهذا العلاج يجب أن لا يقترح كعلاج منعزل، أو أن يعتبر علاجاً نهائياً، والمريض يجب أن يعلم أن التدخل الجراحي لا يحوي العلاج الطبي، فإن غياب الوقاية بعد التدخل الجراحي وعودة المريض إلى ظروف الحياة المعتادة يمكن أن يعود إلى حالة الانتكاس، وهذا الانتكاس سيكون أصعب للعلاج مقارنةً بالجويتر الأول، ويكون أقل استجابة للعلاج، وبصفة عامة العلاج الجراحي للجويتر يمكن أن يؤدي إلى عدة تعقيدات ويكون حسب طبيعة الجويتر، ونوع التدخل العلاجي وبخاصة خبرة الجراح. (99: 2002، Ben, Miloud. M, Bakri, F, 2002، نقلا عن مراد، د.ت: 103-105).

2-21-13-2 العلاج النفسي لاضطرابات الغدة الدرقية:

أما فيما يخص دور الأسباب النفسية في ظهور اضطراب الغدة الدرقية لدى المرضى، فتؤكد نتائج الدراسات أن جميع المصابين بزيادة الثيروكسين تقريباً مرضى سبق أن تعرضوا لأزمات وضغوط نفسية عنيفة قبل أن تظهر عليهم أعراض زيادة الثيروكسين، أو عانوا أشكالاً من الاضطهاد والإحباط لم يملكو إزاءها سوى كبت نوازع العدوان، ما جعل أجهزتهم العصبية دائمة الاستشارة، ومن ثم تجعل غددهم في حالة اضطراب مستمر. (حسن مصطفى عبد المعطي، 2003: 140)، ودراسة داس وآخرين (2006) أظهرت هذه الدراسة وجود الخلل في الغدة الدرقية يصاحبه الاكتئاب الذي في أغلب الأحيان يوصف بأنه "متلازمة نقص إفراز الغدة الدرقية"، ومن ثم قد يكون من المفيد أن فحص الغدة الدرقية يجب أن يقابله فحص الاكتئاب، ودراسة بروور، وآخرين (2007) بينت أنه مقارنة بالمجموعة الضابطة، كان لدى مجموعة المرضى بالاكتئاب

الشديد نسبة أعلى من هرمون الـ TSH، بينما كانت مستويات الكورتيزول البولية مماثلة في المجموعتين، وعلاوة على ذلك، قد لوحظ انخفاض مصلى الكورتيزول لدى المجموعة التجريبية "الاكتئاب الشديد" مقارنة بالمجموعة الضابطة "غير المكتئبين"، ودراسة كيكوتش، وآخرين (2005) Kikuchi, et al أجريت على عشرين من المرضى لاستيفائهم لمعايير اضطراب الهلع دون الخوف من الأماكن المكشوفة وبقية المرضى 46 لاستيفائهم لمعايير اضطراب الهلع مع خوف من الأماكن المكشوفة، وتم قياس ثرييودوثيرونيني الحر (T3) ، وهرمون الغدة الدرقية الحر (T4) ومستويات هرمون الغدة الدرقية free thriiodothyronine (T3), free thyroxin (T4) and thyroid-stimulating hormone (TSH) levels. (TSH لوحظت الارتباطات كبيرة بين مستويات هرمون الغدة الدرقية، والسماط السريرية في المرضى غير المعالجين، كانت نوبات الذعر الحالي أكثر حدة، كلما كانت مستويات الهرمون TSH مرتفعة، وبالإضافة إلى ذلك، ترتبط شدة القلق سلبا مع مستويات T4 الحرة، ودراسة: ماريو وآخرين، (2004) Mauro, et al هدفت إلى تقييم الصلة بين اضطرابات المزاج، والقلق، والغدة الدرقية، والمناعة الذاتية في عينة من المجتمع، نتائج هذه الدراسة توصلت إلى أن الأفراد في مجتمع الدراسة الذين لديهم المناعة الذاتية الدرقية قد يكونون أكثر عرضة لاضطرابات المزاج والقلق، ويبدو أنه متأصلة في أنفسهم اضطرابات نفسية، ورد فعل المناعة الذاتية ظاهر لديهم (وليس من السهل تصحيحه أو علاجه) في نظام الغدد الصماء المناعية، قد تكون النتائج التي توصلت لها الدراسة ذات اهتمام كبير للوقاية المستقبلية وقضية مهمة في إيجاد استراتيجية علاجية لأمراض الغدة الدرقية.

2-21-14 التعليق على أمراض الغدة الدرقية :

إن أمراض الغدة الدرقية متعددة ومختلفة، تكون درجة خطورتها حسب الأعراض العيادية التي تشكلها، وأيضاً مدى التعقيدات الصحية التي تلحقها بالمريض، ويكون هذا نتاجاً لأسباب متغيرة، قد تكون داخلية تسببها اضطرابات عصبية - هرمونية، أو خارجية كنقص مادة اليود، وكذلك العامل الغذائي... إلخ، ويمكن أن تكون نتاجاً لاضطراب وظيفي للغدة الدرقية كزيادة الإفراز الهرموني، وبخاصة هرمون الثيروكسين، أو لسبب راجع للبنية التشريحية المرضية (إصابات تشوهات)، وهذه الأمراض تهدد صحة الفرد وتفقد توازنه الجسمي ونشاطه الحيوي، بالإضافة إلى ظهور انعكاسات نفسية سلبية كالقلق، والاكتئاب والإحساس بالضيق، ما يؤدي إلى اضطراب تكيفه النفسي والاجتماعي، وكل هذا يسهم في تفاقم الحالة الصحية للمريض، ما يتطلب التدخل العلاجي المناسب والمبكر من أجل مساعدة المريض على استعادة اتزانه البيولوجي، وكذلك استقراره وصحته النفسية.

2-21-15 دراسات اهتمت بالاضطرابات النفسية وعلاقتها بالغدة الدرقية:

في حدود إمكانيات الباحثة وجهودها، لم تجد دراسات عربية منشورة اهتمت بدراسة الاضطرابات النفسية والغدة الدرقية، عدا دراسة واحدة وهي دراسة، (سعود مراد، د.ت) فعمدت الباحثة إلى دراسات أجنبية، واستعانت بأخصائيين أكاديميين لترجمة هذه الدراسات والاستفادة منها في هذه الدراسة وفي دراسات غيرها، وكانت الدراسات كالتالي:

1- دراسة: لوکش، وآخرين (2013) Lokesh et al بعنوان: العلاقة بين الاكتئاب

والغدة الدرقية لدى المريضات الإناث، هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن نوع الارتباط بين الاكتئاب ونقص إفراز الغدة الدرقية لدى المريضات الإناث، وقد أجريت الدراسة على المريضات

الإناث الثلاثين اللاتي يحضرن للعلاج في العيادات الخارجية (الطب النفسي معايير اضطراب الاكتئاب الرئيسي)، والمريضات الإناث الثلاثين اللاتي كنّ يحضرن للعلاج في العيادات الخارجية (لانخفاض في مستويات إفراز الغدة الدرقية)، وكانت معايير التضمين للمشاركة في الدراسة كالآتي: المريضات الإناث بين (18-65 سنة)، المريضات اللاتي أعطين موافقة خطية للدراسة، المريضات اللاتي يعانين من اضطراب الاكتئاب الرئيسي، المريضات اللاتي شخصت إصابتهن بقصور الغدة الدرقية (السريرية، وكذلك تحت السريرية). أما معايير الاستبعاد، فكانت للمريضات اللاتي رفضن إعطاء الموافقة للمشاركة في الدراسة، وذوات الأمراض النفسية الحادة المهوسات، المريضات الطبيات، اللاتي يستهلكن الدواء الذي يمكن أن يؤثر على مستويات هرمونات الغدة الدرقية، والنساء الحوامل والمرضعات، طبق عليهن مقياس الاكتئاب، واختبار TR ومن ثم أخضعت النتائج للتحليل الإحصائي المناسب، وكشفت الدراسة على انتشار نقص إفراز الغدة الدرقية لدى مرضى الاكتئاب 20.0% أما انتشار الاكتئاب لدى مرضى نقص إفراز الغدة الدرقية فكان 36.67% وقصور الغدة الدرقية قبل السريري منتشر بنسبة (13.3%) وكان أكثر انتشارا من قصور الغدة الدرقية السريري (6.7%)، وأوضحت نتائج التحليل الإحصائي وجود ارتباط كبير جدا بين الاكتئاب وأمراض قصور الغدة الدرقية.

2- دراسة كيكوتش، وآخرين (Kikuchi, et al (2005) بعنوان: العلاقة بين وظيفة

الغدة الدرقية والمرضى الذين يعانون من اضطرابات الهلع والقلق؛ وكان الهدف من هذه الدراسة التحقق من العلاقات المتبادلة بين وظيفة الغدة الدرقية، وشدة القلق أو الذعر، لدى المرضى الذين يعانون من اضطراب الهلع. أجريت الدراسة على 66 من المرضى الذين يعانون من اضطراب الهلع (29 ذكور، والنساء 37) (العلاج، ن=41؛ وعدم العلاج، ن = 25)، متوسط أعمارهم

34.4 سنة (ما بين 16 - 75 سنة) وكان متوسط مدة المرض لديهم 15.8؛ تم تشخيصهم وفقا لمعايير: الدليل الإحصائي لتحديد وتشخيص الاضطرابات العقلية: الطبعة الرابعة - DSM-IV، (رابطة الطب النفسي الأمريكية، 1994) وكان عشرون من المرضى لاستيفائهم لمعايير اضطراب الهلع دون الخوف من الأماكن المكشوفة، وبقية المرضى 46 لاستيفائهم لمعايير اضطراب الهلع مع خوف من الأماكن المكشوفة، وتم قياس ثرييودوثيرونيني الحر (T3) ، وهرمون الغدة الدرقية الحر (T4) ومستويات هرمون الغدة الدرقية free thriiodothyronine (T3), free thyroxin (T4) and thyroid-stimulating hormone (TSH) levels. (TSH) ؛ حيث لوحظ أن الارتباطات كبيرة بين مستويات هرمون الغدة الدرقية، والسمات السريرية في المرضى غير المعالجين، وكانت نوبات الذعر الحالي أكثر حدة، كلما كانت مستويات الهرمون TSH مرتفعة وبالإضافة إلى ذلك، ترتبط شدة القلق سلبا مع مستويات T4 الحرة.

3- دراسة: داس، وآخرين (2007) Das, et al بعنوان: تغيير مستويات المصل من

هرمون الغدة الدرقية (T4) و (T3) والهرمون المحفز للغدة الدرقية (TSH) لدى مرضى الاكتئاب، وكان الهدف من الدراسة قياس مستويات هرمون الغدة الدرقية ال TSH، و (T4) و (T3)؛ وقد أجريت هذه الدراسة على واحد وثلاثين من مرضى الاكتئاب، وعدد مساوٍ لهم من الأصحاء، متماثلين ومتساوين ومتكافئين في العمر والجنس وكافة المتغيرات الدخيلة التي تؤثر في صدق هذه الدراسة، واستُخدم مقياس هاملتون لتصنيف درجة الاكتئاب إلى درجات خفيفة ومعتدلة وحادة، وقُدرت المعلمات البيوكيميائية (T3، T4 و TSH) باستخدام المجموعات المتاحة تجاريا، وتم تحليل البيانات باستخدام (برنامج SPSS-10)، وطريقة ANOVA أحادي الاتجاه واختبار K^2 . وكانت النتائج كالتالي: عدد النساء المكتنبات (n = 17) يفوق عدد حالات الاكتئاب في

الذكور، توزيع المرضى على مقياس هاملتون (الخفيفة، المتوسطة، والشديدة) كانت متشابهة بين المرضى، كما وجد أن مستوى T3 و T4 يثار كثيرا في الاكتئاب بالمقارنة بالعينة الضابطة الصحيحة، كما أثبت تحليل التباين المتعدد MANOVA بين مجموعة المرضى وأظهرت مستوى TSH عالية كبيرة (و $3.17 <$) بمستوى 5% من الأهمية، كما أظهرت نتائج هذه الدراسة أن ستة مرضى اكتئاب كان لديهم تشوهات الغدة الدرقية، ولذلك تشير هذه الدراسة إلى وجود خلل في الغدة الدرقية يصاحبه الاكتئاب الذي في أغلب الأحيان يوصف بأنه "متلازمة نقص إفراز الغدة الدرقية"؛ ومن ثم قد يكون من المفيد أن فحص الغدة الدرقية يجب أن يقابله فحص الاكتئاب.

4- دراسة: برو- ور، وآخرين (2005) Brouwer, et al. بعنوان: الغدة الدرقية

ومحور الغدة الكظرية في الاكتئاب الحاد، دراسة معملية في العيادات الخارجية، هدفت الدراسة إلى تقييم معلمات الغدد الصماء في العيادات الخارجية ودرجة الاكتئاب لعدد 113 مفحوصا يعانون من الاكتئاب الشديد (من 16 فما فوق تصنيف هاملتون) بنظرائهم من نفس العمر، ونفس الجنس، ونفس العدد الذين لا يعانون من نفس الأعراض الاكتئابية كمجموعة ضابطة، وكانت معايير التضمين للمجموعة التجريبية للمشاركة في الدراسة هم من المرضى الذين لديهم اكتئاب شديد، وفقا لنتائج "المقابلة السريرية التشخيصية" لتشخيص الاكتئاب وطبقا لإحصائية الدليل الإحصائي لتحديد وتشخيص الاضطرابات العقلية (DSM-IV)، الطبعة الرابعة، وإذا كانوا مصنفين ضمن نطاق البند 17 من تصنيف هاملتون للاكتئاب بدرجة أكبر من أو تساوي 16. وإذا كانت معلمات الغدد الصماء تحتوي تركيزات المصل TSH هرمون الغدة الدرقية، وثلاثي اليودوثيرونين tri-iodothyronine، الكورتيزول، cortisol، والتيرويد بيروكسيداز (TPO thyroid peroxidase) وهي معيار الأجسام المضادة، وإفراز الكورتيزول في البول طوال الأربع

والعشرين ساعة، وقد سجلت النتائج الآتية: مقارنة بالمجموعة الضابطة، كان لدى مجموعة المرضى بالاكتئاب الشديد نسبة أعلى من هرمون الـ TSH، بينما كانت مستويات الكورتيزول البولية مماثلة في المجموعتين، وعلاوة على ذلك، قد لوحظ انخفاض مصلى الكورتيزول لدى المجموعة التجريبية "الاكتئاب الشديد" مقارنة بالمجموعة الضابطة "غير المكتئبين".

5- دراسة: كونستانتينوس وآخرين، (Konstantinos, et al (2004). عنوان

الدراسة: وظيفة الغدة الدرقية في الحالات السريرية للاكتئاب الشديد، دراسة استكشافية، أجريت هذه الدراسة على ثلاثين شخصا يعانون من الاكتئاب الشديد حسب تصنيف DSM-IV منهم (10 من الذكور، والإناث 20) تتراوح أعمارهم ما بين (21 و 60) متوسط العمر 42.43 ± 11.82 سنة، عشرة مرضى لديهم الميزات الاكتئابية غير النمطية (حسب DSM-IV)، وعدد 12 لديهم ميزات الكآبة الشديدة (حسب DSM-IV) وعدد 8 منهم لم يفوا بمعايير أي متلازمة اكتئابية محددة (وتم ضبط بقية المتغيرات)، وقورنت نتائجهم بالمجموعة الضابطة من الأصحاء كان عددهم 60 (25 من الذكور والإناث 35) الذين تراوحت أعمارهم بين (25 - 58)، متوسط العمر = 41,01 ± 9.72 سنة)، مجموعة المرضى والمجموعة الضابطة لم يكونوا تحت أي علاج لمدة أسبوعين على الأقل، وكانت المجموعتان سليمتين جسديا، والنتائج السريرية والمختبرية عادية (تخطيط المخ EEG واختبارات الدم والاختبارات البيوكيميائية، اختبار الحمل، والـ B12، وحمض الفوليك) جميعها عادية، ولم يدرج في الدراسة أي مريض به سمات ذهانية أو مشلول عقليا أو لديه اضطرابات عاطفية موسمية، لا أحد من المفحوصين كان له تاريخ هوسي أو hypomanic في الماضي، أو كان قد عالج بالليثيوم أو هرمونات الغدة الدرقية، وتألقت مجموعة المراقبة العادية من موظفي المستشفى، والطلاب، ومن خلال المقابلة السريرية أكدت المجموعة الضابطة أنها لا تعاني

من أي اضطراب عقلي، وتاريخهم السابق كان خاليا من الاضطراب العقلية والغدة الدرقية،
والأدوات المستخدمة: التشخيص الإكلينيكي المسمى (SCAN v 2.0) و الـ Free-IPDE ,
T3, Free-T4, TSH, Thyroid Binding Inhibitory Immunoglobulin (TBII),
Thyroglobulin antibodies (TA) and Thyroid Microsomal Antibodies (TMA)
were measured in the serum

بالإضافة إلى ذلك تم استخدام القياسات النفسية قائمة هاملتون للاكتئاب، ومقياس القلق
لهاملتون، ومقياس (تقييم الحالة الوظيفية العامة DSM-IV-TR, p. 34). كما تم استخدام
التحليل المتعدد (المانكوفيا) أحادي وثنائي الاتجاه 1 and 2-way MANCOVA ومعادلة ارتباط
بيرسون لتحليل النتائج، وكانت النتائج كالتالي: جملة المكتئبين كان لديهم الـ TBII مرتفعا بالمقارنة
بالأصحاء، ومجموعة الاكتئاب البسيط لديهم TMA أعلى من الطبيعيين، ولم توجد علاقة بين
المقاييس النفسية ومؤشرات التيرويد، وكانت خلاصة الدراسة: على الرغم من أن الخلل في الغدة
الدرقية ليس شائعا في الاكتئاب، فإن هناك أدلة تشير إلى وجود عملية المناعة الذاتية التي تؤثر
على الغدة الدرقية لدى مرضى الاكتئاب.

6- دراسة: ماريو وآخرين (2004) Mauro, et al. بعنوان: العلاقة بين الغدة الدرقية

(المناعة الذاتية - الأجسام المضادة البيروكسيديز) واضطرابات القلق والمزاج في المجتمع، حقل
مصلحة الصحة العامة في المستقبل: هدفت الدراسة إلى تقييم الصلة بين اضطرابات المزاج
والقلق والغدة الدرقية، والمناعة الذاتية في عينة من المجتمع، وأجريت الدراسة على عينة من
المجتمع عددها 222 مفردة، تم تشخيصهم باستخدام " التشخيص الدولي المركب للمقابلة المبسطة
(International Composite Diagnostic Interview Simplified (CIDIS))، طبقا لمقياس

DSM-IV جميع أفراد العينة خضعوا لإجراء تقييم كامل للغدة الدرقية بما في ذلك الفحص البدني، وفحص الدرقية الإشعاعي، thyroid echography and measure of serum free T4 (FT4), free T3 (FT3), thyroid-stimulating hormone (TSH) and anti-thyroid peroxidase autoantibodies (anti-TPO). نتائج الدراسة تشير إلى أن الأفراد في مجتمع الدراسة الذين لديهم المناعة الذاتية الدرقية يكونون أكثر عرضة لاضطرابات المزاج، والقلق، ويبدو أنه متأصلة في أنفسهم اضطرابات نفسية، ورد فعل المناعة الذاتية ظاهر لديهم (وليس من السهل تصحيحه أو علاجه) في نظام الغدد الصماء المناعية، وقد تكون النتائج التي توصلت لها الدراسة ذات اهتمام كبير للوقاية المستقبلية، وقضية مهمة في إيجاد استراتيجية علاجية.

7- دراسة ماتوس سانتوس وآخرين: (2001) Matos Santos, et, al. بعنوان:

تأثير أحداث الحياة المجهدة، وعلاقتها بظهور داء غريف، حيث شملت هذه الدراسة عينة مقدارها 93 مفردة، مقسمة إلى ثلاث مجموعات: مجموعة داء غريف، ومجموعة الدراق العقيدي السام، والمجموعة الضابطة، عدد كل منها 31، كل مجموعة مكونة من 9 ذكور و 22 إناث، وكان متوسط العمر 38.4 (+/-) 10.9 سنوات في مجموعة داء غريف، و 48.3 (+/-) 11.1 في مجموعة الدراق العقيدي السام، و 41.1 (+/-) 11.8 سنوات في المجموعة التجريبية التي تم تعريضها لعدة مرات من الضغوط لمدة 12 شهرا، سابقة لظهور أعراض مرض الغدة الدرقية. استخدم في هذه الدراسة مقياس مظاهر الحياة الضاغطة، وكانت النتائج كالتالي: حصلت مجموعة داء غريف على درجة عالية على مقياس الحياة الضاغطة، مقارنة بالمجموعتين الباقيتين ما يعني أن الحياة الضاغطة تسهم في ظهور داء غريف.

8- دراسة ساعو مراد (2010) بعنوان: تأثير السند الاجتماعي (بأبعاده المختلفة) في

الصحة النفسية لدى مرضى الغدة الدرقية، تهدف هذه الدراسة إلى توضيح أثر السند الاجتماعي (بأبعاده المختلفة) في الصحة النفسية لدى مرضى الغدة الدرقية، والمنهج المستخدم " دراسة حالة " الذي يركز على الدراسة المعمقة للحالة الفردية ومدى تأثير السند الاجتماعي (بأبعاد المختلفة) في الصحة النفسية لدى أفراد يعانون من اضطرابات الغدة الدرقية، ووسائل القياس التي تم استخدامها في هذه الدراسة من أجل جمع المعلومات هي المقابلة العيادية، واستبيان السند الاجتماعي بأبعاده المختلفة لقياس درجة توفر السند الاجتماعي، ومقياس الصحة النفسية، وطبقت هذه الدراسة على عينة من أفراد مصابين باضطرابات في الغدة الدرقية متكونة من 10 حالات عيادية، وتم استخدام طريقتين مختلفتين في كيفية التعامل للمعطيات المتحصل عليها، وهما التحليل الكيفي للمعطيات الكيفية المتحصل عليها من خلال المقابلة العيادية، والتحليل الكمي _ الجدول الإحصائي _ للمعطيات المتحصل عليها من خلال استبيان السند الاجتماعي ومقياس الصحة النفسية، وتبين نتائج هذه الدراسة بوضوح أثر السند الاجتماعي (بأبعاده المختلفة) في الصحة النفسية لدى مرضى الغدة الدرقية، وذلك بطريقتين: أما في حالة توفر السند الاجتماعي، فيؤثر إيجابياً بتخفيفه للاضطرابات النفسية، وأما في حالة نقصه أو عدم توفره، فيؤثر سلبياً بارتفاع الاضطرابات النفسية الناتج عن التعرض لأحداث الحياة الضاغطة.

2-21-16 تلخيص الدراسات السابقة:

تضمنت الدراسات السابقة العديد من الأهداف المختلفة، والعينات المختلفة الكبيرة والصغيرة وذلك حسب الهدف منها، وكذلك تضمنت المقاييس والتحليل المختلفة، كما أسفرت على نتائج مختلفة توجزها البحتة في الآتي:

دراسة لوکش، وآخرين (2013) مثلا بينت نوع الارتباط بين الاكتئاب ونقص إفراز الغدة الدرقية لدى المريضات الإناث: وهي دراسة مقارنة بين 30 مريضة لديهن اكتئاب رئيسي، و30 مريضة كنّ يحضرن للعلاج في العيادات الخارجية، لانخفاض في مستويات إفراز الغدة الدرقية، وأوضحت نتائج التحليل الإحصائي وجود ارتباط كبير جدا بين الاكتئاب وأمراض قصور الغدة الدرقية.

دراسة كيكوتش، وآخرين (2005) كان الهدف منها التحقق من العلاقات المتبادلة بين وظيفة الغدة الدرقية، وشدة القلق أو الذعر، وأجريت الدراسة على 66 من المرضى الذين يعانون من اضطراب الهلع (29 ذكور، والنساء 37) لوحظت الارتباطات الكبيرة بين مستويات هرمون الغدة الدرقية، والسمات السريرية في المرضى غير المعالجين من نوبات الذعر، كما لوحظ أنه كلما كانت مستويات الهرمون TSH مرتفعة بالإضافة إلى ذلك، ترتبط شدة القلق سلبا مع مستويات T4 الحرة.

دراسة: داس، وآخرين (2007) أجريت على واحد وثلاثين من مرضى الاكتئاب، وعدد مساوٍ لهم من الأصحاء، عدد النساء المكتئبات يفوق عدد حالات الاكتئاب في الذكور، كما وجد أن مستوى T3 و T4 يثار كثيرا في الاكتئاب بالمقارنة بالعينة الضابطة الصحيحة، ووجد أن وجود الخلل في الغدة الدرقية يصاحبه الاكتئاب.

دراسة: برو ور، وآخرين (2005)، التي هدفت إلى تقييم معلمات الغدد الصماء في العيادات الخارجية ودرجة الاكتئاب لعدد 113 مفحوصا يعانون من الاكتئاب الشديد، بنظرائهم الذين لا يعانون من نفس الأعراض الاكتئابية كمجموعة ضابطة، وأظهرت النتائج أن لدى مجموعة

المرضى بالاكتئاب الشديد نسبة أعلى من هرمون الـ TSH، وقد لوحظ انخفاض مصل الكورتيزول لدى المجموعة التجريبية "الاكتئاب الشديد" مقارنة بالمجموعة الضابطة "غير المكتئبين".

دراسة: كونستانينوس وآخرين، (2004)، دراسة استكشافية، أجريت على ثلاثين شخصا يعانون من الاكتئاب الشديد، وقورنت نتائجهم بالمجموعة الضابطة من الأصحاء، وكانت خلاصة الدراسة: على الرغم من أن الخلل في الغدة الدرقية ليس شائعا في الاكتئاب، فإن هناك أدلة تشير إلى وجود عملية المناعة الذاتية التي تؤثر على الغدة الدرقية لدى مرضى الاكتئاب.

دراسة: ماريو وآخرين (2004) هدفت إلى إيجاد العلاقة بين الغدة الدرقية (المناعة الذاتية - الأجسام المضادة البيروكسيديز) واضطرابات القلق والمزاج في المجتمع، عدد عينة الدراسة 222، أجريت عليهم القياسات النفسية والفحوصات الدرقية، ونتائج الدراسة أظهرت أن الأفراد في مجتمع الدراسة الذين لديهم المناعة الذاتية الدرقية كانوا أكثر عرضة لاضطرابات المزاج، والقلق.

دراسة ماتوس سانتوس وآخرين: (2001) Matos Santos, et, al. بعنوان: تأثير أحداث الحياة المجهدة، وعلاقتها بظهور داء غريف: حيث شملت هذه الدراسة عينة مقدارها 93 مفردة مقسمة إلى ثلاث مجموعات: مجموعة داء غريف، ومجموعة الدراق العقيدي السام، والمجموعة الضابطة: عدد كل منها 31، كل مجموعة مكونة من 9 ذكور و22 إناث، وكانت النتائج كالآتي: حصلت مجموعة داء غريف على درجة عالية على مقياس الحياة الضاغطة، مقارنة بالمجموعتين الباقيتين، ما يعني أن الحياة الضاغطة تسهم في ظهور داء غريف.

دراسة ساعو مراد (د.ت)؛ هدفت إلى توضيح أثر السند الاجتماعي بأبعاده المختلفة في الصحة النفسية لدى مرضى الغدة الدرقية، على 10 حالات عيادية مصابة باضطرابات الغدة

الدرقية، وبينت نتائج هذه الدراسة بوضوح أهمية السند الاجتماعي في خفض الاضطرابات النفسية لدى المرضى.

2-21-17 التعليق على الدراسات السابقة:

ركزت غالبية الدراسات السابقة على العلاقة المتبادلة بين الاكتئاب وأمراض الغدة الدرقية، بينما النادر منها تناول القلق (دراسة كيكوتش، وآخرين 2005)؛ ولم تعثر الباحثة على دراسات تناولت العلاقة بين الصحة العامة، وقلق الحالة، وقلق السمة، التي تشكل مآلا للإصابة بالاكتئاب بصفة عامة، وبالاضطرابات السيكوسوماتية والاضطرابات الدرقية بصفة خاصة، وهو ما يميز الدراسة الحالية عن غيرها من الدراسات، كما كانت الدراسات السابقة دراسات مقارنة بين الأسوياء وبين مرضى الاكتئاب في علاقتهم بمرض الدرقية. لوکش، وآخرون (2013)؛ أو مقارنة بين الأسوياء ومرضى الغدة الدرقية في علاقتهم بالاكتئاب، دراسة كيكوتش، وآخرين (2005) ؛ وما يميز هذه الدراسة عن سابقتها أنها تناولت متغيرات أكثر تنوعا، مثل: الحالة الصحية العامة، وقلق الحالة، وقلق السمة، والاكتئاب، كنتائج لمرضى الغدة الدرقية المنتظمين تحت أثر العلاج الدرقي ما يوضح مدى فاعلية العلاج الطبي غير المقترن بالعلاج النفسي، والذي يعد هدفا تسعى إلى معرفته هذه الدراسة، وهدفا مستقبليا لدراسة أكثر تعمقا في هذا المجال.

هذا وقد استفادت الباحثة وتعلمت الكثير من هذه الدراسات؛ فمثلا استفادت الباحثة من طرق تصميم وطرق البحث، والقياس، وعدد العينات، وصدق القياس، التي أعانتها كثيرا في تصميم الدراسة الحالية وإخراجها، كما سيرد في الفصل الثالث من هذه الدراسة.

الفصل الثالث: إجراءات الدراسة

- تمهيد

- الطريقة و الإجراءات

- الدراسة الاستطلاعية

- منهج الدراسة

- مجتمع الدراسة

- عينة الدراسة

- أداة الدراسة

- خطوات الدراسة

- المعالجات الإحصائية

3-1 تمهيد:

تناولت الباحثة في هذا الجزء توضيح أهم الإجراءات والخطوات التي انتهجتها في هذه الدراسة، بدءاً بالدراسة الاستطلاعية، ثم بتحديد منهج الدراسة، ومجتمعها، وعينتها، وكيفية اختيار أدوات الدراسة، وكيفية إعداد أدوات الدراسة، والتأكد من صدق الأدوات وثباتها، والإجراءات التي استخدمت وتمت بها تطبيق هذه الدراسة، كما تناولت وصف المعالجات الإحصائية المستخدمة لتحليل البيانات والوصول إلى النتائج، وفيما يلي تفصيل ذلك:

3-2 الطريقة والإجراءات:

3-2-1 الدراسة الاستطلاعية:

تضمنت الدراسة الاستطلاعية مرحلتين: **المرحلة الأولى** قامت بها أثناء تسليمها لخطة الدراسة، حيث هدفت إلى: التعرف على الميدان والمكان الذي ستنتم فيه الدراسة، وتقدير الصعوبات التي ستواجهها الباحثة أثناء قيامها بالدراسة الأساسية، وأخذ الإذن من الجهات المختصة بإجراء الدراسة، والتعرف على خصائص ونوعية أفراد العينة الذين ستتطبق عليهم أدوات القياس، ومدى استعدادهم ورضاهم عن الإجراءات الخاصة بالدراسة التي ستتبع معهم، وأخذ الموافقة منهم للاشتراك في هذه الدراسة، والإلمام النظري الشامل الخاص بالدراسات السابقة وبالإطار النظري، بشكل مكن الباحثة من الفهم الجيد لمفاهيم الدراسة الفعلية وإجراءاتها، ومن ثم يسرّ عليها في الدراسة الأساسية، وفي عملية تحليل نتائج البحث وتفسيرها.

أما **المرحلة الثانية من الدراسة الاستطلاعية**، فبعد أن تمت الموافقة على إجراء هذه الدراسة، هدفت الدراسة الاستطلاعية الثانية إلى الآتي: تحديد منهجية الدراسة، وتحديد مجتمع الدراسة، وتحديد

عينة الدراسة، والاطلاع على وسائل القياس التي تمّ استخدامها، والصعوبات المتعلقة بها، وجمع المعلومات والملاحظات بشأن التأكد من صدقها وثباتها وموضوعيتها، ومناسبة محتويات هذه الأدوات لمستوى أفراد عينة الدراسة، وتعديل تعليمات هذه الأدوات في ضوء ما أسفرت عنه الدراسة الاستطلاعية، وتدريب الباحثة على تطبيق أدوات القياس، وتحديد القصور في إجراءات تطبيق أدوات البحث، وتحديد ما يستغرقه تطبيق أدوات القياس في الدراسة الأساسية من وقت، وكانت نتائج هذه الدراسة كالتالي:

3-2-2 منهج الدراسة: بما أن الدراسات الارتباطية تهتم بدراسة وتحديد ما إذا كانت هناك علاقة بين متغيرات البحث، وإيجاد قيمة العلاقة والتعبير عنها بشكل كمي من خلال ما يعرف بمعامل الارتباط، فإن المنهج الذي تمّ اعتماده هو المنهج الإمبريقي الوصفي الارتباطي ، الذي يعرف على أنه: "دراسة الوضع الراهن للبشر والأشياء والأحداث، ميدانيا كما هي على أرض الواقع، وذلك دون تغيير من طرف الباحث لأي من متغيرات الدراسة"، (دويدار، عبد الفتاح، 1999: 179)، فهو يهدف إلى استكشاف حجم ونوع العلاقات بين البيانات، أي إلى أي مدى ترتبط المتغيرات، أو إلى أي حد تتطابق المتغيرات، أو إلى أي حد تتطابق تغيرات في عامل واحد مع تغيرات في عامل آخر، وقد ترتبط المتغيرات مع بعضها ارتباطا تاما أو ارتباطا جزئيا، موجبا كان أو سالبا، أو قد لا يكون بينها ارتباط، وبناء عليه فقد استخدمت الباحثة لتحقيق الهدف من الدراسة المنهج الوصفي الإمبريقي، الذي يتناسب مع هدف الدراسة، والمتمثل في "علاقة الاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية بأمراض الغدة الدرقية، دراسة إمبريقية على عينة المفحوصين من مرضى الدرقية في المركز المختص لتنظيم ومعالجة السكري والغدد الصماء في مصراتة" ويقصد بالمنهج الوصفي " هو المنهج الذي يتناول دراسة

أحداث وظواهر وممارسات قائمة موجودة متاحة للدراسة والقياس كما هي، دون تدخل الباحث في مجرياتها، ويستطيع الباحث أن يتفاعل معها فيصفها ويحللها" (دويدار، 1999: 179).

3-2-3 مجتمع الدراسة: جميع المفحوصين من مرضى الغدة الدرقية المسجلين والمترددین

على المركز المتخصص لتنظيم وعلاج مرض السكر والغدد الصماء بمصراتة خلال الفترة من (2011/11/17 إلى اليوم 2014/11/04) موزعين على النحو الآتي:

الجدول رقم (1-3) يبين أعداد المرضى وتصنيفهم حسب المرض الغدي الدرقي

نوع المرض الدرقي ذكور إناث				إناث	ذكور	العدد الاجمالي
قصور إناث	فرط إناث	قصور ذكور	فرط ذكور			
455	16	23	15	471	38	509

يتضح من الجدول رقم (1-3) أن عدد المجتمع الأصلي للمرضى (509) معظمهم من النساء

وأكثرهم يعاني من قصور الهرمون الدرقي.

ملاحظة: أخذت هذه البيانات الواردة في الجدول من قسم الإحصاء بالمركز المتخصص لتنظيم

وعلاج مرض السكر والغدد الصماء بمصراتة.

3-2-4 عينة الدراسة:

قامت الباحثة بتطبيق الاختبارات التشخيصية للحالة الصحية لمرضى الغدة الدرقية واستبانات

الاضطرابات النفسية (الاكتئاب، وقلق الحالة، وقلق السمة) والاضرابات السيكوسوماتية على عينة

عشوائية، متجانسة عمريا، تكونت من (136) حالة، أخذت موافقتهم للاشتراك في هذه الدراسة،

متوسط أعمارهم (45.9) وبانحراف معياري (14.3)؛ أي ما يعادل نسبة 27 % من مجتمع الدراسة الأصلي تقريباً، منهم 28 ذكور متوسط أعمارهم (41.4) وبانحراف معياري (17.2)، و 108 إناث، متوسط أعمارهن (47.4) وبانحراف معياري (12.9). وكانت معايير التضمين في هذه الدراسة كالتالي: كل المشاركين والمشاركات الذين تطوعوا للمشاركة في هذه الدراسة، والذين كانوا يتناولون العلاج بصورة منتظمة ومستمرة ، بمعنى جميع القياسات "الاستبانات" طبقت على العينة وهم تحت تأثير الدواء، كما هو موضح في تصميم الدراسة في فصل الإجراءات، والجداول الآتية توضح توصيف أفراد العينة وتوزيعهم حسب المتغيرات الخلفية للدراسة:

أولاً: مواصفات العينة:

جدول رقم (2-3) يبين عدد أفراد العينة حسب السن والجنس

		85 -70		69-57		56 -44		43-31		30-18		
%		%		%		%		%		%		
20.5	28	0.7	1	3.7	5	5.1	7	7.4	10	3.7	5	
79.5	108	2.9	4	11.8	16	38.2	52	18.4	25	8.1	11	
100	136	3.7	5	15.4	21	43.4	59	25.7	35	11.8	16	

يتضح من الجدول رقم (2-3) أن أغلب أفراد العينة من الإناث وان غالبية أعمارهم يقع بين 44

- 56 سنة؛ كما يتضح من الجدول أيضاً ان عدد المصابين صغار السن في تزايد مقارنة بعدد الكبار

بافتراض ان سن (56-44) هي الشريحة الفاصلة بين الكبار والصغار

جدول رقم (3-3) يبين عدد أفراد العينة حسب مدة المرض ونوع المرض

		-29 35		-22 28		-15 21		14-8		7-1		
%		%		%		%		%		%		
86	117	2.9	4	2.9	4	7.4	10	11.8	16	61	83	
14	19	0.7	1	0	0	2.2	3	1.5	2	.69	13	
100	136	3.7	5	2.9	4	9.6	13	13.2	18	70.6	96	

يتضح من الجدول (3-3) أن نسبة 70.6% هم من حديثي الإصابة - (من 1-7 سنة) - بمرض الغدة الدرقية 96 حالة وأن غالبيتهم 86% منهم يعانون من قصور في إفراز الهرمون الدرقي، الأمر الذي يؤكد الملاحظة السابقة، ويبرر إجراء هذه الدراسة في هذه الفترة، فترة تزايد عدد المصابين بالاضطراب الدرقي.

جدول رقم (3-4) يبين عدد أفراد العينة حسب المستوى التعليمي والحالة الاجتماعية

		ماجستير									
%		%		%		%		%		%	
8.1	11	0.7	1	2.2	3	3.7	5	1.5	2	0	0
89.7	122	1.5	2	33.1	45	32.4	44	16.2	22	6.6	9
2.2	3	0	0	0.7	1	0	0	0	0	1.5	2
100	136	2.2	3	36	49	36	49	17.6	24	8.1	11

الجدول رقم (3-4) يوضح أن أغلب الحالات المصابة باضطراب الغدة الدرقية 122 حالة، هم من المتزوجين، بلغت نسبتهم 89.7 % وأن المستوى التعليمي السائد المستوى الثانوي والجامعي 98 حالة بنسبة 72 % وهذا يمكن أن يكون مؤشراً لضغوط طبيعة العمل والاهتمامات، يليها الإحصائي والابتدائي 35 بنسبة 25.7 % وهو أيضاً مؤشراً لطبيعة عمل واهتمامات ومسؤوليات أقل من الثانوي والجامعي.

3-2-5 أداة الدراسة:

تمثلت أداة الدراسة الحالية في اختيار خمسة استبانات جاهزة هي: 1 - مقياس الصحة العامة، 2- مقياس الاكتئاب 3- مقياس قلق الحالة 4- مقياس قلق السمّة، 5- ومقياس كورنيل الاضطرابات النفسية.

وبالرغم من أن هذه المقاييس مشهورة وصادقة وعلى درجة عالية من الثبات، فإن هذا لم يقنع الباحثة فقامت بالتحقق من صدقها وثباتها وموضوعيتها؛ على المجتمع الذي أجريت عليه الدراسة؛ وحيث يعتبر الصدق والثبات الخاصية الأساسية الأولى التي يجب أن تتوفر في أي وسيلة قياس بصفة

عامه، والاستبانات بصفة خاصة، بل إن حساب صدق الاختبار من أفضل الأساليب التي تستخدم لتقييم فاعلية الاختبار بوصفها أداة قياس، والصدق بتعبير يسير هو أن يقيس الاختبار ما وضع لقياسه، أي أن يقيس الاختبار فعلاً الوظيفة التي يفترض أنه يقيسها، قد قامت الباحثة بإجراء عدة دراسات استطلاعية بغرض التأكد من صلاحية وصدق وثبات الاستبانات المستخدمة لقياس الاضطرابات المستهدفة بالدراسة، وذلك لسلامة التحقق من أغراض الدراسة، وهذه الإجراءات كالتالي:

أولاً: صدق المحكمين:

جميع المقاييس التي استخدمت في هذه الدراسة هي مقاييس محكمة وصادقة وثابتة، واستخدمت في دراسات عديدة، راجع (وجاد العجوري، ، 2004غانم، محمد حسن، 2002، أبو القاسم علي، 2002، صفوت فرج، 2002، الجريسي عبد العزيز، 2003، غريب عبد الفتاح، 2000، البحيري عبد الرقيب، 1984، دويدار أحمد، 1987)؛ للمزيد من المعلومات عن خصائص هذه القياسات راجع الدراسات المذكورة ، غير أن الباحثة استأنست باستطلاع رأي عينة من الخبراء المختصين في تحديد الصدق الظاهري، وإيجاد الصدق العملي والثبات لها فقد قامت الباحثة بإجرائه على مجتمع العينة لأدوات القياس التي تم اعتمادها لهذه الدراسة، وكانت النتيجة كالتالي:

الجدول رقم (3-5) يُبين نسبة إجماع آراء المحكمين على صلاحية وموضوعية أدوات القياس

المحكمين	اسم المقياس	المقياس	المقياس	المقياس	المقياس	
	اب لبيك					
100						عاصم الحياني
100						
100						يعقوب موسى
100						
100						لحويج
100						عبد السلام مهنا
100						ميمن

يتضح من الجدول رقم (3-5) أن نسبة إجماع الخبراء هي 100 % وهي نسبة عالية جداً، ويمكن الوثوق بها، وجاء تحكيم المحكمين بالإجماع لأن جميع المقاييس المستخدمة في هذه الدراسة هي مقاييس معروفة لدى الخبراء، وموثوقة الاستخدام، وتم استخدامها في دراسات عديدة كما ذكر أعلاه.

3-2-6 الصدق والثبات الأصلي لمقاييس الدراسة:

صدق المقياس، "صدق الأصل الأمريكي" لقائمة القلق (حالة وسمة) حسبت معاملات الصدق للقائمة بعدة طرق، حيث حسبت معاملات الارتباط بين مقياس سمة القلق (سبيلبيرجر) ومقياس كاتل للقلق ومقياس تايلور للقلق الصريح بوصفهما مقياسين لسمة القلق، تم الحصول على معاملات ارتباط تراوحت ما بين (0.73 و 0.85) أما ثبات المقياس، فقد كان ثبات الأصل الأمريكي للمقياس بطريقة

الاستقرار عبر الزمن والاتساق الداخلي حيث طبقت على طلبة دراسات عليا بطريقة الإعادة، وقد كان معامل الثبات (0.75)، أما معامل الاتساق فقد وصل إلى 0.95 .

مقياس بيك للاكتئاب هو مقياس عالمي للتعرف على الاكتئاب كمشكلة نفسية لدى عينات عمرية وثقافية مختلفة، وقد تمت ترجمته إلى العربية، حيث تم استخدامه في البيئة العربية في دراسات عدة، مثل: دراسة (غريب عبد الفتاح، 2000، وجاد العجوري 2004، وغانم، حسن، 2002) معاملات صدق تراوحت ما بين (0.85 و0.90) ، ووجد أن قيمة ألفا كرونباخ للمقياس تساوي 0.89، وهذا دليل كافٍ على أن مقياس الاكتئاب يتمتع بمعامل ثبات مرتفع، ورغم ذلك قامت الباحثة بحساب صدق وثبات للمقياس على العينة الاستطلاعية وتحليل النتائج لتلك العينة، وهي كالآتي:

ثانياً: حساب الصدق العاملي لمقاييس الدراسة:

لإيجاد صدق أدوات الدراسة قامت الباحثة "بتطبيق اختبارات الدراسة على عينة عشوائية من 30 مفحوصاً من مجتمع الدراسة نفسه" وقامت بحساب الصدق العاملي، والذي يقوم على حساب ارتباط كل فقرة من فقرات المقياس بالمجموع الكلي لفقرات المقياس، والفقرة التي ترتبط بمجموع الفقرات الكلي للمقياس ارتباطاً دالاً إحصائياً (0.001 أو على الأقل 0.05) تعتبر فقرة صادقة، أما الفقرة التي لا ترتبط بمجموع المقياس عند مستوى دلالة (0.05) على الأقل، لا تعتبر فقرة صادقة، واستبعدت من المقياس الذي تنتمي إليه، والجداول التالية توضح ارتباط كل فقرة من فقرات مقاييس الدراسة بالمجموع الكلي لفقرات المقياس كمؤشر على صدق الفقرة.

جدول رقم (3-6) يبين ارتباط كل فقرة من فقرات أبعاد مقياس الحالة الصحية للفرد بالمجموع

الكلّي لأبعادها

الحالة الصحية العامة		كيفية شعور الفرد بطبيعة سيره معه خلال الأربعة أسابيع الماضية		المشاكل التي تواجه الفرد خلال تأدية عمله نتيجة لحالته النفسية		المشاكل التي تواجه الفرد خلال تأدية عمله نتيجة لحالته الجسمية		تقييد الحالة الصحية للفرد لممارسته اليوم العادي	
	.722**		.718**		.901**		.823**		.782**
	.843**		.797**		.762**		.797**		.761**
	.510**		.718**		.862**		.815**		.681**
	.790**		.647**				.802**		.790**
			.712**						.749** هـ
			.735**						.856**
			.749**						.764**
			.623**						.841**
			.726**						.817**
									.870**

** دالة عند مستوى 0.001

يتبين من الجدول رقم (3-6) أن كل فقرات المقياس لها معاملات ارتباط ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) في المقاييس الخمسة المتعلقة بالحالة الصحية العامة للفرد، فقد ارتبطت جميع أبعاد هذا المقياس بالمجموع الكلّي لفقراتها كما هو مبين في الجدول، ما يعني تمتع هذه المقاييس بالصدق العاملي ويجعل الاعتماد عليها كوسائل جمع بيانات في هذه الرسالة موثوقا به.

جدول رقم (3-7) يبين ارتباط كل فقرة من فقرات اختبار كورنل لتشخيص الاضطرابات

السيكوسوماتية بالمجموع الكلي لبعدها

.465**	72	-0.004	58	.265**	43	.187*	29	.431**	15	.264**	1
.578**	73	.429**	59	.139	44	.236**	30	.421**	16	.256**	2
.212*	74	.285**	60	.258**	45	.403**	31	.385**	17	.325**	3
.175*	75	.317**	61	.203*	46	.538**	32	.034	18	.408**	4
.510**	76	.241**	62	3.10	48	.427**	33	.256**	19	.246**	5
.477**	77	.307**	63	.107	49	.531**	34	.533**	20	.479**	6
.148	78	.308**	64	.411**	50	.495**	35	.406**	21	.505**	7
.488**	79	.280**	65	.444**	51	.383**	36	.213*	22	.558**	8
.208*	80	.185*	66	.496**	52	.360**	37	.484**	23	.333**	9
.388**	81	.153	67	.232**	53	.255**	38	.450**	24	.256**	10
.276**	82	.279**	68	.524**	54	.266**	39	.255**	25	.433**	11
		.090	69	.353**	55	.202*	40	.350**	26	.469**	12
		.266**	70	.380**	56	.185*	41	.343**	27	.319**	13
		.067	71	.342**	57	.466**	42	.414**	28	.446**	14

0.05

*

0.01

**

يتبين من الجدول رقم (3-7) أن معظم فقرات المقياس لها معاملات ارتباط ذات دلالة

إحصائية عند مستوى (0.001، أو 0.05) وتم استبعاد الفقرات التي لم يكن معامل ارتباطها مع

الدرجة الكلية للمقياس دالا إحصائيا عند مستوى (0.05) على الأقل، وهي 9 فقرات كما هو مبين

بالجدول، وبذلك أصبح بالإمكان الاعتماد على المقياس كوسيلة جمع بيانات صادقة في هذه الرسالة.

جدول رقم (3-8) يبين ارتباط كل فقرة من فقرات مقاييس الاضطرابات النفسية، وقلق الحالة،

وقلق السمة؛ بالمجموع الكلي لأبعادها

								مقياس الاضطرابات النفسية			
.404**	12	.451**	1	.561**	12	.443**	1	.695**	الاهتمام	.564**	
.343**	13	.641**	2	.431**	13	.445**	2	.669**		.639**	
.480**	14	.546**	3	.482**	14	.491**	3	.644**	انعدام القيمة	.668**	
.524**	15	.597**	4	.518**	15	.472**	4	.664**		.612**	
.320**	16	.567**	5	.495**	16	.519**	5	.381**		.483**	
.387**	17	.424**	6	.427**	17	.457**	6	.428**	قابلية	.548**	
.424**	18	.411**	7	.256**	18	.353**	7	.474**	التغيرات في الشهية	.508**	
.334**	19	.398**	8	.499**	19	.535**	8	.784**	التركيز	.457**	
.477**	20	.428**	9	.375**	20	.570**	9	.494**	الإرهاق	.500**	الانتحارية
.404**	21	.468**	10	.561**	21	.518**	10	.349**	الاهتمام	.486**	
.343**	22	.326**	11	.431**	22	.475**	11			.690**	النتيج

0.05

*

0.01

**

يتبين من الجدول رقم (3-8) أن كل الفقرات الخاصة بالمقاييس الثلاثة لها معاملات ارتباط عالية ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.001) في المقاييس الثلاثة، فقد ارتبطت فقرات كل مقياس جميعها بأبعاد المقياس الكلي الذي تنتمي إليه، كما هو مبين في الجدول، و يعني ذلك تمتع هذه المقاييس بالصدق العاملي، ما يجعل استخدامها والاعتماد عليها موثوقاً به كوسائل لجمع بيانات هذه الرسالة.

ثالثاً: حساب ثبات مقاييس الدراسة

يعد التأكد من ثبات أدوات الدراسة خطوة مهمة في صلاحية المقياس للاستخدام في الدراسة، وعليه قامت الباحثة بالتأكد من درجة ثبات هذه المقاييس باستخدام طريقتي ألفا كرونباخ و سبيرمان براون، والجدول الآتي يوضح ذلك.

جدول رقم (3-9) يبين معاملات الثبات بطريقتي ألفا كرونباخ، وسبيرمان براون لجميع

المقاييس المستخدمة في الدراسة

اسم المقياس	سبيرمان براون	سبيرمان براون
استبانة الحالة الصحية للفرد	0.72	0.74
النفسية	0.85	0.80
	0.80	0.73
	0.74	0.72
	0.86	0.72

يتبين من الجدول رقم (3-9) أن معاملات ثبات جميع الاختبارات المستخدمة في هذه

الدراسة مرتفعة في جميع مقاييس الدراسة، ما يطمئن ويشجع الباحثة على استخدامها فيها.

3-2-7 خطوات الدراسة وطريقة جمع البيانات:

بعد التأكد من صدق وثبات الاستبانات التي جمعت بواسطتها البيانات، وتحديد أعداد أفراد مجتمع الدراسة من مفحوصي الغدة الدرقية وفقاً لإحصاءات التسجيل بالمستشفى، قامت الباحثة بالترتيب للمقابلة الفردية المقننة (الاستبيان) وبتحديد وقت المقابلة لكل فرد من أفراد العينة على انفراد، على نحو موحد لكل المفحوصين كالاتي: حيث كان زمن المقابلة في الفترة الصباحية عند الساعة العاشرة والنصف من كل أيام الأسبوع، ما عدا يوم الجمعة، بينما كان مكان المقابلة في عيادة الغدد الصماء بالمركز المختص لتنظيم السكر والغدد الصماء؛ لما يتمتع به هذا المكان من خصوصيات من سبل الأمان، والهدوء، والراحة، والإضاءة المريحة، والتهوية الجيدة، والسرية التامة، والخدمات المتكاملة.

وقد نبهت الباحثة كافة المفحوصين على ضرورة أخذهم كفايتهم من النوم والراحة في اليوم والليلة التي تسبق المقابلة، كما سمح لكل مفحوص تناول ما يحتاج إليه من دواء وأكل وشرب قبل بدء المقابلة، وحين وصول المفحوص إلى مكان المقابلة أعطيت له 15 دقيقة للراحة والتخلص من عناء الوصول إلى مكان المقابلة، وفي حضور الباحثة والمفحوص وبدون وجود طرف ثالث، وفي بداية المقابلة في الزمان والمكان المشار إليهما، قدمت الباحثة نفسها لكل من المفحوصين، وأوضحت لكل منهم أهداف الدراسة وأهميتها، وما قد يترتب عليها من نتائج إيجابية ستساعد في فهم واقعهم المرضي والتعرف إلى مشكلاتهم ومواجهتها، كما أكدت الباحثة لجميع المفحوصين طوعية المشاركة، وأنه سيتم التعامل مع المعلومات بسرية تامة، إذ لن تستخدم إجاباتهم إلا لأغراض البحث العلمي، بعد ذلك قامت الباحثة بقراءة التعليمات المتعلقة بكل مقياس بعد تقديم تعريف مختصر لكل منها، وبعد إكمال الإجابة عن كل مقياس أعطت الباحثة فترة راحة لمدة 5 دقائق حرة بين نهاية كل مقياس وبداية

المقياس الذي يليه، ثم انتقلت إلى ما بعده بالترتيب الآتي: مقياس القلق العام- مقياس قلق السمّة - مقياس بيك للاكتئاب- مقياس كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية، علماً بأنه تم تغيير ترتيب بدء الإجابة عن الاختبارات مع كل مفحوص وذلك بطريقة مرتبة تبادلية، بحيث يحظى كل مقياس على دور مساوٍ في الترتيب التطبيقي (الأول، ثم الثاني، ثم الثالث، ثم الرابع) كي يعمم عامل الملل إن وجد على جميع وحدات القياس المستخدم، وقد كان متوسط مدة تطبيق استبانات الدراسة خمساً وأربعين دقيقة، وبلغ عدد أفراد عينة الدراسة (163) من المفحوصين الذين أجريت معهم المقابلة وطبقت عليهم الاستبانات وفقاً لأسلوب ليكرث ذي التدرج (انظر الاستبيان المرفق)، وتم تطبيق الأساليب الإحصائية المناسبة للإجابة عن أسئلة الدراسة.

3-2-8 القياسات الإحصائية التي استخدمت في الدراسة:

لوصف العينة استخدمت الباحثة، المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري، التكرارات، والنسب المئوية؛ أما لحساب الصدق والثبات لأدوات الدراسة؛ فقد استخدمت الباحثة التحليل العاملي، والفا كورونباخ، وسبيرمان براون، كما تم استخدام الوسط المرجح والوزن المئوي للإجابة عن التساؤل الأول، و للإجابة على التساؤل الثاني؛ حسب دلالة الفروق وإيجاد قيمة "ت" الجدولية بين متوسطات اجابات الذكور والاناث على المقاييس (الاضطرابات النفسية، وقلق السمّة، قلق الحالة، ومقياس الاضطرابات السيكوسوماتية)؛ كما قامت الباحثة بحساب معامل التطابق وإيجاد قيمة "كا²" بين اجابات العينة حسب الفئة العمرية على مقياس الاضطرابات النفسية للإجابة على التساؤل الرابع والتساؤل الخامس؛ أما تحليل الانحدار المتعدد التدرجي Stepwise Multiple Regression فقد استخدم للإجابة على التساولين السادس والسابع لتحديد أهمية كل متغير مستقل على حدة في تحديد نبة المساهمة ومعرفة أثر المتغيرات المستقلة المتمثلة بمقياس الاضطراب النفسي و أبعاده إضافة إلى

مقياسي قلق الحالة والسمة على المتغيرات التابعة الممثلة في مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية و أبعاده الثمانية، وايضا قامت الباحثة بتصنيف أفراد العينة حسب درجاتهم في الاضطرابات النفسية و السيكوسوماتية الى ثلاثة مستويات (مرتفع-متوسط-منخفض). ثم قامت باستخراج العلاقة بين نوع الإفراز (قصور أو زيادة)، وبين مستوى الاضطرابات باستخدام معامل كيرمر ومعامل النسب ومعامل فاي للإجابة على التساؤلات: الثامن، التاسع، والعاشر .

الفصل الرابع: نتائج الدراسة
عرض وتفسير نتائج الدراسة ومناقشتها

4-1 تمهيد:

يتناول هذا الفصل عرضاً للنتائج التي توصلت إليها الباحثة، والمتعلقة بهدف الدراسة المتمثل في "علاقة الاضطرابات النفسية (الاكتئاب، وقلق الحالة، وقلق السمة)، والاضطرابات السيكوسوماتية بأمراض الغدة الدرقية لمرضى الغدة الدرقية في المركز المختص لتنظيم ومعالجة السكري والغدد الصماء بمدينة مصراته"، حيث تم استخدام البرنامج الإحصائي "SPSS" في معالجة بيانات الدراسة وسيتم عرض النتائج التي تم التوصل إليها وكذلك مناقشة النتائج وتفسيرها.

4-2 مستوى الحالة الصحية العامة لعينة الدراسة:

4-3 النتائج المتعلقة بإجابة التساؤل الأول الذي مفاده: ما مستوى الحالة الصحية العامة لعينة الدراسة؟

الخلفية الصحية لأفراد العينة قبل الشروع في التطبيق الفعلي للدراسة مهمة في إمداد الباحثة بالمستوى الصحي العام لأفراد العينة الذي هو أحد أهداف الدراسة الحالية، وللتحقق من ذلك، وإجابة على التساؤل الأول الذي مفاده: ما مستوى الحالة الصحية لعينة الدراسة؟ قامت الباحثة بحساب الوسط المرجح والوزن المنوي لإجابات الذكور والإناث على الاستبيان الصحي المرفق بالملاحق؛ لتحديد الحالة الصحية البدنية والنفسية للمفحوصين، فكانت كما هو مبين بإجابات العينة على الاستبيان الصحي والمكون من أحد عشر سؤالاً، نظمت وعرضت في الجداول الآتية:

س1) مقارنة بعام مضى، كيف تقيم حالتك الصحية الآن بصورة عامة؟

س2) بصورة عامة، كيف ترى حالتك الصحية؟

جدول رقم (4-1) يتضمن إجابة المفحوص عن السؤالين الصحيين الأول والثاني

		بكثير				على ما هي عليه				بكثير		1
		بكثير				على ما هي عليه				بكثير		2
%		%		%		%		%		%		
6.6	9	0	0	0	0	3.7	5	2.2	3	0.7	1	
30.1	41	0	0	0	0	9.6	13	19.9	27	0.7	1	جيد جدًا
44.9	61	0	0	2.2	3	37.5	51	5.1	7	0	0	جيد
18.4	25	0	0	2.2	3	13.2	18	0.7	1	2.2	3	لا بأس بها
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	سيئة
100	136	0	0	4.4	6	64	87	27.8	38	3.7	5	

يبين الجدول رقم (4-1) أن 87 مفحوصاً بنسبة 64% من أفراد العينة حالتهم مستقرة، وأن بعضهم 38 بنسبة 27.8% يشعرون بالتحسن نوعاً ما، وأن خمسة فقط حالتهم أفضل بكثير، بينما يوجد 6 حالات يشعرون أن حالتهم أسوأ مما كانت عليه قبل عام، الأمر الذي يدعو إلى إجراء المزيد من الدراسة حول هذه الحالات الستة التي ازدادت حالتهم سوءاً رغم استمرارهم في العلاج.

س3- تتعلق البنود التالية بأنشطة يمكن أن تقوم بها خلال يومك العادي في الوقت الحالي، إلى أي مدى تقيدك حالتك الصحية:

أ- عن ممارسة الأنشطة الشاقة مثل الجري، حمل الأشياء الثقيلة أو مزاوله الأنشطة الرياضية المجهددة جداً؟

ب- عن ممارسة الأنشطة متوسطة الجهد كتحريك الطاولة أو التنظيف باستخدام المكنسة الكهربائية أو تنظيف حديقة المنزل والعناية بها؟

ج- عن حمل المشتريات من البقالة أو السوق المركزي (السوبرماركت)؟

د- عن صعود الدرج لعدة أدوار؟

هـ- عن صعود الدرج لدور واحد فقط؟

و- عن الانحناء أو الركوع أو السجود؟

ز- عن المشي لأكثر من كيلومتر ونصف؟

ح- عن المشي لأكثر من نصف كيلومتر؟

ط- عن المشي لمسافة مئة متر؟

ي- عن الاستحمام أو ارتداء الملابس بنفسك؟

جدول رقم (4-2) يتضمن إجابة المفحوص عن فقرات السؤال الثالث

		لا تقيدني إطلاقاً		نعم تقيدني قليلاً		نعم تقيدني كثيراً		إلى أي مدى تقيدك حالتك الصحية؟
		%		%		%		
%68	2.0	5.9	8	85.3	116	8.8	12	
%63	1.9	16.2	22	77.9	106	5.9	8	
%57	1.7	36.8	50	56.6	77	6.6	9	
%66	2.0	11.8	16	78.7	107	9.6	13	
%53	1.6	48.5	66	43.4	59	8.1	11	هـ
%39	1.2	89	121	5.1	7	5.9	8	
%52	1.6	52.2	71	39	53	8.8	12	
%49	1.5	61.8	84	30.9	42	7.4	10	
%48	1.4	61.8	84	32.4	44	5.9	8	
%39	1.2	90.4	123	2.2	3	7.4	10	

يتبين من الجدول رقم (4-2) أن الحالة الصحية لأفراد العينة قيدت أكثرهم عن ممارسة الأنشطة الشاقة والمتوسطة، وصعود الدرج لعدة أدوار، وحمل المشتريات بأوزان مئوية، تراوحت بين 57% إلى 66%، كما تبين من الجدول نفسه أنها -أي حالتهم الصحية- قيدت معظمهم في صعودهم لدرج دور واحد، ومشيهم لمسافات ما بين المئة متر إلى أكثر من كيلومتر ونصف بأوزان مئوية تراوحت ما بين 48% إلى 53%، في حين أنها قيدت عدداً قليلاً منهم في ممارسة نشاطي الركوع أو السجود والانحناء، والاستحمام أو ارتداء الملابس بأنفسهم بوزن مئوي بلغ 39%، ما يعني جسامه التأثير الدرقي على مثل هذه الأنشطة.

س4- تتعلق البنود التالية (أ، ب، ج، د) بالمشاكل التي يمكن أن تواجهك خلال تأديتك لعملك أو الأنشطة اليومية المعتادة، نتيجة لحالتك الصحية والجسمية خلال الأسابيع الأربعة الماضية. هل تسببت حالتك الصحية الجسمية في:

(أ) التقليل من الوقت الذي تقضيه من العمل أو أي أنشطة أخرى؟

(ب) التقليل مما تود إنجازه من العمل أو أي أنشطة أخرى ؟

(ج) تقييدك في أداء نوع معين من الأعمال أو أي أنشطة أخرى ؟

(د) أن تجد صعوبة في تأدية من العمل أو أي أنشطة أخرى (على سبيل المثال، احتجت إلى

جهد إضافي لتأديتها)؟

جدول رقم (3-4) يوضح الإجابة عن تساؤلات السؤال الرابع

						هل تسببت حالتك الصحية الجسمية في؟
		%		%		
%65	1.3	30.1	41	69.9	95	
%63	1.3	25.7	35	74.3	101	
%64	1.3	27.9	38	72.1	98	
%64	1.3	27.2	37	72.8	99	

يتبين من الجدول رقم (3-4) أن الحالة الصحية الجسمية لأفراد العينة قيدت معظمهم عن ممارسة الأنشطة اليومية المعتادة خلال الأسابيع الأربعة السابقة لتطبيق القياس؛ فقد تراوحت الأوزان المئوية لاستجابات العينة بين 63% إلى 65%. وهي نسب عالية تبين خطورة المعاناة لأفراد العينة.

س 5- تتعلق البنود التالية (أ، ب، ج) بالمشاكل التي يمكن أن تواجهك خلال تأديتك لعملك أو الأنشطة اليومية المعتادة كنتيجة لحالتك الصحية النفسية، مثلا (الشعور بالاكتئاب أو القلق)، خلال الأسابيع الأربعة الماضية، هل تسببت حالتك الصحية النفسية في:

أ) التقليل من الوقت الذي تقضيه في العمل أو أي أنشطة أخرى؟

ب) التقليل مما تود إنجازه من العمل أو أي أنشطة أخرى؟

ج- عدم إنجاز العمل أو أي أنشطة أخرى بالحرص المعتاد؟

جدول رقم (4-4) يوضح الإجابة عن فقرات السؤال الخامس

						ما المشاكل التي واجهتك خلال تأديتك لعملك نتيجة لحالتك الصحية؟
		%		%		
%68	1.4	36.8	50	63.2	86	
%64	1.3	27.9	38	72.1	98	
%65	1.3	30.1	41	69.9	95	

يتبين من الجدول رقم (4-4) أن الحالة الصحية النفسية لأفراد العينة قيدت معظمهم عن ممارسة الأنشطة اليومية المعتادة خلال الأسابيع الأربعة السابقة لتطبيق القياس؛ فقد تراوحت الأوزان المئوية لاستجابات العينة بين 64% إلى 68%؛ وهي نسب عالية.

س6- خلال الأسابيع الأربعة الماضية، إلى أي مدى تعارضت صحتك الجسمية أو النفسية مع تأديتك لنشاطاتك الاجتماعية المعتادة مع عائلتك أو أصدقائك أو جيرانك أو أي من المناسبات الاجتماعية الأخرى؟

جدول رقم (4-5) يوضح الإجابة عن فقرات السؤال السادس

لم يكن هناك أي .		كان هناك تعارض قليل		كان هناك تعارض		كان هناك تعارض كبير		كان هناك تعارض كبير جدًا	
8	%5.9	67	%49.3	60	%44.1	1	%0.7	0	%0
الوسط المرجح للبيانات الواردة في الجدول 2.4 الوزن المئوي للبيانات الواردة في الجدول أعلاه 48%.									

يتبين من الجدول رقم (4-5) أن الوزن المئوي للعبارة قد بلغ 48%، أي أن معظم استجابات أفراد العينة تراوحت بين التعارض القليل إلى التعارض المتوسط، أي أن النشاطات الاجتماعية المعتادة للفرد مع عائلته وأصدقائه وجيرانه خلال الأسابيع الأربعة التي سبقت القياس قد تعارضت مع صحته الجسمية والنفسية بمستوى بين المتوسط والقليل.

س7- ما شدة الألم الجسدي الذي عانيت منه خلال الأسابيع الأربعة الماضية ؟

جدول رقم (4-6) يوضح الإجابة عن فقرات السؤال السابع

لم يكن هناك أي		كان هناك ألم خفيف		كان هناك ألم خفيف		كان هناك ألم شديد		كان هناك ألم شديد	
10	%7.4	39	%28.7	36	%26.5	50	%36.8	0	%0
الوسط المرجح للبيانات الواردة في الجدول 3 الوزن المئوي للبيانات الواردة في الجدول أعلاه 49%.									

يتبين من الجدول رقم (4-6) أن الوزن المئوي للعبارة قد بلغ 49%، أي أن معظم استجابات أفراد العينة تراوحت بين الألم الخفيف جدا والخفيف إلى الألم المتوسط ، أي أن شدة الألم الجسدي لدى

أفراد العينة خلال الأسابيع الأربعة التي سبقت القياس قد تراوحت من الألم الخفيف جدا إلى الخفيف فالمتوسط، كما هو مبين في الجدول أعلاه.

س8. خلال الأسابيع الأربعة الماضية إلى أي مدى ادى الألم الجسمي إلى التعارض مع تأديتك لأعمالك المعتادة (سواء داخل المنزل أو خارجه).؟

جدول رقم (4-7) يوضح الإجابة عن فقرات السؤال الثامن

لم يكن هناك أي		كان هناك تعارض قليل		كان هناك تعارض		كان هناك تعارض كبير	
9	%6.6	53	%39	72	%52.9	2	%1.5
0	%0						

الوسط المرجح للبيانات الواردة في الجدول 2.5 الوزن المنوي للبيانات الواردة في الجدول أعلاه 50%

يتبين من الجدول رقم (4-7) أن الوزن المنوي للعبارة قد بلغ 50%، أي أن معظم استجابات أفراد العينة تركزت بين التعارض القليل جدا والتعارض المتوسط ، أي أن شدة الألم الجسمي الذي عانى منه أفراد العينة خلال الأسابيع الأربعة التي سبقت القياس قد تعارضت مع تأدية الأعمال المعتادة لديهم داخل المنزل وخارجه بمستوى بين القليل جدا إلى المتوسط.

س9- خلال الأسابيع الأربعة الماضية ما هو شعورك وطبيعة سير الأمور معك حسب

التساؤلات الآتية:

أ- كم من الوقت خلال الأسابيع الأربعة الماضية شعرت بأنك مليء بالحيوية والنشاط؟

ب- كم من الوقت خلال الأسابيع الأربعة الماضية كنت شخصا عصيبا جدا؟

ج- كم من الوقت خلال الأسابيع الأربعة الماضية شعرت بأنك في حالة اكتئاب إلى درجة لا

يمكن معها إدخال السرور إليك؟

د- كم من الوقت خلال الأسابيع الأربعة الماضية شعرت بالهدوء والطمأنينة؟

هـ- كم من الوقت خلال الأسابيع الأربعة الماضية كانت لديك طاقة كبيرة؟

و- كم من الوقت خلال الأسابيع الأربعة الماضية شعرت بالإحباط واليأس؟

ز- كم من الوقت خلال الأسابيع الأربعة الماضية شعرت بأنك منهك (استنفدت قواك)؟

ح- كم من الوقت خلال الأسابيع الأربعة الماضية شعرت بأنك شخص سعيد؟

ط- كم من الوقت خلال الأسابيع الأربعة الماضية شعرت بأنك تعبان؟

جدول رقم (4-8) يوضح الإجابة عن فقرات السؤال التاسع

			في قليل من الأوقات				في كثير من					طبيعة سير		
%53	3.2	2.2	3	11.8	16	62.5	85	16.2	22	4.4	6	2.9	4	
%53	3.2	2.9	61	36.8	4	44.9	50	10.3	14	2.9	4	2.2	3	
%47	2.8	5.9	73	27.9	8	53.7	38	9.6	13	0.7	1	2.2	3	
%46	2.8	2.2	71	24.3	3	52.2	33	13.2	18	4.4	6	3.7	5	
%51	3.0	0.7	89	13.2	1	65.4	18	10.3	14	8.1	11	2.2	3	هـ
%53	3.2	7.4	62	35.3	10	45.6	48	8.8	12	0.7	1	2.2	3	
%44	2.7	4.4	74	26.5	6	54.4	36	11	15	1.5	2	2.2	3	
%48	2.9	4.4	61	30.1	6	44.9	41	11	15	5.9	8	3.7	5	
%49	2.9	2.2	77	25	3	56.6	34	11	15	2.2	3	2.9	4	
%49	2.9	الوسط المرجح و الوزن المنوي لعبارات المقياس												

يتبين من الجدول رقم (4-8) أن عبارات شعور الفرد بطبيعة سير الأمور معه خلال الأسابيع الأربعة التي سبقت القياس تراوحت أوزانها المئوية بين 44% إلى 53%، بوزن منوي عام بلغ 49% أي أن شعورهم بما تحويه عبارات هذا المقياس يتراوح بين قليل من الأوقات إلى بعض الأوقات على درجات المقياس.

س10. خلال الأسابيع الأربعة الماضية ما مقدار الوقت الذي تعارضت صحتك الجسمية أو مشاكلك النفسية مع تأديتك لنشاطاتك الاجتماعية؟.

جدول رقم (4-9) يوضح الإجابة عن فقرات السؤال العاشر

لم يكن هنا		كان التعارض في قليل							
%4.4	6	%8.8	12	%76.5	104	%3.7	5	%6.6	9
الوسط المرجح للبيانات الواردة في الجدول 3 الوزن المنوي للبيانات الواردة في الجدول أعلاه 60%									

يتبين من الجدول رقم (4-9) أن الوزن المنوي للعبارة قد بلغ 60%، أي أن معظم استجابات أفراد العينة (عدد 104) تركزت بين التعارض في بعض الأوقات، وقليل منهم (عدد 12) التعارض في بعض الأوقات، بينما تسع حالات فكانت صحتهم تتعارض في كل الاوقات مع تأديتهم لنشاطاتهم الاجتماعية أي أن الوقت الذي تعارضت فيه الصحة الجسمية لأفراد العينة مع أنشطتهم الاجتماعية خلال الأسابيع الأربعة التي سبقت القياس، قد تراوحت بين في كل الأوقات لتسع حالات منهم - وهذه النتيجة ملفتة للنظر وجديرة بالاهتمام رغم استمرارهم وانتظامهم اخذ الادوية في اوقاته إلا أنه كانت صحتهم تتعارض في كل الاوقات مع تأديتهم لنشاطاتهم الاجتماعية، - إلى بعض الأوقات وهي الحالات الاكثر كما هو موضح بالجدول.

س11- شعور الفرد بسهولة أصابته بالمرض والشعور المأساوي بالحالة الصحية وتوقع تدهور

الحالة الصحية والحالة الصحية الممتازة، كما هو مبين بعبارات المقياس الآتية:

أ- بالنسبة لحالتك الصحية، ما مدى صحة أو خطأ أنك تصاب بالمرض أسهل من الآخرين؟

ب- بالنسبة لحالتك الصحية، ما مدى صحة أو خطأ أن حالتك الصحية مساوية لأي شخص

تعرفه؟

ج- بالنسبة لحالتك الصحية، ما مدى صحة أو خطأ أنك تتوقع أن تسوء حالتك الصحية؟

د- بالنسبة لحالتك الصحية، ما مدى صحة أو خطأ أن حالتك الصحية ممتازة؟

جدول رقم (4-10) يوضح الإجابة عن فقرات السؤال الحادي عشر

								صحيحة غالباً		صحيحة بلا		ما هو شعورك بتدهور حالتك الصحية وسهولة
%60	3.6	5.1	7	3.7	5	72.8	99	14	19	4.4	6	
%64	3.8	3.7	5	43.4	59	30.1	41	17.6	24	5.1	7	
%58	3.5	2.9	4	24.3	33	56.6	77	11.8	16	4.4	6	
%61	3.6	4.4	6	48.5	66	22.1	30	17.6	24	7.4	10	

من خلال بيانات الجدول رقم (4-10) يتضح أن إجابة العينة على العبارتين (أ،ج) اتسمتا بالحيادية (لا أعلم) بأوزان مئوية بلغت 60% و 54% على التوالي، بينما أجاب أفراد العينة على العبارتين (ب، د) بأن صحتهم غير ممتازة وغير مساوية لأي شخص يعرفونه بأوزان مئوية بلغت 64% و 61% على التوالي، ما يعني أن غالبية أفراد العينة يتحفظون على تمتعهم بالصحة الجيدة مقارنة بالآخرين وذلك حسب عبارات المقياس. وتلخص الباحثة نتيجة اجابة السؤال الاول للدراسة والذي مفاده: ما مستوى الحالة الصحية العامة لعينة الدراسة بالصورة الآتية:

من خلال العرض السابق لنتائج قياسات الحالة الصحية العامة لعينة الدراسة تخلص الباحثة إلى أنه: يوجد 6 حالات يشعرون أن حالتهم أسوأ مما كانت عليه قبل عام، الأمر الذي يدعو إلى إجراء المزيد من الدراسة حول هذه الحالات الستة التي ازدادت حالتهم سوءاً رغم استمرارهم في العلاج؛ كما توجد تسع حالات من العينة كانت صحتهم تتعارض في كل الاوقات مع تأديتهم لنشاطاتهم الاجتماعية

وهذه النتيجة ملفتة للنظر وجديرة بالاهتمام رغم استمرارهم وانتظامهم اخذ الادوية في اوقاته إلا أنه الحالة الصحية لأفراد العينة قيدت أكثرهم عن ممارسة الأنشطة الشاقة والمتوسطة، وصعود الدرج لعدة أدوار، وحمل المشتريات؛ كما قيدت معظمهم في صعودهم لدرج دور واحد، ومشيههم لمسافات ما بين المئة متر إلى أكثر من كيلومتر ونصف؛ مما يعني جسامه التأثير الدرقي على مثل هذه الأنشطة البدنية؛ كما أن الحالة الصحية النفسية لأفراد العينة قيدت معظمهم عن ممارسة الأنشطة اليومية المعتادة خلال الأسابيع الأربعة السابقة لتطبيق القياس؛ وكذلك تعارضت الصحة الجسمية والنفسية لأفراد العينة مع النشاطات الاجتماعية المعتادة لهم بمستوى بلغ بين المتوسط والقليل، وأن شدة الألم الجسيمي لدى أفراد العينة خلال الأسابيع الأربعة التي سبقت القياس قد تراوحت من الألم الخفيف جدا إلى الخفيف فالمتوسط، أما شدة الألم الجسيمي الذي عانى منه أفراد العينة خلال الأسابيع الأربعة التي سبقت القياس قد تعارضت مع تأدية الأعمال المعتادة لديهم داخل المنزل وخارجه بمستوى بين القليل جدا إلى المتوسط، وكذلك قد تركزت اجابة معظم افراد العينة (بين في بعض الاحيان وقليل من الاوقات) في اجابتهم عن السؤال التاسع والذي مفاده: خلال الأسابيع الأربعة السابقة للقياس ما اذا كانوا مليؤون بالحيوية والنشاط، أو كانوا عصبين جدا، أو شعروا بأنهم في حالة اكتئاب إلى درجة لا يمكن معها إدخال السرور اليهم، أو شعروا بالهدوء والطمأنينة، أو كانت لديهم طاقة كبيرة، أو شعروا بالإحباط واليأس، أو شعروا بأنهم منهكين (استنفدت قواهم)، أو شعروا بالسعادة أو بالتعب، وعن سؤالهم ما مقدار الوقت الذي تعارضت صحتك الجسمية أو مشاكلك النفسية مع تأديتك لنشاطاتك الاجتماعية فكانت معظم استجابات أفراد العينة قد تركزت بين التعارض في بعض الأوقات إلى التعارض في معظم الأوقات، وعن سؤال العينة (بالنسبة لحالتك الصحية، ما مدى صحة أو خطأ أنك تصاب بالمرض أسهل من الآخرين؟ كانت معظم استجابات العينة لا علم لي، وعن ما مدى صحة أو

خطأ أن حالتك الصحية مساوية لأي شخص تعرفه؟ كانت معظم استجابات العينة خطأ غالباً، وعن ما مدى صحة أو خطأ أنك تتوقع أن تسوء حالتك الصحية؟ كانت معظم استجابات العينة لا علم لي، وعن ما مدى صحة أو خطأ أن حالتك الصحية ممتازة؟ كانت معظم استجابات العينة خطأ غالباً؛ وعليه تخلص الباحثة إلى أن جميع ما سبق تلخيصه يشير بوضوح ان مستوى الصحة العامة لغالبية افراد العينة منخفض أو غير طبيعي وأثر في حياتهم العامة البدنية والنفسية والاجتماعية.

وبمناقشة هذه النتائج ومقارنتها بما تمت مراجعته في الادب السابق الذي تمكنت الباحثة من الاطلاع عليه يتبين أولاً: أن الحالة الصحية البدنية والنفسية والاجتماعية للعينة لا تتسجم مع ما اشارت اليه الدراسات السابقة مثل العتيبي بندر، (2004) الذي شخص الصحة النفسية بأنها تقاس بدرجة الإعاقة في المجالات الأساس التي تجعل الحياة طبيعية في مجالات العمل والتكيف الاجتماعي؛ والذي يفتقره معظم افراد العينة، وكذلك التقرير المختصر لمنظمة الصحة العالمية،(2005) الذي قدم مفهوماً إيجابياً للصحة النفسية، مفاده أن الصحة ليست مجرد الخلو من المرض، ولكنها حالة من التوازن البدني والنفسي، والعاطفي، والعقلي، والعافية الاجتماعية؛ والتي لم تكن طبيعية لدى معظم عينة الدراسة؛ كما تتضمن الصحة النفسية الإحساس الذاتي بالانسجام من قبل الفرد مع بيئته والسيطرة عليها، وهو ما تفتقره عينة الدراسة؛ وكذلك أشار كل من رافد الخزاعي، (2011)، وصفوت عساف، (2013)، واللبيدي، (2014) إلى أن الصحة النفسية هي حالة من السواء النفسي في العقل والوجدان والحركة وكما تمت الإشارة اليه ان المستوى الحركي ضعيف جداً لغالبية افراد العينة.

ثانياً: قد بينت البحوث الارتباطية قوة العلاقة بين الاكتئاب والقلق والأمراض القلبية الوعائية والدماغية الوعائية علاقة عالية جداً، ودور الاضطرابات النفسية في زيادة سرعة التأثر نحو الأمراض البدنية ونتائجها الأسوأ، كما أن (التقرير المختصر لمنظمة الصحة العالمية، 2005). وقد جاءت نتائج

القياسات النفسية المستخدمة في هذه الدراسة والخاصة بالصحة النفسية (الاكتئاب) مشابهة لما أظهرته الدراسات البحثية السابقة إلى أن نسبة الإصابة بالاكتئاب بين الذين يعانون من أمراض مزمنة تتراوح بين 25-33%، أي إنها تتفوق على نسبة الاكتئاب بين مجموعات السكان الأخرى، (بريك، 2010). فقد أوصت جمعية القلب الأمريكية بأن يتم إجراء فحص الاكتئاب لجميع مرضى القلب، كما أن احتمالات الإصابة بالاكتئاب تتضاعف عند المصابين بمرض السكر، وتشير التقديرات إلى أن واحداً من كل أربعة أشخاص من المصابين بداء السكري يعاني من أعراض الاكتئاب، ولوحظ أن وجود الاكتئاب عند مرضى السكر يمكن أن يؤدي إلى اتخاذ قرارات سيئة بالنسبة لنمط الحياة. ويصاحب مرض المكسديما (نقص في إفراز الغدة الدرقية) أعراضاً اكتئابية في حوالي 40% من الحالات، ويصاحب مرض غريف (زيادة إفراز الغدة الدرقية) نوباتٌ من الانبساط الحاد أثناء نشاط هذا المرض، والأشخاص الذين لديهم قصور إفراز الغدة الدرقية هم أكثر عرضة للاكتئاب، (بريك، 2010) وهذا يطابق ما توصلت إليه هذه الدراسة، مما يؤكد ضرورة تزامن العلاج الطبي الدوائي بالعلاج النفسي.

4-4 الإجابة على التساؤل الثاني الذي مفاده: هل هناك اختلاف في مستوى الاضطرابات

النفسية (الاكتئاب، وقلق الحالة، وقلق السمة) والاضطرابات السيكوسوماتية بين مرضى الغدة الدرقية لدى عينة الدراسة يعزى لاختلاف الجنس؛ قامت الباحثة بحساب دلالة الفروق، وإيجاد قيمة ت المحسوبة بين متوسطات إجابات الذكور والإناث على مقياس الاضطرابات النفسية، كما هو مبين بالجدول الآتية:

جدول رقم (4-11) يوضح دلالة الفروق بين أفراد العينة حسب متغير الجنس على أبعاد مقياس

الاضطرابات النفسية وابعاده

	قيمة ت	الانحراف المعياري				نوع المقياس النفسي
0.46	-0.75	1.11	0.82	0.46	0.32	
0.91	-0.12	1.13	1.00	0.45	0.43	
0.01	-2.84	1.04	0.26	0.39	0.07	
0.91	-0.11	1.64	1.55	0.79	0.75	
0.00	-3.94	1.11	0.26	0.54	0.07	
0.01	-2.84	1.55	0.79	0.67	0.21	
0.70	-0.39	0.71	0.45	0.19	0.14	
0.88	0.16	1.28	1.49	0.67	0.71	
0.59	-0.54	0.42	0.19	0.06	0.04	الانتحارية
0.00	-4.16	1.09	0.00	0.44	0.00	
0.75	-0.32	1.26	1.35	0.52	0.43	التهيج
0.59	-0.54	1.36	0.96	0.63	0.39	فقدان الاهتمام
0.47	-0.72	1.15	0.96	0.55	0.39	
0.00	-3.41	0.79	0.00	0.26	0.00	انعدام القيمة
0.72	-0.36	1.17	1.20	0.56	0.46	
0.09	-1.72	2.96	1.62	1.47	0.75	التغيرات في نمط النوم
0.76	0.31	0.71	0.82	0.27	0.32	قابلية الاستثارة
0.31	-1.03	0.76	0.31	0.20	0.11	التغيرات في الشهية
0.47	-0.73	1.40	1.19	0.83	0.64	صعوبة التركيز
0.27	-1.10	1.07	0.65	0.43	0.25	لتعب و الإرهاق
0.87	-0.17	1.02	1.26	0.47	0.43	فقدان الاهتمام بالجنس و الرغبة الجنسية
0.17	1.10	10.68	11.86	10.83	6.92	

يتبين من الجدول رقم (4-11) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 بين أفراد العينة حسب متغير الجنس على أبعاد: الفشل السابق، مشاعر الذنب، مشاعر العقاب، البكاء، وانعدام القيمة، وقد جاءت هذه الفروق لصالح مجموعة الإناث، ما يعني أن الإناث هن أكثر شعورا بالفشل السابق، ومشاعر الذنب، ومشاعر العقاب، والبكاء، وانعدام القيمة من الذكور؛ في حين إنه لم يتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في بقية الأبعاد، ما يعني أنهم يعانون من الاضطرابات نفسها، بالكيفية نفسها تقريبا.

جدول رقم (4-12) يوضح دلالة الفروق بين أفراد العينة حسب متغير الجنس على أبعاد قلق

الحالة والسمة و مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية وأبعاده

قيمة	الانحراف المعياري	نوع المقياس				
0.71	-0.38	4.52	3.18	3.81	3.54	
0.70	-0.38	3.46	3.03	4.15	3.89	
0.51	-0.67	4.71	3.88	7.86	7.29	
0.86	0.18	1.37	1.21	0.70	0.75	باتولوجية ، وبخاصة الاكتئاب
0.55	0.61	1.38	1.17	1.38	1.54	استجابات عصبية وقلق
0.23	1.21	1.74	1.86	2.03	2.50	أعراض سيكوسوماتية
0.20	1.30	1.35	1.10	2.57	2.89	استجابات الذعر الباثولوجية
0.98	0.02	2.53	2.86	2.34	2.36	أعراض سيكوسوماتية أخرى
0.85	0.19	0.58	0.77	0.15	0.18	الأعراض السيكوسوماتية الخاصة بالمعدة
0.96	-0.05	2.64	2.16	1.70	1.68	الشك والحساسية المفرطة
0.82	0.23	10.40	8.72	18.74	19.18	

يتبين من الجدول رقم (4-12) عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 بين أفراد العينة حسب متغير الجنس على مقياس قلق الحالة وقلق السمة وعلى جميع أبعاد مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية؛ ما يعني أن الذكور والإناث إجاباتهم متساوية، ولديهم الدرجة نفسها على هذه المقاييس ويعانون من الأعراض نفسها.

وبناء على ما تقدم وفي إطار اجابة السؤال الثاني: هل هناك اختلاف في مستوى الاضطرابات النفسية (الاكتئاب، وقلق الحالة، وقلق السمة) والاضطرابات السيكوسوماتية بين مرضى الغدة الدرقية لدى عينة الدراسة يعزى لاختلاف الجنس؟ تخلص الباحثة إلى أن نتائج هذا التساؤل بينت أن: الذكور والإناث يعانون على حد سواء نفس الدرجة تقريبا من الاضطرابات النفسية قلق الحالة، وقلق السمة، والاضطرابات السيكوسوماتية؛ عدا اضطرابات " الاكتئاب"؛ فيعاني الذكور والإناث من الاكتئاب على حد سواء نفس الدرجة تقريبا؛ فيما عدا الإناث فهن أكثر شعورا - بمستوى معنوي (0.05) - بالفشل السابق، ومشاعر الذنب، ومشاعر العقاب، والبكاء، وانعدام القيمة من الذكور، وهذه النتيجة توضح مدى الخطورة التي تعانيها الإناث من الشعور بالاكتئاب الذي يمكن أن يؤدي إلى خطورة أو مآلات أخرى مثل الانتحار، أو في أبسط صور الخطورة أنه يضعف أو يؤخر عملية الاستشفاء، أو يعاود حالة المرض بعد الاستشفاء، وبمقارنة هذه النتائج بنتائج الدراسات السابقة - العربية- التي اطلعت عليها الباحثة؛ يتبين ان جل الدراسات السابقة التي اهتمت بالاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية وربطها بمغبرات اخرى غير امراض الغدة الدرقية؛ أما الدراسات الاجنبية التي اهتمت بأمراض الغدة الدرقية وتمكنت الباحثة من الاطلاع عليها فجلها اهتمت بإضطرابات الاكتئاب المصاحبة لأمراض الغدة الدرقية، وقد جاءت نتائج هذه الدراسة المتعلقة بالاكتئاب مطابقة لنتائج دراسة: داس، وآخرين (2007) التي أجريت على واحد وثلاثين من مرضى الاكتئاب، وعدد مساوٍ لهم من الأصحاء، وكانت النتائج

تشير إلى عدد النساء المكتئبات يفوق عدد حالات الاكتئاب في الذكور، كما وجد أن مستوى T3 و T4 يثار كثيرا في الاكتئاب بالمقارنة بالعينة الضابطة الصحيحة، ووجد أن الخلل في الغدة الدرقية يصاحبه الاكتئاب. وايضا نتائج الدراسة الحالية تدعمها نتائج دراسة لوكش، وآخرين (2013) التي بينت نوع الارتباط بين الاكتئاب ونقص إفراز الغدة الدرقية لدى المريضات الإناث: وهي دراسة مقارنة بين 30 مريضة لديهن اكتئاب رئيسي، و30 مريضة كنّ يحضرن للعلاج في العيادات الخارجية، لانخفاض في مستويات إفراز الغدة الدرقية، وأوضحت نتائج التحليل الإحصائي وجود ارتباط كبير جدا بين الاكتئاب وأمراض قصور الغدة الدرقية.

4-5 الإجابة على التساؤل الثالث الذي مفاده: هل يوجد اختلاف في مستوى الاضطرابات

النفسية الاكتئابية والسيكوسوماتية لدى مرضى الغدة الدرقية لدى عينة الدراسة يعزى لاختلاف نوع المرض الدرقي (زيادة أو نقصان إفراز الهرمون الدرقي)؟ قامت الباحثة بحساب دلالة الفروق وإيجاد قيمة ت الجدولية بين متوسطات إجابات أفراد العينة على مقياس الاضطرابات النفسية، كما هو مبين بالجدول (4-13) الآتي:

جدول رقم (4-13) يوضح دلالة الفروق بين أفراد العينة حسب متغير نوع المرض على أبعاد

مقياس الاضطرابات النفسية وأبعاده (اختبار ت)

	قيمة ت	الانحراف المعياري				
		زيادة		زيادة		
0.36	-0.94	1.59	0.95	0.74	0.38	
0.38	-0.89	1.59	1.00	0.74	0.40	
0.32	-1.02	1.50	0.82	0.63	0.27	
0.19	-1.36	2.32	1.46	1.42	0.68	
0.54	-0.62	1.50	0.92	0.63	0.41	
0.32	-1.02	1.61	1.41	0.58	0.57	
0.04	-2.92	1.43	0.41	0.58	0.11	
0.05	-1.91	1.90	1.19	1.21	0.59	
0.19	-1.37	0.95	0.13	0.32	0.02	الانتحارية
0.68	-0.42	1.50	0.88	0.47	0.32	
0.04	-2.88	2.08	1.06	1.26	0.38	التهيج
0.19	-1.37	1.73	1.20	1.00	0.51	فقدان الاهتمام
0.27	-1.13	1.66	0.99	0.89	0.45	
0.56	-0.59	1.38	0.54	0.37	0.18	انعدام القيمة
0.41	-0.84	1.80	1.04	0.84	0.49	
0.75	-0.32	3.06	2.71	1.53	1.29	التغيرات في نمط النوم
0.29	-1.09	1.12	0.64	0.53	0.24	قابلية الاستثارة
0.40	-0.86	1.39	0.50	0.42	0.15	التغيرات في الشهية
0.33	-1.00	1.77	1.28	1.16	0.74	صعوبة التركيز
0.43	-0.81	1.12	0.98	0.58	0.36	التعب والإرهاق
0.79	-0.27	1.12	1.06	0.53	0.45	فقدان الاهتمام بالجنس والرغبة الجنسية
0.28	-1.09	9.09	13.95	16.42	8.99	

يتبين من الجدول رقم (4-13) وجود فروق ذات دلالة إحصائية، عند مستوى دلالة 0.05 بين أفراد العينة حسب متغير نوع المرض (قصور أو زيادة) على أبعاد: عدم حب الذات، نقد الذات، والتهيج، لصالح المجموعة التي تعاني من زيادة الإفراز، ما يعني أن الأفراد الذين لديهم فرط النشاط الدرقي هم الأكثر قابلية لعدم حب الذات، ونقد الذات، والتهيج، في حين لم يتبين وجود فروق ذات معنى في بقية الاضطرابات المقاسة بين أفراد العينة يعزى إلى نوع المرض (- أو + في الهرمون الدرقي) وهذا يعني أن نفس الاضطرابات تكون تقريبا متساوية أو متشابهة في القصور والزيادة.

جدول رقم (4-14) يوضح دلالة الفروق بين أفراد العينة حسب متغير نوع المرض على أبعاد

قلق الحالة والسمة ومقياس الاضطرابات السيكوسوماتية وأبعاده

	درجة الحرية	قيمة ت	المعياري		نوع المقياس		
			زيادة	زيادة	زيادة	زيادة	
0.91	27.92	-0.11	3.53	4.39	3.84	3.74	
0.77	25.73	0.30	3.09	3.42	3.89	4.13	
0.13	26.89	1.55	3.91	4.62	6.42	7.96	
0.65	24.63	-0.46	1.30	1.34	0.84	0.69	استجابات باثولوجية ، و
0.70	23.70	-0.39	1.39	1.33	1.53	1.39	استجابات عصبية وقلق
0.14	23.28	-1.54	1.88	1.74	2.74	2.03	أعراض سيكوسوماتية
0.87	25.03	-0.17	1.25	1.32	2.68	2.63	استجابات الذعر الباثولوجية
0.55	23.62	0.60	2.71	2.58	2.00	2.40	أعراض سيكوسوماتية
0.77	20.24	-0.30	0.92	0.56	0.21	0.15	السيكوسوماتية الخاصة بالمعدة والأمعاء
0.72	27.18	0.36	2.17	2.61	1.53	1.73	الشك والحساسية المفرطة
0.67	25.37	0.44	9.40	10.18	17.95	18.97	

لم يتبين من الجدول رقم (4-14) وجود فروق ذات معنى في الاضطرابات المقاسة بين أفراد العينة يعزى إلى نوع المرض (- أو +) وهذا يعني أن العينة تعاني تقريبا نفس قلق الحالة وقلق السمة ونفس الاضطرابات السيكوسوماتية، تكون تقريبا متساوية أو متشابهة في حالتها القصور والزيادة.

وبناء على ما تقدم وفي إطار اجابة السؤال الثالث: هل يوجد اختلاف في مستوى الاضطرابات النفسية الاكتئابية والسيكوسوماتية لدى مرضى الغدة الدرقية لدى عينة الدراسة يعزى لاختلاف نوع المرض الدرقي (زيادة أو نقصان إفراز الهرمون الدرقي)؟ تلخص الباحثة إلى أن نتائج هذا التساؤل بينت أن: الفروق واضحة - بمستوى دلالة (0.05)- لصالح المجموعة التي لديها زيادة الإفراز، على ابعاد المقياس (عدم حب الذات، ونقد الذات، والتهيج) بينما لا توجد فروق ذات معنى على بقية المقاييس وهذا يعني أن العينة تعاني تقريبا نفس قلق الحالة وقلق السمة ونفس الاضطرابات السيكوسوماتية، تكون تقريبا متساوية أو متشابهة في حالتها القصور والزيادة، وهذا يمكن ان يعزى إلى أثر الدواء المتناول قبيل عمليات القياس وهذه النتائج في جانب منها تتفق مع دراسة: ماريو وآخرين (2004) التي اشارت إلى أن الأفراد في الذين لديهم المناعة الذاتية الدرقية يكونون أكثر عرضة لاضطرابات المزاج، والقلق، ومع دراسة لوكش، وآخرين (2013) التي كشفت على انتشار نقص إفراز الغدة الدرقية لدى مرضى الاكتئاب 20.0% أما انتشار الاكتئاب لدى مرضى نقص إفراز الغدة الدرقية فكان 36.67% وقصور الغدة الدرقية قبل السريري منتشر بنسبة (13.3%) وكان أكثر انتشارا من قصور الغدة الدرقية السريري (7.6%)، وأوضحت نتائج التحليل الإحصائي وجود ارتباط كبير جدا بين الاكتئاب وأمراض قصور الغدة الدرقية؛ كما تختلف نتائج هذه الدراسة عن الدراسات

السابقة في كون ان زيادة الافراز لها اثر على تقدير الذات على النحو التالي: المجموعة التي لديها زيادة الإفراز في الهرمون الدرقي ظهر واضحا انهم يعانون من عدم حب الذات، ونقد الذات، والتهيج

4-6 الإجابة على التساؤل الرابع الذي مفاده: هل هناك اختلاف في مستوى الاضطرابات

النفسية والسيكوسوماتية بين مرضى الغدة الدرقية لدى عينة الدراسة يعزى لاختلاف العمر؟ قامت الباحثة بحساب معامل التطابق وإيجاد قيمة كا² بين إجابات العينة حسب الفئة العمرية على مقياس الاضطرابات النفسية كما هو مبين بالجداول (4-15) الآتية:

جدول رقم (4-15) يبين دلالة الفروق بين أفراد العينة حسب الفئة العمرية في أبعاد الاضطرابات

النفسية (كرسكال واليس)

	الحرية	قيمة كا ²	الفئة العمرية				نوع المقياس
			69-57	56-44	43-31	31-18	
0.04	3	8.1	72.58	66.60	61.44	84.31	
0.29	3	3.7	71.15	68.07	62.91	78.00	
0.11	3	5.9	67.88	67.44	64.26	82.69	
0.28	3	3.8	69.90	67.45	63.76	80.47	
0.11	3	6.0	61.48	66.70	70.06	83.13	
0.12	3	5.8	63.04	68.43	66.01	83.06	
0.00	3	13.8	66.08	65.61	66.66	87.13	
0.72	3	1.3	63.90	68.78	68.47	75.00	
0.63	3	1.7	66.00	68.29	69.86	70.38	الانتحارية
0.08	3	6.8	63.88	65.82	70.47	81.56	
0.14	3	5.5	65.94	67.71	65.09	83.03	التهيج
0.11	3	6.0	67.79	67.91	62.83	84.25	فقدان الاهتمام
0.13	3	5.6	67.69	69.08	61.64	82.66	
0.16	3	5.2	62.79	66.81	71.43	77.59	انعدام القيمة
0.10	3	6.3	68.15	69.57	60.29	83.09	
0.51	3	2.3	70.79	66.52	65.61	78.41	غيرات في نمط النوم
0.27	3	3.9	64.85	69.75	64.54	78.50	قابلية الاستثارة
0.59	3	1.9	66.50	67.21	69.34	74.66	التغيرات في الشهية
0.48	3	2.5	65.44	68.64	65.37	79.81	صعوبة التركيز
0.36	3	3.2	64.46	68.68	66.17	79.50	التعب و الإرهاق
0.35	3	3.3	73.79	70.89	61.69	66.00	فقدان الاهتمام بالرغبة الجنسية
0.04	3	8.1	72.58	66.60	61.44	84.31	

يتبين من الجدول رقم (4-15) أن قيمة كا2 كانت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.04 في بعد الحزن، وعلى مقياس الاضطرابات النفسية عمومًا، و عند 0.00 في بعد عدم حب الذات، ما يدل على وجود فروق بين أفراد العينة في تلك الأبعاد، وبالنظر إلى متوسطات الرتب نجد أن الفئة العمرية الأصغر هي الفئة الأكثر معاناة فيما ذكر من بين الفئات العمرية الأخرى، في حين لم يتبين وجود فروق في بقية الأبعاد.

جدول رقم (4-16) يبين دلالة الفروق بين أفراد العينة حسب الفئة العمرية في أبعاد قلقي

الحالة والسمة والاضطرابات السيكوسوماتية.

	الحرية	قيمة كا2	الفئة العمرية				
			69-57	56-44	43-31	31-18	
0.47	3.00	2.54	64.35	74.44	63.71	63.81	
0.31	3.00	3.56	72.75	73.64	59.57	62.19	
0.49	3.00	2.44	72.96	71.94	64.49	57.34	
0.67	3.00	1.54	72.65	70.32	63.70	65.53	استجابات باثولوجية ، و
0.37	3.00	3.17	78.17	63.15	67.94	73.72	استجابات عصبية وقلق
0.39	3.00	2.99	77.56	62.73	70.44	70.81	أعراض سيكوسوماتية
0.83	3.00	0.90	63.85	71.38	66.60	69.59	استجابات الذعر الباثولوجية
0.89	3.00	0.64	65.21	70.89	68.89	64.19	أعراض سيكوسوماتية
0.83	3.00	0.90	69.67	68.76	66.01	71.06	السيكوسوماتية الخاصة بالمعدة والأمعاء
0.47	3.00	2.54	64.69	72.54	69.49	57.63	الشك والحساسية المفرطة
0.90	3.00	0.60	72.04	69.11	67.53	62.63	

يتبين من الجدول رقم (4-16) أن جميع قيم كا2 كانت غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05، ما يدل على عدم وجود فروق بين أفراد العينة حسب متغير العمر على مقاييس قلق الحالة

وقلق السمة وأبعاد الاضطرابات السيكوسوماتية؛ ما يعني أن أفراد العينة على مختلف فئاتهم العمرية لديهم الأعراض نفسها تقريبا على هذه المقاييس.

وبناء على ما تقدم وفي اطار اجابة السؤال الرابع: هل يوجد اختلاف في مستوى الاضطرابات النفسية الاكتئابية، والسيكوسوماتية لدى مرضى الغدة الدرقية لدى عينة الدراسة يعزى لاختلاف العمر؟ تخلص الباحثة إلى أن نتائج الاجابة على هذا التساؤل بينت أن: الفروق واضحة - بمستوى دلالة (0.04)- لصالح المجموعة الاصغر في بعد الحزن، وعلى مقياس الاضطرابات النفسية عموماً، بدلالة معنوية عند مستوى "0.00" في بعد عدم حب الذات، ما يدل على وجود فروق بين أفراد العينة في تلك الأبعاد، في حين لم يتبين وجود فروق في بقية الأبعاد؛ وهذه النتائج جاءت موازية النتائج دراسة كيكوتش، وآخرين (2005) بعنوان: العلاقة بين وظيفة الغدة الدرقية والمرضى الذين يعانون من اضطرابات الهلع والقلق؛ حيث لوحظ أن الارتباطات كبيرة بين مستويات هرمون الغدة الدرقية، والسماط السريرية في المرضى غير المعالجين، وكانت نويات الذعر الحالي أكثر حدة، كلما كانت مستويات الهرمون TSH مرتفعة وبالإضافة إلى ذلك، ترتبط شدة القلق سلبا مع مستويات T4 الحرة. كما ايدت هذه النتائج دراسة: كونستانتيнос وآخرين، (2004) عنوانها: وظيفة الغدة الدرقية في الحالات السريرية للاكتئاب الشديد حيث اظهرت هذه النتائج أن هناك أدلة تشير إلى وجود عملية المناعة الذاتية التي تؤثر على الغدة الدرقية لدى مرضى الاكتئاب.

4-7 الإجابة على التساؤل الخامس الذي مفاده: هل هناك اختلاف في مستوى

الاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية لدى مرضى الغدة الدرقية لدى عينة الدراسة يعزى إلى اختلاف مدة المرض؟ قامت الباحثة بحساب معامل التطابق وإيجاد قيمة كا² بين إجابات العينة حسب الفئة العمرية على مقياس الاضطرابات النفسية، كما هو مبين بالجدول (4-17) الآتية:

جدول رقم (4-17) يبين دلالة الفروق بين أفراد العينة حسب مدة المرض في أبعاد

الاضطرابات النفسية (كرسكال واليس)

	الحرية	قيمة كا ²	نوع المقياس			
			21-15	14-8	7-1	
0.38	2.0	2.0	73.16	60.83	68.87	
0.14	2.0	3.9	78.05	62.11	67.51	
0.73	2.0	0.6	69.48	64.06	69.11	
0.36	2.0	2.0	76.00	70.14	66.47	
0.70	2.0	0.7	65.59	64.92	69.84	
0.27	2.0	2.6	76.32	62.83	67.77	
0.94	2.0	0.1	70.00	68.33	68.19	
0.47	2.0	1.5	74.02	62.14	68.43	
0.28	2.0	2.5	72.14	66.00	68.14	الانتحارية
0.91	2.0	0.2	68.25	66.36	68.96	
0.92	2.0	0.2	70.25	66.81	68.42	التهييج
0.26	2.0	2.7	76.16	73.08	65.89	الاهتمام
0.17	2.0	3.6	79.34	67.94	66.12	
0.78	2.0	0.5	66.27	71.31	68.48	انعدام القيمة
0.53	2.0	1.3	74.86	69.53	66.85	
0.93	2.0	0.1	70.41	69.44	67.89	التغيرات في
0.83	2.0	0.4	71.55	68.33	67.83	قابلية الاستئثار
0.76	2.0	0.6	67.68	65.44	69.26	التغيرات في الشهية
0.66	2.0	0.8	74.32	67.47	67.36	صعوبة التركيز
0.55	2.0	1.2	68.43	75.14	67.27	الإرهاق
0.13	2.0	4.1	79.43	70.36	65.65	فقدان الرغبة الجنسية
0.38	2.0	2.0	73.16	60.83	68.87	

يتبين من الجدول رقم (4-17) أن قيمة كا2 كانت غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05 في الاضطرابات الاكتئابية المقاسة، ما يدل على عدم وجود فروق بين أفراد العينة حسب متغير مدة المرض في هذا البعد، وبالنظر إلى متوسطات الرتب نلاحظ أن الفئة التي مدة مرضها تقع بين 15-21 سنة هي أكثر فئة تعاني من الاضطرابات الاكتئابية، تليها الفئة التي مدة مرضها تقع ما بين 1-7 سنوات، في حين أن أقل الفئات التي تعاني الاكتئاب هي التي مدة مرضها تقع ما بين 8-14 سنة،.

جدول رقم (4-18) يبين دلالة الفروق بين أفراد العينة حسب مدة المرض في أبعاد قلقي

الحالة والسمة والاضطرابات السيكوسوماتية

	الحرية	قيمة كا2	نوع المقياس			
			21-15	14-8	7-1	
0.08	2.00	5.01	83.55	57.69	67.08	
0.03	2.00	6.91	85.25	53.00	67.57	
0.83	2.00	0.36	65.68	73.11	68.28	
0.10	2.00	4.59	81.59	62.53	66.62	استجابات باثولوجية ، و
0.97	2.00	0.06	70.30	68.81	68.03	استجابات عصبية وقلق
0.62	2.00	0.95	61.98	73.19	69.11	أعراض سيكوسوماتية
0.92	2.00	0.17	65.68	69.92	68.88	لوجية
0.71	2.00	0.68	71.32	61.94	69.08	أعراض سيكوسوماتية
0.17	2.00	3.51	65.02	62.00	70.52	السيكوسوماتية الخاصة بالمعدة والأمعاء
0.04	2.00	6.69	86.36	61.61	65.70	الشك والحساسية المفرطة
0.81	2.00	0.42	73.45	67.75	67.51	

يتبين من الجدول رقم (4-18) أن قيمة كا2 كانت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.03 في قلق السمة، وكذلك عند 0.04 في بعد الشك والحساسية المفرطة من مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية، ما يدل على وجود فروق بين أفراد العينة حسب متغير مدة المرض في هذين البعدين، وبالنظر إلى متوسطات الرتب نلاحظ أن الفئة التي مدة معاناتها للمرض تقع بين 15-21 سنة هي أكثر الفئات اتساماً بقلق السمة، وبالشك والحساسية المفرطة، تليها الفئة التي معاناتها تقع بين 1-7 سنوات، في حين أن أقل الفئات اتساماً بقلق السمة، وبالشك والحساسية المفرطة هي التي مدة معاناتها تقع ما بين 8-14 سنة، وهذا قد يفيد أيضاً في توصيات هذه الدراسة؛ حيث إن الفئات الأحدث، الأقدم مرضاً يحتاجون إلى رعاية وسند في جميع الاضطرابات المقاسة، وبخاصة قلق السمة والشك والحساسية المفرطة، ولم يتبين من الجدول نفسه وجود فروق دالة إحصائياً بين أفراد العينة حسب متغير مدة المرض في بقية أبعاد الاضطرابات السيكوسوماتية ولا في بعد قلق الحالة.

وتخلص إجابة السؤال الخامس الذي مفاده: هل هناك اختلاف في مستوى الاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية لدى مرضى الغدة الدرقية لدى عينة الدراسة يعزى إلى اختلاف مدة المرض؟ إلى أن رغم الفروق بين الفئات العمرية في الاضطرابات النفسية، والاضطرابات السيكوسوماتية، وكل من قلق الحالة وقلق السمة ليست فروق جوهرية في معظمها؛ فجميع الفئات العمرية تعاني بنفس الدرجة من الاضطرابات النفسية "الاكتئاب، وقلق الحالة" والاضطرابات السيكوسوماتية تقريباً؛ فيما عدا قلق السمة، والشك والحساسية المفرطة؛ جاءت الفروق دالة بمستوى معنوية (0.05) لصالح الفئات الأطول مدة مرضية، وبالنظر إلى فروق المتوسطات عموماً نجد أن هذه المتوسطات تُظهر بوضوح إن الفئات الأحدث مرضاً، والأقدم مرضاً هي أكثر معاناة من الفئات العمرية المتوسطة، وإفرادها أكثر عرضة

إلى مآلات مرضية سيكوسوماتية ونفسية اخرى، قد تعطل عملية الاستشفاء لديهم أو تعاود المرض الدرق لمن تم شفاءهم منه، وعليه فالحالات الأحدث مرضا بالغدة الدرقية، والاقدم مرضا هي اكثر معاناة والدين يحتاجون إلى رعاية واهتمام اكثر من الفئة العمرية المتوسطة.

وبمقارنة هذه النتائج بالأدب السابق والدراسات السابقة التي تمكنت الباحثة الاطلاع عليها؛ تبين انه لم تعتر الباحثة على دراسات اهتمت بقياس علاقة مدة المرض بالاضطرابات النفسية أو السيكوسوماتية؛ غير ان هذه النتائج تتفق ونتائج دراسة كيكوتش، وآخرين (2005)؛ التي تناولت دراسة العلاقة بين وظيفة الغدة الدرقية والمرضى الذين يعانون من اضطرابات الهلع والقلق لعينة متوسط عمرها 15.8 سنة؛ حيث لوحظ أن الارتباطات كبيرة بين مستويات هرمون الغدة الدرقية، والسماط السريرية في المرضى غير المعالجين، وكانت نوبات الذعر الحالي أكثر حدة، كلما كانت مستويات الهرمون TSH مرتفعة وبالإضافة إلى ذلك، ترتبط شدة القلق سلبا مع مستويات T4 الحرة. وتؤيد نتائج هذه الدراسة مع ما اشارت اليه زينب شقير (2002) أنه استمرت هذه الاضطرابات النفسية لمدد طويلة قد تصبح مزمنة وتؤدي إلى الاضطرابات السيكوسوماتية التي تتميز بأنها ذات طبيعة فسيولوجية تستحثها عوامل نفسية ومن ذلك اضطرابات في وظائف الغدد الصماء (الدرقية مثلا)، وكذلك تتفق مع ما أشار اليه علي عسكر، (1998) الذي أوضح إذا استمر اضطراب انفعاله لمدة طويلة، فإنه يؤدي إلى بعض التغيرات الفسيولوجية التي قد تتسبب في حدوث أضرار بالغة في الجسم، وهي التي تسمى الاضطرابات السيكوسوماتية(امراض الغدة الدرقية مثلا)، وكذلك مع دراسة ماتوس سانتوس وآخرين: (2001) التي اثبتت أن استمرار الضغوط النفسية Stress لمدة 12 شهر سابقة لظهور أعراض مرض الغدة الدرقية يؤدي إلى ظهور داء غريف.

8-4 الإجابة عن التساؤلين السادس والسابع: قامت الباحثة بإجراء تحليل الانحدار المتعدد التدريجي Stepwise Multiple Regression لتحديد أهمية كل متغير مستقل على حدة في المساهمة في النموذج الرياضي، ومعرفة أثر المتغيرات المستقلة المتمثلة بمقياس الاضطراب النفسي وأبعاده، إضافة إلى مقياسي قلق الحالة والسمة على المتغيرات التابعة المتمثلة في مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية وأبعاده الثمانية.

أبقت الباحثة 13 نموذج انحدار والتي تجاوز معامل التحديد الكلي (R^2)، أو القوة التفسيرية للمتغيرات المستقلة لها الـ 20%، والتي ارتفعت قيمة (F) المحسوبة فيها عن قيمتها الجدولية على مستوى دلالة (0.05)، استبعدت بقية النماذج التي فسرت المتغيرات المستقلة فيها التغيرات الحادثة في المتغير التابع بنسبة أقل من 20%. والجدول التالية توضح تلك النتائج

9-4 الإجابة على التساؤل السادس الذي مفاده: ما أثر متغيرات الاضطرابات النفسية: (الاكتئاب، وقلق الحالة، وقلق السمة) على الاضطرابات السيكوسوماتية وأبعاده لدى الذين يعانون من قصور إفراز الغدة الدرقية"؟

جدول (4-19) نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أثر الاضطرابات النفسية (الاكتئاب، قلق الحالة، وقلق السمة) على الاضطرابات السيكوسوماتية لمجموعة القصور

المتغيرات	B	المعياري	معامل التحديد (R ²)	قيمة t	t
السيكوسوماتية	17.9	1.54		11.5	.00
لتركيز	1.61	0.71	0.20	2.28	2.0
	0.54	0.26	0.28	2.03	4.0
معامل التحديد	0.28 = (R ²)	قيمة F	4.96 =	F = 0.00	

يتضح من الجدول رقم (4-19) والذي يبين ترتيب دخول المتغيرات المستقلة في معادلة الانحدار، أن متغير صعوبة التركيز قد احتل المرتبة الأولى، وفسر ما مقداره (20%) من التباين في المتغير التابع، ودخل متغير قلق السمة، حيث فسر مع متغير صعوبة التركيز (28%) من التباين في (الاضطرابات السيكوسوماتية)، بوصفه متغيراً تابعاً للذين يعانون من قصور إفراز الغدة الدرقية. أي بمعنى انه كلما زادت صعوبة التركيز بمقدار 1% زادت معها الاضطرابات السيكوسوماتية بمقدار 20% من الدرجة المعتمدة لقياس الاضطرابات السيكوسوماتية؛ وادا دخل قلق السمة على صعوبة التركيز زادت معها الاضطرابات السيكوسوماتية بمقدار 28%.

جدول رقم (4-20) نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أثر بعض أبعاد مقياس الاضطرابات

النفسية، و قلق الحالة على الاستجابات الباثولوجية ، وبخاصة الاكتئاب لمجموعة القصور

t	قيمة t	معامل التحديد (R ²)	المعياري	B	
0.4	0.81		0.18	150	ثابت الاستجابات الباثولوجية
0.00	3.81	.33	0.03	0.13	
= F		14.55 =	قيمة F 0.00	330.= (R ²)	معامل التحديد

يتضح من الجدول رقم (4-20) والذي يبين ترتيب دخول المتغيرات المستقلة في معادلة

الانحدار، أن قلق السمة هو المتغير الوحيد الذي فسر ما مقداره (33%) من التباين في المتغير التابع

(الاستجابات الباثولوجية ، وبخاصة الاكتئاب لمجموعة القصور) بوصفه متغيراً تابعاً. أي بمعنى انه

كلما زاد قلق السمة بمقدار 1% زادت معها الاستجابات الباثولوجية وبخاصة الاكتئاب بمقدار 33%

من الدرجة المعتمدة لقياس الاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية المعتمدة في هذه الدراسة.

جدول رقم (4-21) نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أثر عدم حب الذات على الاستجابات

العصبية والقلق لمجموعة القصور

t	قيمة t	معامل التحديد (R ²)	المعياري	B	
0.00	6.43		0.19	1.24	العصبية والقلق
0.03	2.16	0.19	0.03	0.07	
0.00	2.80	0.25	0.11	0.32	
		6.14=	قيمة F	0.25 = (R ²)	معامل التحديد
			0.00 = F		

يتضح من الجدول رقم (4-21)، أن قلق السمة قد فسر ما مقداره (19%) من التباين في المتغير التابع (الاستجابات العصبية والقلق لمجموعة القصور) بوصفه متغيراً تابعاً، وجاء بعده متغير فقدان الطاقة حيث فسر مع قلق السمة ما مقداره 0.25 من التباين في المتغير التابع (الاستجابات العصبية والقلق لمجموعة القصور) أي بمعنى انه كلما زاد قلق السمة بمقدار 1% زادت معها الاستجابات العصبية والقلق بمقدار 19% من الدرجة المعتمدة لقياس الاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية؛ وادا دخل فقدان الطاقة على قلق السمة زادت معها الاستجابات العصبية والقلق 25 % حسب القياسات المعتمدة في هذه الدراسة للاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية.

جدول رقم (4-22) نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أثر البكاء على الأعراض

السيكوسوماتية لمجموعة القصور

t	قيمة t	معامل التحديد (R ²)	المعياري	B	
0.00	12.7		0.16	2.14	السيكوسوماتية
0.3	2.09	0.20	0.18	0.37	
		معامل التحديد	قيمة F	0.20 = (R ²)	
			4,38 =	0.03 = F	

يتضح من الجدول رقم (4-22)، أن البكاء قد فسر ما مقداره (20%) من التباين في المتغير

التابع (الأعراض السيكوسوماتية) بوصفه متغيراً تابعاً بالنسبة لمجموعة قصور الإفراز. أي بمعنى انه

كلما زاد البكاء بمقدار 1% زادت معها الأعراض السيكوسوماتية بمقدار 20% من الدرجة المعتمدة

لقياس الاضطرابات النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية في هذه الدراسة

جدول رقم (4-23) نتائج تحليل الانحدار المتعدد لأثر بعض أبعاد مقياس الاضطرابات

النفسية على استجابات الذعر الباثولوجية لمجموعة القصور

t	قيمة t	معامل التحديد (R ²)	المعياري	B	
0.00	19.1		0.16	3.05	الباثولوجية
0.00	2.93	0.19	0.04	0.9	التغيرات في نمط النوم
0.02	2.23	0.26	0.02	0.7	
		معامل التحديد	قيمة F	0.26 = (R ²)	
			0.00 = F		
		7.51 =			

يتضح من الجدول رقم (4-23) والذي يبين ترتيب دخول المتغيرات المستقلة في معادلة الانحدار للمجموعة التي تعاني من قصور الإفراز الدرقي، أن التغيرات في نمط النوم قد احتل المرتبة الأولى، وفسر ما مقداره (19%) من التباين في المتغير التابع (استجابات الذعر الباثولوجية)، ودخل عليه متغير قلق الحالة حيث فسرا معا (26%) من التباين في (استجابات الذعر الباثولوجية) بوصفه متغيراً تابعاً. أي بمعنى انه كلما زادت التغيرات في نمط النوم بمقدار 1% زادت معها استجابات الذعر الباثولوجية بمقدار 20% من الدرجة المعتمدة لقياس النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية؛ وادا دخل قلق الحالة على التغيرات في نمط النوم زادت معها استجابات الذعر الباثولوجية بمقدار 28% وفق الدرجة المعتمدة لقياس الاضطرابات النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية.

جدول رقم (4-24) نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أثر كل مشاعر العقاب، وقلق

السمة، وفقدان المتعة على الأعراض السيكوسوماتية الأخرى لمجموعة القصور

t	قيمة t	معامل التحديد (R ²)	المعياري	B	
0.00	4.63		0.36	1.71	السيكوسوماتية
0.03	2.20	0,20	0,17	0,38	
0.00	2.88	0.25	0,06	0.19	
0.00	2.80	0.26	0.16	0,46	
		5.64=	قيمة F	0.26 = (R ²)	معامل التحديد
			0.00 = F		

يتضح من الجدول رقم (4-24) والذي يبين ترتيب دخول المتغيرات المستقلة في معادلة الانحدار للذين يعانون من قصور إفراز الغدة الدرقية، أن مشاعر العقاب قد احتل المرتبة الأولى، وفسر ما مقداره (20%) من التباين في المتغير التابع (الأعراض السيكوسوماتية الأخرى)، ودخل عليه متغير قلق السمة حيث فسرا معا (25%) من ذلك التباين، ودخل عليهما متغير ثالث فقدان المتعة، وفسر معهما ما مقداره (26%) من تلك التغيرات في التباين في (الأعراض السيكوسوماتية الأخرى) بوصفه متغيراً تابعاً. أي بمعنى انه كلما زادت مشاعر العقاب بمقدار 1% زادت معها الأعراض السيكوسوماتية الأخرى بمقدار 20% من الدرجة المعتمدة لقياس الاضطرابات السيكوسوماتية؛ وادا دخل قلق السمة على مشاعر العقاب زادت معها الاضطرابات السيكوسوماتية بمقدار 25%.

زادت معها الاضطرابات السيكوسوماتية الاخرى

بمقدار 26%. من الدرجة المعتمدة لقياس الاضطرابات النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية.

جدول رقم (4-25) نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أثر قلق السمة على متغير الشك

والحساسية المفروطة لدى لمجموعة القصور

t	قيمة t	معامل التحديد (R ²)	المعياري	B	
0.72	0.34		0.32	0.11	ثابت الشك والحساسية
0.00	6.41	0.51	0.06	0.39	
		معامل التحديد	قيمة F	0.51 = (R ²)	
			0.00 = F		

يتضح من الجدول رقم (4-25)، أن مشاعر قلق السمة هو المتغير الوحيد الذي قد فسر ما

مقداره (51%) من التباين في المتغير التابع (الشك والحساسية المفروطة) بوصفه متغيراً تابعاً بالنسبة

لمجموعة قصور الإفراز. أي بمعنى انه كلما زادت قلق السمة بمقدار 1% زادت معها الشك والحساسية

المفروطة بمقدار 51% من الدرجة المعتمدة لقياس الاضطرابات النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية.

4-10 الإجابة على التساؤل السابع الذي مفاده: ما أثر متغيرات الاضطرابات النفسية:

(الاكتئاب، وقلق الحالة، وقلق السمة) على الاضطرابات السيكوسوماتية وأبعادها لدى الذين يعانون من

زيادة إفراز الغدة الدرقية؟

جدول (4-26) نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أثر بعض أبعاد مقياس الاضطرابات

النفسية على الاضطرابات السيكوسوماتية لمجموعة الزيادة

t	قيمة t	معامل التحديد (R ²)	المعياري	B	
.00	10.30		1.91	19.70	السيكوسوماتية
.02	2.41	0.54	1.18	2.85	
.00	3.77	0.85	1.89	7.17	التعب والإرهاق
F		7.15 =	قيمة F .00 =	.85 = (R ²)	معامل التحديد

يتضح من الجدول رقم (4-26) والذي يبين ترتيب دخول المتغيرات المستقلة في معادلة

الانحدار للذين يعانون من زيادة إفراز الغدة الدرقية، أن متغير فقدان الطاقة قد احتل المرتبة الأولى،

وفسر ما مقداره (54%) من التباين في المتغير التابع (الاضطرابات السيكوسوماتية)، ودخل متغير

التعب والإرهاق حيث فسر مع متغير فقدان الطاقة (85%) من التباين في (الاضطرابات

السيكوسوماتية) بوصفه متغيراً تابعاً للذين يعانون من الزيادة. أي بمعنى انه كلما زاد فقدان الطاقة

بمقدار 1% زادت معها الاضطرابات السيكوسوماتية بمقدار 54%، وإذا اشترك فقدان الطاقة مع

التعب والإرهاق زادت معها الاضطرابات السيكو سوماتية بمقدار 85% من الدرجة المعتمدة لقياس

الاضطرابات النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية في هذه الدراسة؛ وهذه النتيجة ملفتة للنظر من حيث بيان الاثر الذي يحدثه كل من فقدان الطاقة والتعب والارهاق لمرضى الغدة الدرقية.

جدول رقم (4-27) نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أثر قابلية الاستثارة، و صعوبة

التركيز على عدم التوافق ومشاعر الخوف لمجموعة الزيادة

t	قيمة t	معامل التحديد (R ²)	المعياري	B	
0.00	8.40		0.92	7.77	
0.01	2.66	0.54	0.41	1.11	
7.12 =		قيمة F	0.54 = (R ²)	معامل التحديد	
		.01 = F			

يتضح من الجدول رقم (4-27) والذي يبين ترتيب دخول المتغيرات المستقلة في معادلة الانحدار للذين يعانون من زيادة إفراز الغدة الدرقية، أن متغير نقد الذات هو المتغير الوحيد الذي أسهم في ارتفاع عدم التوافق ومشاعر الخوف بنسبة (54%) من التباين في المتغير التابع (عدم التوافق ومشاعر الخوف). أي بمعنى انه كلما زاد نقد الذات بمقدار 1% زاد معها عدم التوافق ومشاعر الخوف بمقدار 54% من الدرجة المعتمدة لقياس الاضطرابات النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية.

جدول رقم (4-28) نتائج تحليل الانحدار المتعدد لأثر بعض أبعاد مقياس الاضطرابات

النفسية على استجابات الذعر الباثولوجية لمجموعة الزيادة

t	قيمة t	معامل التحديد (R ²)	المعيار	B	
0.00	11,19		0.27	3.05	الباثولوجية
0.01	2,90	0.57	0.22	0.64	التعب والإرهاق
F		8.44=	قيمة F 0.01 =	0.57 = (R ²)	معامل التحديد

يتضح من الجدول رقم (4-28) والذي يبين ترتيب دخول المتغيرات المستقلة في معادلة

الانحدار للمجموعة التي تعاني من زيادة الإفراز الدرقي، أن متغير التعب والإرهاق هو المتغير الوحيد

الذي أسهم في استجابات الذعر الباثولوجية، وفسر ما مقداره (57%) من التباين في نفس المتغير

المذكور (استجابات الذعر الباثولوجية)، بوصفه متغيراً تابعاً. أي بمعنى انه كلما زاد التعب والإرهاق

بمقدار 1% زادت معها استجابات الذعر الباثولوجية بمقدار 57% من الدرجة المعتمدة لقياس

الاضطرابات النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية.

جدول رقم (4-29) نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أثر قلق السمة على الأعراض

السيكوسوماتية الأخرى لمجموعة الزيادة

t	قيمة t	التحديد (R ²)	المعياري	B	
0,61	0.50		0,75	0.38	السيكوسوماتية
0.00	4.01	0.69	0.15	0.61	
		معامل التحديد	0.69 = (R ²)	قيمة F	16.08 =
				0.00 = F	

يتضح من الجدول رقم (4-29)، أن مشاعر قلق السمة هو المتغير الوحيد الذي قد فسر ما مقداره (69%) من التباين في المتغير التابع (الأعراض السيكوسوماتية الأخرى) بوصفه متغيراً تابعاً بالنسبة لمجموعة زيادة الإفراز. أي بمعنى انه كلما زادت قلق السمة بمقدار 1% زادت معها الأعراض السيكوسوماتية الأخرى بمقدار 69% من الدرجة المعتمدة لقياس الاضطرابات النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية.

جدول رقم (4-30) نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار اثر قلق السمة على الأعراض

السيكوسوماتية الأخرى لمجموعة الزيادة

t	قيمة t	التحديد (R ²)	المعياري	B	
0,61	0.50		0,75	0.38	السيكوسوماتية
0.00	4.01	0.69	0.15	0.61	
16.08=		قيمة F	0.69 = (R ²)	معامل التحديد	
		0.00 = F			

يتضح من الجدول رقم (4-30)، أن مشاعر قلق السمة هو المتغير الوحيد الذي قد فسر ما مقداره (69%) من التباين في المتغير التابع (الأعراض السيكوسوماتية الأخرى) بوصفه متغيراً تابعاً بالنسبة لمجموعة زيادة الإفراز. أي بمعنى انه كلما زادت قلق السمة بمقدار 1% زادت معها الأعراض السيكوسوماتية الأخرى بمقدار 69% من الدرجة المعتمدة لقياس الاضطرابات النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية.

جدول رقم (4-31) نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار اثر قلق السمة على الشك والحساسية

المفرطة لمجموعة الزيادة

t	قيمة t	معامل التحديد (R ²)	المعياري	B	
0.84	0.19		0.72	0.14	والحساسية المفرطة
0.02	2.41	0.50	0.14	0.35	
F	5.85=	قيمة F 0.02 =	0.50 = (R ²)	معامل التحديد	

يتضح من الجدول رقم (4-31) أن مشاعر قلق السمة هو المتغير الوحيد الذي قد فسر ما مقداره (50%) من التباين في المتغير التابع (الشك والحساسية المفرطة) بوصفه متغيراً تابعاً بالنسبة لمجموعة زيادة الإفراز. أي بمعنى انه كلما زادت قلق السمة بمقدار 1% زادت معها الشك والحساسية المفرطة بمقدار 50% من الدرجة المعتمدة لقياس الاضطرابات النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية.

وتعليقا على إجابة التساولين: التساؤل السادس؛ والذي مفاده: ما أثر متغيرات الاضطرابات النفسية: (الاكتئاب، وقلق الحالة، وقلق السمة) على الاضطرابات السيكوسوماتية وأبعادها لدى الذين يعانون من قصور إفراز الغدة الدرقية؟ وايضا على إجابة التساؤل السابع الذي مفاده: ما أثر متغيرات الاضطرابات النفسية: (الاكتئاب، وقلق الحالة، وقلق السمة) على الاضطرابات السيكوسوماتية وأبعادها لدى الذين يعانون من زيادة إفراز الغدة الدرقية؟ خلصت اجابة التساولين السادس والسابع إلى الآتي:

أولاً: فيما يخص التساؤل السادس توجد علاقة بمستوى معنوية (0.05) بالصورة الآتية: كلما زاد البكاء بمقدار 1% زادت معها الأعراض السيكوسوماتية بمقدار 20%، وكلما زادت صعوبة التركيز

بمقدار 1% زادت معها الاضطرابات السيكوسوماتية بمقدار 20% ، وادا دخل قلق السمة على صعوبة التركيز كعوامل مستقلة زادت معها الاضطرابات السيكوسوماتية بمقدار 28%، من الدرجة المعتمدة لقياس الاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية في هذه الدراسة. ضف إلى ذلك أنه كلما زاد قلق السمة بمقدار 1% زادت معها الاستجابات الباثولوجية -الاكتئاب- بمقدار 33%، وزاد معها الشك والحساسية المفرطة بمقدار 51%، كما زادت معها الاستجابات العصبية والقلق بمقدار 19% من الدرجة المعتمدة لقياس الاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية؛ أما اذا دخل فقدان الطاقة على قلق السمة زادت معها الاستجابات العصبية والقلق 25% حسب القياسات المعتمدة في هذه الدراسة للاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية، كما انه كلما زادت التغيرات في نمط النوم بمقدار 1% زادت معها استجابات الذعر الباثولوجية بمقدار 20% ، وادا دخل قلق الحالة على التغيرات في نمط النوم زادت معها استجابات الذعر الباثولوجية بمقدار 28% وفق الدرجة المعتمدة لقياس الاضطرابات النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية، كلما زادت مشاعر العقاب بمقدار 1% زادت معها الأعراض السيكوسوماتية الأخرى بمقدار 20% ، وادا دخل قلق السمة على مشاعر العقاب زادت معها الاضطرابات السيكوسوماتية الأخرى بمقدار 25%. وادا دخل فقدان المتعة، وقلق السمة على مشاعر العقاب زادت معها الاضطرابات السيكوسوماتية الأخرى بمقدار 26%. من الدرجة المعتمدة لقياس الاضطرابات النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية.

ثانيا: فيما يخص التساؤل السابع توجد علاقة بمستوى معنوية (0.05) بالصورة الآتية: تبين انه كلما زادت قلق السمة بمقدار 1% زادت معها الشك والحساسية المفرطة بمقدار 50%، وكلما زاد نقد الذات بمقدار 1% زاد معها عدم التوافق ومشاعر الخوف بمقدار 54%، وكلما زاد التعب والارهاق

بمقدار 1% زادت معها استجابات الذعر الباثولوجية بمقدار 57%، وكلما زادت قلق السمة بمقدار 1% زادت معها الأعراض السيكوسوماتية الأخرى بمقدار 69%، وكلما زادت قلق السمة بمقدار 1% زادت معها الأعراض السيكوسوماتية الأخرى بمقدار 69%، وكلما زاد فقدان الطاقة بمقدار 1% زادت معها الاضطرابات السيكوسوماتية بمقدار 54%، وإذا اشترك فقدان الطاقة مع التعب والارهاق زادت معها الاضطرابات السيكو سوماتية بمقدار 85% من الدرجة المعتمدة لقياس الاضطرابات النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية في هذه الدراسة؛ وهذه النتيجة ملفتة للنظر من حيث بيان الاثر الذي يحدثه كل من فقدان الطاقة والتعب والارهاق لمرضى الغدة الدرقية.

وبمقارنة هذه النتائج بالدراسات السابقة التي اهتمت بالدراسات السيكوسوماتية، نجد أنها تطابقت مع الدراسات الآتية: دراسة كندي (2000) التي هدفت إلى التعرف على نسبة ظهور الاضطرابات العصابية بين معلمات التعليم العام، وعلاقتها ببعض المتغيرات المرتبطة ببيئتهن المدرسية، وقد توصلت هذه الدراسة إلى معاناة المعلمات من الأعراض الاكتئابية له علاقة بظهور الاضطرابات السيكوسوماتية لديهن، كما توصلت نفس الدراسة إلى وجود علاقة بين توهم المرض والاضطرابات السيكوسوماتية بين المعلمات ذوات سنوات الخدمة الأكثر والخدمة الأقل لصالح الخدمة الأكثر وبين المطلقات والآنسات لصالح المطلقات وتتفق مع دراسة: عبد الرحمن العيسوي، (2000)، بعنوان: الاضطرابات النفسجسمية حيث اظهرت هذه الدراسة أن الاضطرابات السيكوسوماتية ترجع في نشأتها إلى الضغوط النفسية والاجتماعية، وخبرات القلق، والتوتر، والانفعال المستمر، والمعاناة من الخوف، والأزمات، والمشاكل التي تمتلئ بها ظروف الحياة في الوقت الحاضر، كما بينت الدراسات المشابهة أن هناك علاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية والضغوط النفسية، كما أن الأفراد الذين يعانون من

الاضطرابات السيكوسوماتية أكثر تأثراً بالضغط النفسية من الأسوياء، كما في دراسة: (الطلاح: 2000)، كما بينت الدراسات المرتبطة أن النساء ذوات سنوات الخبرة الأكثر في توهم المرض يعانين الاضطرابات السيكوسوماتية بصور أكبر من سنوات الخبرة الأقل كما في دراسة (هانم ياركندي، 2000)، كما أن نتائج الدراسة الحالية ترتبط مع بعض نتائج دراسة أجرته العزي، (1998) على عينة طبقية عشوائية من 280 طالبة؛ وهدفت الدراسة إلى الكشف عن التوافق وعلاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى طالبات السكن الجامعي في صنعاء، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن هناك علاقة سالبة بين التوافق العام والاضطراب السيكوسوماتي العام، وايضا توجد علاقة سالبة دالة إحصائيا بين التوافق المنزلي والصحي والانفعالي ومجالات الاضطراب السيكوسوماتية.

4-11 الإجابة على التساؤل الثامن الذي مفاده: ما نوع العلاقة بين الحالة الصحية بصورة

عامة وأنواع أمراض الغدة الدرقية قيد الدراسة؟

جدول رقم (4-32) العلاقة بين الحالة الصحية بصورة عامة وأمراض الغدة الدرقية

	1- كيف ترى حالتك الصحية بصورة عامة					
	سيئة		جيدة	جيدة		
%100	%0	%46.2	%46.2	%3.4	%4.3	
%100	%0	%47.4	%52.6	%0	%0	زيادة
%100	%0	%46.3	%47.1	%2.9	%3.7	
0.10						كريم
136						درجة الحرية
0.65						

يتبين من الجدول رقم (4-32) أن معامل كريمر قد بلغ 0.10 و هو غير دال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05، ما يدل على عدم وجود علاقة بين نوع مرض الغدة الدرقية وحالة الفرد الصحية بصورة عامة، وبالنظر إلى النسب المئوية في الجدول نلاحظ أن توزيع النسب بالنسبة لنوعي الإفراز كانت متقاربة جداً حسب مستوى الصحة العامة، ما يدل على أن نوع الإفراز لا يؤثر في مستوى الصحة العامة لدى أفراد العينة، بمعنى أن الذين يعانون من قصور إفراز الغدة الدرقية أو من زيادته، لديهم المستوى نفسه من الصحة.

جدول رقم (4-33) العلاقة بين الحالة الصحية بصورة عامة مقارنة بعام مضى وأمراض الغدة الدرقية

	2- مقارنة بعام مضى، كيف ترى حالتك الصحية الآن					
	بأفضل بكثير		على ما هي عليه		بأكثر بكثير	
%100	%0	%5.1	%63.2	%27.4	%4.3	
%100	%0	%0	%68.4	%31.6	%0	زيادة
%100	%0	%4.4	%64.0	%27.9	%3.7	
			0.12			كريم
			136			درجة الحرية
			0.58			

يتبين من الجدول رقم (4-33) أن معامل كريمر قد بلغ 0.12 و هو غير دال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05، ما يدل على عدم وجود علاقة بين نوع مرض الغدة الدرقية والحالة الصحية الآن بصورة عامة، وبالنظر إلى النسب المئوية في الجدول نلاحظ أن توزيع النسب -بالنسبة لنوعي

الإفراز - كانت متقاربة جدا حسب مستوى الصحة العامة، ما يدل على أن نوع الإفراز لا يؤثر في مستوى الصحة العامة لدى أفراد العينة، بمعنى أن الذين يعانون من قصور إفراز الغدة الدرقية أو من زيادته، لديهم المستوى نفسه من الصحة.

جدول رقم (4-34) العلاقة بين تقييد الحالة الصحية للأنشطة اليومية العادية وأمراض الغدة الدرقية

				3- أي مدى تقييد حالتك الصحية بـ اليومية العادية									
	درجة الحرية	كثير			لا تقيدي		تقيدي قليلا		تقيدي كثيرا				
			%		%		%		%				
0.39	136	0.17	100	117	6.8	8	83.8	98	9.4	11			
			100	19	0	0	94.7	18	5.3	1	زيادة		
0.36	136	.120	100	117	17.9	21	76.1	89	6	7			
			100	19	5.3	1	89.5	17	5.3	1	زيادة		
0.44	136	0.10	100	117	36.8	43	55.6	65	7.7	9			
			100	19	36.8	7	63.2	12	0	0	زيادة		
0.22	136	0.14	100	117	13.7	16	76.9	90	9.4	11			
			100	19	0	0	89.5	17	10.5	2	زيادة		
0.03	136	0.22	100	117	53	62	39.3	46	7.7	9	هـ		
			100	19	21.1	4	68.4	13	10.5	2	زيادة		
0.25	136	0.14	100	117	87.2	102	6%	7	6.8	8			
			100	19	100	19	0	0	0	0	0	زيادة	
0.51	136	0.09	100	117	53%	62	39.3	46	7.7	9			
			100	19	47.4	9	36.8	7	15.8	3	زيادة		
0.37	136	0.12	100	117	64.1	75	29.1	34	6.8	8			
			100	19	47.4	9	42.1	8	10.5	2	زيادة		
0.61	136	0.08	100	117	63.2	74	30.8	36	6	7			
			100	19	52.6	10	42.1	8	5.3	1	زيادة		
0.31	136	0.13	100	117	88.9	104	2.6	3	8.5	10			
			100	19	100	19	0	0	0	0	0	زيادة	

باستثناء الفقرة هـ التي تبين المجهود البدني (تقيديني حالي الصحية عن صعود الدرج لدور واحد فقط) والتي جاءت العلاقة لصالح مجموعة القصور دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.03 ، يتبين من الجدول السابق جميع بقية معاملات كريمة كانت غير دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.05، ما يدل على عدم وجود علاقة بين نوع مرض الغدة الدرقية وبقية فقرات (مدى تقييد الحالة الصحية للفرد بقيامه بالأنشطة اليومية العادية)، وبالنظر إلى النسب المئوية في الجدول نلاحظ أن توزيع النسب بالنسبة لنوعي الإفراز كانت متقاربة جدا، ما يدل على أن نوع الإفراز يؤثر في الحالة الصحية للفرد لدى الذين يعانون من قصور إفراز الغدة الدرقية، أو من زيادته بالدرجة نفسها.

جدول رقم (4-35) يوضح العلاقة بين المشاكل التي واجهت الفرد خلال الأربعة الأسابيع

الماضية أثناء تأديته للأنشطة المعتادة نتيجة لحالته الصحية الجسمية وأمراض الغدة الدرقية

	الحرية	كريمة	4- هل تسببت حالتك الصحية الجسمية في							
0.88	136	0.01	%100	117	%29.9	35	%70.1	82	زيادة	
			%100	19	%31.6	6	%68.4	13		
0.23	136	0.10	%100	117	%23.9	28	%76.1	89	زيادة	
			%100	19	%36.8	7	%63.2	12		
0.13	136	0.12	%100	117	%25.6	30	%74.4	87	زيادة	
			%100	19	%42.1	8	%57.9	11		
0.03	136	0.18	%100	117	%76.1	28	%23.9	89	زيادة	
			%100	19	%52.6	9	%47.4	10		

يتبين من الجدول رقم (4-35) أن الثلاثة الأبعاد الأولى للحالة الصحية جاءت معاملات كيرمر غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05، ما يدل على عدم وجود علاقة بين نوع مرض الغدة الدرقية وبين المشاكل التي واجهت الفرد خلال الأربعة الأسابيع الماضية، أثناء تأديته للأنشطة المعتادة، نتيجة لحالته الجسمية بالعبارات المذكورة، وبالنظر إلى النسب المئوية في الجدول نلاحظ أن توزيع النسب بالنسبة لنوعي الإفراز كانت متقاربة جداً، ما يدل على أن نوع الإفراز يؤثر في الحالة الجسمية للفرد، لدى الذين يعانون من قصور إفراز الغدة الدرقية، أو من زيادته بالدرجة نفسها.

بينما تبين من الجدول أن العبارة الأخيرة والتي مفادها (وجود صعوبة في تأدية العمل أو الأنشطة الأخرى)، معامل كيرمر جاء دالاً عند مستوى 0.03، وبالنظر إلى النسب نجد أن مجموعة القصور هم من يعانون من تلك الصعوبة بشكل أكبر.

جدول رقم (4-36) يوضح العلاقة بين المشاكل التي واجهت الفرد خلال الأربعة الأسابيع

الماضية أثناء تأديته للأنشطة المعتادة نتيجة لحالته الصحية النفسية وأمراض الغدة الدرقية

	الحرية	معامل كيرمر	5- هل تسببت حالتك الصحية النفسية في							
660.	136	0.04	%100	117	%35.9	42	%64.1	75		
			%100	19	%42.1	8	%57.9	11	زيادة	
0.13	136	0.12	%100	117	%25.6	30	%74.4	87		
			%100	19	%42.1	8	%57.9	11	زيادة	
0.49	136	0.05	%100	117	%29.1	34	%70.9	83		
			%100	19	%36.8	7	%63.2	12	زيادة	

يتبين من الجدول رقم (4-36) جميع معاملات كيرمر كانت غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05، ما يدل على عدم وجود علاقة بين نوع مرض الغدة الدرقية و تسبب الحالة الصحية النفسية للفرد المشاكل أثناء تأديته للأعمال اليومية، وبالنظر إلى النسب المئوية في الجدول نلاحظ أن توزيع النسب بالنسبة لنوعي الإفراز كانت متقاربة جداً، ما يدل على أن نوع الإفراز يؤثر في الحالة النفسية للفرد، لدى الذين يعانون من قصور إفراز الغدة الدرقية أو من زيادته بالدرجة نفسها.

جدول رقم (4-37) العلاقة بين تعارض الصحة الجسمية أو النفسية للفرد مع تأديته لأنشطته

الاجتماعية مع عائلته أو جيرانه أو أي مناسبات اجتماعية أخرى وأمراض الغدة الدرقية

6- خلال الأسابيع الأربعة الماضية، تأديتك لنشاطاتك الاجتماعية مع عائلتك أو جيرانك أو أي مناسبات اجتماعية ية أو النفسية مع					
لم يكن هناك	تعارض قليل	تعارض كبير	كبير		
6.8%	49.6%	42.7%	0.9%	0%	100%
0%	47.4%	52.6%	0%	0%	100%
5.9%	49.3%	44.1%	0.7%	0%	100%
0.16					كيرمر
136					درجة الحرية
0.60					

يتبين من الجدول رقم (4-37) أن معامل كيرمر قد بلغ 0.16، وهو غير دال إحصائياً عند

مستوى دلالة 0.05، ما يدل على عدم وجود علاقة بين نوع مرض الغدة الدرقية وتعارض الصحة

الجسمية أو النفسية للفرد مع تأديته لأنشطته الاجتماعية مع عائلته أو جيرانه أو أي مناسبات اجتماعية أخرى، وبالنظر إلى النسب المئوية في الجدول نلاحظ أن توزيع النسب بالنسبة لنوعي الإفراز كانت متقاربة جدا حسب مستوى الصحة العامة، ما يدل على أن نوع الإفراز يؤثر في ممارسة الفرد لأنشطته الاجتماعية، لدى الذين يعانون من قصور إفراز الغدة الدرقية أو من زيادته بالدرجة نفسها.

جدول رقم (4-38) يوضح العلاقة بين شدة الألم الجسدي الذي عانيت منه خلال الأسابيع

الأربعة الماضية وأمراض الغدة الدرقية

7- ما شدة الألم الجسدي الذي عانيت منه خلال الأسابيع الأربعة الماضية													
		هناك ألم شديد		هناك ألم شديد		هناك ألم متوسط		هناك ألم خفيف		هناك ألم خفيف		لم يكن هناك ألم	
%		%		%		%		%		%		%	
100	117	0.90	1	0	0	35.9	42	25.6	30	29.1	34	8.5	10
100	19	0.0	0	0	0	42.1	8	31.6	6	26.3	5	0.0	0
0.12													كريم
136													درجة الحرية
0.69													

يتبين من الجدول رقم (4-38) أن معامل كريم قد بلغ 0.12، وهو غير دال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05، ما يدل على عدم وجود علاقة بين نوع مرض الغدة الدرقية والحالة الصحية الآن بصورة عامة، وبالنظر إلى النسب المئوية في الجدول نلاحظ أن توزيع النسب بالنسبة لنوعي الإفراز كانت متقاربة جداً، ما يدل على أن نوع الإفراز لا يؤثر في مستوى الصحة العامة لدى أفراد العينة،

بمعنى أن الذين يعانون من قصور إفراز الغدة الدرقية أو من زيادته، لديهم المستوى نفسه من الشعور بالألم الجسمي.

جدول رقم (4-39) العلاقة بين تعارض الألم الجسمي الذي يشعر به الفرد مع تأديته

للأعمال المعتادة سواء داخل المنزل أو خارجه وأمراض الغدة الدرقية

	8- خلال الأسابيع الأربعة الماضية، تأديتك لأعمالك المعتادة سواء داخل المنزل أو خارجه					
	لم يكن هناك	تعارض قليل	تعارض كبير	كبير جدًا		
	%8.5	%29.1	%25.6	%35.9	%0.9	%100
زيادة	%0	%26.3	%31.6	%42.1	%0	%100
	%7.4	%28.7	%26.5	%36.8	%0.7	%100
كري	0.12					
درجة الحرية	136					
	0.69					

يتبين من الجدول رقم (4-39) أن معامل كيرمر قد بلغ 0.12، وهو غير دال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05، ما يدل على عدم وجود علاقة بين نوع مرض الغدة الدرقية وتعارض الصحة الجسمية أو النفسية للفرد مع تأديته لأنشطته الاجتماعية مع عائلته أو جيرانه أو أي مناسبات اجتماعية أخرى، وبالنظر إلى النسب المئوية في الجدول نلاحظ أن توزيع النسب بالنسبة لنوعي الإفراز كانت متقاربة جداً حسب مستوى الصحة العامة، ما يدل على أن نوع الإفراز يؤثر في ممارسة الفرد لأنشطته الاجتماعية، لدى الذين يعانون من قصور إفراز الغدة الدرقية أو من زيادته بالدرجة نفسها.

جدول رقم (4-40) يوضح العلاقة بين المشاكل التي واجهت الفرد خلال الأربعة الأسابيع

الماضية أثناء تأديته للأنشطة المعتادة نتيجة لحالته الصحية النفسية وأمراض الغدة الدرقية

	درجة الحرية	معامل الكريبر	9- خلال الاسابيع الاربع الماضية كم من الوقت شعرت بانك									
					في قليل			في كثير				
			%	%	%	%	%	%	%			
0.91	136	0.10	100	2.6	11.1	62.4	16.2	4.3	3.4			
			100	0.0	15.8	63.2	15.8	5.3	0.0	زيادة		
0.24	136	0.22	100	2.6	38.5	43.6	11.1	1.7	2.6			
			100	5.3	26.3	52.6	5.3%	10.5	0.0	زيادة		
0.82	136	0.12	100	6.8	27.4	53.0	9.4	0.9	2.6			
			100	0.0	31.6	57.9	10.5	0.0	0.0	زيادة		
0.38	136	0.19	100	2.6	23.1	50.4	15.4	4.3	4.3			
			100	0.0	31.6	63.2	0.0	5.3	0.0	زيادة		
0.96	136	0.08	100	0.9	12.8	65.8	10.3	7.7	2.6		هـ	
			100	0.0	15.8	63.2	10.5	10.5	0.0	زيادة		
0.95	136	0.09	100	6.8	35.9	45.3	8.5	0.9	2.6			
			100	10.5	31.6	47.4	10.5	0.0	0.0	زيادة		
0.32	136	0.20	100	5.1	26.5	55.6	9.4	0.9	2.6			
			100	0.0	26.3	47.4	21.1	5.3	0.0	زيادة		
0.56	136	0.17	100	4.3	29.1	43.6	12.8	6.0	4.3			
			100	5.3	36.8	52.6	0.0	5.3	0.0	زيادة		
0.06	136	0.27	100	2.6	25.6	58.1	9.4	0.9	3.4			
			100	0.0	21.1	47.4	21.1	10.5	0.0	زيادة		

يتبين من الجدول رقم (4-40) جميع معاملات كريمة كانت غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05، ما يدل على عدم وجود علاقة بين نوع مرض الغدة الدرقية وبين المشاكل التي واجهت الفرد خلال الأربعة الأسابيع الماضية أثناء تأديته للأنشطة المعتادة نتيجة لحالته الصحية النفسية، وبالنظر إلى النسب المئوية في الجدول نلاحظ أن توزيع النسب بالنسبة لنوعي الإفراز كانت متقاربة جداً، ما يدل على أن نوع الإفراز يؤثر في المشاكل التي واجهت الفرد خلال الأربعة الأسابيع الماضية أثناء تأديته للأنشطة المعتادة نتيجة لحالته الصحية النفسية، لدى الذين يعانون من قصور إفراز الغدة الدرقية أو من زيادته بالدرجة نفسها.

جدول رقم (4-41) العلاقة بين مقدار الوقت الذي تعارضت فيه الصحة الجسمية والمشاكل النفسية مع الأنشطة الاجتماعية (مثل زيارة الأصدقاء والأقارب و غيرها) وأمراض الغدة الدرقية

	10- خلال الأسابيع الأربعة الماضية، مقدار الوقت الذي تعارضت فيه الصحة الجسمية والمشاكل النفسية مع الاجتماعية (مثل زيارة الأصدقاء والأقارب وغيرها)					
	لم يكن هناك	قليل من				
100%	%5.1	%9.4	%74.4	%3.4	%7.7	
100%	%0	%5.3	%89.5	%5.3	%0	زيادة
100%	4.4%	%8.8	%76.5	%3.7	%6.6	
	0.15					كريمة
	136					درجة الحرية
	0.49					

يتبين من الجدول رقم (4-41) أن معامل كيرمر قد بلغ 0.15، وهو غير دال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05، ما يدل على عدم وجود علاقة بين نوع مرض الغدة الدرقية ومقدار الوقت الذي تعارضت فيه الصحة الجسمية والمشاكل النفسية مع الأنشطة الاجتماعية (مثل زيارة الأصدقاء والأقارب وغيرها)، وبالنظر إلى النسب المئوية في الجدول نلاحظ أن توزيع النسب بالنسبة لنوعي الإفراز كانت متقاربة جداً، ما يدل على أن نوع الإفراز يؤثر في ممارسة الفرد لأنشطته الاجتماعية، لدى الذين يعانون من قصور إفراز الغدة الدرقية أو من زيادته بالدرجة نفسها.

جدول رقم (4-42) يوضح العلاقة بين الحالة الصحية لأفراد العينة وأمراض الغدة الدرقية

مستوى الدلالة	درجة الحرية	معامل كيريمر	11- ما مدى صحة أو خطأ كل من العبارات التالية بالنسبة لحالتك الصحية؟						المرض الدرقي	العبارة
			المجموع	خطأ بلا شك	خطأ غالباً	لا أعلم	غالباً	بلا شك		
			%	%	%	%	%	%		
0.23	136	0.20	100	6	4.3	69.2	15.4	5.1	قصور	أ
			100	0	0	94.7	5.3	0	زيادة	
0.19	136	0.21	100	4.3	42.7	27.4	19.7	6	قصور	ب
			100	0	47.4	47.4	5.3	0	زيادة	
0.68	136	0.13	100	3.4	24.8	54.7	12	5.1	قصور	ج
			100	0	21.1	68.4	10.5	0	زيادة	
0.72	136	0.12	100	4.3	47	23.9	17.1	7.7	قصور	د
			100	5.3	57.9	10.5	21.1	5.3	زيادة	

يتبين من الجدول رقم (4-42) جميع معاملات كيريمر كانت غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05، ما يدل على عدم وجود علاقة بين نوع مرض الغدة الدرقية وبين الحالة الصحية للفرد، وبالنظر إلى النسب المئوية في الجدول نلاحظ أن توزيع النسب بالنسبة لنوعي الإفراز كانت متباينة ولكنها غير داله احصائياً، ما يدل على أن نوع الإفراز يؤثر في الحالة الصحية للفرد، لدى الذين يعانون من قصور إفراز الغدة الدرقية أو من زيادته بالدرجة نفسها.

وملخص الاجابة على السؤال الثامن الذي مفاده: ما نوع العلاقة بين الحالة الصحية بصورة عامة وأنواع أمراض الغدة الدرقية قيد الدراسة؟ نتائج الاستبانة الصحية لم تظهر أي اختلافات (علاقة معنوية في الحالة الصحية للعينة بين من يعانون من الزيادة أو يعانون من النقصان في هرمون الغدة الدرقية فيما عدا الفترتين: (هـ) صعود الدرج لدور واحد، التي جاءت لصالح النقصان بمستوى معنوية 0.05 وبنسبة 39.3 %، و الفقرة (د) صعوبة تأدية الاعمال والانشطة الاخرى ، التي جاءت ايضا لصالح النقصان بمستوى معنوية 0.05 وبنسبة 23.9 %، مما يشير إلى أن مرضى الغدة الدرقية - زيادة الافراز الدرقي- هم اكثر معاناة من غيرهم من المرضى حسب عينة هذه الدراسة وهذا يمكن أن يعزى إلى تأثير جرعات العلاج التي تم تناولها قبيل تطبيق الاختبار الصحي. وبمقارنة هذه النتائج بغيرها من الدراسات السابقة تبين ان نادرة هي الدراسات التي اهتمت بالحالة الصحية العامة لمرضى الغدة الدرقية غير أن هناك ادلة في الادب السابق على ان اضطرابات الغدة الدرقية وخاصة نقص افراز الهرمون الدرقي تؤثر سلبا على الصحة الجسمية حيث يشعر المريض بضعف القوى البدنية لمرضى نقص الافراز والتعب عند اداء اقل مجهود (عبد الحكيم، 2012)، وبخاصة النساء (Maunand.B, 2002: 32 نقلا عن مراد، د.ت.).

4-12 الإجابة على التساولين التاسع والعاشر: قامت الباحثة بتصنيف أفراد العينة حسب درجاتهم في الاضطرابات النفسية و السيكوسوماتية إلى ثلاثة مستويات (مرتفع-متوسط-منخفض)، ثم قامت باستخراج العلاقة بين نوع الإفراز (قصور أو زيادة)، وبين مستوى الاضطرابات باستخدام معامل كرايمر ، و الجداول التالية توضح ذلك.

4-13 الإجابة على التساؤل التاسع والذي مفاده: ما نوع العلاقة بين الاضطرابات النفسية

وأعراض الغدة الدرقية لدى عينة الدراسة؟

جدول رقم (4-43) العلاقة بين الاكتئاب وبين أمراض الغدة الدرقية

	شديد		بسيط	لا يوجد	
%100	%15.8	%10.5	%21.1	%52.6	
%100	%1.7	%4.3	%12.8	% 81.2	زيادة
%100	%3.7	% 5.1	%14.0	%77.2	
0.30					
136					درجة الحرية
0.04					

يتبين من الجدول رقم (4-43) أن معامل كرايمر قد بلغ 0.30، وهو دال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05، ما يدل على وجود علاقة بين نوع مرض الغدة الدرقية والاكتئاب، وبالنظر إلى النسب المئوية في الجدول نلاحظ أن توزيع النسب بالنسبة لنوعي الإفراز كان فيها الاتجاه نحو شدة الاكتئاب لصالح مجموعة القصور، بمعنى أن الذين يعانون من قصور إفراز الغدة الدرقية يعانون من الاكتئاب بشكل أكبر من الذين لديهم زيادة الإفراز الدرقي في عينة هذه الدراسة.

جدول رقم (4-44) العلاقة بين قلق الحالة وبين أمراض الغدة الدرقية

	يوجد	يوجد	
% 100	% 7.7	% 92.3	
% 100	% 10	% 90	زيادة
% 100	% 9	% 19	
0.10			
136			درجة الحرية
0.21			

يتبين من الجدول رقم (4-44) أن معامل فاي قد بلغ 0.21، وهو غير دال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05، ما يدل على عدم وجود علاقة بين نوع مرض الغدة الدرقية وقلق الحالة، وبالنظر إلى النسب المئوية في الجدول نلاحظ أنها تتوزع بشكل متساوٍ بين المجموعتين تقريباً، بمعنى أن الذين يعانون من قصور وزيادة إفراز الغدة الدرقية يتساوون في قلق الحالة تقريباً في هذه العينة موضوع الدراسة، وهذه النتيجة قد تعزى إلى أن المفحوصين تحت تأثير العلاج الذي يخفض معدل القلق لدى المفحوصين .

جدول رقم (4-45) العلاقة بين قلق السمة وبين أمراض الغدة الدرقية

	يوجد	يوجد	
% 100	% 5.3	% 94.7	
% 100	% 9.4	% 90.6	زيادة
% 100	% 8.8	% 91.2	
0.05			
136			درجة الحرية
0.55			

يتبين من الجدول رقم " (4-45) أن معامل فاي قد بلغ 0.05، وهو غير دال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05، ما يدل على عدم وجود علاقة بين نوع مرض الغدة الدرقية وقلق السمة، وبالنظر إلى النسب المئوية في الجدول نلاحظ أنها تتوزع بشكل متساوٍ بين المجموعتين، بمعنى أن الذين يعانون من قصور وزيادة إفراز الغدة الدرقية يتساوون في قلق السمة تقريباً. وهذه النتيجة قد تعزى إلى الإنتظام على تناول جرعات الدواء الذي أدى إلى انخفاض معدل الحالات المصابة بقلق السمة .

4-14 الإجابة على التساؤل العاشر والذي مفاده: ما نوع العلاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية

وأعراض الغدة الدرقية موضوع الدراسة لدى عينة الدراسة؟

جدول رقم (4-46) العلاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية وبين أمراض الغدة الدرقية

	الحرية	كرايمر	زيادة		نوع المقياس		
			%	%	%	%	
0.16	1	0.18	89.5	10.5	75.2	24.8	
0.33	1	0.08	82.9	17.1	73.7	26.3	استجابات باثولوجية ، وبخاصة الاكتئاب
0.67	1	0.03	78.9	21.1	82.9	17.1	استجابات عصبية وقلق
0.13	1	0.12	57.9	42.1	74.4	25.6	أعراض سيكوسوماتية
0.88	1	0.01	78.9	21.1	80.3	19.7	استجابات الذعر الباثولوجية
0.74	1	0.02	73.7	26.3	70.1	29.9	أعراض سيكوسوماتية أخرى
0.49	1	0.05	94.7	5.3	89.7	10.3	الأعراض السيكوسوماتية الخاصة بالمعدة
0.88	1	0.01	68.4	31.6	70.1	29.9	الشك والحساسية المفرطة

بالنظر إلى بيانات الجدول رقم (4-46) تبين ان جميع قيم معمل كرايمر كانت غير دالة

احصائيا عند مستوى 0.05 مما يفسر ان علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بنوع المرض هي علاقة

تكاد تكون متساوية في حالتها القصور والزيادة: أي ان الاعراض السيكوسوماتية في حالتها القصور

والزيادة تكاد تكون واحدة وبالنظر إلى النسب المئوية في الجدول نلاحظ أنها تتوزع بشكل متساوٍ بين

المجموعتين، بمعنى أن الذين يعانون من قصور وزيادة إفراز الغدة الدرقية يتساوون في الاضطرابات السيكوسوماتية تقريبا.

تخلص نتائج القياسات المستخدمة للإجابة على التساؤلين التاسع والعاشر في هذه الدراسة إلى وجود علاقة معنوية بمستوى (0.05) بين نوع مرض الغدة الدرقية والاكتئاب لصالح مجموعة القصور، بمعنى أن الذين يعانون من قصور إفراز الغدة الدرقية يعانون من الاكتئاب بشكل أكبر من الذين لديهم زيادة الإفراز الدرقي في عينة هذه الدراسة؛ كما أن قياسات قلق الحالة، وقلق السمة، بالإضافة إلى الاضطرابات السيكوسوماتية - رغم اختلاف المتوسطات- لم توضح علاقة معنوية بين كل من مجموعة القصور والزيادة في هرمون الدرقية؛ بمعنى أن الذين يعانون من قصور وزيادة إفراز الغدة الدرقية يتساوون في قلق الحالة، وقلق السمة، الاضطرابات السيكوسوماتية تقريبا، وهذا التساوي يمكن ان يفسر بسبب ان مجموعة الدراسة كانت تحت تأثير العلاج الدوائي لحظة اجراء القياسات مما اثر على استجابات العينة وجعلها متجانسة.

وبمقارنة هذه النتائج بالدراسات السابقة - وخاصة فيما يتعلق بالاكتئاب - نجد انها جاءت متطابقة مع دراسة داس وآخرين (2006) التي أظهرت أن وجود الخلل في الغدة الدرقية يصاحبه الاكتئاب الذي في أغلب الأحيان يوصف بأنه "متلازمة نقص إفراز الغدة الدرقية"، ومع دراسة: لوكش، وآخرين، (Lokesh et al (2013) التي كشفت عن انتشار نقص إفراز الغدة الدرقية لدى مرضى الاكتئاب 20.0% أما انتشار الاكتئاب لدى مرضى نقص إفراز الغدة الدرقية فكان 36.67% وقصور الغدة الدرقية قبل السريري منتشر بنسبة (13.3 %) وكان أكثر انتشارا من قصور الغدة الدرقية السريري (7.6%)، وأوضحت نتائج التحليل الإحصائي لدراسة لوكش، وآخرين، (2013) وجود

ارتباط كبير جدا بين الاكتئاب وأمراض قصور الغدة الدرقية. أما فيما يتعلق بالقلق فإن نتائج هذه الدراسة لا تشير إلى وجود علاقة بين نوع المرض الدرقي والقلق؛ وذلك بعكس دراسة: ماريو وآخرين (2004) Mauro, et al أن الأفراد في مجتمع الدراسة الذين لديهم المناعة الذاتية الدرقية يكونون أكثر عرضة لاضطرابات المزاج، والقلق؛ وهذا يمكن أن يفسر باختلاف التصميم بين الدراستين حيث ان الدراسة الحالية اجريت على عينة تحت تأثير العلاج بعكس دراسة ماريو وزملاءه (2004) حيث لم تكن العينة تحت أي تأثير دوائي.

الفصل الخامس: الاستنتاجات والتوصيات

5- الاستنتاجات والتوصيات:

5-1أولاً: الاستنتاجات :

في حدود علم الباحثة، وفي إطار القياسات المستخدمة في هذه الدراسة، وحسب نوع وطبيعة العينة، ونتائج القياسات السيكومترية المستخدمة، والإختبارات الإحصائية المطبقة عليها تستنتج الباحثة ما يلي :

- 1- رغم ان العينة مواظبة على تناول الجرعات الدوائية في موعدها، كما أفاد أفراد العينة؛ إلا أن تناول الدواء (العلاج الطبي) لم يكن كافياً لوحده في الاستشفاء التام كما ظهر في إجابات العينة عند سؤالهم عن حالتهم الصحية العامة، منذ عام مضى، إلى قبيل تطبيق الاختبار موضوع الدراسة عليهم بأربع أسابيع. وتأكيداً لذلك، فإنه قد وجد في هذه الدراسة "6" حالات يشعرون أن حالتهم أسوأ مما كانت عليه قبل عام مضى، الأمر الذي يدعو إلى إجراء المزيد من الدراسة حول هذه الحالات الستة التي ازدادت حالتهم سوءاً رغم استمرارهم في العلاج الدوائي الطبي. كما وجدت الباحثة أيضاً تسع حالات أخرى من العينة كانت صحتهم تتعارض في كل الأوقات مع تأديتهم لنشاطاتهم الاجتماعية، وهذه النتيجة ملفتة للنظر وجديرة بالاهتمام .
- 2- رغم إختلاف العدد بين الإناث والذكور في المرض الدرقي؛ إلا أن النتائج أظهرت تساوي الإناث والذكور في الشعور بالاضطرابات النفسية "قلق الحالة وقلق السمة وجزء من الاكتئاب"، فيما عدا الإناث فهن أكثر شعوراً وتأثراً على مقياس الاكتئاب، وخاصة في البنود التالية:- (ال فشل السابق، ومشاعر الذنب، ومشاعر العقاب، والبكاء)، وانعدام القيمة من

الذكور - بمستوى معنوي (0.05)، وهذه النتيجة توضح مدى الخطورة التي تعانيها الإناث من الشعور بالإكتئاب، على عكس الذكور. الذي يمكن أن يؤدي إلى خطورة أو مآلات أخرى مثل الانتحار، أو في أبسط صور الخطورة أنه يضعف أو يؤخر عملية الاستشفاء، أو يؤدي إلى مشاكل اجتماعية أخرى مثل حالات ضعف التوافق الزوجي.

3- رغم أن النتائج في عامتها لا تظهر اختلافات جوهرية في مستوى الاضطرابات النفسية والسيكو سوماتية بين مجموعتي الزيادة والنقصان في الهرمون الدرقي؛ إلا أن المجموعة التي لديها زيادة الإفراز، تعاني أكثر على أبعاد مقياس (عدم حب الذات، ونقد الذات، والتهيج)؛ بينما كانت المجموعة التي تعاني من نقص الإفراز تعاني أكثر على مقياس الاكتئاب.

4- هناك إشارة واضحة في نتائج هذه الدراسة إلى أن الأصغر سنا هم الأكثر عرضة للاضطرابات الغدة الدرقية وهذه النتيجة قد تبدو منطقية بسبب أن الأصغر سنا هم الأقل تحملا لضغوط الحياة الحديثة المليئة بالأحداث كما أنهم الأقل قدرة على تفسير الأحداث، وكذلك ارتفاع سقف الحاجات لديهم مما يحدث لديهم ارتفاع لحالات القلق، والإحباط وخاصة إذا كانوا في سن المراهقة .

5- تُظهر نتائج هذه الدراسة بوضوح أن الفئات الأحدث مرضا، والأقدم مرضا هي أكثر معاناة من الفئات المرضية المتوسطة، مما يجعل أفراد " الفئات الأحدث مرضا، والأقدم مرضا " أكثر عرضة إلى مآلات مرضية سيكوسوماتية ونفسية أخرى، قد تعطل عملية الاستشفاء لديهم أو تعاود المرض الدرقي لمن تم شفاؤهم منه.

6- تختلف كمية وشدة مساهمة الاضطرابات النفسية المؤثرة في الاضطرابات السيكوسوماتية لدى مرضى قصور إفراز الهرمون الدرقي عن كمية وشدة مساهمة الاضطرابات النفسية المؤثرة في

الاضطرابات السيكوسوماتية لدى مرضى زيادة إفراز الهرمون الدرقي؛ حيث إن نسبة مساهمة الاضطرابات النفسية في الاضطرابات السيكوسوماتية لدى مرضى القصور هي أكثر بكثير من مرضى الزيادة. وبناء على نسبة المساهمة تستنتج الباحثة أن مرضى القصور أكثر تعقيدا واحتياجا لتدخلات علاجية نفسية متعددة وطويلة الأمد من مرضى الزيادة، وهم أكثر إصابة بالقصور الدرقي بسبب اشتراك متغيرات نفسية أكثر من الزيادة، وبعبارة أخرى ان توقع نسبة الاصابة باضطراب القصور الدرقي في المجتمع أكثر من الاصابة بالزيادة بسبب تنوع الاضطرابات النفسية المؤدية إلى مرض القصور الدرقي.

7- الشعور بفقدان الطاقة وخاصة إذا إقترن بالتعب والإرهاق أدى ذلك لاحتمال قوي بنسبة 85% لحدوث الاضطرابات السيكوسوماتية؛ وهذه النتيجة ملفنة للنظر من حيث بيان الأثر القوي الذي يحدثه كل من فقدان الطاقة والتعب والإرهاق لمرضى الغدة الدرقية في هذه الدراسة وينذر بعدم الشفاء من المرض الدرقي إذا لم يتم أخذهما في الحسبان.

8- البعدين الجسدي "الطاقة" والنفسى "الاكتئاب" قد يكونا هما المحورين الأساسيين في العلاج الجسدي والنفسى لمرضى الغدة الدرقية الزيادة والنقصان وقد يسهمان في تحسين الوضع الصحي العام لمرضى هذه العينة.

5- 2 ثانياً: التوصيات:

في حدود علم الباحثة، وفي الإطار النظري لهذه الدراسة، وفي اطار القياسات المستخدمة، وحسب نوع وطبيعة العينة، ونتائج القياسات السيكومترية المستخدمة في هذه الدراسة، والاختبارات الاحصائية المطبقة، عليها وحسب تساؤلات الدراسة توصي الباحثة بالتالي:

1- إجراء المزيد من الدراسات حول هذه الحالات التي تم اكتشاف عدم جدوى العلاج الطبي بصورة كبيرة جداً، ولم تشعر تلك الحالات بتحسّن بل ازدادت سوءاً.

2- أن يتلائم العلاج الطبي بالعلاج النفسي والإسناد الإجتماعي لمرضى الغدة الدرقية من قبل ذويهم واقاربهم وازواجهم أو رؤساءهم في العمل وتخفيف اعباء العمل عن هؤلاء المرضى؛ أمر قد يخفف المعاناة على مرضى الغدة الدرقية.

3- التمييز بين المرضى الذكور والاناث في برامج العلاج الطبي والنفسي والمعاملة الاجتماعية والوظيفية وأعباء العمل؛ مبدأً قد يكون أكثر إنصافاً بين الذكور والاناث من جهة وبين مرضى الغدة الدرقية والأصحاء من جهة أخرى.

4- التمييز في البرامج العلاجية النفسية والسلوكية وكذلك العلاج الطبي بين مرضى القصور والزيادة في إفراز الهرمون الدرقي قد يحقق أكثر تخصصية ويكون أكثر نجاعة من الخلط في علاج مرضى الغدة الدرقية.

5- عمل دراسات استكشافية تشخيصية على عينات أصغر لم يتم تشخيصها بالمرض الدرقي للكشف عن مستويات الاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية وأمراض الغدة الدرقية إن وجدت تقيد في التشخيص المبكر لهذه الاضطرابات.

6- إن الفئات الأحدث، والأقدم مرضا يحتاجون إلى تدخل، ورعاية، وسند، واهتمام أكثر خصوصية من الفئات -المدد- المتوسطة في جميع الاضطرابات المقاسة، وبخاصة قلق السمة والشك والحساسية المفرطة، يرفع من وعي البرامج العلاجية وتكاملها.

7- تجنب الزمن والتكرار للأحداث المؤدية إلى نشؤ وتكوين -وترسيب- الاضطرابات النفسية حتى لو كانت بسيطة. يسهم في الوقاية من الاضطرابات السكوسوماتية وبالتالي من أمراض الغدة الدرقية.

8- تجنب الزمن والتكرار للأحداث المؤدية إلى نشؤ وتكوين -ترسيب- الاضطرابات السيكوسوماتية وخاصة فقدان الطاقة المصحوب بالتعب والإرهاق الذي قد يسهم في تجنب أهم العوامل التي تحفز ظهور المرض الدرقي.

9- كما توصي الباحثة بعمل برنامج علاجي نفسي وإسناد اجتماعي لمجتمع العينة موضوع الدراسة مع العلاج الطبي لتحسين الصحة النفسية لهؤلاء المرضى؛ وتطبيق العلاج النفسي مع العلاج الدوائي الطبي.

10- وتوصي الباحثة أيضا بعمل دراسات أكثر توسعا وعمقا على البيئة اللبية عامة لأعمار مختلفة وظروف مختلفة.

11- توصي الباحثة بإجراء دراسات وبحوث في ظروف تحت الحرمان العلاجي الدوائي

"المحدود" لزيادة معرفة علاقة المرض الدرقي بالاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية.

12- توصي الباحثة بضرورة إجراء اختبار الدريقي في حالات الاكتئاب والاضطرابات النفسية والنفس جسمية، كما توصي أيضا بعكس ذلك؛ أي ضرورة إجراء الاختبارات النفسية والسيكوسوماتية واختيار الصحة العامة أثناء إجراء اختبار الغدة الدرقية.

13-توصي الباحثة بضرورة إجراء فحص الدرقية في الظروف الحياتية والاجتماعية المصيرية، والوظائف والأعمال والمهن التي تحتاج إلى مهارات بدنية ونفسية وعقلية وتحمل عالية.

14-كما توصي الباحثة بضرورة فتح مراكز لفحص وتنمية الصحة العامة والسند الاجتماعي وذلك للوقاية من الأمراض الدرقية والاضطرابات النفسية وتحسين عملية العلاج الطبي أيضا.

15-توصي الباحثة بضرورة توفير الاختبارات النفسية الأكثر مهنية ودقة لقياس الاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية وكذلك فحص الاضطرابات الدرقية وجعلها مكفولة للجميع ومجانية التشخيص وإذا أمكن الأمر مجانية العلاج أيضا.

المصادر والمراجع

- المراجع العربية

أولاً: الكتب:

- 1- القرآن الكريم، سورة الشعراء الآية (78-82).
- 2- البحيري، أحمد (2005): اختبار حالة وسمة القلق للكبار STAI تعريب وإعداد عبد الرقيب أحمد البحيري، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، مصر
- 3- البحيري، عبد الرقيب (1984):الصحة النفسية، ترجمة كفاقي، علاء (1995):هجـر للطباعة والنشر والتوزيع والإعلام، القاهرة.
- 4- أبو النيل ،محمود (1994): الأمراض السيكوسوماتية في الصحة النفسية ، الطبعة الثانية، المؤسسة الإبراهيمية ، القاهرة .
- 5- أبو النيل ،محمود (2001) : قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية والسيكوسوماتية مراجعة (1986) تعريب وأعداد محمود أبو النيل ، المؤسسة الإبراهيمية ، القاهرة .
- 6- أبو جناح ،مفتاح (2012): المرشد في إعداد وتطبيق الخطط البحثية في العلوم الإنسانية ،مطبعة 17 فبراير، الخمس.
- 7- البنا ،أنور (2003) : الصحة النفسية ، مكتبة جامعة الأقصى ، غزة ، فلسطين .
- 8- الحجاوي ،عبدالكريم (2004) : موسوعة الطب النفسي ، دار أسامة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى ، الاردن.
- 9- الحاج ، فايز (1996): الطب السيكوسوماتي ، دار الاستشارات الطبية والتأهيلية ، الرياض.
- 10- الجنابي، فاضل رنا، و صبيح ،عمران، زهراء (2004): قلق المستقبل لدى المرأة العراقية في ظل العراق الجديد.

- 11- الجسماني ،عبد العلي (1998) :الأمراض النفسية ، تاريخها - أنواعها - أعراضها - علاجها ، الدار العربية للعلوم ، بيروت ، لبنان.
- 12- الخالدي ،أديب، محمد (2006): مرجع في علم النفس الاكيليينيكي المرضي الفحص والعلاج ، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان.
- 13- التقرير المختصر(2005): تعزيز الصحة النفسية، المفاهيم، البيانات المستجدة، الممارسة، تقرير منظمة الصحة العالمية، قسم الصحة النفسية وتعاطي العقاقير والمواد، بالتعاون مع جامعة مليون ومؤسسة فيكتوريا لتعزيز الصحة القاهرة.
- 14- التقرير المختصر(2005) :منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط (ISBN :92-4-159159-5) صدرت الطبعة الإنجليزية في جنيف (2004).
- 15- التونسي ، طاهر، و حسن ،عديله (2002): القلق والاكتئاب ادى عينه من المطلقات وغير المطلقات في مكة المكرمة .
- 16- القماطي ،احمد ،المجدوب (2005):الغدد الصماء وهرموناتها، دار الكتاب الجديد المتحدة ليبيا.
- 17- العناني، حنان (2005): الصحة النفسية، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان.
- 18- العيسوي ،عبد الرحمن (1997) : سيكولوجية الجسم والنفس ، دار الراتب الجامعية ، بيروت / لبنان.
- 19- العيسوي ،عبد الرحمن (2000): الفروق في الاضطرابات السيكوسوماتية بين الذكور والإناث، دار الراتب الجامعية ، الطبعة الاولى ، بيروت / لبنان .
- 20- العيسوي ،عبد الرحمن (2000) : مدى انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية في المجتمع السكندري، دار الراتب الجامعية الطبعة الاولى ، بيروت / لبنان.
- 21- العيسوي ،عبد الرحمن (2000): الاضطرابات النفسجسمية، دار الراتب الجامعية، الطبعة الاولى بيروت / لبنان .

- 22- الداهري ،صالح ،حسن (2008) : أساسيات التوافق النفسي والاضطرابات السلوكية والانفعالية، الأسس والنظريات، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
- 23- الزراد، فيصل (1984) :الأمراض العصابية والذهانية والاضطرابات السلوكية ، الطبعة الاولى، دار القلم ، بيروت/لبنان.
- 24- الزراد، فيصل (2000): الأمراض النفسية _الجسدية "أمراض العصر" الطبعة الاولى. : دار النفائس بيروت .
- 25- باهي ،مصطفى ،حسين ،وآخرون (2002):علم النفس الفسيولوجي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- 26- بيرقدار ،احمد، والسّوم ،آلاء، ونصر ،آية، والزّاز ،رزان، وسليمان ،رشا، ويصبوص ،غني، وخليل ،ماليت، وسلهب، محمد، وحمدان، يارا، (2002): الحالات النفسية وعلاقتها بالأمراض الجسدية، ، وزارة التربية، المركز الوطني للمتميزين الجمهورية العربية السورية.
- 27- تقرير منظمة الصحة العالمية (2002) : الرعاية المبتكرة للحالات المزمنة، تقرير عالمي دائرة الأمراض غير السارية والصحة النفسية: ISBN 92 4 159 017 3
- 28- حمزة ،مختار (1979) : سيكولوجية ذوي العاهات والمرضى ، الطبعة الرابعة ، دار المجمع العلمي، جدة.
- 29- جبران، مسعود (1978): الرئد، معجم لغوي عربي عصري، دار لعلم للملايين، الطبعة الثالثة، بيروت لبنان.
- 30- جلال، اسعد (1986): في الصحة العقلية، الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية، دار الفكر العربي القاهرة.
- 31- جيفري ،يونج ، أرون ت .بيك، آرثر واينبرجر(2002):الاكتئاب ،ترجمة ،صفوت فرج، تحرير في مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية تحرير ديفيد ه.بارلو ، الأنجلو المصرية، القاهرة .

- 32- جيفري يونج، آرون بك وارثر واينبرجر ، ترجمة صفوت فرج (2002) :الاضطرابات النفسية "الاكتئاب" ،مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
- 33- شقير، زينب (1998) : مقياس مواقف الحياة الضاغطة ، دار الكتاب الحديث، القاهرة.
- 34- شقير، زينب (2002) :الأمراض السيكوسوماتية (النفس_جسمية) ، المجلد (1) ، الطبعة الأولى ، مكتبة النهضة المصرية القاهرة .
- 35- شاهين ،عمر ، و الرخاوي ،يحيي (1977) : مبادئ الأمراض النفسية ، مكتبة النصر الحديثة ، الطبعة الثالثة ، القاهرة .
- 36- راجح ،أحمد ،عزت (1965) : الأمراض النفسية والعقلية ، أسبابها وعلاجها وآثارها الاجتماعية ، دار المعارف ، القاهرة.
- 37- رضوان، سامر ،جميل (2002) :الصحة النفسية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان.
- 38- ريتشارد، سوين (1979) :علم الاضطرابات النفسية والعقلية ،ترجمة أحمد سلامة ، دار النهضة العربية ، القاهرة .
- 39- زهران، حامد، عبد السلام (1978) : الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، الطبعة الثانية.
- 40- زهران ،حامد ،عبد السلام (1997): الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة الثالثة، عالم الكتب ، القاهرة .
- 41- زهران ،حامد ،عبد السلام (1977) : الصحة النفسية والعلاج النفسي ، عالم الكتب ، الطبعة الثانية ، القاهرة .
- 42- دويدار ،عبد الفتاح ،محمد (1999) : مناهج البحث في علم النفس، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، مصر .

- 43- دويدار ، عبدالفتاح محمد ، (1994) : في الطب النفسي وعلم النفس المرضي الإكلينيكي، دار النهضة العربية، بيروت.
- 44- عباس، سوسن ، و شبر حبيب ،سيد ، وعبد الخالق، أحمد ،محمد (2005) : اتجاهات الأبناء نحو أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بالاكنتاب لدى عينة من المراهقين
- 45- عبد المعطي ،حسن، مصطفى (2003) : الأمراض السيكوسوماتية (تشخيص - الأسباب- العلاج) مكتبة زهراء الشرق ، الطبعة الأولى ،القاهرة.
- 46- عسكر،علي (1998) : ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها ، الكويت ، القاهرة ، دار الكتاب الحديث ، الجزائر .
- 47- عكاشة ،احمد (1998): الطب النفسي المعاصر ، مكتبة الانجلو المصرية ،القاهرة.
- 48- عكاشة، احمد (2003) : الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- 49- غريب ،عبد الفتاح (2000) : مقياس الاكنتاب (د-2) BDI-II التعليمات ودراسات الثبات، والصدق وقوائم المعايير، والدرجات الفاصلة، الانجلو المصرية ،القاهرة.
- 50- غريب، عبد الفتاح (2000) : مقياس بك الثاني للاكنتاب، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
- 51- فريحات، حكمت، عبدالكريم (1996) : تشريح جسم الإنسان، دار النشر، الطبعة العربية الأولى ، عمان .
- 52- كفاقي، علاء الدين (1997) : الصحة النفسية، هجر للطباعة والنشر والتوزيع والإعلان، الجيزة.
- 53- مبيض ،مأمون (1995) : المرشد في الأمراض النفسية واضطرابات السلوك ، أسباب- أعراض - علاج ، المكتب الإسلامي ، الطبعة الأولى ، بيروت ، لبنان .
- 54- منطانيوس ، ميخائيل (د.ت): دراسة لمقياس القلق بوصفه (سمة وحالة) على عينات من طلبة الجامعات السورية.

55- منظمة الصحة العالمية - المكتب الإقليمي لشرق المتوسط؛ مترجم تعزيز الصحة النفسية، المفاهيم، البيانات المستجدة، الممارسة.

56- طه، فرج، عبد القادر (1999): أصول علم النفس الحديث ، مكتبة عين للدراسات والبحوث الإنسانية والاجتماعية ، القاهرة .

57- ياركندي ،هانم (2000) : الصحة النفسية في المفهوم الإسلامي، الطبعة الاولى، دار عالم الكتب، الرياض.

ثانيا- الرسائل العلمية:

1- ابو القاسم، رحاب علي (2002): القلق النفسي وعلاقته بمرض ارتفاع ضغط الدم (دراسة مقارنة) ماجستير، كلية الآداب، جامعة الزاوية، ليبيا.

2- أبو الهدى، إبراهيم محمود (2006): فعالية برنامج إرشادي لتخفيف مستوى القلق لدى عينة من المراهقين المعاقين بصرياً، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس، مصر.

3- الجريسي، محمد عبد العزيز (2003):الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظات غزة وعلاقته ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة ، الإسلامية، غزة.

4- التونسي ،طاهر، و حسن ،عديله (2002): القلق والاكتئاب ادى عينه من المطلقات وغير المطلقات في مكة المكرمة . رسالة ماجستير غير منشوره مقدمه الى قسم علم النفس في كلية التربية جامعة ام القرى.

5- الجزائري، خلود، وعبد الرزاق ،حسين (2004): المناخ الأسري وعلاقته بالقلق في مرحلة الطفولة، رسالة ماجستير، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة، مصر .

6- الرفاعي، نعيم (2003): الصحة النفسية، دراسة في سيكولوجية التكيف، جامعة دمشق ، سورية .

- 7- العزي ، أروى (1998) :التوافق وعلاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى طالبات السكن الجامعي في صنعاء مجلة الثقافة النفسية المختصة، طرابلس: العدد 33، 25-29.
- 8- العويضة، سلطان بن موسى (2003|2004) : مستوى القلق والاكتئاب لدى الطلبة المغتربين وغير المغتربين في جامعة الزيتونة، رسالة ماجستير منشورة موقع آفاق(www.afaq.n.net).
- 9- العجوري، وجاد ،حسين ،إبراهيم (2004): فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض سوء التغذية: رسالة ماجستير في علم النفس مقدمة إلى قسم علم النفس كلية التربية عمادة الدراسات العليا الجامعة الإسلامية ،غزة.
- 10- الفايد، حسين (2005) : ضغوط الحياة والضبط المدرك للحالات الذاتية والمساندة الاجتماعية كمنبئات بالأعراض السيكوسوماتية لدى عينة غير إكلينيكية، دراسات نفسية، القاهرة: 15،1. 53-5.
- 11- أمين ،حياة (1999) : أساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء وعلاقتها بالسلوك العدواني والاضطرابات النفسجسمية لدى بعض الأطفال في محافظة جدة ، رسالة دكتوراه (غير منشورة) ، كلية التربية للبنات ، الأقسام الأدبية ، جدة.
- 12- الصبان ،عبير بنت، محمد، حسن (2003): المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من النساء السعوديات المتزوجات العاملات في مدينتي مكة المكرمة وجدة، رسالة مقدمة إلى قسم التربية وعلم النفس للحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في علم النفس تخصص صحة نفسية
- 13- الطلاع ،عبد الرؤوف (2000): الضغوط النفسية وعلاقتها بالأمراض السيكوسوماتية لدى الأسرى الفلسطينيين المحررين من السجون الإسرائيلية رسالة ماجستير (غير منشورة) ، جامعة عين شمس، قسم الصحة النفسية، القاهرة .
- 14- بوكاني، صابر، بكر ،مصطفى (2001): سمات الشخصية للأستاذ الجامعي. رسالة ماجستير (غير منشورة) في علم النفس التربوي مقدمة الى كلية التربية، جامعة ابن رشد.

- 15- خليفة ،هدى ،عاصم، محمد (2004) : نوعية الحياة وعلاقتها بالضغط لدى المرأة العاملة، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة عين شمس .
- 16- دويدار، عبد الفتاح ،محمد ،أحمد (1987) : دراسة عاملية ومنهجية مقارنة للقلق لدى بعض العينات الاكلينيكية ، رسالة دكتوراه، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية.
- 17- عز السعيد ،عبد الفتاح، نيرة (2004) :مدى فاعلية برنامج إرشادي عقلائي انفعالي في تخفيض القلق والاكتئاب الخوف من الموت لدى عينة من الأطفال مرضى القلب، رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، مصر.
- 18- غرابية، إيهاب، محمد ،حسن (2003) : فاعلية برنامج عقلائي انفعالي في رفع درجة قوة الأنا وخفض حدة القلق لدى عينة من المراهقين، رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، مصر.
- 19- ساعو، مراد (2010): "تأثير السند الاجتماعي (بأبعاده المختلفة) في الصحة النفسية لدى مرضى الغدة الدرقية، جامعة الجزائر مولود معمري - تيزي وزو - رسالة ماجستير، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم علم النفس .
- 20- سيف الإسلام ،صالح، علاء ، (2003) :مدى كفاءة برنامج الإرشاد السلوكي العقلائي الانفعالي في خفض مستوى القلق بوصفه سمة - بوصفه حالة- دراسة لعينة من الطلاب المعاقين حركياً، رسالة ماجستير، جامعة المنيا، كلية الآداب، قسم علم النفس، مصر.
- 21- سلامة ،هندية، محمد ،سعيد، (2003) :مدى فاعلية برنامج علاجي معرفي- سلوكي في تخفيف حدة الاكتئاب لدى الأطفال، رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، مصر.
- 22- موسى، وسام ،عبد المعبود ،علي (2005) بعض المتغيرات المرتبطة بالاكتئاب لدى الأطفال، (دراسة اكلينيكية)، رسالة ماجستير، كلية البنات للآداب والعلوم والتربية، جامعة عين شمس، مصر.

ثالثاً- المؤتمرات والمجلات العلمية:

- 1- إبراهيم، إبراهيم (1992) : الضغوط الحياتية في علاقتها ببعض الاضطرابات السيكوسوماتية ، مجلة مركز البحوث التربوية ، العدد (1) ، قطر : 204_187 .
- 2- إبراهيم، والدخيل عبدالستار ،و بن عبدالله ،عبدالعزیز، و رضوان، أبراهيم، (1993): العلاج السلوكي للطفل، سلسلة عالم المعرفة الكويت.
- 3- الأحمد، أمل (2001) : حالة القلق وسمة القلق وعلاقتها بمتغيري الجنس والتخصص العلمي، مجلة جامعة دمشق، العدد 1، المجلد (17) -107-140
- 4- الدسوقي، مجدي ،محمد(2006) : نمذجة العلاقة السببية بين خبرات الإساءة والقلق والاكتئاب وتصور الانتحار لدى عينة من السيدات المعرضات للإساءة، مجلة البحوث النفسية والتربوية، العدد 1، السنة الحادية والعشرون، القاهرة.
- 5- الزعبي، أحمد ،محمد (1997) : مستوى القلق بوصفه حالة وبوصفه سمة لدى طلبة جامعة صنعاء ، مجلة مركز البحوث التربوية، العدد 12 ، السنة السادسة، قطر .
- 6- الزعبي، أحمد ،محمد (2005) : العلاقة بين الاكتئاب وتقدير الذات لدى طلاب المرحلة الثانوية من الجنسين، مجلة العلوم التربوية، العدد 8، القاهرة.
- 7- المحمداوي، حسن، ابراهيم (2008) : دراسة بعض اعراض الاكتئاب لدى المسنين من الجالية العربية في السويد. بحث منشور في مجلة الاكادميه العربية المفتوحة في الدنمارك العدد7-6 ص 87-102
- 8- الأنصاري، بدر ،محمد (2003): الفروق بين طلبة وطالبات جامعة الكويت في القلق والاكتئاب، مجلد المؤتمر الدولي العاشر لمركز الإرشاد النفسي 17-19 ، جامعة عين شمس، القاهرة.

10- الأنصاري، بدر، محمد (2007) الفروق في الاكتئاب بين طلاب وطالبات الجامعة - دراسة مقارنة في عشرين بلد إسلامي، مجلة دراسات عربية في علم النفس، المجلد 6، العدد 1، القاهرة.

11- الانصاري، بدر، محمد (2002): مقياس جامعة الكويت للقلق، دراسة ارتباطاته ومعاملات صدقه وثباته على عينات من طلاب جامعة الكويت، مجلة كلية الآداب، جامعة الإسكندرية، إصدار خاص 1-7

12- الشبؤون، دانيا (2011) : القلق وعلاقته بالاكتئاب عند المراهقين "دراسة ميدانية ارتباطية لدى عينة من تلاميذ الصف التاسع من التعليم الأساسي في مدارس مدينة دمشق الرسمية" كلية التربية جامعة دمشق مجلة جامعة دمشق -المجلد 27 - العدد الثالث + الرابع- 2011 دانيا الشبؤون 759

13- الرواد، ذيب، محمد، إبراهيم ، وحمدى ،محمد، نزيه (2014): تطوير برنامجي إرشاد جشطالتي وعقلي انفعالي واستقصاء فاعليتهما في خفض القلق لدى طلبة الجامعة، عمادة البحث العلمي/ الجامعة الأردنية، دراسات، العلوم التربوية، المجلد 41 ، ملحق 1 592- 593

14- الخزاعي، رافد، علاء (2011): الصيام والصحة النفسية (محور الصحة والسلامة الجسدية والنفسية) الصيام والطب الجزء الحادي عشر ، الحوار المتمدن-العدد: 3463 - 09:10 - 21 / 8 / 2011

15- السيد ،عثمان، فاروق (1993) : أنماط القلق وعلاقته بالتخصص الدراسي والجنس والبيئة لدى طلاب الجامعة أثناء أزمة الخليج، مجلة علم النفس، العدد 25 ، السنة السابعة، القاهرة.

16- الشقمانى ،مصطفى، مفتاح، و الفقي ،محمد ،احمد، (2006) :أحداث الحياة والضغط لنفسية ودورها في الاصابة بالأورام السرطانية، مجلة الساتل، المؤتمر السادس للأورام السرطانية في الفترة من 27-29 - 2006 الزاوية جامعة 7 أكتوبر، كلية الآداب مصراتة، ليبيا 231 -

- 17- اليحفوني، نجوى (2003) : الاكتئاب وعلاقته ببعض المتغيرات الاجتماعية- ، الديموغرافية لدى طلاب الجامعة اللبنانيين، المجلة التربوية، المجلد 18 العدد 69 ، الكويت.
- 18- اليماني، مريم، حسن ،علي (2004) : التمييز بين مرضى القلق ومرضى الاكتئاب بوساطة الأعراض الجسمية، مجلة دراسات نفسية، المجلد 14 ، العدد 1، القاهرة.
- 19- حسين، طاهر (1993) :أثر الضغوط النفسية على الأطفال والكبار ودور أولياء الأمور تجاه المواقف الضاغطة . مجلة التربية . العدد (11) . الكويت : مركز البحوث التربوية . ص 47_35 .
- 20- خليفة ،عبد اللطيف، محمد (2003) :علاقة الاغتراب بكل من التوافق وتوكيد الذات ومركز التحكم والقلق والاكتئاب، مجلة دراسات عربية في علم النفس، المجلد 2، العدد 2، القاهرة.
- 21- عبد اللطيف، حسن، إبراهيم (1997) : الاكتئاب النفسي: دراسة للفروق بين حضارتين وبين الجنسين، مجلة دراسات نفسية، المجلد 7، العدد 1، القاهرة.
- 22- عبد الخالق، أحمد محمد، رضوان، سامر (1999) : تقنين مبدئي للقائمة العربية، لاكتئاب الأطفال على عينات سورية، المجلة التربوية، المجلد 14 ، العدد 53 الكويت.
- 23- عبد الخالق، احمد، نجوى اليحفوني (2004): معدلات انتشار القلق وارتباطاته ومنبئاته لدى عينات من الطلاب اللبنانيين، المجلة التربوية، 18 - (71) 11 - 46
- 24- علي ،علي (1997) :المساندة الاجتماعية ومواجهة أحداث الحياة الضاغطة كما تدركها العاملات المتزوجات . مجلة الدراسات النفسية . المجلد (7) . العدد (2) . القاهرة : رابطة الأخصائيين المصريين النفسيين المصرية. ص 232_201 .
- 25- علي ،علي (2000) : المساندة الاجتماعية وأحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالتوافق مع الحياة الجامعية لدى طلاب الجامعة المقيمين مع أسرهم والمقيمين في المدن الجامعية . مجلة علم النفس . العدد (53) . السنة (14) . القاهرة

26-غانم، محمد حسن (2002):مشكلات النوم وعلاقتها بالقلق الصريح والاكتئاب، دراسات عربية في علم النفس، العدد: 4، مجلد 1: 65-119 : الهيئة المصرية العامة للكتاب . ص 22_6

27-غريب، عبد الفتاح، (2007): الاضطرابات الاكتئابية التشخيص وعوامل الخطر النظريات والقياس، المجلة المصرية للدراسات النفسية ، العدد 56 المجلد السابع عشر.

رابعاً- شبكة المعلومات الدولية:

1- الشخانة ،احمد ،عيد (2011): أسباب الاضطرابات النفسية، مركز مطمئنة الطبي، تم استرجاعه 31-12-2014، على الرابط:

<http://www.prof-alhabeeb.com/articles.php?action=show&id=205>

2- العتيبي، بندر، بن ناصر (2004): حقيبة الاضطرابات النفسية تم استرجاعه على الرابط:
<http://www.acofps.com/up//uploads/files/acofps-211c232667.pdf>

3- القاعد، خالد، محمود (د.ت): الإثر السلبي للقلق والاكتئاب على جهاز المناعة والصحة تم استرجاعه 2015/1/20 على الرابط :

<http://www.philadelphia.edu.jo/philadreview/issue5/no5/23.pdf>

4- اللبدي، عبد العزيز، (2014): تعريف الأمراض النفسية، تم استرجاعه 30 يناير 2015 على الرابط: <http://www.altibbi.com>

5- العاني، وائل (2012) : ماذا تعرف عن الاضطراب النفسي صحيفة الايام العدد 8366 الثلاثاء 6 مارس 2012 الموافق 13 ربيع الآخرة 1432
<http://www.alayam.com/writers/2837>

6- بريك ،ياسمين (2010): العلاقة بين الصحة النفسية والأمراض الجسدية المزمنة: من أجل رعاية متكاملة ومستمرة نشر في دورية القافلة الأسبوعية بمناسبة اليوم العالمي للصحة النفسية

في أكتوبر 2010، تم استرجاعه 10 يناير 2015 على الرابط:

<http://nafsanayah.blogspot.com/2010/12/2010-10.html>

7- بشّيه، سالم، العريفي (د.ت) الغدة الدرقية واضطراباتهما، تم استرجاعه 2015/1/23 على

الرابط: <http://www.alba7es.com/Page1191.htm>

8- حسين، صالح، قاسم (2007): هاملت شكسبير: تحليل لشخصيته وتردده: مجلة الأكاديمية

العربية المفتوحة في الدنمارك، العدد الثاني. ص158-171. من موقع: [http://www.ao-](http://www.ao-academy.org/docs/academy%20magazine%202.doc)

[academy.org/docs/academy%20magazine%202.doc](http://www.ao-academy.org/docs/academy%20magazine%202.doc)

9- دراسة قدمت في المؤتمر العلمي السنوي الثالث عشر لمركز البحوث النفسية، بغداد. تم

استرجاعه 2015/2/1 على الرابط: <http://psychocenteriraq.com/sciaction.htm>

10- رضوان، سامر، جميل (2012): الاضطرابات النفسية، تم استرجاعه 12 يناير 2015

على الرابط: [/http://www.almanalmagazine.com](http://www.almanalmagazine.com)

11- عز الدين، احسان، حسون، (2012): الاضطرابات النفسية الجسمية، تم استرجاعه 25

يناير 2015 على الرابط: <https://www.facebook.com/Dr.lhsan.ezadeen/posts>

12- عبد الحكيم، أكمل (2012): كسل الغدة الدرقية والاكتئاب النفسي تم استرجاعه

2015/2/3 على الرابط:

<http://www.siironline.org/alabwab/derasat%2801%29/641.htm>

13- غلوم، سهيلة (2014): الاكتئاب والقلق النفسي اضطرابات تستدعي العلاج تم استرجاعه

2015/1/12 على الرابط:

<http://www.aljazeera.net/news/healthmedicine/2014/9/15>

14- عساف، صفوت، قدرى، عباس (2013): المفهوم الحديث للصحة النفسية، مجلة وزارة

الشئون الاجتماعية قطر، 12345 نشرت في 21 أكتوبر 2013 بواسطة safwatkadre تم

استرجاعه في 29 مارس 2015 على الرابط:

<http://kenanaonline.com/users/safwatkadre/posts/560213>

15- صالح ،قاسم ،حسين (2007):الاضطرابات النفسية الجسمية (السيكوسوماتك) موقه
الحوار المتمدن العدد 1964 المحور الفلسفة وعلم الاجتماع
<http://www.ahewar.org/debat/show.art.asp?aid>

16- نور الدين ،مرفت (2009):أسباب الاضطرابات النفسية، تم استرجاعه 12/12/
2014 على اربط

<http://dmarvatnourblogspotcom.blogspot.com/2009/12/blog-post.html>

17- منظمة الصحة العالمية، الوقاية من الاضطرابات النفسية التداخلات الفعالة والخيارات
السياسية التقرير المختصر، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط: جنيف 2004 (-92 : ISBN
4-159215) تم استرجاعه 2013.6.13 على الرابط

www.who.int/.../evidence/prevention_mental_disorders_summary_arabic

المراجع الاجنبية:

- 1- Al- Ansari , E. Khadadah, M. Hassan,K. and Mirza, A (1991).
Psychiatric disorders in two general hospitals: A survey of prevalence
and treatment by nonpsychiatrist physicians. Gneral Hospital Psychiatry,
.13:319-324
- 2- Berganza CE, Mezzich JE, Jorge MR (2002). "Latin American Guide
. for Psychiatric Diagnosis (GLDP)". Psychopathology 35 (2-3): 185-90
- 3- Berrios G E (April 1999). "Classifications in psychiatry: a conceptual
.history". Aust N Z J Psychiatry 33 (2): 145- 60
- 4- Brouwer JP1, Appelhof BC, Hoogendijk WJ, Huyser J, Endert E,
Zuketto C, Schene AH, Tijssen JG, Van Dyck R, Wiersinga WM, Fliers
E.(2005). Thyroid and adrenal axis in major depression: a controlled
.study in outpatients. Eur J Endocrinol. 2005 Feb;152(2):185-91
- 5- Das BK1, Baral N, Shyangwa PM, Toora BD, Lamsal M. (2007)
Altered serum levels of thyroxin, triiodothyroinine and thyroid stimulating
hormone in patients with depression. Kathmandu Univ Med J (KUMJ).
2007 Jul-Sep; 5 (3): 330-4
- 6- De Souza B. Camila., Cendon, Sonia, Cavalhero, Leny, Jose
Roberto de Brito Jardim, & Miguel Bogossian (2003). Anxiety,
depression and traits of personality in COPD patients. Psicologia, Saude
& Doencas,. Lisboan. 4 (1), 149-162

- 7- Ebrahimi-Nejad, G. and Ebrahimi-Nejad, A.) 2006 (Relationship between Coping Strategies, Personality Traits and Psychological Distress in Bam Earthquake Survivors. Iran Journal of Med Sci: Kerman, Iran. 31(4), 191-195
- 8- Giosan C, Glovsky V, Haslam N (2001). "The Lay Concept of 'Mental Disorder': A Cross-Cultural Study". Transcultural Psychiatry 38 (3): ..317-32
- 9- Gorbunova A. V. (2000). Autonomic Ganglionic Neurones in Rabbits with Differing Resistance to Emotional Stress, Vol. 3, No. 4 : P: 309-318
- 10- Harris, T., Creed, F. & Brugha, T. S. (1992). Stressful life events and Graves' disease. British Journal of Psychiatry, Vol.161, pp. 535-.541, ISSN 0007-1250
- 12- Insel, T.R., Wang, P.S. (2010). Rethinking mental illness. JAMA, (19): 1970-1971 303
- 13- Kikuchi M1, Komuro R, Oka H, Kidani T, Hanaoka A, Koshino Y. (2005). Relationship between anxiety and thyroid function in patients with panic disorder. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2005 .Jan;29 (1):77-81
- 14- Konig, D., Jagsch, R., Beirer, A., Kryspin-Exner, I. & Koriska, K. (2007). Patient reported outcomes in treatment for thyroid diseases. .Proceedings of 10th European Congress of Psychology

- 15– Konstantinos N Fountoulakis, Apostolos Iacovides, Philippos Grammaticos, (2004) George St Kaprinis and Per Bech. Thyroid function in clinical subtypes of major depression: an exploratory study. *BMC Psychiatry*, 4:6 doi:10.1186/1471-244X-4-6
- 16– Kung, A. W. C. (1995). Life events, daily stresses and coping in patients with Graves' disease. *Clinical Endocrinology*, Vol.42, pp. 303–308, ISSN 0300-0664
- 17– Lokesh Jain, Harish Arora, KK Verma, Harful Singh, Siddharth Aswal (2013) A Study of Correlation between Depression and Hypothyroidism in Female Patients. *Delhi Psychiatry Journal* Vol.16No.2
- 18– Matos-Santos, A. et al. (2001). Relationship between the number of impact of stressful life events and the onset of Graves' disease and toxic nodular goiter. *Clinical Endocrinology*, Vol.55, pp. 15–19, ISSN 0300-0664
- 19–Mauro Giovanni Carta, Andrea Loviselli, Maria Carolina Hardoy, Sergio Massa, Mariangela Cadeddu, Claudia Sardu, Bernardo Carpiniello, Liliana Dell'Osso and Stefano Mariotti (2004) The link between thyroid autoimmunity (antithyroid peroxidase autoantibodies) with anxiety and mood disorders in the community: a field of interest for public health in the future. *BMC Psychiatry*, 4:25 doi:10.1186/1471-244X-4-25
- 20– Mizokami, T., Wu Li, A., El-Kaissi, S. & Wall, J. R. (2004). Stress and thyroid autoimmunity. *Thyroid*, Vol.14, pp. 1047–1055, ISSN 1050-7256

- 21– Parabiaghi A, Bonetto C, Ruggeri M, Lasalvia A, Leese M (June 2006). "Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions". *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41 (6): 457–63
- 22– Peck MC, Scheffler RM (2002) An analysis of the definitions of mental illness used in state parity laws, *Psychiatr Serv* 53 (9): 1089– 95
- 23– Perring, C. (2005) Mental Illness *Stanford Encyclopedia of Philosophy*
- 24– pilar , M and juan . C (2004) . Stress and health in Spanish .women. *Journal of Applied Social Psychology* . 34 (4): 731–746
- 25– Widiger TA, Sankis LM (2000). "Adult psychopathology: issues and controversies". *Annu Rev Psychol* 51: 404–377

يمية الموجهة

الرسمية
لتنظيم

التحكيم

مقياس بيك

مقياس السمه مقياس

النفسية والسيكوسوماتية

لتشخيص

مقياس

مقياس

الملحق رقم (1)

الموافقة الرسمية من إدارة الاكاديمية الموجهة الى المركز المختص
لتنظيم ومعالجة السكري والغدد الصماء في مصراتة

باعتبارها الجهة التي تم فيها اجراء الدراسة



الأكاديمية الليبية
فرع مصراته



التاريخ: / /
الموافق: 2013/4/6

لرقم الإشاري: ك.د.م. 298

السادة / المركز التخصصي لتنظيم وعلاج مرضى السكر

والفهد الصماء / مصراتة

تحية طيبة،،

في إطار التعاون بين فرع الأكاديمية الليبية بمصراتة والجهات العامة من أجل إنجاح العملية التعليمية؛ نأمل مع الشكر الجزيل، مساعدة الطالبة منى مفتاح الرعيض بتزويدها بالبيانات والمعلومات المطلوبة والتي لها علاقة حول بحثها لنيل درجة الإجازة العالية (الماجستير)، علماً بأن المعنية مسجلة تحت رقم قيد (12121) بقسم (علم النفس) .

والسلام عليكم


د. إبراهيم مختار أبوختالة
رئيس المركز التخصصي لتنظيم وعلاج مرضى السكر
فرع مصراتة



م.م.م.م.م.

م.م.م.م.م.

(2)

التحكيم

استبانة للتحكيم

السيد :
الدرجة العلمية :
عدد سنوات الخبرة التدريسية :
الجامعة التابع لها :

تقوم الباحثة بدراسة استطلاعية هدفها استطلاع رأي بعض مرضى الغدة الدرقية حول أهم الاضطرابات النفسية التي يشعرون بها والمصاحبة لحالاتهم المرضية، وقد وقع اختيار الباحثة على استخدام مقياس بيك للاكتئاب النسخة الثانية، ومقياس قلق الحالة، ومقياس قلق السمة ومقياس الصحة النفسية. حيث تعتقد الباحثة ان هذه المقاييس الأربع سألقة الذكر العبارات التي ستوضح ابرز اشكال الاضطرابات النفسية لمرضى الغدة الدرقية؛ ونظرا لثقتنا في خبرتكم العلمية والعملية في هذا المجال

فقرات هذه المقاييس (الاستبانات) وتحكيمها من حيث صدقها في قياس الاضطرابات النفسية وملائمتها لهدف هذه الدراسة :
النفسية والسيكوسوماتية وعلاقتها بأمراض الغدة الدرقية: دراسة امبريقية على مرضى الدرقية في المركز المختص لتنظيم ومعالجة السكري والغدد الصماء في مصراته التي تروم الباحثة القيام بها لنيل درجة الماجستير في علم النفس ولكم أجل الاحترام والثناء والتقدير.

لاجابة التي ترونها صواب وحذف

ما ترونه يحذفوا إضافة ما ترون أنه يثري

مدى صلاحية الفقرة وصدقها في قياس الاضطرابات النفسية/ هل الفقرة صالحة			
			1
		أنا حزين معظم الوقت.	
		أنا حزين طيلة الوقت.	
		أنا حزين جداً أو غير سعيد لدرجة لا تحتمل.	
			2
		لا أتوقع أن الأمور ستجري كما أريد.	
		أشعر أن مستقبلي لا أمل فيه أو أنه سيزداد سوءاً.	
			3
		لقد فشلت أكثر مما يجب.	
		عندما أنظر لحياتي في السابق أجدتها مليئة بالفشل.	
			4
		أحصل على نفس القدر من المتعة التي كنت أحصل عليها من الأشياء التي أستمتع بها.	
		لا أستمتع بالأشياء كما كنت من قبل.	
		لا أستمتع بالأشياء كما كنت من قبل.	
		لا أستطيع أن أحصل على أي متعة من الأشياء التي اعتدت أن أستمتع بها.	
			5
		أشعر بالذنب على الكثير من الأشياء التي عملتها أو التي كان يجب أن أعملها.	
			6
			7

				8
			لا أنتقد نفسي أو ألومها أكثر من المعتاد.	
			أنتقد نفسي على جميع	
			ألوم نفسي على كل شيء سيء يحدث.	
			الانتحارية	9
			ليست لدي أي أفكار لقتل نفسي.	
			لدي أفكار لقتل نفسي ولكنني لن أنقذها.	
				10
			أبكي لأبسط الأشياء.	
			أرغب في البكاء ولكن لم يعد باستطاعتي أن أبكي.	
			التهيج	11
			منزعج جداً أو متهيج جداً حتى أنه من الصعب أن أبقى ساكناً.	
			أنا منزعج جداً أو متهيج جداً حتى أنه يجب أن أبقى متحركاً أو أفعل شيئاً ما.	
			فقدان الاهتمام	12
			- ألم أفقد الاهتمام بالآخرين أو بالممارسات اليومية والأنشطة.	
			- أنا أقل اهتماماً بالآخرين أو بالأشياء من السابق.	
			- تفقدت معظم اهتمامي بالآخرين أو بالأشياء.	
			- أنه من الصعوبة الاهتمام بأي شيء.	
				13
			- اتخذ القرارات بنفس الكفاءة التي كنت عليها دائماً.	
			-	
			- أجد صعوبة كبيرة في اتخاذ القرارات.	
			-	
			انعدام القيمة	14
			- أنا لا أشعر بأنني عديم القيمة.	
			- أنا لا أعتبر نفسي ذا قيمة وذا فائدة كالمعتاد.	
			- أشعر بالكثير من عدم القيمة مقارنة بالآخرين.	
			- أشعر بأنني عديم القيمة تماماً.	

				15
			-	
			-	
			- ليس لدي الطاقة الكافية لعمل الكثير من الأشياء.	
			- ليس لدي الطاقة الكافية لعمل أي .	
			التغيرات في نمط النوم	16
			لم أعان من أي تغير في نمط نمومي.	
			.	1
			.	2
			أنام أكثر من المعتاد بكثير.	1
			أنام أقل من المعتاد بكثير.	2
			أنام معظم اليوم.	1
			أستيقظ مبكراً بساعة أو ساعتين ولا أستطيع العودة إلى النوم.	2
			قابلية الاستثارة:	17
			.	
			.	
			أنا أكثر استثارة بكثير من المعتاد.	
			أنا مستثار طيلة الوقت.	
			التغيرات في الشهية	18
			من أي تغير في شهيتي.	
			شهيتي أقل من المعتاد بعض الشيء.	1
			شهيتي أكبر بكثير من المعتاد.	2
			شهيتي أقل بكثير من السابق.	1
			شهيتي أكبر بكثير من المعتاد.	2
			ليس لدي شهية بتاتاً.	1
			أتناول الطعام طيلة الوقت.	2
			صعوبة التركيز:	19
			أستطيع التركيز كما كنت دائماً.	
			لا أستطيع التركيز بدقة كالمعتاد.	
			من الصعب أن أركز في شيء لمدة طويلة جداً.	
			أجد أنني لا أستطيع أن أركز على أي شيء.	
			والإرهاق:	20
			لست متعباً أو مرهقاً أكثر من المعتاد.	
			أصبح متعباً أو مرهقاً أكثر من المعتاد.	
			أنا متعب جداً أو مرهق لدرجة أنني لا أستطيع القيام بالأعمال التي اعتدت عليها.	
			أنا متعب جداً أو مرهق جداً لدرجة أنني لا أستطيع أن أنجز معظم الأشياء التي اعتدت أن أنجزها.	

			فقدان الاهتمام بالجنس والرغبة الجنسية	21
			لم ألاحظ أي تغييرات حديثة في اهتماماتي الجنسية.	
			إنني أقل اهتماماً بالأمر الجنسية مما كنت عليه من قبل.	
			أنا الآن أقل اهتماماً بالأمر الجنسية بشكل كبير.	
			لقد فقدت اهتمامي بالأمر الجنسية.	
			مقياس القلق	
			أشعر بالهدوء.	1
			() .	2
			.	3
			.	4
			أشعر بالارتياح.	5
			.	6
			.	7
			.	8
			.	9
			.	10
			.	11
			أشعر بالعصبية.	12
			أشعر بالهياج.	13
			.	14
			.	15
			.	16
			.	17
			أشعر أنني مستثار جداً (لدرجة الغليان).	18
			العميقة.	19
			أشعر أنني أدخل السرور على الآخرين.	20
			مقياس القلق السمة	
			أشعر أنني أدخل السرور على الآخرين.	1
			.	2
			أشعر بالميل للبكاء.	3
			أتمنى لو كنت سعيداً مثلما يبدو الآخرون.	4
			أفقد السيطرة على الأشياء لأنني لا أستطيع اتخاذ قراري بسرعة كافية.	5
			.	6
			أنا هادئ الأعصاب.	7
			أشعر أن العقبات تتراكم لدرجة أنني لا أستطيع التغلب عليها.	8
			.	9

			أنا سعيد.	10
			أميل إلى تصعيب الأمور.	11
			ينقصني .	12
			.	13
			أحاول تجنب مواجهة الأزمات أو الصعوبات.	14
			.	15
			.	16
			تجول بذهني بعض الأفكار التافهة وتضايقني.	17
			تؤثر في خيبة الأمل بشدة لدرجة أنني لا أستطيع أن أبعدا عن نفسي.	18
			.	19
			صبح في حالة من التوتر والاضطراب عندما أفكر كثيرا في اهتماماتي وميولي الحالية.	20

الملحق رقم (3)

مقياس بيك للإكتتاب

بسم الله الرحمن الرحيم

إخوتي وإخواتي، السلام عليكم ورحمة الله وبركاته.

إن قول كلمة صدق قد تكون لك صدقة جارية عند الله وتنتفع بها نفسك والناس من بعدك، وأما كلمة الزور فتضرك وتضر الناس من بعدك؛ فلقد تم اختياركم للمشاركة في هذه الدراسة؛ لثقتنا في رغبتكم في المشاركة، وصدقكم وشفافيتكم في التعبير عما تشعرون وتقومون به.

فيما يلي مجموعة من العبارات التي تصف الحالة الصحية والنفسية التي يشعر بها كل فرد؛ تقوم الباحثة بقراءتها عليكم ومع تفضلكم بإجابة عن كل عبارة منها بكل صراحة، وتحديد مدى انطباقها عليكم؛ فإذا كانت العبارة تنطبق؛ فاجب بنعم وأما إذا كانت العبارة لا تنطبق عليك فاجب بلا. ولضبط عامل السرية في اجابتم؛ فليس من الضروري كتابة اسمكم على استبيان المقابلة، فإن هذه الاجابات سوف لن يطلع عليها احد سوى الباحثة، ونتائجها سوف لن تستخدم في اغراض اخرى غير البحث العلمي، وثق تمام الثقة أن اجابتم ستحظى بالسرية التامة، وأعلم أن الاجابة الصحيحة هي فقط تلك الاجابة الصريحة التي تعبر عن حقيقة ما تشعر به، فإذا كنت موافقا على المشاركة في هذه الدراسة فأجب بصدق عن كل الفقرات الآتية وبدون تحفظ.

دولة ليبيا

الأكاديمية الليبية / فرع مصراتة

..... الاسم:

..... العمر:

..... الجنس:

..... الحالة الاجتماعية:

..... عنوان السكن:

..... المؤهل العلمي:

..... المهنة:

..... المستوى الاقتصادي:

..... الأغذية المفضلة:

..... الأنشطة الترفيهية التي تمارسها:

..... تقضية وقت الفراغ:

..... مدة المرض:

..... مدة تلقي العلاج:

الملحق رقم (4)

التعديل

استمارة الاكتئاب بعد التعديل

علما بأن هذه الأعراض تشخص أعراض اكتئاب إذا استمرت أسبوعين فأكثر

البند	العبارة
الحزن	0 لا أشعر بالحزن
	1 أشعر بالحزن أغلب الوقت
	2 أنا حزين طول الوقت
	3 أنا غير سعيد لدرجة لا أستطيع تحملها
التشاؤم	0 لم تفكر همتي في ما يتعلق بمستقبلي
	1 أشعر بفتور الهمة فيما يتعلق بمستقبلي بطريقة أكبر مما اعتدت
	2 لا أتوقع أن تسير الأمور بشكل جيد بالنسبة لي
	3 أشعر بأن لي في المستقبل و أنه سوف يزداد سوءاً
الفشل	0 لا أشعر بأنني شخص فاشل
	1 لقد فشلت أكثر مما ينبغي
	2 كلما نظرت إلى الوراء أرى الكثير من الفشل
	3 أشعر بأنني شخص فاشل تماماً
فقدان الاستمتاع	0 أستمتع بالأشياء بنفس قدر استمتاعي بها في الماضي
	1 لا أستمتع بأشياء بنفس القدر الذي اعتدت عليه
	2 أحصل على قدر قليل جداً من الاستمتاع من الأشياء التي اعتدت أن أستمتع بها
	3 لا أستطيع الحصول على أي استمتاع من الأشياء التي اعتدت الاستمتاع بها
مشاعر الذنب	0 لا اشعر بتأنيب الضمير
	1 أشعر بالإثم عن العديد من الأشياء التي قمت بها أو أشياء كان يجب أن أقوم بها

أشعر بالإثم اغلب الوقت	2	
أشعر بالإثم طول الوقت	3	
لا اشعر بأنه يقع علي عقاب	0	مشاعر العقاب
اشعر بأنه ربما يقع علي عقاب	1	
أتوقع أن يقع علي عقاب	2	
أشعر بأنه يقع علي عقاب	3	
شعوري نحو نفسي كما هو	0	
فقدت الثقة في نفسي	1	
خاب رجائي في نفسي	2	
لا أحب نفسي	3	
لا ألوم نفسي أكثر من المعتاد	0	نقد الذات
أنقد نفسي أكثر مما اعتدت	1	
انقد نفسي على كل أخطائي	2	
ألوم نفسي على كل ما يحدث من أشياء سيئة	3	
ليس لدي أي أفكار انتحارية	0	الافكار أو الرغبات الانتحارية
لدي أفكار انتحارية ويمنعني من تنفيذها تديني	1	
أريد أن انتحر	2	
قد انتحر لو سنحت لي الفرصة	3	
لا أبكي أكثر مما اعتدت	0	البكاء
أبكي أكثر مما اعتدت	1	
أبكي بكثرة من أي شيء بسيط	2	
أرغب في البكاء ولا أستطيع	3	
لست أكثر استثارة من المعتاد	0	التهيج أو الاستثارة
اشعر باستثارة أكثر من المعتاد	1	
أستثار لدرجة أنه من الصعب علي البقاء بدون حركة	2	
أستثار لدرجة تدفعني للحركة أو فعل شيء ما	3	
لم أفقد الاهتمام بالآخرين	0	فقدان الاهتمام
أهتم بالآخرين أقل من قبل	1	

فقدت أغلب اهتمامي بالآخرين و الأمور الأخرى	2	
من الصعب أن أهتم بأي شيء	3	
أخذ القرارات بنفس كفاءتي المعتادة	0	التردد
أجد صعوبة أكثر من المعتاد في اتخاذ القرارات	1	
لدي صعوبة أكثر بكثير مما اعتدت في اتخاذ القرارات	2	
لدي مشكلة في اتخاذ أي قرار	3	
لا اشعر بأنني عديم القيمة	0	
لا اعتبر نفسي ذو قيمة كما اعتدت أن أكون	1	انعدام القيمة
اشعر بأنني عديم القيمة بالمقارنة بالآخرين	2	
اشعر بأنني عديم القيمة تماما	3	
لدي نفس القدر من الطاقة كالمعتاد	0	
لدي قدر من الطاقة اقل مما اعتدت	1	فقدان الطاقة
ليس لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء	2	
ليس لدي طاقة كافية لعمل أي شيء	3	
قابليتي للغضب لم تتغير عن المعتاد	0	
قابليتي للغضب أكبر من المعتاد	1	القابلية للغضب أو الانزعاج
قابليتي للغضب أكبر بكثير من المعتاد	2	
قابليتي للغضب طول الوقت	3	
أستطيع التركيز بكفاءتي المعتادة	0	
لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة المعتادة	1	صعوبة التركيز
من الصعب علي أن أركز عقلي على أي شيء لمدة طويلة	2	
أجد نفسي غير قادر على التركيز على أي شيء	3	
لست أكثر إرهاقا من المعتاد	0	
أصاب بالإرهاق بسهولة أكثر من المعتاد	1	
يعوقني الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي اعتدت عملها	2	
أنا مرهق جدا لعمل أغلب الأشياء التي اعتدت عليه	3	
لم ألاحظ أي تغير في اهتمامي بالجنس حديثا	0	فقدان الاهتمام بالجنس
اهتمامي أقل بالجنس مما اعتدت	1	

اهتمامي أقل بدرجة كبيرة بالجنس الآن	2	
فقدت الاهتمام بالجنس تماما	3	
شهيتي لتناول الطعام ليس أقل من المعتاد	0	فقدان الشهية
شهيتي لتناول الطعام أسوأ قليلا من المعتاد	1	
شهيتي أسوأ كثيرا الآن	2	
ليس لدي أي شهية على الإطلاق لتناول الطعام	3	
لم أفقد أي وزن على الإطلاق	0	
فقدت أقل من 5 كيلو جرام	1	
فقدت ما بين 5-10 كيلوجرام	2	
فقدت ما بين 11-25 كيلوجرام	3	
شهيتي لتناول الطعام ليس اكبر من المعتاد	0	زيادة في الشهية
شهيتي لتناول الطعام أكبر قليلاً من المعتاد	1	
شهيتي لتناول الطعام أكبر كثيرا من المعتاد	2	
أشعر بالجوع طول الوقت	3	
ساعات نومي ليست أقل من المعتاد	0	قلة النوم
أحيانا أجد أن لدي صعوبة طفيفة في النوم	1	
من الواضح أنني لا أنام جيدا كالمعتاد	2	
أنام أقل من ساعتين في الليلة	3	

الملحق رقم (5)

مقياس قلق الحالة ومقياس قلق السمة

مقياس القلق الحالة	نعم	لا	احيانا
1			أشعر بالهدوء.
2			أشعر بالأمان (البعد عن الخطر).
3			أشعر أن أعصابي مشدودة.
4			أشعر بالأسف.
5			أشعر بالارتياح.
6			أشعر بعد الاتزان.
7			أشعر الآن بالانزعاج لاحتمال حدوث كارثة.
8			أشعر بالراحة.
9			أشعر بالقلق.
10			أشعر بالانشراح.
11			أشعر بالثقة في النفس.
12			أشعر بالعصبية.
13			أشعر بالهياج.
14			أشعر بتوتر زائد.
15			أشعر بالاسترخاء.
16			أشعر بالرضا.
17			أشعر بالكدر.
18			أشعر أنني مستثار جداً (الدرجة الغليان).
19			أشعر بالسعادة العميقة.
20			أشعر أنني أدخل السرور على الآخرين.

مقياس القلق السمة	تعم	لا	احيانا
1			أشعر أنني أدخل السرور على الآخرين.
2			أتعب بسرعة.
3			أشعر بالميل للبكاء.
4			أتمنى لو كنت سعيداً مثلما يبدو الآخرون.
5			أفقد السيطرة على الأشياء لأنني لا أستطيع اتخاذ قراري بسرعة كافية.
6			أشعر بالراحة.
7			أنا هادئ الأعصاب.
8			أشعر أن العقبات تتراكم لدرجة أنني لا أستطيع التغلب عليها.
9			أشعر أنني أقلق بشدة على أمور لا تستحق ذلك.
10			أنا سعيد.
11			أميل إلى تصعيب الأمور.
12			ينقصني الشعور بالثقة بالنفس.
13			أشعر بالأمان.
14			أحاول تجنب مواجهة الأزمات أو الصعوبات.
15			أشعر بالغم.
16			أشعر بالرضى.
17			تجول بذهني بعض الأفكار التافهة وتضايقني.
18			تؤثر في خيبة الأمل بشدة لدرجة أنني لا أستطيع أن أبعداها عن نفسي.
19			أنا شخص مستقر.
20			أصبح في حالة من التوتر والاضطراب عندما أفكر كثيرا في اهتماماتي وميولي الحالية.

الملحق رقم (6)

النفسية والسيكوسوماتية

لتشخيص

مقياس

بسم الله الرحمن الرحيم

النفسية والسيكوسوماتية

لتشخيص (Cornell index)

200

العمر _____ التاريخ: \ \

فيما يلي مجموعة من الأسئلة المطلوب منك أن تجيب عنها بوضع دائرة حول كلمة (نعم) كانت إجابتك بالإيجاب ودائرة حول كلمة (لا) كانت إجابتك بالسلبي. ()
تجيب () . ستكون موضع دراسة علمية ، () .

1	هل سبق لك أن انتابك صداع؟			
2	هل تشعر بنوبات حرارة أو برودة؟			
3	هل أغمي عليك أكثر من مرتين في حياتك؟			
4	هل يخيفك الناس الغرباء أو الأماكن غير المألوفة؟			
5	هل يحدث لك			
6	هل ترتجف وترتبك حينما يحدثك رئيسك؟			
7	هل يجعلك منظر الدماء قابلا لان يغشى عليك؟			
8	هل ينتشتت عملك إذا راقبك رئيسك؟			
9	هل يفرحك أن تكون وحيدا دون أصدقاء قريبين منك؟			
10	هل تشعر بالعصبية أو الدوار في هذه اللحظة؟			
11	هل تخطئ في استيعاب ما يلقي إليك من أوامر أو توجيهات؟			
12	هل يختلط تفكيرك تماما حينما تعمل بسرعة؟			
13	هل تتصبب عرقا وترتعش بشدة وقت الامتحان؟			
14	هل ترغب دائما في أن يكون أحد بجوارك يسدي لك النصح؟			
15	هل تؤدي دائما أعمالك ببطء حتى تتأكد من انك تؤديها على الوجه الأكمل؟			
16	هل يضايقك أن تأكل في أي مكان غير منزلك			
17	هل تشعر برغبة جامحة في أن تكرر نفس الأعمال التي تضايقك؟			
18	هل تشعر دائما بالمرح والسعادة؟			
19	هل تشعر دائما بالضيق بغض النظر عما تفعله؟			
20	هل تشعر دائما باليأس وسواد الدنيا؟			
21	هل تبدو لك الحياة خالية تماما من الأمل؟			
22	هل نادرا ما تؤثر فيك الأحداث؟			
23	هل تبدو دائما صامتا وحزينا حينما تكون في الحفلات			
24	هل تعتبر شخصا عصبيا؟			
25	هل كثيرا ما تود أن تكون في عداد الأم			
26	هل لديك أي مخاوف غير عادية؟			
27	هل تجد صعوبة في البدء في النوم أو تصاب بأرق أثناء الليل؟			
28	هل تنثير الأشياء التافهة أعصابك؟			
29	هل يؤدي القلق إلى انهيارك باستمرار؟			

			هل حدث لك انهيار عصبي ؟	30
			هل تلهث قبل أي فرد آخر إذا قمت بمجهود ما ؟	31
			هل تشعر بالآلام في القلب أو الصدر ؟	32
			هل يسرع قلبك أحيانا بدرجة ملحوظة دون سبب ظاهر	33
			هل تشعر أحيانا بصعوبة في التنفس ؟	34
			هل تقلقك أحيانا خفقات في القلب ؟	35
			هل كثيرا ما تفاجئ بالخوف أثناء التفكير ؟	36
			هل تهتز أحيانا أو ترتعش ؟	37
			هل تصحو كثيرا من النوم اثر حلم مزعج ؟	38
			هل يفزعك دائما صوت مفاجئ أو ضوء أثناء الليل ؟	39
			هل تجعلك الضوضاء المفاجئة تقفز وترتعد بشدة.	40
			هل ترتعش وتشعر بالضعف إذا ما صاح في وجهك أحد ؟	41
			هل كثيرا ما تكون هائجا وعصيبا ؟	42
			هل تعاني من أفكار مخيفة أو مزعجة تتردد في ذهنك دائما ؟	43
			هل تقاسي من صداع شديد مستمر ؟	44
			هل تعرق بشدة حتى في الجو البارد ؟	45
			هل يحدث لك أحيانا اختلاج في الوجه أو الرأس أو الأكتاف ؟	46
			هل تعاني من برودة الأطراف حتى في الجو الحار ؟	47
			هل حدثت لك مرة نوبة إغماء أو تهيج ؟	48
			هل تعاني أحيانا من آلام في الظهر تجعل من الصعب عليك الاستمرار في	49
			هل تحدث لك آلام في عينيك تجعلك غير قادر على استخدامهما ؟	50
			هل تتنابك أحيانا آلام وأوجاع شديدة تجعل من المستحيل عليك إتمام أعمالك ؟	51
			هل صحتك دائما في حالة سيئة ؟	52
			هل تتنابك نوبات من الإجهاد أو التعب ؟	53
			هل تجهد نفسك في القلق على صحتك ؟	54
			هل تتنابك آلام وأوجاع في الرأس تجعل من الصعب عليك إنجاز أعمالك ؟	55
			هل تشعر دائما بالتعب والإرهاق لدرجة تمنعك حتى عن الأكل ؟	56
			هل تشعر دائما بضعف في الصحة التوعك ؟	57
			هل شهيتك للطعام جيدة ؟	58
			هل تعاني دائما من معدة مقلوبة ؟	59
			هل تعاني دائما من إمساك مزمن ؟	60
			هل تتنابك دائما حالات من الغثيان ؟	61
			هل تعاني دائما من عسر الهضم ؟	62
			هل معدتك مضطربة باستمرار ؟	63
			هل معدتك وأمعائك غير منتظمين ؟	64
			هل تعاني دائما من اضطرابات في هضم الطعام ؟	65

			هل تعاني دائما من اضطرابات في الأمعاء ؟	66
			هل يسيئ الناس فهمك دائما ؟	67
			هل ينتابك الشعور بأن أحدا يراقبك أثناء العمل ؟	68
			هل تعامل دائما بعدالة ؟	69
			هل ينتابك الشعور بأن الناس يراقبونك أو يتحدثون عنك في الشارع ؟	70
			هل ينتقدك الناس دائما ؟	71
			هل أنت خجول أو حساس بإفراط ؟	72
			هل من السهل إزعاجك أو أثارتك ؟	73
			هل تكسب الأصدقاء بسهولة ؟	74
			هل يضايقك أعداؤك إلى حد كبير ؟	75
			هل يثير غضبك أن يملي عليك أحد ما يجب أن تفعله ؟	76
			هل أنت مندفع في تصرفاتك ؟	77
			هل يكذب عليك الناس دائما ؟	78
			هل تنفجر في الغضب بمجرد أن تعجز عن الحصول على ما تريده ؟	79
			هل تنفر من الجنس الآخر ؟	80
			هل تشعر دائما بأنك ينبغي أن تكون على حذر ؟	81
			هل تقع دائما في ثورات غضب عنيفة ؟	82

الإجابة (بنعم) في هذا المقياس تعطي درجة ، ()

- 1- سؤال تمهيدي
 - 2- 19-2
 - 3- 26-20 استجابات باثولوجية ، وخاصة الاكتئاب .
 - 4- 33-27 استجابات عصبية وقلق .
 - 5- 38-34 أعراض سيكوسوماتية .
 - 6- 46-39 استجابات الذعر الباثولوجية .
 - 7- 61-47 أعراض سيكوسوماتية أخرى .
 - 8- 66-62 الأعراض السيكوسوماتية الخاصة بالمعدة .
 - 9- 82-67 ك والحساسية المفرطة .
- الباحث : ذياب أحمد أبوريش-ماجستير في الصحة النفسية المجتمعية |

الملحق رقم (7)
مقياس

استبيان صحي

الجنس ذكر

أنثى

العمر _____ سنة :

المؤهل العملي : ابتدائي

إعدادي

ثانوي

بكالوريوس

ماجستير

دكتوراه

من فضلك ، أجب على كل الأسئلة الموجودة في هذا الاستبيان، في حالة عدم وضوح أي

سؤال، أرجو اختيار أقرب إجابة لمفهومك للسؤال

1- بصورة عامة ، كيف ترى حالتك الصحية ؟

(اختر إجابة واحدة وضع علامة ✓ أمام الإجابة المناسبة)

ممتازة

جيد جداً

جيدة

لا بأس بها

سيئة

2- مقارنة بعام مضى ، كيف تقيم حالتك الصحية الآن بصورة عامة ؟

(اختر إجابة واحدة وضع علامة ✓ أمام الإجابة المناسبة)

أفضل بكثير مما كانت عليه قبل عام

أفضل نوعاً ما من العام الماضي

تقريباً على ما هي عليه

أسوأ نوعاً ما من العام الماضي

□ أسوأ بكثير مما كانت عليه قبل عام

اختر إجابة واحدة وضع علامة ✓ أمام الإجابة المناسبة			3- تتعلق البنود التالية بأنشطة يمكن أن تقوم بها خلال يومك العادي. في الوقت الحالي ، إلى أي مدى تفيدك حالتك الصحية :
لا تفيدني إطلاقاً	نعمد تفيدني قليلاً	نعم تفيدني كثيراً	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أ) من ممارسة الأنشطة الشاقة مثل : الجري، حمل الأشياء الثقيلة أو مزاوله الأنشطة الرياضية المجهدة جدا؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ب) من ممارسة الأنشطة متوسط الجهد ، كتحريك الطاولة أو التنظيف باستخدام المكنسة الكهربائية أو تنظيف حديقة المنزل والعناية بها ؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ج) من حمل المشتريات من البقالة أو السوق المركزي (السوبرماركت)؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	د) من صعود الدرج لعدة أدوار ؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هـ) من صعود الدرج لدور واحد فقط ؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	و) من صعود الدرج لعدة أدوار ؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ز) من المشي لأكثر من كيلومتر ونصف؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ح) من المشي لمسافة نصف كيلومتر؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ط) من المشي لمسافة مئة متر ؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ي) من الاستحمام أو ارتداء الملابس بنفسك ؟

الصحة الجسمية

اختر إجابة واحدة وضع علامة ✓ أمام الإجابة المناسبة		4- تتعلق البنود التالية (أ،ب،ج،د) بالمشاكل التي يمكن أن تواجهك خلال تأديتك لعملك أو للأنشطة اليومية المعتادة نتيجة لحالتك الصحية الجسمية خلال الأسابيع الأربعة الماضية، هل تسبب حالتك الصحية الجسمية في :
لا	نعم	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أ) التقليل من الوقت الذي تقضيه في العمل أو أي أنشطة أخرى؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ب) التقليل مما تود إنجازه من العمل أو أي أنشطة أخرى ؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ج) تقييدك في أداة نوع معين من الأعمال أو أي أنشطة أخرى؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	د) أن تجد صعوبة في تأدية العمل أو أي أنشطة أخرى ؟ (على سبيل المثال ، احتجت إلى جهد إضافي لتأديتها)

الصحة النفسية

اختر إجابة واحدة وضع علامة ✓ أمام الإجابة المناسبة		<p>5- تتعلق البنود التالية (أ، ب، ج) بالمشاكل التي يمكن أن تواجهك خلال تأديتك لعملك أو الأنشطة اليومية المعتادة كنتيجة لحالتك الصحية النفسية . (مثلًا الشعور بالاكئاب أو القلق)</p> <p>خلال الأسابيع الأربعة الماضية ، هل تسبب حالتك الصحية النفسية في :</p>
لا	نعم	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>أ) التقليل من الوقت الذي تقضيه في العمل أو أي أنشطة أخرى؟</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>ب) التقليل مما تود إنجازه من العمل أو أي أنشطة أخرى ؟</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>ج) عدم إنجاز العمل أو أي أنشطة أخرى بالحرص المعتاد؟</p>

الصحة الجسمية أو النفسية

6- خلال الأسابيع الأربعة الماضية إلى أي مدى تعارضت صحتك الجسمية أو النفسية مع تأديتك لنشاطاتك الاجتماعية المعتادة مع عائلتك أو أصدقائك أو جيرانك أو أي من المناسبات الاجتماعية الأخرى

(اختر إجابة واحدة وضع علامة ✓ أمام الإجابة المناسبة)

لن يكن هناك أي تعارض إطلاقاً

كان هناك تعارض قليل

كان هناك تعارض متوسط

كان هناك تعارض كبير

كان هناك تعارض كبير جداً

شدة الألم

7- ما شدة الألم الجسدي الذي عانيت منه خلال الأسابيع الأربعة الماضية ؟

(اختر إجابة واحدة وضع علامة ✓ أمام الإجابة المناسبة)

لم يكن هناك أي ألم

كان هناك ألم خفيف جداً

كان هناك ألم خفيف

كان هناك ألم متوسط

كان هناك ألم شديد

كان هناك ألم شديد جداً

8- خلال الأسابيع الأربعة الماضية إلى أي مدى أدى الألم الجسدي إلى التعارض مع تأديتك لعمالك المعتادة (سواء داخل المنزل أو خارجه)؟

(اختر إجابة واحدة وضع علامة ✓ أمام الإجابة المناسبة)

- لن يكن هناك أي تعارض
- كان هناك تعارض قليل جداً
- كان هناك تعارض متوسط
- كان هناك تعارض كبير
- كان هناك تعارض كبير جداً

(اختر إجابة واحدة وضع علامة ✓ أمام الإجابة المناسبة)						<p>9- الأسئلة التالية تتعلق بكيفية شعورك وطبيعة سير الأمور معك خلال الأسابيع الأربعة الماضية، الرجاء إعطاء إجابة واحدة لكل سؤال بحيث هذه الإجابة هي الأقرب إلى الحالة التي كنت تشعر بها. خلال الأسابيع الأربعة الماضية كم من الوقت</p>
لم أشعر في أي وقت من الأوقات	في قليل من الأوقات	في بعض الأوقات	في كثير من الأوقات	في معظم الأوقات	في كل الأوقات	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أ) شعرت بأنك ملئ بالحيوية والنشاط؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ب) كنت شخصا عصيبا جدا ؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ج) شعرت بأنك في حالة اكتئاب غلى درجة لم يمكن معها إدخال السرور إليك؟

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	د) شعرت بالهدوء والطمأنينة؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هـ) كانت لديك طاقة كبيرة؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	و) شعرت بالإحباط واليأس؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ز) شعرت بأنك منهك (استنفذت قواك)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ح) شعرت بأنك شخص سعيد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ط) شعرت بأنك تعبان؟

10- خلال الأسابيع الأربعة الماضية ما مقدار الوقت الذي تعارضت فيه صحتك الجسمية أو مشاكلك النفسية مع نشاطاتك الاجتماعية (مثل زيادة الأصدقاء والأقارب وغير ذلك)

(اختر إجابة واحدة وضع علامة ✓ أمام الإجابة المناسبة)

كان التعارض في كل الأوقات

كان التعارض في معظم الأوقات

كان التعارض في بعض الأوقات

كان التعارض في قليل من الأوقات

لم يكن هنالك تعارض في أي وقت من الأوقات

(اختر إجابة واحدة وضع علامة ✓ أمام الإجابة المناسبة)					11- ما مدى صحة أو خطأ كل من العبارات التالية (أ،ب،ج،د)
خطأ بلا شك	خطأ غالباً	لا أعلم	صحيحة غالباً	صحيحة بلا شك	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(أ) يبدو أنني أصاب بالمرض أسهل من الآخرين؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(ب) حالتي الصحية مساوية لأي شخص أعرفه؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(ج) أتوقع أن تسوء حالتي الصحية؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(د) حالتي الصحية ممتازة؟

***** شكراً لتعاونكم *****