



جامعة مولود معمري تيزي وزو
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس



تقبل المرض وعلاقته بالتعافي النفسي لدى المرضى
المصابين باضطراب الغدة الدرقية
-دراسة وصفية- عيادية بكل من ولاية تيزي وزو،
بومرداس -

مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر في علم النفس العيادي، تخصص: علم النفس الصحة

إشراف:
أ.د. بوروبي رجاح فريدة

إعداد:
كيشو يانيس
سعيد فطومة

السنة الجامعية: 2025 / 2024

كلمة شكر وتقدير

يقول الله عز وجل: " وَمَا تَوْفِيقِي إِلَّا بِاللَّهِ عَلَيْهِ تَوَكَّلْتُ وَإِلَيْهِ أُنِيبُ "

الحمد لله حمداً يليق بجلال وجهه وعظيم سلطانه، عدد ما كان وعدد ما يكون وعدد الحركات والسكون. الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، وبتوفيقه تتحقق الغايات، وله الفضل أولاً وآخرًا على ما أنعم به من توفيق وتسديد، وما يسره من أسباب العلم والعمل.

وبعد، لا يسعني في هذا المقام إلا أن أتقدم بخالص عبارات الشكر وأسمى عبارات العرفان وعظيم الإمتنان إلى أستاذتنا المشرفة الفاضلة الأستاذة الدكتورة " بوروبي/ رجاح فريدة " التي كانت لنا خير سند وداعم خلال مراحل إعداد هذه المذكرة. لقد أغنت هذا العمل بتوجيهاتها القيمة وملاحظاتها البناءة، وكان لمتابعتها الدقيقة وتفانيها العلمي بالغ الأثر في إنجازه بهذا الشكل، لم تبخل علينا بعلمها وخبراتها، وساهمت في صقل مهارتنا المعرفية والمنهجية طيلة مشوار بحثنا .

كما نتقدم بوافر الشكر والتقدير للأستاذة الدكتورة " عزيزو/ شرناعي سعاد " التي كانت لنا نموذجًا في الإلتزام العلمي والتكوين الراقى على توجيهاتها ولمساتها القيمة التي أضفتها في عملنا المتواضع .

ولا يفوتنا أيضًا أن نعبر عن تقديرنا العميق للأخصائية النفسانية العيادية السيدة " جعفر حنان " بالمركز الإستشفائي الجامعي لولاية تيزي وزو وحدة " بالوة " التي مهدت لنا الطريق وساعدتنا في إتمام مذكرتنا.

ونوجه شكرنا الخاص إلى الطالبة " فرندي تسعديت " التي ساندتنا خطوة بخطوة وساهمت في إنجاح وإنهاء عملنا ونتمنى لها كل التوفيق والنجاح في مسيرتها .

وكذلك نتقدم بجزيل الشكر والإمتنان إلى كل أستاذتنا الكرام في قسم علم النفس الذين لم يبخلوا علينا بعلمهم ولا خبراتهم وكانوا معنا طيلة مشوارنا الدراسي الجامعي.

كيشويانيس وسعيدى فطومة

إهداء

إلى من غرسوا في حب العلم، وكانوا لي نوراً في طريق المعرفة، إلى من سهروا الليالي لأجل راحتي، ومن دعوا لي في الغيب بكل خير...

إلى والديّ العزيزين، شكراً لقلبيكما الواسع، ودعمكما الذي لا ينضب...

إلى من كانت الأم الثانية، الصديقة الأقرب، الرفيقة والسند في كل مراحل الحياة، التي شاركتني لحظات الفرح والتعب ...

إلى أختي " ذهبية "

إلى الذين شاركوني هذه الرحلة، ووقفوا بجاني في كل مراحلها...

«إخوتي»

إلى من دعمتني دون مقابل، ساندتني في كل الأوقات وساهمت في نجاحي وكانت مفعمة بالطاقة الإيجابية

" شهرزاد "

إلى كل من آمن بي، ولو بكلمة طيبة...

أهدي ثمرة هذا الجهد المتواضع، راجياً أن أكون عند حسن الظن.

"يانيس"

الإهداء

لم تكن الرحلة قصيرة ولا الطريق محفوفًا بالتسهيلات، لكنني فعلتها...
فالحمد لله الذي يسر البدايات وبلغنا النهايات بفضلته وكرمه..
أهدي هذا النجاح لنفسى الطموحة أولا ابتدأت بطموح وانتهت بنجاح ثم إلى كل من سعى معي لإتمام
مسيرتي الجامعية مرحلة البكالوريوس دمتم سندا لا عمر له.

وبكل حب أهدي ثمرة نجاحي وتخرجي:

أهدي تخرجي وثمره جهدي وحصاد ما زرعتُه سنينا طويلة في سبيل العلم إلى...
من أكرمني الله به وجعله من بين صفوف الرجال أبا لي وزادني به شرفا وعلوا واعتزازا ...

(أبي الحبيب)

وإلى أنيسة العمر وحبيبية الروح وأعظم نعم الله علي التي ضمت اسمي بدعواتها في ليلة ونهارها وأضاءت
بالحب دربي وأنارت باللطف والود طريقي وكانت لي سحابا ماطرا بالحب والبذل والعطاء وكانت سببا بعد
الله فيما أنا عليه الآن ...

(أمي الحبيبة)

إلى النور الذي شع ضياءه على قلبي ودربي وكل حياتي من سقوا الفؤاد دوما بطيب كلماتهم وعطاياهم
السخية وبوجودهم استشعرت معنى أن يكون للمرء وجهة يستمد منها بهجته وشغاف الحياة وأيقنت معهم
إنني حظيت بخير إخوة ورفاق وسند...

(إخوتي الغاليات)

إلى أطفال قلبي ، إلى من يطمئن ويبتسم وجهي برؤيتهم ، إلى من أعطوني شعور الأمومة قبل الوقت...
(وسيم، ميرال، ياسين، أمير)

وإلى من أمنوا بقدراتي وراهنوا على نجاحي وكانوا لأحلامي سندا ولأمالِي عونا ولحياتي أنسا وسرورا ونورا

(صديقات دربي)

و أخيرا وليس آخر ما كنت لأفعل لولا توفيق من الله هو اليوم العظيم هنا، اليوم الذي أجريت سنوات
الدراسة الشاقة حاملة فيها حتى توالى بمنته وكرمه لفرحة التمام، الحمد لله الذي به خيرا وأملا وأغرقني
سرورا وفرحا ينسيني مشقتي...

فطومة

فهرس المحتويات

.....	كلمة الشكر
.....	إهداء
.....	ملخص الدراسة باللغة العربية
.....	ملخص الدراسة باللغة الفرنسية
.....	ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية

فهرس المحتويات

01.....	مقدمة
---------	-------

الفصل التمهيدي: الإطار العام للدراسة

05.....	1. إشكالية الدراسة
13.....	2. فرضيات الدراسة
13.....	3. أهداف الدراسة
14.....	4. أهمية الدراسة
15.....	5. مفاهيم الدراسة إجرائيا

الجانب النظري

الفصل الأول: تقبل المرض

19.....	تمهيد
20.....	1. لمحة تاريخية عن مفهوم تقبل المرض
21.....	2. تعريف تقبل المرض
23.....	3. تقبل المرض وعلاقته بمصطلحات أخرى
26.....	4. سيرورة ومراحل تقبل المرض
28.....	5. مظاهر تقبل المرض وعدم تقبل المرض
29.....	6. أهمية تقبل المرض
31.....	7. العوامل المؤثرة على تقبل المرض
36.....	8. النظريات المفسرة لتقبل المرض
42.....	9. مؤشرات تقبل المرض
46.....	10. قياس تقبل المرض
48.....	خلاصة الفصل

الفصل الثاني: التعافي النفسي

51.....	تمهيد
---------	-------

1.	تعريف التعافي النفسي.....	52
2.	مفاهيم ذات علاقة بالتعافي النفسي.....	54
3.	أبعاد التعافي النفسي.....	58
4.	نماذج التعافي النفسي.....	59
5.	مراحل التعافي النفسي.....	66
6.	النظريات المفسرة للتعافي النفسي.....	69
7.	العوامل المساعدة على تحقيق التعافي النفسي وتجاوز الصدمات التي يمر بها الفرد.....	73
8.	العوامل المؤثرة على عملية التعافي النفسي.....	74
9.	خصائص ذوي القدرة على التعافي النفسي.....	77
10.	المؤشرات النفسية والاجتماعية التي تدل على تحقيق التعافي النفسي.....	78
11.	العلاقة بين التعافي النفسي وبين الهوية الذاتية.....	79
12.	الفرق بين عملية الشفاء وبين عملية التعافي النفسي.....	80
13.	حقول العافية النفسية.....	80
14.	أهمية التعافي النفسي في علم النفس.....	81
	خلاصة الفصل.....	82

الفصل الثالث :إضطرابالغدة الدرقية

	تمهيد.....	85
	أولاً : مفهوم الغدد	
1.	تعريف الغدد.....	86
2.	تعريف الهرمون.....	87
	ثانياً : الغدة الدرقية	
1.	تعريف الغدة الدرقية.....	87
2.	الخصائص التشريحية للغدة الدرقية.....	89
3.	الإمداد الدموي واللمفوي والعصبي.....	90
4.	التركيب النسيجي للغدة الدرقية.....	91
5.	هرمونات الغدة الدرقية.....	91
6.	الغدة الدرقية وعلاقتها بالغدة النخامية.....	95
7.	وظائف الغدة الدرقية.....	98
	ثالثاً :إضطرابات الغدة الدرقية	
1.	إضطرابات الغدة الدرقية.....	99
2.	علاج إضطرابات الغدة الدرقية.....	110

113.....	3. الوقاية للحد من الإصابة بإضطرابات الغدة الدرقية
115.....	خلاصة الفصل

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للجانب التطبيقي

119.....	تمهيد
120.....	1. التذكير بالفرضيات
121.....	2. الدراسة الإستطلاعية
128.....	3. الدراسة الأساسية
128.....	1.3. منهج الدراسة الأساسية
129.....	2.3. المعاينة
131.....	3.3. زمان ومكان إجراء الدراسة الأساسية
131.....	4.3. أدوات الدراسة الأساسية
138.....	5.4. كيفية إجراء الدراسة الأساسية

الفصل الخامس : عرض ومناقشة النتائج

143.....	1. عرض ومناقشة الفرضيات
151.....	2. مناقشة نتائج الفرضيات
163.....	3. عرض وتحليل نتائج الحالات
185.....	4. خلاصة عامة للأربع حالات
186.....	5. إستنتاج عام
189.....	خاتمة
193.....	قائمة المراجع

الملاحق

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	خصائص أفراد العينة الإستطلاعية.	122
02	تعديلات بنود إستبيان "تقبل المرض" لسليمان جريو(2018)، تبعا لإقتراحات المحكمين	126
03	خصائص أفراد عينة الدراسة الأساسية.	130
04	قيم معاملات إرتباط العبارات والدرجة الكلية للإستبيان	133
05	قيم معاملات الثبات للإستبيان	134
06	توزيع أبعاد المقياس على فقراتها	134
07	تفسير درجات مقياس "التعافي النفسي"	135
08	معاملات إرتباط (بيرسون)(R) لمصفوفة فقرات التعافي النفسي مع الدرجة الكلية لكل بعد	136
09	نتائج معامل ثبات كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha) لأداة الدراسة بأبعادها المختلفة.	137
10	قيم معاملات إرتباط الفقرات والدرجة الكلية للمقياس	137
11	قيم معاملات الثبات لمقياس "التعافي النفسي" في الدراسة الحالية	138
12	نتائج إختبار "كولموكروف -سميرنوف" للتحقق من خاصية التوزيع الطبيعي لبيانات الدراسة الأساسية.	143
13	نتائج اختبار "T" لعينة واحدة لدلالة مستوى تقبل المرض لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية.	144
14	نتائج اختبار "T" لعينة واحدة لدلالة مستوى التعافي النفسي لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية.	145
15	قيمة معامل الإرتباط بيرسون(R) بين درجات تقبل المرض ودرجات التعافي النفسي لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية	146
16	نتائج إختبار "T" للفروق بين الجنسين(المرضى والمريضات المصابين بإضطراب الغدة الدرقية)في تقبل المرض	147
17	نتائج تحليل التباين الأحادي(ANOVA)لدرجات تقبل المرض ومتغير مدة الإصابة بالمرض (من سنة إلى أقل من 5 سنوات، من 5سنوات إلى أقل 10 سنوات، من	148

	10 سنوات فأكثر) لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية	
150	نتائج إختبار " T للفروق بين الجنسين (المرضى والمريضات المصابين بإضطراب الغدة الدرقية) في التعافي النفسي.	18
150	نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لدرجات التعافي النفسي ومتغير مدة الإصابة بالمرض (من سنة إلى أقل من 5 سنوات، من 5 سنوات إلى أقل 10 سنوات، من 10 سنوات فأكثر) لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية.	19
167	نتائج تطبيق مقياس وابعاد التعافي النفسي	20
172	نتائج تطبيق مقياس وابعاد التعافي النفسي	21
178	نتائج تطبيق مقياس وابعاد التعافي النفسي	22
183	نتائج تطبيق مقياس وابعاد التعافي النفسي	23

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الأشكال	رقم الجدول
37	عملية تقبل المرض أو عملية الإستسلام	01
39	نموذج فيشين	02
88	شكل الغدة الدرقية الطبيعي	03
89	مخطط الغدة الدرقية	04
90	البنية التشريحية للغدة الدرقية	05
96	الهرمونات التي تحفز إفراز هرمونات الغدة الدرقية	06
122	توزيع جنس أفراد العينة الإستطلاعية حسب متغير	07
123	توزيع أفراد العينة الإستطلاعية حسب متغير مدة الإصابة	08
130	توزيع عينة الدراسة الأساسية وفقا لمتغير الجنس	09
131	توزيع عينة الدراسة الأساسية وفقا لمتغير مدة إصابة بالمرض	10

ملخص الدراسة :

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على العلاقة بين تقبل المرض والتعافي النفسي لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية في كل من ولاية تيزي- وزو وولاية بومرداس . والكشف عن مستوى تقبل المرض والتعافي النفسي لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية حسب متغير الجنس ومتغير مدة الإصابة، والكشف على مدى تقبل المرض والتعافي النفسي لدى هذه الفئة .

ولإختبار فرضيات الدراسة الحالية ، تم إجراء دراسة ميدانية على عينة من المرضى المصابين بمختلف إضطرابات الغدة الدرقية ، قوامها (40) فردا من كلا الجنسين (ذكورا وإناثا) ، تم إختيارهم بطريقة قصدية ، وقد تم الإعتماد على المنهج الوصفي التحليلي والعيادي لإجراء هذه الدراسة.

ولجمع البيانات، تم الإعتماد على إستبيان تقبل المرض ل سليمان جريو (2018) الذي قام بتكييفه على البيئة الجزائرية. ومقياس التعافي النفسي لمريم الزيادات (2015) الذي قمنا بتكييفه على البيئة الجزائرية. كما تم إستخدام البرنامج الإحصائي للعلوم الإجتماعية (Spss 20) للقيام بالمعالجة الإحصائية في هذه الدراسة ، وقد توصلنا إلى مجموعة من النتائج، المتمثلة وهي كالتالي :

- مستوى تقبل المرض لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية منخفض.
- مستوى التعافي النفسي لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية منخفض.
- لا توجد علاقة بين تقبل المرض والتعافي النفسي لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية.
- توجد فروق بين المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية في تقبل المرض، تعزى للمتغير التالي: مدة الإصابة بالمرض فقط.
- لا توجد فروق بين المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية في التعافي النفسي، تعزى للمتغيرات التالية: الجنس، تعزى للمتغيرات التالية: الجنس ومدة الإصابة بالمرض

الكلمات المفتاحية : تقبل المرض، التعافي النفسي ، الغدة الدرقية .

Résumé de l'étude :

La présente étude vise à explorer la relation entre l'acceptation de la maladie et le rétablissement psychologique chez les patients atteints de troubles de la glande thyroïde dans les wilayas de Tizi-Ouzou et de Boumerdès. Elle cherche également à évaluer le niveau d'acceptation de la maladie et de rétablissement psychologique selon deux variables : le sexe et la durée de la maladie.

Pour tester les hypothèses de recherche, une étude de terrain a été réalisée sur un échantillon intentionnel de (40) patients des deux sexes, souffrant de différents troubles thyroïdiens. La méthodologie adoptée est à la fois descriptive analytique et clinique.

Les outils psychométriques utilisés comprennent : le questionnaire d'acceptation de la maladie adapté au contexte algérien par Suleiman Jrio (2018), ainsi que l'échelle de rétablissement psychologique de Mariam Al-Zayadat (2015), également adaptée au contexte algérien. Les données ont été traitées à l'aide du logiciel statistique SPSS (version 20).

- Les principaux résultats obtenus sont les suivants :
 - Le niveau d'acceptation de la maladie chez les patients atteints de troubles thyroïdiens est faible.
 - Le niveau de rétablissement psychologique chez ces patients est également faible.
 - Il n'existe pas de relation significative entre l'acceptation de la maladie et le rétablissement psychologique.
 - Des différences significatives ont été observées dans l'acceptation de la maladie en fonction de la durée de la maladie uniquement.
 - Aucune différence significative n'a été observée dans le rétablissement psychologique en fonction du sexe ou de la durée de la maladie.

Mots-clés : Acceptation de la maladie, Rétablissement psychologique, Glande thyroïde.

Study Summary:

The present study aims to explore the relationship between illness acceptance and psychological recovery among patients with thyroid gland disorders in the wilayas of Tizi-Ouzou and Boumerdès. It also seeks to assess the levels of illness acceptance and psychological recovery based on two variables: gender and duration of illness.

To test the research hypotheses, a field study was conducted on a purposive sample of (40) patients of both sexes, suffering from various thyroid disorders. The methodology adopted was both descriptive–analytical and clinical.

The psychometric tools used include: the Illness Acceptance Questionnaire adapted to the Algerian context by Suleiman Jrio (2018), and the Psychological Recovery Scale developed by Mariam Al-Zayadat (2015), also adapted to the Algerian context. Data were analyzed using the statistical software SPSS (version 20).

- The main findings are as follows:
 - The level of illness acceptance among patients with thyroid disorders was low.
 - The level of psychological recovery among these patients was also low.
 - No significant relationship was found between illness acceptance and psychological recovery.
 - Significant differences in illness acceptance were observed based solely on the duration of the illness.
 - No significant differences were found in psychological recovery based on gender or duration of the illness.

Keywords: Illness acceptance, Psychological recovery, Thyroid gland.

مقدمة:

يعد مفهوم الصحة الجسدية والنفسية، من بين المفاهيم الأساسية التي نالت إهتماما واسعا من قبل الأطباء والمختصين النفسانيين، كلّ في مجاله، نظرا لما يحمله من أهمية كبيرة في حياة الفرد.

إذ إن التداخل القائم بين الجانب النفسي والجانب الجسدي يساهم في تشكيل نظرة كلية وشمولية للإنسان، الأمر الذي جعل علم نفس الصحة يهتم بدراسة دور العوامل النفسية في الصحة والمرض بالإضافة إلى تطوير أساليب الوقاية والعلاج.

وعليه، فإن الأمراض المزمنة والتغيرات العضوية التي تصيب الإنسان تشكل لديه تحديات متعددة الأبعاد لاسيما أن معاناة الفرد من المرض تعد تجربة إنسانية وجودية معقدة، تتجاوز في تأثيرها الجوانب البيولوجية والوظيفية، لتطال الأبعاد النفسية، الاجتماعية، والرمزية في حياة الشخص المصاب. وقد تفرض عليه هذه التجربة نمطا جديداً من التقبل، التكيف والتعايش مع واقع صحي متغير، أو على العكس، قد تدفعه إلى النفور وعدم القدرة على تجاوز المرض.

لكن، ومع تطور العلوم الطبية والنفسية، لم يعد التعامل مع المرض مقتصرًا على معالجة الأعراض الجسدية فحسب، بل أصبح يُنظر إلى البنية النفسية للمريض باعتبارها عنصراً حاسماً في مسار التعافي والتكيف مع الواقع الصحي الجديد. فالفرد لا يمرض كجسد فحسب، بل ككيان نفسي-إجتماعي متكامل يعيش من خلال تجربته المرضية صراعا متعدد الوجوه، يشمل الألم الجسدي الإضطراب العاطفي، وتهديد الهوية الشخصية.

ومن بين الحالات الصحية التي تُظهر تفاعلات معقدة بين الجسد والنفس، تبرز اضطرابات الغدة الدرقية، التي تُعد من أكثر الإضطرابات الهرمونية شيوعاً، وتمثل نموذجاً حياً لتجليات العلاقة بين العوامل البيولوجية والحالة النفسية. إذ تلعب الغدة الدرقية دوراً جوهرياً في تنظيم العمليات الأيضية، وتؤثر بشكل مباشر في المزاج، والطاقة النفسية، والوظائف المعرفية، بل وحتى نمط التفاعل الإجتماعي.

ومن خلال بحوثنا المكثفة في هذا المجال، تبين لنا انه هناك دراسات توصلت إلى أن مرضى الغدة الدرقية -سواء في حالات فرط النشاط أو القصور- يعانون من أعراض نفسية مترافقة، تشمل القلق والإكتئاب، وإضطرابات النوم، وضعف التركيز، والتعب المزمن، ما يجعل من تجربة المرض تحدياً مزدوجاً: جسدياً ونفسياً في آنٍ واحد.

في هذا السياق، يكتسب مفهوم تقبل المرض أهمية خاصة، بوصفه عملية نفسية إدراكية-إنفعالية تعكس مدى إستعداد الفرد للإعتراف بوجود المرض والتعامل معه بواقعية ومرونة. ويشير هذا المفهوم إلى قدرة الفرد على دمج تجربة المرض ضمن سيرته الذاتية، دون إنكار أو مقاومة نفسية مفرطة، مما يساهم في تقليص حدّة التوتر، وتعزيز الشعور بالتحكم، وفتح المجال لتبني إستراتيجيات تأقلم صحية.

كما أن تقبل المرض يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالإستعداد النفسي للإنخراط في العلاج، و إحترام القيود التي تفرضها الحالة الصحية، مما يُسهم في تحسين جودة الحياة والرّفاه النفسي العام.

وتتجلى أهمية هذا المفهوم بشكل خاص في الأمراض المزمنة، أو تلك التي تستدعي علاجاً طويل الأمد أو تعديلات جذرية في نمط الحياة، كما هو الحال في أمراض الغدة الدرقية؛ ومن جهة أخرى، يعد التعافي النفسي هدفاً أساسياً ومحورياً في منظومة الصحة النفسية المعاصرة وفي مسار العلاج الشامل ولا يُختزل في اختفاء الأعراض أو استعادة الوظائف الحيوية إلى طبيعتها فحسب، بل يتعدى ذلك ليشمل الشعور بالأمان النفسية، وإستعادة التوازن الداخلي، والقدرة على إعادة بناء تصور ايجابي للحياة كل والذات، رغم إستمرار المرض أو إحتمال عودته.

وفي هذا الإطار، جاءت هذه الدراسة للمساهمة في فهم العلاقة بين تقبل المرض والتعافي النفسي لدى عينة من الأشخاص الذين يعانون من إضطرابات في الغدة الدرقية، لاسيما في ظل تزايد أعداد المصابين بها محليا وعالميا. وتتبع أهمية هذه الدراسة من سعيها إلى تسليط الضوء على جانب غالباً ما يُهمل في التعامل الإكلينيكي وهو البعد النفسي لدى مرضى الغدة الدرقية، بوصفه عنصراً لا يقل أهمية عن العلاج الدوائي أو الجراحي في تحسين الحالة العامة للمريض، لكونه مرتبطاً بتمثلات المرض، ودرجة تقبله، والقدرة على التكيف الإيجابي معه.

كما نهدف إلى إبراز مفهوم "التعافي النفسي"، الذي يعدّ مصطلح الم يتم تناوله من قبل بحسب اطلاعنا-في البيئة الجزائرية، وقد تم تقسيم هذه الدراسة إلى شقين أساسيين، والمتمثلين في **الجانب النظري والجانب التطبيقي**، تسبقهما مقدمة وفصل تمهيدي: الموسوم بـ: **"الإطار العام للدراسة"**: ويحتوي على: الإشكالية، فرضيات الدراسة، أهداف الدراسة، أهمية الدراسة، وفي الأخير تم التطرق إلى التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة.

ويتمثل الجانبين الأساسيين في الدراسة في:

أولاً: الجانب النظري

والذي يضم بدوره الفصول التالية:

✓ **الفصل الأول:** تم فيه تناول **متغير تقبل المرض**: بما في ذلك لمحة تاريخية عن ظهور مفهوم تقبل المرض، ثم تعريفه، وعلاقته بمصطلحات أخرى، وسيرورة ومراحل تقبله، إضافة إلى مظاهر تقبل المرض وعدم تقبله، وأهمية هذا المفهوم، والعوامل المؤثرة فيه، والنظريات المفسرة له، فضلاً عن مؤشرات تقبل المرض وطرق قياسه.

✓ **الفصل الثاني:** تم فيه تناول **متغير التعافي النفسي**، الذي تطرقنا فيه إلى تعريف التعافي النفسي، والمفاهيم المرتبطة به، وأبعاده، ونماذج، ومراحله، والنظريات المفسرة له، والعوامل المساعدة على تحقيقه وتجاوز

الصددمات التي يمر بها الفرد، والعوامل المؤثرة على عملية التعافي النفسي، وخصائص الأشخاص القادرين على التعافي النفسي، والمؤشرات النفسية والاجتماعية التي تدل على تحقيق التعافي النفسي، إضافة إلى العلاقة بينه وبين الهوية الذاتية، والفرق بين عملية الشفاء وبين عملية التعافي النفسي، وحقول العافية النفسية، وكذلك أهمية التعافي النفسي في علم النفس.

✓ الفصل الثالث: اضطرابات الغدة الدرقية، الذي يتضمن:

- أولاً: مفهوم الغدة: تعريف الغدة، تعريف الهرمونات.
- ثانياً: الغدة الدرقية: خصائصها التشريحية، الإمداد الدموي والمفاوي والعصبي، التركيب النسيجي للغدة الدرقية، هرموناتها، علاقتها بالغدة النخامية، وظائفها.
- ثالثاً: اضطرابات الغدة الدرقية: طرق علاجها، وسبل الوقاية منها.

ثانياً: الجانب التطبيقي

ويضم فصلين، هما:

- ✓ الفصل الرابع: تم فيه تناول الإجراءات المنهجية للجانب التطبيقي، ويشمل: الدراسة الاستطلاعية، أهدافها، خطواتها، نتائجها، عينة الدراسة الاستطلاعية، ثم الدراسة الأساسية المعينة، زمان ومكان إجراء الدراسة، أدوات الدراسة، والأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

- ✓ الفصل الخامس: يتضمن عرض ومناقشة النتائج، حيث تم فيه عرض نتائج فرضيات الدراسة ثم مناقشة هذه الفرضيات.

وبعد التعرض للجانب النظري والتطبيقي تم وضع استنتاج عام لهذه الدراسة، لتختتم بعدها بخاتمة واقتراحات، كما تم وضع قائمة المراجع وقائمة الملاحق.

الفصل التمهيدي

1. الإشكالية:

أضحت الأمراض المزمنة من أبرز التحديات الصحية والاجتماعية التي تواجه الإنسان المعاصر، نظرًا لما تسببه من معاناة طويلة الأمد وتأثيرات معقدة تطل مختلف أبعاد الحياة. وتمتاز هذه الفئة من الأمراض بطابعها المستديم وطول أمدها، ما يستدعي رعاية طبية متواصلة، وتكيفًا نفسيًا واجتماعيًا طويل المدى.

في هذا السياق، شهدت المجتمعات خلال العقود الأخيرة تحولًا وبائياً ملحوظاً، تمثل في الانتقال من هيمنة الأمراض الحادة إلى انتشار الأمراض، وهو تحول يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالتغيرات التي طرأت على أنماط الحياة الحديثة، بما في ذلك قلة النشاط البدني، وسوء التغذية، وارتفاع معدلات التوتر، والتعرض المستمر للتلوث البيئي (الصحة العالمية، 2023). وقد أدى هذا التحول إلى تزايد ملحوظ في معدلات الإصابة بالأمراض المزمنة، لاسيما في الدول النامية التي تعاني من هشاشة البنية الصحية وافتقارها لبرامج فعالة في الوقاية والتثقيف الصحي.

وتُعرّف الأمراض المزمنة بأنها اضطرابات صحية غير معدية تدوم لفترات زمنية طويلة، غالباً ما تتجاوز ثلاثة أشهر، وتتسم بطابعها التدريجي وعدم قابليتها للشفاء التام، مما يستدعي متابعة طبية مستمرة وتكيفاً نفسياً واجتماعياً دائماً (الصحة العالمية، 2023). وتشمل هذه الفئة طيفاً واسعاً من الحالات مثل داء السكري، وارتفاع ضغط الدم، وأمراض القلب، وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة، وبعض أنواع السرطان، فضلاً عن الاضطرابات الهرمونية كقصور الغدة الدرقية والكلى.

ويُعزى هذا الانتشار المتزايد لهذه الأمراض، إلى تداخل مجموعة من العوامل البيولوجية والسلوكية والاجتماعية وكذلك النفسية، من بينها التغيرات الكبيرة في أنماط الحياة المعاصرة، وارتفاع مستويات التوتر، والتلوث البيئي، والإعتماد المفرط على الأغذية المصنعة وقلة النشاط البدني (السباعي، 2019، ص86). كما تبين أن الشيخوخة والعوامل الوراثية تعد من ابرز المحددات البيولوجية المؤهبة، خصوصاً في وجود استعدادات جينية موروثة (Graham, 2018, p75).

من جهة أخرى، تبرز أنماط الحياة غير الصحية كعوامل خطر مباشرة، إذ يُسهم التدخين، والسمنة، وسوء التغذية، والخمول الجسدي في تحفيز ظهور الأمراض المزمنة وتسريع تطورها (العسلي، 2021، ص39). ولا تقتصر خطورة هذه الأمراض على أبعادها الجسدية فقط، بل تتعداها إلى الآثار النفسية العميقة التي تنعكس بشكل واضح على حياة المريض. فغالبا ما يعد التشخيص بمرض مزمن صدمة نفسية تثير مشاعر القلق، والحزن، والغضب، والشعور بفقدان السيطرة على مجريات الحياة.

وقد بينت دراسات عديدة أن نسبةً معتبرةً من المصابين بالأمراض المزمنة يعانون من اضطرابات إكتئابية أو قلق مزمن، خاصة في حالات العجز، أو فقدان الإستقلالية، أو تدهور جودة الحياة (Katon, 2011, p397). وتصبح التحديات النفسية أكثر وضوحاً في المراحل الأولى من التشخيص، أو عند ظهور مضاعفات جديدة، ما يستدعي ضرورة إدماج الدعم

النفسي ضمن الرعاية الطبية التقليدية. إضافة إلى ذلك، تؤثر الأمراض المزمنة بشكل مباشر على الحياة الاجتماعية للمريض، فقد تتراجع مشاركته في الأنشطة الاجتماعية، أو يعاني من العزلة نتيجة الشعور بالوصمة أو الإحراج المرتبط بوضعه الصحي، خصوصاً في المجتمعات التي مازالت تنظر إلى الأمراض المزمنة نظرة سلبية، أو تشكك في قدرة المصاب على العمل والعتاء (المرزوقي، 2017، ص129).

وعليه، تؤثر الأمراض المزمنة على جودة الحياة، ليس فقط من خلال الأعراض الجسدية المستمرة، بل أيضاً من خلال تعطيل الأدوار اليومية التي اعتاد الفرد القيام بها، مثل العمل، والأنشطة الترفيهية، والمهام الأسرية. وقد أكدت منظمة الصحة العالمية أن التحدي الأكبر في التعامل مع هذه الأمراض لا يقتصر على توفير العلاج الطبي، بل يتمثل في تحسين نوعية الحياة الشاملة للمريض، وتعزيز قدرته على التكيف مع التغيرات التي تفرضها حالته الصحية (WHO, 2023).

ومن بين أكثر الأمراض المزمنة شيوعاً في الآونة الأخيرة، يبرز مرض الغدة الدرقية، الذي عرف إنتشاراً متزايداً. وتعد الغدة الدرقية إحدى الغدد الصماء الحيوية في جسم الإنسان، إذ تقع في مقدمة العنق أمام القصبة الهوائية، وتتكون من فصين (أيمن وأيسر) يربط بينهما جسر رقيق يُعرف بـ "البرزخ"، ما يمنحها شكلاً يشبه الفراشة (سليمان، 2020، ص99)؛ وتنتج الغدة الدرقية نوعين أساسيين من الهرمونات: الثيروكسين (T4) وثلاثي يودوثيرونين (T3)، اللذين يلعبان دوراً محورياً في تنظيم عمليات الإستقلاب (الأيض) داخل خلايا الجسم، بالإضافة إلى ضبط حرارة الجسم، ومعدل ضربات القلب، والتطور العصبي، والنمو الجسدي، خصوصاً خلال مرحلة الطفولة (حسن، 2019، ص96).

ويُشرف على عمل الغدة الدرقية هرمون TSH (الهرمون المنبه للدرقية) الذي تفرزه الغدة النخامية، وهو المسؤول عن تحفيزها لإنتاج هرموناتها حسب احتياجات الجسم. ويعتبر الحفاظ على التوازن بين TSH و T3 و T4 ضرورياً لضمان الأداء السليم للوظائف الحيوية (American Thyroid Association 2023). وكما تتميز كذلك بحساسيتها المفرطة تجاه الإضطرابات المناعية ونقص اليود، ما يفسر ارتفاع معدلات الإصابة بأمراضها، خاصةً لدى النساء في منتصف العمر (VerywellHealth, 2023)، ليتبين أن هذه الإضطرابات لا تقتصر على التأثيرات الجسدية فحسب، بل تنعكس أيضاً على الحالة النفسية للمريض، وهم ما يجعل الغدة الدرقية من أكثر الغدد تعرضاً للإضطرابات، ومن أكثرها خضوعاً للمتابعة في الطب الباطني والغدد الصماء (Kargar et al., 2024, p76).

وقد أوضحت دراسات حديثة أن معدل إنتشار إضطرابات الغدة الدرقية في مناطق الشرق الأوسط قد يصل إلى نحو 19% بين البالغين، مع تسجيل تزايد في الحالات تحت السريرية التي يصعب إكتشافها دون اللجوء إلى تحاليل مخبرية دقيقة (Kargar et al., 2024, p79).

وتؤكد نتائج بحوث متعددة الجنسيات أن استخدام نطاقات مرجعية تراعي العمر والجنس، يعد أمراً بالغ الأهمية في تشخيص حالات قصور أو فرط نشاط الغدة الدرقية بدقة، خاصة لدى كبار السن. (Leung et al., 2023, p44).

وتشير الأدبيات الحديثة كذلك إلى أن اضطرابات الغدة الدرقية لا تقتصر على التأثيرات الأيضية فحسب، بل قد تمتد لتؤثر على الوظائف العصبية والنفسية للمريض. فقد ثبت وجود ارتباط بين هذه الاضطرابات وبعض الأعراض النفسية والعصبية، مثل القلق، والاكتئاب، واضطرابات الحركة (Schneider et al., 2023, p22).

وفي هذا السياق، توصي مراجعات Mayo Clinic (مايو كلينيك) (Lechner-Kaukgi, 2023, p56) بضرورة توثي الحذر عند التعامل مع الحالات تحت السريرية، خصوصاً لدى الفئات الهشة كالمسنين، إذ لا يكون التدخل العلاجي السريع ضرورياً دائماً، ما لم تظهر أعراض واضحة أو إختلالات مخبرية كبيرة (In : Frontiers Editorial Office, 2023).

وتشير الدراسات الحديثة هي الأخرى، إلى أنّ نسبة إنتشار أمراض الغدة الدرقية في تزايد عالمي ملحوظ، ويرتبط ذلك بعدة عوامل بيئية وجينية وغذائية، بما في ذلك نقص اليود، وتلوث الهواء، والإستعداد الوراثي، والتعرض للإشعاع. وقد بينت دراسة أجراها الجبوري، (2020) على عينة من المرضى في العراق، أنّ النساء أكثر عرضة للإصابة بقصور الغدة الدرقية، بنسبة بلغت 73% من مجموع الحالات، وهو ما أكدته أيضاً دراسة عبد الجليل وآخرون (2018)، التي ركزت على العوامل المناعية المرتبطة بمرض (هاشيموتو)، أحد أكثر أسباب القصور شيوعاً.

وفي ذات السياق، أظهرت الأبحاث التي قدمها (Alves et al, 2021, p92) في مجلة "Thyroid Research" وجود علاقة ارتباط قوية بين مستويات الالتهابات المزمنة، مثل IL-6 و TNF- α ، وخطر الإصابة بأمراض الغدة ذات المنشأ المناعي. وتؤكد هذه المعطيات الحاجة إلى إجراء فحص دقيق وشامل لوظائف الغدة ضمن الرعاية الصحية الأولية، خاصة في ظل التشابه الكبير بين أعراض اضطراباتها وأعراض الاضطرابات النفسية، مثل الاكتئاب، والقلق، واضطراب المزاج. وهو ما أشار إليه (Nobre et al. 2020, p106) في دراستهم المنشورة في مجلة "Journal of Affective Disorders"، حيث وُجد أن 46% من مرضى القصور الدرقي يعانون من أعراض إكتئابية معتدلة إلى شديدة.

تحظى الإعتلالات المناعية الذاتية المرتبطة بالغدة الدرقية باهتمام متزايد، نظراً لدورها المحوري في التسبب باضطرابات الدرق، لاسيما داء غريفز وإلتهاب هاشيموتو. ففي مثل هذه الاضطرابات، يُهاجم الجهاز المناعي الغدة عن طريق الخطأ، مما يؤدي إلى زيادة إفراز الهرمونات أو تدمير الخلايا الدرقية.

وتشير نتائج دراسة طويلة الأمد أجراها (Weetman, 2020) إلى أن حوالي 80% من حالات قصور الغدة الدرقية لدى البالغين تعود إلى أسباب مناعية، وهو ما يتقاطع مع دراسة (الطائي، 2022، ص66) في العراق، التي أظهرت إرتفاع مستويات الأجسام المضادة للبيريوكسيداز الدرقي لدى 87% من المرضى المشخصين بقصور درقي أولي.

وقد بينت تحاليل مخبرية وجود مستويات مرتفعة من الأنترلوكينو عامل نخر الورم ألفا (TNF- α) لدى هؤلاء المرضى، ما يشير إلى وجود حالة إلتهابية مزمنة مستمرة تساهم في تدهور وظائف الغدة بشكل تدريجي.

وعلى صعيد آخر، أظهرت الدراسات الوراثية والبيئية تفاعلاً معقداً في تحديد الإستعداد للإصابة باضطرابات بالغدة الدرقية. فقد بيّنت دراسة (Simmonds et al, 2021, p171) المنشورة في مجلة "Nature Reviews Endocrinology"، وجود ارتباط بين بعض الجينات، مثل (HLA-DR3 و CTLA-4)، وإرتفاع خطر الإصابة بداء غريفز، لاسيما لدى النساء دون سن الأربعين، مما يعزز الفرضية القائلة بأن المناعة الذاتية الدرقية تتجم عن تفاعل معقد بين العوامل الوراثية والمحفزات البيئية.

وتُظهر البيانات الوبائية أن الإناث أكثر عرضة بكثير من الذكور للإصابة باضطرابات الدرق المناعية، بنسبة تصل إلى 65%، وهو ما فسره بعض الباحثين مثل (Brix et al, 2019, p69)، بوجود تأثيرات هرمونية وعوامل متعلقة بالكروموسوم X. ومن الجدير بالذكر أن التأثيرات السريرية لاضطرابات الغدة لا تقتصر على الأعراض الجسدية فحسب، بل تمتد أيضاً لتشمل الحالة النفسية والمعرفية للمريض. فقد أشار (Sawka et al, 2020, p93) إلى وجود علاقة مباشرة بين إنخفاض مستوى الثيوركسين وظهور أعراض الإكتئاب، خصوصاً لدى النساء في منتصف العمر، كما دعمت نتائج دراسة Almeida (et al, 2022) هذا الربط من خلال تأكيد العلاقة بين قصور الغدة الدرقية وإرتفاع معدلات اضطراب المزاج ثنائي القطب؛ ويعقد هذا التداخل بين الجانبين النفسي والهرموني من عملية التشخيص، ويستلزم فهماً متكاملًا للتفاعلات البيولوجية والعصبية ذات الصلة، فلا يمكن إغفال أثر العوامل النفسية والضغط العصبي على الغدة الدرقية، إذ أظهرت دراسات حديثة، مثل دراسة (Liu et al, 2022) المنشورة في مجلة (Psychoneuroendocrinology)، أن التعرض المستمر للضغط النفسي يؤدي إلى اضطرابات في محور تحت المهاد-النخامي-الدقي، مما يؤثر سلباً على إفراز TSH وبالتالي على نشاط الغدة عموماً.

وقد أكدت نتائج دراسة (Hage & Azar, 2020) أن الأفراد الذين تعرضوا لصدمة نفسية حادة كانوا أكثر عرضة لظهور تغيرات درقية حادة خلال الأسابيع التالية، مما يدعم نظرية التأثير المتبادل بين العوامل النفسية والهرمونية. وفي سياق فهم التكيف النفسي مع الأمراض المزمنة، يعتبر ضعف التعايش مع المرض، والاستمرار في العزلة، والاضطرابات النفسية مثل الإكتئاب والقلق، من أبرز العوامل التي تؤثر سلباً على نوعية حياة المرضى وجودتها، كما تضعف قدرتهم على تقبل ذواتهم والالتزام بالعلاج، ويشمل ذلك عدم اتباع نصائح الطبيب، وعدم الانضباط في السلوكيات الصحية، وعدم الالتزام بتجنب المحظورات سواء ما تعلق بالأغذية أو الممارسات أو السلوكيات الضارة، التي تعد من التحديات الرئيسية التي تواجه فرق الرعاية الصحية، خصوصاً في التعامل مع المرضى المصابين بأمراض مزمنة عموماً، ومرضى الغدة الدرقية بشكل خاص.

وفي هذا الإطار، برز في السنوات الأخيرة مفهوم "تقبل المرض" (Illness Acceptance) كعامل نفسي مهم يساهم في تعديل إستجابات الفرد للمرض. ويُعرف التّقبّل بأنه إستعداد الفرد للإعتراف بوجود المرض دون إنكار، والسعي

للتكيف مع متطلباته وآثاره، من خلال الحفاظ على نمط حياة إيجابي رغم التحديات (Felton, Revenson, & Hinrichsen, 1984, p55).

ويلاحظ أن مريض الغدة الدرقية يتأثر في نظرته للمرض بمجموعة من العوامل الثقافية والاجتماعية والاقتصادية المرتبطة بالمجتمع الذي نشأ فيه. ففي كثير من الأحيان، يعد الإعلان عن الإصابة بمرض الغدة الدرقية أمراً صامداً، ولذلك تختلف استجابات الأفراد عند تلقي التشخيص؛ فالبعض يشعر بالخوف من المضاعفات، أو من صعوبة التحكم في المرض، نتيجة لجهلهم بطبيعته، أو لتجارب سابقة في محيطهم العائلي أو المجتمعي، أو لما يرونه ويسمعونه عبر وسائل الإعلام.

وفي المجتمع الجزائري، على وجه الخصوص، تختلف نظرة الأفراد للمرض وفقاً لعوامل ثقافية، اجتماعية، إقتصادية ودينية، مما يؤثر بدوره على مستوى تقبلهم للمرض. فقد يتأخر بعض المرضى في إكمال عملية القبول أو لا يحققونها إطلاقاً، وهو ما قد يؤدي إلى تدهور في حالتهم الصحية، أو حتى إلى ظهور أمراض مرافقة أكثر خطورة.

وقد إزداد إهتمام الباحثين في ميدان الطب وعلم النفس بمفهوم تقبل المرض، بعدما لوحظت الآثار الإيجابية المترتبة عنه على صحة المرضى واستقرارهم النفسي، كما يعد من العوامل الحاسمة في تحسين فاعلية الرعاية الصحية؛ أما ضعف تقبل المرض، فيعد من أبرز الإشكالات النفسية التي تظهر بشكل خاص لدى مرضى الأمراض المزمنة، مثل الغدة الدرقية، داء السكري، السرطان، والعجز الكلوي، إذ تفرض هذه الأمراض على المريض نمطاً حياتياً مليئاً بالقيود، مما قد يؤدي إلى اختلالات نفسية، ومهنية، وأسرية، واجتماعية. وتبرز هذه الانعكاسات بشكل أكبر لدى فئة الراشدين على اختلاف طبقاتهم الاجتماعية.

ولقد أولت العديد من الدراسات إهتماماً بالغاً لمتغير "تقبل المرض" بوصفه مؤشراً نفسياً يسهم في التنبؤ بمستوى التكيف العام للمريض، خاصة في حالات الأمراض المزمنة. وفي هذا السياق، تشير دراسة كراكوفسكي (Krakowski, 2018, p37) إلى أن تقبل المرض لا يُعد مجرد حالة شعورية مرتبطة بالرضا، بل يمثل نمطاً إدراكياً- سلوكياً يساعد المريض على تجاوز الألم والتخفيف من التوتر النفسي (Krakowski, 2018, p142).

إن الإصابة بمرض مزمن تمثل لحظة إعلان عن الدخول في معاناة طويلة الأمد، قد ترافق المريض طوال حياته، وتُعرضه لتهديدات متعددة ترتبط بالمضاعفات والتغيرات التي يفرضها المرض، فتشخيص الأمراض المزمنة بصفة عامة، ومرض الغدة الدرقية بصفة خاصة، يعني الدخول في مرحلة انتقالية نفسية محفوفة بالحزن الناتج عن فقدان الحالة الطبيعية أو ما كان مألوفاً (BOURDON BRUNO, 2012, p12).

لذلك فإن من أهم خصائص تقبل المرض، إدراك المريض لطبيعة القيود التي سيفرضها عليه المرض، واستيعاب وجود مضاعفات ومخاطر محتملة. غير ان هذا الإدراك يجب ألا يتحول إلى بوابة لتطور اضطرابات نفسي، بل إلى وعي هادئ ومتزن يمكنه من التكيف (Lacroix A., Assal J.Ph, 2003, p 240).

فيعتبر تقبل المرض من المتغيرات النفسية الوسيطة والمهمة، سواء على مستوى الأفراد المصابين بالأمراض المزمنة، بالأخص اضطراب الغدة الدرقية، أو على مستوى الأوساط الصحية. فعلى الصعيد الفردي، يسهم التقبل في تحسين قدرة المرضى على مسايرة المرض والتعايش معه، ويؤثر إيجاباً في جودة حياتهم، وفي علاقاتهم الأسرية، والمهنية، والاجتماعية. أما على الصعيد الصحي، فتكمن أهميته في دعم سيروية العلاج، وتعزيز فعالية الاستجابة له، فضلاً عن دوره في تخطيط البرامج الوقائية وتقادي مضاعفات المرض.

وقد أشارت دراسة (مونيك أوبجلو وآخرون، 2013) إلى أن المرضى الذين يتقبلون مرضهم ويتكيفون معه، يتمتعون بدرجة أكبر من النشاط، ويشعرون بألم أقل، ويعيشون بقيود أقل، مقارنة بغير المتقبلين. كما يتميز هؤلاء بنوم أفضل، وإقبال أكبر على الحياة، بالإضافة إلى قدرتهم على التغلب على المشاعر السلبية والتعامل الإيجابي مع العلاج. وقد بينت الدراسة وجود علاقة طردية بين مستوى تقبل المرض وجودة الحياة: فكلما ارتفع التقبل، تحسنت نوعية الحياة (مونيك أوبجلو وآخرون، 2013، ص147).

وهو ما أكدته أيضاً دراسة (Damme- stapowicz (2010)، التي خلصت إلى أن إرتفاع مستوى تقبل المرض يسهم في تقليص الخدمات الصحية، مما يخفف العبء المالي الواقع على عاتق الدول والأفراد (Damme- stapowicz et al, 2010,p79).

وفي السياق نفسه، تُعد دراسة (Felton, Revenson&Hinrichsen, 1984) من الدراسات الرائدة التي تناولت أثر إستراتيجيات التكيف النفسي، وعلى رأسها "تقبل المرض"، على التعايش مع الأمراض المزمنة مثل إلتهاب المفاصل. حيث تبين أن المرضى الذين أظهروا مستوى عال من التقبل لحالتهم الصحية سجلوا توافقا نفسيا واجتماعيا أعلى مقارنة بمن إعتدوا على آليات الإنكار أو التهرب. (Felton et al, 1984,p75).

ومن جهة أخرى، أشارت دراسة (حسنين، 2021) التي أجريت على مرضى الغدة الدرقية، إلى أن الأفراد الذين تلقوا دعماً نفسياً وتعليمياً حول مرضهم أظهروا مستويات أعلى من تقبل المرض، وهو ما انعكس إيجابياً على حالتهم النفسية العامة، مقارنةً بمن لم يتلقوا هذا النوع من الدعم. وتؤكد الدراسة ذاتها أن تقبل المرض ساعد المرضى على إعادة تنظيم أولوياتهم الحياتية، والتفاعل الإيجابي مع العلاج، وهو ما يُعدّ من مؤشرات التعافي النفسي وفق التصور الحديث له.

وفي ذات السياق، أجرت (جابر، 2021) دراسة ميدانية على عينة من المرضى المصابين بقصور الغدة الدرقية في الجزائر العاصمة، وخلصت إلى أن انخفاض تقبل المرض كان مصحوباً بزيادة ملحوظة في مؤشرات القلق الاجتماعي والإنطواء، خصوصاً لدى النساء في الفئة العمرية بين 30-50 سنة (جابر، 2021، ص 87).

في المقابل، وُجد أن من ينجح في إستكمال عملية تقبل مرضه، يصل إلى توازن نفسي داخلي يمكنه من التحكم في علاجه، والتكيف مع مرضه في حياته اليومية ومجالاتها المختلفة: الشخصية، العائلية، المهنية والاجتماعية.

تتفق معظم الدراسات السابقة على أن تقبل المرض يمثل آلية دفاعية صحية تساعد الأفراد على التكيف الإيجابي مع ظروفهم الصحية، وتقلل من الأعراض النفسية المصاحبة، خاصة في حالات الأمراض المزمنة. كما يرتبط ارتباطاً إيجابياً بجودة الحياة، ويُعد مؤشراً هاماً على المرونة النفسية والصحة العقلية. ومن ثم، فإن العمل على تعزيز تقبل المرض لدى المرضى يمكن أن يشكل جزءاً محورياً من برامج الدعم النفسي والعلاج السلوكي المعرفي الموجهة لهم من هنا، يتضح مدى أهمية تقبل المرض، سواء على المستوى الشخصي في وقاية الفرد المصاب بإضطراب الغدة الدرقية من خطر المضاعفات، أو على مستوى الأسرة في خفض مستوى القلق والحيرة حول حالة المريض، أو على مستوى الرعاية الصحية في تحسين الخدمات العلاجية والوقائية، أو حتى على مستوى الدولة من خلال خفض التكاليف المرتبطة بالأدوية والتحاليل والفحوصات الدورية، وغيرها.

وفي إطار الاهتمام بالأمراض المزمنة، برز مفهوم "التعافي النفسي" كضرورة ملحة لفهم آليات التكيف النفسي. ويعد هذا المفهوم حديثاً نسبياً في مجال علم النفس الإكلينيكي، وقد شهد تطوراً ملحوظاً مع التحول من النموذج الطبي الصارم إلى النموذج الإنساني الذي يركز على الخبرة الذاتية للفرد في التعامل مع المرض وتحقيق التوازن النفسي والاجتماعي.

ويمثل هذا التحول نقلة نوعية في فهم العلاج، إذ لم يعد يُنظر إليه فقط كزوال للأعراض، بل كمسار شخصي لإستعادة الأمل والمعنى والفاعلية الذاتية والاندماج الاجتماعي (Slade, 2009; Davidson et al., 2005). وتشير العديد من الدراسات إلى أن التعافي النفسي لا يعني بالضرورة غياب الأعراض المرضية، وإنما يشمل القدرة على إستعادة الأمل وبناء هوية إيجابية وتحقيق أهداف شخصية، بالرغم من استمرار بعض التحديات النفسية أو الجسدية.

في دراسة نوعية رائدة، (Anthony, 1993) قدمت تعريفاً شاملاً للتعافي النفسي بإعتباره عملية شخصية عميقة تهدف إلى تغيير إتجاهات الفرد وقيمه ومشاعره وأهدافه ومهاراته، ليتمكن من عيش حياة مُرضية وذات معنى حتى في ظل إستمرار بعض الأعراض. وقد شكل هذا التعريف الأساس النظري للعديد من الدراسات اللاحقة التي تبنت البُعد الذاتي لفهم مسار التعافي (Anthony, 1993, p45).

ومن زاوية أخرى، شددت دراسة (Slade, 2009) على ضرورة فهم التعافي النفسي كعملية مستمرة وفردية تختلف من شخص لآخر، داعياً إلى التركيز على "الرواية الذاتية" للمريض كجزء أساسي في تقييم مؤشرات التعافي (Slade, 2009, 91).

وفي السياق نفسه، أظهرت دراسة (Davidson et al, 2005) أن العوامل المساعدة في تحقيق التعافي النفسي تتمثل أساساً في الدعم الاجتماعي، والانخراط في الأنشطة اليومية، والقدرة على اتخاذ قرارات مستقلة، وهو ما يُبرز أهمية العلاقات الشخصية والسياق الاجتماعي في دعم هذا المسار. كما أكدت على ضرورة إشراك المرضى في التخطيط العلاجي ومراعاة أهدافهم الخاصة (Davidson et al, 2005).

فحصول المريض على الدعم من طرف محيطه الاجتماعي يزيد من احتمالية نجاحه في التعافي النفسي وتخطي المرض. مثلاً توصلت إليه دراسة سريرية طويلة أجراها (Resnick, et al, 2005) على عينة من المرضى المصابين بالفصام، تم تتبّع مؤشرات التعافي على مدى ثلاث سنوات، وتبين أن الأشخاص الذين تمتعوا بدعم اجتماعي قوي وشعور عالٍ بالتمكن (Self-efficacy) أظهروا تحسناً ملحوظاً في جودة حياتهم النفسية والاجتماعية، مقارنةً بغيرهم؛ وقد أكد الباحثون ضرورة إدماج البعد النفسي-الاجتماعي في خطط العلاج (Resnick, et al, 2005, p 119-128).

وعند النظر في العلاقة بين تقبّل المرض والتعافي النفسي، يبدو من المعقول اعتبار الأول شرطاً ضرورياً (وإن لم يكن كافياً دائماً) لتحقيق الثاني؛ فالمريض الذي يعيش حالة إنكار أو رفض لحالته يظل عالقاً في مرحلة الصدمة النفسية، ما يعوق تقدمه نحو إعادة بناء هويته (Andresen et al., 2003).

في المقابل، يُمكن التّقبل الإيجابي الفرد من استثمار موارده النفسية والاجتماعية للتكيف والارتقاء. (Chen & Lee, 2023, p88).

ورغم أهمية هذه النتائج، إلا أن البيئة العربية لا تزال تعاني من ندرة الدراسات التي تناولت التفاعل بين تقبّل المرض والتعافي النفسي لدى المصابين باضطرابات الغدة الدرقية، خاصة في الجزائر. حيث ركزت غالبية البحوث على الجوانب الفسيولوجية أو الهرمونية، وأهملت البُعد النفسي في التعامل مع نفس الاضطراب.

وقد شكل هذا الفراغ المعرفي الدافع القوي لاختيار موضوع هذه الدراسة، والمتمثل في "تقبّل المرض وعلاقته بالتعافي النفسي لدى المرضى المصابين باضطراب الغدة الدرقية"؛ لذا تهدف هذه الدراسة إلى دراسة العلاقة بين تقبّل المرض والتعافي النفسي لدى المصابين باضطراب الغدة الدرقية، وذلك من خلال الإجابة على سلسلة من التساؤلات المتمثلة في :

– السؤال الأول: ما مستوى تقبّل المرض لدى المرضى المصابين باضطراب الغدة الدرقية؟

– السؤال الثاني: ما مستوى التعافي النفسي لدى المرضى المصابين باضطراب الغدة الدرقية ؟

- السؤال الثالث: هل توجد علاقة بين تقبل المرض والتعافي النفسي لدى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية؟
 - السؤال الرابع: هل توجد فروق بين المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية في تقبل المرض، تعزى للمتغيرات التالية: الجنس ومدة الإصابة بالمرض (من سنة إلى أقل من 5 سنوات، من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات، من 10 سنوات فأكثر)؟

- السؤال الخامس: هل توجد فروق بين المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية في التعافي النفسي، تعزى للمتغيرات التالية: الجنس ومدة الإصابة بالمرض (من سنة إلى أقل من 5 سنوات، من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات، من 10 سنوات فأكثر)؟

2. فرضيات الدراسة:

1.2. الفرضية الأولى:

"مستوى تقبل المرض لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية منخفض".

2.2. الفرضية الثانية:

"مستوى التعافي النفسي لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية منخفض".

3.2. الفرضية الثالثة:

- "توجد علاقة بين تقبل المرض والتعافي النفسي لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية".

4.2. الفرضية الرابعة :

- "توجد فروق بين المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية في تقبل المرض، تعزى للمتغيرات التالية: الجنس ومدة الإصابة بالمرض (من سنة إلى أقل من 5 سنوات، من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات، من 10 سنوات فأكثر)".

5.2. الفرضية الخامسة :

- "توجد فروق بين المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية في التعافي النفسي، تعزى للمتغيرات التالية: الجنس ومدة الإصابة بالمرض (من سنة إلى أقل من 5 سنوات، من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات، من 10 سنوات فأكثر)".

3. أهداف الدراسة:

تتجلى أهداف الدراسة الحالية فيما يلي:

- الكشف عن مستوى تقبل المرض لدى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية حسب الجنس ومدة الإصابة.
- الكشف عن مستوى التعافي النفسي لدى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية حسب الجنس ومدة الإصابة.
- التعرف على العلاقة الموجودة بين تقبل المرض والتعافي النفسي لدى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية .

- الكشف عن ظروف تقبل المرض والتعافي النفسي والسلوكيات الصحية لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية.

4. أهمية الدراسة:

تكمن أهمية هذه الدراسة في جانبين:

أولاً: الأهمية النظرية:

إغناء التراث النظري لعلم النفس الصحي: تشكل هذه الدراسة إضافة نوعية للإطار النظري في علم النفس الصحي، من خلال تسليط الضوء على متغيرين أساسيين هما: تقبل المرض و التعافي النفسي. فكلا المفهومين لا يزالان في طور التوسع والتطبيق في المجال السريري، خصوصاً في السياقات العربية. ومن خلال دراسة العلاقة بينهما لدى فئة خاصة من المرضى (مرضى اضطراب الغدة الدرقية)، تساهم الدراسة في بناء فهم أعمق لأبعاد التكيف النفسي مع المرض المزمّن.

ترسيخ البعد السيكلولوجي في التعامل مع الاضطرابات الغدية: يغلب الطابع البيولوجي والطبي في تناول اضطرابات الغدة الدرقية، إلا أن هذه الدراسة تسعى إلى إبراز أهمية العامل النفسي، عبر دمج المفاهيم النفسية المتعلقة بالتقبل والتعافي، مما يعزز النظرة الشمولية للمريض باعتباره كياناً بيولوجياً ونفسياً واجتماعياً.

سدّ فجوة في الأدبيات النفسية: لا توجد دراسات كافية - خاصة في البيئة العربية - تناولت اضطرابات الغدة الدرقية من منظور نفسي-صحي. لذا فإن الدراسة تسدّ فجوة في الأدبيات من خلال توفير معطيات أولية يمكن أن تُبنى عليها نماذج نظرية مستقبلية تتعلق بتقبل المرض والتعافي لدى هذه الفئة.

الإسهام في فهم العلاقة الديناميكية بين المتغيرات: إن دراسة العلاقة بين تقبل المرض والتعافي النفسي تفتح المجال لفهم آليات التكيف الفعالة وغير الفعالة لدى المرضى، ما يساهم في تطوير فرضيات جديدة حول كيفية تأثير تقبل الذات والواقع المرضي على مسار التقدم النفسي للمريض، واستجابته للعلاج.

تعزيز التكامل بين الأبعاد المعرفية والانفعالية في تفسير سلوك المريض: من خلال ربط تقبل المرض - كعملية معرفية-انفعالية - مع مفهوم التعافي النفسي الذي يشمل التوازن الانفعالي والأداء النفسي الإيجابي، فإن الدراسة تقدم منظوراً تكاملياً يجمع بين التفكير والشعور في فهم استجابات الأفراد للمرض .

ثانياً: الأهمية التطبيقية:

توجيه تدخلات العلاج النفسي والصحي: توفر نتائج الدراسة معطيات ميدانية يمكن توظيفها من قبل الأخصائيين النفسيين والأطباء في تصميم تدخلات علاجية تستهدف تعزيز تقبل المرض، لما له من أثر إيجابي على الصحة النفسية والتعافي. ويمكن أن تعتمد برامج الدعم النفسي المستقبلية على هذا الأساس في علاج المرضى المزمّنين.

تطوير أدوات تقييم فعالة: تسلط الدراسة الضوء على أهمية استخدام مقاييس نفسية موجهة (مثل مقياس تقبل المرض ومقياس التعافي النفسي)، مما يشجع على اعتماد هذه الأدوات في التقييم النفسي الروتيني داخل العيادات والمراكز الطبية، وتكييفها ثقافيًا مع المجتمع المحلي .

دعم السياسات الصحية في مجال الأمراض المزمنة: تؤكد الدراسة على ضرورة مراعاة البعد النفسي في السياسات العمومية الموجهة للمرضى المزمنين، ودمج خدمات الإرشاد النفسي ضمن الرعاية الصحية الأولية والثانوية، خصوصًا لمرضى اضطرابات الغدة الدرقية الذين يعانون من تغيرات هرمونية تؤثر سلبيًا على الحالة النفسية .

تمكين المريض وتحسين جودة حياته: عبر تعزيز تقبل المرض وتحفيز عمليات التعافي النفسي، تُمكن الدراسة المرضى من تطوير استراتيجيات ذاتية للتعامل مع وضعهم الصحي، مما يساهم في رفع معنوياتهم، وتقليل الإحساس بالعجز أو الوصمة، وبالتالي تحسين نوعية حياتهم العامة .

الاستفادة في التدريب الأكاديمي والمهني: يمكن أن تشكل الدراسة مادة تعليمية وتدريبية لطلبة علم النفس والممارسين المبتدئين، بما أنها تمثل نموذجًا تطبيقيًا على كيفية الجمع بين النظرية والممارسة في ميدان الصحة النفسية.

5. تحديد المفاهيم إجرائيا:

1.5. تقبل المرض: تقبل المرض هو عملية نفسية يتمكّن من خلالها الفرد من التكيف مع حالته الصحية المزمنة أو الحادة، من خلال الاعتراف بوجود المرض، والتعامل معه دون إنكار أو مقاومة مفرطة، مما يساعده على الحفاظ على توازنه النفسي والاجتماعي ويقصد به في هذه الدراسة الدرجات التي يتحصل عليها أفراد عينة الدراسة الأساسية المكونة من (40) حالة مصابين باضطراب الغدة الدرقية، من خلال تطبيق مقياس تقبل المرض لسليمان جريو (2018).

2.5. للتعافي النفسي: التعافي النفسي هو عملية ذاتية وتدرجية يستعيد فيها الفرد توازنه النفسي وقدرته على العيش بشكل وظيفي وهادف، رغم المعاناة من اضطراب نفسي أو مشكلة صحية مزمنة، و يقصد به في هذه الدراسة الدرجات التي يتحصل عليها أفراد عينة الدراسة الأساسية المكونة من (40) حالة مصابين باضطراب الغدة الدرقية من خلال تطبيق مقياس التعافي النفسي لمريم الزيادات (2015) .

3.5. المرضى المصابين باضطراب الغدة الدرقية: هم أشخاص يعانون من خلل في وظائف الغدة الدرقية، سواء بفقر نشاطها أو قصور في أدائها، مما يؤدي إلى اختلال في إنتاج الهرمونات المنظمة لعمليات الأيض والنمو والطاقة، ويقصد بهم في هذه الدراسة المرضى المتكونين من (9) ذكورا و(31) إناثا، تتراوح أعمارهم ما بين (22-60 سنة) المصابين باضطراب الغدة الدرقية الذين تم مقابلتهم في "مستشفى برج منايل- بومرداس، و المركز الإستشفائي بالوة- تيزي وزو".

الجانب النظري

الفصل الأول

تقبل المرض

الفصل الأول:تقبل المرض

- تمهيد

1. لمحة تاريخية عن ظهور تقبل المرض
- 2.تعريف تقبل المرض .
- 3.تقبل المرض وعلاقته بمصطلحات أخرى.
- 4.سيرورة و مراحل تقبل المرض .
- 5.مظاهر تقبل المرض و عدم تقبل المرض.
- 6.أهمية تقبل المرض .
- 7.العوامل المؤثرة على تقبل المرض .
- 8.النماذج المفسرة لتقبل المرض .
- 9.مؤشرات تقبل المرض
- 10.قياس تقبل المرض .

- خلاصة الفصل

تمهيد:

إن عملية المرض هي معرفة المريض بأن اضطراب الغدة الدرقية سيفرض عليه نمط حياة خاص جداً، كما أنه يحوي مخاطر جسمية ونفسية جراء مختلف التأثيرات الأمراض والعلاجية، وبعد عملية التشخيص يعاني معظم المرضى من مشاكل التكيف مع المرض ومن ناحية تقبله، ولذا إن من ينجح في تقبل مرضه (اضطراب الغدة الدرقية)، يجد توازناً نفسياً كبيراً بداخله، وبفضل هذا التوازن يستطيع أن يتحكم في علاجه بصورة جيدة ويتكيف معه في حياته اليومية، و مختلف مجالاتها الشخصية العائلية المهنية و المجتمعية .

ولمزيد من الإيضاح سنعرض في هذا الفصل كلا من مفهوم تقبل المرض وظهور تقبل المرض و سيرورة و مظاهر تقبل المرض، وكذلك علاقة تقبل المرض بمصطلحات أخرى حيث تطرقنا كذلك إلى أهمية و عوامل و نماذج تقبل المرض في الأخير ذكرنا كيفية قياس تقبل المرض.

1. لمحة تاريخية عن ظهور تقبل المرض :

بدأ ظهور مفهوم تقبل المرض علمياً في الخمسينات من القرن الماضي عندما وضع كل من (dembo .leviton&wrights 1956)، نظرية تقبل فقدان كما ورد في (belgrave.1991) ويجب ان نشير إلى نوع التقبل هنا هو تقبل الإعاقة. ووفقاً لهذه النظرية فإن عملية تقبل فقدان عبارة عن سلسلة من التغيرات الهامة التي يقوم بها الفرد بحيث يصبح قادراً على إعطاء أهمية وقيمة للأمور الأخرى في حياته بدلاً من أن يظل في صراع مع إعاقته. وفي وقت لاحق ظهر اتجاه جديد في مفهوم تقبل المرض حيث أصبح أكثر تركيزاً على الأمراض وبخاصة تقبل الأمراض المميتة حيث وضعت "اليزليث كولبر - روس" اعتماداً على ملاحظاتها ومعايشتها للمرضى المحتضرين نموذجاً في كتابها "في الموت و الإحتضار" عام 1969. يتكون من خمس مراحل (الإنكار، والغضب، والمقايسة أو المساومة، والاكتئاب ثم التقبل)، وهي المراحل التي يمر بها المريض أثناء عملية الإحتضار وإستجابته لتوقع الموت (تايلور 2008، ص 696، 964).

ونتيجة لتطور مفهوم تقبل المرض من الناحية النظرية حاول بعض الباحثين تصميم مقاييس نفسية تقيس مفهوم التقبل عملياً، ففي عام (1981) وضع "دونالدو لنكوسكي" linkowski مقياس تقبل الإعاقة، وبعدها ظهرت قلة من المقاييس التي تقيس التوافق مع المرض أو تقبل المرض ولكنها كانت غير مباشرة وتقيس نتائج المرض مثل المزاج أو الأداء الإجتماعي، وفي عام 1984 قامت "باربرا فيلتون وزملاؤها" (felton et al 1984) بوضع مقياس تقبل المرض وخلافاً لمقاييس التوافق السابقة فقد تم التركيز على تقبل المرض من غير التعبير عن المشاعر أو الإستجابات السلبية. وتشير "فيلتون وزملاؤها" إلى مفهوم تقبل المرض كإستراتيجية من إستراتيجيات المواجهة وإن نجاح المريض في المواجهة يعتمد على تقبل المرض بمافيه من نتائج سلبية و إيجابية على حياته، وبالتالي يجب ملاحظة تطور مفهوم تقبل المريض، حيث أصبح يعرف حالياً كإستراتيجية لمواجهة المرض و بخاصة الأمراض المزمنة ، على عكس تقبل الأمراض المميتة حيث يعرف التقبل بأنه إستسلام (Felton & Revenson.1984.Weinman et al 1995).

وعند إستقراء التراث النفسي لدراسات تقبل المرض وجدت وفرة في الدراسات التي أستخدمت مقياس "فيلتون وزملاؤها" حيث تم تطبيقه علو مرضى مصابين بأمراض متنوعة مثل الملاريا، والسكري والفشل الكلوي، والصدفية، وتوصلت هذه الدراسات إلى أهمية تقبل المرض بالنسبة للأمراض المزمنة بشكل عام، فقد أشار كل من (ostapowicz et al 2012) إلى أن الأفراد الذين يتقبلون المرض يصبح لديهم فهم واضح لمسار المرض، وبالتالي يدفعهم ذلك إلى إتخاذ منهج يتصف بالتفاؤل و الأمل نحو حالتهم الصحية، كما يظهر المريض ثقة أكبر بالأطباء و الأساليب العلاجية ويشارك بفاعلية في العملية العلاجية.

ومن جانب آخر يسهم إنخفاض تقبل المرض في إنخفاض فعالية الذات و الشعور بالإعتماد على الآخرين و التقليل من قيمة الذات (Lowko.et al 2007)، ومن الأهمية النظر إلى تقبل المرض باعتباره إستراتيجية مواجهة وليس إستسلاما للمرض فبعض الدراسات توصلت إلى أن الاستسلام للمرض يمكن أن يعجل الموت (Carver et al 2010).

ويشير (Nakamura & orth 2005.283) إلى وجود نوعين للتقبل هما :

- **التقبل الفعال أو النشاط Active acceptance** : ويقصد به معرفة المريض بالخبرات السلبية للمرض وعدم لجوئه للحيل الدفاعية للسيطرة عليه، وإنما يستعيد الإحساس بالحياة من خلال دمج المرض في حياته اليومية وهو محاولة تحقيق أهدافه الهامة وجعل قيمة حياته (Chan.2012).
- **التقبل الإستسلامي Resigning acceptance**:

هو التقبل الذي يؤدي إلى نتائج سلبية ويتسم بالتشاؤم و السلبية وعدم حب الحياة ، وأيضا يمكن أن يقال أنه تقبل الواقع و الإستسلام له وتحمل ما فيه، وهو يحتوي على الأفعال و التأثيرات السلبية، ويمكن الإشارة إليه بالتقبل السلبي، ويرتبط التقبل الإستسلامي بالمرارة، و الإنكار، و الإحباط و اليأس (Dijkstra et al.2008).

من خلال تجربتي وإهتمامي بالجانب النفسي في التعامل مع المرض، أرى أن ظهور مفهوم تقبل المرض يعكس تطورا مهما في الفهم الإنساني لمكانة الفرد في مواجهة الحالات الصحية. لم يعد المرض يفهم كخلل جسدي، بل كحدث وجودي يتطلب تكيفا نفسيا ومعرفيا، وهذا التطور سمح بإدماج المرض في السياق النفسي للفرد، ما أتاح مقاربات علاجية أكثر شمولاً.

2. تعريف تقبل المرض:

يحتوي مفهوم تقبل المرض على الموافقة و القبول ، وتستخدم في وصف العلاج ومرحلة من الحزن و قبول الأمر في الواقع (الشرييني لطفي بدون سنة ص2) فتقبل المرض هو المرحلة الأخيرة التي تلي هذه المراحل : الصدمة، الإنكار، التمرد، المساومة، الإكتئاب، التقبل.

ويرى " felton bj & al " أن تقبل المرض ينطوي على عملية التكيف النفسي حيث يصبح الأفراد أكثر نشاطا في الرعاية الخاصة بهم وتعلم كيفية مواجهة المرض بتفاؤل و إيجابية رغم القيود التي يفرضها (Felton bj 1986p98).

1.2. تقبل المرض لغة :

تقبل :تقبل أي راضي أو إرتضى (سليمان جريو 2019ص82).

تقبل : هو الترحيب بكل ما يعرض من خبرات نفسية دون محاولة تجنبها أو تغيير شكلها. (سامية عقاب 222).

2.2. تقبل المرض اصطلاحاً :

إن تقبل المرض عبارة عن إستجابة نفسية، معرفية وسلوكية أيضاً، تتضح من خلالها قدرة المرضى على التكيف مع المتغيرات الحياتية المختلفة و المتنوعة، كما تمكنه من تطبيع كل طارئ لما يتمشى مع حياتهم الخاصة، بحيث لا تمثل لهذه التغيرات أي عائق في سير حياتهم النفسية و الإجتماعية وغيرها، ولذلك من المهم التحدث عن تقبل المرض لدى الماصبين باضطراب الغدة الدرقية.

(Amar2005, حربوش2009ص105)

كما يعرف هو حالة نفسية يشعر فيها المريض بالرضا عن الذات و يتعايش مع المرض رغم القيود التي يفرضها عليه، دون أن يخلج أن يخل بنوعية حياته أو أداء أدواره الإجتماعية مع التفاعل الإيجابي للعلاج(سرار عائشة 2022.47).

- هو حالة من الرضا النفسي يتضمن تقبل الذات و التعايش مع المرض رغم القيود التي يفرضها عليه و التهديدات المستمرة، دون أن يخل بمعاشه النفسي أو أداء أدواره الإجتماعية مع التفاعل الإيجابي للعلاج،ويمكن قياسه في هذه الدراسة من خلال إستبيان تقبل المرض من تصميم الباحث سليمان جريو. (سليمان،محمد شريف2020ص80).

كما عرف البحيري احمد تقبل المرض على انه :

التسليم بالمرض من الناحية النفسية و الاجتماعية بإعتباره داء عادي ، حيث يمكن للفرد الحد من درجة تأثيره على مختلف أعضاء الجسم، عبر إتخاذ مبدأ الإحتراس و الحيطه و الحماية ، فالأساس هو وعي المريض بمرضه، وإتخاذ كل التدابير اللازمة من أجل الحد من تفاقمه مستقبلا .

(البحيري في عطية 2017ص38).

ومن خلال التراث النظري و الدراسات السابقة، يستطيع الباحث أن يعرف تقبل المرض في هذه الدراسة على نحو التالي:

3.2. تقبل المرض:

هو الشعور بالرضا عن الذات، و الإندماج و التعايش مع المرض، رغم القيود التي يفرضها عليه، دون أن يخل بحالته النفسية أو أداء أدواره الإجتماعية، مع التفاعل الإيجابي للعلاج.

كما ذكر في آيات القرآن الكريم ومنها قول الله تعالى "اولئك الذين نتقبل عنهم أحسن ما عملوا" (الاحقاب، 16). ليدل على رضى الله عن العبد وقبول أعماله ، ومنها تقبل الفرد لذاته ، والقبول بقضاء الله وقدره من علامات الإيمان، بينما التقبل في مجال علم النفس يصف علاقة الفرد بأفكاره ومشاعره ، وقبولها دون أن يصدر أحكام.

إن تقبل المرض لا يفهم كخضوع للواقع المرضي، بل كحالة وعي متقدم تسمح للفرد بإعادة تنظيم تصوراته عن الذات، المستقبل، والصحة. التقبل هنا كما، كما ألاحظه في الحالات السريرية، يمثل نقطة تحول نحو التكيف الإيجابي ويخفف من التواترات النفسية المصاحبة للرفض أو المقاومة.

3. تقبل المرض وعلاقته بمصطلحات أخرى:

1.3. تقبل المرض و مستوى الدين:

إن مواجهة المواقف الصعبة و المؤلمة تختلف باختلاف نوعية الشخصية الذي حلت بها المصيبة، فالشخصيات ذات التكوين النفسي التربوي، و الاجتماعي الهش، أو التي لم تتدرب على تنوع مواقف لاتستطيع المقاومة، أما الشخصيات التي تربت تربية إسلامية تتلاءم مع مواقف الحياة المختلفة، فإن المصيبة لا تؤثر فيه، وتستطيع التغلب على الأزمة ومعالجتها بنفسها، ويتقبلون الصدمة النفسية، ويعتبرونها نتائج مقدرات وإرادات الإلهية وسنة الله في خلقه سواء تلك الصدمة كانت قوية أو أخف، سنة الله في خلقه كحادث موت عزيز على المصاب أو مرض خطير مزمن أو غير ذلك (سعادات، 1436، ص246).

لذا يعتبر تقبل المرض بالنسبة للدين هو الجانب الخاص بالتسليم و الاستسلام لقدر الله (تسليم القلب لله مع البحث عن العلاج في مظانه) وهو المرض المزمن، فالمرض في النهاية إذا أصيب به الانسان هو من قدر الله الذي لا مفر منه الذي يدخل ضمن ارادة الله النافذة. وليس معنى التسليم لقدر الله كما فهمه بعضهم أنه القعود عن التغيير ما أصاب الانسان من فقر أو مرض أو جهل أو حتى معصية، لأن كل ذلك مقدر من عند الله فلا ينبغي مقاومته إنما ينبغي الاستسلام له (محمد قطب 2001، ص425، ص426).

ولهذا فإذا نظرنا إلى تقبل المرض من الناحية الشرعية وجدنا أن الناس يتراوحون في مستويات أربعة هي كالآتي: (سليمان جريو 2018، ص79، ص80).

المستوى الأول:

وهو أدنى مستوى قد ينحط إليه المريض المسلم وذلك عندما يتم تشخيصه بالمرض، فلا تجده إلا متسخطا على ربه و مولاه ويظهر ذلك في قوله وفعله من خلال الدعاء بالهلاك أو القيام بأمور الجاهلية التي نهى عنها الاسلام من لطم للخدود وشق الجيوب، وهذا راجع لعدم تشبع هذا المريض بأمور الغقيدة خاصة ما تعلق بالإيمان بالقضاء و القدر خيره وشره مما قد يدخله في دائرة الكفر.

المستوى الثاني:

ويكون المريض في هذا المستوى صابرا على البلاء، فالصبر نوعان كما يقول الامام الغزالي أحدهما بدني كتحمل المشاق بالبدن و الثبات عليها وهو إما بالفعل كتعاطي الأعمال الشاقة إما بالعبادات او غيرها، وإما بالإحتمال كالصبر على الضرب الشديد ، والمرض العظيم، والجراحات الهائلة، فالمريض في هذا المستوى غير متسخط كما في المستوى الأول فهو صابر غير أنه كاره للمرض ولا تستوي عنده الإصابة بالمرض من عدمها، وفي مثل هذه المواقف يكون الصبر واجبا كما أمرنا الله تعالى.

المستوى الثالث:

وفي هذا المستوى يكون الرضا عن الإصابة بالمرض مستحبا من الناحية الشرعية وليس واجبا، و المريض يرضا عن الله لما أصابه بهذا المرض و تستوي عنده الإصابة بالمرض من عدمها.

المستوى الرابع:

وهو المستوى الأخير والأعلى من بين هذه المستويات فهو على صبره واحتسابه ورضاه عن الله لما أصابه من مرض يشكر الله تعالى على هذا البلاء، فيقين الانسان بحسن الجزاء وعظم الأجر عند الله على البلية يخفف مرارتها على النفس ويهون من شدة وقعته على القلب و كلما قوى اليقين ضعف الإحساس بالألم حتى تنتقل لدى النفس من المكاه إلى المحاب، وهذا ما أثر عن عمر حال البلاء قوله" ما أصبت ببلاء إلا كان الله علي فيه أربع نعم: أنه لم يكن في ديني، وأنه لم يكن أكبر منه، وأني لم أحرم الرضا به، وأني أرجو ثواب الله عليه".

فلتدين أهمية كبرى في حياة الأفراد و الأمم، حيث يؤدي وظائف على المستوى الشخصي من خلال التوازن النفسي الذي يمنحه لصاحبه، وهو يشعر أنه في علاقة جيدة مع الله سبحانه وتعالى ويستطيع من خلالها مجابهة أعنى المشكلات.

2.3. تقبل المرض ونوعية الحياة:

كثيرة هي الدراسات التي أشارت إلى مؤشر نوعية الحياة بالنسبة لتقبل المرض عند المرضى المزمنين بصفة عامة، ومرضى اضطراب الغدة الدرقية .

فقد ذكرت كل من: دراسة (Jolanta, 2013)، "مونيكا أوبيلجو" وآخرون (2013)، (Urszula , 2013)، (Janusz, 2015) أن تراجع نوعية الحياة وظهور أعراض التظاهرات النفسية كالقلق و الاكتئاب يعد مؤشرا هاما لسوء تقبل المرض، كما أن المرضى الذين يتقبلون مرضهم كانوا يعيشون حياة أفضل من المرضى غير المتقبلين.

فتقبل المرض يساعد المرضى على أن يحيون حياة تكاد تكون طبيعية إذا ما قورنت بغير المرضى، إضافة إلى العلاقة الطردية بين تقبل المرض ونوعية الحياة والتي أثبتتها هذه الدراسات الأخيرة تدل بوضوح أن نوعية الحياة لدى مرضى اضطراب الغدة الدرقية تعتبر مؤشر قويا وهاما على تقبل المرض، وخصوصا مع بدايات المرض أو إذا كان المريض يعاني من أمراض أخرى مصاحبة للمرض المزمن.

3.3. تقبل المرض و تقبل العلاج:

اعتبرت دراسة "مونيكا أوبيلجو" وآخرون (2013) أن تقبل المرض و التعامل معه بإيجابية يساعد المريض في التغلب على مشاعره السلبية و التعامل بشكل أفضل مع العلاج.

فالمصاب باضطراب الغدة الدرقية لا يقتنع في البداية بأن لديه مرض مزمن، وعزوف المريض عن تناول الأدوية الطبية ولجوءه لتناول الأعشاب ضنا منه ان هذا المرض ليس مزمن والعلاج التقليدي سوف يكون أكثر فعالية من العلاج الطبي وهذا ما يؤكد إنكار المريض لطبيعة المرض المزمنة ويتخلل ذلك الشعور بالقلق و الاكتئاب وفقدان الأمل في الحياة وكذلك ظهور العديد من الإضطرابات الفسيولوجية و إضطرابات معرفية مثل تشتت الإنتباه وقلة التركيز و التفكير السلبي عن المرض، مما يتطلب معاملة المريض في هاته الحالة بطريقة لينة من طرف المحيطين به وذلك لأن فترة تقبل المرض و التكيف معه تتطلب جهد ووقتا كافيين، وبالتالي لايهتم بالعلاج وتعليمات الفريق الطبي وعدم تناوله لدواء و إتباع الحمية الخاصة مما يؤدي لزيادة شدة المرض و تفاقم في الأعراض وعدم التحكم في مضاعفاته.

تقبل المرض لايمكن فصله عن مفاهيم أخرى مثل التكيف، المرونة النفسية و المناعة النفسية، إن الأفراد الذين يطورون نمطا متوازنا في تقبل المرض، غالبا ما يظهرون قدرة أعلى على التعامل مع الألم، الضغوط و الإلتزام بالعلاج، مما يؤكد العلاقة التبادلية بين المفاهيم.

4. سيروية ومراحل تقبل المرض: (حربوش سمية 2014 ص 115.114)

إن حدوث المرض ليس أمراً نختاره أو أمراً نطلبه ،لأنه حدث يسفر عنه معاناة وتهديدات حيوية ونفسية. إن تشخيص المرض يعني دخول المريض في مرحلة الحداد "اي الحداد على كل ما مألوف للمريض " فهو يتصل بفقدان الشيء، عندما يعلن عن المرض فإن الفرد المعني بالأمر تظهر عليه ردود فعل عاطفية شائعة "صدمة،انكار، غضب،الإجهادالشديد،اليأس" وهي تعتمد بدرجة كبيرة على شدة المرض، هذه الردود تدل على أن الجسم يستجيب للتغير .

قبول هذا التغير مهم جداً وإلا فإن هذه المشاعر سوف تؤدي إلى تضخيم المرض و تجعله ينتشر و يتطور بشكل سريع "عملية النضج النفسي تستغرق وقتاً طويلاً"، لهذا فان المريض ستكون له القدرة على إستيعاب و قبول المرض، فكل فرد يمر ببعض المراحل الوسيطة قبل أن يصل إلى القبول النهائي للمرض "، سير هذه المراحل هو الذي يحدد نتائج الحداد ، إذ يبدو أن للحداد مسارين مختلفين :

-عملية الاندماج و التكامل التي تؤدي إلى القبول .

- عملية التي تؤدي إلى الإنكار ورفض الإستسلام للواقع .

ويعتبر مارك كاييس إن تقبل المرض عبارة عن إستراتيجية تتم عبر مراحل معينة و التي حددها كمايلي:

• مرحلة الصدمة:

تعتبر الصدمة أول الهجوم على نفسية الشخص الملتقي لخبر إصابته بالمرض، حيث ينشأ من ورائها عدة سلوكيات لاشعورية من قبل الشخص، وذلك لعلنا إن الصدمة النفسية تنشأ نتيجة ظهور مفاجيء وغير منتظر لعنصر جديد في حياة الفرد ، والذي يغير وجوده بصفة كبيرة ومهمة، حيث بسببه يصل الفرد مؤقتاً إلى عدم التكيف.

• مرحلة الإنكار:

تعتبر آلية دفاعية، حيث أن المرض معروف نظرياً، ولكنه يرى أنه يهدد أيضاً. سوف يحتاج إلى مقدمي الرعاية لخلق مناخ ثقة وإيجاد ما يشعره المريض من تهديد، المريض يطبق إستراتيجيات تجنب مع الغنكار للمرض من خلال الإستهانة أو الخجل من المرض.

• مرحلة التمرد:

وهو ثالث حالة يتعايش معها الفرد بعد تشخيصه لحالته المرضية، وبما أن التمرد في معناه هو التعدي على الحكم أو السلطة أو القانون، ففي هذه الحالة يمكن تعريفه على أنه التغيير المصاحب لعدم الرضا عن وضع معين سواء للفرد أو الجماعة ، وعادة ما يربط الفرد سلوكه التمردى هذا "حسب وجهة نظره" بقدر غير عادل أو محيط عدواني ، وبالتالي فهذا السلوك التمردى ناتج عن نظرة مبهمه وغير واضحة ، وبهذا يكون التمرد رد فعل طبيعي للإحباط.

• مرحلة المفاوضة:

تمثل هذه المرحلة بوابة إستيعاب فكرة المرض، حيث يلجأ الفرد المريض إلى الطبيب ويحاول قدر مستطاعه إتباع تعليماته، لكنه بين الحين و الآخر يحاول التفاوض مع طبيبه على حالته الصحية.

• مرحلة الإكتئاب:

بعد إستيعاب المريض لحالته، يصيبه نوع من الإكتئاب وهو حالة نفسية تؤدي بالفرد إلى حالة مرضية تتميز بالشعور بالدونية و الامبالاة إتجاه الحياة مع تباطئ نفسي حركي، وإمكانية ظهور عجز معرفي، فالاضطرابات المعرفية تصبح ذات أهمية و الحياة العاطفية لايصبح لها معنى، فالفرد تسيطر عليه الكأبة.

• مرحلة التقبل:

نصل إلى مرحلة تقبل المرض أو بالأحرى التعود عليه و التكيف معه، وعادة ما يصاحب هذه المرحلة الهدوء تام من قبل المريض، وتعاون واضح مع الطبيب، بحيث يحاول المريض إدراج مرضه كجزء من حياته، ويتطور هذه المرحلة يجد المريض نفسه في حالة من الخضوع التام.

• مرحلة الخضوع:

وهو إمتداد للمرحلة السابقة، حيث يكون هناك إستسلام كلي من قبل المريض لحالته وإنصياع تام لأوامر الطبيب ، حيث يفوض المريض أمره لطبيبه وينقاد لنصائحه، لكن قد تتعدى مراحل تقبل المرض هذه حسب كاييس إلى مرحلة أخيرة وطارئة والتي عبر عنها بالتقبل الزائف.

• مرحلة التقبل الزائف:

وهي مرحلة يرفض فيها الفرد شعوريا الإحساس بالمرض، وينتابه خوفا شديدا من مضاعفاته، وذلك بعد إدراكه التام ومعرفته الكلية بمرضه (حريوش 2014.305.304).

من خلال تجربتي في دراسة الظواهر النفسية، أرى أن تقبل المرض هو عملية خطيرة، يمر خلالها الفرد بمراحل متعددة ومتغيرة. ليست هناك قاعدة ثابتة لتسلسل هذه المراحل، لكن الوعي بها يسهل علينا كأخصائيين في الصحة، تقديم الدعم المناسب في كل مرحلة من مراحل الإنكار، الغضب، الحزن أو القبول.

5. مظاهر تقبل المرض وعدم تقبل المرض :

أ. مظاهر تقبل المرض :

قد يظهر تقبل المرض من خلال التعافي النفسي للمريض ومدى تعايشه و مسايرته للمرض وكذا عدم تتطور المرض وظهور مضاعفاته ونستطيع أن نخلص مظاهر تقبل المرض على النحو التالي :

• من خلال المريض نفسه و كيفية تلقي خبر إصابته و مدى تقبله أو إنكاره للمرض، فبعض الحالات تصرح أنها إستطاعت أن تتكيف مع مرضها وإن الأمر كان عاديا إلى حد ما و سهلا بالنسبة لها، وهذا ما أشارت إليه الدراسات التي تناولت تقبل المرض ومن بينها دراسة "مونيكا اوبيجلو" وآخرون (2013)، التي هدفت الدراسة إلى كشف دور تقبل المرض وعلاقته بنوعية الحياة لبعض الحالات :

من خلال عدم تطور المرض وظهور مضاعفاته مما يعني أن المريض يتعايش مع مرضه بشكل طبيعي.

- عدم ظهور أعراض القلق و الاكتئاب بدرجة كبيرة تخل بنوعية حياة مريض اضطراب الغدة الدرقية.

- من خلال إستجابة المريض للإلتزام بالعلاج وذلك بإتباع نصائح الطبيب وتناول الأدوية في وقتها.

- من خلال حديث المريض عن مرضه بشكل عادي وممارسة نشاطاته اليومية و إقامة علاقاته الإجتماعية أو أداء أدواره بشكل طبيعي (hennen.G&Bouchard.P2001p16).

ب. مظاهر عدم تقبل المرض:

تتمثل مظاهر عدم تقبل المرض في كون المريض بإضطراب الغدة الدرقية يظهر بعض الإستجابات و ردود الأفعال الناتجة عن التغيرات الجديدة المتعلقة بالمرض و المتمثلة في تظاهرات الاضطراب النفسي حيث تبرز حالات القلق و الإكتئاب بدرجة كبيرة ، اضطرابات النوم و التغذية ، ظهور بعض المشاكل الأسرية شعور المريض أن هناك تغيرا في صورته الجسدية و ونستطيع أن نلخص مظاهر عدم تقبل المرض على النحو الآتي :

من خلال تصريحات المريض أنه لم يتقبل المرض عند تلقيه لخبر إصابته وأنه لم يستطيع أن يتكيف مع مرضه و أن الأمر كان صعبا .

• من خلال تتطور المرض و مضاعفاته مما يعني أن المريض لم يتعايش مع مرضه بشكل طبيعي ولم يتبع نظام الدوائي المقترح من طرف الطبيب .

• ظهور أعراض القلق و الإكتئاب بدرجة كبيرة تخل بنوعية وجود حياة مريض اضطراب الغدة الدرقية.

• من خلال حديث المريض عن مرضه بشكل غير عادي فهو يتحرج من الحديث عن مرضه وكذا إختلال ممارساته ونشاطاته اليومية المعتادة وعدم إقامة علاقات إجتماعية تؤدي بالطبيعة إلى عدم أداء أدواره بشكل طبيعي.

• اختلال نظرة المريض إلى الآخرين، العزلة الإجتماعية والعائلية والمهنية. (سليمان جريو، 2019، ص104، 103).

من خلال تتبع أنماط إستجابات المرضى، ألاحظ أن تقبل المرض ينعكس في سلوكيات مثل الإلتزام بالعلاج، الحديث الواقعي عن الحالة، ومحاولات التكيف مع التغيرات الحياتية، في المقابل فإن عدم التقبل يتجلى في الرفض، و الانسحاب، أو حتى أعراض إكتئابية.

6. أهمية تقبل المرض: (سليمان جريو 2019 ص88.89)

إن أهمية تقبل المرض لا تشمل أو تقتصر عن المستوى الفردي فقط، بل وحتى الجوانب النفسية و الإجتماعية و الأسرية وغيرها...

• الأهمية الفردية:

تعتبر تقبل المرض من الأمور الضرورية لتقوية النفس، فهو عامل مهم في تقوية المناعة النفسية لدى الفرد المريض، يعمل على مساعدة المريض في كيفية التعايش مع المرض و ظروفه الجديدة المتعلقة بقيود المرض، كما قال الباحث على لسان الدكتور زعطوط رمضان (100،2010): إن تقبل المرض يعتبر هو الأساس في بناء القدرة على التحكم في المرض ومسايرته إذ أنه يعتبر مؤشر إيجابي في التكيف مع المرض.

• الأهمية الصحية :

يعتبر تقبل المرض من المتغيرات الضرورية و المهمة التي تتعلق بالصحة سواء جسمية أو نفسية، فهو يساهم في تجاوز المشكلات النفسية و الإجتماعية المتعلقة بالمرض، حيث يتقبل المريض إصابته بالمرض ونظرت الآخرين لها و قدرتها على التعامل مع المرض يعتبر هدف قريب يتمثل في تخفيض الضغوطات الداخلية عندها ، فعند تقبل المصاب باضطراب الغدة الدرقية لمرضه يعطيه جزء من العلاج و الراحة النفسية و الجسمية وتستطيع الحفاظ على صحتها .

• الأهمية الاسرية :

إن تشخيص أي مرض في أحد أفراد العائلة، قد يحدث نوعا من القلق عليه خصوصا إذا لم يتقبل المريض مرضه ، حيث يسبب لمن حوله و المحيطين به من أفراد العائلة، قلقا و إرتباكاً و حيرة فالمرضى المتقبل لمرضه سيساعد أسرته في التجاوب معه بإيجابية تجاه المرض.

وعلى هذا الأساس فإن تقبل المرض يعتبر من الأهمية بمكان، حيث يجنب الأسرة الكثير من المشكلات التي قد تجعل أفراد الأسرة في ضغط مستمر، وقد يتسبب في إحداث أمراض نفسية و جسمية.

• الأهمية الإقتصادية:

على إعتبار أن الذي يتقبل المرض يجد في نفسه توازنا يساعده على تقبل العلاج، وبالتالي يتجنب مضاعفات المرض التي تؤثر بدورها على مختلف أجهزة الجسم، ومن ثم تفادي مصاريف الأدوية حيث، يؤثر على شحنات كبيرة من المستحضرات الصيدلانية.

إنطلاقاً من إطلاعي وتجربتي في دراسة التفاعل النفسي مع المرض، أرى أن تقبل المرض يمثل حجر الأساس في الإستقرار النفسي والقدرة على التكيف. لايسهم فقط في تسهيل العلاج، بل يعزز الشعور بالتحكم الداخلي، ويقلل من الضغط النفسي.

1.6. العوامل المؤثرة على تقبل المرض :

أ. العوامل الشخصية :

تعتبر العوامل الشخصية من أهم الخصائص في تقبل المرض من حيث كونها ذاتية في شخصية المرأة أو الرجل ، فالمرض المزمن يبدأ تقبله من داخل المريض أولاً وقد يشكل مشكلات نفسية في حالة عدم تقبله لمرضه، وهي بطبيعة الحال تختلف من شخص لآخر فنجد من يعيش في وضعية المرض يعتاد عليه على أساس أنه هو حياته الأصلية وهناك من لا يتقبله وهذا يعتبر من العلامات التي تؤثر إما بالسلب أو بالإيجاب على حياة المريض بصفة عام(نور الدين جبالي 2016ص02).

ب. الجوانب المعرفية للمريض :

تؤثر الجوانب المعرفية على كيفية تقييم الأشخاص لصحتهم وعلى مواجهتهم لتهديدات المرض، وقد ذهب الباحثون إلى أن الناس غالباً ما يحملون مفاهيم عامة عن المرض تخالف في كثير من الأحيان ما يقوله العلماء و الباحثون خاصة فيما يعتبر كأعراض لمرض ما أو اضطرابات منذرة بالمرض، و تتضمن هذه التصورات للمرض ما يتعلق بأبعاد عديدة مثل : هوية المرض و الأسباب و النتائج و الوقت اللازم لتكوين المرض و عملية الشفاء، و عندما يقوم الأفراد بعمل مطابقات بين الأعراض التي يشعرون بها و التصورات السابقة الموجودة لديهم عن المرض فانهم قد يظهرون سلوكيات ملائمة للمرض مثل السعي لتلقي العلاج على الفور، كما أنهم قد يواصلون العمل العلاجي الفعال حتي النهاية،أما إذا كانت المطابقة بين الأعراض و التصورات السابقة غير مناسبة فإن ذلك يؤدي إلى تأخر الحصول على العلاج و إلى الممارسات السيئة وإلى عدم الإمتثال لتوصيات الأطباء، وغير ذلك من ظواهر تترك أثرها السلبي على الصحة، وقد درست المعارف و المدركات الشائعة بين الناس في مجال مواجهة الإعاقات و الأمراض المزمنة من قبل العديد من الباحثين المهتمين بدراسة الجوانب النفسية المرتبطة بالإصابات و الإعاقات و الأمراض المزمنة ، وجدوا أن التحكم الواعي أو المدرك بمختلف جوانب المرض يعتبر عامل إيجابيا يسهم في تحسين تقبل المرض ومن ثم التوافق معه، فالأفراد الذين يعتقدون أنهم قادرون على السيطرة و الضبط سواء على جانب مال المرض أو على حدوث الأعراض اليومية و لديهم إستبصار بالعلاج و يؤمنون بجوداه فإنهم يظهرون تقبلاً و توافقاً مع حالاتهم المرضية(جربو سليمان 2019ص92).

ج. الجوانب النرجسية الصحية للمريض :

لقد إعتبر كوهت (1997,kohut) أن النرجسية الصحية تظهر من خلال الإحساس بالأمان الذي تشعر به الذات، ومن خلال مواصلة تحقيق الأهداف و الطموحات المفيدة ، ومن خلال العلاقات التكيفية مع الآخرين، ويعتبر "كوهت" أن الأفراد ذوي النرجسية الصحية لا يكونون قادرين فقط على وضع متابعة أهداف حياتية مفيدة ، و لكنهم يكونون قادرين أيضا على الإحتفاظ بأهداف واقعية و يضعون أهدافا تكيفية جديدة خلال الفترات التي يتعرضون فيها للتغيير و التحول، علما بأن الأهداف التكيفية من شأنه أن يمكن الأفراد و يساعدهم على حفظ توازنهم خلال أوقات الشدة و التغيير، أما الأفراد الذيت يتصفون بنرجسية غير صحية فإنهم يمتلكون إحساسا ضعيفا بالأهداف و القيم و يواجهون صعوبة في المحافظة على أهدافهم و حوافزهم و شعورهم بالإستمرارية عندما يحاولون التغلب على صعوبات التغيير (سليمان جريو 2019ص93).

د. الضبط الداخلي للمريض :

يعتبر مصدر الضبط الداخلي من بين أهم العوامل الذاتية في التأثير على تقبل المريض لمرضه، فالمريض الذي يؤمن بقدرته في إمكانية تجاوز صعوبات المرض، وذلك من خلال تنفيذ السلوكيات الصحية المنصوح بها من طرف الطبيب و الممرض أو من طرف الأخصائيين في التغذية من أجل المحافظة على سلامته للسيطرة عليه و للحد من مضاعفاته، يشعر بالرضا و التكيف و التوافق و التعايش مع المرض، مما يجدر به إتباع خطط في العلاج طويلة المدى فلا ينسى في أية لحظة من اللحظات أنه مريض، ويعود نفسه على أنه طبيب نفسه أي عليه تنمية إعتقاده في أنه المسؤول عن صحته (جريو سليمان 2019ص94).

2.6. العوامل المتعلقة بالمرض:

1. شدة المرض :

تعتبر شدة المرض عاملا مهما في حياة المريض وهو أساسي في تحديد نوعية تقبل المرض، ففي حالة المرض الطبيعي الحاد يصيب المريض لفترة من الزمن ويزول على عكس المرض المزمن الذي ينتقل من مرحلة إلى أخرى والذي يؤثر بصورة بالغة الخطورة على المريض ، لهذا السبب يختلف المرض وشدته بين المرض الطبيعي الحاد والمرض المزمن في كيفية تقبل المرض عند المريض (نوارشهرزاد2014ص211).

ب. مدة المرض :

تعتبر مدة المرض هي المسؤولة عن كيفية تقبل المرض والتعامل معه، فمدة المرض تزيد من فرص تقبل المرض لدى المصاب وهذا ما إتضح من خلال تطبيقنا للدراسة الإستطلاعية ، فمريض المصاب بالاضطراب الغدة الدرقية في البداية سوف يتعرض للصدمة لكن مع الوقت يتأقلم المريض مع وضعه الجديد ويحدث تقبل للمرض، كما جاءت في دراسة الدكتورة (نوارشهرزاد) أن كل الحالات التي تفوق مدة مرضها أكثر من (10) سنوات أعتبرت أكثر تكيفا مع مرضها وأكثر قدرة على مواجهة المرض، فالمريض بنفسه قادر على تحسين و الإلتزام و التحكم بالمرض من شجاعته وكيفية تقبله للمرض، مما يؤثر بالإيجاب على نفسية المصابة و سلوكاته المتبعة وتحكما في شعوره بالألم ويساعده في الشفاء (نوارشهرزاد 2014، 398).

ج. نوع المرض :

من خلال الدراسات التي تناولت الأمراض المزمنة المختلفة، فإن الحديث عن تقبل المرض بالنسبة لمرض السرطان مثلا قد يزداد أو ينقص بالنسبة لتقبل المرض عند المرضى المصابين بالربو و غيرها من الأمراض الأخرى ، وهذا الموضوع نعتقد كباحثين أنه لا بد نفرد ببحث خاص به يقوم بمثل هذه المقارنة بين مختلف الأمراض المنزمنة، (99) حتى يتيح لنا معرفة مستوى تقبل المرض بالنسبة لمختلف الأمراض الأخرى (سليمان جريو 2019 ص 95).

أما بالنسبة لاضطراب الغدة الدرية فهو يختلف حسب نوع المرض وشدته و على الأدوية المعتمد عليها .

7. العوامل المؤثرة في تقبل المرض :

يمكننا تحديد بعض العوامل التي يكون لها تأثير فعال على عملية العلاج و الوقاية من تفاقم اضطراب الغدة الدرقية و بالتالي تمثل بدورها أهم المعوقات تقبل المريض لمرضه و منها :

1. الأسرة :

الأسرة اللوحة الأساسية للمجتمع، و يتوقف نمو المجتمع و تقدمه و تماسك الأسر التي تكونه، وقدرتها على أداء و وظائفها بكفاءة وفعالية (محمد مصطفى احمد 1995 ص 245).

وعليه فإن الأسرة من أهم الجماعات الأولية و أشدها تأثيرا على صحة المريض، حيث أن رد فعلها و سلوكها عادة ماينعكس على صحة الفرد المريض، سلبا أو إيجابا، وذلك من خلال إستعداد الأسرة لتقبل تشخيص مرض أحد أفرادها و الذي يختلف قطعا من أسرة أخرى، حيث أن قبول تشخيص المرض بانه اضطراب الغدة الدرقية وما سترتب عن ذلك من

نتائج محتملة للمرض، تفترض تغيرات جوهرية في العلاقات الأسرية، هو السبب الرئيسي للرفض و المعارضة، و هنا نلاحظ أن الطبيب يقوم بدوره اتجاه المريض من أجل منحه الرغبة و الإستمرار في العلاج، و بالتالي التعايش و التكيف مع المرض.

ففي حال ما إذا كان المريض ضمن علاقات أسرية يسودها عدم التجانس و التعاون و المساعدة و إلقاء النصح، سوف يؤثر ذلك بشدة على نفسيته، يعرقل علاجه الصحيح ، ويؤدي به إلى العزلة الإجتماعية الحتمية، التي تعتبر من بين متغيرات التفاعل و حيث يحتمل أن يميل الأشخاص اللذين يحرمون من التفاعل الطبيعي مع الآخرين إلى تكوين خيالات و ضروب من الهذيان تسلمهم في النهاية على المرض، هذا فضلا عن التفاعل الذي قد ينطوي على توتر أو ضغط يحتمل أن يسفر عن أمراض(محمد علي و سناء الخولي و اخرون 1992ص230).

ولذلك فمن الضروري النظر إلى المريض على أنه عبارة عن أجزاء مريضة تفصله عن بيته وحياته العامة، بحيث يقتضي علاجه دراسة مبلغ توازنه الداخلي النفسي، و مبلغ توازنه الخارجي مع البيئة التي يعيش فيها، أي اننا نهتم بحالته النفسية قدر إهتمامنا بحالته العضوية(احمد كمال و عدلي سليمان1993ص503).

ب. المستوى التعليمي:

يعتبر التعليم إحدى المتغيرات السيسولوجيا الهامة التي لها تأثير على الصحة ، خاصة على مستوى وعي الفرد عامة و المريض خاصة ، إذ انه يلعب دورا أساسيا في توفر الوعي الصحي لدى مريض إضطراب الغدة الدرقية و زيادة خبراته و معلوماته التي يتلقاها من طبيعته، وبذلك يلعب دورا هام في صحة الفرد و المجتمع ككل(نادية السيد 1998ص209).

وبالتالي فالمرضى الأكثر تعليما يتمتعون بالوعي الصحي و الوقائي و يكونون أكثر قدرة على تفهم أسباب المرض و أعراضه و طرق تنفيذ العلاج، كما أن مستوى تعليم المريض يؤثر في العلاقة بينه و بين الطبيب و على تقبله أو عدم تقبله للمرض و لنظام العلاج، حيث أظهرت الأبحاث أن حالة التعليم تتناسب طرديا مع الحالة الصحية في أي مجتمع، فكلما ارتفع مستوى التعليم، ارتفع المستوى الصحي و إنخفضت نسبة الإصابة بالأمراض و بالعكس، فإن المجتمعات المختلفة علميا هي المجتمعات التي يوجد بها مستوى صحي منخفض و تنتشر فيها الأمراض، حيث أن هذه المجتمعات قاصرة على تبين أسباب الأمراض، و تتساق وراء خرافات تؤدي إلى الإعتقاد بوجود الجن و الأرواح الشريرة و الحسد كأسباب للمرض و الإعتقاد في الغيبات، و تنفر من مكافحة الأمراض بالوسائل الحديثة(نادية السيد1998ص82).

ج. الوعي الصحي :

إن الوعي الصحي و تقبل المرض لديه علاقة قوية في ما بينهما لما يمارسه الوعي الصحي من تأثير واضح على الصحة و المرض في أن واحد، حيث يتخلل معظم صور السلوك الإنساني في العادات الإجتماعية، عادات النظافة التربية، وبالتالي لو أصيب الفرد بمرض ما يتصرف حياله طبقا لوعيه الصحي وما يدركه حول هذا المرض، ولهذا نجد إختلافا واضحا في أساليب مواجهة المرض من شخص لأخر (علي الميكاوي، ص297-296).

كما أن الوعي الصحي أيضا يلعب دورا مهما في العلاقة بين الطبيب و المريض، حيث أن هذا الوعي يؤثر إيجابيا و فعالا على الإستجابة للمرض و الإنصياع لأوامر الطبيب ، كما أن إدراك الطبيب بالوعي الصحي الذي يملكه مرضه، يساعده على تبني السبل الاوضح و الاسلم للتعامل مع المرض.

د. المستوى الإقتصادي و الإجتماعي:

يمكننا إعتبار مشكلة المستوى الإقتصادي و الإجتماعي من المشكلات التي تعيق تقبل المريض لمرضه، و هذا ما إشار إليه "علي الميكاوي" حيث أوضح أن الإستجابة للمرض، أي تقبله تتحدد في ضوء الوضع الإجتماعي، إذ ان الوضع الإجتماعي حسب منظوره يحدد سلوك المريض في محافظته على صحته و الإستجابة للمرض، في حين يحدد الوضع الإقتصادي ،إمكانيات الإفادة من سبل العلاج في حالة المرض و تكاليف المحافظة على الصحة (علي ميكاوي ومحمد الجوهري، 1996 ص308).

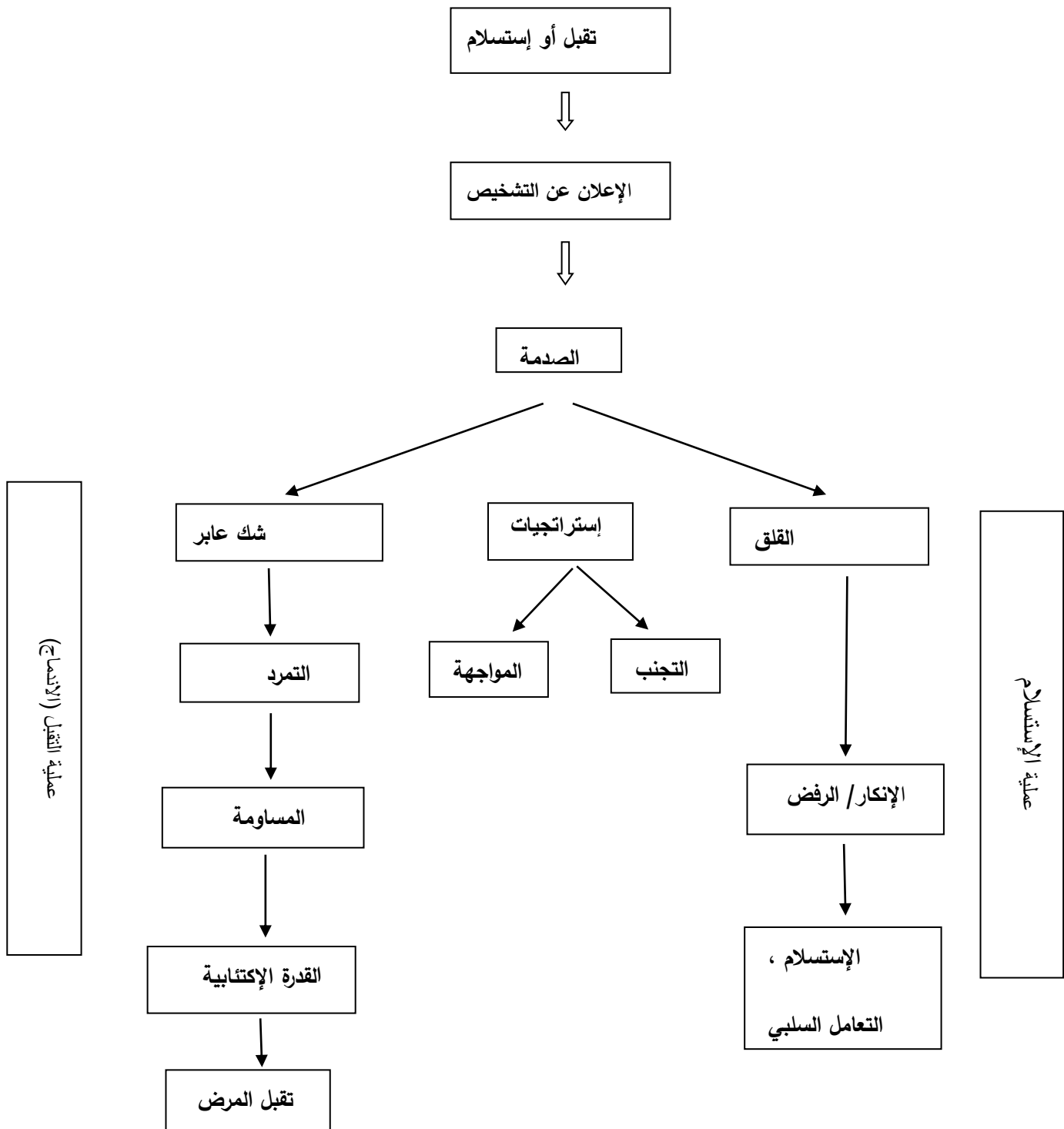
ومما نلاحظه في العالم اليوم ، من ان انتشار الامراض يزد و ينتشر في الدول الفقيرة و المضطهدة اجتماعيا ، على عكس الدول المتطورة ساعدنا على تفسير و فهم ذلك. فاذا ما كان الفرد لايعاني من نقص مادي و ضعف اجتماعي ، لا تسبب له الاصابة بالمرض انزعاج، بل يتعامل معه بهدوء و يعطيه الاهتمام اللازم من اجل علاجه او الوقاية التامة من مضاعفاته، دون الانشغال بما قد يجر معه هذا المرض من خسائر مادية. على عكس الفرد الذي يعاني من مستوى دوني في المعيشة، فتشغله الاصابة بالمرض شغلا لا محدودو بحيث يربط اصابته بالمرض بكل عجز قد يصاحبه لاحقا مادي، بدني، واجتماعي... وهذا ما يجعله رافضا الاصابة باي مرض (علي الميكاوي 1996 ص309).

8. النماذج المفسرة لتقبل المرض: (جربو سليمان 2019 ص105-114)

1.8. النموذج الانفعالي العاطفي:

يعتبر هذا النموذج أن تقبل المرض والاندماج معه يتطلب عملية نضج جد طويلة بالنسبة للمرضى وقد حدد الباحثون مراحل متتالية لردود الفعل النفسية التي يمر بها المرضى وهم يعبرون فيها عن إنفعالاتهم المختلفة تجاه مواجهة المرض ويعتبر هذا النموذج مشابهاً لنموذج الحداد الذي إقترحه فرويد وتم تطبيقه على المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة، من طرف الطيبة النفسية الأمريكية السويسرية المولد إليزابيث كوبلر.

فهذا النموذج يعتبر أن الإعلان عن تشخيص المرض يحدث لدى المرضى صدمة و ذهول إذ سيواجهون خيارين إما تقبل المرض و الاندماج معه أو الرفض و الابتعاد حتى يتم الإستسلام للأمر الواقع، و المخطط التالي يوضح ردود أفعال المرضى عند التشخيص:



مخطط رقم (01) يوضح عملية تقبل المرض أو عملية الإستسلام.

2.8. نموذج المعتقدات الصحية Le modèle des croyances relatives:

هو نموذج وضع في خمسينات القرن الـ 20 من طرف مجموعة من الباحثين و الممارسين في مجال علم النفس الاجتماعي .

. يعتمد على إعتقاد المريض سلوكا أو تجنبه من خلال عاملين:

. إدراك الفرد للتهديد الصحي.

. إيمان الفرد بممارسات معينة تكون فاعلة في التخفيف من التهديد .

ويهدف هذا النموذج الى تحديد العوامل المؤثرة في السلوك الوقائي للفرد او التنبؤ بسلوكات الفرد في مختلف المواقف الصحية.

3.8. النموذج العقلاني المبرر Le modèle de l'action raisonnée:

طور النموذج العقلاني المبرر كل من فيشبين و ازجين- باحثين ينتميان للمدرسة السلوكية (Fishbein&Ajzen) سنة 1975 من أجل تحديد العلاقة بين المعتقدات، المواقف، المعايير والنوايا وسلوك الأفراد.

يركز على عنصرين هما:

موقف الفرد تجاه السلوك:

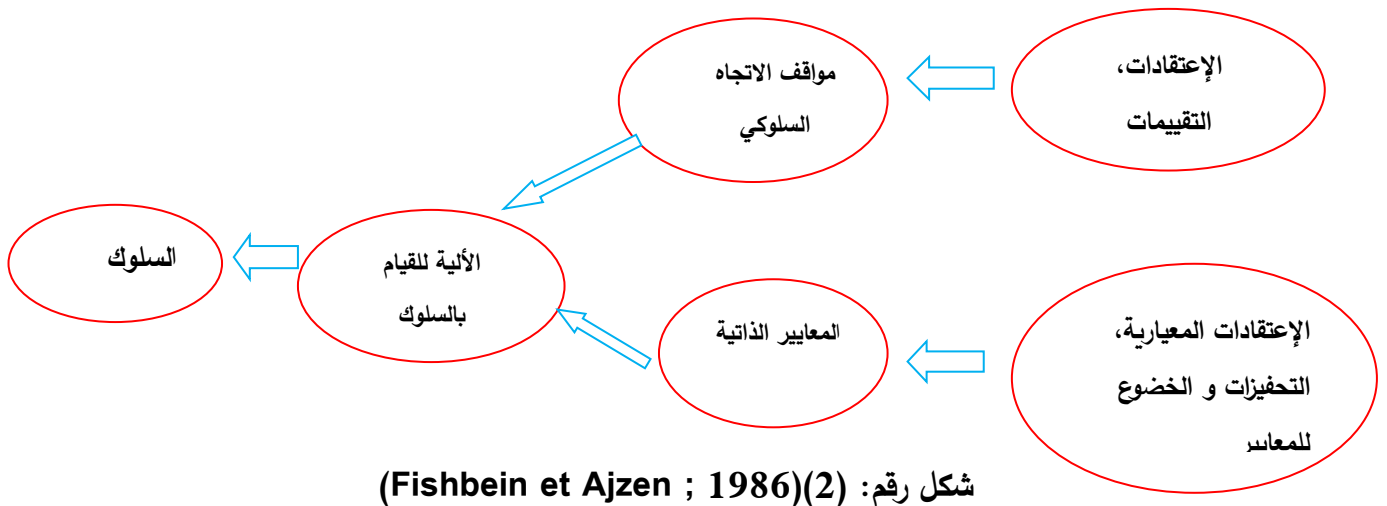
تقييم إيجابي أو سلبي بسبب دواء. وهذا الموقف هو نتاج معتقدات النتائج الفردية للسلوك (فعالية أو الآثار الجانبية للدواء) و القيمة يضع المريض في نتائجها.

المعيار المعنوي:

فيشبين (2005) حددا معايير ذاتية بأنه "إدراك الفرد على حقيقة أن معظم الناس الذين مهمة لها، توافق على أنه ينبغي أو لا ينبغي تنفيذ السلوك." في السؤال ". على سبيل المثال، الوصية بالجار، لتأخذ علاج جدة بدلا من أن الأدوية التي يحددها رئيس دائرة مستشفى، والتي سيكون لها تأثير على إختيار المريض تجاه صنع أو أي دواء المنصوص عليها وفقا انه يعطي للعرض لجارتها.

كما تدخل عوامل تتمثل في إدراكه للمعيار الإجتماعي و ثقافة التي نشئ وعاش فيها حول إنتهاج سلوك ما، ولهذا فإن النموذج يرشح المحفزات الخارجية المؤثرة في المواقف، وعليه يعتبر التدخل من اجل تعديل معتقدات الفرد في حالة تبينه لمعتقدات خاطئة.

على الرغم من أن أنموذج "فيشبين" أستخدم للتنبؤ بمجال عريض من السلوك، إلا أن إستخدامه محدود بمجال السلوك المتعلق بالصحة، وهناك بعض البحوث التي أوضحت إمكانية تطبيق النموذج للتنبؤ بممارسة الرياضة، أو ممارسة سلوك معين، وفي التغذية من الزجاجة مقابل الرضاعة الطبيعية وقد عرض كل من أجزين و مادن (1986) أحدث صورة معدلة عن النظرية يشار إليها بإعتبارها نظرية السلوك المخطط.



وبعد إكتشاف بعض الثغرات في بنية نظرية السلوك المبرر قام كل من (Fishebein ;M et Ajzen ;I)

بإجراء بعض التغييرات في الأنموذج، حيث أضافا عامل التحكم السلوكي المدرك ، هذا المفهوم يعرف على أساس أن إعتقاد الفرد بفكرة معينة يسهل عليه القيام بسلوك ما، أو مايجعله يتخلى عنه، ويهدف هذا العنصر إلى موازنة الحالات التي يعتقد فيها الاشخاص بأنهم غير قادرين على التحكم في سلوكياتهم وعاداتهم، وبالتالي فإن هذا العامل الإضافي في النموذج له تأثير مباشر على نية الأفراد، فأولئك الذين يظنون بأنهم لا يملكون فرص أو إمكانيات لتغيير سلوكهم وتحسينه غير قادرين على تنمية النية أو قصدية سلوكية قوية، هذا المكون شبيه بمفهوم باندورا فيما يخص الكفاءة الذاتية، وبالتالي فإن سلوك الأفراد ليكون فعالا يجب أن يكون مقرر و مخططا، هذا الأخير يتأثر بالعوامل التالية:

أ. الإتجاهات:

وهي المشاعر الإيجابية أو السلبية المتولدة عن الإنخراط في سلوك محدد، ومن الضروري نذكر أن الإتجاهات هي أيضا وظيفة للمعتقدات.

ب. المعايير الذاتية:

وهي معتقدات الفرد حول ما إذا كان المحيطون به يدعمونه في الإنخراط في السلوك الجديد، وما إذا كان لديهم دوافع لمتابعة هذه المعتقدات المهمة بالنسبة للآخرين، سواء كانوا أفراد الأسرة أو الأصدقاء أو الأزواج.

ج. التحكم الذاتي السلوكي:

ويهتم بقياس مدى اعتقاد الفرد بأنه قادر على أداء سلوك معين بنجاح. وهو نتاج المزج بين خبرة الفرد الماضية عن السلوك ومعتقداته عن قدرته على الإنخراط في السلوك، ومن أمثلة ذلك أنك إذا حاولت إنقاص وزنك، وكنت قد فشلت سابقا في مقاومة إغراء الأيس كريم، ومازال لديك شك في أن إرادتك قوية بما فيه الكفاية تناوله الآن، فإن تحكمك السلوكي المدرك و السلوك الفعلي، فضلا عن ملاحظة وجود علاقة سببية بالمقاصد.

4.8. النموذج التنظيمي الذاتي Le modèle d'auto-regulation:

سمي كذلك الطريقة التي نفهم بها صحتنا أو معتقداتنا حول المرض بإسم التمثيلات المرضية، أو توجه إستجاباتنا نحو المرض في نموذج التنظيم الذاتي الذي قام به "ليفينثال" وزملاؤه سنة 1980، يعتمد هذا النموذج على منحى حل المشكلة الذي يقترح أن مع المرض و الأعراض المرضية بالطريقة نفسها التي نتعامل بها مع مشكلاتنا الأخرى، حيث يفترض أننا أفراد لدينا الحاجة للحفاظ على التوازن، فعندما نواجه مشكلة ما تهدد كياننا النفسي أو الجسمي، و تنشط قدرتنا على الإنخراط في الأنشطة التي تستعمل على إعادة الوضع الراهن، حيث يمثل المرض حالة غير مستقرة تقابل الحالة الصحية السوية ويفترض أننا عندما تصبح حالتنا الصحية مهددة نسعى لإعادة التوازن لها.

وقد عرف "ليفينثال" وزملاؤه (1980) التمثيلات المرضية بأنها " معتقدات الأفراد المنطقية عن المرض"، وقرروا أن مثل هذه التمثيلات المرضية توفر لنا إطارا لخمس أبعاد لمواجهة المرض وفهمه:

أ. الهوية:

وهي مسمى المرض، إما عن طريق تشخيص الطبيب لأعراض أو من خلال التشخيص الذاتي. وعلى سبيل المثال، أشار "ألبيري" و "مينافو" إلى أنه عندما نستيقظ ونحن نعاني من صداع، و إحتقان في الحلق، فإننا إعتقادا على خبرتنا السابقة نسمي هذه الأعراض بالبرد أو بدابة الأنفلونزا.

ب. السبب المدرك:

ويشير إلى معتقداتنا إلى سبب المرض، مثل التعرض لشخص آخر مريض (العزو الخارجي) أو ممارسة سلوك غير صحي، كتناول الخمر بكثرة.

ج. خط الزمن:

وهو يمثل إعتقادتنا حول مدة إستمرار المرض، ويعتمد أيضا على إفتراضتنا الخاصة أو على المعلومات المتوفرة من خلال المتخصصين في مجال الصحة.

د. النواتج:

وهي تهتم بإعتقاد الأفراد حول تأثير المرض على حياتهم، بمعنى هل سيكون هناك ألم؟ عجز؟ مترتبات إنفعالية؟ أم مجرد مزيج من هذه التأثيرات مجتمعة معا؟.

هـ. الرؤية والتحكم:

وهو بعد ذو شقين، ينصب أحدهما على بيان ما إذا كان الأفراد يدركون أنه يمكن معالجة مرضهم والشفاء منه، ويوضح الآخر مدى شعور هؤلاء الأفراد بأن المترتبات على مرضهم يمكن التحكم فيها (سواء بأنفسهم أو من خلال المتخصصين في الرعاية الصحية).

حيث أن النموذج التنظيم الذاتي يؤثر في دراسة كيفية إستطاعة الأفراد أن يحددا ويتصدوا للتهديد أو بداية المرض، فهو أيضا نموذج مفيد من حيث كونه يقدم تفسيراً دينامياً مستمرا للطريقة التي نفكر بها حول المرض، وخبرتنا، وتأثير هذا التفاعل على مواجهتنا له، كما يوفر لنا إطاراً مفيداً يساعدنا على فهم ردود أفعال الأشخاص نحو المهددات الصحية.

9. مؤشرات تقبل المرض :

على اعتبار كون الإنسان لا يمكن تجزيئه إلا على سبيل الدراسة و الفحص , ووفقا للدراسات التي تناولت تقبل المرض المزمن لا سيما مرض السكري فإن بعضا من المتغيرات الوسيطة تعتبر بمثابة مؤشرات هامة عليه .

تتمثل هذه المؤشرات في نوعية الحياة التي يعيشها المريض ، نظرت له لذاته ومدى تقبله لها ، وكذا مدى تفاعله إيجابيا مع الأمور المتعلقة بالعلاج ، وسنتطرق بشيء من التفصيل لهذه المؤشرات :

1.9. نوعية الحياة :

1.1.9. مفهومها :

(1995) أن مصطلح نوعية الحياة يستخدم لتحديد الأثار الجسمية والإجتماعية Delawell et all

لمرض ما على حياة المريض .

في حين يرى Patrick et Erickson (1993) أن نوعية الحياة هي تلك القيمة المعطاة لمدة الحياة من خلال الإعاقات ، المستوى الوظيفي ، الإدراكات والطموحات الإجتماعية المتغيرة تحت تأثير المرض ، الإصابات ، العلاجات أو السياسات الصحية .

ويمكن تقديرها من خلال أبعادها الأربع و المتمثلة في :

- الحالة الجسمية للفرد من حيث القدرة الجسمية والإستقلالية .

- الحالة النفسية من انفعال ، حصر ن اكتئاب .

- الأحاسيس المتعلقة بالجسم من أعراض المرض ، أثار وعواقب الصدمات ، التدابير العلاجية ، آلام .

- العلاقات الإجتماعية ، الأسرية ، المهنية ، مختلف الصدمات .

أما موسوعة علم النفس ترى أن مصطلح نوعية الحياة ذو أبعاد عديدة تتلخص في سبعة محاور تمثل في مجموعها نوعية الحياة ، وذلك لأغراض تيسير البحث والقياس وهي كالآتي :

التوازن الإنفعالي ، حيث يمثل في ضبط الإنفعالات الإيجابية والسلبية كالحزن والكآبة والقلق والضغط النفسية إلخ ، الحالة الصحية للجسم ، والإستقرار المهني حيث يمثل الرضا عن العمل أو الدراسة بعدا هاما في نوعية الحياة ، الإستقرار الأسري وتواصل العلاقات داخل البناء العائلي ، استمرارية وتواصل العلاقات الإجتماعية خارج نطاق العائلة ، الإستقرار الإقتصادي وهو ما يرتبط بدخل الفرد الذي يعينه على مواجهة الحياة ، التواءم الجنسي ويرتبط ذلك بما يتعلق بصورة الجسم وحالة الرضا عن المظهر والشكل العام . (حس والمحزري ، 2006 ، ص 290)

ويعرف برادي وآخرون (Brady et al ، 2001) نوعية الحياة بأنها مفهوم يرتبط بضبط الجوانب الروحانية الخاصة بالعقائد لدى الأفراد ، ويشير إلى ملاحظاته على مرضى السرطان ومدى تحسن نوعية الحياة لديهم وتحسن حالتهم الصحية بعد استغراقهم في ممارسات ذات طبيعة عقائدية روحانية (عزب ، 2004 ، ص 851-583) .

ويشير مالدون وبارجر (Muldoon ,M.F & Barjer S.D . 1998) إلى أن أحد التعريفات الهامة لنوعية الحياة يعتمد على تقييم الفرد الذاتي لحالته الصحية ويعتبرها انعكاسات للطريقة التي يدرك بها الفرد أو يتفاعل بها مع وضعه الصحي ومع المظاهر الأخرى (هاشم ، 2001 ، ص 128-129)

2.1.9. نوعية الحياة كمؤشر لتقبل المرض :

كثير من الدراسات التي أشارت الى مؤشر نوعية الحياة بالنسبة لتقبل المرض عند المرضى المزمنين بصفة عامة وملرضى السكري على وجه الخصوص .

فقد ذكرت كل من دراسة (Jolanta . 2013) مونیکا أوبيجلو و آخرون (2013) ، (Urszula ، 2013) ، (JANUSZ ، 2015) (Aleksandra ، 2013) ، (D kurpas et al ، 2013)

(Damme ، 2012) (Van Damme ، 2014) أن تراجع نوعية الحياة وظهور أعراض التظاهرات النفسية كالقلق والاكتئاب يعد مؤشرا هاما لسوء تقبل المرض ، كما أن المرضى الذين يتقبلون مرضهم كانوا يعيشون حياة أفضل من المرضى غير المتقبلين .

فتقبل المرض يساعد المرضى على أن يحيون حياة تكاد طبيعية إذا ما قورنت بغير المرضى ، إضافة الى العلاقة الطردية بين تقبل المرض ونوعية الحياة والتي أثبتتها هذه الدراسات الأخيرة تدل بوضوح أن نوعية الحياة لدى مرضى السكري تعتبر مؤشرا قويا وهاما على تقبل المرض ، وخصوصا مع بدايات المرض و إذا كان المريض يعاني من أمراض أخرى مصاحبة للمرض المزمن .

2.9. تقبل الذات:

1.2.9. مفهوم تقبل الذات :

يرى ماهلي ريزنر أن تقبل الذات هو احترام وحب المرء لذاته مع اعترافه في نفس الوقت بعيوبها ونقاط ضعفها وكذا محاسنها ونقاط قوتها . (ماهلي ريزنر ، 2005 ، ص 205)

وينكر (Ryff . 1989) أن تقبل الذات : هو شعور الفرد وتوجهه نحو ذاته وتقبله للسمات أو الخصائص المكونة لها السلبية منها و الإيجابية ، حيث يظهر تقبلا إيجابيا في نقد ذاته في الحياة الماضية والمستقبلية . (1073 p ، 1989 ، Ryff) .

2.2.9. تقبل الذات كمؤشر لتقبل المرض :

من خلال دراسة ميرود وحكيمة (2014) والتي أسفر تحليل ومضمون مقابلة الحالات على أن الإصابة بداء السكري من النوع الأول (الخاضع للأنسولين) تؤدي إلى آثار نفسية سلبية على المراهق المتمدرس . حيث تتولد لديه العديد من المشاعر السلبية كالشعور بالدونية والنقص ، والقلق والحزن والبأس . كما تؤثر سلبا على الناحية الدراسية للمراهق المتمدرس . فالغايات المتكررة وحالات الاستشفاء وظهور نوبات السكر (ارتفاع او انخفاض) داخل القسم وأثناء فترة الامتحانات مما يؤدي به إلى الصعوبات التركيز وفهم الدروس وانخفاض مستوى التحصيل وتؤثر أيضا سلبا على النظرة المستقبلية للمراهق المتمدرس . حيث تتراوح بين الخوف من المستقبل ، والتشاؤم منه ، وعند البعض النظرة التفاؤلية . (ميرود محمد وأيت حمودة حكيمة ، 2014) .

والفرد الذي لم يستطيع أن يدرك معنى الوجود ، ولم يشعر بالحرية ولايتحمل مسؤولية أعماله واختياراته ، ولايتقبل نواحي ضعفه (مرضه) ، أو غير مدرك لتناقضات فذلك يعني الدخول في تظاهرات الإضطراب النفسي ، والصحة النفسية السيئة ، وبالتالي تقبل الفرد لذاته بما حقق من انجازاته في حياته الماضية والحاضرة ، ويفصح هذا التقبل عن نفسه في توافق الفرد مع ذاته والآخرين ، وجوانب الحياة المختلفة ، ونظرته المتفائلة عن المستقبل . (نوبيات . 2013. ص 87- 97) في حين تقبل المريض لذاته تجعله يمتلك خاصية ذاتية ، داخلية ، تتمثل في التحدي الذي يعتبر قدرة الفرد على التكيف مع مواقف الحياة الجديدة وتقبلها بكل ما فيها من مستجدات سارة أو محزنة باعتبارها أمور طبيعية لا بد من حدوثها لنموه وارتفاعه ، وهذه الخاصية تساعد على التكيف السريع في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة والمؤلمة وتخلق مشاعر التفاؤل في تقبل الخبرات الجديدة كحالة المرض المزمن . (شهرزاد وزكري ، 2016 ، ص 91)

ولذا يعتبر تقبل الذات مع وجود المرض ، بمعنى تقبل الفرد لذاته كما هي على حقيقتها ، ورضاؤه عنها بما تشتمل عليه ، وعدم النفور أو الخجل مما تتطوي عليه من معوقات جسمية كالمرض المزمن (السكري) ، واستغلال ما يتمتع به من إمكانيات ، والعمل على تنميتها إلى أقصى مستوى يمكنها الوصول إليه . (نوبيات ، 2013 ، ص 79) .

والمريض غير متقبل لذاته قبل الرض سوف تصبح مشكلة مضاعفة ، ويشير مفهوم تقبل الذات إلى مدى التقييم الإيجابي للصورة التي يحملها الفرد عن نفسه ، أي مدى رضاه واحترامه لصفاته وخصائصه ، ومادى التطابق بين الذات المثالية والذات الواقعية .

لأن فكرة الفرد عن نفسه هي النواة الأساسية التي تقوم عليها شخصيته ، كما أنها عامل أساسي في توافقه الشخصي و الاجتماعي والنفسي . (فهيم مصطفى ، 1975، ص 160) .

من هنا يتضح أن تقبل الذات ومافيه من علل بسبب المرض ، يعتبر مؤشرا هاما في تقبل المرض .

3.9. تقبل العلاج :

1.3.9. مفهومه :

هو درجة التوافق بين سلوك الفرد (في أخذ الدواء ، اتباع حمية غذائية ، تبني نمط حياة ملائم أو القيام بتعديلات سلوكية) ، وبين اتباع التعليمات و الارشادات الطبية (OMS ، 2003 ، ص3) .

وتتمثل الإرشادات والتعليمات الطبية التي ضمنتها منظمة الصحة العالمية لسنة 2003 في الآتي :

- اتباع حمية غذائية مناسبة .
- أخذ الدواء بشكل منتظم وملائم .
- القيام بالتلقيحات الضروري .
- حضور المواعيد الطبية بانتظام .
- القيام بالتعديلات السلوكية معينة (التوقف عن التدخين ، الكحول ...) ، والابتعاد عن سلوكيات الخطر بما فيها سلوك الجنس الغير الآمن .
- اتباع نمط حياة ملائم .
- ممارسة الرياضة . (قره ، 2015 ، ص 57 - 58)

2.3.9. تقبل العلاج كمؤشر لتقبل المرض :

اعتبرت دراسة مونیکا أوبيجلو و اخرون (2013) أن تقبل المرض والتعامل معه بإيجابية يساعد المريض في التغلب على مشاعره السلبية والتعامل بشكل أفضل مع العلاج . فتقبل المرض يعتبر من الأهمية بمكان فهو شرط أساسي في تقبل المريض للأمور العلاجية لاسيما المتعلقة بأخذ الدواء، والمساعدة في التخفيف من الصعوبات في تحمل الخبرات السلبية ، (التأثير على تقبل الأدوية) . (، 2009 ،)

وقد ذكر موري . ف وقريني . ج (2002) أن تقبل المرض هو شرط أساسي للإمتثال ، بمعنى المشاركة الجيدة في العلاج ، ومتبعة توصيات الأطباء وتناول الأدوية بشكل منتظم ودوري ، وفي المقابل فنتائج عدم الإمتثال تزيد في التعقيدات والتكاليف الإضافية التي تصل إلى % 80 من مجموع نفقات الرعاية الصحية والسلع الطبية وفقا لبعض المصادر . (MAURY.F ; GRENIER J .L ; 2002, p25-26)

فالمصاب بالداء السكري لا يقتنع في البداي بأن مرض السكري هو مرض مزمن ، وعزوف المريض عن تناول الأدوية الطبية ولجوئه لتناول الأعشاب ضنا منه أن هذا المرض ليس مزمن والعلاج التقليدي سوف يكون أكثر فاعلية من العلاج الطبي وهذا مما يؤكد إنكار المريض لطبيعة المرض المزمنة ويتخلل ذلك الشعور بالقلق والإكتئاب وفقدان الأمل في

الحياة وكذلك ظهور العديد من الإضطرابات الفسيولوجية وإضطرابات معرفية مثل تشتت الإنتباه وقلة التركيز والتفكير السلبي عن المرض ، مما يتطلب معاملة المريض في هاته الحالة بطريقة لينة من طرف المحيطين به وذلك لأن فترة تقبل المرض والتكيف معه تتطلب جهد ووقت كافي ، هذا وبالتالي لا يهتم بالعلاج وتعليمات الفريق الطبي وعدم تناوله لدواء واتباع الحمية الخاصة بالمصاب مما يؤدي لإرتفاع مستمر لنسبة السكر في الدم وتفاقم أعراض المرض وعدم التحكم في مضاعفاته . (بن سكريفة وبن زاهي ، 2015، ص 250) .

10. قياس تقبل المرض: (جربو سليمان 2019 ص 122)

يعتبر قياس تقبل المرض من المشاكل التي تعترض الباحثين و القائمين على الرعاية الصحية للمرضى، خاصة المزمنين منهم، لهذا فقد إختلف الباحثين و المختصين في الطرق المستعملة من أجل تقييم وقياس المرض لدى المرضى.

قسم الباحث سليمان جربو قياس تقبل المرض لقسمين مباشر و غير مباشر :

1.10. قياس مباشر لتقبل المرض:

عن طريق التحاليل الطبية (الدم،البول) إذ من خلال هذه التحاليل يكشف الطبيب مدى تقبل المريض لمرضه حيث يعتبر مؤشرا هاما من خلال إلترام المريض بتناول الأدوية مقدراتها من خلال أثارها المتمركزة في جسم المريض.

.عن طريق ملاحظة الطبيب لمريضه ما إذا كان المريض متقبلا لمرضه أو لا على الأقل مبدئيا من خلال المظهر العام و كذا بعد الفحص.

عن طريق معرفة ما إذا كان المريض ملتزما و منتظما في أخذ الدواء ومتجنبيا لكل ما من يزيد في مضاعفات المرض.

2.10. القياس غير المباشر لتقبل المرض :

يشتمل على:

.عن طريق المقابلة العيادية مع المرض .

.الإستبيان المعد من طرف المختصين من أجل الكشف عن مدى تقبل المرض.

. خلال الإختبارات الإسقاطية التي من شأنها أن تكشف لنا عن مكان النفس البشرية.

من خلال معرفة مؤشرات تقبل المرض وهم على التوالي: تقبل الذات خصوصا بعد الإصابة بالمرض نوعية الحياة التي يحياها المريض، من خلال الإلتزام بالأمور العلاجية.

. من خلال الشرح اللفظي للمريض، و الممرضات اللاتي يقمن بالرعاية الصحية للمريض.

من وجهة نظري، يعد قياس تقبل المرض خطوة أساسية في التقييم النفسي الشامل للمريض، لكن أرى أن الإعتداد الحصري على أدوات كمية قد لايعكس بدقة العمق العاطفي و الرمزي لهذه التجربة. لهذا أؤمن بضرورة المزج بين أدوات القياس الكمية و المقابلات السريرية لضمان فهم شامل و دقيق لحالة المريض.

خلاصة الفصل :

وفي ختام هذا الفصل والذي تحدث عن تقبل المرض إتضح أن تقبل المرض هو شيء ضروري في حياة الفرد المريض حتى يتمكن من العيش و التعايش مع مرضه وإستكمال حياته، مع تقبل التغير الذي طرأ على حياته من الحالة الصحية الى الحالة المرضية ، و تقبل المرض ماهو إلا إستجابة نفسية جيدة تساعد الفرد على التأقلم مع المرض وكيفية التحكم في العلاج، لهذا نجد أن التقبل له أهمية بالغة عند المريض ويخلصه من كل تلك الضغوط النفسية المصاحبة للمرض ويصبح للمريض إهتمام كبير بصحته خوفا من تفاقم المرض، فالفرد المريض في حالة تقبله لمرضه بشكل إيجابي هذا يتركه يعيش حياة مرتاحة عن طريق استماع كلام الطبيب الإلتزام بالحصص العلاجية .

الفصل الثاني

التعافي النفسي

الفصل الثاني : التعافي النفسي

تمهيد

1. تعريف التعافي النفسي
2. مفاهيم ذات علاقة بالتعافي النفسي
3. أبعاد التعافي النفسي
4. نماذج التعافي النفسي
5. مراحل التعافي النفسي
6. النظريات المفسرة للتعافي النفسي
7. العوامل المساعدة على تحقيق التعافي النفسي وتجاوز الصدمات التي يمر بها الفرد
8. العوامل المؤثرة على عملية التعافي النفسي
9. خصائص ذوي القدرة على التعافي النفسي
10. المؤشرات النفسية والإجتماعية التي تدل على تحقيق التعافي النفسي
11. العلاقة بين التعافي النفسي وبين الهوية الذاتية
12. الفرق بين عملية الشفاء وبين عملية التعافي النفسي
13. حقول العافية النفسية
14. أهمية التعافي النفسي في علم النفس

خلاصة الفصل

تمهيد:

أضحى مفهوم التعافي النفسي في السنوات الأخيرة محورًا أساسيًا في البحوث النفسية والإكلينيكية، لاسيما مع تصاعد الاهتمام بالجوانب الإنسانية للمرضى، وتقدير أهمية الصحة النفسية كركن جوهري في جودة الحياة والرفاهة الشاملة. وقد جاءت التحولات النظرية والمنهجية في مقاربة هذا المفهوم إستجابة لحاجة ملحة إلى تجاوز النماذج الطبية التقليدية التي تركز على غياب الأعراض المرضية فقط، نحو نماذج أكثر شمولاً تراعي أبعاد الشخص الذاتية، والاجتماعية، والوجدانية، وتعترف بأن الشفاء ليس فقط مسألة بيولوجية، بل هو أيضًا سيرورة نفسية واجتماعية متشابكة. يعكس التعافي النفسي، بوصفه عملية ديناميكية، قدرة الفرد على التكيف مع المعاناة، وإعادة بناء تصوراته الذاتية والعلاقات الاجتماعية، وإستعادة الإحساس بالمعنى والاتجاه في الحياة، حتى في ظل إستمرار بعض الأعراض المرضية أو الظروف الصحية المزمنة. ومن هذا المنظور، لا يُعد التعافي مجرد نقطة نهاية، بل هو رحلة مستمرة تعبر عن الأمل، والتمكين، والإستقلالية. فالفرد لا يُنظر إليه كمجرد موضوع للعلاج، بل كفاعل رئيسي في تجربته الخاصة، يمتلك القدرة على قيادة مسار تعافيه وتوجيهه بما يتوافق مع قيمه، وخبراته، وتطلعاته. ويزداد حضور هذا المفهوم أهمية في سياق التعامل مع الإضطرابات المزمنة، سواء كانت نفسية أو جسدية، حيث يتعرض الفرد لتحديات متواصلة تتطلب دعمًا إنفعاليًا ومعرفيًا طويل الأمد. ومن بين هذه الحالات، تبرز الأمراض ذات الطابع الهرموني، مثل إضطرابات الغدة الدرقية، التي ترتبط بتغيرات فزيولوجية تؤثر بعمق على التوازن النفسي والوظائف المعرفية، وتخلق بيئة داخلية غير مستقرة تؤثر على الإحساس بالهوية والثقة والقدرة. في مثل هذه السياقات، يصبح التعافي النفسي هدفًا بالغ الأهمية، لا يقل قيمة عن العلاج الطبي، بل يتكامل معه ويعزز.

كما يُعد التعافي النفسي مفهومًا متعدد الأبعاد، يتداخل فيه الذاتي (الشعور بالكفاءة والسيطرة)، والإنفعالي (تنظيم المشاعر والتعامل مع الألم)، والاجتماعي (إستعادة العلاقات والإنخراط في الأدوار الحياتية)، والروحي (إيجاد المعنى في المعاناة). وقد أظهرت الدراسات المعاصرة أن عوامل مثل: التقبل، والمرونة النفسية، والدعم الاجتماعي، والوعي الذاتي، تلعب أدوارًا محورية في تعزيز فرص التعافي، وتقليل إحتمالية الإنتكاس، ورفع جودة الحياة النفسية. وعليه، فإن فحص التعافي النفسي لا يمكن أن ينفصل عن السياق الثقافي والاجتماعي والاقتصادي المحيط بالفرد، ولا عن خصائصه النفسية الداخلية، وهو ما يتطلب تبني مداخل شمولية ومتكاملة في الدراسة والتدخل. ومن هذا المنطلق، فإن هذا الفصل يُعنى بتأصيل مفهوم التعافي النفسي من منظور علم النفس الصحة، مع توضيح أبعاده، ومحدداته، وموقعه ضمن مسارات التكيف مع المرض، تمهيدًا لفهم العلاقة بين هذا المفهوم ومفاهيم أخرى وتبسيط الضوء على نماذج التعافي النفسي وكل ما له علاقة به.

1. تعريف التعافي النفسي:

لقد تعددت تعريفات "التعافي النفسي"، حيث اختلف مفهومه من شخص إلى آخر، من باحث لآخر لإعتباره موضوعاً ذو أهمية كبيرة في المجال الطبي والنفسي. ومن بين هذه التعريفات نجد:

يعد التعافي النفسي مفهوماً معقدًا تتنوع تعريفاته حسب السياق، والعمر، والجنس، ويعتبر خاصية للنمو الطبيعي، أو أنه آلية تصحيح الذات الفطرية؛ فداخل كل فرد يوجد قوة تدفعه للبحث عن تحقيق الذات والحكمة، وبالتالي هو عملية نمو إيجابي وليس مجرد شفاء يأتي من التكيف الطبيعي لنظام الفرد (الزيادات، 2016، ص503-524)

يعد مفهوم التعافي من المفاهيم المهمة ضمن إطار علم النفس الإيجابي والصحة النفسية إذ يمثل قدرة الفرد في تجاوز الصعوبات ومنغصات الحياة، وأن الإنفعال الإيجابي والتعامل الذهني المتفتح يتبادلان التعزيز، مما يتضمن نطاقاً أوسع من الاستجابات والحلول الفعالة من جانب، وتحسين الصحة وسرعة التعافي والتعامل الناجح مع الشدائد من الجانب الآخر، وأيضاً القدرة على مجابهة التحديات المحيطة بنا وهذا ما يتحقق من خلال تنمية الموارد البشرية والتصدي بوجه المحن التي تتطلب منا البحث عن نقاط قوة الإنسان في تجاوز المنغصات وهذا ما يصاب به الفرد من إحباط كعدم تجاوز الأزمات فيبدأ بالبحث عن طاقات ذاتية وفنية للتعامل معها والتغلب عليها وأحياناً تسمى التوسيع الذاتي من خلال التحديات التي تعبر عن القدرة على تجاوز الخسارة والخروج من المحنة والإندفاع في مواجهة العقبات (شاكور، 2015، ص44).

يتم التعافي من آثار الصدمة حسب " الشريف " بتفعيل شبكة المعلومات وتصحيح الأشياء السلبية فيها وإضافة أشياء إيجابية (الشريف، 2016).

أشار قاموس ميريام وبستر Merriam – Webster () إلى أن التعافي النفسي يتعلق بنوعية الحياة، وليس الكمية، مشدداً على أهمية المسؤولية الذاتية والتعليم، ومراقبة توازن الشخصية، ودعم الحيوية والنشاط. يعرف التعافي على النحو التالي: هي النوعية أو الحالة الجيدة للصحة وخصوصاً في تحقيق مطالب الفعاليات كأهداف (الأسدي والدباغ، 2016، ص40).

يمثل التعافي مجموعة القرارات العقلية والميولات لتبني سلسلة من المبادئ المفتاحية في مجالات الحياة المتعددة، كما يعد حالة من اكتمال السلامة البدنية والعقلية، والرفاهية الاجتماعية وليس مجرد غياب المرض، كما يعني التعافي صحة الفرد بمزيج من المفاهيم الثلاثة (الجسم والعقل والروح)، بمراعاة الجانب الذهني والسلوكي والروحاني (الأسدي والدباغ، 2016، ص40).

العافية النفسية هي مجموعة من القرارات العقلية، والميولات لتبني سلسلة من المبادئ المفتاحية في مجالات الحياة المختلفة التي تقود الفرد إلى مستويات مرتفعة من الرفاهة والرضا والإكتفاء الحياتي (Donald, 2003).

تم تعريف القدرة على التعافي بأنها مجموعة من المصادر والخصائص الشخصية التي تعمل كواق في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة، وتمثل اعتقاداً لدى الفرد بقدراته على إستغلال مصادره وطاقته وإمكانياته النفسية والبيئية المتاحة كي يدرك أحداث الحياة الضاغطة بطريقة غير مشوهة ويفسرها بموضوعية ومنطقية ويواجهها بكفاءة (العلوني، 2016).

التعافي هو عملية فريدة وشخصية تتضمن تغيير المواقف والقيم والمشاعر والأهداف والمهارات أو الأدوار. إنه أسلوب حياة يعيش فيه الفرد حياة مرضية وآمل ومساهمة، بالرغم من حدود المرض (Anthony, 1993, p11-p23).

حسب "samhsa" التعافي هو عملية تغيير شخصية يتمكن فيها الأفراد من تحسين صحتهم النفسية والجسدية، والعيش باستقلالية وتحقيق إمكانياتهم الكاملة (samhsa, 2012).

يضاف أن التعافي هو عملية ذاتية النمو والتمكين تحدث عبر مراحل متعددة تشمل: تطوير الأمل، وإعادة بناء الهوية، وإيجاد معنى للحياة، وتحمل المسؤولية الشخصية.

(Andresen et Al 2003 p594-p586).

حسب Davidson et Al "التعافي ليس مجرد إختفاء الأعراض، بل هو إعادة بناء حياة ذات معنى وهدف، تتسم بالاستقلال، الكفاءة، والأمل، رغم إستمرار المرض (Davidson et al 2005, p480-p487).

يعرف التعافي على أنه السير في طريق يُبنى على الأمل والقدرة الشخصية على الحياة بإيجابية، حتى مع وجود القيود الناتجة عن المرض (Slade 2009).

كما عرفت (Mental Health Commission of Canada 2015) أن التعافي على أنه عملية ذاتية يقودها الفرد وتركز على أمل العيش بحياة ذات معنى ضمن مجتمع يقدر المساهمة الفردية، بالرغم من التحديات المرتبطة بالصحة النفسية.

تعرف منظمة الصحة العالمية "WHO" التعافي على أنه العملية التي يطور فيها الأفراد المصابون بإضطرابات عقلية القدرة على العيش والعمل في المجتمع والتكيف مع المحيط الخارجي، مع أو بدون إستمرار الأعراض. (WHO 2013).

تعرف شبكة التعاون الدولي للصحة النفسية (IMHCN) التعافي النفسي بالنسبة للعديد من الأشخاص، على أنه مفهوم يتعلق بالتحكم في حياتهم رغم وجود مشكلة صحية نفسية. يتطلب ذلك تحولاً في التفكير من التركيز على المرض إلى التركيز على التمكين، والقصص الحياتية، والقوة البشرية، والأمل، والدعم من الأقران. (IMHCN 2014).

تعرف الجمعية الأمريكية لعلم النفس "APA" التعافي أنها التقدم المستمر في إستعادة القدرات والمهارات والوظائف القابلة للقياس بعد المرض أو الإصابة. كما يشير إلى حالة من الإمتناع المستمر عن تعاطي المواد بعد إدمان طويل الأمد. (APA, 2013).

يضاف في تعريف التعافي هو إعادة إكتشاف الذات ككائن إنساني قادر على إمتلاك قيمة، وبناء حياة ذات مغزى، وتطوير علاقات إجتماعية صحية. (Young & Ensing, 1999, p219).

بعد التطرق لمختلف التعريفات المقدمة حول مفهوم التعافي النفسي، نصل إلى أن التعافي النفسي مسار فردي وفريد، يمر به الشخص خلال رحلة علاجية للتعافي من اضطراب أو مرض، أو صدمة قد يتعرض لها في حياته، يحاول فيه إستعادة الإحساس بالسيطرة على حياته رغم إستمرار بعض الأعراض أو الظروف الصعبة وإسترجاع هويته وذاته. فالتعافي لا يعني الشفاء من الأعراض نهائياً بل يشمل النمو الشخصي، وإعادة بناء الذات وتطوير معنى جديد للحياة، حيث يركز على الأمل كعنصر مركزي في هذه الحياة إلى جانب الدعم الإجتماعي الذي يساهم في تحقيق نجاح عملية التعافي النفسي.

2. مفاهيم ذات علاقة بالتعافي النفسي :

رغم تعرض الناس لأحداث الحياة الضاغطة يلاحظ أن معظم الناس يظلون محتفظين بصحتهم الجسمية وسلامة أدائهم النفسي والإجتماعي، وقد غير هذا مجرى الإهتمام إلى ضرورة فحص مصادر المقاومة، أي تلك العوامل والمتغيرات النفسية والبيئية التي يمكن أن تنتج عن أحداث الحياة الضاغطة من آثار سلبية على سلامة الأداء النفسي والإجتماعي للفرد، وهي تمثل نقاط قوة لدى الفرد وتساعد على أن يظل محتفظاً بصحته الجسمية والنفسية رغم تعرضه لأحداث الحياة الضاغطة متعددة الجوانب، ومن أبرز المصادر المرتبطة بقدرة الفرد على مقاومة ذلك ما يلي :

1.2. قوة الأنا:

قوة الأنا فكرة ذات بعد تاريخي طويل في علم النفس، فقوة الأنا تمثل سلطة الذات على مشاعرها ومدى قدرتها على إتخاذ القرارات، والقدرة على إستغلال الواقع وإكتشافه، وهي بذلكرادفة لقوة الشخصية الداخلية التي تمكن الفرد من الإستخدام الأمثل لقدراتها المعرفية والسلوكية والإنفعالية التي تسهل عليه ممارسة أدواره، والتعامل الأمثل مع ما يواجهه من إحباطات و ضغوطات دون الرجوع إلى وسائل غير سوية تتمثل في إستخدام الحيل الدفاعية (أبو شامة، 2012).

وعليه إن إستطاعت الأنا القيام بوظائفها والعمل على التكيف مع البيئة الخارجية، والرغبات الداخلية فهي سوية وقوية وتنمو نمواً سليماً، ولقد إتخذ الباحثون هذه المتطلبات أساساً فسروا من خلال ما أطلقوا عليه مصطلح قوة الأنا (مقبل، 2010).

إذ أن قوة الأنا هي الركيزة الأساسية في الصحة النفسية والقدرة على التعافي النفسي، وتشير قوة الأنا إلى التوافق مع الذات والمجتمع، علاوة على الخلو من الأعراض العصابية، والإحساس الإيجابي بالكفاية والرضا، وقوة الأنا هي القطب المقابل للعصابية، وقوة الأنا تمثل قدرة الفرد في تحقيق التوافق والتي يتخذها دليلاً على الصحة النفسية هي مهارة الأناني علاج صراعاته الشخصية والتعامل معها و مع العالم الخارجي، بحيث ينتهي به الأمر إلى النجاح، وقوة الأنا تمثل طاقة الفرد النفسية التي تحدد مدى تحمله للظروف الغير (زرواق، 2013) .

2.2. الفاعلية الذاتية :

تعد فاعلية الذات من المتغيرات النفسية الهامة التي توجه سلوك الفرد وتسهم في تحقيق أهدافه الشخصية، فالأحكام و المعتقدات التي يمتلكها الفرد حول قدراته و إمكانياته لها دور هام في التحكم في البيئة، مما يسهم في زيادة القدرة على التعافي والإنجاز ونجاح الأداء (ابنسام، 2005).

وفاعلية الذات هي معتقدات الفرد الشخصية ومدى المثابرة والمقاومة في المواقف المختلفة (حسنين، 2006، ص36). وهي التوقعات المرتبطة بالأداء التي تسهم في تفسير أسباب إختلاف الناس في الكثير من المواقف وردود الأفعال، ومن ثم التفكير والأفعال، وتقبل النقد ، أو رفضه ومن التعصب لفكرة أو مبدأ، أو رأي والجمود عليه (البهدل، 2014، ص154).

3.2. تقدير الذات:

يعد تقدير الذات أحد المداخل الإيجابية لتحسين القدرة على التعافي من خلال تنمية قدرات الفرد الذاتية، ووعيه الداخلي، وإقامة علاقات إجتماعية ناجحة، وبقدر ما يتوفر للفرد من توافق ونظرة إيجابية للحياة بقدر ما يتمتع بدرجات مرتفعة من تقدير الذات، إذ إن تقدير الذات بوصفها أحد المتغيرات المهمة في علم النفس الإيجابي ذو أثر فعال في الوقاية من الإضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية لاسيما لدى الأطفال (أبو الديار، 2011، ص65)

إن العلاقة الجيدة مع الذات هي من بين الشروط التي تسمح للمفرد بالتعبير عن الحب والتسامح والحكمة للآخرين، أي وبمعنى آخر، إذا كان الفرد لا يستطيع أن يتعرف على إنفعالاته إيجابية كانت أم سلبية، والتعبير عنها، فإنه لن يستطيع التفاعل بشكل إيجابي مع المحيطين، وهذا ما قديؤدي إلى عدم التطور والإرتقاء والتعافي النفسي، إذ أن تطوير وتنمية تقدير الذات يعتمد على تطوير وتنمية مكوناته الأساسية، وهي: الإحساس بالأمن، والإحساس بالهوية، والإحساس بالإنتماء (بزراوي، 2016).

إذ أن إدراك الفرد لقيمتها الذاتية هو أساس كل إنجازاتها اللاحقة، وقدرته على التعافي مما يلحق به من ضغوط، بل أنها أساس وجود الفرد ذاته، فتقدير الذات هو أساس التوافق بالنسبة للفرد وأنه يسعى إلى تحقيق إشباع حاجاته المختلفة دون حدوث تعارض مع متطلبات وظروف البيئة المحيطة به، ومدى نجاح الفرد في تحقيق هذا التوازن ينمي لديه مفهوم ذاتي مقبول، أي صورة عن نفسه يحبها ويرغب فيها، وعندئذ يتكون تقديره لذاته بدرجة عالية، مما يجعله قادراً على التعافي والشفاء من الإضطراب (Sotelo, 2000, p731-p734).

4.2. المناعة النفسية :

تعد المناعة النفسية عاملاً رئيساً في حماية الفرد من الإصابة بعدد من الأمراض، ونقصها يعد عاملاً في إحداث المرض، إذ إن الإنسان وحدة واحدة تشمل العقل والجسد وما يتعرض له من ضغوط تحدث تأثيرها في كلا الجانبين مسببة أمراضاً نفسجسدية أو ما يعرف بالأمراض السيکوسوماتية (عبد الجبار، 2010). وتكمن فكرة المناعة النفسية بأنها وحدة متكاملة

متعددة الأبعاد للموارد الشخصية المرتبطة بالجوانب المعرفية، والدافعية، والسلوكية، والتي تقدم للفرد مناعة يستطيع من خلالها التعامل مع الضغوط ومقاومتها والتعافي منها وتدعيم الصحة النفسية (Olah, 2004, p149-p189).

فالمناعة النفسية مفهوم فرضي يقصد به قدرة الفرد على مواجهة الأزمات والكروب، وتحمل الصعوبات والمصائب، ومقاومة ما ينتج عنها من أفكار ومشاعر غضب وسخط وعداوة ويأس وعجز وإنهزامية وتشاؤم، كما تمد المناعة النفسية الجسم بمناعة إضافية تنشط أجهزة المناعة والتعافي (خنفر، 2014).

5.2. الصمود النفسي:

يرى " ميشل " أن الصمود النفسي مفهوم حديث نسبياً، يعني القدرة على الارتداد والتعافي النفسي بعد التعرض للضغوط الحياتية الصعبة مثل موت عزيز أو خسارة، وفقدان منزل أو التعرض للكوارث الطبيعية (Michael, 2012, p37-p51). ويبين درويش أن الصمود النفسي يعني القدرة على الشفاء والتعافي أو الارتداد مرة أخرى إلى حالة التوافق، حيث كلمة الصمود مشتقة من الكلمات التالية: (Alire) يقصد بها يقفز، و (Resalie) يقصد بها يقفز إلى الخلف أو يرتد مرة أخرى إلى ما كان عليه. والصمود هو القدرة على الارتداد من الخبرات الإنفعالية السلبية بالتكيف المرن مع المطالب المتغيرة للخبرات الضاغطة نفسياً (درويش، 2016).

6.2. المرونة النفسية :

يستخدم مصطلح المرونة للإشارة إلى القدرة على التكيف، والإشارة إلى إستنتاج مفاده أن الأفراد الذين يعانون من تقدير الذات النفسي والإجماعي الجيد نسبياً على الرغم من المخاطر التي من المتوقع أن تؤدي إلى عراقيل خطيرة (Rutter, 2006, p12)، فالمرونة النفسية هي الإستجابة الإنفعالية والعقلية التي تمكن الإنسان من التكيف الإيجابي مع مواقف الحياة المختلفة سواء كان هذا التكيف بالتوسط أو القابلية للتغير أو الأخذ بأيس الحلول (نواره، 2017)، وتعني المرونة النفسية القدرة على التعافي من التأثيرات السلبية لهذه الشدائد أو الأحداث الضاغطة والقدرة على تخطيها أو تجاوزها بشكل إيجابي ومواصلة الحياة بفاعلية (Masten, 2009, p28-p32).

كما تعد المرونة النفسية عملية تطور ديناميكية تؤدي إلى بلوغ مرحلة التوافق الإيجابي أثناء التعرض لتهديد خطير، أو محنة أو صدمة نفسية شديدة، وهي عملية التوافق الجيد والمواجهة الإيجابية للشدائد، والصدمات، أو الضغوط النفسية العادية التي يواجهها البشر، مثل المشكلات الأسرية، ومشكلات العلاقات مع الآخرين، والمشكلات الصحية الخطيرة، وضغوط العمل، والمشكلات المالية، كما تعني المرونة النفسية القدرة على التعافي من التأثيرات المسببة لهذه الشدائد أو الأحداث الضاغطة والقدرة على تخطيها أو تجاوزها بشكل إيجابي ومواصلة الحياة بفاعلية (درويش، 2016، ص 1393).

ويضيف كل من "أزлина" و"شاهريز" أن المرونة النفسية هي قدرة الفرد على التعافي من الأمراض، والإكتئاب والمصائب، وقيام الفرد بوظائفه بالرغم من التحديات والظروف الصعبة المحيطة به وهذا يتطلب من الفرد القدرة على التكيف الفعال الذي يتضمن كل من الأفكار والأفعال. (Azlina & Shahrir, 2010, p83).

7.2. الصلابة النفسية:

نظام مناعة جيد، يعمل كمتغير سيكولوجي مخفف من وقع الأحداث الضاغطة على الصحة الجسمية والنفسية للفرد، ويساهم في رفع مستوى قدرة الفرد على إدراك والتقويم والمواجهة المباشرة للأحداث الضاغطة، مما يقود إلى الحل الناجح لخفض التوتر والصراع الذي تخلفه الظروف الضاغطة، وتتأصل الصلابة النفسية من خلال معاشة الفرد للخبرات المعززة التي تصقل الشخصية وتقوي دعائمها، وهذا يتضح من خلال مشاعر الفرد وسلوكياته التي تتصف بالالتزام والتحكم والتحدى والثقة، واستخدام أسلوب المواجهة التحويلي في التوجيه وتحويل الأحداث التي يمكن أن تحول الضغوط إلى فرص إيجابية للنمو، مما يساعد الفرد على التعافي والإستمرار في إعادة التوافق (الهادي، 2009).

8.2. الهوية الذاتية :

الهوية الذاتية (Self-Identity) هي بنية نفسية-إجتماعية مركبة تُعبّر عن الطريقة التي يدرك بها الفرد نفسه ككائن متميز ومستمر عبر الزمن والمواقف، وتشتمل على مجموعة من المكونات المعرفية والإنفعالية والسردية التي تنظم تجربة الذات في العالم، وتشكل مرجعية داخلية للفرد في تفسير أفعاله ومعتقداته وإنتماءاته. تمثل الهوية الذاتية إجابة الفرد على سؤال "من أنا؟"، وهي تتشكل تدريجيًا من خلال التفاعل بين العمليات النفسية الداخلية (كالذاكرة، والتفكير التأملي، والإنفعالات) والبيئة الإجتماعية المحيطة (كالأسرة، والثقافة، والمؤسسات)، مما يجعلها عملية ديناميكية تتطور وتُعاد صياغتها عبر مراحل الحياة. (Erikson, 1968).

ومما سبق يمكن النظر إلى التعافي النفسي كعملية ديناميكية تتداخل فيها مجموعة من الموارد النفسية الداخلية، التي تشكل في مجملها الأساس الذي يمكن الفرد من تجاوز الأزمات والإضطرابات النفسية. إذ تُسهم قوة الأنا في تعزيز القدرة على التكيف وإدارة الصراعات النفسية الداخلية، بينما تعدّ الفاعلية الذاتية من العوامل الأساسية التي تدعم إحساس الفرد بقدرته على التحكم في مجريات حياته وإتخاذ قرارات حاسمة إتجاه تعافيه. أما تقدير الذات، فيوفّر للفرد قيمة شخصية إيجابية تُعزز من دافعيته لمواجهة الصعوبات، في حين تُشكّل المناعة النفسية درعًا دفاعيًا ضد تأثيرات الضغوط الممتدة. كما يُعد كل من الصمود النفسي والمرونة النفسية آليتين مركزيتين في عملية التعافي، حيث تساعدان الفرد على إستعادة توازنه رغم إستمرار عوامل الإجهاد. وفي السياق نفسه، تُعطي الصلابة النفسية للفرد قدرة على التحمل والمثابرة في مواجهة الظروف القهرية، مدعومة بالإحساس بالالتزام والسيطرة والتحدى. وفي الأخير، تُعتبر الهوية الذاتية إطارًا مرجعيًا يُعيد للفرد تماسكه الداخلي ومعنى وجوده، مما يُسهم في بناء مسار تعافٍ متكامل ومستدام. وبالتالي، يُمكن القول إن التعافي النفسي لا يُبنى بمعزل عن هذه البنى النفسية المتكاملة، بل يتغذى منها ويُعيد

تشكيلها في آنٍ واحد، في مسار دائري تتعزز فيه الموارد الذاتية من خلال التجربة، وتُعيد بدورها دعم إستمرارية التعافي.

3. أبعاد التعافي النفسي :

ترى " الزيادات "أنهم أبعاد التعافي النفسي تتمثل في:

1.3. البُعد العاطفي: (Emotional Dimension)

هو قدرة الفرد على تنظيم مشاعره والتعامل مع الإنفعالات السلبية (مثل الحزن، الغضب، الخوف)، والقدرة على إستحضار مشاعر إيجابية مثل الأمل، الطمأنينة، والرضا.

يُعد هذا البعد أساسيا في عملية التعافي لأنه يعكس مدى إستقرار الحالة الإنفعالية للفرد. فالفرد المُتعافي نفسياً لا يخلو من المشاعر السلبية، لكنه يمتلك طرق ووسائل وتقنيات ومرونة نفسية تمكّنه من التحكم بهادون أن تعيق حياته اليومية أو تطوره.

2.3. البُعد المعرفي: (Cognitive Dimension)

يشير إلى الطريقة التي يُعيد بها الفرد تنظيم أنماط تفكيره، معتقداته، وتصوراتهِ حول الذات والعالم بعد المرور بتجربة مؤلمة أو صادمة.

يُسهّم هذا البُعد في تحويل الخبرات الصادمة من مصدر ألم ومعاناة إلى مصدر خبرة وتعلم. ويظهر ذلك في القدرة على تنمية أفكار إيجابية، تقبل الواقع، تقليل التعميم السلبي، وتحقيق قدر من الاتساق المعرفي الداخلي.

3.3. البُعد السلوكي: (Behavioral Dimension)

يُقصد به التغيرات الإيجابية التي تطرأ على سلوك الفرد ونمط حياته اليومية نتيجة التعافي، مثل العودة للعمل، الإهتمام بالصحة، والمشاركة في الأنشطة.

يُعد السلوك مؤشراً خارجياً على التغيرات الداخلية، ويعكس مدى قدرة الفرد على الإنخراط من جديد في أنماط حياة منتجة وصحية. ويتضمن هذا البعد أيضاً التخلي عن أنماط سلوكية ضارة أو تجنّبية (مثل الإنسحاب أو الإدمان).

4.3. البُعد الاجتماعي: (Social Dimension)

يُشير إلى قدرة الفرد على بناء علاقات إجتماعية صحية، وإستعادة شبكة الدعم الإجتماعي، والإنخراط في التفاعل الإجتماعي بشكل إيجابي.

يُعد الدعم الإجتماعي من العوامل الحامية في مواجهة الإنتكاس. فالعلاقات الإيجابية تُعزز من الإحساس بالإنتماء، وتقلل من الشعور بالعزلة، وتوفر موارد عاطفية وسلوكية تُسهّل إستمرارية التعافي. (الزيادات، 2016).

ومنهُ حسب " الزيادات " فيمكن تلخيص هذه الأبعاد على هذا النحو: إدراك الذات، وإدراك المستقبل، والكفاءة الإجتماعية والإنسجام الأسري، والمصادر الإجتماعية، وسمات شخصية مثل: المزاج السهل، والقدرة الذهنية، والإعتماد على الذات والإجتماعية، واستراتيجيات التكيف ومهارات التواصل والصدق والإمتنان، والحكمة، والحياة الهانئة الذاتية والمعنوية، والضبط الذاتي، والتسامح، والأمل.

في حين بين " العجلوني " أن أبعاد القدرة على التعافي تتمثل في الآتي :

1. الإلتزام (Commitment):

الإلتزام يُشير إلى حالة داخلية تتسم بالإستمرارية والمثابرة، بحيث يظل الفرد متمسكاً بهدف أو علاقة أو معتقد أو سلوك معين، بالرغم من العقبات أو الضغوط. وهو نوع من التعاقد النفسي يلتزم به الفرد إتجاه نفسه وأهدافه وقيمه والآخرين من حوله .إنه ليس مجرد نية مؤقتة أو دافع لحظي، بل هو قرار وإستعداد نفسي طويل الأمد يتضمن الرغبة في الإستمرار، الجهد المتواصل لتحقيق الغاية، والقبول الطوعي بالتضحيات اللازمة (Meyer & Allen, 1991, p61-p89) .

2. التحكم (control) :

يُعد التحكم من المفاهيم المحورية في علم النفس المعرفي والسريري والإجتماعي، ويُشير إلى قدرة الفرد على تنظيم سلوكياته، أفكاره، وعواطفه من أجل الوصول إلى أهداف محددة أو التكيف مع المواقف المختلفة. ويشير إلى إعتقاد الفرد أنه قادر على التحكم في ما يواجهه من أحداث، وأن يتحمل المسؤولية الشخصية عما يحدث له، ويتضمن التحكم ما يلي: التحكم المعرفي، والقدرة على إتخاذ القرارات، والإختيار بين بدائل متعددة. كما يُشير إلى إحساس الفرد بقدرته على التأثير في مجريات حياته ونتائج أفعاله، ويُستخدم أحياناً كمترادف لمفاهيم مثل "الإحساس بالكفاءة" أو "السيطرة الذاتية". (العجلوني، 2016)

3. التحدي (challenge):

في علم النفس، يُشير "التحدي" إلى الإدراك الإيجابي للصعوبات والمواقف الضاغطة على أنها فرص للنمو والتطور، وليس مجرد تهديدات. فهو لا يُفهم كعائق، بل كمحفز يستثير الطاقات الداخلية للفرد لإختبار إمكانياته وتجاوز حدوده. وإعتقاد الفرد أن ما يحصل له من تغيير هو أمر ضروري ومثير للنمو أكثر من كونه تهديداً له، مما يساعده على إستكشاف البيئة، ومعرفة المصادر النفسية والإجتماعية التي تساعد على التصدي للضغوط بفاعلية (العجلوني، 2016)

4. نماذج التعافي النفسي:

حدد " سنكلير " و " والستون " مجموعة من الصفات ترتبط بالتعافي النفسي ووضعاها في عدة نماذج كالآتي :

1.4. نماذج الاستعداد: وتعود إلى السمات الشخصية التي هي عوامل وقائية وتشمل: السمات الجسمية، والنفسية

الإجتماعية كالذكاء، وتقدير الذات، والكفاءة الذاتية .

2.4. نماذج العلاقات: وتشمل: المهارات الإجتماعية التي تقود إلى الدعم الإجتماعي، والإلتزام بالأدوار الإجتماعية

والنماذج الفلسفية وتشمل: المعتقدات الشخصية التي تشجع على الإحساس بالغير، ووضع أهداف، ووجهة النظر المتوازنة للحياة.

3.4. النماذج الموقفية: وتظهر بالمهارات المعرفية، والقدرة على حل المشكلات، والسمات التي

تشير إلى القدرة على الأداء في مواجهة الموقف وتضم: مهارات وضعاً لأهدافاً واقعية والقدرة على تقدير نتائج الأفعال. (Sinclair & Wallston 2004, p94-p101)

- وهناك نماذج أخرى تتمثل في:

4.4. نموذج التعافي الشخصي: (Personal Recovery Model)

نموذج التعافي الشخصي هو إطار مفاهيمي في الصحة النفسية يركز على تجربة الفرد الذاتية في إستعادة حياته ومعناه وهويته، بصرف النظر عن إستمرار الأعراض النفسية. يُعد هذا النموذج بديلاً أو مكملاً للنموذج الطبي التقليدي الذي يركز على "الشفاء من الأعراض" فقط. يركز هذا النموذج على عدة نقاط المتمثلة في:

✓ الأمل

✓ احترام الذات

✓ إعادة بناء الهوية

✓ الاستقلالية

✓ التواصل الاجتماعي

ويتميز بكونه يعترف بتجربة الفرد الذاتية، ويتجاوز المنظور الطبي، ويُشجع على التمكين والإختيار الذاتي. (Anthony, 1993 p23)

- أهداف نموذج التعافي الشخصي:

تعددت أهداف نموذج التعافي الشخصي، لكن يمكن تلخيصها في أهم النقاط المتمثلة في:

- إستعادة السيطرة على الحياة.

- تمكين الفرد من الشعور بالتحكم في مجريات حياته وإتخاذ قراراته بنفسه.

- تقليل التبعية للخدمات أو للعلاج الدوائي وحده.

- بناء القدرة على إدارة الأعراض والتحديات اليومية بطريقة مستقلة.

- بناء هوية جديدة إيجابية.

- التخلص من وصمة "المرض العقلي" والإبتعاد عن إختزال الذات في التشخيص.

- تطوير هوية متكاملة تعكس الإهتمامات والقيم والعلاقات الشخصية.

- دعم إحترام الذات وتعزيز قيمة الشخص الإنسانية.

- تعزيز الأمل والإيمان بالإمكانية.

- دعم نظرة مستقبلية إيجابية مبنية على الإيمان بإمكانية التغيير والنمو.

- إبراز النماذج الواقعية لأشخاص تعافوا، وإدماجهم في الدعم النفسي.

- التخفيف من مشاعر اليأس المرتبطة بالإضطرابات المزمنة .

- تحقيق المعنى والغاية من الحياة، وذلك بمساعدة الفرد على إيجاد معنى لما يمرّ به، وتوظيف تجربته لبناء هدف شخصي.
- إعادة الربط بالقيم والأدوار الاجتماعية (كالأبوة، العمل، التعليم).
- تشجيع المشاركة في أنشطة ذات مغزى.
- تعزيز الشعور بأن الحياة جديرة بأن تُعاش، رغم التحديات.
- تعزيز العلاقات والدعم الاجتماعي.
- بناء شبكات دعم صحية (عائلة، أصدقاء، مجموعات دعم).
- تقليل مشاعر العزلة والنبذ الاجتماعي.
- تنمية مهارات التواصل والحدود داخل العلاقات.
- جعل العلاقات مصدرًا للقوة لا للتهديد أو الإهمال. (Leamy, M. et al, 2011)

5.4. نموذج CHIME لـ " Leamy et al " :

نموذج " CHIME " هو إطار مفاهيمي تم تطويره من خلال مراجعة منهجية للدراسات التي تناولت مفهوم التعافي الشخصي في الصحة النفسية. يهدف إلى توضيح الأبعاد الأساسية التي تُشكّل عملية التعافي الذاتي كما يختبرها الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية مزمنة مثل الفصام والاكتئاب واضطرابات القلق. تم تطويره بواسطة " Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams & Slade " في مراجعتهم سنة (2011).

يعتمد هذا النموذج على مراجعة منهجية للدراسات التجريبية ويعدّ من أكثر الأطر استخدامًا في بحوث التعافي النفسي. متوافق مع الفلسفة الإنسانية للطب النفسي الإيجابي (Leamy et al, 2011, p445-p452).

1. المكونات الخمسة الأساسية لنموذج " CHIME " :

إسم النموذج " CHIME " هو اختصار لخمس مكونات رئيسية تتمثل في :

- Connectedness: يقصد به الإتصال الاجتماعي .

- Hope: يقصد به الأمل .

- Identity: يقصد به الهوية.

- Meaning: يقصد به المعنى في الحياة.

- Empowerment: يقصد به التمكين .

- ويمكن تقديم شرح مفصل لكل مكون كالآتي:

1.1. الإتصال الاجتماعي "Connectedness" :

يشير الإتصال الاجتماعي إلى أهمية العلاقات الاجتماعية في دعم التعافي. حيث يرتبط بتقوية الإحساس

بالإنتماء والانخراط في المجتمع ويشمل: الدعم من الأسرة، الأصدقاء، الأخصائيين، والمجتمع.

2.1. الأمل والتفاؤل " Hope and Optimism " :

الأمل يُنظر إليه كمُحرّك رئيسي في عملية التعافي، حيث يعزز الدافعية ويمنح معنى للإستمرار، ويشمل الاعتقاد بإمكانية التغيير والتحسين، رغم إستمرار الأعراض أحياناً. (Andresen et al, 2003)

3.1. الهوية "Identity" :

يشير إلى إستعادة أو إعادة بناء هوية إيجابية لا تتمحور حول المرض، يساعد على تجاوز وصمة المرض النفسي، ويتضمن تطوير نظرة جديدة للذات، قائمة على القبول والإيجابية.

4.1. المعنى في الحياة « Meaning in life " :

يدور حول إيجاد غرض أو هدف شخصي للحياة، قد يشمل الانخراط في العمل، الدراسة، الدين، التطوع، أو العلاقات ويوفر شعوراً بالقيمة، ويمنح الحياة توجهاً.

1.5. التمكين "Empowerment" :

ويُشير إلى شعور الشخص بالسيطرة على حياته وإتخاذ قراراته بنفسه. حيث يعزز من الفاعلية الذاتية، والإستقلالية، والانخراط في الرعاية الذاتية. يشمل مقاومة السيطرة السلبية أو الوصمة.

(Topor et al, 2006, p17-p37)

2. أهداف نموذج " CHIME " :

يهدف نموذج CHIME إلى دعم التعافي النفسي الشامل عبر الأبعاد التالية:

- تعزيز الشعور بالإنتماء والإتصال وذلك عن طريق تقوية الروابط الإجتماعية مع العائلة، الأصدقاء، المجتمع للتقليل من الشعور بالعزلة الإجتماعية وبناء بيئة داعمة تشجع على الاندماج والقبول.

بمعنى آخر توفير أساس إجتماعي آمن يشجع على الإستقرار النفسي والنمو العاطفي.

- دعم الأمل والتفاؤل وذلك بتعزيز الإيمان بإمكانية التحسن والشفاء رغم إستمرار التحديات، وبناء نظرة مستقبلية إيجابية تدعم الإستمرارية، ومكافحة اليأس والتشاؤم المرتبطين بالمرض النفسي والهدف كله هو خلق دافع داخلي للإستمرار في مسار التعافي.

-إعادة بناء الهوية الذاتية عن طريق مساعدة الفرد على تطوير صورة ذاتية إيجابية لا تتمحور حول المرض. كما يهدف نموذج CHIME إلى تقليل تأثير الوصمة الداخلية والخارجية وتعزيز تقدير الذات وتقبلها.

- إكتساب المعنى والهدف، وذلك عن طريق مساعدة الفرد في إكتشاف الغاية الشخصية من الحياة رغم المعاناة التي يمكن أن يواجهها، والانخراط في أنشطة ذات مغزى كالتعليم، العمل، التطوع. وتوجيه الحياة نحو مسار ذي معنى يُعزز من الإحساس بالإستحقاق.

- تمكين الفرد وإستعادة السيطرة، بواسطة تعزيز الشعور بالفاعلية الذاتية وإتخاذ القرار، مع مقاومة الشعور بالعجز والخضوع للمؤسسات أو التشخيصات وتعزيز الإستقلالية، والمبادرة، وتحقيق الذات. Leamy, M., Bird, V., Le (Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M, 2011).

بأسلوب آخر دعم إستعادة السيطرة على الحياة الشخصية والإجتماعية.

6.4. نموذج التعافي من الصدمة: (Herman's Trauma Recovery Model)

هو لـ " جوديث هيرمان " التي قامت بتطويره، وقد تم تعريفه كالتالي:

يشكل نموذج التعافي من الصدمة إطار علاجي ونفسي يُستخدم في حالات اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) والعنف الأسري لفهم ومعالجة النتائج النفسية التي تترتب على التعرض لصدمة نفسية شديدة كالعنف، الإعتداء، الكوارث والحروب والفقدان المفاجئ. (Herman, J. L. 1992) ويضاف في تعريفه:

أن نموذج التعافي من الصدمة آلية علاجية تستند إلى فهم تدريجي لمراحل الإستجابة النفسية للصدمة، ويفترض أن المريض يمر بمراحل من التوتر والإنهيار ثم المعالجة والتكامل النفسي، بهدف إستعادة قدرته على التكيف السوي مع ذاته والبيئة المحيطة. (الصوبة، 2017، ص47)

يقوم على أسس نفسية ديناميكية ونظرية التعلق. حسب " جوديث هيرمان " يتكون هذا النموذج من ثلاثة مراحل تتمثل في:

1. مرحلة الأمان (Safety): يتم فيها تثبيت الشعور بالأمان الجسدي والنفسي.
2. مرحلة التذكر والحزن (Remembrance and Mourning): يتم إسترجاع القصة والأحداث والمواقف الحزينة التي عاشها المريض ويقوم بالتعبير عنها.
3. مرحلة إعادة الإرتباط (Reconnection): وفي هذه المرحلة يتم إعادة بناء الروابط والعلاقات والمعنى. Herman, J. L. (1992).

- أهداف نموذج التعافي من الصدمة:

تتمثل أهداف نموذج التعافي من الصدمة في تمكين الفرد نفسياً وإجتماعياً وعصبياً من تجاوز آثار التجربة الصدمية وإستعادة توازنه الذاتي ووظيفته الحياتية. تنقسم هذه الأهداف إلى محاور متكاملة تتمثل في:

1. إستعادة الشعور بالأمان (Restoring a Sense of Safety):

يكمن الهدف الأساسي في المرحلة الأولى في إعادة بناء الإحساس بالأمان الداخلي والخارجي، ويساعد ذلك على تقليل حالة "الاستنفار العصبي (Hyperarousal)" المرتبطة بالصدمة. كما يشمل أيضاً إعادة تنظيم الإيقاع اليومي، النوم، الطعام، والتفاعل الإجتماعي. (Herman, J. L, 1992)

2. تحقيق الإستقرار النفسي-العصبي (Affective and Physiological Stabilization) :

وذلك بمساعدة الفرد على تنظيم إنفعالاته والتعامل مع المشاعر مثل الخوف، الذنب، الغضب، مع تطوير إستراتيجيات تأقلم فعالة (مثل التنفس العميق، التأمل، الحديث الداخلي الإيجابي)، وتقليل الأعراض الجسدية والنفسية كالإنتكاس والانفصال عن الواقع. (Ogden, P., Minton, K., & Pain, C, 2006)

3. معالجة تجربة الصدمة (Processing the Trauma Memory) :

الهدف هنا هو مساعدة الفرد على إعادة سرد تجربته الصدمية بطريقة لا تسبب له تفككاً أو إنتكاساً. حيث يتضمن تفكيك الذكريات المؤلمة وإعادة دمجها ضمن سياق سردي متماسك، وذلك بإستخدام أساليب علاجية تتمثل في العلاج السردى، العلاج بالتعرض المطول، وإزالة التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين. Foa, E. B., Hembree, E, & (Rothbaum, B. O, 2007)

4. إعادة بناء الهوية والوكالة (Rebuilding Identity and Agency) :

يهدف إلى تعزيز الشعور بالسيطرة على الذات (Self-Agency) بعد أن تم إنتهاكها خلال الصدمة. ودعم إعادة تعريف الذات بهوية جديدة لا تتمركز حول كون الشخص ضحية تمكنه من إتخاذ قرارات تخص حياته وإستعادة ثقته في ذاته. (Herman, J. L, 1992)

5. تعزيز الروابط والعلاقات الآمنة (Reconnecting with Others) :

يهدف إلى تقوية العلاقات الإجتماعية الداعمة، التي تساعد في التعافي العاطفي. والتعلم من جديد كيف يثق الشخص بالآخرين، مع بناء حدود صحية داخل العلاقات لتفادي تكرار الإيذاء. (Courtois, C. A., & Ford, J. D, 2013, p119)

6. إيجاد معنى للصدمة (Meaning-Making and Post-Traumatic Growth) :

يكمُن الهدف النهائي في تحويل الألم إلى دافع للنمو الشخصي، حيث يشمل تطوير فهم جديد للحياة، للعلاقات، وللذات (Tedeschi, R. G, & Calhoun, L. G, 2004). ويرتبط ذلك بما يُعرف بـ النمو التالي للصدمة (Post-Traumatic Growth)، ويقصد به التحول الإيجابي الذي قد يحدث لدى بعض الأفراد بعد تعرضهم لتجربة صادمة أو شديدة، حيث تصبح هذه الأخيرة حافزاً للتعافي وتجاوز المشكلات. (يونس، 2019، ص88)

7.4. نموذج القوة (Strengths-Based Model) :

نموذج القوة هو إطار نظري وعلاجي يُركّز على قدرات الفرد ونقاط قوته وإمكاناته بدلاً من التركيز على نقاط الضعف أو المشكلات. ويهدف إلى تمكين الأفراد من إستخدام مواردهم الذاتية والإجتماعية لتحقيق التغيير الإيجابي وتحسين جودة حياتهم. بتعبير آخر فإن هذا النموذج يولي إهتمامه وتركيزه على الإمكانيات بدلاً من العوائق بإعتباره كل فرد لديه موارد نفسية يمكن تفعيلها، ليتمكن من بناء علاقة علاجية أساسها الاحترام والتمكين، وتشجيع الإستقلالية والمبادرة الذاتية يُستخدم نموذج القوة في الخدمة الإجتماعية لدعم الأفراد في الأزمات، كما يطبق في العلاج النفسي، خصوصاً مع من يعانون من صدمات أو أمراض مزمنة. ويستخدم في برامج التأهيل لضحايا العنف أو الإدمان أو الكوارث. (عبد العزيز، 2021، ص113)

يرى هذا النموذج أن كل شخص يمتلك قدرات وموارد كامنة يجب دعمها، وأن العلاج يبني على نقاط القوة وليس على مواطن الضعف. يُستخدم في العمل الاجتماعي والعلاج النفسي الجماعي. ويُعزز الإستقلالية الذاتية والمشاركة الاجتماعية (C. A. & Goscha, 2006, p268).

- أهداف نموذج القوة: (Strengths-Based Model)

تتمثل أهداف نموذج القوة في مايلي :

- تمكين الفرد من استخدام قدراته الذاتية حيث يهدف نموذج القوة إلى مساعدة الأفراد على التعرف على قدراتهم وإمكانياتهم الشخصية، وتفعيلها في مواجهة التحديات بدلاً من التركيز على القصور والضعف.
- تعزيز الشعور بالكفاءة والفعالية الشخصية وذلك بالعمل على بناء ثقة الفرد بنفسه وتشجيعه على الشعور بالسيطرة على حياته وظروفه.
- تحفيز الأمل والدافعية نحو التغيير فنموذج القوة يساعد في تعزيز التفاؤل والقدرة على التغيير، خاصة لدى الأفراد الذين يعانون من أزمات أو تجارب مؤلمة.
- دعم التكيف الإيجابي مع الصعوبات بالمساهمة في تعزيز المرونة النفسية وتعلم إستراتيجيات إيجابية لمواجهة الضغوط والمواقف الصعبة.
- تحسين جودة الحياة والاندماج المجتمعي وذلك من خلال العمل على جوانب القوة في الفرد، يمكن تعزيز إندماجه في المجتمع وزيادة مشاركته الفعالة فيه.
- إعادة صياغة الهوية من "الضحية" إلى "الناجي" أو "الإنسان القوي"، والهدف هنا هو تغيير نظرة الفرد لنفسه من كونه عاجزاً إلى كونه قادراً ومتماسكاً. (عبد العزيز، 2021، ص112)

8.4. نموذج التعافي المرتكز على العلاج المعرفي السلوكي: (CBT-based Recovery Model)

يُعد نموذج التعافي المرتكز على العلاج المعرفي السلوكي من النماذج التكاملية الحديثة التي تسعى إلى دعم الأفراد المتأثرين بالإضطرابات النفسية أو الصدمات من خلال الجمع بين مبادئ العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive Behavioral Therapy - CBT) ومفاهيم التعافي النفسي المستدام. ويقوم هذا النموذج على إفتراض أساسي مفاده أن التعافي لا يعني فقط إختفاء الأعراض المرضية، بل يشمل أيضاً تحقيق حياة ذات مغزى من خلال إستعادة السيطرة، وبناء الهوية، وتعزيز الأمل والتمكين الذاتي.

يرتكز هذا النموذج على عدة مكونات أساسية، أبرزها: تعديل الأفكار السلبية والمشوهة المرتبطة بالتجربة الصادمة أو المرض، وتبني أنماط سلوكية صحية، إلى جانب دعم القدرة على إتخاذ القرارات والتكيف مع الواقع دون إنكار أو تهرب. كما يُشجّع الأفراد على إعادة تشكيل تصوراتهم حول ذاتهم والعالم من حولهم، وإعادة بناء حياتهم على أسس أكثر واقعية ومرونة. يدمج هذا البرنامج تقنيات العلاج السلوكي المعرفي (CBT) مع مبادئ التعافي الشخصي. ويركّز على تعديل الأفكار السلبية، وتطوير إستراتيجيات المواجهة، ودعم الإستقلال الذاتي. حيث يتميز بأنه عملي وقابل للتنفيذ بسهولة ويدعم تحسّن الأداء الوظيفي اليومي (Kingdon & Turkington, 2005, p254).

- أهداف نموذج التعافي المرتكز على العلاج المعرفي السلوكي: (CBT-based Recovery Model)

يسعى هذا النموذج إلى تحقيق مجموعة من الأهداف العلاجية والنمائية التي تساهم في دعم التعافي النفسي الشامل للأفراد، ويمكن تلخيص أبرز أهدافه فيما يلي:

- تعديل الأفكار والمعتقدات السلبية المرتبطة بالصدمة أو الإضطراب النفسي، حيث يهدف إلى مساعدة الفرد على التعرف على أنماط التفكير غير الواقعية أو المشوهة (مثل التعميم، أو تضخيم التهديد)، والعمل على تصحيحها.
- تعزيز الوعي الذاتي والقدرة على تنظيم الإنفعالات، يقوم النموذج بمساعدة الأفراد على إكتساب مهارات الوعي بالمشاعر والإنفعالات وكيفية التعامل معها بطريقة متزنة وفعالة.
- تمكين الفرد وإستعادة السيطرة على مجريات حياتهم خلال بناء مهارات إتخاذ القرار، وتنمية الشعور بالكفاءة الشخصية، والخروج من دور "الضحية" إلى دور "الناجي/الفاعل".
- تعزيز الأمل وإعادة بناء معنى إيجابي للحياة حيث يُركّز النموذج على دعم الأفراد في بناء رؤية جديدة لحياتهم تتسم بالمرونة والأمل، رغم إستمرار بعض التحديات.
- تحقيق التكيف الإيجابي والاندماج الإجتماعي حيث يسعى إلى تحسين جودة حياة الفرد وعلاقاته الإجتماعية، من خلال تعليمه مهارات التكيف الصحي والتواصل الفعّال.
- دعم التعافي المستدام على المدى البعيد، لا يكتفي النموذج بعلاج الأعراض الحادة، بل يعمل على منع الإنتكاس عبر ترسيخ آليات داخلية للدعم الذاتي والمواجهة. (إبراهيم، 2010، ص214)

نستخلص أن نماذج التعافي النفسي تشير إلى الأطر النظرية التي تسعى إلى فهم الكيفية التي يتجاوز بها الأفراد الأزمات النفسية، الصدمات، أو إضطرابات الصحة العقلية ويستعيدون توازنهم النفسي والإجتماعي. لا يُنظر إلى التعافي في هذه النماذج على أنه مجرد غياب الأعراض المرضية، بل كعملية ديناميكية تشمل النمو الشخصي، وإستعادة الأمل، وتحقيق معنى للحياة بعد المعاناة.

5. مراحل التعافي النفسي:

إن عملية التعافي والإنتعاش من مرض مثل الإكتئاب أو الإضطراب الثنائي القطب، مثل المرض نفسه، صعوداً وهبوطاً تمر من خلال مجموعة من المراحل، وأنه يمكن للأصدقاء والعائلة المؤيدين والموثوقين إحداث فرق كبير في قدرة الشخص على التأقلم والتعافي في كل مرحلة من هذه المراحل ومن أهمها التعامل مع تأثير المرض، والشعور بأن الحياة محدودة وإدراك الفرد بإمكانية التغيير، والإلتزام بالتغيير، والقيام بإجراءات للتغيير بصورة دائمة. (Anthony, 1993, p782).

تموضع مراحل التعافي النفسي حسب نماذج متعددة مثل نموذج «باتريشيا ديغان» و "SAMHSA" نلخصها في ما يلي:

1.5. مرحلة الصدمة / الإنكار: (Shock/Denial)

مرحلة الصدمة والإنكار هي أولى مراحل الحزن والتكيف النفسي مع الفقد أو الصدمة، وقد صاغتها الطبيبة النفسية إيلزابيث كوبلر-روس (Elisabeth Kübler-Ross) في نموذجها الشهير "مراحل الحزن الخمس". في هذه المرحلة، يعجز

الفرد عن إستيعاب الحدث الصادم، ويميل إلى رفض الواقع أو تجاهله كآلية دفاعية تحمي النفس من الألم النفسي الحاد. (Kübler, 1969,p259)

عند التعرض لأزمة نفسية مثل اضطراب نفسي شديد أو صدمة عاطفية يشعر الشخص بصدمة قوية تؤثر عليه نفسياً وجسدياً، وتظهر عليه سلوكيات وأعراض مثل إنكار وجود المشكلة بحد ذاتها أي يحاول تغيير الواقع وإقناع نفسه بعكس ما يعيشه، أو محاولة التظاهر بالقوة وإنه لم يتأثر بتلك الصدمة، كما يلاحظ عليه تشتت ذهني وشرود، كما تظهر عليه مشاعر كالخوف، الارتباك، الغضب، الإحساس بالضيق. (Deegan 1988,p648)

2.5. مرحلة الإدراك / الإعراف بالمشكلة: (Awareness)

تُعد مرحلة الإدراك أو الإعراف بالمشكلة من المحطات الأساسية في مسار التعافي النفسي، وتمثل نقطة التحول من الإنكار أو التجاهل إلى الوعي الذاتي بوجود معاناة أو خلل سلوكي أو نفسي يتطلب المواجهة والمعالجة. في هذه المرحلة، يبدأ الفرد بإدراك تأثير المشكلة على حياته الشخصية والاجتماعية، ويظهر إستعداداً مبدئياً للتفكير الجاد في إتخاذ خطوات نحو التغيير. ويصاحب هذا الإدراك غالباً شعور بالقلق، التردد، أو الذنب، إلا أنه يشكل أساساً ضرورياً للتقدم نحو مراحل العلاج الأكثر فعالية.

تتجلى أهمية هذه المرحلة في نموذج مراحل التغيير السلوكي الذي طوره كل من "بروتشاسكا وديكليمنتي" (Prochaska & DiClemente, 1983)، حيث يُنظر إلى هذه المرحلة على أنها إنتقال من "مرحلة ما قبل التأمل" (Precontemplation) إلى "مرحلة التأمل" (Contemplation)، إذ يبدأ الفرد في التفكير بجدية حول وجود المشكلة وإحتمالية التغيير. ووفقاً للمقابلة التحفيزية التي طورها "ميلر ورولنيك" (Miller & Rollnick, 2012)، يُعد هذا الإعراف بالمشكلة أحد الشروط الأساسية لتحفيز الدافعية الداخلية وبناء الإلتزام بالعلاج أو تعديل السلوك.

لذلك، يُنظر إلى مرحلة الإدراك بإعتبارها حجر الزاوية في عملية التعافي، إذ بدونها يصعب الإنتقال إلى مراحل التغيير النشط، كما أن تجاهلها أو إهمالها قد يؤدي إلى الإنتكاس أو إعادة إنتاج أنماط السلوك المضطربة.

في هذه المرحلة يبدأ الشخص بإدراك وجود مشكلة نفسية أو عاطفية لا مفر منها تحتاج إلى المواجهة. وتظهر على الشخص سلوكيات متمثلة في تقبل فكرة المساعدة والسعي إلى طلبها والتفكير في البدائل، والإندماج مع الدعم النفسي. كما يلاحظ عليه إختلاط في المشاعر والإنفعالات فيظهر عليه أمل في تجاوز الصدمة، لكن في بعض الأحيان يكون هناك وجود لمقاومة وقلق من المستقبل. (Anthony, 1993,p98)

3.5. مرحلة الإستعداد للتغيير (Preparation / Readiness) :

تمثل مرحلة الإستعداد للتغيير نقطة إنتقال محورية في مسار تعافي المرضى من الإضطرابات النفسية أو الأمراض المزمنة، حيث يبدأ الفرد في إتخاذ قرار واعٍ ومخطط لإحداث تغيير في نمط حياته أو سلوكياته الصحية. ففي هذه المرحلة، يكون المريض قد تجاوز التردد والإنكار، وبدأ يُظهر إلتزاماً فعلياً بالتحول نحو سلوك صحي، مدفوعاً بوعي واضح بتأثير المرض على حياته النفسية أو الجسدية، وبإستبصار متزايد بضرورة التدخل.

تُصنّف هذه المرحلة وفق نموذج التغيير المتدرج الذي طوّره كل من "بروتشاسكا وديكليمنتني" (Prochaska & DiClemente, 1983)، باعتبارها المرحلة التي يُعبّر فيها الفرد عن نيّته للتغيير خلال فترة قصيرة قادمة (غالبًا في غضون 30 يومًا)، ويبدأ بوضع خطة ملموسة، قد تتضمن إستشارة مختص، أو تغيير نمط غذائي، أو جدولة التمارين الرياضية، أو الإنخراط في العلاج النفسي. ويُعتبر هذا الإستعداد مؤشرًا على توفر شرطين أساسيين لنجاح أي تدخل: القبول العقلي بوجود مشكلة، والإستعداد السلوكي للعمل على حلها.

في هذه المرحلة يقوم الشخص بوضع خطط عملية للتغيير النفسي والسلوكي وهنا يكون مستعدًا للتغيير وتلقي العلاج والمساعدة ويظهر ذلك في حضور جلسات علاج وعدم الهروب منها مع إحترام التوقيت المحدد، والإلتزام بالأدوية وتناولها في وقتها مع مراجعة الفحوصات الدورية، وممارسة تقنيات التأقلم.

وهنا يلاحظ تزايد الأمل والثقة بالنفس لدى الشخص الذي تعرض لصدمة. (الحسن، 2014، ص365)

4.5. مرحلة إعادة البناء: (Rebuilding)

يبدأ الشخص في هذه المرحلة ببناء حياة ذات معنى رغم الصعوبات التي واجهها أو قد يواجهها مستقبلاً. ويظهر ذلك في الإنخراط في المجتمع وتجنب العزلة أي يصبح شخصاً اجتماعياً ، وتطوير مهارات العمل والدراسة ليكون عضواً فعالاً في المجتمع ، وكذلك بناء علاقات إيجابية والإبتعاد عن كل ما هو سلبي . وهنا يلاحظ تزايد تقدير الذات لديه، ظهور الهوية الجديدة أي هوية التعافي من المرض، وتعزيز الأمل لديه. (SAMHSA, 2012, p266)

5.5. مرحلة النمو والإستمرارية: (Growth / Maintenance)

وهي آخر مرحلة من مراحل التعافي النفسي حسب النموذجين، وهنا يحقق الشخص إستقراراً نسبياً ويستمر في تنمية ذاته. وهذا كله يظهر في سلوكيات الوقاية من الإنتكاسات، والمساهمة في دعم الآخرين، وتطوير إستراتيجيات ذاتية للتعامل مع مثل هذه المواقف. فيكون لديه شعور بالتمكين، وإمتنان للتجربة التي خاضها، ووضوح في الأهداف Andresen & Caputi, 2003, p436).

نستنتج مما سبق أن التعافي النفسي يمر بعدة مراحل متتابعة، تبدأ بمرحلة الصدمة والإنكار، حيث يرفض الفرد تقبل الواقع الجديد لحماية نفسه من الألم النفسي. تليها مرحلة الإدراك أو الاعتراف بالمشكلة، التي يعي فيها الفرد وجود مشكلة تستدعي التغيير. ثم تأتي مرحلة الإستعداد للتغيير، حيث يشرع الفرد في وضع خطة واضحة لإستعادة التوازن النفسي وتحسين حالته. تلي ذلك مرحلة إعادة البناء، التي تتميز بالعمل الفعلي على تعديل السلوكيات والأفكار، وتنمية مهارات التأقلم. وأخيراً، تصل العملية إلى مرحلة الإستمرارية أو النمو، التي يُرسّخ فيها التغيير ويُحقق الإستقرار النفسي والنمو الذاتي المستدام.

تشكل هذه المراحل إطاراً منهجياً لفهم عملية التعافي النفسي باعتبارها مساراً تدريجياً نحو الشفاء والنمو.

6. النظريات المفسرة للتعافي النفسي :

هناك العديد من النظريات التي تطرقت للقدرة على التعافي النفسي، منها :

1.6. نظرية كوبازا "Kobasa" :

ذكرت "كوبازا" الصلابة النفسية كعامل مهم في توضيح سبب التعافي ومقاومة معظم الناس أحداث الحياة الضاغطة ولايمرضون، وذلك ماجعل الصلابة النفسية مجالاً خصبا للبحث المستمر، والتنظير، والممارسة، ولعل "سوزان كوبازا" هي أول من حدد مفهوم الصلابة النفسية وذلك من خلال دراستها لتحديد دور هذا المتغير الوقائي، وقد تبنت هذا الإتجاه نتيجة التأثير الكبير ببعض علماء النفس الوجوديين، أمثال: فرانكل، ورلوماي، وهانز سيلياي، كما تأثرت أيضاً بالمنظور المعرفي لـ "لازاروس" . (أبو حسين، 2012)

وفي ضوء ذلك قدمت "كوبازا" نظرية رائدة في مجال الوقاية من الإصابة بالاضطرابات النفسية والجسمية، تناولت خلالها العلاقة بين القدرة على التعافي بوصفها مفهوماً حديثاً في هذا المجال وإحتمالات الإصابة بالأمراض، وإعتمدت هذه النظرية على عدد من الأسس النظرية والتجريبية، والتي أشارت إلى أن وجود هدف للمفرد أو بمعنى لحياته الصعبة يعتمد بالدرجة الأولى على قدراته في إستغلال إمكانياته الشخصية والإجتماعية بصورة جيدة للتعافي من الاضطرابات النفسية . (العجموني، 2016)

إنطلاقاً من نظرية "كوبازا"، يتبين أن الصلابة النفسية تُعد من العوامل الجوهرية التي تسهم في تعزيز عملية التعافي النفسي، ليس فقط من خلال التخفيف من أثر الضغوط، بل أيضاً عبر تمكين الفرد من إعادة بناء توازنه الداخلي بطريقة فعّالة. وتؤكد النظرية أن مكونات الصلابة النفسية المتمثلة في الالتزام، والتحكم، والتحدى تشكل بنية معرفية وانفعالية تتيح للفرد مواجهة الأزمات بروية إيجابية، ما يعزز قدرته على التكيف والنمو الشخصي رغم الظروف الضاغطة. وعليه، يمكن الإستنتاج بأن التعافي النفسي لا يُفهم بوصفه حالة سلبية تنطوي فقط على غياب الأعراض المرضية، بل كعملية ديناميكية إيجابية تتداخل فيها البنية الشخصية للفرد، ولا سيما الصلابة النفسية، بوصفها محدداً أساسياً في مدى فعالية التعافي ودوامه.

2.6. نموذج فينك "Venk" المعدل لنظرية "كوبازا" :

يرى "فينك" التعافي النفسي خصلة عامة في الشخصية تعمل على تكوينها وتنميتها الخبرات البيئية المتنوعة، المعززة المحيطة بالفرد منذ الصغر (الطاهر، 2016). ومن هذا المنطلق ظهر حديثاً في مجال الوقاية من الضغوط بالاضطرابات أحد النماذج الحديثة الذي أعاد النظر في نظرية "كوبازا" ، وحاول وضع تعديل جديد لها وهذا النموذج قدمه "فينك" وتم تقديم هذا التعديل من خلال دراسته التي أجراها بهدف البحث عن العلاقة بين الصلابة النفسية والإدراك المعرفي والتعايش الفعال من ناحية، والصحة العقلية من ناحية أخرى. (عودة، 2010، ص24)

من بين النماذج التي قدمت فهماً متكاملًا لمسار التعافي النفسي، يُعد نموذج فينك المعدل إمتدادًا تطبيقيًا لنظرية الصلابة النفسية كما وضعتها كوبازا (Kobasa, 1979). يقوم هذا النموذج على تصور مرحلي للتعافي، يبدأ بمرحلة الصدمة والإنكار، مرورًا بالإدراك التدريجي لحقيقة الأزمة، ثم التكيف وإعادة التنظيم، وصولًا إلى الإستمرارية والنمو. ويتميز هذا النموذج بدمجه لمفاهيم "كوبازا" الثلاثة (الإلتزام، التحكم، التحدي) كعوامل داخلية تُمكن الفرد من تجاوز تأثيرات الصدمة والإنخراط في عملية التعافي بشكل فعال. ويُظهر النموذج كيف يمكن للصلابة النفسية أن تؤدي دورًا محوريًا في تحويل الإستجابة الإنفعالية السلبية إلى نمط سلوكي أكثر توازنًا وتكيفًا. كما يُبرز البُعد الديناميكي للتعافي بوصفه عملية تدريجية معتمدة على التفاعل بين الخصائص الذاتية للفرد والسياق الذي يمر به، وهو ما يجعله نموذجًا مفيدًا لفهم الفروق الفردية في الإستجابة للأزمات النفسية (Fink, S. 1986,p356).

نستخلص من خلال نموذج "فينك" أنه يمثل نموذج معدل وإمتدادًا عمليًا لنظرية كوبازا، حيث يوضح أن التعافي النفسي عملية تدريجية تمر بمراحل متعاقبة من الصدمة إلى النمو، ويتأثر هذا المسار بمدى توفر الصلابة النفسية لدى الفرد. ويُبرز النموذج دور السمات الشخصية مثل الإلتزام، والتحكم، والتحدي في تحويل الاستجابة الأولية للأزمة إلى فرصة للتكيف وإعادة البناء. وبذلك، يُعد هذا النموذج إطارًا تكامليًا لفهم التعافي النفسي باعتباره مسارًا ديناميكيًا يقوم على التفاعل بين العوامل الذاتية والسياقية.

3.6. نظرية التقييم المعرفي لـ " لازاروس "

يرى " لازاروس " أن الضغوط كظاهرة إنسانية تنتج عن خبرة حادة أو ظروف مؤلمة لها تأثير سلبي على الإستجابة السلوكية للموقف أو الظروف والضاغطة، ولها أهمية في تحديد نمط تكيف الإنسان وقدرته على التعافي (أبو حسين، 2012). بمعنى أن الأساس في هذه النظرية هو أن الإستجابة للضغط تحدث

فقط عندما يدرك الفرد أن موقفه الحالي مهدد، أي يحاول الفرد تقييم الموقف معرفيًا بصورة أولية لتحديد حجم التحدي ودلالاته، وإن رد الفعل يظهر عندما يدرك الفرد أن بعض القيم أو المبادئ المهمة لديه أصبحت مهددة، في هذه المرحلة يتم تقييم جميع المهددات بشكل أولي، ثم بعد ذلك يقوم بعملية تقييم ثانوي لتحديد مصادر المواجهة التي يستند إليها في التعامل مع الموقف، ثم القيام بإستجابة إزاء الموقف الضاغطة ويتمكن من تحديد الآليات والطاقت التي يحتاجها الفرد لتجنيدها في هذه المواقف. (العسود، 2011). في ضوء ذلك ركز هذا النموذج علأن الفرد اليقظ يقوم بعملية تقييمية ودائمة للعلاقة بينه

وبين المحيط، وهذا لتحقيق سلامته الجسمية والشخصية والتعافي من الإضطرابات النفسية، ومصطلح التقييم يتجاوز مفهوم تحليل المعلومات، والمعطيات، ويتحدد من خلال الفرد بإستعمال أساليب يحددها هو، والتقييم هذا معرفيًا أنه يستعمل أساليب مركبة من الوعي والتحكم. (لياس، 2006)

تبرز نظرية التقييم المعرفي لـ " لازاروس " أهمية العمليات العقلية الواعية في تفسير كيفية إستجابة الأفراد للأحداث الضاغطة، حيث يُعد التقييم المعرفي خطوة حاسمة تُحدد ما إذا كانت المواقف تُصنّف كتهديدات أو تحديات. وبالإستناد إلى

هذا النموذج، نستنتج أنه يمكن فهم التعافي النفسي على أنه ناتج عن إعادة تقييم معرفي إيجابي للأزمة، يتيح للفرد تقبل التجربة، وإعادة تأطيرها بطريقة تساعد على التكيف والنمو، ولا يُختزل التعافي في الاستجابة الإنفعالية أو السلوكية فقط، بل يُنظر إليه بوصفه عملية معرفية نشطة، تتوسط بين الحدث الضاغط والاستجابة النفسية، وتوجهها نحو التكيف الإيجابي. وبذلك، تُشكل نظرية " لازاروس " إطارًا تفسيريًا قويًا لفهم الفروق الفردية في مسارات التعافي، وتؤكد على أهمية التدريب على مهارات التقييم المعرفي في برامج الدعم النفسي.

4.6. العلاج المعرفي السلوكي :

عرف " ستيفن وبيك " هذا المدخل بأنه أحد المداخل التي تسعى إلى تعديل أو تخفيف الإضطرابات النفسية القائمة على المفاهيم الذهنية الخاطئة أو العمليات المعرفية .

ويتجه هذا الأسلوب إلى استخدام العقل والمنطق في تعامله مع المسترشدين، وتشير أسسهومبادئه إلى أن التعليم المبكر الخاطئ المبني على عدم المعقولية وعلى العصبية، يسيطر على عقول بعض الناس، وأنه يتم تعزيزه في بعض الأحيان عن طريق مقاومة التوجيه والإرشاد مما يؤدي إلى عدم الاستبصار، ويجب أن يتجه نظر المرشد إلى تركيز الإهتمام على تعليم المسترشد كيفية تغيير تفكيره حتى يكون قادرا على التوافق مع الأسلوب العقلي الملائم والتعافي من مشاكله . (Steven & Beck, 1995,p357).

إنها للأسس التي يقوم عليها الإرشاد المعرفي السلوكي هي الأسس النفسية والتي تتمثل في نموذج " إليس " المعروف "ABC" والذي يشير إلى أن الإضطرابات الإنفعالية لدى الفرد تكون مرهونة بنسق أفكاره ومعتقداته اللاعقلانية . (القذافي، 1996) وفي ضوء ذلك يعرف "إليس" العلاج المعرفي الإنفعالي بقوله: " هو أسلوب جديد من أساليب العلاج النفسي، وهو علاج مباشر توجيهي يستخدم فنيات معرفية وإنفعالية لمساعدة المسترشد على تصحيح معتقداته اللاعقلانية التي يصاحبها خلل إنفعالي وسلوكي إلى معتقدات يصاحبها ضبط إنفعالي وسلوكي. (عبد العزيز، 2001، ص 4).

تسمى نظرية " إليس " نظرية " ABC " (الأحداث، التفكير، الإنفعال) التي من خلالها حدد الأساس المعرفي للسلوك، فالرمز " A " يدل على الحوادث التي نقابلها في حياتنا اليومية والتي تحرك عملية التفكير لدينا وتؤدي إلى حالة إنفعالية مثل الشعور بالإرتياح أو الإنزعاج وتشمل كل ما يواجهنا في حياتنا اليومية كالإستيقاظ في وقت مبكر أو متأخر، وهو الحرف الأول من " Activating Events " . أما الرمز " B " فيدل على نظام المعتقدات لدينا وهو الحرف الأول من " Belief system "، وهو يتألف من القناعات الموجودة لدينا التي تظهر في حديثنا مع الذات بعد إدراكنا للحدث " A " فمثلا مجرد الإستيقاظ المبكر قد يجعل الشخص يفكر بأنه يتمنى لو يتاح له المجال لينام فترة أطول، وأن من المؤلم أن تسير الأمور على غير ما نتمنى . أما الرمز " C " فيشير إلى النتائج الإنفعالية أو السلوكية التي تظهر في هذا الموقف ، وهو الحرف الأول من " Consequences " . (الحموز، 2006)

وفي سياق الموضوع، تُعد نظرية العلاج المعرفي السلوكي من أكثر الأطر العلاجية فاعلية في دعم مسار التعافي النفسي، حيث تقوم على مبدأ أن الأفكار والمعتقدات الخاطئة تسهم في نشأة الإضطرابات النفسية وإستمرارها. ومن خلال تعديل الأنماط المعرفية السلبية والسلوكيات غير التكيفية، يُمكن للفرد أن يُعيد بناء إستجاباته النفسية بشكل أكثر توازناً وواقعية. وبذلك، يُنظر إلى التعافي النفسي في ضوء هذه النظرية كعملية نشطة تتطلب تفكيك البنى المعرفية المشوهة وإستبدالها بأفكار أكثر مرونة وفعالية، مما يُمكن الفرد من إستعادة السيطرة على ذاته وتجاوز الأعراض. ويُبرز هذا النموذج أهمية التعلّم والتدريب النفسي في بناء أدوات داخلية تُعزز الإستقرار العاطفي والنفسي على المدى الطويل.

5.6. النظرية السلوكية :

تعد النظرية السلوكية إتجاها سلوكيا، من مدارس علم النفس التجريبي حيث تهتم بدراسة إكتساب الفرد لأي سلوك من السلوكيات، وهي بذلك تعد رائدة في تقديم خطوات التعلم وأساليبه منذ زمن قديم (راوية، 2016)، بدأت المدرسة السلوكية بقيادة " جون واطسون " في بداية القرن الماضي

وتعد النظريات السلوكية في التعلم من أشهر النظريات الشائعة التي إهتمت بتفسير معظم المواقف التعليمية، ومن أشهر النظريات السلوكية نذكر " نظرية بافلوف " و "نظرية واطسون " و " نظرية المحاولة والخطأ لثورندايك " و " نظرية الإشراف الإجرائي لسكينر " . (البنوي، 2011، ص15)

ويتصف المدخل السلوكي في تعديل السلوك بمجموعة من الخصائص تميزه عن غيره من المداخل والأساليب النفسية الأخرى(الصياح، 2014) ويحددها " رايم وماسترز " بالنقاط الآتية :

-التركيز على السلوك أيالأعراض أكثر من العوامل المضطربة الكامنة خلف السلوك.
-يفترض المدخل السلوكي أن السلوكات المضطربة الغير متكيفة قد إكتسبت عن طريق نماذج التعلم المختلفة وبالتالي يمكن التعافي منها تبعا لقوانين التعلم (الإنطفاء – الإغراق - النماذج السلوكية -التعزيز... إلخ).

-يهدف المدخل السلوكي من خلال تقنياته المختلفة إلى مساعدة الأفرادعلى التعافي من مشكلات سلوكية محددة تتدخل وتشوش على أداء الفرد وذلك من خلال إيجاد موقف تعميمي يتضمناًهدافا نوعية محددة سلفا.
– يهتم المدخل السلوكي بالجانب التجريبي وإتباع المنهج العلمي كأسلوب للتوصل إلى نتائج تساعد على تحقيق تقنيات وأساليب العلاج .(حسنه، 2013، ص159)

نستنتج أن النظرية السلوكية تسهم في فهم التعافي النفسي من خلال تركيزها على تعديل السلوكيات غير التكيفية التي تُكتسب نتيجة التعلم الخاطئ. وتفترض هذه النظرية أن السلوك المضطرب يمكن تغييره عبر تقنيات سلوكية مثل التعزيز، الإطفاء، والتعرض التدريجي، دون الحاجة إلى تحليل عميق للعمليات العقلية الداخلية. ومن هذا المنظور، يُعد

التعافي عملية منظمة تهدف إلى إستبدال السلوكيات السلبية بأخرى أكثر فاعلية، مما يساهم في إستعادة التوازن النفسي وتحقيق التكيف مع الواقع.

6.6. نظرية التوسيع والبناء للإنفعالات الإيجابية لـ "فريدريكسون ":

إن الإنفعالات الإيجابية لها دورها في التعافي النفسي للفرد الذي يعزز من الشفاء المستمر أو التعافي الدائم، تنص هذه النظرية على أن بعض الإنفعالات الإيجابية بما في ذلك التعافي، الفخر، الفرح، والرضا، والحب وحسن الحال والإحساس بالتماسك والإمتنان على الرغم من اختلافاتها الظاهرية، تشترك جميعاً في القدرة على توسيع ذخيرة الأفراد الفكرية وبناء مواردهم الشخصية الدائمة ، بدءاً من الموارد المادية والفكرية إلى الموارد الإجتماعية والنفسية، فالإنفعال هو بمثابة مجموعة من المتغيرات الحاصلة في خمسة من المنظومات العضوية (معرفية، فزيولوجية، نفسية، حركية وتوجيهية) تحدث بشكل متزامن إستجابة لتقديرنا لمدى ملائمة مثير خارجي أو داخلي، ويشكل الإنفعال الإيجابي البطانة الأساسية لوجود التعافي النفسي، تتنوع الإنفعالات من حيث النوع والشدة والمستوى، إلا أنها تتدرج جميعاً ضمن نظامين عصبيين حيويين تطوراً لتكيف الإنسان في التعامل مع تحديات البيئة وإمكاناتها وصولاً إلى البقاء والتكاثر. الأول هو نظام الإنفعالات السلبية وهو دفاعي، تجنباً للحماية ضد الأخطار (قلق، غضب، حزن، ضيق) ، أما الثاني هو نظاماً للإنفعالات الإيجابية الدافع للنمو والتوسع والإفتتاح والتفاعل الإرتباط مثل الفرح، الحماس والبهجة. (Watson, 2002, p.5).

تُقدم نظرية التوسيع والبناء لـ "فريدريكسون " إطاراً مميزاً لفهم التعافي النفسي من منظور إيجابي، حيث تؤكد أن الإنفعالات الإيجابية لا تقتصر على توليد مشاعر لحظية من السعادة، بل تُسهم في توسيع المدارك المعرفية للفرد وبناء موارد نفسية وإجتماعية داخلية تُعزز قدرته على التكيف مع الضغوط والتعافي من الأزمات. ووفقاً لهذه النظرية، فإن تكرار الإنفعالات الإيجابية مثل الأمل، الإمتنان، الفرح، والاهتمام يُساهم في بناء مرونة نفسية طويلة الأمد، مما يجعل الفرد أكثر قدرة على التعامل مع الشدائد ومواصلة النمو النفسي. لذلك، نستخلص أن التعافي النفسي لا يتحقق فقط من خلال إزالة الأعراض السلبية، بل من خلال تنمية الحالات الإنفعالية الإيجابية التي تُعيد للفرد قدرته على المبادرة، وإعادة البناء، وتحقيق التوازن الذاتي على المدى البعيد.

7. العوامل المساعدة على تحقيق التعافي النفسي وتجاوز الصدمات التي يمر بها الفرد :

هناك عدة أساليب تساعد الفرد على تحقيق التعافي وتجاوز الصدمات التي يمر بها ومن أهمها :

- القدرة على التعبير عن المشاعر المرافقة للصدمة وإسترجاع الموقف بكامله، وهذا يتطلب منا إتاحة الفرصة لأنفسنا أن نروي الحادثة سواء لأنفسنا أو لأشخاص آخرين أكثر من مرة كي نفهم ونركب التفاصيل من جديد .
- إكتساب الفرصة لإستعادة السيطرة بشكل تدريجي على مجال الضبط المفقود، وهذا يبدأ ربما بمهام بسيطة، مثل تحضير الطعام أو العناية بالمظهر وما شابه ذلك. ونحن نرشقفة الآخرين وتعاطفهم قد تجري أحياناً على عكس هذا الإتجاه

تماماً، حيث يقوم أهل الشخص الذي يعاني من مرض أو تعرض لصدمة بتولي تلبية جميع إحتياجاته عن حسننية دون أن يعلموا أنهم يؤذونه بهذا أو على الأقل يؤخرون بدأ عملية التعافي.

-تلقي الدعم الاجتماعي المناسب: مجموعات الدعم النوعية التي تتشكل من أفراد تعرضوا لخبرات متشابهة ليرى بعضهم معانات بعض، وربما يتعلم الواحد منهم منالأخر بشكل أيسر.

- تلقي الدعم من خلال شبكات العلاقات الاجتماعية المعتادة في حياة الفرد، و توفر الخدمات الإختصاصية، والقدرة على إيجاد أو إضفاء معنى للمعاناة أيتعديل الفلسفة الشخصية في الحياة، وزيادة المهارات الشخصية وخاصة القدرة على إدارة الإنفعال.(مراد، 2015)

في حين تشير منظمة الصحة العالمية (2012) إلى مجموعة من المقترحات التي قد تساعد الأفراد على التعافي النفسي، ومن أهمها الحديث عن تجربتهم في تقديم المساعدة في الأزمة مع المسؤول عنهم أو مع

زملائهم أو مع أي شخص آخر يثقونبه والقيام بتقديم ما يمكنهم تقديمه لمساعدة الآخرين، حتى ولو كان ذلك بأبسط الأمور، وأن يتعلموا القيام بالتأمل في الأمور التي قاموا بها على أكمل وجه، وتقبلها، وكذلك تلك التي لم تسر بشكل جيد وتحديد ما يستطيعون القيام به في ظروف كهذه،ومحاولة الحصول على بعض الوقت للراحة والإسترخاء إن أمكن قبل البدء مرة أخرى بمهام العمل والحياة.

ومنه نستخلص أن أهمية التعافي النفسي تتجلى في القدرة على تجاوز الصدمات النفسية عبر مجموعة من العوامل المتداخلة التي تعمل بتنسيق لتعزيز قدرة الفرد على التكيف والنمو. تشمل هذه العوامل الصلابة النفسية، التي توفر إطاراً معرفياً وسلوكياً يُمكن الأفراد من مواجهة الضغوط بفعالية، والمرونة النفسية التي تسمح بإعادة التكيف مع المتغيرات والتحديات. كما تلعب شبكة الدعم الاجتماعي دوراً حيوياً في توفير الدعم العاطفي والمساندة العملية، مما يخفف من وطأة التجارب المؤلمة. بالإضافة إلى ذلك، تُسهم الاستراتيجيات النفسية الإيجابية مثل التقييم المعرفي والتفكير الإيجابي في إعادة تأطير التجربة الصادمة وتيسير عملية التعافي. وبناءً على ذلك، فإن التعافي النفسي عملية متعددة الأبعاد تتطلب تضافر العوامل الشخصية والاجتماعية والمعرفية لضمان تجاوز الصدمة وتحقيق النمو النفسي المستدام.

8. العوامل المؤثرة على عملية التعافي النفسي:

هناك عدة عوامل تؤثر على عملية التعافي النفسي من ناحية نجاحها وإكتمالها ومن ناحية فشلها وعدم نجاحها. يمكن تلخيصها فيما يلي:

1.8. العوامل الفردية:

- نجد فيها الآتي:

1.السمات الشخصية:هي تلك السمات التي يتميز بها الشخص تكون في شخصيته مثل التفاؤل، المرونة النفسية، والإحساس بالهدف حيث تسهم هذه السمات بشكل كبير وإيجابي في عملية التعافي فالأشخاص الذين يتمتعون بقدرة عالية على التكيف يظهرون تحسناً أسرع بعد الأزمات.(Bonanno,2004,p586)

2. الدافعية والرغبة في التعافي:

إن الإرادة الذاتية لتجاوز الأزمة والالتزام بالعلاج تسهم في إنجاح التعافي، فالكثير من النظريات العلاجية (مثل العلاج السلوكي المعرفي) تؤكد على ضرورة التفاعل النشط من قبل المريض فعملية التعافي عملية تعتمد في نجاحها على تعاون من طرف المريض والطبيب معاً، وليس فقط الطبيب لوحده المسؤول على إتمام هذه العملية (Deci & Ryan's, 2000, p65).

3. القدرات المعرفية:

التمثلة في التفكير الإيجابي، الوعي الذاتي، وحل المشكلات. فهي تؤثر في مدى نجاح عملية التعافي. والأشخاص المصابون بخلل معرفي أو تشتت دائم قد يواجهون صعوبة في التقدم العلاجي (Bonanno, 2004).

2.8. العوامل الاجتماعية:

- نجد فيها الآتي :

1. الدعم الاجتماعي:

يتمثل الدعم الاجتماعي في دعم الأسرة، الأصدقاء، أو المجموعات الداعمة. وكلما تلقى الشخص دعماً من محيطه كلما سهلت عليه عملية التعافي أما العزلة الاجتماعية وغياب الدعم من طرف المحيط فهذا يزيد من حدة الأعراض وتراجع فرص التحسن (Thoits, 2011).

2. الوصمة الاجتماعية:

الوصمة الاجتماعية هي النظرة السلبية للمجتمع نحو المصابين بالأمراض النفسية التي تؤدي إلى تثبيط التعافي ومنع نجاحه وتحقيقه. فقد تمنع الوصمة الأفراد من طلب المساعدة أو الإلتزام بالعلاج خوفاً من نظرة المجتمع. والخوف من الوصمة يقلل من الانخراط في برامج العلاج النفسي. (Corrigan & Watson, 2002).

3. الظروف الاجتماعية والاقتصادية:

إن الظروف الاجتماعية والاقتصادية كال فقر، البطالة، وإنعدام الأمان تزيد من العبء النفسي وتبطئ عملية التعافي، فهناك أشخاص لهم إستعداد و تقبل كبير للتعافي من مشكلاتهم لكن وضعهم المادي ومحيطهم الغير آمن لا يسمح لهم . ومن جهة أخرى فإن الإستقرار المالي والعلاقات الاجتماعية الإيجابية تسهم في تحسين الصحة النفسية، فالظروف الاجتماعية تُعد من المحددات الرئيسية للصحة النفسية.

(WHO, 2014)

3.8. العوامل البيولوجية والطبية:

إن عملية التعافي تتأثر أيضاً بالعوامل البيولوجية و الطبية و المقصود هنا أن الأمراض الوراثية أي المزمدة تلعب دوراً في فشل أو نجاح هذه العملية. يمكن تلخيص هذه العوامل فيما يلي:

1. الحالة الصحية العامة:

إن الأمراض المزمنة أو الإعاقات قد تؤثر سلبيًا على التعافي النفسي، لأنها قد تسبب مضاعفات خلال رحلة التعافي وإن تدهور الحالة الجسدية مرتبط بزيادة أعراض القلق والإكتئاب لعدم القدرة على إكمال هذه الرحلة. (Katon, 2003)

2. التوازن الكيميائي العصبي:

إن الإضطرابات في النواقل العصبية مثل " السيروتونين والدوبامين " تؤثر في المشاعر والمزاج ما يعني تقلبات مزاجية للحالة النفسية للمريض . فالتغيرات العصبية تؤثر على الإستجابة للعلاج النفسي، ففي بعض الأحيان يكون المريض متقبلًا لمرضه ومستعد لرحلة التعافي النفسي لكن قد يغير رأيه في لمح البصر وهذا راجع للإضطرابات في النواقل. Nestler et al, (2002)

3. الإستجابة للعلاج الدوائي:

لكل دواء آثار جانبية غير مرغوب فيها تختلف الإستجابة لها من شخص لآخر حسب عدة عوامل كالجنس، السن وما إبتدأ. فبعض الأفراد يستجيبون بشكل جيد للأدوية، بينما يعاني آخرون من آثار جانبية تعيق الإلتزام بالعلاج وبالتالي تأخر في رحلة التعافي. (Katon, 2003)

4.8. العوامل البيئية والثقافية:

1. البيئة الآمنة والمستقرة:

إن توفر بيئة خالية من العنف والإجهاد ضروري لعملية التعافي النفسي من المرض أو الصدمة، فالأزمات المستمرة مثل النزوح، الحروب، الكوارث تعرقل التقدم النفسي. فالتعافي النفسي يحتاج إلى الهدوء والسكينة والراحة النفسية الكاملة لينجح ويكتمل فغياب الأمان يضعف فرص التعافي طويل الأمد. (Hobfoll et al, 2007)

2.2. الهوية الثقافية والدينية:

إن الإنتماء الثقافي والديني يمكن أن يمنح معنى للألم ويعزز الصبر والتقبل. فالمعتقدات الدينية غالبًا ما تؤدي إلى تحسن في الصحة النفسية لدى بعض المرضى. فإن المسلمين يؤمنون بالله عز وجل إيمانًا كبيرًا ما يجعلهم يتقبلون مرضهم على أساس عقيدتهم وأنها زكاة النفس ولديهم ثقة في الله تعالى أنه سوف يشفيهم وأن بعد الصبر الفرج. (Koenig, 2001)

5.8. العوامل المرتبطة بالعلاج النفسي:

1. العلاقة العلاجية (Therapeutic Alliance) :

إن جودة العلاقة بين المعالج والمريض هي من أقوى المؤشرات على نجاح العلاج. فالثقة، والتفاهم، والإحترام المتبادل تسهم في رفع فاعلية الجلسات ونجاحها وإتمامها في وقت قياسي دون مقاومة، لذلك فإن التحالف العلاجي القوي مرتبط بتحسين كبير فيزوال الأعراض السلبية وظهور علامات التحسن والشفاء. (Horvath & Symonds, 1991)

2. الإستمرارية في العلاج:

إن الإنقطاع عن العلاج أو عدم الإنتظام في الجلسات يؤدي إلى ضعف النتائج وتأخر ظهورها والوصول إليها. يعتبر الإلتزام بالخطة العلاجية أحد أبرز مؤشرات التعافي كونه يوحي أن المريض مهتم بالعلاج ويرغب في الإستمرار والشفاء من المرض. (Hobfoll et al, 2007)

نستنتج من خلال ما تم التطرق إليه أن التعافي النفسي عملية تتأثر بعدة عوامل مختلفة كالعوامل الإجتماعية والثقافية والبيئية وأخرى كالتى ترتبط بالعلاج النفسي المتمثلة في العلاقة العلاجية والإستمرارية في العلاج، وكل هذه المحددات تؤثر على عملية التعافي النفسي من ناحية نجاحها وإكتمالها ومن ناحية فشلها وعدم نجاحها.

9. خصائص ذوي القدرة على التعافي النفسي:

إن القدرة على التعافي تعد ظاهرة نفسية تعود على الفرد بنتائج جيدة وإيجابية، رغم مختلف عوامل التهديد للتكيف أو النمو التي يمكن أن يمر بها الفرد خلال حياته، كما تعكس الفروق الفردية بين الأفراد في الإستجابة لعوامل التهديد والتوتر، فهناك من يستجيب بطريقة إيجابية لظروفه القاسية، وهناك من تؤثر عليه هذه الظروف، وتنعكس بشكل سلبي على حياته، وهذا يرجع إلى درجة الصلابة النفسية لديه وقدرته على التعافي. (العجلوني، 2016)

وفي هذا السياق أكد " أبو ندى " على أن الأفراد مرتفعي الصلابة النفسية والتعافي النفسي لديهم القدرة على التعامل مع الضغوط ويتمثل ذلك في قدرتهم على إستخدام الأساليب الإيجابية في التعامل مع الضغوط، ولديهم القدرة على الصمود والمقاومة، ولديهم إنجاز أفضل، وهم أصحاب وجهة داخلية للضبط، وهم أكثر إقتداراً ويميلون للقيادة والسيطرة، وإنهم أكثر نشاطاً وذوي دافعية أفضل. (أبو ندى، 2007)

وأضافت " السعدي " خصائص أخرى لذوي الصلابة المرتفعة منها :

- الأفراد الذين لديهم صلابة نفسية مرتفعة يتميزون بإمتلاكهم حساً مفعماً بالحياة، ولديهم القدرة على التأثير على محيطهم بشكل إيجابي.

- لديهم القدرة على تحويل الموقف السلبي إلى موقف جيد .

- يملكون أيضاً إلتزام شديد يمكن تفسيره بأنه مشاركة فردية بالأنشطة .

- يتمتعون بإحساس عال بالهدف وفهم واضح للذات مما يسمح لهم بالكشف عن معنى من هم وماذا يريدون وتقييمهم للأنشطة التي يقومون بها، ويؤدون وظائفهم بطريقة مريحة وممتعة. (السعدي، 2013)

وفي نفس السياق أكد " أبو ندى " أن الأفراد الذين يمتلكون صلابة نفسية مرتفعة لديهم أعراض نفسية وجسمية قليلة، وغير منهكين، كما يملكون تمرکز كبير حول الذات، ويتمتعون بالإنجاز الشخصي والقدرة على التحمل، وإرتفاع الدافعية

نحو العمل، كما نجد لديهم نزعة تفاؤلية، وأكثر توجهها للحياة، ويمكنهم التغلب على الإضطرابات النفس جسمية. (أبو ندى، 2007)

10. المؤشرات النفسية والإجتماعية التي تدل على تحقق التعافي النفسي:

إن التعافي النفسي رحلة علاجية يحدد المريض بنفسه مدتها، فكلما تقبل مرضه ورغب في تلقي العلاج ولديه أمل في الشفاء كلما كانت الرحلة قصيرة الأمد و كلما كان هناك مقاومة من طرفه كلما طالت مدة الرحلة. وهناك مؤشرات تحدد للمختص النفسي أو الطبيب هل نجحت عملية التعافي أو فشلت. وتنقسم إلى مؤشرات نفسية وإجتماعية نلخصها فيمايلي:

1.10. المؤشرات النفسية:

تتمثل المؤشرات النفسية في:

1.1.10. تحسن في احترام الذات والهوية الشخصية:

هو مؤشر على تجاوز وصمة المرض وإعادة بناء صورة الذات، ويتجلى في ثقة الفرد بقدراته، وقبول الذات رغم المشكلات السابقة والأخطاء التي سبق إرتكابها. فإستعادة حس الهوية عامل محوري في التعافي. (Davidson et al, 2005)

2.1.10. القدرة على التكيف مع الضغوط:

تشمل إستخدام آليات مواجهة إيجابية مثل حل المشكلات، طلب الدعم، والتخلي عن الآليات الغير فعالة مثل الإنكار أو الإدمان. فعند بلوغ المريض مرحلة التكيف مع الضغوطات والمواقف السلبية فهذا مؤشر لنجاح عملية التعافي. Lazarus & (Folkman, 1984)

3.1.10. الإحساس بالأمل والتفاؤل بالمستقبل:

إن الإحساس بالأمل والتفاؤل يعد من أهم الدوافع نحو الإستمرار في مسار التعافي. فالشخص المتعافي يعبر عن طموحاته وأحلامه، ويضع أهدافاً مستقبلية يسعى لبلوغها وتحقيقها، فالأمل أحد أعمدة التعافي النفسي. (Andresen et al, 2003)

4.1.10. الإستبصار والوعي بالحالة النفسية:

مؤشر هام على السيطرة الداخلية على مسار المرض، يتضمن وعي الفرد بأعراضه، ومسببات الإنتكاسة، وإدارته لها. فعندما يصبح المريض على دراية بحالته النفسية ويتمكن من التحكم فيها يكون قد نجح في تحقيق التعافي النفسي. Lysaker (et al, 2006, p268)

5.1.10. تحسن المزاج وإنخفاض الأعراض السلبية:

إن إنخفاض الأعراض السلبية كتحسن النوم، استقرار المزاج، إنخفاض القلق أو الذهان تعتبر مؤشرا إيجابيا لكنها ليست شرطاً كافياً، لأن التعافي قد يستمر رغم وجود بعض الأعراض الإيجابية فلا يجب الإكتفاء بهذه الأعراض وإيقاف عملية التعافي. (Andresen et al, 2003, p911)

2.10. المؤشرات الاجتماعية:

تتمثل المؤشرات الاجتماعية في :

1.2.10. إعادة بناء العلاقات الاجتماعية:

يشمل هذا المؤشر إستعادة الروابط مع الأسرة، الأصدقاء، أو الدخول في علاقات جديدة، لأنالدعم الاجتماعي يُعد عاملاً حاسماً في التعافي. فالمريض يستعيد طبيعته الاجتماعية ويتخلّى عن عزلته ويكون مستعداً للانضمام إلى المجتمع. Topor (et al,2006)

2.2.10. الاندماج المجتمعي والوظيفي:

حسب نموذج " CHIME "يعتبرون المشاركة المجتمعية ركيزة محورية.فهذا المؤشر يمثل قدرة الفرد على أداء أدواره الاجتماعية كالرجوع إلى العمل أو الدراسة أو الأنشطة التطوعية وكونه عضو فعال في مجتمعه عليه واجبات عليه القيام بها.(Leamy et al,2011)

3.2.10. الإستقلالية في إتخاذ القرار:

مؤشر يدل على قدرة الفرد على إدارة حياته دون إعتتماد مفرط على الآخرين، وتشمل إدارة المال، إتخاذ قرارات الحياة، طلب العلاج أي تحمل المسؤولية الكاملة عن حياته (Ridgeway,2001).

4.2.10. التحرر من وصمة المرض النفسي:

التحرر من وصمة المرض النفسي سواء الذاتية (الداخلية) أو المجتمعية آخر وأهم مؤشر، يقصد بهالقدرة على التحدث عن التجربة دون خجل أو شعور بالنقص وسماع إسم مرضه وقوله دون إحراج أو خوف من نظرة المجتمع له. وهنا يكتسب المريض شخصية قوية تجعله فخراً بمشاركته تفاصيل عملية التعافي التي خاضها مع غيره دون أن يتأثر بذلك. (Corrigan & Watson, 2002)

11. العلاقة بين التعافي النفسي وبين الهوية الذاتية:

تُعد الهوية الذاتية أحد الركائز الجوهرية في تكوين الشخصية الإنسانية ومن الركائز الأساسية التي تشكّل بناء الإنسان النفسي والاجتماعي، فهي تمثل إدراك الفرد لذاته، وتكوينه لصورته الداخلية، وتحديد موقعه داخل المنظومة الاجتماعية والثقافية. وتبرز أهمية هذه الهوية عند الحديث عن التعافي النفسي، إذ يُنظر إلى هذا الأخير على أنه عملية شمولية تتجاوز مجرد إزالة الأعراض المرضية إلى إستعادة الإحساس بالقيمة الذاتية، وتحقيق الإنسجام الداخلي، والقدرة على التكيف مع الحياة بشكل إيجابي (الصواف، 2013). يشير العديد من الباحثين إلى أن فقدان الهوية أو اضطرابها، كما يحدث في حالات الصدمة أو الإضطرابات النفسية الحادة، يؤدي إلى إضعاف قدرة الفرد على التماسك الذاتي، مما يعيق تقدّمه في مسار التعافي(الجزائري، 2020). في المقابل، فإن إعادة بناء الهوية الذاتية تُعد أحد المحاور الجوهرية في دعم عملية التعافي، حيث أن الإنسان في لحظات الإنكسار النفسي يكون بحاجة إلى إستكشاف ذاته من جديد، وإعادة تأويل تجاربه ضمن سياق ذي معنى. ومن أبرز الوسائل الفعالة في هذا الصدد هو "السردي الذاتي"، الذي يسمح للفرد بإعادة ترتيب أحداث حياته وربطها بسردية متماسكة تُمكنه من إستعادة الشعور بالإتساق الداخلي (الطائي، 2018). وتُظهر

الدراسات الحديثة أن السرد، والتعبير عن الذات، والمشاركة في الأنشطة الإبداعية أو الجماعية، تسهم جميعها في تقوية إدراك الفرد لذاته وتعزيز شعوره بالهوية المستقرة. ولا يقل الدعم الاجتماعي والثقافي أهمية عن الجوانب الفردية في هذه العملية، إذ أن وجود شبكة داعمة من الأفراد أو المجموعات يمكّن الشخص من الشعور بالانتماء، ويؤكد له قيمته في محيطه، مما يرسّخ عناصر الهوية ويمنحه القوة اللازمة لمواصلة التعافي. كما أن المعتقدات الثقافية والدينية تلعب دورًا مزدوجًا، فهي من جهة توفر مرجعية للهوية، ومن جهة أخرى تقدّم للفرد نماذج للتفسير والتكيف في مواجهة الأزمات. (علي، 2019).

لذلك، يمكن القول أن العلاقة بين الهوية الذاتية والتعافي النفسي هي علاقة تكاملية وجدلية، يتفاعل فيها الفرد مع ذاته ومع محيطه من أجل إعادة بناء إتساقه النفسي وإعادة الاندماج في الحياة بصورة صحية وخلال رحلة التعافي النفسي التي يخوضها فهو في صدد إعادة بناء الهوية الذاتية واكتشاف ذاته.

12. الفرق بين عملية الشفاء وبين عملية التعافي النفسي:

الفرق بين عملية الشفاء وعملية التعافي النفسي يعكس تباينًا جوهريًا في الفلسفة والممارسة في مجال الصحة النفسية. فالشفاء يُفهم تقليديًا في إطار النموذج الطبي بوصفه زوالًا تامًا للأعراض النفسية والعودة إلى الوضع الطبيعي للفرد، ويُقاس من خلال المؤشرات السريرية. (Anthony, 1993) في المقابل، يُعرّف التعافي النفسي كعملية ذاتية وشخصية مستمرة، يُعيد فيها الفرد بناء حياته ومعناه وهويته رغم إستمرار بعض الأعراض. (Deegan, 1988) فالتعافي لا يعني غياب المرض، بل القدرة على التكيف والاندماج المجتمعي والوظيفي، مع الحفاظ على الأمل والسيطرة على الذات (Slade, 2009, p336). بينما يُعدّ الشفاء هدفًا علاجيًا نهائيًا، فإن التعافي رحلة يعيشها الفرد. كما أن الشفاء يُركّز على العلاج الخارجي (دوائي أو نفسي)، أما التعافي فيُشدد على التمكين والقرار الذاتي. لذا، يعكس التعافي منظورًا إنسانيًا شاملًا يتجاوز المرض نحو جودة الحياة والكرامة.

13. حقول العافية النفسية:

تشير حقول العافية النفسية إلى مجموعة المجالات أو الأبعاد التي تؤثر على الصحة النفسية العامة للفرد وتسهم في تحقيق حالة من التوازن والرفاهية النفسية.

وضع " دونالد "نموذجًا جديدًا للعافية النفسية شاملًا ثلاثة حقول رئيسية ضمت :

1.13. الحقل البدني " Physical domain " :

يشمل المهارات الآتية: ممارسة الرياضة واللياقة البدنية، والتغذية، والمظهر، والتكيف مع التحديات، وعادات أسلوب الحياة .

2.13. الحقل العقلي " Mental domain " :

ويضم المهارات العقلية كالذكاء العاطفي، والقرار الفعال، البراعة الإدارية، والصحة العقلية النفسية، والتفكير والأنشطة الذهنية والتعلم.

3.13. الحقل المعنوي " Meaning and Purpose domain " :

ويضم هذا الحقل مهارات تكوين علاقات مع الآخرين، اللعب وحس الدعابة والملاطفة والتعبير عن المشاعر. (Donald 2003, p604).

14. أهمية التعافي النفسي في علم النفس:

يُعتبر التعافي النفسي (Psychological Recovery) مفهومًا محوريًا في علم النفس المعاصر، خصوصًا ضمن فروعه التطبيقية كعلم النفس الإكلينيكي، وعلم النفس الإيجابي، والإرشاد النفسي. وقد تطور هذا المفهوم ليعكس تحولًا عميقًا في فهم الإضطرابات النفسية، من التركيز على العلاج القائم على الأعراض (Symptom-based Treatment) إلى الإعترااف بأهمية المسار الشخصي للنمو والتكيف. في هذا السياق، يُعرف التعافي النفسي بأنه عملية ذاتية تسهم في إعادة بناء الحياة بعد تجربة إضطراب نفسي حاد، وتحقيق إحساس بالهدف والانتماء والتمكين. (Anthony, 1993) ويُعد هذا التعريف نقطة تحول في علم النفس، إذ يعكس رؤية أكثر شمولًا للإنسان بوصفه عضوا فاعلًا في مسار علاجه لا مجرد متلقٍ للعلاج. في علم النفس، ترتبط أهمية التعافي بعدة جوانب نظرية وتطبيقية. فمن الناحية النظرية، يستند إلى نماذج مثل "نموذج التمكين (Empowerment Model) " و "نموذج المرونة (Resilience Model) "، والتي تركز على موارد الفرد الداخلية بدلاً من اختزال تجربته في التشخيص المرضي. (Davidson et al, 2005) ومن الناحية التطبيقية، فإن برامج التعافي تُستخدم بشكل متزايد في تصميم خطط علاجية تركز على نقاط القوة، وتعزز مشاركة الشخص في إتخاذ القرار العلاجي، ما يُسهم في تحسين نتائجه النفسية والاجتماعية على المدى الطويل. (Slade, 2009, p215)

كما أن علم النفس الإيجابي يولي إهتمامًا خاصًا للتعافي النفسي بإعتباره مسارًا لتعزيز الرفاه الشخصي، وتنمية الصفات الإيجابية كالأمل، والمعنى، والغفران، والإمتنان، وهي عناصر ثبت أنها تسرع عملية التعافي وتحسن نوعية الحياة. (Seligman, 2011) علاوة على ذلك، تُظهر البحوث الحديثة أن دمج مبادئ التعافي في العلاج السلوكي المعرفي والعلاج بالقبول والالتزام يُعزز من فعالية التدخلات النفسية، خصوصًا في حالات الإكتئاب وإضطرابات القلق وإضطراب ما بعد الصدمة. (Hayes et al., 2012).

في ضوء ما سبق، فإن أهمية التعافي النفسي في علم النفس تكمن في كونه يمثل إعادة تعريف للصحة النفسية كعملية ديناميكية تتجاوز غياب المرض، وتسعى نحو بناء حياة ذات مغزى وفاعلية. وهذا يعزز التوجه نحو سياسات وإستراتيجيات علاجية أكثر إنسانية وشمولية في ممارسات علم النفس الحديث.

خلاصة الفصل:

في ختام هذا الفصل وفي ضوء ما تم عرضه فيه، يتبين أن التعافي النفسي ليس مجرد مرحلة لاحقة للعلاج، بل هو عملية مستمرة ومعقدة تتداخل فيها الأبعاد النفسية والاجتماعية والروحية. لقد شكّل هذا المفهوم نقطة تحول جوهريّة في مجال الصحة النفسية، حيث إنتقل التركيز من مجرد تقليل الأعراض إلى تمكين الفرد من إعادة بناء حياته، وإستعادة الشعور بالهوية، وتحقيق الإندماج داخل المجتمع. وقد أثبتت النماذج الحديثة أن رحلة التعافي تختلف من شخص لآخر، وتستند إلى القوة الذاتية، والدعم الإجتماعي، والمرافقة الطبية.

لقد أظهر هذا الفصل أن تعزيز الأمل، والتمكين، والإستقلالية، تُعد من الركائز الأساسية لنجاح تجربة التعافي. كما أن العلاقة العلاجية القائمة على الشراكة والإحترام المتبادل تساهم بشكل كبير في دعم مسار التعافينفسى، مقارنة بالنماذج التقليدية القائمة على التوجيه الصارم والسيطرة. إن إنتشار ثقافة التعافينفسى داخل المؤسسات العلاجية تُعتبر خطوة ضرورية لإحداث تغيير حقيقي في حياة الأفراد المتعافين، وللحدّ من الوصمة التي لا تزال تلاحق المرضى النفسيين. وبالتالي، فإن التعافي النفسي يمثل أكثر من مجرد مسار علاجي؛ إنه رؤية إنسانية وأخلاقية تعيد الإعتبار للفرد في وجه الألم والمعاناة، وتؤكد على قدرته في إستعادة السيطرة على حياته وبناء مستقبل أكثر توازنا ومعنى.

الفصل الثالث

الغدة الدرقية

تمهيد

أولاً : مفهوم الغدد

1. تعريف الغدد

2. تعريف الهرمون

ثانياً : الغدة الدرقية

1. تعريف الغدة الدرقية

2. الخصائص التشريحية للغدة الدرقية

3. الإمداد الدموي واللمفوي والعصبي

4. التركيب النسيجي للغدة الدرقية

5. هرمونات الغدة الدرقية

6. الغدة الدرقية وعلاقتها بالغدة النخامية

7. وظائف الغدة الدرقية

ثالثاً : اضطرابات الغدة الدرقية

1. اضطرابات الغدة الدرقية

2. علاج اضطرابات الغدة الدرقية

3. الوقاية للحد من الإصابة باضطرابات الغدة الدرقية

خلاصة الفصل

تمهيد:

يلعب الجهاز الغدي دوراً مهماً في العضوية ويعتبر ذو أهمية بالغة على كافة الأعضاء في جسم الإنسان، إذ ينتج عن تأثير الغدد الصماء والهرمونات الأسس البيولوجية للسلوك وتتوضح العلاقة الوثيقة بين نشاط الغدد الصماء ونشاط الجهاز العصبي بل وحيوية كل خلية عصبية وبالتالي النشاط النفسي والنمو الجسمي وتكامله، فيظهر التناسق بين إفرازات هذه الغدد وديناميكية السلوك وخاصة الجانب الإنفعالي المزاجي للشخصية. وأحد هذه الغدد نجد " الغدة الدرقية " و التي نحن في صدد دراسة الإصابة بها في المجتمع الجزائري لدى مختلف الفئات والأعمار. تعد الغدة الدرقية إحدى الغدد الصماء الرئيسة في جسم الإنسان، وتكتسب أهميتها من الدور المركزي الذي تؤديه في الحفاظ على التوازن الحيوي وتنظيم النشاط الفسيولوجي للعديد من أجهزة الجسم. فهي تساهم بشكل مباشر في ضبط العمليات الحيوية العامة مثل النمو، والطاقة، والتمثيل الغذائي، مما يجعلها عنصراً فاعلاً في التكيف مع التغيرات الداخلية والخارجية التي يتعرض لها الجسم. تتأثر وظيفة الغدة الدرقية بمجموعة من العوامل التنظيمية التي تعمل بتكامل دقيق داخل منظومة الغدد الصماء، وتشكل جزءاً من شبكة تواصل هرموني تضمن الإستقرار الوظيفي للأعضاء الحيوية. وتُعدّ الإضطرابات التي تصيب هذه الغدة من بين أكثر المشكلات الشائعة التي تواجه النظام الهرموني، لما لها من إنعكاسات صحية على الجوانب الجسدية والنفسية للفرد.

ينطلق هذا الفصل من عرض نظري شامل حول الغدة الدرقية، يُمهّد لفهم موقعها وأهميتها ضمن السياق العام لجهاز الغدد الصماء، ويبرز علاقتها ببقية المكونات الحيوية للجسم كما يهدف إلى إرساء قاعدة معرفية تساعد على توسيع الإدراك العلمي لأهم وظائف الغدة. حيث سيتم التطرق إلى العناصر المتمثلة في مفهوم الغدد والهرمونات وسنتعمق في مفهوم الغدة الدرقية على نطاق واسع لمعرفة ماهيتها وبنيتها التشريحية والنسجية وما هي الهرمونات التي تفرزها وما وظيفتها والإضطرابات التي تصيبها وكيفية العلاج منها.

أولاً : مفهوم الغدد

1. تعريف الغدد:

تُعرَّف الغدد بأنها أعضاء متخصصة في الجسم وظيفتها إفراز مواد كيميائية تُعرف بإسم الهرمونات (في حالة الغدد الصماء) أو الإفرازات الموضعية (في حالة الغدد القنوية)، وتؤدي هذه الإفرازات دوراً مهماً في تنظيم العمليات الحيوية المختلفة كالنمو، الأيض، التوازن الداخلي، والتكاثر.

(Marieb & Hoehn, 2019)

كما تعرف الغدد أعضاء داخلية صغيرة منشرة في الجسم، هذا وتتكون الأعضاء من أنسجة، وتتكون الأنسجة بدورها من خلايا هي الوحدات الأولى للجسم الحي، ومن أمثلتها الخلايا العصبية والخلايا العضلية والخلايا العظمية. (البهي السيد فؤاد ، ص 50)

إن ما يسمى غدة (gland) مجموعة من الخلايا تتمتع بملكة مميزة هي تكوين مواد خاصة ، تساق إلى أعضاء معينة لتجري فيها أفعالا محددة. وتطلق كلمة الغدة على أي عضو في الجسم تكون وظيفته الأول إنتاج الإفرازات السائلة . (محمد دويدار عبد الفتاح ، 1999، ص 154) أو تكوين مركبات كيميائية خاصة ، يحتاج إليها الجسم بأعضائه الأخرى المختلفة ، فهي بهذا المعنى تشبه المعامل الكيميائية ، كما تلعب دورا هاما في حياة الإنسان . (البهي السيد فؤاد، ص 50) وتُقسَّم الغدد إلى نوعين رئيسيين:

أولاً: الغدد الصماء (Endocrine Glands) :

الغدد الصماء هي مجموعة من الأعضاء المتخصصة التي تُفرز الهرمونات مباشرة في مجرى الدم دون إستخدام قنوات. تعمل هذه الهرمونات كرسائل كيميائية تنظم مجموعة واسعة من الوظائف الحيوية والسلوكية، مثل النمو، الأيض، التناسل، النوم، والمزاج، ومن بين هذه الغدد نجد : الغدة النخامية ، الغدة الدرقية، الغدة الكظرية وغدة البنكرياس والغدد التناسلية . (Guyton & Hall, 2021).

تتميز الغدد الصماء بكونها جزءاً من نظام التنظيم الهرموني للجسم، ويُعد هذا النظام بالغ التعقيد، إذ يتداخل مع الجهاز العصبي في ما يُعرف بمحور الوطاء النخامي الغدي (Hypothalamic–pituitary–endocrine axis) ، الذي يلعب دوراً محورياً في التكيف النفسي مع الضغوط. الغدد التناسلية (المبيض والخصية): تُنتج الهرمونات الجنسية.

ثانياً: الغدد القنوية أو الخارجية (Exocrine Glands) :

الغدد القنوية، وتُعرف أيضاً بالغدد الخارجية، هي الغدد التي تُفرز موادها عبر قنوات إلى تجاويف الجسم أو إلى سطح الجلد، بدلاً من الدم. تكون إفرازاتها عادة غير هرمونية وتشمل الإنزيمات والمواد المرطبة والمُزلقة، وتخدم أهدافاً فزيولوجية موضعية ومن بين هذه الغدد نجد : الغدد اللعابية، الغدد العرقية، الغدد الدرقية والغدد الدهنية (Tortora & Derrickson, 2020).

2. تعريف الهرمون :

الهرمون هو مادة كيميائية عضوية تُنتج وتُفرز من قبل خلايا متخصصة في الغدد الصماء، وتُطلق مباشرة في مجرى الدم لتنظيم وضبط أنشطة الجسم المختلفة عبر التأثير على خلايا أو أعضاء بعيدة تُعرف بـ"الخلايا المستهدفة". تختلف الهرمونات من حيث تركيبها الكيميائي؛ فقد تكون بروتينية، أو ببتيدية، أو ستيرويدية، أو مشتقة من الأحماض الأمينية، مما يمنحها خصائص متنوعة في سرعة التأثير ومدة الاستجابة . (علي، 2021)

لا تعمل الهرمونات بمعزل عن غيرها، بل في إطار نظام تكاملي دقيق يسمى "النظام الصماوي العصبي"، وهو تفاعل مستمر بين الجهاز العصبي والغدد الصماء. فبعض العمليات السلوكية والمعرفية مثل الانتباه، والذاكرة، والاستجابة للضغوط النفسية، وحتى تنظيم المزاج، تتأثر بشكل مباشر أو غير مباشر بمستويات معينة من الهرمونات في الدم، مثل الكورتيزول، الأدرينالين، والهرمونات الجنسية مثل الأستروجين. (عبد الرحمن، 2020)

ومن حيث الوظيفة، يمكن القول أن الهرمونات لا تنقل فقط الأوامر من الدماغ إلى أعضاء الجسم، بل تسهم في تشكيل استجابات فسيولوجية ونفسية معقدة تتضمن التهيؤ للتعامل مع التوتر، الإثارة الجنسية، الشعور بالجوع أو الشبع، أو حتى تكوين السلوك الاجتماعي والإرتباط العاطفي . ويتسم تأثير الهرمونات بخصائص مميزة، منها: الانتقائية حيث لا تتأثر إلا الخلايا التي تملك مستقبلات نوعية لذلك الهرمون، والفعالية الدقيقة إذ تؤدي تغيرات طفيفة في التركيز الهرموني إلى آثار فسيولوجية كبيرة، والزمنية فالهرمونات تختلف من حيث سرعة الاستجابة ودوام التأثير، فبعضها يعمل في ثوانٍ، وبعضها يحتاج إلى ساعات أو أيام. (حسين، 2020)

ثانيا : الغدة الدرقية

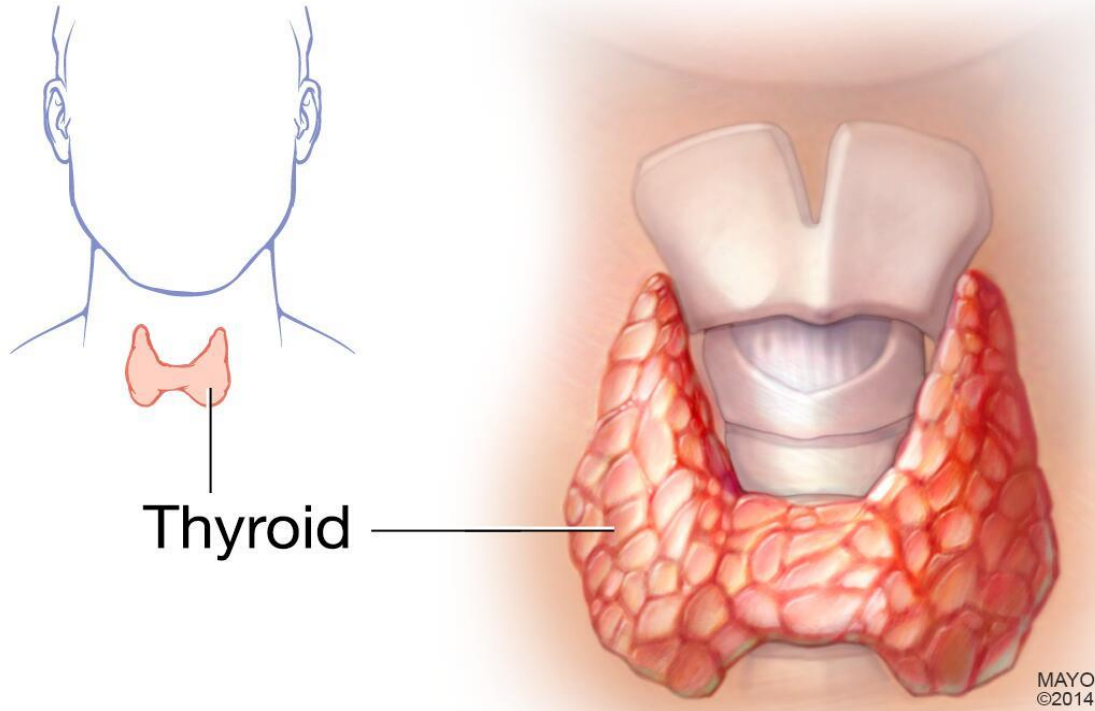
1. تعريف الغدة الدرقية :

الغدة الدرقية أو الدرقية هي غدة صماء توجد في الفقرات. تقع هذه الغدة عند الإنسان في مقدمة الرقبة أسفل تفاحة آدم وتتكون من فصين متصلين. يرتبط الثلثان السفليان من الفصين برباط رفيع من الأنسجة يُدعى برزخ الغدة الدرقية . (thyroidisthmus) الوحدة الوظيفية للغدة الدرقية هي حويصلات غدية كروية الشكل تدعى «حويصلات الدرقية»، تتركب الحويصلة من طبقة واحدة من خلايا طلائية تدعى «الخلايا الحويصلية» تحيط بفراغ الحويصلة الذي يمتلئ بمحلول غرواني، وتوجد خلايا أخرى تدعى «الخلايا المجاورة للحويصلات» في المسافات الواقعة بين الحويصلات. (عكاشة أحمد، 2000، ص165)

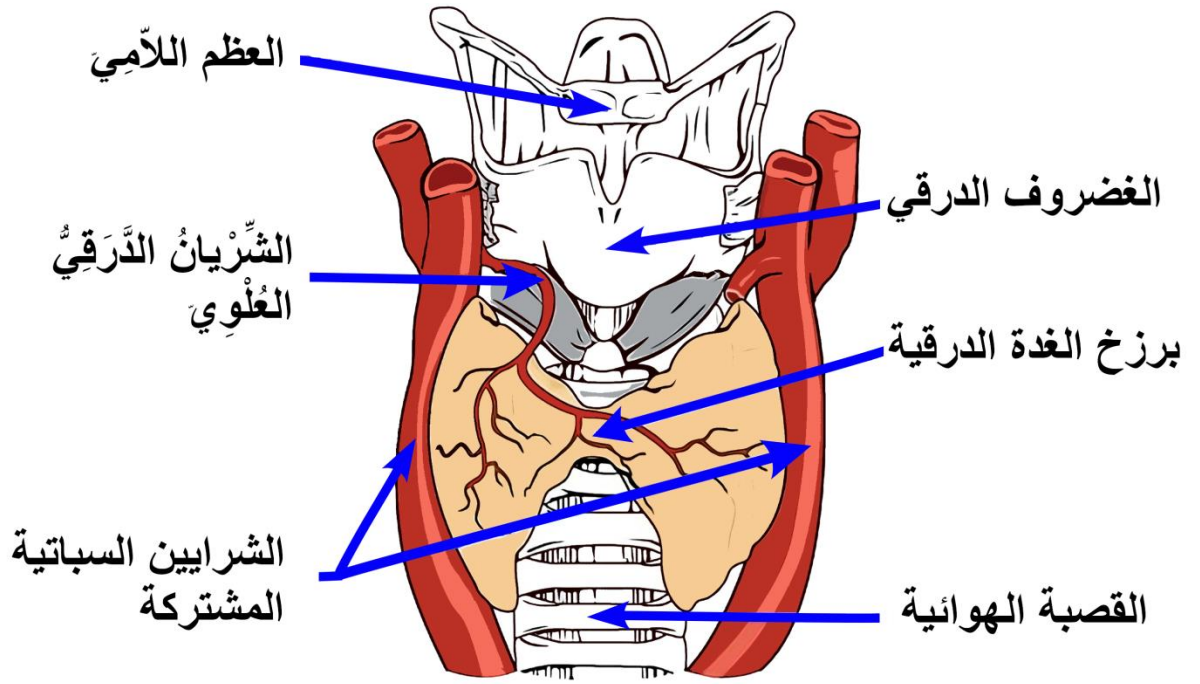
جنينياً، تتطور الغدة الدرقية في أرضية البلعوم عند قاعدة اللسان خلال الأسبوع الثالث أو الرابع من الحمل. ثم تنزل أمام القناة الهضمية البلعومية، وفي النهاية تهاجر إلى قاعدة العنق بعد عدة أسابيع قليلة. تظل الغدة الدرقية أثناء الهجرة متصلة باللسان من خلال قناة ضيقة تُدعى «القناة الدرقية اللسانية». في نهاية الأسبوع الخامس من الحمل تتحلل القناة الدرقية اللسانية، وخلال الأسبوعين التاليين تهاجر الغدة الدرقية المنفصلة إلى موقعها النهائي. (الناجي، 2005، ص188)

يضاف في سياق تعريف الغدة الدرقية أنها غدة صماء مفردة تقع في الجزء الأمامي السفلي من العنق، أسفل الحنجرة وأمام القصبة الهوائية، على مستوى الفقرات الرقبية من C5 إلى T1 تتكون من فصين (أيمن وأيسر)، مرتبطين عبر برزخ

(Isthmus) يمتد أفقياً فوق الجزء الأمامي من القصبة الهوائية. أحياناً يوجد فص ثالث غير دائم يسمى الفص الهرمي (Pyramidal lobe). وتشبه الغدة الدرقية شكل الفراشة، ويبلغ وزنها الطبيعي بين 15 إلى 25 غراماً لدى البالغين، وقد يزداد حجمها خلال فترات الحمل أو البلوغ أو في حالات مرضية. (الطويل، 2021)



شكل رقم (3) يوضح شكل الغدة الدرقية الطبيعي

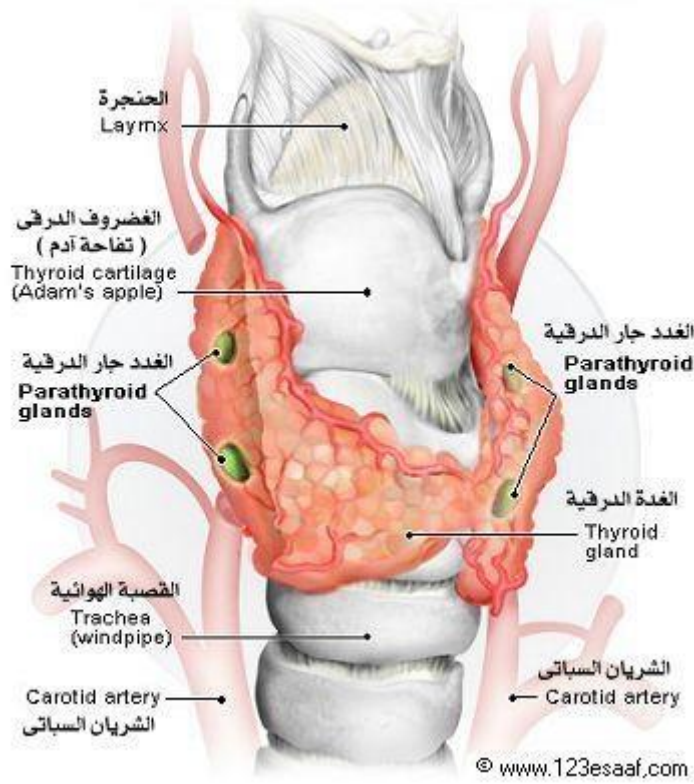


شكل رقم (4) يوضح مخطط الغدة الدرقية

2. الخصائص التشريحية للغدة الدرقية :

تأخذ الغدة الدرقية شكل الفراشة وتتكون من فصين، أيمن وأيسر، متصلان برباط ضيق من الأنسجة يسمى البرزخ . (isthmus) تزن الغدة الدرقية 25 جراماً في البالغين، ويبلغ طول كل فص 5 سم وعرضه 3 سم وسمكه 2 سم، ويبلغ ارتفاع البرزخ وعرضه 1.25 سم. عادة ما تكون الغدة أكبر عند النساء منها عند الرجال، ويزداد حجمها أثناء الحمل .

تقع الغدة الدرقية في الجهة الأمامية للعنق، على الحنجرة والقصبه الهوائية. يقع الغضروفان الدرقي والحلقي فوق الغدة مباشرة، أسفل تفاحة آدم. يمتد البرزخ من الحلقة الثانية إلى الحلقة الثالثة من القصبه الهوائية، ويمتد الفصان من الغضروف الدرقي في الأعلى وحتى الحلقة الرابعة إلى السادسة من القصبه الهوائية في الأسفل. تقع العضلات تحت اللامية في الجهة الأمامية للغدة وتقع العضلتين القترائيتين على الجانبين. يقع الشريان السباتي خلف الجناحين الخارجيين للغدة الدرقية. تقع القصبه الهوائية والحنجرة والبلعوم السفلي والمريء في الجهة الخلفية للغدة الدرقية. في هذه المنطقة الواقعة خلف الغدة يمر العصب الحنجري الراجع والشريان الدرقي السفلي بجوار أو من خلال الرباط المعلق للغدة الدرقية. عادةً ما تقع أربع غدد جارات الدرقية، إثنان على الناحية الظهرية من كل فص، وتكون منغمسة بين طبقتي الكبسولة التي تغطي الغدة الدرقية. تُغطى الغدة الدرقية بكبسولة ليفية رقيقة، مؤلفة من طبقتين داخلية وخارجية. تمتد فواصل من الكبسولة الداخلية باتجاه الغدة، تُقسم هذه الفواصل فصوص الغدة إلى فصيصات مجهرية مختلفة الأحجام والأشكال. الطبقة الخارجية للكبسولة متصلة باللفافة أمام الرغامى، رابطة الغدة بالغضروفين الحلقي والدرقي عبر تثخنات من هذه اللفافة لتشكل الرباط المعلق للغدة الدرقية الخلفي، والمعروف أيضاً باسم «رباط بيرى» (Berry's ligament). يسمح هذا الارتباط للغدة بالتحرك إلى الأعلى والأسفل مع حركة تلك الغضاريف عند حدوث عملية البلع. (عيسى، 2018)



شكل رقم (5) يوضح البنية التشريحية للغدة الدرقية

3. الإمداد الدموي واللمفي والعصبي:

تتروى الغدة الدرقية بالدم الشرياني عن طريق الشريان الدرقي العلوي والشريان الدرقي السفلي، اللذان يتفرعان من الشريان السباتي الظاهر والجذع الدرقي الرقبى، على التوالي، وأحياناً قد تتروى الغدة عن طريق متنوع تشريحي يدعى بـ «الشريان الدرقي الأسفل (Thyroidimaartery) أو الشريان الدرقي لنيوبايور (thyroidartery of Neubauer)» ، والذي يتنوع في منشأه. ينقسم الشريان الدرقي العلوي إلى الفروع الأمامية والخلفية التي تغذي الدرقية، وينقسم الشريان الدرقي السفلي إلى الفروع العلوية والسفلية. تتحد الشرايين الدرقية العلوية والسفلية معاً خلف الجزء الخارجي من فصي الغدة الدرقية. يخرج الدم الوريدي من كل فص من فصوص الغدة عن طريق الوريدين الدرقين العلوي والمتوسط، اللذان يصبان في الوريد الوداجي الباطن، وكذلك عن طريق الأوردة الدرقية السفلية. تنشأ الأوردة الدرقية السفلية في شبكة من الأوردة وتصب في الأوردة العضدية الرأسية اليمنى واليسرى. كل من الشرايين والأوردة تشكل ضفيرة بين طبقتي كبسولة الغدة الدرقية. يصرف اللمف في كثير من الأحيان من خلال العقد اللمفية الواقعة أمام الحنجرة (تقع مباشرة فوق البرزخ)، والعقد اللمفية الواقعة أمام الرغامى والمجاورة للرغامى. تتلقى الغدة الإمداد العصبي الودي من العقد العنقية العلوية والمتوسطة والسفلية للجذع الودي، وتتلقى الإمداد العصبي اللاودي من العصب الحنجري العلوي والعصب الحنجري الراجع. (عبد الرزاق، 2020)

4. التركيب النسيجي للغدة الدرقية :

تحتوي الغدة على 20 إلى 30 مليون جُرَيْب، تسمى جُرَيْبَات الدَّرَقِيَّة والتي تُحاط بظَهَارَة بَسِيطَة مكونة من نوعين من الخلايا بشكل أساسي: الخلايا الجُرَيْبِيَّة، والخلايا المجاورة للجُرَيْب .

1.4. الخلايا الجُرَيْبِيَّة: هي خلايا تتراوح في شكلها بين بَسِيطَة وعمودية وتشابه في تركيبها الخلوي الخلايا التي تنتج، تفرز، تمتص، أو تكسر البروتينات؛ ففي الجانب القاعدي منها تحتوي شبكة هيولية باطنة خشنة، والجانب القَمِّي منها يحتوي على جهاز غولجي وبعض الحبيبات الإفرازية واليحياليل واليباليع، ونواة دائرية تقريباً موجودة في منتصف الخلية، وتكون المتقدرات مبعثرة في الهيولى (السيوبلازم)، وعدد متوسط من الزغيبات .

1.4. الخلايا المجاورة للجُرَيْب: وتكون أكبر حجماً من سابقتها، وقد تكون موجودة بين الخلايا الجُرَيْبِيَّة أو في تجمعات خاصة بها، تمتاز بشبكة هيولية باطنة خشنة صغيرة ومتقدرات طويلة وجهاز غولجي كبير، كما تتميز بوجود الحبيبات الإفرازية التي تحتوي الهرمون؛ فهذه الخلايا مسؤولة عن إفراز الهرمون كالسيتونين.

أما عن الجراب بشكل عام: فهي تختلف كثيراً في حجمها وفي شكل الخلايا حولها؛ فقد تتراوح من صغيرة إلى كبيرة، وخلاياها قد تكون حرشفية، مكعبة أو عمودية (تعتبر الغدة قاصرة النشاط عندما تكون معظم خلاياها ذات الشكل الحرشفي) داخل هذه الجراب يوجد سائل هلامي مكون من بروتين سكري (الغلوبولين الدرقي) ويسمى بالغرواني (أو المادة الغروية). تُحاط هذه الجراب بشبكة كثيفة من الأوعية الدموية المنوفاة والأوعية اللمفية لتسمح بتبادل كبير للمواد بين الدم والجراب .(إبراهيم، 2017)

ويستنتج مما سبق أن التركيب النسيجي للغدة الدرقية من أبرز الأمثلة على التكيف البنوي الدقيق للغدد الصماء، ويتسم بمرونة وظيفية ملحوظة؛ حيث تتغير بنية الجريبات ومظهر الخلايا الطلائية تبعاً للحالة الوظيفية للغدة، ففي حالة النشاط المتزايد تصبح الخلايا أكثر ارتفاعاً ويقل تركيز الغروان، في حين تُلاحظ خلايا مفلطحة وغروان وفير في حالات الخمول الوظيفي. وعليه، فإن التركيب النسيجي للغدة الدرقية يجسّد توازناً وظيفياً دقيقاً بين البنية والوظيفة، ويُعد أساساً لفهم التغيرات الفيزيولوجية والمرضية التي تصيب الغدة.

5. هرمونات الغدة الدرقية :

● هرمونات الغدة الدرقية هي الهرمونات التي تنتجها الغدة الدرقية وتحررها في الدم، وتشمل ثلاثي يود الثيرونين (تي3) والثيروكسين (تي4).

1.5. "تي3" (T3): "ثلاثي يودوثيرونين" (triiodothyronine) :

هرمون " ثلاثي يودوثيرونين " (T3) هو أحد الهرمونات الرئيسية التي تُفرزها الغدة الدرقية، ويُعتبر الشكل النشط بيولوجياً لهرمونات الغدة الدرقية، مقارنةً بهرمون الثيروكسين (T4) الذي يُفرز بكميات أكبر لكن بنشاط أقل. يتكوّن (T3) من ثلاث ذرات يود، وينتج في الغدة الدرقية بنسبة صغيرة مباشرة، بينما يتم تحويل الجزء الأكبر منه من (T4) إلى (T3) في أنسجة الجسم المختلفة كالكلب والكل.

يلعب (T3) دورًا جوهريًا في تنظيم عمليات الأيض الخلوي، ويؤثر في سرعة حرق الطاقة، ودرجة حرارة الجسم، ونمو الخلايا، وتطور الجهاز العصبي المركزي، خصوصًا خلال مرحلة النمو الجنيني والطفولة. كما يُسهم في الحفاظ على وظائف القلب والعضلات والجهاز الهضمي.

يرتبط (T3) في مجرى الدم ببروتينات ناقلة مثل "الجلوبولين" الرابط "للثيروكسين" (TBG)، ويُستخدم الجزء الحر منه (Free T3) كمؤشر لتقييم وظيفة الغدة الدرقية سريريًا. أي اضطراب في مستويات T3 يمكن أن يؤدي إلى حالات مثل فرط نشاط الغدة الدرقية (Hyperthyroidism) أو قصور الغدة الدرقية (Hypothyroidism)، مما يؤثر على مختلف أجهزة الجسم. (Brent, G. A. (2012).

ويضاف في تعريف "ثلاثي يودوثيرونين" (T3) أنه الهرمون الدرقي المُفرز من الغدة الدرقية والمكون من ثلاث جزيئات من اليود المرتبطة بتركيبته الجزيئية، يؤثر هذا الهرمون على العديد من العمليات الفسيولوجية في جسم الإنسان تتضمن النمو والتمثيل الغذائي بالإضافة إلى تنظيم درجة حرارة الجسم ومعدل ضربات القلب. يمثل إنتاج ثلاثي يود الثيرونين 20% فقط من نسبة هرمونات الغدة الدرقية، بينما يمثل الثيروكسين الجزء الباقي منها. وعلى الرغم من ذلك، فإن فعالية ثلاثي يود الثيرونين تساوي أربعة أضعاف فعالية الثيروكسين. يعد عمر النصف البيولوجي لهرمون ثلاثي يود الثيرونين قصيرة حيث تصل الي 2.5 يوما فقط مقارنةً بعمر النصف البيولوجي للثيروكسين التي تصل الي 6.5 يوما. تكون المستويات الطبيعية لهرمون T3 الكلي: بين 80 - 180 نانوجرام/ديسيلتر، و T3 الحر: بين 2.3 - 4.2 بيكوغرام/مل. (علي، 2009، ص 57-63)

أولاً: أسباب ارتفاع هرمون T3 :

تشير الدراسات الفسيولوجية إلى أن ارتفاع هرمون T3 غالبًا ما يرتبط بحالات فرط نشاط الغدة الدرقية، والذي قد ينشأ نتيجة لعدة عوامل مرضية، من أبرزها:

1. داء غريفز (Graves' Disease): وهو مرض مناعي ذاتي يؤدي إلى تحفيز مفرط للغدة الدرقية من خلال الأجسام المضادة، مما يرفع من إنتاج T3 و T4، ويترافق غالبًا بأعراض مثل فقدان الوزن، القلق، وزيادة ضربات القلب (علي، 2009، ص. 59)

2. تضخم الغدة الدرقية السام متعدد العقد (Toxic Multinodular Goiter): ينجم هذا الإضطراب عن وجود عدة عقد مستقلة داخل الغدة تفرز الهرمون بشكل غير منتظم ومستقل عن التنظيم الطبيعي، مما يؤدي إلى زيادة هرمون T3 في الدم (جلال، 2015، ص. 146)

3. الإفراط في تناول مكملات هرمونات الغدة الدرقية: (Thyrototoxicosis factitia) قد يؤدي تناول جرعات زائدة من أدوية هرمونات الغدة، خاصة T3 الصناعي، إلى ارتفاع مستواه في الدم، ويظهر ذلك غالبًا لدى مرضى يعالجون من قصور الغدة بشكل غير منتظم (مراد، 2018، ص. 207)

ثانيًا: أسباب انخفاض هرمون T3 :

في المقابل، فإن انخفاض مستويات T3 في الدم يرتبط عادةً بحالات قصور الغدة الدرقية، ومن أبرز الأسباب:

1. **التهاب الغدة الدرقية: Hashimoto's Thyroiditis** وهو مرض مناعي ذاتي يؤدي إلى تدمير تدريجي لخلايا الغدة الدرقية، ويؤدي إلى ضعف إنتاج الهرمونات الدرقية، بما في ذلك T3 (علي، 2009، ص. 60).

2. **نقص اليود:** يعدّ اليود عنصرًا أساسيًا في تكوين T3 ، ونقصه يؤدي إلى إختلال تصنيع هذا الهرمون، خاصة في المناطق التي تفتقر إلى اليود في النظام الغذائي (عبد المجيد، 2011، ص. 192)

3. **المتلازمة غير الدرقية: (Non-thyroidal illness syndrome)** وهي حالة فسيولوجية تحدث في الأمراض الحادة أو المزمنة، حيث يُلاحظ انخفاض في مستوى T3 دون وجود خلل مباشر في الغدة الدرقية، ويُعتقد أن ذلك يمثل استجابة تكيفية للحد من الاستقلاب في فترات الإجهاد المرضي (نمرو، 2015، ص. 149)

2.5. "تي4" (T4): ثيروكسين (thyroxine)

يُعدُّ هرمون "الثيروكسين" (Thyroxine) ، والذي يُشار إليه اختصارًا بـ "T4"، أحد الهرمونات الرئيسة التي تفرزها الغدة الدرقية، وهو يُمثل الشكل غير النشط من الهرمون الدرقي الذي يتم تحويله داخل أنسجة الجسم، وخاصة الكبد والكلية، إلى الشكل النشط المعروف بهرمون ثلاثي يود الثيرونين (T3) (شوقي، 2020). يُنتج T4 في خلايا الغدة الدرقية الجريبية تحت تأثير الهرمون المنبه للغدة الدرقية TSH ، الذي تفرزه الغدة النخامية الأمامية. (إبراهيم، وآخرون، 2014). الثيروكسين هو هرمون يحتوي على أربع ذرات من اليود، ويُخزن داخل الغدة الدرقية مرتبطًا ببروتين يُعرف بالثيروغلوبولين. وبعد إفرازه إلى مجرى الدم، يرتبط معظم T4 ببروتينات البلازما مثل الجلوبولين الرابط لهرمونات الغدة الدرقية ولا يكون نشطًا إلا بنسبة صغيرة جدًا (أقل من 1%) تُعرف بالثيروكسين الحر (Free T4) ، وهي النسبة الفسيولوجية الفعالة التي تؤدي الوظائف الحيوية. (عبد العزيز، 2021).

يسهم T4 في تنظيم العديد من الوظائف الحيوية في الجسم، منها: التحكم في معدل الأيض الأساسي، دعم النمو والتطور الجسدي والعقلي، تنظيم حرارة الجسم، وتعديل استهلاك الأوكسجين في الخلايا (الصواف، 2017). ولهذا السبب، فإن قياس مستويات T4 في الدم، سواء الكلي أو الحر، يُعد مؤشرًا تشخيصيًا أساسيًا في تقييم حالات فرط أو قصور نشاط الغدة الدرقية. تكون المستويات الطبيعية في الدم لهرمون T4 الكلي (Total T4) : بين 5 - 12 ميكروغرام/ديسيلتر، والحر : (Free T4 - FT4) بين 0.8 - 2.0 نانوجرام/ديسيلتر. (عبد العزيز، 2021).

أولاً: أسباب ارتفاع هرمون T4 أو فرط الثيروكسين (Hyperthyroxinemia) :

يرتفع مستوى هرمون T4 في الدم نتيجة حالات تؤدي إلى فرط نشاط الغدة الدرقية (Hyperthyroidism)، مما يؤدي إلى زيادة تصنيع وإفراز الهرمونات الدرقية. ومن أبرز هذه الأسباب:

1. داء غريفز: (Graves' Disease)

وهو اضطراب مناعي ذاتي يُعد السبب الأكثر شيوعًا لفرط نشاط الغدة الدرقية، حيث تُنتج أجسام مضادة تُحفز مستقبلات TSH، مما يؤدي إلى زيادة إفراز T4 (شوقي، 2020).

2. الورم الحميد السمي للغدة الدرقية: (Toxic Adenoma)

حيث تنشط عقيدة درقية مستقلة وتفرز كميات زائدة من T4 دون استجابة للتنظيم الهرموني (الصواف، 2017).

3. التهاب الغدة الدرقية: (Thyroiditis)

في بعض أنواع الإلتهاب، مثل التهاب الغدة تحت الحاد، يتم تسريب كميات كبيرة من T4 المخزنة إلى الدم نتيجة تدمير الخلايا الجريبية (إبراهيم، وآخرون، 2014).

4. جرعات زائدة من العلاج بالثيروكسين:

تؤدي الجرعات الزائدة من T4 الخارجي (المستخدم في علاج قصور الغدة) إلى إرتفاع مستوياته في الدم، وقد تظهر أعراض فرط النشاط (عبد العزيز، 2021)

5. الحمل وبعض الحالات الفسيولوجية:

يرتفع T4 الكلي خلال الحمل بسبب ارتفاع البروتينات الرابطة مثل TBG، مع بقاء T4 الحر طبيعيًا غالبًا (شوقي، 2020).

ثانيًا: أسباب انخفاض هرمون T4 أو قصور الثيروكسين (Hypothyroxinemia):

ينخفض تركيز T4 في حالات قصور الغدة الدرقية (Hypothyroidism)، سواء أولي (من الغدة نفسها) أو ثانوي (من الغدة النخامية).

من أبرز الأسباب:

1. التهاب هاشيموتو: (Hashimoto's Thyroiditis)

وهو مرض مناعي ذاتي يؤدي إلى تدمير أنسجة الغدة تدريجيًا، ويُعد السبب الأكثر شيوعًا لقصور الغدة في البالغين (عبد العزيز، 2021)

2. الإستئصال الجراحي أو التدمير الإشعاعي للغدة الدرقية:

سواء بسبب علاج تضخم الغدة أو الأورام، يؤدي إلى انخفاض دائم في مستويات T4 (الششتاوي، 2019)

3. نقص اليود:

يعتبر من أهم أسباب قصور الغدة في بعض المناطق الجغرافية، إذ إن نقصه يُعيق تصنيع T4 (الصواف، 2017).

4. قصور الغدة النخامية:

في الحالات التي يحدث فيها نقص إفراز TSH، ينخفض التحفيز على إفراز T4 رغم سلامة الغدة الدرقية (شوقي، 2020)

5. تناول بعض الأدوية:

مثل الليثيوم والأميودارون، والتي قد تثبط تصنيع أو إطلاق T4 (عبد العزيز، 2021).

3.7. تعريف هرمون الكالسيتونين: (Calcitonin)

يعد الكالسيتونين (Calcitonin) هرمونًا ببتيديًا مكونًا من 32 حمضًا أمينيًا، يتم إفرازه من الخلايا المجاورة للجُريبات (Parafollicular cells) المعروفة أيضًا باسم خلايا C في الغدة الدرقية، ويُفرز أساسًا إستجابةً لارتفاع تركيز الكالسيوم في الدم. تتمثل الوظيفة الأساسية لهذا الهرمون في خفض تركيز الكالسيوم في الدم عن طريق تثبيط نشاط الخلايا الهادمة للعظم (Osteoclasts)، مما يؤدي إلى تقليل إرتشاف العظم، وبالتالي خفض تحرير الكالسيوم من العظام إلى الدورة الدموية. (Levine, 2015)

كما يسهم الكالسيتونين في تقليل إعادة إمتصاص الكالسيوم والفوسفات في الكلى، مما يزيد من طرحهما في البول، وهو بذلك يعمل بالتضاد مع هرمون الجار درقي (Parathyroid Hormone – PTH) الذي يرفع تركيز الكالسيوم في الدم. (Potts, 1992).

على الرغم من أن تأثير الكالسيتونين على توازن الكالسيوم في البالغين محدود مقارنةً بـ PTH وفيتامين D ، إلا أن له دورًا أكثر أهمية أثناء فترات النمو، الحمل، والإرضاع. كذلك، يُستخدم الكالسيتونين كمؤشر بيولوجي لتشخيص بعض أنواع سرطان الغدة الدرقية، وبخاصة سرطان الخلايا الجريبية. (Cleveland Clinic, 2025).

نستنتج مما سبق أن هرمونات الغدة الدرقية، وعلى رأسها الثيروكسين (T4) وثلاثي يود الثيرونين (T3) ، إضافةً إلى الكالسيتونين، من العناصر الأساسية في تنظيم وظائف الجسم الحيوية، بدءًا من عمليات التمثيل الغذائي، مرورًا بالنمو والتطور العصبي، وصولًا إلى تنظيم التوازن الداخلي للكالسيوم والفوسفات، وإنه في حال حدوث أي اضطراب في إفراز هذه الهرمونات سواء بالزيادة أو النقصان فإن ذلك سينعكس مباشرةً على صحة الفرد الجسدية والنفسية، وقد يؤدي إلى تدهور في الأداء المعرفي، وإضطرابات مزاجية، وضعف في النمو الجسدي والعقلي، بالإضافة إلى اختلالات أيضية خطيرة.

6. الغدة الدرقية وعلاقتها بالغدة النخامية :

1.6. تعريف الغدة النخامية :

الغدة النخامية غدة صماء بحجم حبة الحمص تقريبًا، تزن في المتوسط 0.5 جرام عند الإنسان. وتسمى أحيانًا بمايسترو الغدد لكونها تتحكم في إفرازات بقية الغدد في الجسم. توجد على شكل نتوء في أسفل منطقة ما تحت المهاد في قاعدة الدماغ. غدة تقع في تجويف عظمي في جمجمة الإنسان أسفل الدماغ يسمى السرج التركي "Sella turcica" لها 3 فصوص الفص الأمامي (النخامة الأمامية) والفص الخلفي (النخامة الخلفية) والفص الأوسط. يقوم الفص الأمامي والأوسط المعروفان بالجزء الغدي بإفراز هرمونات بعينها مثل الهرمون الموجه لقشرة الكظرية (ACTH)، وهرمون الحليب برولاكتين (prolactin) وهرمون النمو (GH) والهرمون منبه الدرقية (TSH) وهرمون منبه للجريب (FSH) والهرمون الملوتن (LH)، بينما الفص الخلفي يخزن الهرمونات التي يفرزها الجزء العصبي من الهيبوثالامس (Hypothalamus) وينظم إفرازها، فهو يفرز الهرمون المضاد لإدرار البول (ADH) والأوكسيتوسين (Oxytocin). (Encyclopaedia Britannica, 2024).

نستخلص من تعريف الغدة النخامية أن هذا البناء التشريحي والوظيفي يساهم في جعل الغدة النخامية حلقة الوصل بين الجهاز العصبي والجهاز الصماوي، مما يجعلها مسؤولة عن تنظيم عمليات حيوية مثل النمو، الأيض، التناسل، توازن السوائل، وضغط الدم.

2.6. تأثير الغدة النخامية على الغدة الدرقية :

تلعب الغدة النخامية دورًا رئيسيًا في تنظيم وظائف الغدة الدرقية من خلال إفراز الهرمون المنشط للغدة الدرقية - (TSH Thyroid Stimulating Hormone) يتم إفراز هذا الهرمون من الفص الأمامي للغدة النخامية (Adenohypophysis) ،

ويصل عبر مجرى الدم إلى خلايا الغدة الدرقية، حيث يرتبط بمستقبلات خاصة لتحفيز إفراز T3 و T4 (Sherwood, 2022).

تفرز الغدة النخامية الهرمون المنشط للدرقية لتنظيم عملية التمثيل الغذائي، بما في ذلك استهلاك الأكسجين، وتدفق الدم، وإنتاج الطاقة. تزيد المستويات الأعلى من الهرمون المنشط للدرقية من وظيفة التمثيل الغذائي، بينما تقلل المستويات المنخفضة من وظيفة التمثيل الغذائي. تُنتج الغدة النخامية الهرمون المنبّه للغدة الدرقية (TSH)، الذي يحفز الغدة الدرقية على إنتاج هرمونات الدرق. تساهم الغدة النخامية في إبطاء أو تسريع عملية تحرير الهرمون المحفز للغدة الدرقية، وذلك اعتمادًا على ما إذا كانت مستويات هرمونات الغدة الدرقية الموجودة في الدم مرتفعة جدًا أو منخفضة جدًا. يتحكم هذا الهرمون في الغدة الدرقية. يؤدي القليل جدًا من TSH إلى انخفاض مستويات هرمونات الغدة الدرقية. وتسمى هذه الحالة قصور الغدة الدرقية.

تخضع هذه العملية إلى حلقة تغذية راجعة سلبية، إذ أن ارتفاع مستويات T3 و T4 في الدم يؤدي إلى تثبيط إفراز TSH من النخامية، مما يحافظ على توازن الهرمونات ضمن المعدل الطبيعي وأي خلل في هذه الآلية يمكن أن يؤدي إلى اضطرابات مثل فرط نشاط الغدة الدرقية (في حال فرط إفراز TSH، أو قصور الغدة الدرقية في حال نقصه Vander et al., 2024).



شكل رقم (6) يوضح الهرمونات التي تحفز إفراز هرمونات الغدة الدرقية

3.6. اضطرابات الغدة النخامية وتأثيرها على الغدة الدرقية :

تعد الغدة النخامية من أهم الغدد في الجسم، حيث تلعب دورًا رئيسيًا في تنظيم عمل الغدة الدرقية. ويؤدي أي خلل في وظائفها إلى اضطرابات تؤثر على إفراز هرمونات الغدة الدرقية. تنعكس هذه الاضطرابات على صحة الإنسان الجسدية والنفسية، ومن بين هذه الاضطرابات نذكر :

أولاً: التنظيم الفسيولوجي لمحور الوطاء – النخامي – الدرقي:

يتكون هذا المحور من ثلاث حلقات تنظيمية متكاملة:

1. الوطاء (Hypothalamus): يفرز TRH ، الذي يحفز خلايا الفص الأمامي للنخامي.

2. الغدة النخامية الأمامية (Adenohypophysis): تفرز TSH استجابة لـ TRH.

3. الغدة الدرقية: تستجيب لـ TSH بإنتاج T3 و T4.

وتخضع هذه العلاقة لآلية تغذية راجعة سلبية، إذ تقوم هرمونات T3 و T4 بتنشيط إفراز كل من TSH و TRH للحفاظ على الإتزان الداخلي (السويدي، 2018، ص. 45)

ثانيًا: القصور النخامي وتأثيره على الغدة الدرقية :

القصور الدرقي المركزي (Central Hypothyroidism) يحدث عندما تفشل الغدة النخامية في إفراز TSH بالكمية أو النوعية الكافية لتنشيط الغدة الدرقية، على الرغم من سلامة الأخيرة تشريحيًا. وتُصنف هذه الحالة كنوع ثانوي من قصور الدرقية، وتمثل نسبة قليلة من حالات القصور الدرقي (أقل من 1%) لكنها تُعد ذات أهمية تشخيصية خاصة. يعود لعدة أسباب مثل : أورام الغدة النخامية الضاغطة على الخلايا المفرزة لـ TSH ، ومتلازمة شيهان الناتجة عن نقص تروية الغدة النخامية بعد الولادة، والعلاج الإشعاعي أو الجراحي للمنطقة النخامية، كذلك إصابات الرأس المؤثرة على ساق النخامي أو قاعدة الدماغ. (حمودة، 2020، ص. 201). تتمثل الأعراض السريرية للقصور الدرقي المركزي في ظهور تعب عام، إكتئاب، تباطؤ ذهني، برودة في الأطراف، إمساك، فقر دم غير مفسر، تضخم نسبي في القلب، بطء النبض. كما قد تُغيب الأعراض الواضحة بسبب تداخلها مع قصور هرموني آخر في نفس المحور (عفيفي، 2012، ص. 147).

ثالثًا: فرط نشاط الغدة الدرقية الناتج عن أورام نخامية مفرزة لـ " TSH " :

الورم النخامي المفرز لـ " TSH " هو نوع نادر من الأورام الغدية النخامية الوظيفية، يُفرز فيه الورم كميات زائدة من TSH، مما يؤدي إلى فرط إفراز هرمونات الدرقية بشكل غير طبيعي. وتُعرف الحالة الناتجة عنه بإسم الفرط الدرقي المركزي. تظهر على المريض أعراض فرط الدرقية: رعشة، فقدان وزن، عصبية مفرطة، تسرع قلب، مع مقاومة علاجية لأدوية مضادة للدرقية مثل "ميثيمازول" أو "بروبيلثيوراسيل". وأعراض الضغط الموضعي: مثل خلل في الرؤية المحيطية أو صداع دائم.

(زيدان، 2020، ص. 89)

رابعًا: اضطرابات المحور الوطائي النخامي الدرقي (HPT Axis Dysregulation):

نجد فيه :

التأثيرات النفسية والبيئية على المحور HPT : تشير العديد من الأبحاث إلى وجود تداخل دينامي بين الوظائف النفسية ووظائف الغدد الصماء، ويُلاحظ ذلك بوضوح في حالات:

الإكتئاب: حيث تنخفض مستويات T3 ، ويُسجل نمط "Low T3 Syndrome" الذي يرتبط بتنشيط TRH بفعل التوتر المزمن، والضغط النفسي الحادة والمزمنة: حيث تؤثر عبر إفراز الكورتيزول المرتفع، مما يثبط TRH و TSH. وكذلك سوء التغذية وفقدان الشهية العصبي: ما يؤدي إلى تثبيط المحور HPT كآلية محافظة على الطاقة. فتلاحظ أعراض

على المريض متمثلة في الإرهاق المزمن، وتغيرات في الوزن غير مفسرة، وإضطرابات المزاج، كالإكتئاب والقلق معتغير في نمط النوم، وإنخفاض القدرة الإدراكية.(الرابعة، 2016، ص. 115)

في ضوء ما سبق، نستنتج أن الغدة النخامية تؤدي دورًا محوريًا في تنظيم نشاط الغدة الدرقية من خلال التحكم في إفراز الهرمون المنشط للدرقية (TSH) ، مما يجعلها حلقة أساسية في المحور الوطائيالنخاميدريقي. وإن أي إضطراب في وظيفتها، سواء بالقصور أو بالفرط، ينعكس بشكل مباشر على توازن إفرازات الغدة الدرقية، وبالتالي على العمليات الحيوية المرتبطة بالأيض والنمو والصحة النفسية. لذا، فإن التقييم الدقيق لوظيفة الغدة النخامية يُعد شرطًا أساسيًا لتشخيص الإضطرابات الدرقية المركزية، مما يعكس أهمية هذا التكامل الهرموني في الحفاظ على التوازن الفسيولوجي العام.

7. وظائف الغدة الدرقية :

للغدة الدرقية وظائف عديدة في جسم الإنسان يمكن توضيحها في مايلي :

1.7. الدور الأستقلابي (Metabolic Function):

تتمثل الوظيفة الأساسية للغدة الدرقية في تنشيط معدل الأيض الأساسي (Basal Metabolic Rate) ، من خلال تحفيز إستهلاك الأكسجين وزيادة عمليات الأكسدة داخل الميتوكوندريا في معظم خلايا الجسم. وهذا يؤدي إلى إنتاج الطاقة الحرارية (Thermogenesis) ، وتحفيز إنتاج البروتينات، وتسريع دورة حمض الستريك (Krebs Cycle) . (فرح، 2017، ص 35)

كما تُسهم هذه الهرمونات في إستقلاب الكربوهيدرات والدهون؛ حيث ترفع من إمتصاص الجلوكوز وإستخدامه، وتعزز من تحلل الدهون (Lipolysis) ، مما ينعكس على توازن وزن الجسم ومستويات الطاقة. وقد أظهرت الدراسات أن نقص هذه الهرمونات يؤدي إلى بطء إستقلابي، وزيادة في الوزن، وبرودة الأطراف، بينما يؤدي فرطها إلى إرتفاع الإستقلاب، ونقص الوزن، والتعرق الزائد (حمودة، 2020، ص 90).

2.7. التأثير على النمو والتمايز الخلوي:

تلعب الهرمونات الدرقية دورًا حاسمًا في تطور الهيكل العظمي والجهاز العصبي المركزي، لا سيما في الفترات الجنينية والطفولة. ففي المرحلة الجنينية، يساهم T3 و T4 في نمو الدماغ، تشكل المشابك العصبية، ونضج الخلايا الدبقية، وتحسين النقل العصبي (زيدان، 2019، ص77).

وتؤدي المستويات غير الكافية من هذه الهرمونات في الطفولة إلى ما يُعرف بـ"القصور الدريقي الخلقي (Congenital Hypothyroidism)، وهو من أهم أسباب التخلف العقلي القابل للوقاية، لذا تُوصى الهيئات الصحية بإجراء مسح درقي لجميع حديثي الولادة خلال الأيام الأولى بعد الولادة (عفيفي، 2012، ص152)

3.7. التأثير القلبي الوعائي :

تسهم الغدة الدرقية في تنظيم الوظائف القلبية عبر زيادة حساسية المستقبلات القلبية للكاتيكولامينات (Catecholamines)، وهو ما يؤدي إلى:

✓ تسارع ضربات القلب. (Positive Chronotropy)

✓ زيادة قوة انقباض عضلة القلب. (Positive Inotropy)

✓ رفع الناتج القلبي وزيادة تروية الأنسجة.

وفي حالات فرط نشاط الغدة الدرقية، تظهر أعراض مثل الرجفان الأذيني، ارتفاع ضغط الدم الإنقباضي، وزيادة خطر القصور القلبي، خصوصًا لدى كبار السن. وعلى العكس، فإن قصور الدرقية يؤدي إلى تباطؤ النبض، انخفاض الناتج القلبي، وإحتباس السوائل. (الرابعة، 2016، ص 117).

4.7. التأثير على الجهاز العصبي والنفسي :

تؤثر الهرمونات الدرقية على النواقل العصبية ومستقبلات "السيروتونين" و "الدوبامين"، ما يجعل لها دورًا مباشرًا في الحالة المزاجية والانتباه والإدراك. ويُلاحظ في حالات قصور الدرقية أعراض مثل بطء في التفكير، إكتئاب نفسي، وضعف في الذاكرة والتركيز.

بينما يظهر في فرط الدرقية فرط نشاط، أرق، قلق، وتوتر دائم. وتُفسر هذه التغيرات بتأثير T3 و T4 على إعادة إمتصاص السيروتونين في القشرة الدماغية. (السويدي، 2018، ص 42)

5.7. التأثير على الجهاز التناسلي :

تؤثر الهرمونات الدرقية على تنظيم الدورة الشهرية والخصوبة، حيث إن اضطراب توازنها يؤدي إلى: إنقطاع الطمث أو اضطرابه لدى النساء وضعف الخصوبة، معتغيرات في إفراز البرولاكتين والتفاعل مع محور LH و FSH. وتُشير الأدلة إلى أن قصور الغدة الدرقية، حتى في درجاته الطفيفة، يرتبط بزيادة معدلات الإجهاض وتأخر الإنجاب (حمودة، 2020، ص 95)

6.7. التأثير على الجلد والشعر:

تؤثر T3 و T4 على دورة حياة خلايا الجلد ووظيفة الغدد العرقية، ويُلاحظ في حالات القصور الجلدي جفاف الجلد، تساقط الشعر، هشاشة الأظافر. بينما يُلاحظ في حالات فرط نشاط الغدة رطوبة الجلد، فرط التعرق، تساقط الشعر بوضوح (زيدان، 2019، ص 81).

نستخلص مما تم التطرق إليه أن الغدة الدرقية تمثل حجر الأساس في حفظ توازن العمليات الحيوية والنفسية في الجسم. وتعدّ الهرمونات التي تنتجها عنصرًا فاعلاً في تنظيم الإستقلاب، النمو، التناسق العصبي، والقلب، مما يجعل الإضطرابات في وظائفها من العوامل المركزية في العديد من الأمراض الجهازية والنفسية.

ثالثًا : إضطرابات الغدة الدرقية

1. إضطرابات الغدة الدرقية :

تعد إضطرابات الغدة الدرقية من أكثر أمراض الغدد الصماء شيوعًا، وتشمل طيفًا واسعًا من الحالات التي تؤثر على صحة الإنسان الجسدية والنفسية. يمكن تصنيف هذه الإضطرابات إلى :

1.1. تعريف مرض هاشيموتو (Hashimoto's Thyroiditis) :

مرض هاشيموتو (Hashimoto's Thyroiditis) هو أحد اضطرابات المناعة الذاتية المزمنة، يتم فيه مهاجمة خلايا الغدة الدرقية من قبل الجهاز المناعي، مما يؤدي إلى تدمير تدريجي للغدة، ونقص في إفراز هرموناتها T3 و T4، وبالتالي حدوث قصور في الغدة الدرقية. ويعرف أيضاً بـ"التهاب الغدة الدرقية المناعي الذاتي المزمن"، ويعد السبب الأكثر شيوعاً لقصور الدرقية في المناطق التي تحتوي على كميات كافية من اليود (عبيدات، 2018، ص 129).

1.1.1. أسباب الإصابة بمرض " هاشيموتو " :

يعتبر مرض " هاشيموتو " مرض مناعي ذاتي، أي أن الجهاز المناعي يفشل في التمييز بين "الذات" و"غير الذات"، ويبدأ بمهاجمة خلايا الغدة الدرقية. ومن الأسباب أو العوامل المؤهبة للإصابة به ما يلي:

1. الوراثة: إن العامل الوراثي له دور كبير، فوجود تاريخ عائلي للإصابة بمرض " هاشيموتو " أو اضطرابات مناعية أخرى يزيد من احتمال الإصابة.

2. العوامل الهرمونية: فالنساء أكثر عرضة بمقدار 7 إلى 10 أضعاف مقارنة بالرجال، ويُعتقد أن التغيرات الهرمونية مثل الحمل والولادة تلعب دوراً.

3. العوامل البيئية: المتمثلة في نقص أو زيادة اليود في الغذاء، العدوى الفيروسية، التعرض للإشعاعات والتوتر المزمن تمهد وتسبب الإصابة بمرض " هاشيموتو ".

4. اضطرابات مناعية أخرى مرتبطة: مثلاً لسكري من النوع الأول، مرض أديسون، البهاق والذئبة الحمراء كذلك قد تعتبر عاملاً للإصابة بهذا الاضطراب. (الهنداوي، 2020، ص 77)

نستنتج من هذه الأسباب أن التفاعل بين الاستعداد الوراثي والعوامل البيئية والهرمونية يشكل الأساس النظري لتطور مرض " هاشيموتو " .

2.1.1. أعراض مرض " هاشيموتو " :

تتطور أعراض الإصابة باضطراب " هاشيموتو " ببطء وغالباً لا تظهر في المراحل المبكرة. ومع تدمير الغدة وتراجع وظائفها، تظهر أعراض قصور الدرقية، وتشمل:

- الإرهاق المستمر.

- زيادة الوزن غير المبررة.

- حساسية زائدة للبرد.

- بطء في التفكير وضعف التركيز.

- تساقط الشعر وجفاف الجلد.

- الإمساك.

- تورم الوجه.

- إنتفاخ في الرقبة (تضخم الدرقية أو الدُرّاق).

- بطء في ضربات القلب.

- إضطرابات الدورة الشهرية أو العقم عند النساء. (سالم، 2019، ص 191).

3.1.1. تشخيص مرض " هاشيموتو " :

يعتمد تشخيص مرض " هاشيموتو " على الفحوص السريرية والمخبرية المتمثلة في :

- إختبارات الدم حيث يكون :

TSH مرتفع في قصور الدرقية.

T4 الحر منخفض أو طبيعي في المراحل المبكرة.

- الأجسام المضادة المناعية حيث تكون :

مضاد بيروكسيداز الدرقي (Anti-TPO) مرتفع في أكثر من 90% من الحالات.

مضاد الثيروغلوبولين (Anti-TG) قد يكون مرتفعاً أيضاً.

- فحص الغدة الدرقية بالموجات فوق الصوتية قد يُظهر:

عدم تجانس في نسيج الغدة.

وجود تليفات أو ضمور. (الرفاعي، 2021، ص 302)

4.1.1. علاج مرض " هاشيموتو " :

مرض " هاشيموتو " لا يُشفى تماماً، لكن يمكن التحكم فيه عبر تعويض الهرمونات الدرقية. والعلاج يشمل:

1. الليفوثيروكسين (Levothyroxine) : وهو هرمون صناعي بديل لهرمون T4 ، ويُعطى بجرعة فردية تحدد حسب

الوزن والمرحلة السريرية. يُؤخذ صباحاً على معدة فارغة، ويحتاج إلى متابعة دورية لمستوى TSH لضبط الجرعة.

2. المراقبة الدورية : وتكون كل 6 إلى 12 شهراً. ليتم تعديل الجرعة حسب الإستجابة.

3. نمط الحياة : يشمل التغذية المتوازنة الغنية باليود والزنك والسيلينيوم. ومعالجة الحالات النفسية المصاحبة (مثل

الاكتئاب أو القلق). (شعيب، 2022، ص 186)

يستنتج مما سبق أن نجاح العلاج يعتمد على الإلتزام بالدواء مدى الحياة، والمراقبة المنتظمة لوظائف الغدة الدرقية

ومحاولة تعديل نمط الحياة وتحسينه .

2.1. تعريف مرض " غريفز " (Graves' Disease) :

مرض " غريفز " هو إضطراب مناعي ذاتي مزمن، يتميز بإنتاج الأجسام المضادة المحفزة للمستقبل الدرقي (TSH

Receptor Antibodies - TRAb)، التي ترتبط بمستقبلات الهرمون المنشط للدرق (TSH) في الغدة الدرقية، مما يؤدي

إلى تحفيز مستمر لإفراز الهرمونات الدرقية T3 و T4 متجاوزاً آلية التغذية الراجعة الطبيعية. (إبراهيم، 2017، ص 211)

1.2.1. أسباب الإصابة بمرض " غريفز " :

هناك عدة أسباب للإصابة بمرض " غريفز " نذكر منها :

- الإستعداد الوراثي بمعنى وجود تاريخ عائلي للمرض.

- عوامل مناعية متمثلة في اضطراب في التوازن بين الخلايا التائية المساعدة والخلايا التائية المنظمة .
- العوامل البيئية كالتدخين حيث يزيد من خطر الإصابة وخصوصًا إعتلال العين، التوتر النفسي الشديد، والعدوى الفيروسية.

- الجنس والعمر فمرض " غريفز " أكثر شيوعًا لدى النساء بين عمر 20 و 40 عامًا.(جبر، 2021، ص 154).

2.2.1. أعراض مرض " غريفز " :

- يتم ملاحظة أعراض فرط نشاط الغدة الدرقية أو تضخمها للتعرف على أعراض مرض " غريفز " المتمثلة في :
- فقدان الوزن رغم زيادة الشهية.
- التعرق الزائد.
- تسارع نبضات القلب (خفقان).
- رعشة في اليدين.
- العصبية والقلق مع اضطرابات النوم.
- ضعف العضلات.
- تورم في الرقبة.
- ملاحظة حركة الغدة أثناء البلع.
- إعتلال العين الدرقي: (Graves' Ophthalmopathy) يلاحظ جحوظ العينين، إحمرار وتهيج في العين مع ازدواجية الرؤية، وجفاف أو ألم بالعين. (مروان، 2020، ص 333)

3.2.1. تشخيص مرض " غريفز " :

- يعتمد تشخيص مرض " غريفز " على الفحوص السريرية والمخبرية المتمثلة في :
- التحاليل المخبرية حيث يكون :

إنخفاض مستوى TSH .

ارتفاع T3 و T4.

وجود الأجسام المضادة (TRAb) أو (TSI)

- الفحص السريري حيث يكون هناك :

فحص الغدة الدرقية وقياس حجمها.

تقييم الأعراض العينية.

- الفحوص الإشعاعية تتضمن:

التصوير النووي: اليود المشع يظهر إمتصاصًا مرتفعًا منتشرًا.

الأشعة فوق الصوتية: تُظهر التضخم وزيادة الوتيرة الدموية.(محمود، 2018، ص 201).

3.1. تعريف قصور الغدة الدرقية (Hypothyroidism):

قصور الغدة الدرقية هو حالة مرضية تنتج عن نقص في إفراز هرمونات الغدة الدرقية T3 و T4، مما يؤدي إلى بطء في عمليات الأيض (العيسى، 2019، ص 46)

1.3.1. أسباب قصور الغدة الدرقية :

يحدث قصور الغدة الدرقية نتيجة عوامل مختلفة تؤثر على قدرة الغدة في إنتاج هرموناتها (الثيروكسين T4 وثلاثي يود الثيرونين T3 . وتنقسم الأسباب إلى أولية وثانوية وثالثية تتمثل في :

1. أسباب أولية (مرتبطة بالغدة الدرقية نفسها) : وهي الأسباب الأكثر شيوعاً، وتشمل:

- التهاب الغدة الدرقية المناعي الذاتي (داء هاشيموتو) حيث يعد السبب الأكثر شيوعاً لقصور الغدة الدرقية في البلدان المتقدمة، حيث يهاجم الجهاز المناعي خلايا الغدة الدرقية. (الجندي، 2017، ص122).

- العلاج باليود المشع أو الجراحة، لأن تدمير الغدة أو إستئصالها الكامل أو الجزئي لعلاج فرط نشاطها أو أورامها يؤدي إلى قصور دائم. (عاشور، سعاد عبد اللطيف، 2018، ص89)

- نقص اليود في الغذاء، فالليود عنصر أساسي في تصنيع الهرمونات، ونقصه يؤدي إلى تضخم الغدة ثم قصورها. (رزق، جمال عبد العزيز، 2015، ص241)

- التهاب الغدة الدرقية الحاد أو تحت الحاد الذي يكون نتيجة عدوى فيروسية أو بكتيرية تؤدي إلى تدمير خلايا الغدة مؤقتاً أو دائماً. (عبد العال، نجلاء محمد، 2019، ص134)

- عيوب خلقية (قصور خلقي) ففي بعض الأحيان يولد بعض الأطفال بغدة درقية غير متشكلة أو غير وظيفية مما يؤدي إلى قصور منذ الولادة. (فوزي، محمود، 2016، ص65)

2. أسباب ثانوية (مرتبطة بالغدة النخامية) :

تحدث عندما تفشل الغدة النخامية في إفراز هرمون TSH المحفز للغدة الدرقية ما يعني توقف الغدة الدرقية عن إفراز هرموناتها. قد تنجم عن أورام نخامية، رضوض، أو جراحات. (غنيم، عمرو، 2020، ص155).

3. أسباب ثالثية (مرتبطة بالوطاء / الهيبوثالاموس) :

تكون هذه الأسباب نادرة جداً، وتنتج عن نقص إفراز TRH من تحت المهاد، مما يؤدي إلى نقص TSH وبالتالي قصور الدرقية. (محمود، 2021، ص104)

4. أسباب أخرى تشمل:

- تناول بعض الأدوية: مثل الليثيوم، الأميودارون، مضادات السرطان.

- الإشعاع الموجه للرأس والعنق: كما في علاجات الأورام.

- الأمراض الجهازية: مثل الساركويد أو التليف خلف الغدة الدرقية. (البكري، 2019، ص76)

4.1. فرط نشاط الغدة الدرقية (Hyperthyroidism):

فرط نشاط الغدة الدرقية هو حالة مرضية تتمثل في زيادة إفراز هرمونات الغدة الدرقية T3 و T4، مما يؤدي إلى تسريع في معدل الأيض الأساسي لجميع خلايا الجسم، ويؤثر على القلب والجهاز العصبي المركزي والعضلات، ويؤدي إلى ظهور أعراض مميزة مثل فقدان الوزن، العصبية، وتسارع ضربات القلب. (الجندي، 2017، ص131)

1.4.1. أسباب فرط نشاط الغدة الدرقية :

يُعد فرط نشاط الغدة الدرقية من الإضطرابات الشائعة في الجهاز الغدي الصمّ، وتنتج هذه الحالة عن أسباب متعددة تؤدي إلى زيادة إفراز هرمونات T3 و T4. من أبرز هذه الأسباب مرض غريفز (Graves' Disease) ، وهو إضطراب مناعي ذاتي يُنتج فيه الجسم أجسامًا مضادة تُحفز مستقبلات الهرمون المنبه للغدة الدرقية (TSH) ، مما يؤدي إلى فرط نشاط الغدة بشكل مفرط وغير منظم (الجندي، 2017، ص133). كما تُعد العقيدات الدرقية السامة سببًا شائعًا أيضًا، حيث تقوم عقيدة واحدة أو أكثر بإفراز الهرمونات بشكل مستقل عن التحكم الهرموني المركزي (عاشور، 2018، ص96). من جهة أخرى، يمكن أن يحدث فرط النشاط بشكل مؤقت نتيجة لإلتهاب الغدة الدرقية تحت الحاد، حيث تؤدي العدوى الفيروسية إلى تدمير الخلايا الدرقية وتحرير الهرمونات المخزنة في الدم (عبد العال، 2019، ص147). كذلك، فإن الاستخدام الخاطئ أو الزائد لهرمونات الغدة الدرقية المصنعة (مثل الليفوثيروكسين) يؤدي إلى حالة تُعرف بإسم التسمم الدرقي الناجم عن الأدوية (فوزي، 2016، ص75). وتُعد هذه الأسباب مجتمعة المسببات الرئيسية لفرط نشاط الغدة الدرقية، ويستلزم تحديد السبب بدقة لوضع خطة علاجية مناسبة.

2.4.1. أعراض فرط نشاط الغدة الدرقية :

تتجلى أعراض فرط نشاط الغدة الدرقية في طيف واسع من التغيرات الجسدية والنفسية الناتجة عن زيادة مستويات الهرمونات الدرقية في الدم، والتي تؤدي إلى تسارع في عمليات الأيض ووظائف الأعضاء الحيوية. من أبرز الأعراض العامة التي يعاني منها المرضى فقدان الوزن السريع رغم الشهية الجيدة، الشعور بالحر الشديد، وزيادة التعرق، وهي من العلامات الكلاسيكية لفرط التمثيل الغذائي (الجندي، 2017، ص134). كما يُلاحظ لدى المرضى خفقان القلب وزيادة معدل النبض، وارتفاع ضغط الدم الانقباضي نتيجة تأثير الهرمونات الدرقية على القلب (عاشور، 2018، ص97). من الناحية النفسية والعصبية، تظهر العصبية المفرطة، القلق، الأرق، والرعدة الدقيقة في اليدين، مما يعكس زيادة حساسية الجهاز العصبي المركزي (عبد العال، 2019، ص148). كذلك قد تُصاحب الحالة أعراض تتعلق بالجهاز العضلي مثل الضعف العضلي، خصوصًا في العضلات القريبة من الجذع، بالإضافة إلى اضطرابات في الدورة الشهرية لدى النساء، والتي قد تؤثر على الخصوبة (فوزي، 2016، ص76). وتجدر الإشارة إلى أن شدة الأعراض تختلف حسب عمر المريض ومدة الإصابة وشدة فرط النشاط.

5.1. إلتهاب الغدة الدرقية (Thyroiditis):

إلتهاب الغدة الدرقية (Thyroiditis) هو مصطلح طبي يُطلق على مجموعة من الإضطرابات التي تتسم بوجود إلتهاب في نسيج الغدة الدرقية، مما يؤدي إلى تغيرات في بنيتها ووظيفتها، ويتراوح تأثيره ما بين فرط نشاط الغدة أو قصورها

المؤقت أو الدائم. ويحدث هذا الإلتهاب نتيجة أسباب متعددة، منها مناعية ذاتية، وعدوى فيروسية أو بكتيرية، أو نتيجة استخدام بعض الأدوية أو العلاج الإشعاعي. ويُعد "التهاب الغدة الدرقية اللمفاوي المزمن" أو ما يُعرف بداء "هاشيموتو" من أكثر الأنواع شيوعاً، ويتميز بتسلل الخلايا اللمفاوية إلى نسيج الغدة وتدميرها تدريجياً (حمارنة، 2017، ص 218).

1.5.1. أسباب إلتهاب الغدة الدرقية :

تتنوع أسباب التهاب الغدة الدرقية باختلاف أنواعه، إذ يُعد العامل المناعي الذاتي من أبرز الأسباب، كما في إلتهاب الغدة الدرقية المزمن "هاشيموتو" أو إلتهاب الغدة بعد الولادة، حيث يهاجم الجهاز المناعي خلايا الغدة الدرقية مسبباً خللاً تدريجياً في وظيفتها. كما يُعزى بعض أنواع الإلتهاب إلى العدوى، وخصوصاً الفيروسية، مثل إلتهاب "دي كورفان" (De Quervain) الذي يظهر غالباً بعد الإصابة بعدوى فيروسية في الجهاز التنفسي العلوي. بالإضافة إلى ذلك، قد ينجم الإلتهاب عن استخدام بعض الأدوية ذات التأثير السام أو المثبط على نسيج الغدة، مثل الأميودارون، والإنترفيرون، والليثيوم. ويُعد العلاج الإشعاعي للرأس أو العنق، وكذلك بعض الإجراءات الجراحية، من العوامل المحفزة للإلتهاب. وفي بعض الحالات النادرة، يبقى السبب مجهولاً دون تفسير واضح (حمارنة، 2017، ص 220).

2.5.1. أعراض إلتهاب الغدة الدرقية :

تتباين أعراض إلتهاب الغدة الدرقية حسب النوع السريري ومرحلة تطوره. ففي إلتهاب الغدة الدرقية المناعي المزمن (داء هاشيموتو)، تظهر الأعراض تدريجياً وتشمل التعب، الإمساك، برودة الأطراف، جفاف الجلد، بطء الكلام، وزيادة الوزن، نتيجة انخفاض تدريجي في تركيز هرمونات الغدة (hypothyroidism) أما في إلتهاب الغدة الدرقية تحت الحاد (subacute thyroiditis)، فتكون الأعراض أكثر حدة، وتتضمن ألماً في مقدمة العنق ينتشر أحياناً إلى الفك أو الأذن، تضخماً محسوساً في الغدة، حمى، وأعراض فرط نشاط مؤقت مثل التهيج، الأرق، وتسارع ضربات القلب، يعقبها عادةً مرحلة مؤقتة من القصور. (Melmed et al., 2022, pp. 430–432).

6.1. تضخم الغدة الدرقية (Goiter) :

تضخم الغدة الدرقية هو حالة طبية تتمثل في زيادة غير طبيعية في حجم الغدة الدرقية، سواء كانت هذه الزيادة متجانسة أو عقيدية، وقد تكون مصحوبة بخلل في وظائف الغدة أو دون أي تغيير في إنتاج الهرمونات الدرقية. ويُعدّ تضخم الغدة الدرقية عرضاً سريريّاً لمجموعة من الإضطرابات، مثل نقص اليود، أو أمراض المناعة الذاتية، أو الأورام، أو الإلتهابات المزمنة، كما قد يكون التضخم حميداً أو ناتجاً عن حالة سرطانية (الخطيب، 2014، ص 119).

ويُصنّف تضخم الغدة الدرقية إلى نوعين رئيسيين: التضخم المنتشر (Diffuse Goiter)، والذي يتمثل بزيادة عامة في حجم الغدة دون وجود عقيدات، والتضخم العقيدي (Nodular Goiter)، الذي يتميز بوجود كتلة أو أكثر داخل نسيج الغدة (الزبيدي، 2018، ص. 203). ويعدّ نقص اليود من الأسباب الرئيسية لتضخم الغدة الدرقية في كثير من الدول النامية، حيث يؤدي نقص هذا العنصر إلى تحفيز الغدة النخامية لإفراز المزيد من الهرمون المنبه للدرقية (TSH)، مما يؤدي إلى تضخم الغدة كآلية تعويضية لتحفيز إنتاج الهرمونات (محمد، 2021، ص 88).

1.6.1. أسباب تضخم الغدة الدرقية :

تتعدد الأسباب المؤدية إلى تضخم الغدة الدرقية، وتختلف باختلاف السياق الجغرافي والبيئي والحالة الصحية للفرد. يُعدّ نقص اليود في النظام الغذائي من أبرز الأسباب الشائعة عالميًا، إذ يؤدي هذا النقص إلى انخفاض إنتاج الهرمونات الدرقية، مما يحفز الغدة النخامية على إفراز كميات كبيرة من الهرمون المنبه للدرقية (TSH) ، وبالتالي حدوث تضخم في الغدة الدرقية كرد فعل تعويضي (الزبيدي، 2018، ص. 209). كما تُعد الأمراض المناعية الذاتية، مثل داء "غريفز" (Graves' disease) و"هاشيموتو" (Hashimoto's thyroiditis) ، من الأسباب الشائعة لتضخم الغدة، إذ تهاجم الأجسام المضادة نسيج الغدة مسببةً التهابات مزمنة وتضخمًا متفاوت الحجم (الخطيب، 2014، ص 125) وتُضاف إلى ذلك العوامل الوراثية، إذ تزداد احتمالية الإصابة لدى الأفراد الذين لديهم تاريخ عائلي مع المرض، بالإضافة إلى الإضطرابات الهرمونية التي قد تؤثر في محور تحت المهاد والغدة النخامية والغدة الدرقية، فتؤدي إلى تحفيز مفرط لنمو أنسجة الغدة (محمد، 2021، ص. 93). كما يمكن أن ينجم التضخم عن وجود أورام أو عقيدات درقية، سواء كانت حميدة أو خبيثة، وكذلك عن التعرض للإشعاع في منطقة الرقبة، خصوصًا في مرحلة الطفولة، مما يزيد من احتمالية حدوث تغيرات نسيجية تؤدي إلى تضخم الغدة (الشرع، 2020، ص 67). وأخيرًا، قد يسهم تناول بعض الأدوية، مثل الليثيوم والأميودارون، في إحداث تغيرات في وظائف الغدة تؤدي إلى تضخمها (الهاشمي، 2019، ص 112).

2.6.1. أعراض تضخم الغدة الدرقية :

تتفاوت أعراض تضخم الغدة الدرقية من شخص لآخر تبعًا لحجم التضخم وسببه الأساسي، وكذلك وفقًا لما إذا كانت الغدة محافظة على وظيفتها الهرمونية أم لا. في بعض الحالات، قد يكون التضخم صامتًا أو غير عرضي، ويُكتشف مصادفة خلال الفحص السريري أو التصوير الشعاعي (الخطيب، 2014، ص 127). أما في الحالات التي يكون فيها التضخم كبيرًا أو مصحوبًا بخلل وظيفي، فتظهر مجموعة من الأعراض الفيزيائية والوظيفية. تشمل الأعراض الموضوعية الشائعة الإحساس بانتفاخ أو كتلة في مقدمة العنق، قد تلاحظ عند النظر في المرأة أو أثناء البلع، بالإضافة إلى صعوبة في البلع أو التنفس في الحالات المتقدمة نتيجة ضغط الغدة المتضخمة على القصبة الهوائية أو المريء (الزبيدي، 2018، ص. 211). وقد يصاحب التضخم بحة في الصوت أو تغيرات صوتية ناتجة عن ضغط على العصب الحنجري الراجع.

أما من حيث التأثيرات الهرمونية، فإن تضخم الغدة قد يرتبط بثلاث حالات وظيفية:

- إذا كانت الغدة مفرطة النشاط (فرط نشاط درقي)، فقد تظهر أعراض مثل: تسارع نبضات القلب، فقدان الوزن، التعرق الزائد، والعصبية.

- أما إذا كانت الغدة ناقصة النشاط (قصور درقي)، فقد يعاني المريض من الإرهاق، زيادة الوزن، جفاف الجلد، وإكتئاب المزاج (محمد، 2021، ص 97).

- وفي حال كانت وظائف الغدة طبيعية (تضخم غير سُمّي)، فإن الأعراض تقتصر غالبًا على التغيرات الموضوعية في الرقبة (الشرع، 2020، ص 71). من الجدير بالذكر أن سرعة تطور الأعراض تُعد مؤشرًا مهمًا في التقييم الطبي، حيث إن

التضخم السريع قد يشير إلى وجود ورم خبيث، في حين أن التضخم البطيء غالبًا ما يرتبط بالحالات الحميدة أو المزمنة (الهاشمي، 2019، ص 116)

7.1. العقيدات الدرقية (Thyroid Nodules) :

العقيدات الدرقية هي كتل أو أورام موضعية تتكون داخل الغدة الدرقية، وقد تكون مفردة أو متعددة، صلبة أو مملوءة بسائل (كيسية)، وتُكتشف غالبًا صدفةً أثناء الفحص السريري أو من خلال التصوير الإشعاعي للعنق. تُعدّ العقيدات من الإضطرابات الشائعة في الغدة الدرقية، خاصة لدى النساء وكبار السن، وغالبًا ما تكون حميدة، إلا أن نسبة صغيرة منها قد تكون سرطانية. (Mazzaferri, 1993)

من الناحية الوظيفية، تنقسم العقيدات إلى:

- عقيدات غير وظيفية (باردة): لا تفرز الهرمونات الدرقية، وتشكل الأغلبية.
- عقيدات وظيفية (ساخنة): تنتج هرمونات درقية بشكل مستقل عن التنظيم الطبيعي، وقد تؤدي إلى فرط نشاط الغدة الدرقية.

يرتبط تشكل العقيدات بعدة عوامل، منها نقص اليود، الالتهابات المزمنة، والعوامل الوراثية، إلى جانب التغيرات الهرمونية. (Gharib & Papini, 2007) وتُستخدم عدة وسائل تشخيصية لتقييم هذه العقيدات، أبرزها: الفحص السريري، التصوير بالموجات فوق الصوتية، فحص إمتصاص اليود المشع، وأخذ خزعة بواسطة الإبرة الدقيقة لتحديد طبيعتها

1.7.1. أسباب الإصابة بالعقيدات الدرقية :

تتعدد الأسباب المؤدية إلى تشكّل العقيدات في الغدة الدرقية، وتُعزى في معظم الحالات إلى تفاعلات بيولوجية معقدة تحدث داخل النسيج الدرقي نتيجة عوامل بيئية ووراثية وهورمونية. يُعدّ نقص اليود الغذائي من أبرز الأسباب، إذ يؤدي إلى تحفيز إفراز الهرمون المنبه للدرقية (TSH)، مما يسبب تضخمًا موضعيًا في أنسجة الغدة وتكوّن عقيدات (أبو العلا، 2015، ص 212). كما أن الالتهابات المزمنة للغدة، مثل التهاب الغدة الدرقية اللمفاوي المزمن (هاشيموتو)، يمكن أن تساهم في تكوّن عقيدات نتيجة تليف الأنسجة وتفاعل الخلايا المناعية.

إلى جانب ذلك، تلعب العوامل الوراثية دورًا هامًا، حيث وُجد أن وجود تاريخ عائلي لإضطرابات الغدة الدرقية يزيد من احتمال الإصابة بالعقيدات. كذلك، يُعدّ التقدم في العمر والإختلالات الهرمونية، خصوصًا لدى النساء، من العوامل المساعدة في نشوء هذه الكتل، بسبب تأثير الإستروجين على أنسجة الغدة الدرقية (محمد، 2020، ص 88). كما يُمكن أن تؤدي التغيرات البسيطة أو الأورام الحميدة إلى ظهور عقيدات، إضافة إلى التعرض للإشعاع في منطقة الرقبة في مرحلة الطفولة أو الشباب، وهو عامل معروف بارتباطه بنشوء عقيدات، وبعضها قد يتحول إلى أورام خبيثة.

2.7.1. أعراض الإصابة بالعقيدات الدرقية :

تتنوع الأعراض المصاحبة للعقيدات الدرقية تبعًا لحجم العقيدة، وطبيعتها (حميدة أو خبيثة)، ووظيفتها الهرمونية. في كثير من الحالات، لا تسبب العقيدات أي أعراض وتُكتشف صدفةً خلال فحص روتيني أو تصوير إشعاعي للرقبة. ومع ذلك، فإن العقيدات كبيرة الحجم قد تؤدي إلى أعراض موضعية مثل الإحساس بكتلة في الرقبة، أو صعوبة في البلع والتنفس،

نتيجة الضغط على المريء أو القصبة الهوائية، كما قد يُلاحظ تغيّر في الصوت بسبب ضغط العقيدة على العصب الحنجري الراجع (الخولي، 2018، ص 131). أما من الناحية الوظيفية، فإن العقيدات النشطة (الساخنة) قد تؤدي إلى أعراض فرط نشاط الغدة الدرقية مثل زيادة التعرّق، فقدان الوزن، تسارع ضربات القلب، القلق، والرعدة، بينما قد ترتبط العقيدات المصاحبة للإلتهاب مزمن أو تلف في نسيج الغدة بظهور أعراض قصور الغدة الدرقية، مثل التعب، زيادة الوزن، جفاف الجلد، وضعف التركيز (الموسوي، 2021، ص 94). في بعض الحالات النادرة، قد تكون الأعراض الوحيدة مؤشراً إلى وجود ورم خبيث، وخاصة إذا كانت العقيدة صلبة، متزايدة الحجم بسرعة، ومصحوبة بتضخم في العقد اللمفاوية العنقية

8.1. سرطان الغدة الدرقية (Thyroid Cancer) :

يُعرّف سرطان الغدة الدرقية بأنه نمو غير طبيعي وخبيث للخلايا في نسيج الغدة الدرقية، وهي غدة صماء تقع في الجزء الأمامي السفلي من الرقبة وتلعب دوراً محورياً في تنظيم عمليات الأيض من خلال إفراز هرموني الثيروكسين (T4) وثلاثي يود الثيرونين (T3). ويُصنّف سرطان الغدة الدرقية ضمن الأورام الصلبة، ويتفرّع إلى أنواع نسيجية مختلفة، أشهرها:

السرطان الحليمي (Papillary carcinoma)، السرطان الجُريبي (Follicular carcinoma)، السرطان النُخاعي (Medullary carcinoma)، والسرطان الكشمي أو غير المتمايز (Anaplastic carcinoma) (القرني، 2020، ص 145). ويُعدّ هذا النوع من السرطان الأكثر شيوعاً بين سرطانات الغدد الصماء، وإن كان يمثل نسبة ضئيلة من مجمل السرطانات في الجسم، إلا أن إنتشاره قد إزداد في العقود الأخيرة نتيجة لتحسّن وسائل التشخيص المبكر، لاسيما استخدام التصوير بالموجات فوق الصوتية وخزعة الإبرة الدقيقة (الفقي، 2019، ص 212). يتميز سرطان الغدة الدرقية عادةً ببطء تطوّره، خصوصاً في أنواعه المتميزة، مما يجعل الإنذار العام جيداً إذا ما تم التشخيص والعلاج في مراحل مبكرة. غير أن بعض الأنواع، كالكشمي مثلاً، تُعد شديدة العدوانية وسريعة الإنتشار إلى الأنسجة المجاورة وأعضاء الجسم الأخرى (العتيبي، 2018، ص 98)

1.8.1. أنواع سرطان الغدة الدرقية :

يصنّف سرطان الغدة الدرقية إلى أربعة أنواع رئيسية، تُميز بناءً على الخصائص النسيجية للخلايا السرطانية ومدى تمايزها، وهي: السرطان الحليمي، الجُريبي، النخاعي، والكشمي. لكل نوع خصائص سريرية وإنذارية مختلفة. تتمثل هذه الأنواع في :

1. السرطان الحليمي (Papillary Thyroid Carcinoma - PTC) :

يُعدّ السرطان الحليمي الشكل الأكثر شيوعاً من سرطانات الغدة الدرقية، إذ يشكّل ما نسبته 70-80% من الحالات المشخّصة (العتيبي، 2018، ص 101). يتميز هذا النوع بنموه البطيء وميله للإنتقال عبر العقد اللمفاوية العنقية أكثر من إنتشاره الدموي. وتحت المجهر، يُظهر خلايا ذات نوى "تشبه العيون اليتيمة (Orphan Annie nuclei)" ووجود أجسام رملية (Psammoma bodies). (القرني، 2020، ص 156)

غالبًا ما يُصيب الفئة العمرية بين 20-50 عامًا، وتكون الإناث أكثر عرضة للإصابة به. ويُعدّ من الأنواع ذات الإنذار الجيد، حيث تصل معدلات البقاء على قيد الحياة إلى أكثر من 95% خلال 10 سنوات (الفقي، 2019، ص 220).

2. السرطان الجُريبي (Follicular Thyroid Carcinoma - FTC) :

يمثل السرطان الجُريبي نحو 10-15% من سرطانات الغدة الدرقية، وهو أكثر شيوعًا في المناطق التي تعاني من نقص اليود الغذائي (القرني، 2020، ص 160). يتميز هذا النوع بأنه أقل ميلًا للانتشار عبر الجهاز اللمفاوي، ولكنه أكثر قابلية للغزو الدموي، مما يجعله أكثر عرضة للانتقال إلى العظام والرئتين (الفقي، 2019، ص 223). يعدّ هذا النوع من السرطانات "متميزًا" مثل السرطان الخُليمي، لكنه قد يكون أكثر عدوانية منه، خاصة في حال وجود غزو للأوعية الدموية أو الكبسولة.

3. السرطان النخاعي (Medullary Thyroid Carcinoma - MTC) :

ينشأ السرطان النخاعي من خلايا C أو الخلايا المجاورة للجُريبات التي تفرز الكالسيثونين، وهو هرمون يعمل على تنظيم مستويات الكالسيوم في الدم. ويمثل هذا النوع حوالي 3-5% من سرطانات الغدة الدرقية (العتيبي، 2018، ص 110). يوجد السرطان النخاعي في شكلين: عائلي (وراثي) وغير عائلي (متقطع). ويرتبط الشكل العائلي غالبًا بمتلازمات الورم الصماوي المتعدد "MEN 2A" و "MEN 2B" ويُعدّ قياس مستوى الكالسيثونين في الدم أداة تشخيصية ومؤشرًا على فعالية العلاج (القرني، 2020، ص 165).

4. السرطان الكشمي (Anaplastic Thyroid Carcinoma - ATC) :

يعد السرطان الكشمي من أندر الأنواع (2%) وأكثرها عدوانية، حيث يتميز بسرعة إنتشاره وضعف الإستجابة للعلاج التقليدي (الفقي، 2019، ص 230). غالبًا ما يصيب كبار السن 60 سنة، ويُشخص في مراحل متأخرة بسبب سرعة نموه وتوغله في الأنسجة المجاورة.

هذا النوع غير متميز تمامًا، ويصعب علاجه جراحياً أو إشعاعياً، وتكون معدلات البقاء على قيد الحياة منخفضة، حيث لا يتجاوز متوسط الحياة بعد التشخيص ستة أشهر في أغلب الحالات (العتيبي، 2018، ص 115).

2.8.1. أسباب الإصابة بسرطان الغدة الدرقية :

تعد أسباب الإصابة بسرطان الغدة الدرقية متعددة العوامل، وتشمل تداخلاً بين العوامل البيئية والوراثية والهرمونية. من أبرز هذه العوامل التعرّض للإشعاع، خاصة في مرحلة الطفولة، إذ يُعدّ التعرّض للإشعاع المؤيّن من أقوى عوامل الخطورة المعروفة، سواء نتيجة لعلاج إشعاعي للرأس والرقبة أو الكوارث النووية (القرني، 2020، ص 168). كما يُعتبر التاريخ العائلي عاملاً مؤثراً، خاصة في حالات السرطان النخاعي الذي يرتبط بوجود طفرات جينية في جين RET، وهي طفرات تنتقل عبر الوراثة الجسدية السائدة (العتيبي، 2018، ص 120).

إضافة إلى ذلك، يرتبط نقص اليود الغذائي بزيادة خطر الإصابة بالسرطان الجُريبي، في حين أن فرط تناول اليود قد يرتبط ببعض الحالات من السرطان الخُليمي، مما يُظهر العلاقة المعقدة بين توازن عنصر اليود وخطر التحوّل الخلوي في الغدة الدرقية (الفقي، 2019، ص 225). وهناك أيضاً أدلة على دور العوامل الهرمونية، مثل ارتفاع معدلات الإصابة لدى

النساء، مما يشير إلى احتمال تأثير الهرمونات الجنسية، وخاصة الإستروجين، في نشوء وتطور بعض أنواع سرطان الغدة الدرقية.

3.8.1. أعراض الإصابة بسرطان الغدة الدرقية:

غالبًا ما يكون سرطان الغدة الدرقية في مراحله المبكرة عديم الأعراض، ويُكتشف عرضًا أثناء الفحص السريري أو التصوير الإشعاعي للرقبة لأسباب أخرى. ومع تقدّم الحالة، تبدأ الأعراض بالظهور تدريجيًا، حيث يتمثل العرض الأكثر شيوعًا في وجود عُقيدة درقية صلبة وغير مؤلمة في الجزء الأمامي من الرقبة، قد تكبر تدريجيًا بمرور الوقت (القرني، 2020، ص 172).

وفي بعض الحالات، تظهر أعراض ضغط موضعي نتيجة لزيادة حجم الورم، مثل صعوبة البلع، وحة في الصوت نتيجة تأثر العصب الحنجري الراجع، إضافة إلى ألم في الرقبة أو الحلق يمتدّ أحيانًا إلى الأذن. وقد تترافق هذه الأعراض بظهور تضخم في العقد اللمفاوية الرقبية، خصوصًا في الحالات المتقدمة من السرطان الخُلُمي (الفقي، 2019، ص 227). أما في الحالات النادرة مثل السرطان الكشمي، فتكون الأعراض أكثر حدة وسرعة في التطور، وتشمل ضيق التنفس، وصعوبة في تحريك الرقبة، وأحيانًا ظهور كتلة صلبة ملتصقة بالأنسجة المحيطة، مما يشير إلى وجود غزو موضعي عميق وسريع للأنسجة (العتيبي، 2018، ص 123). وفي السرطان النخاعي، قد تظهر أعراض مرافقة ناتجة عن فرط إفراز الكالسيوم، مثل الإسهال المزمن أو التهيج العضلي.

نستنتج مما سبق أن اضطرابات الغدة الدرقية من الحالات الصحية المهمة التي تؤثر على الصحة الجسدية والنفسية، وتتراوح شدتها من حالات بسيطة قابلة للعلاج بسهولة، إلى أمراض مزمنة أو خبيثة تتطلب تدخلًا طبيًا معقدًا. وإن التشخيص المبكر والعلاج المناسب يساهمان بشكل كبير في تحسين جودة حياة المرضى، ويُبرز أهمية الوعي المجتمعي والإهتمام الدوري بوظائف الغدد الصماء، خاصة لدى الفئات المعرضة للخطر مثل النساء وكبار السن.

2. علاج اضطرابات الغدة الدرقية :

توجد هناك عدة تدخلات علاجية ، تكون فعالة ومرتبطة بطبيعة المرض، وما إذا كان حديثًا أو قديمًا ، ويكون مرتبط بدرجة خطورة المرض، وكذا حساسية المريض للعلاج المقترح. وقبل كل شيء يقوم المعالج بمحاولة التقليل من درجة القلق لدى المريض، حيث يعتبر عنصر مهم لعلاج المرض، ويجب أيضًا أن يكون العلاج مصحوب بإعلان المريض عن طبيعة مرضه وخاصة الميكانيزم المناعي الذاتي الذي أحدثه و أهم العلاجات التي تستخدم عادة في علاج اضطراب الغدة الدرقية. ومن بين العلاجات الموجهة لهذا الاضطراب مايلي:

1.2. العلاج الطبي:

يوجه العلاج الطبي أساسًا لإيقاف إفراز الهرمون المحفز للغدة الدرقية (TSH) وهذا يتحصل عليه من خلال استخدام الهرمونات الدرقية ومن المستخلصات المفضلة للإستعمال يوجد هرمون " الثيروكسين " (T4) توجد هذه المادة في صورة قطرات أو على شكل أقراص، وهناك مستخلص آخر يسمى " ثالث يود ثيروتين " (T3) ويستخدم هذا بشكل نادر وهو أقل تحمل ، له نصف عمر قصير مما يتطلب عدة جرعات يومية ، يوجد هناك دواء في صورة أقراص و يؤخذ على

الأقل ثلاثة جرعات يومية، ويتضح عند وصف هذه المستخلصات أن يكون مكيفا حسب حالة المريض بطريقة تكون فيها فعالة. (صبري، 2015، ص 219)

2.2. العلاج باليود المعدني:

توصف مضادات الدرق التي تحتوي على اليود المعدني في حالة فرط الغدة الدرقية وهو تطبيق مباشر ، لسوء الحظ قد لا يستمر مفعوله لأن التأثير الذي يحدثه اليود على الوظيفة الدرقية متغير ، وغير مفهوم ، يظهر أحيانا أنه يتعلق بحالة الغدة والجرعة الدوائية ، لأنه يلاحظ في بعض الظروف أن فرط الغدة الدرقية يكون ناتج عن اليود. (ساعو مراد، 2010، ص 101).

3.2. العلاج باليود المشع:

العلاج باليود المشع يمكن إستعماله في حالة عدم صلاحية التدخل الجراحي و يستعمل أيضا في بعض الأحيان في الجويتر الكبير الحجم للإلتصاق من حجمه، وفعال بشكل خاص، يمكن أن يوصف فوراً بدون تدخل علاج دوائي آخر مضاد للغدة الدرقية، وهذا العلاج موجه نحو إزالة النسيج الدرقي في قصد إحداث حالة من الإلتزان في وظيفة الغدة ، كان هذا العلاج موجه فقط للمرضى الراشدين، لكن الآن يطبق في علاج مرضى الشباب و الجنسين معا وحتى الأطفال، ولا يحدث تعقيدات على المدى البعيد، وبدون خطر إحداث السرطان. (ساعو مراد، 2010، ص 101).

4.2. العلاج بمضادات الدرق المركبة:

يمكن لهذا النوع من العلاج أن يتدخل في مراحل مختلفة من التركيب الهرموني ، وخاصة في مرحلة عضوية اليود ، لهذا مضادات الدرق المركبة فعالة بداية من الأيام الأولى من الإستعمال الذي لا يكون مطولا ويكون خلال 18 شهرا على الأقل ، ويوجد 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. (ساعو مراد، 2010، ص 101).

5.2. العلاج الجراحي:

والغاية من العلاج بالجراحة هو الإلتصاق من حجم الغدة الدرقية و التي تعالج الأثر ولا تعالج السبب وهذا العلاج لا ينبغي أن يقترح كعلاج منعزل ، وأن يعتبر كعلاج نهائي ، 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 الإنتكاس، وهذا الإنتكاس سيكون أصعب للعلاج مقارنة بالجويتر الأول، ويكون أقل إستجابة للعلاج ، وبصفة عامة العلاج الجراحي للجويتر يمكن أن يؤدي إلى عدة تعقيدات ويكون حسب طبيعة الجويتر ، ونوع التدخل العلاجي وخاصة خبرة الجراح، إلى أنه يجب أن لا ينسى دور كل من المريض و الطبيب في العلاج وإكتشاف تلك الإضطرابات فلا بد من توعية المرضى أن هناك ما يسمى بإضطرابات نفسية تتحول بشكل لا شعوري إلى اضطرابات عضوية. (ساعو مراد، 2010، ص 101). كذلك على الطبيب أن يأخذ بعين الإعتبار الحالة النفسية و الظروف الإجتماعية المصاحبة لظهور المرض أو السابقة له عند أخذ التاريخ المرضي للمريض لتجنب إحداث أخطاء التشخيص.

6.2. العلاج الغذائي والدعم النفسي السلوكي :

إلى جانب العلاج الدوائي والجراحي، تلعب التغذية السليمة والدعم النفسي السلوكي دورًا هامًا في تعزيز فعالية العلاج الطبي وتحسين جودة حياة المرضى الذين يعانون من اضطرابات الغدة الدرقية. ويؤكد الباحثون أن تعديل نمط الحياة قد يساهم في تقليل الأعراض وتحسين إستجابة الجسم للعلاج (الصالح، 2020، ص 211).

1. العلاج الغذائي (Nutritional Therapy) :

في حالات قصور الغدة الدرقية ينصح بتناول أطعمة تُعزز إنتاج الهرمون الدرقي وتحسين الأيض، ومنها:
-الأطعمة الغنية باليود مثل: السمك، الأعشاب البحرية، البيض، ومنتجات الألبان (شرف الدين، 2018، ص97).
- السيلينيوم: عنصر ضروري لتحويل T4 إلى T3 ، يوجد في الجوز البرازيلي، التونة، والبيض (العتيبي، 2021، ص118).
- الزنك: يُسهم في وظائف الغدة الدرقية ويوجد في اللحوم الحمراء، المكسرات، والحبوب الكاملة (النجار، 2020، ص150).
ينصح أيضًا بتقليل إستهلاك الأطعمة التي قد تُثبط إمتصاص " الليفوثيروكسين"، مثل فول الصويا، الخضروات الصليبية (كالقرنبيط)، والقهوة عند تناول الدواء (صبري، 2015، ص 226).
في حالات فرط نشاط الغدة الدرقية يحتاج المرضى إلى نظام غذائي يُوازن فقدان السريع للوزن، ويُعزز الكتلة العضلية والطاقة، ومن أهم التوصيات:

- زيادة السرعات الحرارية والبروتينات لتعويض التمثيل الغذائي العالي.
- الكالسيوم وفيتامين D لمنع فقدان الكتلة العظمية الناتجة عن فرط هرمونات الغدة . (العبيدي، 2019، ص 135).
- تجنّب المنبهات مثل الكافيين التي تزيد من التوتر العصبي وسرعة القلب.
يوصى أيضًا بالحد من تناول اليود الزائد لتقليل تحفيز الغدة، ويجب التنسيق مع أخصائي تغذية في هذا السياق . (الصالح، 2020، ص 213).

2. الدعم النفسي والسلوكي (Psychological and Behavioral Support) :

أظهرت الدراسات أن الإضطرابات النفسية مثل القلق، الإكتئاب، والتهيج العصبي تنتشر بشكل ملحوظ بين مرضى إضطرابات الغدة الدرقية، خاصة في فرط النشاط أو بعد الإستئصال (صبري، 2015، ص 230). لذا، فإن التدخلات النفسية والسلوكية تعتبر جزءًا لا يتجزأ من خطة العلاج الشاملة.

3. العلاج السلوكي المعرفي (CBT) :

يساعد فيتحسين الوعي بالأعراض النفسية المرتبطة بالخلل الهرموني وتدريب المريض على التعامل مع الأفكار السلبية ومهارات التكيف. وكذلك تقليل مشاعر القلق والإنزعاج الناتجة عن التغيرات الجسدية أو المزاجية (العبيدي، 2019، ص 136). ويكون ذلك عن طريق:

- برامج الدعم الجماعي والإرشاد النفسي: حيث يتم توفير بيئة آمنة للمشاركة وتخفيف العزلة النفسية، وتشجيع المريض على الإلتزام بالعلاج ومتابعة التوصيات الغذائية والطبية.

- تقنيات الإسترخاء وإدارة التوتر: مثل التنفس العميق، التأمل، واليوغا، وقد أثبتت فاعليتها في تقليل تأثير الأعراض المرتبطة بفرط النشاط كالأرق وتسارع ضربات القلب (الصالح، 2020، ص215).

3. الإجراءات الوقائية للحد من الإصابة باضطرابات الغدة الدرقية :

الوقاية من اضطرابات الغدة الدرقية تُعد خطوة مهمة في تعزيز الصحة العامة، نظرًا للدور الحيوي الذي تلعبه الغدة الدرقية في تنظيم عمليات الأيض، ونمو الجسم، ووظائف القلب والجهاز العصبي. وعلى الرغم من أن بعض اضطرابات الغدة الدرقية (مثل داء هاشيموتو أو داء غريفز) ترتبط بأسباب وراثية أو مناعية يصعب تفاديها كليًا، إلا أن هناك عددًا من الإجراءات الوقائية التي تساهم في الحد من احتمالية الإصابة أو تفاقم الحالة.

تتمثل الإجراءات الوقائية للحد من الإصابة باضطرابات الغدة الدرقية في :

1. التغذية المتوازنة والوقاية من نقص اليود :

يُعد نقص اليود من أهم أسباب قصور الغدة الدرقية، لا سيما في البلدان النامية. لذا فإن:

- تناول كميات كافية من اليود يُعد أمرًا أساسيًا. وتوصي منظمة الصحة العالمية بتناول 150 ميكروغرامًا يوميًا من اليود للبالغين، و250 ميكروغرامًا للحوامل (WHO, 2007).

تتمثل مصادر اليود الغذائية في الملح المدعم باليود، الأسماك البحرية، الأعشاب البحرية، ومنتجات الألبان.

- الابتعاد عن الإستهلاك المفرط لمثبطات إمتصاص اليود مثل الكرنب واللفت النيئ، خصوصًا لدى الأفراد المعرضين لنقص اليود. (منظمة الصحة العالمية، 2007، ص 15)

2. الفحوصات الدورية والمراقبة الطبية :

- إن إجراء الفحوصات الدورية لهرمونات الغدة الدرقية (TSH, T3, T4) يساهم في الكشف المبكر عن الاضطرابات، خاصة لدى الفئات المعرضة للخطر مثل النساء فوق سن الأربعين والحوامل.

- المراقبة المستمرة للمرضى المصابين بأمراض مناعية أخرى (مثل السكري من النوع الأول أو الذئبة الحمراء)، نظرًا للإرتباط المحتمل بين هذه الأمراض واضطرابات الغدة الدرقية. (أبو زيد، 2018، ص 121)

3. تجنب العوامل البيئية المسببة للاختلال الهرموني :

- تتمثل في التقليل من التعرض للملوثات البيئية مثل الديوكسينات والمبيدات الحشرية وبعض المعادن الثقيلة (مثل الزئبق والرصاص)، لما لها من تأثير سلبي على وظيفة الغدة الدرقية.

- الحد من إستهلاك المواد الكيميائية المعرّقة للغدد الصماء الموجودة في بعض المنتجات الصناعية (مثل البلاستيك الذي يحتوي على بيسفينول (A)). (صالح، 2020، ص 87)

4. الحفاظ على نمط حياة صحي :

- وذلك عن طريق ممارسة التمارين الرياضية بانتظام لتعزيز صحة الجهاز المناعي وتنظيم التمثيل الغذائي.

- تجنب الضغوط النفسية المزمنة، إذ أظهرت دراسات أن الإجهاد النفسي المستمر قد يساهم في اضطراب المناعة الذاتية الذي قد يؤدي إلى أمراض الغدة الدرقية (مثل داء هاشيموتو).

- النوم الكافي يساعد في تنظيم محور الغدة النخامية والكظرية والدرقية ويقلل من خلل الأداء والإفراز الهرموني. (عبد الحميد، 2019، ص 203).

5. التوعية والتثقيف الصحي :

- عن طريق نشر التوعية المجتمعية حول أعراض اضطرابات الغدة الدرقية وطرق الوقاية منها، خاصة في المناطق النائية أو التي تعاني من نقص اليود.
- إدماج موضوعات الغدة الدرقية في الحملات الصحية المدرسية والمجتمعية لتعزيز الوقاية على المدى الطويل. (عمر، 2021، ص 55)

خلاصة الفصل :

لقد إستعرض هذا الفصل مختلف الجوانب المتعلقة بالغدة الدرقية، بدءاً من بنيتها التشريحية ووظائفها البيولوجية، مروراً بأهم الإضطرابات التي تصيبها وأعراضها المتنوعة، وصولاً إلى سبل التشخيص والعلاج. وقد تم التأكيد على أهمية الكشف المبكر والتدخل العلاجي المناسب، سواء عبر الوسائل الدوائية أو الجراحية أو التكميلية، مع الأخذ بعين الاعتبار البعد النفسي للمريض الذي يعاني من هذه الإضطرابات.

إنّ التداخل بين العوامل البيولوجية والنفسية والإجتماعية في إضطرابات الغدة الدرقية يفرض تبني مقاربة متعددة التخصصات في التشخيص والعلاج، مما يبرز الحاجة إلى مزيد من البحوث التي تُعنى بالربط بين علم النفس والطب الباطني لفهم هذه العلاقة المعقدة وتعزيز فعالية التدخلات العلاجية.

الجانِب التّطبيقي

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية

للجانب التطبيقي

الفصل الرابع : الإجراءات المنهجية للجانب التطبيقي

تمهيد.

1.تذكير بالفرضيات.

2.الدراسة الإستطلاعية.

2.1.أهداف الدراسة الاستطلاعية .

2.2. عينة الدراسة الاستطلاعية.

3.2. الحدود الجغرافية و الزمنية للدراسة الاستطلاعية .

4.2.مراحل الدراسة الاستطلاعية .

3.الدراسة الأساسية.

1.3. .منهج الدراسة الأساسية .

2.3. .المعاينة .

3.3. زمان و مكان إجراء الدراسة الأساسية .

4.3. أدوات الدراسة الأساسية .

5.3.كيفية إجراء الدراسة الأساسية.

6.3.الأساليب المستخدمة في الدراسة الأساسية.

تمهيد :

يرتبط تقدم أي بحث علمي بدرجة من الدقة والموضوعية في تحديد الإجراءات المنهجية المتبعة والمفاهيم، وكذا يرتبط الجانب الميداني بما تم طرحه من مفاهيم وتفسيرات في الجانب النظري، ويعد القاعدة الميدانية لإجراء البحث العلمي، حيث يقول كل من (ورهان) و (ساندرا) إن البحث التطبيقي يكمل الجانب النظري فهو موجة نحو مهمة معينة و يهدف إلى إنتاج معرفة مرتبطة بإيجاد حل المشكلة .

وعليه بعد عرض الإطار العام للدراسة المتمثل في: إشكالية الدراسة وفرضياتها مع التطرق إلى أهداف الدراسة وأهميتها مع معرفة الحدود التي أجريت فيها الدراسة.

ثم تم إستعراض الجانب النظري المتمثل في الفصول النظرية التي تتعلق بمتغير تقبل المرض ومتغير التعافي النفسي ومتغير المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية.

ومنه تم الإنطلاق إلى الجانب الميداني خلال إتباع الإجراءات المنهجية المتمثلة في: التذكير بالفرضيات، الدراسة الإستطلاعية، الدراسة الأساسية.

وعليه يمكن مما سبق إختيار فرضيات الدراسة والتوصل إلى نتائج قد تؤكدها أو تنفيها.

1. التذكير بالفرضيات:

1.1. الفرضية الأولى:

"مستوى تقبل المرض لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية منخفض".

2.1. الفرضية الثانية:

"مستوى التعافي النفسي لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية منخفض".

3.1. الفرضية الثالثة:

"توجد علاقة تقبل المرض والتعافي النفسي لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية".

4.1. الفرضية الرابعة:

"توجد فروق بين المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية في تقبل المرض، تعزى لمتغير الجنس ومتغير مدة الإصابة بالمرض (من سنة إلى أقل من 5 سنوات، من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات، من 10 سنوات فأكثر)".

5.1. الفرضية الخامسة:

"توجد فروق بين المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية في التعافي النفسي، تعزى لمتغير الجنس ومتغير مدة الإصابة بالمرض (من سنة إلى أقل من 5 سنوات، من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات، من 10 سنوات فأكثر)".

2. الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية من أهم الخطوات التي يقوم بها الباحث، ويعرف مروان المجيد إبراهيم الدراسة الاستطلاعية على أنها "تلك الدراسة التي تهدف إلى إستطلاع الظروف المحيطة بالظاهرة التي يرغب الباحث دراستها والتعرف على أهم الفروض التي يمكن وضعها وإخضاعها للبحث العلمي" (مروان المجيد إبراهيم، 2000، ص38). و هي تهدف إلى جمع أكبر قدر من المعلومات الخاصة بموضوع الدراسة، والتأكد من سلامة الإشكالية وكيفية اختبار الفرضيات، من خلال: إختيار المنهج المتبع وكذلك إستعمال الوسائل المناسبة لجمع البيانات وذلك من أجل تعديلها و تصحيحها،

وعليه تم الإعتمادالدراسة الإستطلاعية من خلال العناصر التالية:

2.1. أهداف الدراسة الاستطلاعية:

تكمّن أهداف الدراسة الإستطلاعية فيما يلي:

- الخروج إلى الميدان للتعرف على موضوع الدراسة.
- الإحتكاك بميدان الدراسة للتعرف بشكل أفضل على متغيرات الدراسة.
- جمع المعطيات والمعلومات الضرورية لبناء الإشكالية حسب الشروط المنهجية.
- تحديد وضبط متغيرات الدراسة والمتمثلة في: تقبل المرض والتعافي النفسي ومرضاضطراب الغدة الدرقية.
- الحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات التي ستأخذ بعين الإعتبار عند إختيار منهج الدراسة.
- التأكد من توفر عينة الدراسة المتمثلة في مرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية.
- البحث عن الطريقة المثلى لسحب عينة الدراسة والتعامل معها.
- البحث على أدوات جمع بيانات الدراسة.
- دراسة مدى صلاحية أدوات الدراسة.
- التدريب على تطبيق أدوات الدراسة.
- التعرف على صعوبات التطبيق التي قد تعرقل سير الدراسة الميدانية.

2.2. عينة الدراسة الاستطلاعية:

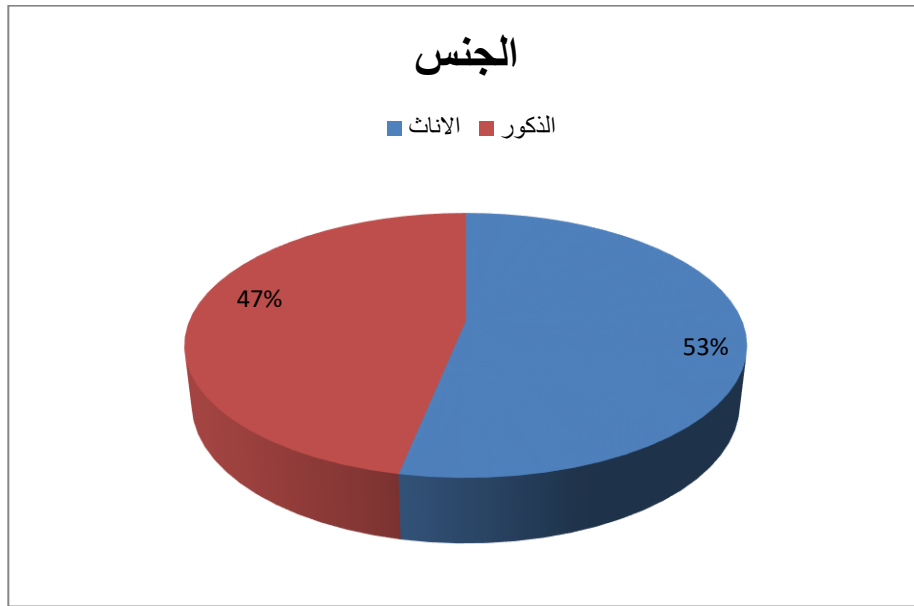
تتكون عينة الدراسة الاستطلاعية من :

- (1) طبيب مختص في الغدد الصماء بمستشفى "برج منايل" الدكتور "شعبان"،
- (2) أخصائيين نفسانيين عياديين هما: "السيدة عثمان زهرة" بمستشفى "برج منايل" و "السيدة جعفرور" بمستشفى بالوة تيزي وزو".

- (30) مريض يعاني من اضطراب الغدة الدرقية من الجنسين، تتراوح أعمارهم بين (18) سنة و(70) من كل ولاية "تيزي وزو _ بومرداس"، كما يبينه الجدول و الأشكال التالية :

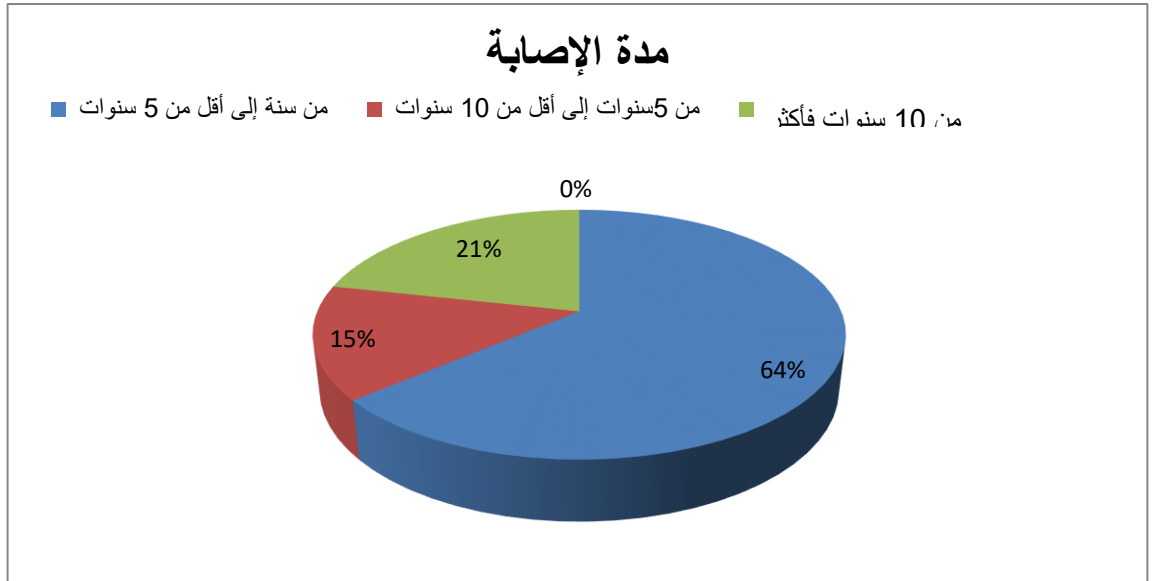
جدول رقم (01): خصائص أفراد العينة الإستطلاعية.

النسب المئوية %	التكرارات	الجنس
53%	16	الإناث
47%	14	الذكور
64%	25	من سنة إلى أقل من 5 سنوات
15%	6	من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات
21%	9	من 10 سنوات فأكثر
		مدة المرض



شكل رقم(07): توزيع جنس أفراد العينة الإستطلاعية حسب متغير.

تبين من خلال الجدول رقم(03) و الشكل (04) أن أكبر نسبة لدى أفراد العينة الإستطلاعية تمثلها الإناث، وذلك بنسبة (53%)، في حين أن الذكور يمثلون أقل نسبة بلغت (47%).



شكل رقم (08): توزيع أفراد العينة الإستطلاعية حسب متغير مدة الإصابة.

تبين من خلال الجدول رقم (03) و الشكل (05) أن نسبة (64%) من مرضى اضطراب الغدة الدرقية يعانون من المرض لمدة أقل من 5 سنوات، ونسبة (15%) للذين تتراوح مدة مرضهم من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات ، أما الأفراد التي تجاوزت مدة مرضهم 10 سنوات فأكثر فتبلغ نسبتهم (21%).

3.2. الحدود الجغرافية المكانية والزمانية للدراسة الإستطلاعية:

لقد تم إجراء الدراسة الإستطلاعية ب:

-مصلحة طب الغدد الصماء بمستشفى برج منايل (بومرداس).

-مصلحة أمراض الرئة بمستشفى بالوة (ولاية تيزي وزو).

وقد دامت هذه الدراسة حوالي (3) أشهر، وذلك ابتداء من أكتوبر 2024 إلى غاية نهاية شهر ديسمبر 2024.

4.2. مراحل الدراسة الاستطلاعية:

مرت الدراسة الاستطلاعية بعدة مراحل تتمثل في:

■ المرحلة الأولى: الحصول على الموافقة من الجهات الرسمية المعنية بموضوع الدراسة:

تم التواصل في هذه المرحلة مع إدارة قسم علم النفس بكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية بجامعة مولود معمري - تيزي وزو ، وذلك من أجل الحصول على رخصة البحث الميداني .

ثم تم الإتصال بكل من الدكتور شعبان رئيس مصلحة الغدد بمستشفى "برج منايل" (بومرداس)، والبروفيسور جنان رئيس مصلحة أمراض الرئة بمستشفى "بالوة" (تيزي وزو).

■ المرحلة الثانية: الالتقاء بأفراد عينة الدراسة الاستطلاعية:

أما في هذه المرحلة فقد قام الباحثان بعدة زيارات استطلاعية تم فيها الالتقاء بأفراد عينة الدراسة الاستطلاعية، المتمثلة في الدكتور شعبان رئيس مصلحة الغدد بمستشفى "برج منايل" (بومرداس)، وكل من الأخصائية النفسانية العيادية "السيدة عثمان زهرة" بمستشفى برج منايل والأخصائية النفسانية العيادية السيدة جعفر "بمستشفى بالوة تيزي وزو"، وذلك من خلال مقابلات نصف موجهة.

فقام الباحثين في البداية بالتعرف بأنفسهما كباحثين في علم النفس الصحة، بصدد إعداد مذكرة تخرج في ماستر علم النفس الصحة بعنوان "تقبل المرض وعلاقته بالتعافي النفسي لدى مصابين بإضطراب الغدة الدرقية"، بعد ذلك دارت باقي المقابلات حول مرض الغدة الدرقية وخطورته على الجانب الجسدي والنفسي، ومدى انتشاره في المجتمع الجزائري، وذلك من خلال طرح الأسئلة التالية:

أ- هل إضطراب الغدة الدرقية منتشر بكثرة؟

ب- ما هو سن المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية ؟

ت- ما هي الفئات العمرية التي تصاب بكثرة بإضطراب الغدة الدرقية (الذكور الإناث)؟

بعد أخذ الموافقة من الطبيب المختص والأخصائيين النفسانيين العيادين، بالالتقاء مع مرضاهم المصابين بمرض إضطراب الغدة الدرقية، ذلك من خلال تحديد مواعيد مسبقاً معهم.

-نتائج المرحلة الثانية:

بينت نتائج هذه المرحلة ما يلي:

-إن إضطراب الغدة الدرقية في إنتشار ملحوظ إلى يومنا هذا وذلك بسبب كثرة الضغوط وعوامل القلق المنتشرة حسب آخر الدراسات .

- إن السن الأكثر عرضة للإصابة بها الإضطراب هو فوق سن 45 سنة

- الجنس الأكثر عرضة للإصابة هي الإناث.

■ المرحلة الثالثة: ضبط مفاهيم الدراسة:

تم في هذه المرحلة إجراء مرة أخرى مقابلات نصف موجهة مع الأخصائيين نفسانيين عيادين و(30) مريض مصاب بإضطراب الغدة الدرقية، لضبط كل من متغير تقبل المرض ومتغير التعافي النفسي لدى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية، وذلك من خلال طرح الأسئلة التالية:

. هل المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية يتقبلون مرضهم؟

.هل المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية لديهم تعافي نفسي؟

ماهي أكثر الإنفعالات التي تظهر لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية؟

• نتائج المرحلة الثالثة:

- تبين للباحثان من خلال الخطوات السابقة (حسب نتائج المقابلات نصف الموجهة مع عينة الدراسة الإستطلاعية) أن:
- أغلبية المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية، غير متقبلين لمرضهم.
- أغلبية المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية،.
- تظهر إنفعالات لدى المرضى المصابين بالغدة الدرقية منها: تقلبات مزاجية، نوبات القلق، الإكتئاب.

▪ المرحلة الرابعة: البحث على أدوات الدراسة:

- تم في هذه المرحلة البحث عن أدوات لقياس متغيرات الدراسة: تقبل المرض والتعافي النفسي، وتم في هذه المرحلة مايلي:
- بالنسبة لمتغير تقبل المرض:
- تم البحث عن أداة تقيس هذا المتغير، إلا أنه تعذر على الباحثين إيجاد أداة تقيس تقبل المرض لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية -حسب إطلاعهما-.
- فتم العثور فقط على إستبيان "تقبل المرض" لسليمان جريو (2018)، بالرغم من أنه طبق على عينة "داء السكري" و "السرطان".

إلا أنه تم تعديله وتكييفه ليلائم عينة الدراسة الحالية، لأنه طبق على عينة "داء السكري" و "السرطان".

- بالنسبة لمتغير التعافي النفسي:

قام الباحثين بالبحث على مقياس "التعافي النفسي" فوجدت عدة مقاييس:

-مقياس التعافي النفسي للمراهقين (Baltaci & Karatas ;2014).

- مقياس التعافي النفسي الألم المزمن لطلبة البكالوريا (Smith ; et al.2008).

لكن كل هذه المقاييس لا تقيس التعافي النفسي لدى مرضى خاصة المصابين بإضطراب الغدة الدرقية، ولاتخدم عينة الدراسة الحالية، لذا في الأخير تم العثور على مقياس التعافي النفسي لمريم الزيادات (2015) فتم الإعتماد عليه في الدراسة الحالية.

▪ المرحلة الخامسة:مدى صلاحية أدوات الدراسة.

للحكم على مدى صلاحية أدوات الدراسة قام الباحثين بالخطوات التالية:

• الخطوة الأولى:

قدم الباحثين في أدوات الدراسة (إستبيان تقبل المرض لسليمان جريو (2018) ومقياس التعافي النفسي لمريم الزيادات (2015) للتحكيم من طرف مجموعة من المحكمين (05) من عدة تخصصات في علم النفس (أساتذة جامعة مولود

معمري تيزي وزو) (راجع الملحق رقم(02) ، وذلك بهدف تقييمها وإصدار أحكامهم على مدى صلاحيتها، أي للتأكد أن كانت العبارات تقيس ما وضعت له ومدى وضوح كل عبارة وإنتمائها للبعد وكذا مدى صلاحية كل عبارة، ودراسة إقتراحات وتعديلات أو إضافات المحكمين إن وجدت أو حتى حذف عبارات إن لزم الأمر.

مع العلم أن هذه المقاييس قدمت على الشكل التالي :

رقم البند	البند	يقيس	لا يقيس	إقتراح التعديل أو الحذف	سبب التعديل أو الحذف
1					
2					
3					

بعد جمع الإستمارات من المحكمين تم تفرغ تكرارات تقديراتهم لكل أداة على حدة وتم إعادة حساب درجة الإتفاق المحكمين على عبارات الأدوات وإجراء التعديلات والتصحيحات المطلوبة قبل الشروع في تطبيقها على عينة الدراسة الإستطلاعية.

وقد قدم أغلب المحكمين الإقتراحات التالية:

أولاً: بالنسبة لإستبيان "تقبل المرض" لسليمان جريو(2018) ومقياس التعافي النفسي لمريم الزيادات (2015):

إقتراح المحكمين ما يلي:

أ. الإستغناء على (17) بندا من (47) بندا، لأن ليس لها علاقة بعينة الدراسة الحالية، وبهذا أصبح الإستبيان مكونا من 30 بندا، والبند (47) التي تم الإستغناء عنها تتمثل في: البند(7.8.10.13.14.17.18.20.24.29.33.38.39.40.42.4.47).

ب. إقتراح المحكمين إعادة صياغة لبعض بنود إستبيان "تقبل المرض" لسليمان جريو(2018)، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم(02): تعديلات بنود إستبيان "تقبل المرض" لسليمان جريو(2018)، تبعا لإقتراحات المحكمين.

رقم العبارة	العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل
3	من أجل أن أحيا سعيدا عليا لإهتمام بصحتي	يجب الإهتمام بصحتي لأحيا سعيدا.
5	أحتقر نفسي وأشعر بالحزن كلما ذكرت مرضي	أشعر بالقلق كلما تذكرت مرضي
11	مرضي يجعلني أشعر أنني عبي على الآخرين	الأثار الجانبية لمرضي تجعلني أشعر أنني عبي على الآخرين.
15	أكره سماع إسم مرضي (سرطان) لأنه يذكرني بالآمي ومعاناتي	أكره سماع إسم مرضي(الغدة الدرقية) لأنه يسبب لي كثيرا تقلب مزاجي.
22	مرضي يشعرني بالتعبية لأفراد أسرتي	يشعرني مرضي بالتعبية في أخذ الدواء
37	أشعر أنني وحيد منذ أن أصبت بالمرض	أشعر أن حالات النرفزة والقلق يسبب مرضي أفقدتني علاقتي مع الآخرين.
45	أنا أقلق وأخاف من المستقبل والموت	أنا أقلق وأخاف من الموت

يتبين من جدول رقم (02) أن العبارات 3، 5، 11، 15، 22، 37، 45 تم إعادة صياغتها اعتمادا على آراء المحكمين.

ثانيا: بالنسبة لمقياس "التعافي النفسي" لمريم الزيادات (2015):

قبل المحكمين مقياس "التعافي النفسي" لمريم الزيادات (2015) بكل فقراته، وأكدوا على ملائمته للدراسة الحالية، إلا أنهم إقترحوا حساب شروطه السيكومترية (الثبات والصدق) للتأكد من هذه الملائمة، لأنه طبق على عينة من طلبة الجامعة.

• الخطوة الثانية:

بعد القيام بالتعديلات المقترحة من طرف الأساتذة المحكمين لأدوات الدراسة، تم تطبيق كل من: إستبيان "تقبل المرض" لسليمان جريو (2018) المعدل في الدراسة الحالية ومقياس "التعافي النفسي" لمريم الزيادات (2015)، لحساب الشروط السيكومترية لهما، على (30) مصاب بإضطراب الغدة في كل من مستشفى "برج منايل" بولاية بومرداس ومستشفى "بالوة" بولاية تيزي وزو، الذين تم تشخيصهم من طرف المختصين (أطباء الغدد الصماء).

- نتائج المرحلة الخامسة:

بينت نتائج هذه المرحلة ما يلي:

- تم تبني إستبيان "تقبل المرض" لسليمان جريو (2018)، إلا أنه تم تعديله وتكييفه ليلائم عينة الدراسة الحالية، لأنه طبق على عينة "داء السكري" و "السرطان".

- تم تبني مقياس التعافي النفسي لمريم الزيادات (2015)، إلا أنه تم تعديله وتكييفه ليلائم عينة الدراسة الحالية، لأنه طبق على عينة "طلبة جامعيين".

- تم التأكد من صلاحية أدوات الدراسة: إستبيان "تقبل المرض" لسليمان جريو (2018) المعدل في الدراسة الحالية ومقياس "التعافي النفس"ي لمريم الزيادات (2015).

■ المرحلة السادسة: إستخراج عينة الدراسة الأساسية:

- تم في هذه المرحلة البحث على عينة الدراسة الأساسية المتمثلة المرضى المصابين بالغدة الدرقية ملتحقين بمستشفى "برج منايل" بولاية بومرداس ومستشفى "بالوة" تيزي وزو.

- وقد تم العثور على (40) مريض مصاب بإضطراب الغدة الدرقية ملتحقين بمستشفى "برج منايل" بولاية بومرداس ومستشفى "بالوة" تيزي وزو، بمساعدة الطبيب المختص بالأخصائيتين النفسائيتين العياديتين، وتم الحصول على موافقة من المصابين بإضطراب الغدة الدرقية لإجراء الدراسة عليهم.

5.2. نتائج الدراسة الاستطلاعية:

تم ضبط إشكالية وفرضيات الدراسة وكذلك تحديد المناهج الملائمة للدراسة.

. تم تحديد وضبط عينة الدراسة الأساسية بدقة، بعد أن واجهنا بعض الصعوبات لإيجادها.

جاءت عينة الدراسة الاستطلاعية متفهمة لغاية هذه المرحلة، وتعاونت معنا للإجابة على الأسئلة.

.تم تبني استبيان "تقبل المرض" لسليمان جريو (2018) .

.تم تبني مقياس "التعافي النفسي" الذي أعدته مريمزيادات (2015).

. تبين بعد تمرير الأداتين على المحكمين أن استبيان "تقبل المرض" ومقياس "التعافي النفسي" بحاجة إلى تعديل وتكييف ليتماشى مع خصائص عينة الدراسة (المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية).

3- الدراسة الأساسية:

3.1. منهج الدراسة الأساسية:

يعتبر المنهج وسيلة أساسية تسهل على الباحث الوصول إلى هدفه، وهو مجموعة من القواعد التي وضعت بهدف الوصول إلى الحقائق العلمية. وتختلف المناهج حسب اختلاف المواضيع، إذ يستوجب على الباحث اختيار المنهج الذي يناسب موضوع بحثه (محمد خليل عباس، 2007، ص7).

نظرا لموضوع الدراسة الحالية المتمثل في "تقبل المرض وعلاقته بالتعافي النفسي لدى مرضى اضطراب الغدة الدرقية"، فإن المنهج المناسب لهذه الدراسة هو المنهج المتكامل (المختلط)، الذي يعد أحد الإستراتيجيات في البحث العلمي التي لاقت اهتماما متزايد في السنوات الأخيرة. وهذه الطريقة هي الأحدث بين الإستراتيجيات أو الطرق في المنهجية، ويمكن تعريفها على أنها: "البحث الذي يقوم من خلاله الباحث بجمع وتحليل البيانات، والعمل على توافق ودمج النتائج والإستخلاصات التي حصل عليها من الطرق أو الأدوات الكمية والنوعية في نفس الدراسة (عبد الرحمن حريري، 1989، ص2). وعليه تم الاعتماد في الدراسة الحالية:

أ. **المنهج الوصفي:** يقوم المنهج الوصفي بتحديد الظروف والعلاقات التي توجد بين الوقائع، وكما يهدف إلى جمع البيانات والمعلومات عن حقائق الأشياء والظواهر الموجودة وإخضاعها للدراسة العلمية (بوحوش، 1995، ص122). وحسب بشير صالح فهو "مجموعة الإجراءات البيئية المتكاملة لوصف الظاهرة، اعتمادا على جمع البيانات و الحقائق وتصنيفها ومعالجتها و تحليلها تحليلًا دقيقًا و كافيا من أجل الوصول إلى نتائج وتعليمات عن الظاهرة المدروسة (نقلا عن: نجلاء مشارة، 2020، ص 56).

ويعرف هذا المنهج أيضا بالمنهج الإحصائي، لأنه يقوم على وصف بيانات حول ظواهر أو غيرها من الخصائص المتعلقة بالمجتمع الذي تقوم عليه الدراسة، كما يضع إجابات للتساؤلات التي يطرحها البحث والتي تبدأ ب "من؟" أو "كيف؟" أو "أين؟" أو غيرها (بوحوش، 1995، ص138).

ب. **المنهج العيادي:** يسمح المنهج العيادي بتناول السيورورات السيكولوجية والتعرف على المواقف والتصرفات للفرد إتجاه وضعيات محددة (المرض مثلا)، حيث يكشف عن الصراعات التي تحركه (شهرزاد نور، 2013، ص278)، حيث يعرفه (لافاش) على أنه " تناول للسيرة الذاتية في منظوره الخاص وكذلك التعرف على مواقف وتصرفات الفرد إتجاه وضعيات

معينة محاولاً بذلك إعطاء معنى للحالة للتعرف على بنيتها وتكوينها كما يكشف الصراعات التي تحركها ومحاولة الفرج حلها" (In: Reuchlin,1992,p113).

وكما يعرفه Rey (اندري ري) (1964) على أنه تقنية منظمة لخدمة المشكلة التي يطرحها الباحث، فالأمر يتعلق بفهم وشرح الحالة والسير النفسي، ويهدف المنهج العيادي حسب (روجي برون) إلى معرفة التوظيف النفسي للفرد قصد بناء معقول للأحداث النفسية، إن يكون الفرد مصدراً لها (perron.1997).

2.3. المعاينة:

1.2.3 مجتمع الدراسة (المجتمع الأصلي):

يقصد مجتمع الدراسة جميع الأفراد أو الأشخاص أو الأشياء أو المشاهدات بموضوع البحث والدراسة، وفي دراستنا الحالية لم نتوصل إلى أرقام إحصائية من وزراء الصحة و المديريات الصحية الخاصة، أو بالأحرى لا يمكن الحصول عليها نظراً لحساسية وصعوبة الوصول إلى المعلومات المتعلقة بموضوع الدراسة، لذلك فإن مجتمع الدراسة لهذه الدراسة غير معروف.

إلا أنه يمكن إعتباره على (70) مصاب باضطراب الغدة الدرقية الموجودين في كل من مستشفى "برج منايل" بولاية بومرداس ومستشفى "بالوة" بولاية تيزي وزو، الذين تم تشخيصهم من طرف المختصين (أطباء الغدد الصماء)، في الفترة التي أجريت فيها الدراسة الحالية، هم مجتمع الدراسة.

حيث (30) منهم هم عينة الدراسة الإستطلاعية، و (40) منهم عينة الدراسة الأساسية.

2.2.3 عينة الدراسة الأساسية:

عينة الدراسة هي مجموعة جزئية من المجتمع الأصلي، تحمل صفات وخصائص هذا المجتمع وتمثله فيما يتعلق بظاهرة موضوع البحث، ويتم إختيار العينة بطريقة معينة ومحددة لضمان تمثيلها الدقيق للمجتمع الأصلي، وفي هذه الدراسة، تمثل عينة الدراسة الأساسية في المرضى المصابين باضطراب الغدة الدرقية، كما سيتم توضيحه فيما يلي:

3.2.3 حجم عينة الدراسة الأساسية:

بلغ حجم عينة الدراسة الأساسية (40) فرداً مصابين باضطراب الغدة الدرقية، ويعود سبب صغر حجم العينة إلى الصعوبات العديدة التي واجهها الباحثين في الوصول إليهم، مثل عدم السماح لهما بإجراء دراسة على الأفراد المصابين باضطراب الغدة الدرقية في كل المستشفيات.

4.2.3. طريقة اختيار عينة الدراسة الأساسية:

تم اختيار عينة الدراسة الأساسية بالطريقة القصدية، والتي تعتبر من طرق المعاينات غير الاحتمالية التي يقصد بها سحب عينة من مجتمع البحث عن طريق انتقاء العناصر المفيدة طبقاً لنسبتهم في هذا المجتمع (رجاء محمود ابو علام، 2006، ص 182).

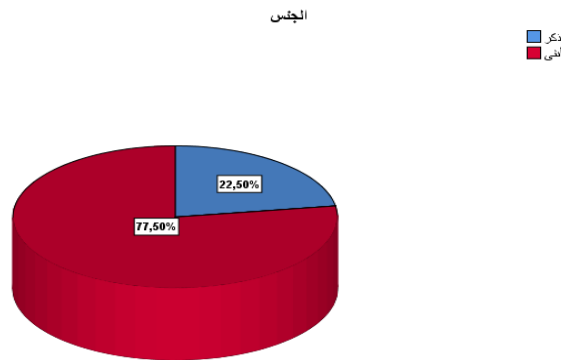
وفي هذه الدراسة، تم إختيار الأفراد المصابين باضطراب الغدة الدرقية بطريقة مقصودة.

5.2.3. خصائص عينة الدراسة الأساسية :

ويمكننا توضيح عينة الدراسة الأساسية فيما يلي:

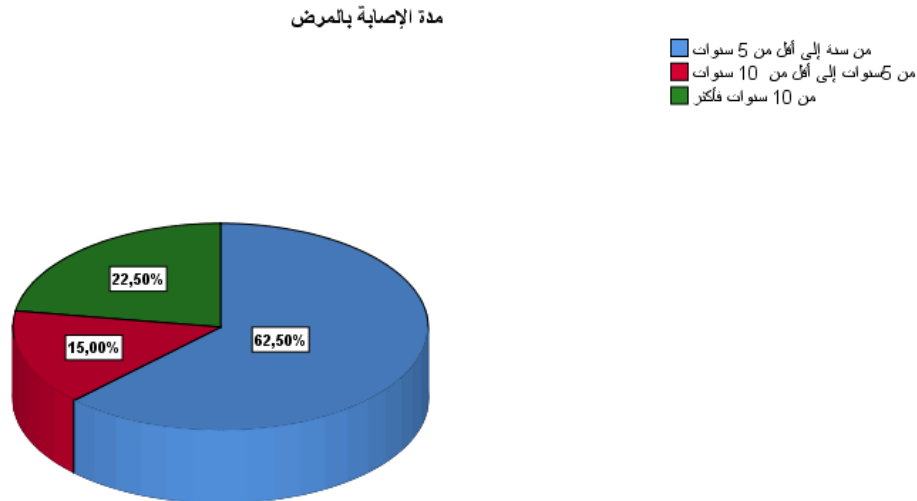
جدول رقم (03): يوضح خصائص أفراد عينة الدراسة الأساسية.

النسب المئوية %	التكرارات	الجنس
77.50%	31	الإناث
23.50%	9	الذكور
62.50%	25	من سنة إلى أقل من 5 سنوات
15.0%	6	من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات
22.50%	9	من 10 سنوات فأكثر



شكل رقم (09): توزيع عينة الدراسة الأساسية وفقاً لمتغير الجنس

نلاحظ من خلال الجدول رقم (03) الشكل رقم (08) أن نسبة أفراد عينة الدراسة الأساسية أكثرها إناث وذلك بنسبة بلغت (77.50%)، في حين أن نسبة الذكور جاءت أقل حيث بلغت (23.50%).



شكل رقم (10) : توزيع عينة الدراسة الأساسية وفقا لمتغير مدة إصابة بالمرض

يتبين من خلال الجدول رقم (05) والشكل رقم (09) أن نسبة (62.50%) من مرضى اضطراب الغدة الدرقية يعانون من المرض لمدة أقل من 5 سنوات، ونسبة (15.00%) للذين تتراوح مدة مرضهم من 10 سنوات، أما الأفراد التي تجاوزت مدة مرضهم 10 سنوات فتبلغ نسبتهم (23.50%).

3.3. زمان ومكان إجراء الدراسة الأساسية:

أ. مجال الزماني:

دامت الدراسة الميدانية لهذه الدراسة الأساسية حوالي (4) أشهر، وذلك من بداية شهر جانفي إلى نهاية شهر أفريل من سنة 2025.

ب. المجال الجغرافي:

تم إجراء الدراسة الحالية في كل من مستشفى "برج منايل" بولاية بومرداس ومستشفى "بالوة" بولاية تيزي وزو.

4.3 أدوات الدراسة الأساسية:

لقد تم الاعتماد في هذه الدراسة على مجموعة من الأدوات البحثية التي تنوعت حسب الأهداف المراد تحقيقها، ومن بين هذه الأدوات التي تم استخدامها مع أفراد عينة الدراسة الأساسية، مايلي:

المقابلة، إستبيان "تقبل المرض" لـ سليمان جريو (2018) الذي تم تكيفه على البيئة الجزائرية، ومقياس التعافي النفسي لمريم الزيادات (2015).

1.4.3. المقابلة:

هي عبارة عن موقف تفاعلي وعلاقة ديناميكية، وتفاعل بين شخصين أو أكثر تتم وفق عرض محدد ولتحقيق أهداف معينة (خالد عبد الرزاق النجار، 2008، ص 75).

ويتم في هذه الدراسة الاعتماد على المقابلة العيادية التي تعرف على أنها: "محادثة تتم وجها لوجه بين العميل والأخصائي النفسي العيادي، وغايتها العمل على حل المشكلات التي يواجهها العميل والمساهمة في تحقيق توافقه، ويتضمن ذلك التشخيص والعلاج، وكما تختلف المقابلة الإكلينيكية عن المحادثة العادية" (لويس كامل مليكه، 1992، ص96).

تم الاعتماد على المقابلة النصف الموجهة، وهي من أهم الوسائل المستخدمة في البحوث النفسية والاجتماعية، ويتكون دليل المقابلة من:

- **المحور الأول :** يتكون من 5 أسئلة حول الحالة النفسية للمريض بالغدة الدرقية.

- **المحور الثاني :** يتكون من 10 أسئلة حول تقبل المرض.

- **المحور الثالث:** يتكون من 9 أسئلة حول حالة التعافي النفسي.

2.4.3. إستبيان "تقبل المرض":

تم الاعتماد في الدراسة الحالية على إستبيان "تقبل المرض" الذي تم بناؤه من طرف سليمان جريو (2018) الذي إستند في بنائه على التراث الأدبي والدراسات التي وجدها حول تقبل المرض، وكذا مجموعة من الاستبيانات المصممة لقياس متغيرات نفسية تعتبر مؤشرات هامة لتقبل المرض كنوعية الحياة التي يحيها المريض ونظرته لذاته ومدى تقبله لها وكذا ما تعلق بالتزامه بالأمور العلاجية، وهذا وفقا لدراسات التي تناولت متغير تقبل المرض.

أولاً: وصف إستبيان "تقبل المرض":

يشمل إستبيان "تقبل المرض" في صورته الأصلية على (47) عبارة موزعة على ثلاثة أبعاد وهي: نوعية الحياة التي يحيها المريض، ونظرته لذاته ومدى تقبله وكذا مدى التزام المريض بالأمور العلاجية.

وقد تمت صياغة عبارات كل محزر علانحو الآتي: 18 عبارة للمحور الأول، و(16) عبارة لكل من المحور الثاني والثالث. كما تم توزيع العبارات الإيجابية والسلبية (25 عبارة موجبة، 25 عبارة سالبة).

لكن تم في الدراسة الحالية إستخدام إستبيان "تقبل المرض" المعدل والمكيف على عينة من المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية (عينة الدراسة الحالية)، المتكون (30) عبارة.

مع العلم أنه تم إستخدام الإستبيان ككل، دون إستخدام محاوره، لأن الدراسة الحالية تهتم بمستوى تقبل المرض ككل.

ثانياً: تصحيح وتفسير إستبيان "تقبل المؤض" :

تم وضع أمام كلعبارة تقدير خماسي (نعم، دائماً، كثيراً، أحياناً، نادراً، لا أبداً)، وأعطيت العبارات الموجبة الدرجات (0.1.2.3.4)، في حين أعطى عكس الميزان السابق للعبارات السالبة، وبذلك تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (0 و120) درجة.

ثالثاً: الشروط السيكومترية إستبيان تقبل المرض في الدراسة الحالية:

أ، الصدق:

• صدق المحكمين :

تم التأكد من صدق إستبيان "تقبل المرض" في الدراسة الحالية بعرضه على (5) من المحكمين المختصين في علم النفس (أساتذة باحثين بجامعة مولج معمرى-تيزي وزو-)، للتأكد من ملائمة الإستبيان لعينة الدراسة الحالية، ومدى صلاحية عباراته في قياس ما وضعت لقياسه، وملائمة صياغة كل عبارة لغويا ووضوحه بالنسبة للمبحوث، وملائمة كل عبارة لمستوى المبحوث، وإضافة العبارات أو تعديلها، أو حذفها، إذا إحتاج الأمر، وهي التي من شأنها أن تجعل الإستبيان أكثر صدقا، وإبداء أية ملاحظات أخرى بشكل عام.

وبعد جمع آراء المحكمين المختصين، فقد تم تعديل بعض عبارات الاستبيان، وتم الإستغناء عن 17 عبارة الذي في الأصل يتكون من 47 عبارة ، أي أصبح يتكون من 30 عبارة.

• صدق الإتساق الداخلي:

تم إستخدام إختبار موثوقية المقياس بإجراء الإتساق الداخلي المقصود به حساب معامل الارتباط بين كل عبارة والدرجة الكلية للإستبيان، وتعتبر كل عبارة ذو موثوقية عندما تكون لها دلالة إحصائية، وقد أثبتت نتائج موثوقية الاتساق الداخلي بأن كل عبارات الإستبيان كان لها دلالة عند مستوى 0.01، ويبين الجدول التالي ذلك:

جدول (04) : قيم معاملات إرتباط العبارات والدرجة الكلية للإستبيان.

رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
1	0.408**	11	0.412**	21	0.583**
2	0.593**	12	0.222**	22	0.624**
3	0.526**	13	0.269**	23	0.597**
4	0.287**	14	0.327**	24	0.676**
5	0.327**	15	0.339**	25	0.654**
6	0.253**	16	0.455**	26	0.579**
7	0.326**	17	0.330**	27	0.554**
8	0.321**	18	0.495**	28	0.378**
9	0.347**	19	0.571**	29	0.502**
10	0.362**	20	0.415**	30	0.493**

دالة عند مستوى الدلالة 0.01

يتضح من الجدول رقم (04) أن جميع عبارات إستبيان "تقبل المرض" كانت دالة عند مستوى 0.01، والذي يؤكد لاتساق الداخلي لإستبيان، وعليه يمكن إستخدام إستبيان "تقبل المرض" بكل إطمئنان.

• ثبات إستبيان "تقبل المرض":

تم إستخدام طريقة التجزئة النصفية وتعتمد هذه الطريقة على تجزئة الإستبيان حيث المطلوب تعيين معامل موثوقيته إلى نصفين متكافئين وذلك بعد تطبيقه على مجموعة واحدة، وقد أعتمد الباحث على إيجاد معامل موثوقية المقياس ككل ومعامل موثوقية كل مجال من مجالاته، وفق طريقة التجزئة النصفية على ثلاث معادلات هي:

-معادلة ألفا كرونباخ: وهي معادلة تعتمد على متوسط معاملات الارتباط بين العبارات، ويطلق عليها معادلة ألفا كرونباخ لاختبار موثوقية أو تجانس المقياس وإتساقه الداخلي.

-معادلة سبيرمان - براون: وفيها يتم التعويض بمعامل الارتباط بين نصفي الإستبيان لنحصل على معامل موثوقية الاختبار ككل، وهي شائعة الاستخدام وبخاصة في اختبارات التحصيل والقدرات تحت ظروف محددة.

-معادلة جتمان: وفي هذه المعادلة يتم حساب تباين درجات النصف الأول وتباين درجات النصف الثاني وتباين درجات الإستبيان ككل، أي أنها تضع في الإعتبار إحتمال إختلاف تباين درجات النصف الأول للإستبيان عن تباين درجات النصف الثاني، وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول (05): قيم معاملات الثبات للإستبيان.

معامل الفا كرونباخ	التجزئة النصفية (سبيرمان براون)
0.873	0.764

يتضح من الجدول رقم (05) أن معاملات الثبات مرتفعة والذي يؤكد ثبات الإستبيان .

3.4.3. مقياس "التعافي النفسي":

للتعرف إلى درجة التعافي النفسي لدى أفراد العينة في الدراسة الحالية أستخدم الباحثين مقياس "التعافي النفسي" الذي أعدته مريم الزيادات (2015) ، ويتكون المقياس من (30)فقرة تعبر عن أربعة أبعاد أساسية، كل بعد يتكون من مجموعة من الفقرات، ويتبع كل فقرة خمسة بدائل (درجة كبيرة جداً، بدرجة كبيرة، بدرجة متوسطة، بدرجة قليلة، بدرجة قليلة جداً) تعبر عن درجة التعافي النفسي، وعلى المبحوث أن يختار من هذه البدائل ما ينطبق عليه، كما هو وارد في الجدول التالي:

جدول رقم (06): توزيع أبعاد المقياس على فقراتها .

الرقم	البعد	الفقرات	العدد
1	الصفات الشخصية	24.23.22.14.13.11.1	7
2	العلاقات مع الآخرين	28.26.25.17.10.6.5.2	8
3	البعد الفلسفي	29.27.199.18.12.9.8.7.3	9
4	البعد الموقفي	30.21.20.16.15.4	6
	المجموع		30

ويتضمن هذا المقياس تقدير الشخص لنفسه بطريقة ذاتية، أي كما يرى نفسه، ويتضمن المقياس (30) فقرة، وقد بنيت الفقرات بالإتجاه الإيجابي، حسب سلم خماسي، وأعطيت الأوزان للفقرات كما هو آت : (درجة كبيرة جداً: خمس درجات، بدرجة كبيرة: أربع درجات، بدرجة متوسطة: ثلاث درجات ، بدرجة قليلة: درجتين، بدرجة قليلة جداً: درجة واحدة).

وللتعرف إلى تقديرات أفراد العينة وتحديد درجة التعافي (التعافي النفسي)، وفق قيمة المتوسط الحسابي، ثم حساب المدى (1-5=1.33)، للحصول على طول الخلية الصحيح وبعد ذلك تم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في المقياس (أو بداية المقياس وهي الواحد الصحيح) وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية، وهكذا أصبح تفسير المقياس كما هو واضح في الجدول التالي:

جدول رقم (07): تفسير درجات مقياس "التعافي النفسي".

الدرجة	المستوى	الرقم
منخفضة	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين 1-2.32	1
متوسطة	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين أكثر من 2.33 و 3.66	2
مرتفعة	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين أكثر من 3.67 و 5	3

■ الشروط السيكومترية لمقياس "التعافي النفسي" في نسخته الأصلية للباحثة مريم الزيادات:

أ. صدق مقياس "التعافي النفسي":

• صدق المحكمين:

تم التأكد من صدق المقياس بصورته الأولية بعرضه على (8) من المحكمين المختصين في الإرشاد النفسي وأيضاً من المهتمين بالبحث العلمي، للتأكد من ملائمة كل فقرة من فقرات المقياس للبعد الذي وضعت فيه، ومدى صلاحية الفقرات في قياس ما وضعت لقياسه، وملائمة صياغة كل فقرة لغوياً ووضوحها بالنسبة للمبحوث، و ملائمة كل فقرة من فقرات المقياس لمستوى المبحوث، وإضافة العبارات، أو تعديلها، أو حذفها، إذا احتاج الأمر، وهي التي من شأنها أن تجعل المقياس أكثر صدقاً، وإبداء أية ملاحظات أخرى بشكل عام، وبعد جمع آراء المحكمين كان هناك بينهم على صلاحية المقياس و مقروئته.

تم التأكد من صدق المقياس بصورته الأولية بعرضه على (8) من المحكمين المختصين في الإرشاد النفسي وأيضاً من المهتمين بالبحث العلمي، للتأكد من ملائمة كل فقرة من فقرات المقياس للبعد الذي وضعت فيه، ومدى صلاحية الفقرات في قياس ما وضعت لقياسه، ملائمة صياغة كل فقرة لغوياً ووضوحها بالنسبة للمبحوث، وملائمة كل فقرة من فقرات المقياس لمستوى المبحوث، وإضافة العبارات أو تعديلها، أو حذفها، إذا احتاج الأمر، وهي التي من شأنها أن تجعل المقياس أكثر صدقاً، وإبداء أية ملاحظات أخرى بشكل عام.

وبعد جمع آراء المحكمين، كان هناك بينهم على صلاحية المقياس ومقروئته، بإستثناء بعض الفقرات التي تم تعديلها بناء على ملاحظاتهم للتناسب مع طبيعة عينة الدراسة.

• صدق البناء:

ومن ناحية أخرى فقد تم التحقق من الصدق بحساب مصفوفة ارتباط فقرات الأداة مع الدرجة الكلية لكل بعد على عينة الدراسة الأصلية، والبالغ عدد أفرادها (351) طالبا وطالبة، وذلك كما هو واضح في الجدول التالي:

جدول رقم (08): معاملات ارتباط (بيرسون) (R) لمصفوفة فقرات التعافي النفسي مع الدرجة الكلية لكل بعد.

العلاقات مع الآخرين			الصفات الشخصية		
الدالة الاحصائية	قيمة ر	الفقرات	الدالة الاحصائية	قيمة ر	الفقرات
0.000	0.601**	1	0.000	0.736**	1
0.000	0.519**	2	0.000	0.694**	2
0.000	0.459**	3	0.000	0.773**	3
0.000	0.689**	4	0.000	0.491**	4
0.000	0.481**	5	0.000	0.745**	5
0.000	0.547**	6	0.000	0.782**	6
0.000	0.696**	7	0.000	0.740**	7
0.000	0.565**	8			
البعد الموقفي			البعد الفلسفي		
الدالة الاحصائية	قيمة ر	الفقرات	الدالة الاحصائية	قيمة ر	الفقرات
0.000	0.728**	1	0.000	0.762**	1
0.000	0.648**	2	0.000	0.483**	2
0.000	0.621**	3	0.000	0.775**	3
0.000	0.768**	4	0.000	0.753**	4
0.000	0.708**	5	0.000	0.690**	5
0.000	0.768**	6	0.000	0.635**	6
			0.000	0.789**	7
			0.000	0.683**	8
			0.000	0.695**	9

يبين الجدول رقم (08) أن جميع قيم معاملات الارتباط للفقرات مع الدرجة الكلية، لكل بعد دالة إحصائية، ما يشير إلى تمتع الأداة بصدق البناء، وأنها تشترك معا في قياس التعافي النفسي.

ب. ثبات مقياس "التعافي النفسي":

للتأكد من ثبات المقياس استخدمت الباحثة طريقتين:

الأولى: طريقة إعادة الاختبار (العينة الاستطلاعية): تم التأكد من ثبات الأداة في الدراسة الحالية من خلال طريقة إعادة الاختبار (Test-Retest)، حيث قامت الباحثة بتطبيق الأداة على عينة من مجتمع الدراسة، تكونت من (14) طالبا و طالبة من طلبة مدارس البلدة القديمة في الخليل خارج نطاق مدرستي طارق بن زياد وعبد العزيز أبو سنية، ومن ثم أعاد الباحث تطبيق الأداة على العينة نفسها، وذلك بعد مرور "أسبوعين"، وبلغ معامل الارتباط بين نتائج الدراسة الاستطلاعية الأولى و نتائج الدراسة الاستطلاعية الثانية (0.513**) عند مستوى دلالة (0.000).

الثانية: طريقة كرونباخ ألفا: قامت الباحثة بحساب ثبات الإتساق الداخلي لمقياس "التعافي النفسي" على الدرجة الكلية وجميع الأبعاد المكونة له، حيث تم حساب الثبات لأداة الدراسة بأبعادها المختلفة بطريقة الإتساق الداخلي، بحساب معادلة الثبات كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha)، وقد جاءت النتائج كما هي واضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (09): نتائج معامل ثبات كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha) لأداة الدراسة بأبعادها المختلفة.

الرقم	القيمة	عدد الفقرات	قيمة ألفا
البعد الأول	الصفات الشخصية	7	0.803
البعد الثاني	العلاقات مع الآخرين	8	0.783
البعد الثالث	البعد الفلسفي	9	0.870
البعد الرابع	البعد الموقفي	6	0.796
الدرجة الكلية التعافي النفسي		30	0.937

تشير المعطيات الواردة في الجدول رقم (09) إلى أن أداة الدراسة بأبعادها المختلفة تتمتع بدرجة عالية من الثبات، حيث تراوحت درجات الثبات بين (78%) وبين (87%)، معبرة عن درجة بين جيدة وجيدة جدا من الثبات. بينما بلغت الدرجة الكلية (94%) معبرة عن درجة ممتازة.

الشروط السكومترية لمقياس "التعافي النفسي" في الدراسة الحالية:

أ. الصدق:

• صدق المحكمين:

تم التأكد من صدق مقياس "التعافي النفسي" في الدراسة الحالية بعرضه على (05) من المحكمين المختصين في علم النفس (أساتذة باحثين بجامعة مولود معمري-تيزي وزو-)، للتأكد من ملائمة المقياس للعينة الدراسة الحالية، ومدى صلاحية فقراته في قياس ما وضعت لقياسه، وملائمة صياغة كل فقرة لغويا ووضوحها بالنسبة للمبحوث، وملائمة كلفرة لمستوى المبحوث، وإضافة الفقرات أو تعديلها، أو حذفها، إذا احتاج الأمر، وهي التي من شأنها أن تجعله أكثر صدقا، وإبداء أية ملاحظات أخرى بشكل عام.

وبعد جمع آراء المحكمين المختصين، فقد تم قبول المقياس كما هو، إلا أن المحكمين طلبوا إعادة حساب صدقه وثباته، ليلائم عينة الدراسة الحالية.

• صدق الإتساق الداخلي:

تم إستخداما لإختبار موثوقية المقياس بحساب الإتساق الداخلي المقصود به معامل الارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس، وتعتبر كلفرة ذو موثوقية عندما تكون لها دلالة إحصائية، وقد أثبتت نتائج موثوقية الاتساق الداخلي بأن كل بنود المقياس كان لها دلالة عند مستوى 0,01، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (10): قيم معاملات ارتباط الفقرات والدرجة الكلية للمقياس.

رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط
1	0.339**	11	0.306**	21	0.362**
2	0.450**	12	0.497**	22	0.546**
3	0.374**	13	0.496**	23	0.592**
4	0.390**	14	0.482**	24	0.434**
5	0.530**	15	0.382**	25	0.319**
6	0.466**	16	0.553**	26	0.383**
7	0.236**	17	0.309**	27	0.533**
8	0.500**	18	0.464**	28	0.689**

0.529**	29	0.293**	19	0.436**	9
0.572**	30	0.335**	20	0.505**	10

دالة عند مستوى الدلالة 0.01

يتضح من الجدول رقم (10) أن جميع فقرات المقياس كانت دالة عند مستوى 0.01، والذي يؤكد لاتساق الداخلي للمقياس.

ب. ثبات مقياس "التعافي النفسي"

تم حساب قيمة الثبات للمقياس باستخدام طريقة ألفا كرونباخ ، وطريقة التجزئة النصفية ، والجدول التالي يوضح هذه المعاملات:

جدول رقم (11): قيم معاملات الثبات لمقياس "التعافي النفسي" في الدراسة الحالية.

معامل ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية ((سبيرمان براون))
0.861	0.804

يتضح من الجدول رقم (11) أن معاملات الثبات مرتفعة والذي يؤكد ثبات المقياس.

وعليه تبين مما سبق أن إستبيان "تقبل المرض" ومقياس "التعافي النفسي" إمتازا بصدق وثبات عاليين، إذا هما مناسبين لإستخدامهما في الدراسة الحالية.

4.3. كيفية إجراء الدراسة الأساسية:

لقد أجريت الدراسة الأساسية كما يلي:

تمت الدراسة في مستشفين هي: مستشفى "برج منايل بولاية بومرداس" ومستشفى "بالوة بولاية تيزي وزو" في ظروف عادية.

أخذ الباحثين رخصة الدخول إلى المستشفيات، فاتجهوا أولا إلى مستشفى برج منايل "ولاية بومرداس" ثم إلى مستشفى "بالوة" بولاية "تيزي وزو"، حيث تم استقباليهما وتحصلا على موافقة إجراء الدراسة الأساسية في مؤسساتهم، كما تم تقديمها للمختصين النفسيين العياديين والأطباء، تم الإتفاق معهم على مواعيد إجراء الدراسة.

وبعد ذلك قضا الباحثين فترة لإستخراج قائمة المرضى الذين شخضوا بإضطراب الغدة الدرقية، وذلك بفضل مساعدة المختصين النفسيين، فتم إيجاد في هذه المؤسسات (70) مصاب بإضطراب الغدة الدرقية، حيث (30) منهم هم أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية و(40) هم أفراد الدراسة الأساسية.

وبعد ذلك تم زيارة المؤسسات المذكورة لمرات متكررة لتطبيق أدوات الدراسة المتمثلة في: إستبيان "تقبل المرض" و مقياس "التعافي النفسي"، ودائما بمساعدة المختصين النفسيين العياديين.

وتم إجراء مقابلات عيادية بصفة فردية مع (04) مرضى مصابين بإضطراب الغدة الدرقية في مكاتب الأخصائيين النفسيين بالمستشفيات السابقة الذكر.

5.3. الأساليب الإحصائية المستعملة:

- بعد جمع البيانات تم فرزها وتفرغها في برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS20) قصد معالجتها إحصائياً باستعمال العديد من الإجراءات الإحصائية الشائعة، والتي تتيح للباحثين تحليل بياناتها، وهي:
- اختبار "كولموكروف - سميرنوف" للتحقق من خاصية التوزيع الطبيعي لبيانات الدراسة الأساسية.
 - المتوسط الحسابي.
 - الانحراف المعياري.
 - اختبار "T" لعينة واحدة، للتحقق من دلالة الفرق بين المتوسط الحسابي الفرضي والمتوسط الحسابي لعينة الدراسة الأساسية في متغير قبل المرض ومتغير التعافي النفسي.
 - معامل الارتباط (بيرسون) (R) بين درجات قبل المرض ودرجات التعافي النفسي.
 - اختبار (T) لدراسة الفروق في عينتين مستقلتين (المرضى والمريضات المصابين بإضطراب الغدة الدرقية) في درجات متغير قبل المرض ومتغير التعافي النفسي.
 - اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لدراسة الفروق في عينتين مستقلتين.

الفصل الخامس

عرض ومناقشة النتائج

الفصل الخامس : عرض ومناقشة النتائج

1. عرض نتائج الدراسة
 - 1.1. عرض نتائج الفرضية الأولى
 - 2.1. عرض نتائج الفرضية الثانية
 - 3.1. عرض نتائج الفرضية الثالثة
 - 4.1. عرض نتائج الفرضية الرابعة
 - 5.1. عرض نتائج الفرضية الخامسة
2. تفسير نتائج الدراسة
 - 1.2. مناقشة نتائج الفرضية الأولى
 - 2.2. مناقشة نتائج الفرضية الثانية
 - 3.2. مناقشة نتائج الفرضية الثالثة
 - 4.2. مناقشة نتائج الفرضية الرابعة
 - 5.2. مناقشة نتائج الفرضية الخامسة
3. عرض وتحليل نتائج الحالات
 - 1.3. تقديم الحالة الأولى
 - 1.1.3. عرض وتحليل مضمون المقابلة
 - 2.1.3. عرض وتحليل نتائج إستبيان تقبل المرض
 - 3.1.3. عرض وتحليل نتائج مقياس التعافي النفسي
 - 4.1.3. خلاصة الحالة
 - 2.3. تقديم الحالة الثانية
 - 1.2.3. عرض وتحليل مضمون المقابلة
 - 2.2.3. عرض وتحليل نتائج إستبيان تقبل المرض
 - 3.2.3. عرض وتحليل نتائج مقياس التعافي النفسي
 - 4.2.3. خلاصة الحالة
 - 3.3. تقديم الحالة الثالثة
 - 1.3.3. عرض وتحليل مضمون المقابلة
 - 2.3.3. عرض وتحليل نتائج إستبيان تقبل المرض
 - 3.3.3. عرض وتحليل نتائج مقياس التعافي النفسي

4.3.3. خلاصة الحالة

4.3. تقديم الحالة الرابعة

1.4.3. عرض وتحليل مضمون المقابلة

2.4.3. عرض وتحليل نتائج إستبيان تقبل المرض

3.4.3. عرض وتحليل نتائج مقياس التعافي النفسي

4.4.3. خلاصة الحالة

4. خلاصة عامة للأربع حالات

1. عرض ومناقشة النتائج:

1. عرض النتائج:

قبل إختبار فرضيات الدراسة قامت الباحثة من التحقق من خصائص البيانات والمتمثلة بـ " خاصية التوزيع الطبيعي (Normal Distribution) " من خلال تطبيق إختبار "كولموكروف -سميرنوف"، الموضح في الجدول التالي:

الجدول رقم(12): نتائج إختبار "كولموكروف -سميرنوف" للتحقق من خاصية التوزيع الطبيعي لبيانات الدراسة الأساسية.

القرار	قيمة الدلالة المحسوبة (Sig)	إختبار "كولموكروف - سميرنوف"	العينة	متغيرات الدراسة الأساسية
يخضع للتوزيع الطبيعي	0.200	0.083	40	تقبل المرض
يخضع للتوزيع الطبيعي	0.200	0.084	40	التعافي النفسي

يتبين من النتائج الواردة في الجدول (12) أن بيانات متغيرين الدراسة الأساسية المتمثلة في: متغير تقبل المرض والتعافي النفسي تخضع للتوزيع الطبيعي (Normal Distribution) وما يدعم ذلك أن قيمتا الدلالة الإحصائية (Sig) لإختبار كولموكروف -سميرنوف (Sig) لهذان المتغيران تساوي على التوالي: (0.200=Sig، 0.200=Sig) أكبر من مستوى الدلالة المعتمدة لدينا ($\alpha=0.05$).

وهذا يعني أن بيانات متغيرات الدراسة الأساسية المتمثلة في: متغير تقبل المرض ومتغير التعافي النفسي تخضع للتوزيع الطبيعي، وعليه يمكن تطبيق لإختبار فرضيات الخاصة بهذان المتغيران إختبارات الدلالة الإحصائية المعملية (بارمترية): إختبار الإنحدار البسيط وإختبار "T" لدراسة الفروق في عينة واحدة وفي عينتين مستقلتين، وأيضا إختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لدراسة الفروق في عينتين مستقلتين.

1.1. عرض النتائج:

1.1.1. عرض نتائج الفرضية الأولى:

تنص هذه الفرضية على ما يلي:

"مستوى تقبل المرض لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية منخفض".

الفرضية الصفرية: " مستوى تقبل المرض لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية ليس منخفضا".

فرضية البحث: "مستوى تقبل المرض لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية منخفض".

تم إختبار الفرضية الثانية بما يلي:

- استخدام إختبار "T" لعينة واحدة، للتحقق من دلالة الفرق بين المتوسط الحسابي الفرضي والمتوسط الحسابي لعينة الدراسة الأساسية في متغير تقبل المرض.
- مع العلم أنه تم حساب المتوسط الحسابي الفرضي من خلال ضرب متوسط بدائل إستبيان تقبل المرض في عدد عباراته: $60 = 30 \times 2$ ، بمعنى تبلغ قيمة المتوسط الحسابي الفرضي (60).

الجدول رقم (13) : نتائج اختبار "T" لعينة واحدة لدلالة مستوى تقبل المرض لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية.

المستوى	حجم الأثر "D"	الدلالة	مستوى الدلالة	قيمة الدلالة المحسوبة "Sig"	قيمة "T"	درجة الحرية	الفرق بين المتوسطين	المتوسط الحسابي الفرضي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العينة	المعطيات الإحصائية المتغير
مرتفع (أثر كبير)	0.802	دالة	0.05	0.000	5.071	39	7.125	60	11.069	67.13	40	تقبل المرض

يتبين من الجدول رقم (13) أن قيمة المتوسط الحسابي الفرضي (الذي تم حسابه سابقا) قدرت بـ $(60=X^-)$ ، بينما قدرت قيمة المتوسط الحسابي لعينة الدراسة الأساسية بـ $(67.13=X^-)$ ، أي بفرق قدر بـ (7.125)، فبمراجعة الدلالة الإحصائية لهذا الفرق نجد أنه دال لأن قيمة $T(5.071)$ جاءت دالة إحصائية؛ لأن قيمة الدلالة المحسوبة (Sig) تساوي $(0.000=Sig)$ أصغر من مستوى الدلالة المعتمدة لدينا $(\alpha=0.05)$.

وعليه توجد فروق دالة إحصائية بين المتوسط الحسابي الفرضي والمتوسط الحسابي في متغير تقبل المرض لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية، لأن المتوسط الحسابي أكبر من المتوسط الفرضي.

وهذا يعني أن مستوى تقبل المرض لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية منخفض.

بمعنى أن المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية لا يتقبلون مرضهم.

وعليه تحققت الفرضية الثانية، بمعنى نرفض الفرضية الصفرية ونقبل فرضية البحث.

2.1.1. عرض نتائج الفرضية الثانية:

تنص هذه الفرضية على ما يلي:

" مستوى التعافي النفسي لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية منخفض".

الفرضية الصفرية: " مستوى التعافي النفسي لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية ليس منخفضاً".

فرضية البحث: "مستوى التعافي النفسي لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية منخفض".

تم اختبار الفرضية الأولى باستخدام اختبار "T" لعينة واحدة، للتحقق من دلالة الفرق بين المتوسط الحسابي الفرضي والمتوسط الحسابي لعينة الدراسة الأساسية في متغير التعافي النفسي.

مع العلم أنه تم حساب المتوسط الحسابي الفرضي من خلال ضرب متوسط بدائي مقياس التعافي النفسي في عدد عباراته: $90 = 30 \times 3$ ، بمعنى تبلغ قيمة المتوسط الحسابي الفرضي (90).

الجدول رقم (14) : نتائج اختبار "T" لعينة واحدة لدلالة مستوى التعافي النفسي لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية.

المعطيات الإحصائية المتغير	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي الفرضي	الفرق بين المتوسطين	الدرجة الحرية	قيمة "T"	قيمة الدلالة المحسوبة " Sig"	مستوى الدلالة	الدلالة
التعافي النفسي	40	112.73	15.243	90	22.725	39	9.429	0.000	0.05	دالة

يتبين من الجدول رقم (14) أن قيمة المتوسط الحسابي الفرضي (الذي تم حسابه سابقاً) قدرت بـ $(90 = X^-)$ ، بينما قدرت قيمة المتوسط الحسابي لعينة الدراسة الأساسية بـ $(112.73 = X^-)$ ، أي بفرق قدر بـ (22.725)، فبمراجعة الدلالة الإحصائية لهذا الفرق نجد أنه دال لأن قيمة $T(9.429)$ جاءت دالة إحصائية؛ لأن قيمة الدلالة المحسوبة (Sig) تساوي $(0.000 = Sig)$ أصغر من مستوى الدلالة المعتمدة لدينا $(\alpha = 0.05)$.

وعليه توجد فروق دالة إحصائية بين المتوسط الحسابي الفرضي والمتوسط الحسابي في متغير التعافي النفسي لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية، لأن المتوسط الحسابي أكبر من المتوسط الفرضي.

وهذا يعني أن مستوى التعافي النفسي لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية منخفض.

بمعنى أن المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية يعانون من عدم التعافي النفسي.

وعليه تحققت الفرضية الثانية، بمعنى نرفض الفرضية الصفرية ونقبل فرضية البحث.

3.1.1. عرض نتائج الفرضية الثالثة:

تنص هذه الفرضية على:

"توجد علاقة بين تقبل المرض والتعافي النفسي لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية".

الفرضية الصفرية: "لا توجد علاقة بين التعافي النفسي وتقبل المرض لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية".

فرضية البحث: "توجد علاقة بين تقبل المرض والتعافي النفسي لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية".

الجدول رقم (15): قيمة معامل الارتباط بيرسون (R) بين درجات تقبل المرض ودرجات التعافي النفسي لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية.

البيانات الإحصائية	العينة	قيمة "ر"	قيمة الدلالة الإحصائية لـ "ر" (قيمة الدلالة المحسوبة sig)	مستوى الدلالة المعتمد	الدلالة
المتغيرات التعافي النفسي تقبل المرض	40	0.155	0.341	0.01	غير دالة

يلاحظ من الجدول رقم (15) أن قيمة معامل الارتباط بيرسون (R) بين درجات تقبل المرض ودرجات التعافي النفسي لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية قدرته (R=0.155) جاءت غير دالة إحصائياً؛ لأنَّ قيمة الدلالة المحسوبة لـ "ر" تساوي (sig=0.341)، وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا ($\alpha=0.01$).

وهذا يعني أنه لا توجد علاقة بين تقبل المرض والتعافي النفسي لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية.

وعليه لم تتحقق الفرضية الثالثة، بمعنى نقبل الفرضية الصفرية ونرفض فرضية البحث.

4.1.1. عرض نتائج الفرضية الرابعة:

تنص هذه الفرضية على:

" توجد فروق بين المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية في تقبل المرض، تعزى للمتغيرات التالية: الجنس ومدة الإصابة بالمرض (من سنة إلى أقل من 5 سنوات، من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات، من 10 سنوات فأكثر)."

الفرضية الصفرية: " لا توجد فروق بين المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية في تقبل المرض، تعزى للمتغيرات التالية: الجنس، تعزى للمتغيرات التالية: الجنس ومدة الإصابة بالمرض (من سنة إلى أقل من 5 سنوات، من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات، من 10 سنوات فأكثر)."

فرضية البحث: " توجد فروق بين توجد فروق بين المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية في تقبل المرض، تعزى للمتغيرات التالية: الجنس، تعزى للمتغيرات التالية: الجنس ومدة الإصابة بالمرض (من سنة إلى أقل من 5 سنوات، من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات، من 10 سنوات فأكثر)."

أولاً: بالنسبة لمتغير الجنس:

تم استخدام لإختبار هذه الفرضية إختبار (T) لدلالة الإحصائية، لأن هذا الإختبار معلمي (بارمترائي) لدراسة الفروق في عينتين مستقلتين (المرضى والمريضات المصابين بإضطراب الغدة الدرقية) في درجات متغير تقبل المرض لأن بياناته تخضع للتوزيع الطبيعي، ومن جهة أخرى لأن متغير الجنس يتكون من فئتين (ذكر وأنثى).

الجدول رقم (16): نتائج إختبار "T" للفروق بين الجنسين (المرضى والمريضات المصابين بإضطراب الغدة الدرقية) في تقبل المرض.

البيانات الإحصائية	المتغيرات	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الفرق بين المتوسطين	قيمة "T"	قيمة الدلالة المحسوبة "Sig"	مستوى الدلالة المعتمد	الدلالة
تقبل المرض	ذكور	09	67.78	9.404	0.842	0.198	0.844	0.05	غير دالة
	إناث	31	66.94	11.642					

يتبين من الجدول رقم (16) قدرت قيمة المتوسط الحسابي للذكور (المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية) فيقبل المرض بـ ($67.78 = \bar{X}$)، بينما قدرت قيمة المتوسط الحسابي للإناث (المريضات المصابات بإضطراب الغدة الدرقية) في تقبل المرض بـ ($66.94 = \bar{X}$)، أي بفرق جاءت قيمته (0.842)، فبمراجعة الدلالة الإحصائية لهذا الفرق نجد أنه غير دال لأن قيمة T ($0.198 = T$) جاءت غير دالة إحصائياً؛ لأن قيمة الدلالة المحسوبة Sig تساوي ($0.844 = \text{Sig}$) أكبر من مستوى الدلالة المعتمدة لدينا ($\alpha = 0.05$).

وهذا يعني أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين الجنسين (المرضى والمريضات المصابين بإضطراب الغدة الدرقية)، فيقبل المرض.

وعليه قد يكون لكلا الجنسين (المرضى والمريضات المصابين بإضطراب الغدة الدرقية) تقبل لمرضهم، أو العكس.

ثانيا: بالنسبة لمتغير مدة الإصابة بالمرض:

تم استخدام بالنسبة للتعافي النفسي اختبار الدلالة الإحصائية المعلمية (بارمترية) وهو اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لدراسة الفروق في عينتين مستقلتين، لأنه من جهة بياناته تخضع للتوزيع الطبيعي، ومن جهة أخرى بالنسبة لمتغير مدة الإصابة بالمرض (من سنة إلى أقل من 5 سنوات، من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات، من 10 سنوات فأكثر)، فلا يمكن تطبيق اختبار "T" للفروق لأن هذا المتغير يتكون من أكثر من فئتين.

الجدول رقم (17): نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لدرجات تقبل المرض ومتغير مدة الإصابة بالمرض (من سنة إلى أقل من 5 سنوات، من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات، من 10 سنوات فأكثر) لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية.

المعطيات الإحصائية المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	قيمة الدلالة "ف" Sig	مستوى الدلالة	الدلالة
مدة الإصابة بالمرض:	بين المجموعات	934.502	2	467.251				
- من سنة إلى أقل من 5 سنوات	داخل المجموعات	3843.873	37	103.888	4.498	0.018	0.05	دالة
- من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات	المجموع	4778.375	39					
من 10 سنوات فأكثر								

يتبين من الجدول رقم (17) أن قيمة "ف" قدرت بـ (4.498=ف)، جاءت دالة إحصائية لأن قيمة الدلالة المحسوبة تساوي "Sig" (0.018=Sig)، أصغر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا ($\alpha=0.05$)؛ وهذا يعني أنه توجد فروق في تقبل المرض، حسب متغير مدة الإصابة بالمرض (من سنة إلى أقل من 5 سنوات، من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات، من 10 سنوات فأكثر) لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية.

ولمعرفة لصالح من تكون الفروق، تم مقارنة قيم الفروق بين المتوسطات بقيمة الفرق الحرج المحسوب بأسلوب "LSD" للمقارنات البعدية بين المتوسطات، وبينت النتائج أن هناك فروق بين المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية من 10 سنوات فأكثر والمرضى الذين أصيبوا بإضطراب الغدة الدرقية من سنة إلى أقل من 5 سنوات، لأن قيمة الدلالة المحسوبة (Sig) قدرت بـ (0.007=Sig) أصغر من مستوى الدلالة المعتمدة لدينا ($\alpha=0.05$) (أنظر الملحق رقم ()).

وجاءت النتائج لصالح المرضى الذين أصيبوا بإضطراب الغدة الدرقية من سنة إلى أقل من 5 سنوات، لأن المتوسط حسابي لهذه الفئة والذي قدر بـ ($X^- = 70.72$) أكبر من المتوسط حسابي للمرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية من 10 سنوات فأكثر والذي قدر بـ ($X^- = 59.33$).

بمعنى أن المرضى الذين أصيبوا بإضطراب الغدة الدرقية من سنة إلى أقل من 5 سنوات أكثر تقبل للمرض (إضطراب الغدة الدرقية) من المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية من 10 سنوات فأكثر. وعليه تحققت الفرضية الرابعة فقط فيما يخص متغير مدة الإصابة بالمرض.

5.1.1. عرض نتائج الفرضية الخامسة:

تنص هذه الفرضية على:

" توجد فروق بين المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية في التعافي النفسي، تعزى للمتغيرات التالية: الجنس ومدة الإصابة بالمرض (من سنة إلى أقل من 5 سنوات، من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات، من 10 سنوات فأكثر)".

الفرضية الصفرية: "لا توجد فروق بين المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية في التعافي النفسي، تعزى للمتغيرات التالية: الجنس، تعزى للمتغيرات التالية: الجنس ومدة الإصابة بالمرض (من سنة إلى أقل من 5 سنوات، من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات، من 10 سنوات فأكثر)".

فرضية البحث: "توجد فروق بين توجد فروق بين المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية في التعافي النفسي، تعزى للمتغيرات التالية: الجنس، تعزى للمتغيرات التالية: الجنس ومدة الإصابة بالمرض (من سنة إلى أقل من 5 سنوات، من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات، من 10 سنوات فأكثر)".

أولاً: بالنسبة لمتغير الجنس:

تم استخدام إختبار هذه الفرضية إختبار (T) لدلالة الإحصائية، لأن هذا الإختبار معلمي (بارمترائي) لدراسة الفروق في عينتين مستقلتين (المرضى والمريضات المصابين بإضطراب الغدة الدرقية) في درجات متغير التعافي النفسي لأن بياناته تخضع للتوزيع الطبيعي، ومن جهة أخرى لأن متغير الجنس يتكون من فئتين (ذكر وأنثى).

الجدول رقم (18): نتائج إختبار "T للفروق بين الجنسين (المرضى والمريضات المصابين بإضطراب الغدة الدرقية) في التعافي النفسي.

البيانات الإحصائية المتغيرات	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الفرق بين المتوسطين	قيمة "T"	قيمة الدلالة المحسوبة "Sig"	مستوى الدلالة المعتمد	الدلالة
التعافي النفسي	ذكور	116.00	14.292	4.226	0.765	0.457	0.05	غير دالة
	إناث	111.77	15.603					
الجنس								

يتبين من الجدول رقم (18) قدرت قيمة المتوسط الحسابي للذكور (المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية) في التعافي النفسي بـ ($X=116.00$)، بينما قدرت قيمة المتوسط الحسابي للإناث (المريضات المصابات بإضطراب الغدة الدرقية) في التعافي النفسي بـ ($X=111.77$)، أي بفرق جاءت قيمته (4.226)، فمراجعة الدلالة الإحصائية لهذا الفرق نجد أنه غير دال لأن قيمة $T(0.765 = T)$ جاءت غير دالة إحصائياً؛ لأن قيمة الدلالة المحسوبة Sig تساوي ($Sig=0.457$) أكبر من مستوى الدلالة المعتمدة لدينا ($\alpha=0.05$).

وهذا يعني أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين الجنسين (المرضى والمريضات المصابين بإضطراب الغدة الدرقية)، في التعافي النفسي.

وعليه قد يكون لكلا الجنسين (المرضى والمريضات المصابين بإضطراب الغدة الدرقية) تعافي نفسي، أو العكس.

ثانياً: بالنسبة لمتغير مدة الإصابة بالمرض:

تم استخدام بالنسبة للتعافي النفسي اختبار الدلالة الإحصائية المعلمية (بارمترية) وهو اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لدراسة الفروق في عينتين مستقلتين، لأنه من جهة بياناته تخضع للتوزيع الطبيعي، ومن جهة أخرى بالنسبة لمتغير مدة الإصابة بالمرض (من سنة إلى أقل من 5 سنوات، من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات، من 10 سنوات فأكثر)، فلا يمكن تطبيق اختبار "T" للفروق لأن هذا المتغير يتكون من أكثر من فئتين.

الجدول رقم (19): نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لدرجات التعافي النفسي ومتغير مدة الإصابة بالمرض (من سنة إلى أقل من 5 سنوات، من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات، من 10 سنوات فأكثر) لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية.

المعطيات الإحصائية المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	قيمة الدلالة المحسوبة "Sig"	مستوى الدلالة	الدلالة
مدة الإصابة بالمرض: - من سنة إلى أقل من 5 سنوات - من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات - من 10 سنوات فأكثر	بين المجموعات	124.226	2	63.113	0.257	0.775	0.05	غير دالة
	داخل المجموعات	8937.749	37	241.561				
	المجموع	9061.975	39					

يتبين من الجدول رقم (19) أن قيمة "ف" قدرت بـ (ف=0.257)، جاءت غير دالة إحصائياً لأن قيمة الدلالة المحسوبة تساوي "Sig" (0.775=Sig)، أكبر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا ($\alpha=0.05$)؛ وهذا يعني أنه لا توجد فروق في التعافي النفسي، حسب متغير مدة الإصابة بالمرض (من سنة إلى أقل من 5 سنوات، من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات، من 10 سنوات فأكثر) لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية.

وعليه لم تتحقق الفرضية الخامسة، بمعنى نقبل الفرضية الصفرية ونرفض فرضية البحث.

2.1. مناقشة نتائج الفرضيات:

1.2.1. مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

تبين إنطلاقاً من النتائج المتحصل عليها من خلال المعالجة الإحصائية للفرضية الأولى التي مفادها: "مستوى تقبل المرض لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية منخفض"، أنها تحققت.

وهذا يعني أنه توجد فروق دالة إحصائية بين المتوسط الحسابي الفرضي والمتوسط الحسابي في متغير تقبل المرض لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية، لأن المتوسط الحسابي أكبر من المتوسط الفرضي.

وعليه فمستوى تقبل المرض لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية منخفض. بمعنى أن المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية لا يتقبلون مرضهم.

وهذا يعكس وجود صراعات نفسية داخلية مرتبطة بتقبل المرض، يمكن تفسيرها من خلال عدة عوامل أولها طبيعة مرض الغدة الدرقية ذاته، الذي غالباً ما تكون أعراضه مزمنة وغير مستقرة (تعب، تغيرات مزاجية، تغير في الوزن، خمول أو فرط نشاط)، ما يجعل المريض في حالة دائمة في الشك والقلق، فيشعر أن المرض يتحكم في حياته اليومية، مما قد يؤدي إلى رفض داخلي أو مقاومة لا إرادية للوضع الصحي.

وأيضاً يمكن إرجاع هذه النتيجة إلى أن تقبل المرض لا يعتمد فقط على المعلومات الطبية بل يرتبط بالقدرة على إعادة بناء الذات، وتقدير الجسد رغم التغيرات، وهي قدرات غالباً ما تضعف لدى المرضى الذين يعانون من أعراض مرئية أو تؤثر على المظهر الخارجي مثل تضخم الرقبة أو زيادة الوزن المفاجئة.

كما يمكن النظر إلى هذه النتيجة من زاوية البيئة الاجتماعية والثقافية، حيث غالباً ما يواجه مرضى الغدة الدرقية في مجتمعاتنا نوعاً من الوصم غير المباشر، خاصة النساء، ما يعمق شعورهم بالخجل أو النقص، ويعطل بالتالي عملية

تقبلهم لحقيقة المرض، فحسب دراسة عائشة سرار (2014)، فإن نقص الدعم الاجتماعي حول المرض من طرف المحيط، يعيق بناء رؤية متوازنة له، ويزيد من المشاعر السلبية نحوه.

وما قد يزيد من حدة هذا الانخفاض في التقبل هو إفتقار البيئة العلاجية في الجزائر لتدخلات نفسية مرافقة، إذ غالبا ما يتم التركيز فقط على العلاج الجسدي دون الاعتراف بأهمية الحالة النفسية في تعزيز القبول والتكيف، وهذا ما أكدته Dreher (دريهر) (2017) التي ترى أن تعزيز التقبل يبدأ أولا من إشراك وضعه، بدل الإقتصار على وصف دواء دون إستماع أو مرافقة (محمد الشريف 2019).

وقد دعمت العديد من الدراسات هذا النتيجة، منها دراسة Nowicki (نوفيتسكي) وآخرون (2016) إلى أن المصابين بإضطرابات الغدة الدرقية يعانون من تدهور في المزاج العام وانخفاض في الإحساس بالسيطرة على الذات، وهما عاملان أساسيان في ضعف التقبل. كما أوضحت (Stuifbergen et al, 2008)

وكذلك دراسة عائشة سرار (2022) التي توصلت إلى أن مستوى تقبل المرض منخفض لدى المرضى، وهذا راجع إلى الإنفعالات العاطفية (عائشة سرار 2022).

كما نجد دراسة الشامسي (2017) التي هدفت إلى الكشف عن مستوى تقبل المرض والتوافق النفسي لدى مرضى إضطرابات الغدة الدرقية، ووجدت أن المرضى يعانون من مستويات متوسطة إلى منخفضة من تقبل المرض خصوصا في الحالات المزمنة، كما وجدت تأثيرا واضحا للعوامل النفسية مثل القلق والإكتئاب (Keupas et al 2013).

كما جاءت دراسات أخرى تخالف نتيجة الفرضية الأولى، والتي منها: دراسة الحجار وأبو إسحاق (2006) التي تناولت مستوى التوافق و الإلتزام الديني عينة من (60) مريضة مصابة بسرطان الثدي كان تقبل المرض مرتفع (فاطمة براهيمية 2022).

وفي الأخير، ويمكن القول إن إنخفاض مستوى تقبل المرض في هذه العينة قد يعود حسب الدراسة الإستطلاعية إلى تداخل عدة عوامل: طبيعة المرض، الأعراض المزعجة، غياب الوعي النفسي، ضعف الدعم الاجتماعي، ونقص التكفل الشامل، مما يستدعي ضرورة إدراج برامج توعية نفسية، ومرافقة علاجية شاملة تساعد المريض على إدراك مرضه والتصالح معه تدريجيا.

2.2.1. مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

أسفرت نتائج المتعلقة بالفرضية الثانية والتي تنص على أن "مستوى التعافي النفسي لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية منخفض"، أن هذه الفرضية تحققت.

وعليه توجد فروق دالة إحصائية بين المتوسط الحسابي الفرضي والمتوسط الحسابي في متغير التعافي النفسي لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية، لأن المتوسط الحسابي أكبر من المتوسط الفرضي.

وهذا يعني أن مستوى التعافي النفسي لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية منخفض.

بمعنى أن المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية يعانون من عدم التعافي النفسي.

وقد تعكس هذه النتيجة أن هؤلاء الأفراد يعانون من صعوبة في الوصول إلى حالة من التوازن الإستقرار النفسي بعد التشخيص أو خلال المسار العلاجي. وقد يدل ذلك أيضا على أن المرض، رغم طابعه العضوي، له تأثيرات واضحة على الصحة النفسية للفرد، وخصوصا على قدرته على إستعادة الإحساس بالذات والمعنى بعد المرض(سامي عوض أبو أسحق2007).

إن التعافي النفسي، وفقا للمنظور الإكلينيكي الحديث، لا يقتصر فقط على غياب الأعراض أو تحسن المؤشرات الطبية، بل يشمل جوانب أعمق تتعلق بإعادة بناء الهوية، إكتساب الأمل، التكيف مع الواقع الحصى، الشعور بالقدرة على الإستمرار في الحياة رغم المرض، والتواصل الإيجابي مع الذات والآخرين، وهذا يدل على وجود من الناحية النفسية عدة عوامل داخلية تؤثر سلبا على التعافي، أبرزها القلق المزمن المرتبط بتقلبات المرض(فرط نشاط/ خمول الغدة)، التقلبات المزاجية الحادة الناتجة عن تغير الهرمونات، والشعور بفقدان السيطرة ما يؤدي إلى تراجع الثقة بالنفس، والإنتغال المفرط بالأعراض الجسدية، وهو ما يزيد من حالة التركيز السلبي. وقد دعمت هذه التفسيرات دراسة Eisenberg (إيزنبرغ) وآخرون (2009) التي وجدت أن أمراض الغدة، خاصة قصور الدرقية، ترتبط بشكل كبير بظهور أعراض الإكتئاب واللامبالاة، ما يعيق مسار التعافي النفسي، ويزيد من شعور الفرد بالإرهاق النفسي والعاطفي(jacobson & greenley2001).

كما قد تلعب العوامل الإجتماعية دورا كبيرا في عرقلة التعافي النفسي، خاصة إذا كان المريض يعيش في بيئة لا توفر الدعم الكافي أو لا تتفهم طبيعة المرض، حيث نرى في الجزائر ضعف التثقيف الصحي و النفسي حول أمراض الغدة، إضافة على وجود بعض التصورات الإجتماعية السلبية التي قد تسبب الوصم أو التقليل من خطورة المرض، وقد أكدت دراسة (Schildkraut et al 2013) ذلك، حيث توصلت أن غياب الدعم الإجتماعي، والشعور بالعزلة من أكثر العوامل التي تبطل التعافي، خاصة في الأمراض المزمنة التي تؤثر على المزاج والمظهر الخارجي، وهذا ينطبق على مرضى الغدة الدرقية الذين يعانون من زيادة وزن مفاجئ تساقط الشعر أو بطء في الحركة، ما يجعلهم عرضة للنقد أو نظرات الشفقة.

كما تأتي نتيجة الفرضية الثانية منسجمة تماما مع نتيجة الفرضية الأولى، إذ أن ضعف تقبل المرض هو أحد أهم العراقيل النفسية أمام تحقيق التعافي، فالمريض الذي لا يتقبل وضعه الصحي يعيش حالة من الرفض المستمر، وقد يطور ما يسمى

بـ"المقاومة النفسية للشفاء"، حيث يرفض حتى المشاركة في العلاج النفسي أو محاولة تحسين نمط حياته؛ وقد أثبتت دراسة عائشة سرار (2014) أن العلاقة بين تقبل المرض و التعافي النفسي علاقة طردية، كلما زاد التقبل زاد التعافي، وكلما طغت المقاومة و الإنكار، تقلصت فرص إسترجاع الصحة النفسية(عائشة سرار 2014). وهذا ما يمكن أن يفسر النتيجة الحالية، حيث أن المبحوثين أظهروا مستوى منخفضاً في كلا المتغيرين.

من جهة أخرى لا يمكن تجاهل أن الرعاية الصحية في الجزائر تركز بشكل أساسي على الجانب الدوائي، مع إغفال واضح للجوانب النفسية للمريض، في كثير من الأحيان يطلب من المريض فقط متابعة الأدوية وإجراء الفحوصات دون أن يسأل عن حالته النفسية أو يعرض عليه دعم نفسي مختص، هذا الإهمال في التكفل الشامل يؤدي إلى إحساس داخلي بالعزلة والإهمال، ويمنع تشكل بيئة آمنة تعزز التعافي، لهذا شددت Davidso (دافيدسو) وآخرون (2006) على ضرورة الدمج بين الرعاية الطبية والدعم النفسي، لأن المريض لا يستطيع التعافي فقط من خلال الأدوية، بل يحتاج غلى أن يعامل كشخص يمر بتجربة إنسانية عميقة وليس مجرد حالة سريرية(المرجع).

بناء على ما سبق، يمكن القول إن انخفاض مستوى التعافي النفسي لدى المرضى المصابين بالغدة الدرقية يرجع إلى تداخل عوامل نفسية (كالقلق والإكتئاب)، وإجتماعية (ضعف الدعم)، وثقافية (نقص التوعية)، بالإضافة إلى نقص التكفل العلاجي النفسي.

وبالتالي فإن تحسين هذا المستوى يتطلب مقاربة علاجية شاملة، تركز على التمكين النفسي، التعاطف العلاجي، والدعم الإجتماعي الفعال.

3.2.1. مناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على أنه "توجد علاقة بين تقبل المرض والتعافي النفسي لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية"، وبعد المعالجة الإحصائية تبين أن قيمة معامل الارتباط (بيرسون)(R) غير دالة إحصائياً لأن قيمة الدلالة المحسوبة لـ" تساوي (sig=0.341)، وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا ($\alpha=0.01$).

وهذا يعني أنه لا توجد علاقة بين تقبل المرض والتعافي النفسي لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية، وعليه لم تتحقق الفرضية الثالثة، بمعنى تقبل الفرضية الصفرية وترفض فرضية البحث.

وعليه فإن عدم ظهور علاقة دالة إحصائياً بين تقبل المرض والتعافي النفسي لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية، قد يعود إلى أن عملية التعافي النفسي قد لا تعتمد على تقبل المرض كعامل وحيد، بل قد تتأثر أيضاً بجملة من العوامل النفسية والاجتماعية والسياقية التي قد تتداخل أو تتعارض مع أثر التقبل في بعض الحالات، مثل: الدعم

الاجتماعي، جودة الرعاية الطبية، الأسلوب المعرفي في التعامل مع المرض، أو حتى الصورة الذاتية والهوية المرتبطة بالمرض.

وتشير هذه النتيجة إلى أن تقبل المرض لا يؤدي بالضرورة ومباشر إلى التعافي النفسي، بالرغم أن هذا الأخير يُعد أحد المحاور الأساسية في فهم التكيف النفسي لدى الأفراد المصابين بأمراض مزمنة، وتُبرز نظرية القبول والالتزام (Acceptance and Commitment Therapy - ACT) والتي طورها Hayes (هايز) وآخرون، أن تقبل الحالة المرضية يمثل خطوة مفصلية في تحرير الفرد من الصراع النفسي الداخلي، وتمكينه من إعادة توجيه طاقاته نحو قيمه الشخصية ومعاني الحياة، بغض النظر عن استمرار الأعراض الجسدية أو المعاناة المرتبطة بالمرض (Hayes, and all, 1999).

وتتوافق هذه النتيجة جزئياً مع ما توصلت إليه دراسة Kocalevent (كوجاليفنت) (2014) التي وجدت أن مستوى تقبل المرض كان مرتبطاً بشكل متوسط مع مؤشرات الصحة النفسية (مع العلم أن التعافي النفسي مؤشر للصحة النفسية)، لكن هذا الارتباط كان أكثر بروزاً في ظل وجود دعم اجتماعي وأسري قوي، ما يدل على تفاعل عدة متغيرات في تحقيق التعافي النفسي (Kocalevent and all, 2014).

إن هذه النتيجة تبدو مخالفة لما توحى به بعض الأطر النظرية، لا سيما نظرية القبول والالتزام (Acceptance and Commitment Therapy - ACT)، التي تؤكد أن تقبل الفرد لحالته الصحية المزمنة يُعد عنصراً محورياً في تحقيق المرونة النفسية، وهي بدورها شرط أساسي لتعزيز الصحة النفسية والتكيف الإيجابي مع المرض (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999).

ووفقاً لهذه النظرية، فإن تقبل المعاناة، بدلاً من مقاومتها أو إنكارها، يمكن أن يُخفف من الصراع النفسي الداخلي ويُحرر الطاقة النفسية اللازمة للإنخراط في سلوكيات منسجمة مع القيم الشخصية، ما يؤدي إلى شعور أعلى بالسلام الداخلي والرضا، وهو ما يمكن إعتباره من مؤشرات التعافي النفسي. لكن، ورغم الأساس النظري الذي يربط بين تقبل المرض والتعافي، إلا أن النتيجة الحالية لا تؤكد هذا الارتباط بشكل إحصائي في حالة المرضى المصابين باضطراب الغدة الدرقية، مما يفتح المجال لعدة تفسيرات.

فقد يعود غياب العلاقة الإحصائية بين المتغيرين في هذه الدراسة إلى تعدد العوامل المؤثرة في التعافي النفسي،

حيث يعتبر التعافي النفسي عملية معقدة ومتعددة الأبعاد، تتداخل فيها عوامل اجتماعية وشخصية وسياقية. وتشير بعض الدراسات إلى أن التعافي لا يرتبط فقط بمستوى التقبل، بل يتأثر بشكل قوي بـ الدعم الاجتماعي (Kocalevent et al, 2014)، وجودة الرعاية الطبية (De Ridder et al, 2008). إضافة إلى نمط الشخصية والأسلوب المعرفي للفرد في تفسير وتكيفه مع المرض (Lauwerier et al, 2010).

كما يمكن اعتبار خصوصية اضطرابات الغدة الدرقية من بين الأسباب، فعلى الرغم من أن اضطراباتها تُصنّف ضمن الأمراض المزمنة، إلا أنها تتميز بإرتباطها الواضح بتقلبات نفسية وهرمونية قد تؤثر في المزاج، والانتباه، والشعور العام بالصحة النفسية، بصورة قد تُعَدّ العلاقة بين التقبّل والتعافي. (Bunevicius, Velickiene, & Prange, 2006).

وبالتالي قد لا يكون تقبّل المرض كافياً بمفرده لتحفيز التعافي، خصوصاً في ظل اضطرابات داخلية هرمونية تؤثر على الإستقرار النفسي للمريض، ويجدر ذكر أن عامل الفروقات الفردية أيضاً قد يكون من بين أسباب غياب العلاقة الإحصائية؛ وتظهر بعض الدراسات أن الفروق في الجنس، العمر، الثقافة، ومستوى التعليم قد تُعَدّل العلاقة بين التقبّل والتعافي (Taylor et al, 2000).

فقد يمتلك بعض الأفراد قدرة معرفية أو وجدانية على التقبّل دون أن يترجم ذلك مباشرة إلى مؤشرات تعافٍ نفسي. رغم أن بعض الدراسات دعمت وجود علاقة إيجابية بين التقبّل والصحة النفسية، إلا أن بعضها أشار إلى أن هذا الارتباط قد يكون مشروطاً بوجود عوامل وسيطة. ففي دراسة Kocalevent (كوجاليفنت) وزملائه (2014)، وُجد أن تقبّل المرض مرتبط بالصحة النفسية بشكل متوسط، لكن هذا الارتباط كان أقوى في ظل دعم اجتماعي وأسري قوي، ما يؤكد فرضية أن التعافي لا يتحقق فقط عبر التقبّل، بل يتطلب بيئة داعمة.

كما أظهرت دراسة Lauwerier (لاوفيرير) وزملائه (2010) حول مرضى الألم المزمن، أن تقبّل المرض لا يضمن دائماً تقليص المعاناة النفسية إلا إذا ترافق مع تحولات معرفية عميقة في إدراك الألم وإعادة تنظيم المعنى المرتبط به. وفي دراسة أخرى أجراها Bunevicius (بونيفيتشيوس) وزملاؤه (2006)، ثبت أن اضطرابات الغدة الدرقية قد تؤدي إلى أعراض إكتئابية وقلق حتى بعد استقرار المؤشرات الحيوية، مما يشير إلى أن المسار النفسي للتعافي أكثر تعقيداً من أن يُعزى فقط إلى التقبّل.

تبرز هذه النتيجة أهمية عدم الإكتفاء بتقييم التعافي النفسي كمؤشر وحيد للتقبل المرض، بل يتطلب ذلك مقارنة أكثر شمولية تأخذ بعين الاعتبار العوامل البيئية والاجتماعية والمعرفية التي تشكل تجربة المريض الكاملة.

4.2.1. مناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

تنص هذه الفرضية على أنه: "توجد فروق بين المرضى المصابين باضطراب الغدة الدرقية في تقبل المرض، تعزى للمتغيرات التالية: الجنس ومدة الإصابة بالمرض (من سنة إلى أقل من 5 سنوات، من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات، من 10 سنوات فأكثر)".

أولاً: بالنسبة لمتغير الجنس:

تبين من نتيجة الفرضية الرابعة فيما يخص متغير الجنس أن الفروق بين الذكور والإناث ليست دالة إحصائياً، لأن قيمة اختبار (T) جاءت غير دالة إحصائياً؛ لأن قيمة الدلالة المحسوبة Sig تساوي (0.844=Sig) أكبر من مستوى الدلالة المعتمدة لدينا ($\alpha=0.05$).

وهذا يعني أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين الجنسين (المرضى والمريضات المصابين بإضطراب الغدة الدرقية)، فيقبل المرض.

وعليه قد يكون لكلا الجنسين (المرضى والمريضات المصابين بإضطراب الغدة الدرقية) تقبل لمرضهم، أو العكس. بمعنى أن هذه النتيجة تشير إلى أن الجنس لا يُعد محدداً جوهرياً في تقبل المرض لدى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية، وهو ما ينسجم مع التوجهات الحديثة في علم النفس الصحة التي تؤكد أن التقبل لا يرتبط غالباً بالخصائص الجندرية، بل يتأثر بعوامل أكثر تعقيداً وعمقاً، كالبنية النفسية للفرد، والدعم الاجتماعي، وأساليب المواجهة المستخدمة. فوفقاً لما أشار إليه Kleinman (كلاينمان) (1980) في إطار النماذج التفسيرية للمرض، فإن فهم الفرد ومعايشته للمرض يلعب دوراً محورياً في تشكيل إستجابته النفسية له، بما يفوق أثر المتغيرات الديموغرافية مثل الجنس.

وقد دعمت نتيجة هذه الفرضية أيضاً بما توصلت إليه دراسة Marks (ماركس) وThomas (توماس) (2014)، التي لم تجد فروقاً دالة في تقبل المرض بين الرجال والنساء في عينة من مرضى الأمراض المزمنة، وفسرت ذلك بتقارب مستويات الوعي الصحي، ونوعية الرعاية النفسية، وإستراتيجيات التكيف المستعملة لدى الجنسين.

وعليه، يمكن القول أن تقبل المرض لدى مرضى اضطراب الغدة الدرقية يتشكل في ضوء عوامل داخلية وخارجية متعددة الأبعاد، وأن تأثير الجنس في هذا السياق قد يكون هامشياً أو غير جوهري.

وقد تفسر هذه النتيجة بالرجوع إلى النظريات النفسية الاجتماعية التي تؤكد أن التقبل ليس سلوكاً نمطياً محكوماً بالاختلافات الجندرية، وإنما هو عملية معقدة تتأثر بعوامل داخلية مثل البنية المعرفية والمرونة النفسية، وخارجية مثل الدعم الاجتماعي ونوعية الرعاية الصحية، ويدعم ذلك ما طرحه Kleinman (كلاينمان) (1980) في إطار النماذج التفسيرية للمرض، أن الطريقة التي يفسر بها الأفراد مرضهم ويعيشونه نفسياً وسلوكياً أهم من المتغيرات الديموغرافية مثل الجنس أو العمر.

وعليه، فإن إختلاف الجنس لا يؤدي بالضرورة إلى إختلاف في تقبل المرض، لأن التقبل يتأثر بالبنية النفسية العميقة، والقدرة على المعنى، والدعم المتاح.

كما تتقاطع هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة Marks (ماركس) و Thomas (توماس) (2014) التي أجريت على عينة من مرضى الأمراض المزمنة، حيث لم تُسجل فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل المرض بين الرجال والنساء، وأرجعت هذه النتيجة إلى تقارب في مستويات الوعي الصحي، وتكافؤ فرص الوصول إلى الرعاية النفسية، وإستعمال إستراتيجيات تكيفية مشابهة بين الجنسين (Marks & Thomas, 2014).

كما تشير بعض الدراسات إلى وجود فروق جذرية في التفاعل مع الضغوط أو في التعبير عن المشاعر، لكن هذه الفروق لا تعني بالضرورة وجود فرق في التقبل، فمثلاً، النساء قد يظهرن إستجابات عاطفية أكثر وضوحاً، بينما يُظهر الرجال إستجابات تجنبية، ولكن في النهاية قد تكون مستويات التقبل متقاربة، وهذا ما أشارت إليه دراسة Nahlen Bose (نالين بوس) وآخرون (2015) التي وجدت أن الجنس لم يكن متغيراً دالاً في تقبل المرض بين مرضى التصلب اللويحي، كما يرجح أن تأثير الجنس على تقبل المرض قد يتلاشى عند وجود عوامل وسيطة قوية مثل الدعم الإجتماع الذي يُعد من المحددات القوية لتقبل المرض، وقد لا يختلف باختلاف الجنس في الكثير من البيئات (In: Taylor, 2011).

والوعي الصحي والمعرفي إذ أصبح كل من الرجال والنساء في بيئات معاصرة يتمتعون بمستوى مقارب من المعرفة الصحية بفضل الإعلام والطب الحديث. وأيضاً التنشئة النفسية المشتركة فمع تطور أنماط التنشئة النفسية، لم يعد الفارق في أساليب التكيف النفسية مبنياً على النوع بقدر ما يرتبط بالمهارات المكتسبة، كحل المشكلات والتفكير المرن، وأشارت دراسة Benyamini (بنياميني) و Blumstein (بلومشتاين) (2015) إلى أن النساء والرجال قد يستخدمون إستراتيجيات مختلفة، لكن النتائج النفسية (كالتقبل والرضا عن الحياة) لا تختلف إحصائياً بينهم.

كما دعمت دراسة Helgeson (هيلجسون) (2011) هذا الإتجاه، مؤكدة أن الجنس ليس متغيراً تفسيرياً كافياً لتوقع تقبل المرض، ما لم يتداخل مع عناصر أخرى مثل نوع المرض، ومدته، والتاريخ النفسي للمريض. قد تفسر النتيجة أيضاً من خلال النظرية التي تقترح أن التقبل قد يكون موجوداً لدى الجنسين بنفس الدرجة، لكن طريقة التعبير عنه تختلف ثقافياً واجتماعياً، حيث يُشجع الرجال على الإنكار والمواجهة الصامتة، في حين يُشجع النساء على التعبير والانفتاح، ما يؤدي إلى إنطباع بوجود فروق، وهي في الأصل فروق في المظهر لا الجوهر.

بالتالي، يمكن القول إن غياب الفروق الدالة بين الجنسين في تقبل المرض ضمن هذه الدراسة يؤكد الطبيعة التفاعلية والمتداخلة للعوامل النفسية والاجتماعية التي تحكم هذا المتغير، وتضعف من التأثير الأحادي للجنس بوصفه محدداً قاطعاً في هذا السياق.

ثانياً: بالنسبة لمتغير مدة الإصابة بالمرض:

تبين من نتيجة الفرضية الرابعة فيما يخص متغير مدة الإصابة بإضطراب الغدة الدرقية، أن قيمة إختبار التباين الأحادي (ANOVA) "ف" جاءت دالة إحصائياً لأن قيمة الدلالة المحسوبة تساوي "Sig" (0.018=Sig)، أصغر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا ($\alpha=0.05$)؛ وهذا يعني أنه توجد فروق في تقبل المرض، حسب متغير مدة الإصابة بالمرض (من سنة إلى أقل من 5 سنوات، من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات، من 10 سنوات فأكثر) لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية.

ولمعرفة لصالح من تكون الفروق، تم مقارنة قيم الفروق بين المتوسطات بقيمة الفرق الحرج المحسوب بأسلوب "LSD" للمقارنات البعدية بين المتوسطات، وبينت النتائج أن هناك فروق بين المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية من 10 سنوات فأكثر والمرضى الذين أصيبوا بإضطراب الغدة الدرقية من سنة إلى أقل من 5 سنوات، لأن قيمة الدلالة المحسوبة (Sig) قدرت بـ (0.007=Sig) أصغر من مستوى الدلالة المعتمدة لدينا ($\alpha=0.05$).

بمعنى جاءت النتيجة لصالح المرضى الذين أصيبوا بإضطراب الغدة الدرقية من سنة إلى أقل من 5 سنوات، أي أن المرضى الذين أصيبوا بإضطراب الغدة الدرقية من سنة إلى أقل من 5 سنوات أكثر تقبل للمرض (إضطراب الغدة الدرقية) من المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية من 10 سنوات فأكثر.

وتدل هذه النتيجة على أن المرضى في المراحل المبكرة من الإصابة أكثر تقبلاً للمرض مقارنة بمن مضت عليهم فترة زمنية طويلة، مما يشير إلى أن طول مدة الإصابة قد يكون مرتبطاً بإنخفاض تدريجي في مستوى التقبل، وتُفسر هذه النتيجة إستناداً إلى ما طرحه Charmaz (شارماز) (1991) في إطار نظرية "الخسارة الذاتية في المرض المزمن"، والتي ترى أن المعاناة المستمرة وتكرار الإنتكاسات الصحية مع مرور الزمن قد تؤدي إلى تدهور الإحساس بالهوية والفاعلية الذاتية، ما يقلل من قدرة المريض على التقبل الإيجابي للمرض (Charmaz, 1991).

كما أظهرت دراسة Zajdel (زاجديل) و Helgeson (هيلجسون) (2017) أن المرضى المصابين بأمراض مزمنة منذ فترة قصيرة غالباً ما يكون لديهم تفاؤل تكيفي أعلى وإستعداد نفسي للتأقلم، مقارنة بأولئك الذين طالت مدة إصابتهم، والذين قد يعانون مما يُعرف بـ "الإرهاق التكيفي"، وهو ما يؤدي إلى إنخفاض القدرة على التقبل نتيجة الإحباط المتراكم والإنهاك النفسي (Zajdel & Helgeson, 2017).

وبذلك، تؤكد هذه النتائج أن مدة الإصابة بالمرض عامل مؤثر في تقبل المرض، وأن التدخلات النفسية يجب أن تأخذ هذا البعد الزمني بعين الإعتبار، من خلال توفير دعم نفسي متجدد ودائم للمرضى على المدى الطويل، بهدف تعزيز المرونة النفسية وإعادة بناء المعنى الإيجابي للتجربة المرضية.

5.2.1. مناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

تنص الفرضية الخامسة على أنه " توجد فروق بين المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية في التعافي النفسي، تعزى للمتغيرات التالية: الجنس ومدة الإصابة بالمرض (من سنة إلى أقل من 5 سنوات، من 5 سنوات إلى أقل 10 سنوات، من 10 سنوات فأكثر)".

أولاً: بالنسبة لمتغير الجنس:

تبين من نتيجة الفرضية الخامسة فيما يخص متغير الجنس أن الفروق بين الذكور والإناث ليست دالة إحصائياً، لأن قيمة إختبار (T) غير دالة إحصائياً، لأن قيمة الدلالة المحسوبة Sig تساوي (0.457=Sig) أكبر من مستوى الدلالة المعتمدة لدينا ($\alpha=0.05$).

وهذا يعني أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين الجنسين (المرضى والمريضات المصابين بإضطراب الغدة الدرقية)، في التعافي النفسي.

وعليه قد يكون لكلا الجنسين (المرضى والمريضات المصابين بإضطراب الغدة الدرقية) تعافي نفسي، أو العكس. وعليه فالفحص الإحصائي بين أن الجنس، بوصفه متغيراً وسيطياً، لا يُعد محدداً أساسياً للتعافي النفسي لدى مرضى إضطراب الغدة الدرقية، ويمكن إرجاع هذه النتيجة على ضوء أدبيات الصحة النفسية التي تُبرز أن التعافي النفسي لا يتأثر غالباً بالخصائص الظاهرة مثل الجنس، بل يتشكل من خلال تفاعل عوامل داخلية وخارجية أكثر تعقيداً، كالمعنى الشخصي للمرض، إستراتيجيات المواجهة، والدعم النفسي والإجتماعي المتاح.

ويُعزز هذا التوجه ما توصلت إليه دراسة Jacob (جاكوب) وآخرون (2015)، التي أكدت أن الفروق بين الجنسين في مؤشرات الصحة النفسية تنخفض أو تختفي تماماً عندما تتوفر مستويات متقاربة من الدعم الاجتماعي، والمهارات التكيفية، والمرونة النفسية لدى الأفراد، ما يعني أن تأثير "الجنس" يزوب في ظل وجود عوامل أكثر تأثيراً وحسماً في عملية التعافي (Jacob, Greenfield, & Taboas, 2015).

هذه النتيجة تتسق مع ما أوردته الأدبيات النفسية والصحية حول محدودية أثر الخصائص الديموغرافية الظاهرة مثل الجنس في تحديد الصحة النفسية والتعافي، إذ يُنظر اليوم إلى التعافي النفسي كعملية ديناميكية متعددة الأبعاد تتأثر بعوامل نفسية وإجتماعية أعمق من مجرد التصنيفات البيولوجية أو الاجتماعية الأولية. في هذا السياق، وتشير دراسات مثل دراسة Schönfeld (شونفيلد) وآخرون (2016) أن المؤشرات النفسية الإيجابية كالتفاؤل، والرضا عن الحياة، والدعم الإجتماعي المدرك تلعب دوراً أكثر حسماً في تحديد التعافي النفسي من المرض، مقارنة بالخصائص الديموغرافية، مشيرة

161

لدينا ($\alpha=0.05$)؛ وهذا يعني أنه لا توجد فروق في التعافي النفسي، حسب متغير مدة الإصابة بالمرض (من سنة إلى أقل من 5 سنوات، من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات، من 10 سنوات فأكثر) لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية.

وعليه تشير هذه النتيجة إلى أن مدة الإصابة بالمرض لا يُعد عاملاً محدداً في حد ذاته لمستوى التعافي النفسي. فالتعافي ليس مسألة زمنية محضة، بل هو عملية نفسية إجتماعية متعددة الأبعاد، تتأثر بعوامل مثل التقبل، الدعم الإجتماعي، نوعية الرعاية، والمرونة النفسية. كما تشير هذه النتيجة إلى أن التعافي النفسي ليس مسألة زمنية بحتة، وإنما يرتبط بجوانب نفسية واجتماعية أعمق وأكثر تعقيداً. فمرور الزمن لا يضمن بالضرورة تحسناً في الأداء النفسي أو جودة الحياة، ما لم يصاحبه تغير في نظرة الفرد لذاته، وفي مستوى دعمه الاجتماعي، وفي قدرته على التكيف وإعادة بناء المعنى لحياته (Slade, 2009)

وقد بينت دراسات متعددة أن طول مدة المرض قد لا يؤدي بالضرورة إلى زيادة أو نقصان في التعافي النفسي، ما لم يصاحبه تغيير في التجربة الذاتية للمريض أو في بيئته الاجتماعية والنفسية، وهذا ما تؤكدته نظرية المسارات المتعددة للتعافي، والتي تفترض أن الأفراد يختلفون في مسارات تعافهم، وأن الزمن قد يكون عاملاً مساعداً فقط إذا توفرت شروط داعمة له (Deegan, 1988)

وتدعم هذه النتيجة المفهوم الحديث للتعافي النفسي بوصفه عملية غير خطية، تتأثر بتفاعل عوامل ذاتية (كالمعنى والتقبل والمرونة النفسية) مع عوامل خارجية (كالدعم الاجتماعي وجودة الرعاية)؛ فبعض الأفراد قد يتعافون سريعاً رغم قصر مدة المرض، في حين قد يظل آخرون يعانون من إضطرابات نفسية حتى بعد مرور سنوات على التشخيص، ما لم يتوفر لديهم الإحساس بالتمكين والتكامل الاجتماعي (Jacobson & Greenley, 2001)

بالتالي، فإن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات الزمنية يشير إلى أهمية التركيز على المحتوى النفسي والتجربة المعاشة للمريض، لا على البعد الزمني فقط، كما يدعو إلى ضرورة دمج التدخلات النفسية المستندة إلى بناء المعنى والتكيف الإيجابي في الخطط العلاجية، بغض النظر عن مدة المرض.

ومن هذا المنطلق نجد توافق نتائج هذه الدراسة مع نظرية المسارات المتعددة للتعافي (Theoretical Model of Multiple Pathways to Recovery)، والتي تفترض أن التعافي النفسي ليس عملية خطية تعتمد فقط على مرور الوقت، بل هو مسار ديناميكي وشخصي يتفاعل فيه الفرد مع بيئته الداخلية والخارجية بطرق مختلفة. (White, 2007)

وتتماشى هذه النتيجة مع دراسة Kleinman (كلايمان) Baker (بايكر) و Harrison (هاريسون) (2015) حول مرضى الأمراض المزمنة، فوجدوا أن مدة المرض لم تكن مؤشراً قوياً أو مباشراً على مستوى التعافي النفسي أو جودة الحياة النفسية، بل إن

العوامل الحاسمة كانت تتعلق بإستراتيجيات التكيف، الدعم الإجتماعي، وإدراك المعنى الذي يمنحه المرض للحياة الشخصية، وأكدت الدراسة أن المرضى الذين تمكنوا من إعادة بناء معنى إيجابي من مرضهم وإستثمروا في الدعم النفسي والإجتماعي أظهروا مستويات تعافي نفسي أعلى بغض النظر عن مدة المرض (Baker & Harrison, 2015).

وقد وجدت دراسة كل من Baker (بايكر) وHarrison (هاريسون) (2015) التي تناولت التعافي لدى مرضى الأمراض المزمنة، أن مدة المرض لم تكن عاملاً دالاً إحصائياً في تحديد جودة الحياة النفسية أو درجة التعافي، بل أشارت النتائج إلى أن الإستراتيجيات التكيفية، مثل التقبل النشط، وإعادة بناء المعنى، والتواصل الإجتماعي الداعم، كانت عوامل حاسمة في تحديد نتائج التعافي، بغض النظر عن عدد سنوات الإصابة (Baker & Harrison, 2015).

كذلك توصلت دراسة أجراها Schulman-Green (شولمان-جرين) وآخرون (2012) إلى أن المرضى الذين تمكنوا من تطوير أساليب تكيف إيجابية، مثل استخدام تقنيات التأمل واليقظة الذهنية، والانخراط في علاقات اجتماعية داعمة، استطاعوا الحفاظ على استقرار نفسي أفضل، حتى وإن كانوا يعانون من المرض لسنوات طويلة (Schulman-Green, 2012).

وفي دراسة مشابهة أجراها Zhang (تشانغ) (2019) حول مرضى السرطان، أظهرت أن مدة المرض لم تكن مرتبطة بدرجة التعافي النفسي، ما لم تترافق مع دعم نفسي منتظم وشعور بالسيطرة والتمكي (Zhang et al, 2018).

كما تشير النتيجة إلى ضرورة دمج مكونات تدخلات نفسية معرفية وسلوكية مثل العلاج القائم على التقبل والإلتزام ضمن البروتوكولات العلاجية، بغض النظر عن مدة المرض، لأن هذه النماذج ثبتت فعاليتها في تعزيز المرونة النفسية وتقبل الواقع المرضي دون إنكار أو إستسلام (Hayes et al, 2006).

3.1. عرض وتحليل نتائج الحالات:

1.3.1. عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى:

أولاً: تقديم الحالة:

الحالة "وردة" تبلغ من العمر (26) سنة، متزوجة، ذات مستوى إقتصادي عادي، تعيش مع أسرتها المتكونة من زوج والإبن، وهي ذات مستوى جامعي وتعمل موظفة، دون سوابق مرضية أخرى.

ثانياً: عرض وتحليل مضمون المقابلة العيادية للحالة:

تم إجراء المقابلة العيادية في المؤسسة الإستشفائية العمومية ببلدية "برج منايل" ولاية بومرداس، في مصلحة الغدد الصماء، قمنا بتقديم أنفسنا كطلبة في علم النفس الصحة، وفي صدد إعداد مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر، وطلبنا الإذن منهم إجراء مقابلة عيادية، فوافقت الحالة على ذلك بكل تفهم، وبعدها قمنا بشرح كيفية سير المقابلة، أي كيفية إجرائها وذلك بطرح الأسئلة وحرية الإجابة، حيث تفهمت الحالة بصفاتها أخصائية نفسانية.

لاحظنا أن الحالة جاءت في مظهر لائق ونظيف ومرتب، وكانت مستعدة ومرتاحة للتجاوب معنا وذلك بفضل الأخصائية النفسية التي منحتها الثقة للتعامل معنا.

في بداية المقابلة، تطرقنا إلى معرفة طبيعة المرض وكيف بدأ المرض معها، وخاصة الأعراض التي كانت تعاني منها ووفقا لتعبيرها بدأ الأمر في أواخر (2022)، حيث إكتشفت الحالة المرض بالصدفة بعد مولدها أول بـ 3 أشهر، حيث صرحت الحالة "عرفت المرض مور ولادتي رحت لطبيبة متاع التغذية علجال السمنة مبدع عطا تني تحاليل مبدع لقات (TSH) ناقص بزاف وعطا تني ندير راديو"، بمعنى "رؤية الحالة تغيير في وزنها ذهبت لأخصائية التغذية من أجل تحسين النظام الغذائي فأعطتني تحاليل لتعرف حالة المريضة فوجدت مستوى (TSH) متدني"، فطلبت منها إجراء أشعة فتأكدت من وجود اضطراب في الغدة الدرقية.

بعد قيام الحالة بهذه الفحوصات ومعرفتها بنتيجة وحسب ما صرحت به الحالة لم تتقبل الحالة المرض وكانت في حالة صدمة وإنهيار عصبي، حيث ظهر هذا من خلال قولها "تصدمت ما تقبلتش المرضوجاني انهيار عصبي"، كانت الحالة في تلك الفترة مشوشة التفكير وتراودها أسئلة من الخوف والقلق حول كيفية إكمال حياتها بهذا المرض حيث صرحت الحالة "كنت نضل نخم إذا هذا المرض خطير، راح نموت وكيفاش نكمل حياتي به" حيث أفادت كذلك الحالة أن الأمر الأكثر صعوبة في هذا المرض أنه مرض مزمن ويبقى طوال الحياة ويدهور الحالة النفسية لأنه يسبب حالات من الاكتئاب والقلق حيث ظهر هذا من خلال قولها "ملي بداني ونا مقلقة و عازلة روجي دارلي الاكتئاب".

فيما يتعلق عن أفراد عائلة الحالة فيوجد منهم من لديه اضطراب الغدة الدرقية، وهي ليست الوحيدة التي تعاني منه وتعبر عن ذلك بقولها "بابا ويما ثان مراض بها" بمعنى "أمي وأبي كذلك لديهم اضطراب الغدة الدرقية" فهذا يعبر عن احتمالية وراثية المرض بما أن الحالة لديها أفراد من العائلة مصابين به.

حيث ما يخص جانب ضغوطات الحياة، فقد أعربت الحالة أنها تجد صعوبات ولم تعد تستمتع بالحياة كما كانت قبل إصابتها بالمرض، حيث أصبحت إنسانة انطوائية وكثيرة التشاؤم، وتعاني كثيرا من المشاكل بسبب تقلباتها المزاجية، حيث صرحت "نعم كنت كثيرة الفرح والمرح، وليت انطوائية على نفسي وعنديتشاؤم بزاف اولاو بزاف عندي المشاكل بسبة

تقلباتي المزاجية"، فمن خلال هذا تبين أن الحالة تجهد نفسها بالتفكير في حالتها وتحاول السيطرة على كل الأمور، حيث بينت لنا الحالة ذلك في قولها " لازم نتعامل مع كالأوضاع ونحاول السيطرة على حياتي ومرضتي".

بالنسبة للعلاج المخصص للحالة فهو دوائي، لكن الحالة أكدت أنها ليست ملتزمة بالأدوية، بالرغم فهي تجد صعوبة في إتباع الإرشادات الطبية الصارمة، حيث صرحت عن هذا "لا أجد صعوبة في إتباع الإرشادات الطبية لكن لست ملتزمة بالأدوية 100%"، وتصرح كذلك أن أكبر التحديات في هذا المرض هو الدواء حيث عبرت عن هذا بـ"أكبر التحديات لي شفتهم كثرة الأدوية والإزميات وأنا منحبش دوا" لكنها في محاولة التعايش مع الدواء و محاولة الالتزام به بكل الطرق لأن الأدوية ستتعايش معها طوال الحياة، حيث عبرت عن هذا بقولها "أصبح جزء من حياتي ولازمنتقبلو بكل الطرباسكو راح تكمل معايا طول حياتي وراني نحاول نكون جدية أكثر".

كما نجد الحالة رغم عدم التزامها بالعلاج إلا أنها على إطلاع بالمرض لكي لا تترك له مجال التأثير على حياتها الخاصة حيث صرحت بقولها "راني على اطلاع دائم حول مرضي لكي لاياثر على حياتي الخاصة وحتى وين مانعرفش نحوس ف google".

بخصوص الحماية الغذائية، فالحالة لم تكون ملتزمة خاصة في الأيام الأولى من المرض ونلتمس هذا في قولها "فاليماث اللولين مزعاف ماكنتش ندير ريجيم مبدد كي بديت نفیق وليت نقص" حيث أن الحالة بعد مدة أصبحت تقوم بنظام غذائي خاص حيث ترى الحالة ضرورة القيام بالنظام الغذائي فعبرت عن هذا "بعد مدة وليت نشوف لازم ندير ريجيم باسكو فادني سواء في مرضي ول حالة نفسية".

فيما يتعلق بالأسرة فالحالة ترى أن الأسرة هي شيء أساسي في الحياة، حيث أسرتها ساعدتها في مرضها، وأن الدعم الأسري المعنوي له تأثير في التغلب على المرض، حيث صرحت عن هذا "كنت نحتاج الدعم لأن أي مريض يحتاج للدعم المعنوي من أجل التغلب على المرض وحمد لله لقيتو"، كما أن الدعم الأسري المعنوي خلق للحالة ثقة كبيرة على أنها ستتغلب على مرضها والصعاب التي تواجهها حيث عبرت عن هذا بقولها "مساعدة الزوج وامي عاونتني ودارتلي ثقة فاني نتقبل المرض ونزيد نصبر وكلش جاي من عند ربي ومقدر لنا".

ومن خلال المقابلة بينت لنا الحالة أنها في بعض الأحيان تجد صعوبة في فهم مشاعرها والتحكم فيها خاصة من بعد المرض، حيث صرحت الحالة "منذاك نلقا صعوبة في فهم مشاعري وندي وقت باش نفهمها ونتحكم فيها" كما نجد الحالة من النوع الذي يميل إلى حل مشاكله بطريقة مباشرة لكي تصفي ذهنها وترتاح نفسيا، فعبرت عن هذا بقولها "تحب نحل مشاكلي ثمم باش نريح منبقاش نكسر فراسي ونرتاح نفسيا".

بالنسبة لمشاعر الحالة تجاه المرض فقد تغيرت للأحسن مع مرور الوقت، وأصبحت تعرف حالتها النفسية حيث صرحت في هذا " نعم مشاعري تغيرت اتجاه المرض لأنني لأن أصبحت أعرف حالتي الصحية وأعرف عن مرضي وماهي أسبابه وأعراضه ومخلفاته"، وكذلك لم يعد لديها مشكل في إخبار الناس عن مرضهم ولم يعد لديها خجل في التحدث عليه، حيث صرحت "كنت لامنقדרش نقول للناس بلي مريضة بصح ضوك وليت نهدر عادي خيرمن منبقا نخبي ونكون ماشي مرتاحة"، ومن جهة أخرى أصبحت الحالة تقوم بنشاطات تمنحها الراحة و الإسترخاء، حيث صرحت بقولها " أصبحت أقوم بنشاطات مثل ركوب الخيل، الرياضة، الخروج في نزهة مع العائلة و الأصدقاء".

وعن نظرتها المستقبلية فهي تتأرجح بين التفاؤل والأمل والخوف، ولديها نظرة إيجابية وتعمل على تطوير نفسها وتعمل أكثر، وتسعى للمزيد من نجاح والتألق، حيث عبرت عن نظرتها المستقبلية بقولها " أنظر لي نفسي بأنني أم عظيمة، أعمل أكثر على تطوير نفسي وتحسين علاقتي الزوجية"، حيث تتمنى الحالة الشفاء لها و لجميع المصابين، ونلتمس هذا من خلال قولها " إن شاء الله نتعافا منه أنا وجميع المرضى".

حيث أكدت لنا خلال الحديث معها أنها تغيرت لأن في بداية المرض كانت تعاني من التشاؤم والإحباط بسبب المرض، إلا أن بعد وعيها بذاتها وإرادتها قلة لديها النظرة التشاؤمية وأصبحت متفائلة في التغلب على مشاكلها ومرضها.

في النهاية اقترحنا على الحالة الإجابة على أدوات الدراسة وهي "استبيان تقبل المرض" و"مقياس التعافي النفسي" وذلك حسب ما يناسبها، موضحين لها أنه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة، فوافقت الحالة على الإجابة ولم يكن لها أي مشكلة.

ثالثا: عرض وتحليل نتائج أدوات الدراسة:

أ. عرض وتحليل نتائج إستبيان "تقبل المرض":

قمنا بتطبيق إستبيان "تقبل المرض" على الحالة "وردة" في جو ملائم داخل مصلحة الغدد الصماء، كما قمنا بشرح كيفية الإجابة عليه بوضع الإشارة / في المكان المناسب للحالة، حيث مدة الإجابة لم تتجاوز ربعين دقيقة.

يتضح من خلال درجة الكلية لإستبيان "تقبل المرض"، أن الحالة "وردة" قد تحصلت على درجة كلية (83/120)، وهي درجة فوق المتوسط في تقبل المرض، وهذا لعدم إللتزام المريض بالأمور العلاجية، وما يدل على أن الحالة لها تقبل مرض بدرجة متوسطة، وهذا يعني أن الحالة "وردة" تقبلت المرض، وهذا عاد بالإيجاب على نظرة المريضة لذاتها ومدى تقبلها.

ب. عرض وتحليل نتائج مقياس "التعافي النفسي":

قمنا بتطبيق مقياس "التعافي النفسي" على الحالة "وردة" في جو ملائم داخل مصلحة الغدد الصماء، كما قمنا بشرح كيفية الإجابة عليه بوضع الإشارة / في المكان المناسب للحالة، حيث مدة الإجابة لم تتجاوز أربعين دقيقة.

الحالة "وردة" حصلت في مقياس "التعافي النفسي"، على درجة كلية قدرت بـ 150/111 فهي درجة جيدة ومرتفعة في التعافي النفسي.

وعليه فإن الحالة "وردة" لديها مستوى مرتفع في التعافي النفسي.

جدول رقم (20) : نتائج تطبيق مقياس وأبعاد التعافي النفسي.

الأبعاد	درجة كل فقرة	مجموع
صفات الشخصية	4-3-3-3-4-3-4	24
العلاقات مع الآخرين	4-4-4-4-3-4-3-4	30
البعد الفلسفي	4-3-4-4-3-4-3-5-4	34
البعد الموقفي	4-4-4-4-2-5	23
المجموع		111
مرتفعة جدا		

وقد حصلت أيضا في بعد الصفات الشخصية على درجة (7/24) أي (3.42) مرتفعة، فهذا يدل على أن الحالة مدعومة بإيجابية، وهذا أثر بالإيجاب على علاقاتها مع الآخرين حيث حصلت في بعد العلاقات مع الآخرين على درجة (8/30) أي (3.75) مرتفعة، أما في البعد الفلسفي حصلت على درجة (9/34) أي (3.83) مرتفعة، والبعد الموقفي (6/23) أي (3.77) مرتفعة، فمن خلال نتائج المحاور تؤكد أنها في مرحلة متقدمة من التعافي النفسي.

رابعا: خلاصة الحالة:

ومن خلال تحليل محتوى المقابلة العيادية النصف موجهة التي أجريت مع الحالة، ومن خلال نتائج إستبيان "تقبل المرض" ومقياس "التعافي النفسي" لدى الحالة "وردة" التي تعاني من اضطراب الغدة الدرقية منذ أواخر عام (2022)، يظهر أن الحالة في عملية تقبل المرض ويعود بصورة تامة هذا من الدرجة الكلية المتحصل عليها وهي متوسطة (83/120)، حيث تحيا بنظرة جيدة لذاته وتقبله، حيث نلاحظ أن الحالة لها جانب "صراع مع ذاتها" وهذا يمكن أن يرجع للتقلبات المزاجية التي تعيشها، ومن جهة الحالة لديها الإلتزامية بالإنظام بالأمور العلاجية،

ومن هنا نستطيع القول أن الحالة إلى غاية الساعة لم تستكمل عملية تقبلها للمرض، وظهر ذلك من خلال ما صرحت به في المقابلات العيادية النصف موجهة، ورغم نتائج الإستبيان الذي أظهر تناقض كبير في أقوال الحالة في المقابلة ومن خلال إجابتها على الإستبيان، وهذا راجع في نظرنا لحالتها النفسية وصعوبة العلاج المتلقي وأنه مرض مزمن.

أما فيما يخص مقياس "التعافي النفسي" يتضح لنا أن الحالة حصلت على درجة مرتفعة في محور البعد الفلسفي حيث قدرت بـ (34)، وهذا ما تؤكدته نتائج تحليل مضمون المقابلة، حيث يبرز هذا أن الحالة في شعور القوي بالمعنى و الهدف، ثم يأتي محور العلاقات مع الآخرين بدرجة قدرت بـ (30)، هذا يعني على وجود شبكة دعم فعالة تساعد على الإستمرار في التعافي، أما محور صفات الشخصية فقد تحسنت الحالة على درجة (24)، وهذا يشير إلى تحسن في تقدير الذات والقدرة على اتخاذ القرارات الشخصية.

وفي الأخير جاء البعد الموقفي لتعافي النفسي بدرجة مرتفعة قدرت بـ (23) حيث تتمتع الحالة بدرجة عالية من التكيف الإيجابي.

وعليه بعد تحليل البيانات المتاحة لإستبيان "تقبل المرض" ومقياس "التعافي النفسي"، توصلت الدراسة أن الحالة لديها تقبل المرض، وهذا يعني أنها في حالة تتقبل المرض وفيتتبعها لتعليمات الموصوفة بانتظام، فتقبل المرض يؤدي إلى تحسين في حالة المرض، ويساهم في إدارة المرض بشكل كبير، ويؤدي إلى تحسين الحالة الصحية العامة والنفسية لمرضى إضطراب الغدة الدرقية.

أما بالنسبة لمقياس "التعافي النفسي" فقد تحسنت الحالة على درجة مرتفعة في كل الأبعاد حيث تحسنت على درجة قدرت بـ "30/111"، وهذا يعني أن الحالة "وردة" في إستعادت الإحساس بالسيطرة على مجريات حياتها وهي قادرة على مواجهة التحديات وبرز هذا في نتائج البعد الفلسفي والموقفي، أما بالنسبة للعلاقات مع الآخرين فأصبح لديها علاقات اجتماعية مستقرة وهذا يعني على مصدر الدعم النفسي والإجتماعي، لكن القدرة على إدارة الأعراض لا تعني زوال القلق تماما، بل إمتلاك أدوات فعالة للتعامل معه دون أن يعيق الأداء الوظيفي.

2.3.1. عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية:

أولا: تقديم الحالة:

الحالة "كريمة" امرأة تبلغ من العمر (36) سنة، متزوجة، ولها مستوى جامعي، تعيش مع زوجها، وضعها الحالي بطالة، تعاني من فرط في نشاط الغدة الدرقية منذ سنة (2019)، دون سوابق مرضية أخرى.

ثانيا: عرض وتحليل مضمون المقابلة للحالة:

تم إجراء المقابلة العيادية في المؤسسة الإستشفائية العمومية ببلدية " برج منايل " ولاية بومرداس وبالتحديد في مصلحة الطب الداخلي للنساء، قمنا بتقديم أنفسنا كطلبة في علم النفس الصحة، في صدد إعداد مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر، وطلبنا الإذن منهم لإجراء مقابلة عيادية، فوافقت الحالة على ذلك بكل تفهم، وبعدها قمنا بشرح كيفية سير المقابلة، أي كيفية إجرائها وذلك بطرح الأسئلة وحرية الإجابة، حيث تفهمت الحالة بصفاتها أخصائية نفسانية.

لاحظنا أن الحالة جاءت في مظهر لائق ونظيف ومرتب، وكانت الحالة في حالة حماس لإجراء المقابلة وتعاونت معنا بكل سرور.

بدأنا بالحديث عن طبيعة المرض وكيف بدأت أعراضه معها، فصرحت الحالة أن في بداية الأمر حدثت لها صدمة نفسية بسبب طردها من العمل وزواجها الفاشل ولمدة عام بدون أطفال، حيث صرحت عن هذا "بدأت حالتي مور محاوزوني مالخدمة وتزوجت زواج فاشل لقيت روجي فدوامة حاجة ما كيما تمنيت " حيث أن الحالة بدأت تعاني من إكتئاب حاد وصل بها الحال إلى حلق شعرها، الغلق على نفسها في غرفة مظلمة، حيث عبرت عن هذا بقولها "حبست صلاتي، دخلت فاكتتاب حففت شعري وليت نغلق على روجي فشمبرة مظلمة ابسط الأمور مولا تش نديرهم "، بعد هذا بدأت في ملاحظة نفسها ومراجعة الأعراض التي كانت تعاني منها، من قلق وتغير في السلوك من ناحية المعاملة مع الآخرين وأصبحت غير نشيطة وتراجع في الوزن ويصبح لونها أزرق حيث صرحت الحالة في هذا " وليت نروماكي سلوكاتي تبدلت نرد الهدرة وليت فنيانة كنت نحب مطالعة سبور وليت والو وبديت نشيان ونولي زرقة " بعدها الحالة قررت الذهاب إلى الطيبة لإجراء فحوصات، فطلبت منها الطيبة إجراء تحاليل، وبعد قيام الحالة بالتحاليل وجدت فرط في نشاط الغدة الدرقية بنسبة (50) والفيتامين "د" بنسبة (0.02)، بعد معرفة الحالة بمرضها شعرت بالسعادة لأنها عرفت سبب المشاكل النفسية والصحية التي كانت تعاني منهم وأنها ليست مجنونة، وتحصلت على كل الأجوبة الأسئلة التي كانت تراودها، حيث عبرت عن هذا بقولها "أول حاجة بيني وبين روجي فرحت كنت نضل نسقسي روجي إذا أنا مهبولة وصلت وين نهدر مع روجي، مبعد كي عرفت بالمرض خلاص قلت بسبتو"، لكن على الرغم من استمرار الأعراض التي كانت تعاني منها الحالة وتغير في الوزن بعد ما كانت نحيفة إلا أن الحالة كانت في تقبل المرض لمعرفة أنها ليست خطيرة، حيث صرحت الحالة "مام بقاوا نفس الاعراض وزاد وزني بصح تقبلت المرض باسكو سقسيت وقالولي ماشي خطير"، وتصرح كذلك الحالة أنها لم تكن مثقفة على المرض ولم تكن لها معلومات كافية عن المرض وأنها يجب أن تشرب أدويتها الموصوفة لها فوصل بها الأمر إلى الاستئصال الغدة الدرقية، حيث قالت الحالة "مكنتش نعرف بلي لازم نشرب الأدوية وفيتامينات وصلت قريب ندير استئصال"، بعد وصول الحالة إلى استئصال تداركت الوضع وبدأت في

إتباع الإرشادات الطبية وبدأت أعراضها في تناقص حيث صرحت الحالة "مورها فقت وليت نشرب كامل الأدوية لي مدهملي طبيب".

فيما يتعلق بأفراد العائلة، فيوجد أبيها وعماتها مصابين بإضطراب الغدة الدرقية، ولذا يمكن إرجاع الإصابة إلى العامل الوراثي والصدمة النفسية التي كانت محفز لظهور الأعراض، وهذا ما أكدته الحالة في قولها " يمكن يكون وراثي بصح الصدمة لي جاتني هي سباب المرض واش راني نعاني".

بالنسبة للعلاج، فالحالة في الأول كانت متقبلة العلاج وكانت متتبعة لنصائح الطبيبة ومتقبلة المرض والعلاج لأنه أصبح جزء من حياتها، لكن بعد مدة لم تعد متقيدة بنصائح الأطباء ولا بالدواء الموصوف، يظهر هذا في قولها " فلول كنت نشرب دوايا بصح مورها قتلوني بالدواية ومغدهمش فايذة مفادوني بوالو هلكوني".

أما من الناحية الحمية الغذائية، فوجدت الحالة انها من أصعب التحديات أن تقوم بالحمية الغذائية وهذا راجع لغلاء المعيشة وعدم قدرتها على شراء الكمالات الغذائية والقيام بالتحاليل في كل مرة حيث قالت " أصعب حاجة هي ريجيم جاني غالي ومقدرتش نشري ونزيد ندير تحاليل"، لكن رغم هذا الحالة تضع حمية خاصة بها على حساب إستطاعتها حيث صرحت " وليت طبيبة نفسي ندير حمية وحدي بواش نقدر"، حيث صرحت كذلك أن أكبر التحديات في هذا المرض هي الأعراض النفسية و الجسمية من تقلبات المزاج وزيادة في الوزن، حيث نلتمس هذا في قولها " من اكبر تحديات المرض هي الاعراض زاد وزني وتقلبات المزاجية".

بالنسبة لسؤالنا حول هل تحتاج لمزيد من المعلومات حول تقبل المرض، كانت الإجابة "نعم الحمد لله لدي معلومات كافية لكن إذا يوجد المزيد أريد أن اعرف أكثر".

أما فيما يخص الأسرة وما إذا كان لها تأثير في التخفيف من حدة المرض، فكان رد الحالة أن أسرتها لم تلعب أي دور في رحلتها مع المرض، حيث أنها كانت تعاني من التمر على شكل جسمها ووزنها بعد المرض ، حيث قالت الحالة " رقبتي صغيرة يضلوا يضحكو عليها " وكانت كذلك تعاني من الإحباط من طرفهم لم يبدو لها الدعم النفسي المعنوي ولا التشجيع حيث صرحت "كي نقللهم شينت ول راني نشيان يهبطولي لمورال يقولولي مزالكي سمينة "

أما من ناحية حل المشكلات فالحالة غالبا ما تلجأ إلى حل مشكلاتها بطريقة مباشرة لأن هذا يعود عليها بالإيجاب حيث صرحت الحالة " إيه كي يكون عندي مشكل نحلو ثمث منبقاش ندور في راسي لازم نريح".

ومن ناحية أخرى أصبحت الحالة واضحة مع نفسها ومع كيفية تسيير مشاعرها والتحكم بها وتعطي فرصة للتعبير عن نفسها ومشاعرها، حيث عبرت عن هذا "وليت نشوف روعي فلمرايا ونسقسيتها واش تسحق ونجاوب روعي وليت صافية

مع نفسي ونفهم روعي واش حابة"، ومن جهة أخرى ترى الحالة تقوم بنشاطات تمنحها الراحة والإسترخاء منها مشاهدة النجوم والبحر والجلوس في الطبيعة حيث نلتمس هذا في قولها "تحب نقعد نتفرج فالبهر والنجوم ونقعد فالتطبيعة".

وعن نظرتها المستقبلية، هي نظرة تفاؤلية فيها أمل وتمني النجاحوالشفاء، كما نرى فنظرتها أن لديها طموح في العمل، حيث نلتمس هذا في قولها "راني حابو نبرا، نزيد ندير نظام غذائي صحي، ونزيد نولي ناضجة أكثر، نفسيا وعقليا".

كما تريد أن تصبح أكثر استقلالية وتصبح ناضجة، وتتخبط في جمعيات لمحاربة المرض، حيث قالت "حببت نولي ناضجة ننصح ناس كيفاش يتفادو المرض ونولي أكثر استقلالية".

حيث أكدت لنا خلال الحديث معها أن الحالة في بداية المرض كانت تعاني من الإكتئاب والإنغلاق على النفس بسبب المرض، إلا أن بعد وعيها بذاتها وإرادتها أصبح لديها النظرة تفاؤلية وأصبحت طموحة في التغلب على مشاكلها ومرضاها. في النهاية اقترحنا على الحالة الإجابة على أدوات الدراسة وهي "استبيان تقبل المرض" و"مقياس التعافي النفسي" وذلك حسب ما يناسبها، موضحين لها أنه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة، فوافقت الحالة على الإجابة ولم يكن لها أي مشكلة.

ثالثا: عرض وتحليل نتائج أدوات الدراسة:

أ. عرض نتائج إستبيان "تقبل المرض":

قمنا بتطبيق إستبيان "تقبل المرض" على الحالة "كريمة" في جو ملائم داخل مصلحة الغدد الصماء، كما قمنا بشرح كيفية الإجابة عليه بوضع الإشارة / في المكان المناسب للحالة، حيث مدة الإجابة لم تتجاوز أربعين دقيقة.

من خلال الدرجة الكلية لإستبيان تقبل المرض، يتضح لنا أن الحالة "كريمة" قد تحصلت على درجة (42/120)، وهي درجة منخفضة، في تقبل المرض، وهذا يمكن إرجاعه لنظرة المريض لذاته ومدى عدم تقبلها لجسمها ونظرتها سلبية لذاتها، مما يدل هذا على التأثير على نوعية الحياة التي تحياها المريضة حيث يرجع كذلك إنخفاض في تقبل المرض لعدم الإلتزام بالحالة بالتوجيهات والإرشادات الطبية والحمية الغذائية، كما نجد كذلك عدم الدعم النفسي الكافي الذي يساعد على تقبل المرض.

ب. عرض وتحليل نتائج مقياس "التعافي النفسي":

قمنا بتطبيق مقياس "التعافي النفسي" على الحالة "كريمة" في جو ملائم داخل مصلحة الغدد الصماء، كما قمنا بشرح كيفية الإجابة عليه بوضع الإشارة / في المكان المناسب للحالة، حيث مدة الإجابة لم تتجاوز أربعين دقيقة

الحالة "كريمة" حصلت في مقياس التعافي النفسي، على الدرجة الكلية التي قدرت بـ 129 / 150 فهي درجة جيدة ومرتفعة في التعافي النفسي.

فعليه فإن الحالة "كريمة" لديها مستوى مرتفع في التعافي النفسي.

جدول رقم (21) : نتائج تطبيق مقياس التعافي النفسي بأبعاده.

الأبعاد	درجة كل فقرة	مجموع
صفات الشخصية	5-5-5-4-4-5-3	31
العلاقات مع الآخرين	4-3-3-3-2-3-4-4-5	29
البعد الفلسفي	5-5-5-5-5-5-5-5	40
البعد الموقفي	4-5-5-5-5-5	29
المجموع		129
مرتفعة		

وتحصلت في بعد الصفات الشخصية على درجة (7/31) أي (4.42) مرتفعة، فهذا يدل على أن الحالة مدعومة بإيجابية، وهذا أثر بالإيجاب على علاقاتها مع الآخرين حيث حصلت في محور العلاقات مع الآخرين على درجة (8/29) أي (3.62) مرتفع قليلاً، أما في البعد الفلسفي حصلت على درجة (9/40) أي (4.44) مرتفعة جداً ، والبعد الموقفي (6/29) أي (4.83) مرتفعة.

فمن خلال نتائج الأبعاد تؤكد أنها في مرحلة جيدة من التعافي النفسي.

رابعاً: خلاصة الحالة:

ومن خلال تحليل محتوى المقابلة العيادية النصف موجهة التي أجريت مع الحالة، ومن خلال نتائج إستبيان "تقبل المرض" ومقياس "التعافي النفسي" لدى الحالة "كريمة" التي تعاني من اضطراب الغدة الدرقية منذ أواخر عام (2019)، تبين لنا أن الحالة لم تستكمل عملية تقبل المرض ويظهر ذلك في عدم تعايشها مع المرض بشكل طبيعي، وهذا ظاهر من خلال مؤشرات عملية تقبل المرض، حيث حصلت على درجة قدرت بـ (42/120)، مما يعني أنها تعيش معاش نفسي صعب، بالنسبة لمختلف نشاطاتها اليومية الخاصة أو الأسرية ، مما جعل التأثير متبادلاً مع نظرة الحالة لذاتها ومدى تقبلها ، الأمر الذي سبب الحالة الانطوائية والعزلة ، وذلك لم أبدت الحالة انصياعاً في الالتزام بالأمور العلاجية

وهذا يظهر من خلال أقوالها في المقابلة ، غير أنها إلى حد الآن في سن الثلاثين لا زالت لا تتبع خطة علاجية من عند الطبيب ، الذي ظهر لنا من خلال أقوالها في المقابلة النصف الموجهة.

أما فيما يخص مقياس التعافي النفسي يتضح لنا أن الحالة حصلت على درجة مرتفعة في محور البعد الفلسفي حيث قدرت بـ(40)، وهذا ما تؤكدته نتائج تحليل مضمون المقابلة، حيث يبرز هذا أن الحالة في شعور القوي بالمعنوالهدف، ثم يأتي بعد العلاقات مع الآخرين بدرجة قدرت بـ (29)، هذا يعني على وجود شبكة دعم فعالة تساعد على الاستمرار في التعافي، أما محور صفات الشخصية فقد حصلت الحالة على درجة (31)، وهذا يشير إلى تحسن في تقدير الذات والقدرة على إتخاذ القرارات الشخصية.

وفي الأخير جاء البعد الموقفي لتعافي النفسي بدرجة مرتفعة قدرت بـ (29) حيث تتمتع الحالة بدرجة عالية من التكيف الإيجابي.

وعليه بعد تحليل البيانات المتاحة من إستبيان " تقبل المرض"، توصلت الدراسة أن الحالة "كريمة" لم تظهر تقبل المرض، وهذا يعني أنها لم تتقبل المرض ولعدم تتبعها التوجيهات الطبية بشكل مستمر على المدى الطويل، وكل هذا يعود بالسلب على عدم إهتمام الحالة بصحتها ورغبتها في التحسن والإستقرار.

أما بالنسبة لمقياس "التعافي النفسي"، فالحالة حصلت على درجة مرتفعة في البعد الفلسفي وبعد صفات الشخصية أما في بعدالعلاقات مع الآخرين والبعد الموقفي، وهذا يعني أن الحالة لديها تعافي نفسي جيد رغم عدم تقبلها للمرض بشكل مستكمل.

3.3.1. عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة:

أولاً: تقديم الحالة:

الحالة "سامية" سيدة تبلغ من العمر 58 سنة، متزوجة وماكثة في البيت، أم لثلاثة أطفال، ذات مستوى دراسي ابتدائي ومستوى إقتصادي متوسط، تعيش في أسرة مكونة من الزوج والإبن وزوجة الإبن، تعاني من اضطراب في الغدة الدرقية منذ 10 سنوات وسوابق مرضية أخرى المتمثلة في الداء السكري، ضغط الدم وهشاشة العظام.

ثانياً: عرض وتحليل مضمون المقابلة العيادية للحالة:

تم إجراء المقابلة العيادية في المركز الإستشفائي الجامعي لولاية تيزي- وزو وحدة " سيدي بالوة "، في مصلحة أمراض الرئة.

قمنا بتقديم أنفسنا كطلبة في قسم علم النفس تخصص الصحة، وفي صدد إعداد مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر، وطلبنا الإذن من السيدة "سامية" لإجراء مقابلة عيادية معها، فوافقت على ذلك دون معارضة، بعدها قمنا بتوضيح مضمون المقابلة لها وكيفية سيرها أي إجراءاتها وتوضيح أهم النقاط التي سيتم التطرق إليها المتمثلة في طرح أسئلة حول حياتها الشخصية، وحالتها المرضية، وحرية الإجابة عليها، مع ذكر أن كل المعلومات والأجوبة التي ستصرح بها السيدة "سامية" لن يتم الإفصاح بها لأي شخص سواء الطبيب أو أحد أفراد العائلة، وسنلتزم بالسرية المهنية في بحثنا، فلم تعارض ذلك ووافقت على استمرار هذه المقابلة.

لاحظنا أن الحالة جاءت في صورة لائحة ومظهر نظيف ومرتب، وكانت مستعدة ومرتاحة للتجاوب معنا وذلك بفضل الأخصائية النفسانية المتواجدة في مصلحة أمراض الرئة التي منحها الثقة للتعامل معنا.

في بداية المقابلة تطرقنا إلى معرفة معلومات حول الحالة الصحية للسيدة "سامية" وطبيعة مرضها، وكيف بدأت أعراضه بالظهور، ووفقا لتعبيرها فهي تعاني من سوابق مرضية متمثلة في الداء السكري، ضغط الدم، وهشاشة العظام، واكتشفت في جانفي 2025 إصابتها بإضطراب في الغدة الدرقية حيث صرحت **nekk ligh helkegh sker , la tention aked atan n yeghsan waqil d roumatiz , deg janvier 2015, asmi yemout umghariw ad fellas ye3fou rebbi, yetaqfiyi nefes fesexegh di lqa3a winiyi direct ar hôpital** بمعنى " الحالة تعاني من الداء السكري وضغط الدم ومشكلة هشاشة العظام ، وفي (2015) عند وفاة والد زوجها تعرضت لضيق نفس حاد ما تسبب في فقدانها للوعي ونقلها مباشرة إلى المستشفى، بعد وصولها المستشفى أجرت الحالة عدة تحاليل وفحوصات فتوصل الطبيب إلى أن سبب ضيق النفس لديها وفقدانها لوعيها عائد لإصابتها ببكتيريا في الغدة الدرقية، وذلك اعتمادا على قولها **Ayen igxussen ad yernu , lhem n ljanaza ad rnugh lhem n watan, zigh miyitaqef nefes w fesexegh yenayid tbib d la bactérie is3igh di la théoride yliq ad ttdawigh** وحسب الحالة فإنها لم تتقبل ما سمعته من الطبيب وكانت في حالة صدمة وإنهيار عصبي وظهر هذا في قولها **duzzegh , Mi yebda tbib lehdour nagh ami xel3egh , rightt i ymeti ,la tention touliyi ,uliw i qerhiyi nagh assidi rebi ur zmiregh iwanchta n tlufa ur zmiregh iwatan** وهذا يعني " أن الحالة هنا في حالة فرع و خوف وقلق لدرجة أن ضغط الدم لديها ارتفع و تسارعت نبضات قلبها مصرحة أنها لا تستطيع مواجهة ضغوطاتها و مرضها".

ولما سألنا الحالة عن ردة فعلها حول تشخيص الطبيب لحالتها ، كانت إجابتها غيرمؤكدة وفيها نبرة حزن وألم في قولها : **mi sligh i tbib welah mazrigh , ma fehmech achou idyena negh, jamais sligh s**

« lehlak agi nighas waqil dayen d tagi id tagaraw ، بمعنى "لما سمعت للطبيب لم أفهم ماذا قال، لم أسمع بهذا المرض من قبل .أظن أنها نهايتي" ويمكن إرجاع هذه الإجابة السلبية المتعلقة بإعتقاد الحالة أنها ستفارق الحياة لنقص التوعية الصحية في مجتمعنا لأنها لم يسبق لها أن أخبرها أحد بمعلومات حول وجود مرض الغدة الدرقية.

فيما يتعلق عن أفراد عائلة الحالة فيوجد منهم من لديه اضطراب الغدة الدرقية، وهي ليست الوحيدة التي تعاني منه في عائلتها فهناك أمها وأختها كذلك وتعبّر عن ذلك بقولها : **asmi hedreggh yid weltma zigh oula d nettat tehlek am nek dina iyidena machi hacha nek zigh yema aked yesetma isnat** « **nes3a yiwen n problème achou kan nek akternsent** .بمعنى " لما إتصلت بأختي أخبرتني أنها كذلك تعاني من نفس مرضي هي وأمي وأختي الأخرى ،لكن حالتي أنا أكثر خطورة منهن " فهذا يعبر عن إحصائية وراثية المرض بما أن الحالة لديها أفراد من العائلة مصابين به إذا فالعامل الوراثي موجود .

من جانب ضغوطات الحياة، فقد أعربت الحالة أنها تجد صعوبات ولم تعد تستمتع بالحياة كما كانت قبل إصابتها بالمرض، حيث أصبحت إنسانة انطوائية وغير قادرة على القيام بنشاطات كالمعتاد، وتعاني كثيرا من المشاكل بسبب تقلباتها المزاجية، حيث صرحت : **ligh am ou3awdiw koulchi khedmeght ma d toura dayen** « **koulech yekfa our dqim sehaw our dyeqim lkhaten**» بمعنى " كنت كالحصان أقوم بكل شيء ، أما الآن كل شيء قد إنتهى لم تعد لدي الصحة والخطر" فمن خلال هذا تبين أن الحالة تجهد نفسها بالتفكير في حالتها وعجزها عن القيام بالأعمال التي اعتادت القيام بها.

أما بالنسبة للعلاج المخصص للحالة فهو علاج جراحي ودوائي ، حيث خضعت لعملية مستعجلة لإستئصال الغدة الدرقية، وقد صرحت الحالة عن خوفها الشديد وقلقها من العملية والموت خلالها في قولها **mi sligh ad oupirigh** « **dayen idamen fghehiyi nighas iban ad mtegh** اللون كأن الدم خرج مني قلت واضح أنني سأموت " فنلاحظ أن الحالة ذات نظرة سلبية وتشاؤمية وخوف من الموت وذلك راجع لخوفها على أولادها خاصة الذكور لأنهم غير متزوجين في ذلك الوقت حيث قالت: **anwa ayagin ad iwali rebbi sebhanou , ma3na anwa aybeden gher iqrouren inou our zwijen our s3in tawil le3moum nsen kerhenten ar woumi ad qimen**».

بمعنى "من لا يريد لقاء الله سبحانه ولكن من سوف يعتني بأولادي وهم غير متزوجين ولا مستقرين ماديا وأعمالهم يكرهونهم فمن سيقف إلى جانبهم" وأما عن العلاج الدوائي فقد كانت الحالة ملتزمة بتناول أدويتها في أوقاتها دون إهمال وهذا الإلتزام حسب ما صرحت به فهو راجع إلى رغبتها في التعافي من مرضها والعودة إلى أولادها بكل قواها حيث قالت:

«**nek dwaw teteght di lawan oursehzayegh ara rebbi yerayid sirebi nwarawiw hemdeght chekreght**».

بمعنى " أنا دوائي ألتزم به وأتناوله في وقته دون إهمال لأن الله سبحانه وتعالى أرجعني إلى حضن أولادي سالمة أشكره وأحمده على نعمته ".

أما فيما يخص الأسرة، فالحالة ترى أن الأسرة هي شيء أساسي في الحياة، وأعلى ما قد يملكه الإنسان، حيث تلقت المساعدة والدعم من أسرتها لتجاوز حالتها المرضية، في قولها: «**ma teghli yesek oulach waybeden yidek men ghir tawachoultik, nek oufigh gher yirebiw argaziw d warawiw our oufigh hed niden**».

بمعنى " لما تتعرض لمشاكل لن تجد أحدا بجانبك من غير عائلتك، فأنا وجدت زوجي وأولادي في محنتي". فنجد أن الدعم الأسري ساعد الحالة في تقبل مرضها وتجاوز الصعوبات التي واجهتها خلال رحلتها مع المرض

وعن نظرتها المستقبلية نجدها في البداية نظرة سلبية تشاؤمية، بسبب الخوف من العملية وهذا أمر طبيعي، لكنها بعد إنهاء العملية بنجاح وعودتها لعائلتها سالمة وتمكنها من تزويج أولادها وإستقلالهم ماديا تغيرت نظرتها وأصبحت إيجابية وتفاؤلية. وثلتمس هذا من خلال قولها: «**hamdoulah ya rebi fgheghd salamat seg l'opération,, arawiw zewjeghassen oughalen s tawil nssen nchlh ar zdat ayen ilhan ayilin madam rebbi yidnegh koulchi ger ifasnis**»

بمعنى " الحمد لله خرجت سالمة من العملية، أولادي قمت بتزويجهم وكلهم إستقروا ماديا إنشاء الله في المستقبل لن يكون إلا الأشياء الجميلة ما دام الله معنا كل شيء بين يديه ".

في نهاية المقابلة إقترحنا على السيدة "سامية" الإجابة على أدوات الدراسة المتمثلة في " إستبيان تقبل المرض " و"مقياس التعافي النفسي" وذلك حسب ما يناسبها، موضحين لها أنه لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة، فوافقت الحالة على الإجابة ولم يكن لها أي إشكال.

ثالثاً: عرض وتحليل نتائج أدوات الدراسة:

أ. عرض وتحليل إستبيان "تقبل المرض":

قمنا بتطبيق إستبيان "تقبل المرض" على الحالة "سامية" في جو ملائم في المركز الإستشفائي الجامعي لولاية تيزي- وزو وحدة " سيدي بالوة "، في مصلحة أمراض الرئة، كما قمنا بشرح كيفية الإجابة عليه بوضع الإشارة (+) في الخانة المناسبة، موضحين لها أنه لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة، حيث مدة الإجابة لم تتجاوز أربعين دقيقة.

أظهرت نتائج إستبيان "تقبل المرض" على الحالة "سامية"، حصولها على درجة 59 من 120، ما يُعادل نسبة 49.2% من الدرجة الكلية الممكنة. وتشير هذه النتيجة إلى مستوى منخفض إلى متوسط من التقبل، وهو ما يُعد مؤشراً على وجود صعوبات معينة في التكيف مع المرض. فقد تعاني الحالة من مشاعر مثل الرفض، الإنكار، أو الإحباط المرتبطة بوضعها الصحي، كما قد تظهر مقاومة داخلية لقبول التغيرات التي يفرضها المرض على نمط حياتها، أو تشعر بتهديد لهويتها الذاتية والاجتماعية.

ويُعتبر هذا المستوى من التقبل غير كافٍ لتحقيق التكيف النفسي الإيجابي المطلوب، وقد تكون له انعكاسات على الجوانب الإنفعالية والاجتماعية للفرد، مثل انخفاض جودة الحياة، وزيادة مستوى التوتر أو الإكتئاب، وتراجع الانخراط في العلاج وعملية التعافي النفسي أو التعايش الإيجابي مع المرض.

ب. عرض وتحليل نتائج مقياس "التعافي النفسي":

قمنا بتطبيق مقياس "التعافي النفسي" على الحالة "سامية" في جو ملائم في المركز الإستشفائي الجامعي لولاية تيزي- وزو وحدة " سيدي بالوة "، في مصلحة أمراض الرئة، كما قمنا بشرح كيفية الإجابة عليه بوضع الإشارة (+) في الخانة المناسبة، موضحين لها أنه لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة، حيث مدة الإجابة لم تتجاوز أربعين دقيقة.

أظهرت نتائج تطبيق مقياس "التعافي النفسي" على الحالة "سامية"، تحصلت على درجة 95 / 120، ما يُعادل نسبة 79.2% من الدرجة الكلية الممكنة، هذه النسبة تدرج ضمن المستوى المرتفع من التعافي النفسي.

وتشير إلى أن الحالة تتمتع بقدرة نفسية جيدة على التكيف مع مشكلتها الصحية أو النفسية، وتمتلك مستويات جيدة من الأمل والمعنى في الحياة.

الجدول رقم (22): نتائج تطبيق مقياس وأبعاد "التعافي النفسي"

الأبعاد	درجة كل فقرة	مجموع
صفات الشخصية	2-4-5-4-3-3-2	23
العلاقات مع الآخرين	1-3-4-2-2-2-4-2	20
البعد الفلسفي	3-2-3-2-5-4-3-2-3	27
البعد الموقفي	3-5-5-4-4-2	23
المجموع		93
متوسطة		

كما تحصلت الحالة "سامية" في بعد الصفات الشخصية على درجة (7/23) أي (3.28) متوسطة فهذا يدل على أن الحالة غير مدعومة بإيجابية ، وهذا أثر بالسلب على علاقاتها مع الآخرين حيث تحصلت في بعد العلاقات مع الآخرين على درجة (8/20) أي (2.5) متوسطة، أما في البعد الفلسفي تحصلت على درجة (9/27) أي (3.0) متوسطة ، والبعد الموقفي (6/23) أي (3.83) مرتفعة.

فمن خلال هذه النتائج فإن الحالة "سامية" في مرحلة متوسطة من التعافي النفسي.

رابعاً: خلاصة الحالة:

ومن خلال تحليل محتوى المقابلة العيادية النصف موجهة التي أجريت مع الحالة "سامية"، ومن خلال نتائج إستبيان "تقبل المرض" ومقياس "التعافي النفسي"، حصلت الحالة على درجة 120/59، وهي درجة تقع في النطاق المنخفض إلى المتوسط، ما يشير إلى أن الحالة تواجه صعوبة نسبية في تقبل المرض والتكيف معه.

هذا قد يعكس وجود مشاعر إنكار أو مقاومة داخلية لحقيقة المرض، أو إحساس بعدم الرضا عن الذات والحياة نتيجة للقيود الصحية التي فرضها المرض، وقد يشير إلى أنها لم تصل بعد إلى مرحلة التقبل الإيجابي الذي يسمح لها بإعادة بناء التوازن النفسي والاجتماعي في ظل وجود المرض.

في المقابل، أحرزت الحالة درجة 93 من 120 على مقياس "التعافي النفسي" وهي درجة مرتفعة تدل على أنها تتمتع بمستوى عالٍ من التعافي النفسي، هذا يشير إلى وجود مؤشرات واضحة على القدرة على التكيف، وإستعادة المعنى، والعيش بفعالية رغم التحديات الصحية، تعكس هذه النتيجة توفر آليات نفسية داعمة مثل: المرونة النفسية، الأمل، القبول التدريجي، والدعم العائلي.

رغم أن مستوى التقبل ما يزال دون المتوسط، فإن إرتفاع درجة التعافي النفسي يدل على وجود آليات تعويضية داخلية (مثل الدعم الاجتماعي، أو الموارد النفسية الإيجابية كالأمل والتفاؤل) أو الخصائص الشخصية (مثل التوجه الإيجابي أو الإيمان بالقضاء والقدر) قد أسهمت في تعزيز مؤشرات التعافي، رغم عدم إستكمال مسار التقبل الداخلي فهي تساعد الفرد على إدارة تأثيرات المرض بشكل فعال. هذا التباين بين المقياسين قد يُفسّر في ضوء أن التعافي النفسي لا يتوقف فقط على التقبل المعرفي للمرض، بل يشمل أيضاً جوانب أخرى كإعادة بناء الذات، وإستعادة المعنى، والقدرة على الإستمرار في الحياة رغم المعاناة الصحية.

4.3.1. عرض وتحليل نتائج الحالة الرابعة:

أولاً: تقديم الحالة:

الحالة "إبراهيم" شاب يبلغ من العمر 28 سنة، أرمل منذ ثلاثة سنوات، أب لطفل واحد، يحتل المرتبة الثالثة بين الإخوة، ذو مستوى دراسي جامعي ومستوى إقتصادي متوسط. موظف في قطاع التعليم الثانوي يعيش في أسرة مكونة من الجدة والأب والأم وأخته، يعاني من اضطراب في الغدة الدرقية (سرطان الكشمي) منذ سنتين يعاني من سوابق مرضية المتمثلة في الروماتيزم، كما يعاني من إدمان على الكحول.

ثانياً: عرض وتحليل مضمون المقابلة العيادية للحالة:

تم إجراء المقابلة العيادية في المركز الإستشفائي الجامعي لولاية تيزي- وزو وحدة " سيدي بالوة "، في مصلحة أمراض الرئة. قمنا بتقديم أنفسنا كطلبة في قسم علم النفس تخصص الصحة، وفي صدد إعداد مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر، وطلبنا الإذن من الحالة "إبراهيم" لإجراء مقابلة عيادية معه، في البداية لم يوافق على ذلك لكنه وبعد التحدث معه وتوضيح مضمون المقابلة وكيفية سيرها أي إجراءاتها وتوضيح أهم النقاط التي سيتم التطرق إليها المتمثلة في طرح أسئلة حول حياته الشخصية، وحالته المرضية، وحرية الإجابة عليها، مع ذكر أن كل المعلومات والأجوبة التي سيصرح بها الحالة "إبراهيم" لن يتم الإفصاح بها لأي شخص سواء الطبيب أو أحد أفراد العائلة، وسنلتزم بالسرية المهنية في بحثنا، فوافق ولم يعارض ذلك ووافق على إستمرار هذه المقابلة.

لاحظنا أن الحالة جاء في صورة لائقة ومظهر نظيف ومرتب، وكان مستعداً ومرتاحاً للتجاوب معنا وذلك بفضل الأخصائية النفسانية المتواجدة في مصلحة أمراض الرئة التي منحتنا الثقة للتعامل معنا.

في بداية المقابلة لاحظنا أن الحالة " إبراهيم" لديه نوع من التردد، بعد القيام بالتعرف عليه وكسب ثقته، تطرقنا إلى معرفة معلومات حول حالته الصحية وطبيعة مرضه، وكيف بدأت أعراضه بالظهور، ووفقاً لتعبيره فهو يعاني من سوابق

مرضية تتمثل في مرض الروماتيزم، ولديه إدمان على الكحول نتيجة وفاة زوجته، واكتشف في سبتمبر (2023) إصابته بإضطراب في الغدة الدرقية المتمثل في " السرطان الكشمي" حيث صرح: " من نهار توفات مرتي تاج راسي قلبي لي بلا بيها ما نقدرش نعيش...سوفريت موراها وليت غير الشراب والسكران ،وفي سبتمبر (2023) وليت نحس بحلقي يوجع فيا و كي نسعل نسعل الدم ولات تبان واحد الكتلة غريبة في رقبتني ما نقدر نتنفس ولا نبلع وصوتي تبدل واحد لوجع يقتل وزيد شينت بزاف "،بمعنى: " من اليوم الذي توفيت فيه زوجتي تاج رأسي وقلبي التي لا أستطيع العيش بدونها...عانيت وراءها أصبحت أتعاطى الكحول ، وفي سبتمبر (2023) صرت أحس بألم في حلقي ولم أسعل ألاحظ خروج الدم وأصبحت تظهر كتلة غريبة في رقبتني لا أستطيع التنفس أو البلع حتى صوتي تغير وفقدت نصف وزني " .

عند سؤالنا للحالة عن كيف بدأت أعراض سرطان الغدة الدرقية صرح لنا أنها بدأت بعد وفاة زوجته حيث لاحظنا سكوت الحالة لمدة ثلاثة دقائق مع بكاء هستيري، بعدها تحدث حول إدمانه على الكحول وقام بوصف الأعراض التي لاحظها،فقد أصبح يحس بألم على مستوى حلقه حيث يواجه صعوبة في البلع والتنفس وعند سعاله يصاحبه خروج الدم كما لاحظ تغيرا في صوته مع ظهور كتلة غريبة في رقبتنه تنمو تدريجيا، فأجبرته والدته على الذهاب للمستشفى فذهب بعد إلحاح كبير فطلب منه الطبيب القيام بفحوصات وتحاليل في أسرع وقت ممكن حيث صرحت "الحالة "إبراهيم" : " بسيف باه قنعتني لعجوز ورحت طبيب ،غير لحقت وشافني تخلع قالي لازم **en urgence** تديروني **les analyses** وتعاود تولي ". بمعنى " بإلحاح وإصرار أمني إقتنعت وذهبت للطبيب ولما وصلت إندهش الطبيب من حالتي وطلب مني إجراء فحوصات في أسرع وقت " .

وبعد القيام بالفحوصات كلها وقام الطبيب بتشخيص حالته صرح الطبيب أن الحالة يعاني من السرطان الكشمي وهو من أندر أنواع سرطانات الغدة الدرقية بسبب تعاطي الكحول وصدمة نفسية سببت له خلل مناعي على مستوى الغدة الدرقية أثر على وظائفها ويجب أن يتم إخضاعه لعملية إستئصال الورم في أسرع وقت لأن حياته معرضة للخطر لكن الحالة رفض ذلك لأنه كان يريد الموت والإلتحاق بزوجته ويظهر ذلك في قوله: "كي درت كامل واش قالي ووليت عندو لقا عندي سرطان في الغدة الدرقية وسمو سرطان الكشمي بسبب صدمة نفسية وشراب لي كنت نشربو تسبب في إضطراب مناعي أثر على الوظيفة نتاع الدرقية وقالي بلي لازم ندير **opération le plus vite possible** بيسك هذا الكونسير نادر و يقتل وأنا قلتهاو في وجهو بلي منيش راح ندير واش قالي ربي حاب يجمعني مع مرتي وأنت تمنعني "،بمعنى " لما قمت بكل ما طلبه مني الطبيب أخبرني أنني مصاب بسرطان في الغدة الدرقية يدعى بسرطان الكشمي وهو نادر بسبب صدمة نفسية تسببت في إضطراب مناعي أثر على وظيفة الغدة وبسبب تعاطي الكحول ويجب الخضوع لعملية جراحية في أقرب وقت لأنه من الممكن أن أموت لكنني أخبرته مباشرة أنني لن أخضع لأي عملية فالله يريد أن يجمعني مع زوجتي وأنت تمنعني " .

فيما يتعلق بأفراد عائلة الحالة فلا يوجد منهم من لديه اضطراب الغدة الدرقية، وهو الوحيد الذي يعاني منه في عائلته وعبر عن ذلك بقوله: "فاعيلتي غير أنا لي مريض وعندي مشكل فالغدة الدرقية". بمعنى "في عائلتي أنا الوحيد الذي يملك مشكلة في الغدة الدرقية " فهذا لا يعبر عن احتمالية وراثية المرض بما أن الحالة ليس لديه أفراد من العائلة مصابين به إذا فالعامل الوراثي مستبعد.

من جانب ضغوطات الحياة، فقد أعرب الحالة أنه يجد صعوبات ولم يعد يستمتع بالحياة كما كان قبل وفاة زوجته، حيث أصبح إنسانا إنطوائيا وغير قادر على القيام بنشاطات كالمعتاد، لا يهتم بطفله ولا عائلته ولا يقوم بواجباته الأبوية ويعاني كثيرا من المشاكل بسبب تقلباته المزاجية وحالات السكر اليومية، حيث صرح : " ما وليتش كيما كنت بكري قبل ما تموت مرتي...وليت ما نحمل الغاشي نريح غير وحدي وما عندي حيل نخدم ولا ندير حاجة حتى وليدي ونسيتو ما نريح معاه ما نشوفو ما نصرف عليه ما والو حتى دارنا نسيتهم كامل وليت خطرة نضحك خطرة نبكي خطرة نعيط وكل يوم سكران ندخل للدار خابطها "،بمعنى " لم أعد كالسابق قبل وفاة زوجتي... صرت لا أتحمل الجلوس مع الناس أعزل نفسي عنهم ليس لي حيل لأعمل أو أن أقوم بشيء حتى إبنني نسيتته لا أجلس معه ولا ألتقيه أو أصرف عليه حتى عائلتي نسيت وجودهم مرة أضحك ومرة أبكي ومرة أخرى أصرخ وكل يوم أدخل المنزل في حالة سكر " .

فمن خلال هذا تبين أن الحالة بعد تعرضه لصدمة نفسية المتمثلة في وفاة زوجته التي يعتبرها أقرب شخص له لم يتمكن من تجاوزها حيث أصبح إنسانا مهملا أهمل إبنه وعائلته وواجباته اتجاههم وأصبح إنسان منعزل ومزاجي لا يقوم بأي نشاط ودائما يكون في حالة سكر.

أما بالنسبة للعلاج المخصص للحالة فهو علاج جراحي وإشعاعي وكيميائي، في البداية كانت الحالة "إبراهيم" معارضا لفكرة الخضوع للعملية والعلاج لكنه غير رأيه بعد رؤيته لزوجته في منامه حيث قال: "أنا كنت واجد نموت ونتلاقا بمرتي بصاح واحد المرة كنت مريح في قبرها داتني عيني ورقدت نمتها جاتني في لبسة الله لا تشوفك فيها قالتلي علاه راك تديرلي هاكا وتعذبني عرفتك راجل قد كلمتك راني خيلتك وليدي أمانة علاه خليتو وكسرت الوعد لي كان بناتنا " . بمعنى "كنت مستعدا للموت ولقاء زوجتي لكن في مرة من المرات كنت جالسا في قبرها فأخذتني عيني وغفوت فجاءتني في منامي زوجتي في ملابس رثة قالت لي لماذا تفعل هذا بي وتعذبني عرفتك رجلا ذو كلمة تركت لك ولدي أمانة لماذا تركته وخنت وعدك لي " .

وهنا نفهم أن الحالة قام بتغيير رأيه ورغبته في الشفاء من المرض راجع إلى رغبته في الوفاء بالوعد الذي قطعه على زوجته المرحومة والإعتناء بطفله الصغير فهذا ما حفزه وشجعه على إتمام رحلة العلاج.

أما فيما يخص الأسرة، فالحالة يرى أن الأسرة هي شيء أساسي في الحياة، وأعلى ما قد يملكه الإنسان، حيث تلقى المساعدة والدعم من أسرته لتجاوز حالته المرضية وإعتبر ابنه الحافز للشفاء، في قوله: " وقفو معايا دارنا وعاونوني باه نبرا وتوليلي صحي ووليدي هو السبة الكبيرة لي خلاتني نكافح ونبرا ونولي ليه ونعوضو واش فات ". بمعنى " ساندتني عائلتي وساعدتني لأسترجع صحي وطفلي هو الدافع الكبير الذي جعلني أكافح للشفاء من مرضي للرجوع إليه وتعويضه عما فات".

فوجد أن الدعم الأسري ساعد الحالة وحفزه في تقبل مرضه وتجاوز الصعوبات التي واجهها خلال رحلته مع المرض.

وعن نظرته المستقبلية نجدها في البداية نظرة سلبية تشاؤمية، بسبب الخوف من العملية والموت خلالها وترك ابنه وهذا شيء طبيعي، لكنه بعد إنهاء العملية بنجاح وعودته لعائلته سالما وتمكنه من حمل ابنه بين ذراعيه لأول مرة بعد وفاة زوجته تغيرت نظرته وأصبحت إيجابية وتفاؤلية. ونلتمس هذا من خلال قوله: " قبل ما ندير العملية كنت خايف نموت ونخلي وليدي وحدو بصاح الحمد لله ربي شاف لوجه الملايكة لي خليتو فدار ورجعني ليه سالم وكى فطنت من العملية كانت لخطر لولة ملي ماتت مرتي لي نرفد فيها ولدي ربي يقدرني ويشفيني نديرلو فالدنيا دنيتين ". بمعنى " قبل القيام بالعملية كنت خائفا من أن أموت وأترك ابني وحيدا لكن الحمد لله ربي نظر لوجه الملائكة الذي تركته في المنزل وأرجعني إليه سالما ولما إستيقظت من العملية كانت أول مرة أحمل ابني بين ذراعي بعد وفاة زوجتي ربي يقدرني ويشفيني لأقوم بواجبي نحوه".

في نهاية المقابلة إقترحنا على الحالة " إبراهيم " الإجابة على أدوات الدراسة المتمثلة في " إستبيان "تقبل المرض" ومقياس "التعافي النفسي" وذلك حسب ما يناسبه، موضحين له أنه لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة، فوافق الحالة على الإجابة ولم يكن له أي إشكال.

ثالثا: عرض وتحليل نتائج أدوات الدراسة:

أ. عرض وتحليل نتائج إستبيان "تقبل المرض":

قمنا بتطبيق إستبيان "تقبل المرض" على الحالة "إبراهيم" في جو ملائم في المركز الإستشفائي الجامعي لولاية تيزي- وزو وحدة " سيدي بالوة "، في مصلحة أمراض الرئة، كما قمنا بشرح كيفية الإجابة عليه بوضع الإشارة (+) في الخانة المناسبة، موضحين له أنه لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة، حيث مدة الإجابة لم تتجاوز أربعين دقيقة.

أظهرت نتائج تطبيق إستبيان "تقبل المرض" على الحالة "إبراهيم" أنه تحصل على درجة 60 / 120، ما يُعادل نسبة 50% من الدرجة الكلية الممكنة. وتشير هذه النتيجة إلى مستوى تقبل متوسط يميل إلى الإنخفاض، وهو ما يعكس

صعوبة واضحة في التكيف النفسي مع الوضع الصحي الحالي، وتُعزى هذه الدرجة إلى عوامل معقدة، أبرزها تشخيص الحالة بسرطان الغدة الدرقية الكشمي، وهو من أكثر أنواع السرطان عدوانية، إلى جانب تعرضه لصدمة نفسية ناتجة عن فقدان زوجته، وإدمانه على الكحول، مما يشير إلى وجود آليات مواجهة سلبية تُضعف من قدرته على التقبل. ويُعتبر هذا المستوى من التقبل غير كافٍ لتحقيق التكيف النفسي الإيجابي المطلوب، وقد تكون له انعكاسات على الجوانب الإنفعالية والاجتماعية للفرد، مثل انخفاض جودة الحياة، وزيادة مستوى التوتر أو الاكتئاب، وتراجع الإنخراط في العلاج وعملية التعافي النفسي أو التعايش الإيجابي مع المرض.

ب. عرض وتحليل نتائج مقياس "التعافي النفسي" :

قمنا بتطبيق مقياس " التعافي النفسي " على الحالة "إبراهيم " في جو ملائم في المركز الإستشفائي الجامعي لولاية تيزي- وزو وحدة " سيدي بالوة "، في مصلحة أمراض الرئة، كما قمنا بشرح كيفية الإجابة عليه بوضع الإشارة (+) في الخانة المناسبة، موضحين له أنه لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة، حيث مدة الإجابة لم تتجاوز أربعين دقيقة.

أظهرت نتائج تطبيق مقياس "التعافي النفسي" على الحالة "إبراهيم"، أنه تحصل على درجة 123، ما يُعادل نسبة 82% من الدرجة الكلية الممكنة، هذه النسبة تندرج ضمن مستوى عالٍ من التعافي، يُعبّر عن قدرة ملحوظة على التكيف مع الأزمات النفسية وإستعادة التوازن الداخلي، رغم المعاناة من سرطان الغدة الدرقية الكشمي، ووجود صدمة نفسية إثر وفاة الزوجة، وإدمان الكحول. وتُظهر هذه النتيجة أن المفحوص يمتلك مرونة نفسية تُعينه على تجاوز الأزمات. تتجاوز أربعين دقيقة.

الجدول رقم (23): نتائج تطبيق مقياس التعافي النفسي بأبعاده.

الأبعاد	درجة كل فقرة	مجموع
صفات الشخصية	-5-5-5-4-4-5-3	31
العلاقات مع الآخرين	-1-4-5-4-3-3-4-4	28
البعد الفلسفي	-5-4-4-5-5-4-5-5-3	40
البعد الواقعي	-5-5-3-4-4-3	24
المجموع		123
		مرتفعة جدا

إذ تحصلت في بعد الصفات الشخصية على درجة (7/31) أي (4.42) مرتفعة جداً، فهذا يدل على أن الحالة مدعومة بإيجابية، وهذا أثر بالإيجاب على علاقاتها مع الآخرين حيث تحصلت في بعد العلاقات مع الآخرين على درجة (8/28) أي (3.5) متوسطة، أما في البعد الفلسفي تحصلت على درجة (9/40) أي (4.44) مرتفعة، والبعد الموقفي (6/24) أي (4.00) مرتفعة، فمن خلال النتائج فإن الحالة "إبراهيم" في مرحلة مرتفعة من التعافي النفسي.

رابعاً: خلاصة الحالة:

ومن خلال تحليل محتوى المقابلة العيادية النصف موجهة التي أجريت مع الحالة، ومن خلال نتائج إستبيان "تقبل المرض" ومقياس "التعافي النفسي"، تحصلت الحالة "إبراهيم" في إستبيان "تقبل المرض" على درجة 60 من أصل 120، مما يشير إلى مستوى متوسط في تقبل المرض، مع وجود صراعات داخلية وتذبذب في التعامل مع التشخيص المرضي.

وتحصل في مقياس "التعافي النفسي" على درجة 123، وهي درجة مرتفعة نسبياً تشير إلى وجود مؤشرات إيجابية على بداية التعافي النفسي، مثل إستعادة الأمل، وتكوين معنى جديد للحياة، والعودة إلى تحمل المسؤوليات.

ترجع بداية التدهور النفسي لدى الحالة إلى صدمة عاطفية شديدة تمثلت في وفاة زوجته، وهو ما شكّل نقطة تحول حاسمة في حياته النفسية والاجتماعية.

وقد أظهر المريض علاقة عاطفية قوية بزوجته، حيث عبّر عن إرتباط وجداني عميق بها، بعد الفقد، دخل المريض في حالة من الحزن الشديد والإنهيار النفسي، تخللتها نوبات إكتئابية حادة، مع إنسحاب إجتماعي وتراجع ملحوظ في أدائه اليومي، كما بدأ في تعاطي الكحول بشكل مفرط كآلية هروب وتخدير نفسي.

وقد لوحظ إهماله لطفله بشكل شبه تام، مع تعبيرات متكررة عن رغبته في الموت، ورفضه لمتابعة العلاج الطبي أو النفسي. وتُعد نقطة التحول الإيجابي في حالته تلك الرؤية المنامية التي أخبر بأنه رأى فيها زوجته الراحلة، والتي ناشدته من خلالها بأن يعتني بإبنهما، وهو ما أعاد إليه نوعاً من الدافع الداخلي نحو الحياة والرغبة في الشفاء والتعافي، بهدف إستعادة دوره كأب.

وتشير هذه الحالة إلى تفاعل معقد بين العوامل النفسية والاجتماعية والبيولوجية، حيث يبدو أن الصدمة النفسية لعبت دوراً مهماً في التدهور الجسدي والنفسي، إلا أن المعنى الشخصي المرتبط بالأبوة ورمزية الزوجة قد شكّلا محفزاً داخلياً فعالاً نحو إستعادة التوازن النفسي، مما يعكس أهمية العوامل الوجدانية والدينية والرمزية في عمليات التكيف والتعافي.

4.1. خلاصة عامة للأربع حالات:

من خلال عرض وتحليل نتائج الحالة (الأولى، الثانية، الثالثة، الرابعة)، توصلنا أن الحالة الأولى لديها تقبل المرض مرتفع وهذا راجع لأسلوب حياة الجيد التي تعيشه الحالة، أما الحالة (الثانية، الثالثة، الرابعة) لديهم تقبل المرض متوسط إلى منخفض، وهذا ما تم التأكيد عليه من خلال تطبيق إستبيان "تقبل المرض"، وهذا ما يزيد من خطورة المرض وزيادة تفاقم الأعراض وهذا راجع لعدم الإلتزامات بالأمور الطبية، ونوعية الحياة التي يحيها المريض ويمكن أن يؤدي إلى عواقب خطيرة على الصحة وحياة المريض في الحالات المزمنة.

أما بالنسبة لنتائج مقياس التعافي النفسي للحالات (الأولى، الثانية، الثالثة، الرابعة)، فلهيهم مستوى التعافي النفسي مرتفع في كل الأبعاد، رغم عدم تقبل لمرضهم، وهذا ما يؤدي إلى تحسين في حالة النفسية للحالات ويمكن من إنقاص في الأعراض المرض مثل تقلبات المزاجية، الإكتئاب، القلق.

وحسب Reach (ريتش) فإن التصورات التي يمتلكها المريض حول مرضه، وسبل متابعة علاجه، وسعيه للتماثل بالشفاء، وعامل الثقة بقدرة الطب على تحسين وضعيته، هي أمور حاسمة في العملية العلاجية (Agathe, Tonnel, 2014, p20)، وهذا ما أثبت عند الحالات أن لديهم تقل علاج إستنادا لتقنتهم بالأطباء والمختصين في المجال.

الإستنتاج العام:

إستهدفت الدراسة الحالية التي الموسومة بـ"تقبل المرض وعلاقته بالتعافي النفسي لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية" إلى الكشف أولاً عن مستوى تقبل المرض والتعافي النفسي، وثانياً الكشف عن علاقة تقبل المرض بالتعافي النفسي، وثالثاً البحث عن الفروق بين المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية في متغيرات الدراسة تبعاً لمتغير الجنس ومدة الإصابة بالمرض.

ولتحقيق هذا الغرض تم إجراء الدراسة الإستطلاعية التي مكنت من جمع قدر من المعلومات والبيانات على متغيرات الدراسة، وسمحت بتكليف أدوات الدراسة والمتمثلة في: مقياس "تقبل المرض" للباحث سليمان جريو (2018) و"مقياس التعافي النفسي" للباحثة مريم زيادات (2015) من خلال حساب شروطها السيكمترية على (30) مريض مصاب بإضطراب الغدة الدرقية بمصلحة طب الغدد الصماء بمستشفى برج منايل (بومرداس) ومصلحة أمراض الرئة بمستشفى بالوة (ولاية تيزي وزو).

وتم إستخراج عينة الدراسة الأساسية التي قدرت بـ(40) مريض مصاب بإضطراب الغدة الدرقية بمصلحة طب الغدد الصماء بمستشفى برج منايل (بومرداس) ومصلحة أمراض الرئة بمستشفى بالوة (ولاية تيزي وزو)، وتم تطبيق عليها الأدوات السابقة الذكر.

وجاءت نتائج الدراسة الحالية كما يلي: إذ توصلت الدراسة الحالية إلى العديد من النتائج التي تمت من خلال المعالجة الإحصائية لإختبار صحة الفرضيات.

نتائج الفرضية الأولى:

تحققت الفرضية الأولى، فيما يخص مستوى تقبل المرض لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية كما كان متوقعا من الباحثين، حيث جاءت النتائج متوافقة مع هذه الفرضية، وبينت أن مستوى تقبل المرض لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية، منخفض، بمعنى أن المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية لا يتقبلون مرضهم.

نتائج الفرضية الثانية:

تحققت الفرضية الثانية، فيما يخص مستوى التعافي النفسي لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية كما كان متوقعا من الباحثين، حيث جاءت النتائج متوافقة مع هذه الفرضية، وبينت أن مستوى التعافي النفسي لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية، منخفض، بمعنى أن المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية يعانون من عدم التعافي النفسي.

نتائج الفرضية الثالثة:

لم تتحقق الفرضية الثالثة، فيما يخص العلاقة بين تقبل المرض والتعافي النفسي لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية، وهذه النتيجة لم تكن متوقعة من الباحثين، حيث جاءت النتائج معاكسة مع هذه الفرضية، وبينت أنها لا توجد علاقة بين تقبل المرض والتعافي النفسي لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية.

نتائج الفرضية الرابعة:

تحققت الفرضية الرابعة فقط فيما يخص متغير مدة الإصابة بالمرض، بمعنى أن المرضى الذين أصيبوا بإضطراب الغدة الدرقية من سنة إلى أقل من 5 سنوات أكثر تقبل للمرض (إضطراب الغدة الدرقية) من المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية من 10 سنوات فأكثر.

في حين لم تتحقق الفرضية الرابعة فيما يخص متغير الجنس، وهذا يعني أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين الجنسين (المرضى والمريضات المصابين بإضطراب الغدة الدرقية)، فيقبل المرض. وعليه قد يكون لكلا الجنسين (المرضى والمريضات المصابين بإضطراب الغدة الدرقية) تقبل لمرضهم، أو العكس.

نتائج الفرضية الخامسة:

لم تتحقق الفرضية الخامسة حيث توصلت إلى أنه:

- لا توجد فروق دالة إحصائية بين الجنسين (المرضى والمريضات المصابين بإضطراب الغدة الدرقية)، في التعافي النفسي، وعليه قد يكون لكلا الجنسين (المرضى والمريضات المصابين بإضطراب الغدة الدرقية) تعافي نفسي، أو العكس.

- لا توجد فروق في التعافي النفسي، حسب متغير مدة الإصابة بالمرض (من سنة إلى أقل من 5 سنوات، من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات، من 10 سنوات فأكثر) لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية.

وعليه يمكن أن يستنتج من خلال الدراسة الحالية ما يلي:

✚ إنتشار مرض إضطراب الغدة الدرقية.

✚ لا يرتبط تقبل المرض بالتعافي النفسي لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية.

✚ لا يلعب متغير الجنس دورا في تقبل المرض أو التعافي النفسي.

✚ يلعب متغير مدة الإصابة بمرض إضطراب الغدة الدرقية دورا تقبل المرض، في حين ليس له دور في التعافي النفسي،

✚ يتبين من خلال نتائج الدراسة الحالية أهمية الإهتمام ودراسة هذا النوع من المواضيع التي تقيّد في تعزيز الصحة

النفسية لدى الأفراد المصابين بالأمراض المزمنة، وبالتالي مساعدتهم على تحقيق التوافق النفسي لديهم، وتبرز أهمية

دور معتقدات الفرد حول صحته ومدى تأثيرها على العلاج لدى المرضى، خاصة المصابين منهم بإضطراب الغدة الدرقية،

خاتمة:

بعد تناول متغيرات الدراسة المتمثلة في مفهوم تقبل المرض الذي هو عملية نشطة يتبناها الفرد من خلال فهمه لوضعه الصحي، والذي يشير إلى بناء مواقف داخلية جديدة تساعده على التكيف مع محدودياته، فهذا المفهوم يؤثر بدوره على التعافي النفسي، الذي يعتبر من أهم المتغيرات التي تصف مدى إستعداد واستجابة المريض للعلاج بشكل إيجابي، والالتزام بالتوجيهات الطبية بما في ذلك تناول الأدوية بانتظام، وحضور المواعيد الطبية، و الالتزام بتغييرات نمط الحياة، والمشاركة في برامج العلاج المناسبة، خاصة في حالة الأمراض المزمنة كمرض اضطراب الغدة الدرقية الذي يصيب الجهاز الهضمي ويتميز بالالتهابات في الحنجرة، كما يتسبب في أعراض القلق، الاكتئاب و تقلبات المزاجية، تأخر الإنجاب، زيادة أو نحافة في الوزن، مما يمثل حالة مزمنة تتطلب متابعة دورية من قبل الأطباء و المريض نفسه.

وفي رحلة المرض يمكن أن يؤثر هذا الأخير على حالة المريض الجسدية والنفسية، وهذا ما تناولته الدراسة الحالية من خلال الإحاطة بموضوع " تقبل المرض وعلاقته بالتعافي النفسي لدى المرضى المصابين باضطراب الغدة الدرقية"، التي هدفت إلى الكشف عن مستوى تقبل المرض والتعافي النفسي عند هؤلاء المرضى، وأيضاً الكشف عن العلاقة بين تقبل المرض والتعافي النفسي لديهم، وكذلك دراسة الفروق بين مرضى اضطراب الغدة الدرقية في تقبل المرض و التعافي النفسي تبعاً لمتغير مدة المرض (أقل من 5 سنوات، من 5 إلى 10 سنوات، 10 سنوات فأكثر).

ولاختبار فرضيات الدراسة الحالية، تم إجراء دراسة ميدانية، بما فيها دراسة إستطلاعية ودراسة أساسية على عينة من المرضى المصابين باضطراب الغدة الدرقية، البالغ عددهم (70) فرداً من كلا الجنسين (ذكور وإناث)، تم إختيارهم بطريقة قصدية، منهم (30) مريض للدراسة الاستطلاعية و(40) مريض للدراسة الأساسية.

وقد تم إتباع المنهجين الوصفي التحليلي والعيادي لإجراء هذه الدراسة، ولجمع البيانات تم الإعتماد على إستبيان "تقبل المرض" لـ سليمان جريو (2018) ومقياس "التعافي النفسي" لمريم الزيادات (2015)، اللذان تم تكييفهما ليلتأما عينة الدراسة الحالية.

كما تم إستخدام البرنامج الإحصائي للعلوم الإجتماعية (SPSS20) للقيام بالمعالجة الإحصائية في هذه الدراسة، وفي الأخير خلصت الدراسة الحالية إلى مجموعة من النتائج، هي:

- مستوى تقبل المرض لدى المرضى المصابين باضطراب الغدة الدرقية منخفض.
- مستوى التعافي النفسي لدى المرضى المصابين باضطراب الغدة الدرقية منخفض.
- لا توجد علاقة بين تقبل المرض والتعافي النفسي لدى المرضى المصابين باضطراب الغدة الدرقية.
- لا توجد فروق في تقبل المرض والتعافي النفسي لدى المرضى المصابين باضطراب الغدة الدرقية، حسب متغير الجنس.

خاتمة

- توجد فروق في تقبل المرض لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية، حسب متغير مدة الإصابة بالمرض (من سنة إلى أقل من 5 سنوات، من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات، من 10 سنوات فأكثر)، لصالح المرضى الذين أصيبوا بإضطراب الغدة الدرقية من سنة إلى أقل من 5 سنوات.

- لا توجد فروق في التعافي النفسي لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية، حسب متغير مدة الإصابة بالمرض (من سنة إلى أقل من 5 سنوات، من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات، من 10 سنوات فأكثر).

وعلى ضوء النتائج التي توصلت إليه الدراسة الحالية ومع إتفاقها مع مجموع من الدراسات السابقة أو على ضوء إختلافها مع مجموعة أخرى من الدراسات، تم التوصل إلى توصيات وإقتراحات قد تفتح أفقا جديدة لدراسات علمية وعملية أخرى، تمثل فيما يلي:

أ، التوصيات:

تتمثل التوصيات فيما يلي:

✚ إدماج الدعم النفسي ضمن البروتوكول العلاجي لمرضى الغدة الدرقية، عبر مرافقة مختصين في علم النفس لهم خلال مراحل العلاج المختلفة.

✚ السعي للتعرف على كل ما يتعلق بمرض إضطراب الغدة الدرقية وتأثيراته.

✚ تنظيم ورشات نفسية تثقيفية تركز على تعزيز تقبل المرض، وتدريب المرضى على مهارات التأقلم الإيجابي وإستراتيجيات المواجهة الفعالة.

✚ تشجيع العمل الجماعي بين الأطباء والأخصائيين النفسيين داخل المؤسسات الصحية، لتقديم رعاية شاملة ومتعددة الأبعاد.

✚ تكوين الممارسين في الصحة النفسية حول الخصوصيات النفسية للمصابين بأمراض مزمنة، خاصة تلك ذات الطابع الهرموني.

✚ الإستفادة من إسهامات علم نفس الصحة في الممارسات العيادية مع هؤلاء المرضى.

✚ العمل على إشراك الأسرة والمحيط الإجتماعي في المسار العلاجي للمريض، من خلال تحسيسهم بأهمية الدعم العاطفي والنفسي.

ب. الإقتراحات:

✚ دراسة نمط الشخصية التي يتميزون بها مرضى إضطراب الغدة الدرقية مما قد يساعد ذلك في التعرف على العوامل المساهمة وذلك لتقادي النسبة الكبيرة لإصابة به.

✚ القيام بدراسات مقارنة بين أنواع أمراض مزمنة مختلفة (كإضطراب الغدة الدرقية، السكري، السرطان...)، لفهم ما إذا كانت طبيعة المرض تؤثر في مستويات تقبل المرض و التعافي النفسي.

✚ دراسة متغيرات وسيطة أو مفسرة في العلاقة بين تقبل المرض والتعافي النفسي مثل: الدعم الاجتماعي، نوعية الشخصية، الصلابة النفسية، أو الوعي بالذات.

وفي الأخير يمكن القول أن نتائج الدراسة الحالية خاصة بالعينة وخصائصها، وهي نتائج دراسة وصفية كمية، وعيادية
كيفية، وقد تكون النتائج أكثر دقة لو تمت الدراسة على عينة كبيرة الحجم.

قائمة المراجع

1. أبو شامة فاطمة، (2012)، قوة الأنا وعلاقتها بأساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة لدى المرأة العاملة وغير العاملة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة بنها، مصر.
2. إبتسامحدهان، (2015)، فاعلية الذات المدركة وعلاقتها بالألم المزمن - دراسة مقارنة لدى عينة من المرضى وغير المرضى بمدينة ورقلة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر.
3. أبو الديار مسعد، (2011)، فاعلية برنامج إرشادي لتقدير الذات في خفض سلوك التمر لدى الأطفال ذوي اضطرابات الانتباه المصحوب بفرط النشاط، مجلة البحوث والدراسات النفسية - جامعة القاهرة، عدد فبراير.
4. أبو حسين سناء، (2012)، الصلابة النفسية والأمل وعلاقتها بالأعراض السيكوسوماتية لدى الأمهات المدمرة منازلهن في محافظة شمال غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الأزهر، غزة، فلسطين.
5. أبو ندى عبد الرحمان، (2007)، الصلابة النفسية وعلاقتها بضغط الحياة لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الأزهر، غزة، فلسطين.
6. إبراهيم نجلاء ونبيل عبد الله إستفانوس ورشا سعيد أبو العلا وأحمد محمد القطان وأحمد كمال عامر ورائيا محمد، (2024)، الكرينوفاجي في الخلايا الجريبية والخلايا المجاورة للجريب في الغدة الدرقية لذكور فئران زوكر المصابة بالسمنة، مجلة علم المجهر والبنى الفائقة، المجلد 12، العدد 2.
7. أبو زيد مصطفى، (2018)، الغدد الصماء ووظائفها، القاهرة: دار المعرفة.
8. البهذل دخيل بن محمد، (2014)، الفاعلية الذاتية وعلاقتها بعوامل الشخصية لدى المرشدين الطلابيين الملتحقين بدبلوم التوجيه والإرشاد ببعض الجامعات السعودية، مجلة العلوم التربوية والنفسية، مجلد 15، عدد 1.
9. بزاوي نور الهدى، (2016)، تقدير الذات لدى الطفل ضحية الإعتداء الجنسي، دراسات نفسية وتربوية، مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية، عدد 16.
10. البنوي مجدي عبد الله (2011)، أثر استخدام برنامج في الإسترخاء في تخفيف الضغوط النفسية لدى معلمي التربية الرياضية لمنطقة الكرك، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة مؤتة، الأردن.
11. البهي السيد فؤاد، (2000)، الأسس النفسية للنمو، القاهرة، مصر: دار الفكر العربي.
12. بن سكيريفة مريم وإبن زاهي منصور، (2015)، أساليب مقاومة الضغط النفسي المستخدمة من طرف المصابين بالداء السكري والنوع الثاني، دراسة ميدانية على عينة من المرضى بمستشفى محمد بوضياف ورقلة، مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية، العدد 18، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر.
13. الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA)، (2013).

14. جلال محمد جاسم وعبد رياس بدر ووكومار أحمد، (2019)، إختلال وظائف الغدة الدرقية لدمرضى السكري من النوع الثاني: دراسة حالة- ضابطة، مجلة أبحاث وممارسات الغدة الدرقية، المجلد 16، العدد 1.
15. الجندي محمد، (2017)، أمراض الغدد الصماء، القاهرة: دار الفكر العربي.
16. الجبوري م، (2020)، إنتشار اضطرابات الغدة الدرقية بين النساء في محافظة ديالى، مجلة الكلية الطبية العراقية، مجلد 3، 62.
17. حربوشسمية، (2009)، المهارات الإجتماعية وعلاقتها بتقبل داء سكري، دراسة إستطلاعية عينة من المرضى مصابين بالسكري (30.50) سنة بمدينة سطيف، رسالة ماجستير قسم العلوم الإجتماعية، جامعة لحاج لخضر.
18. حسين سعاد، (2020)، الصحة النفسية وجودة الحياة لدى مرضى الأمراض المزمنة، مجلة دراسات نفسية وإجتماعية، مجلد 12، جزء 1.
19. حمارنة فداء، (2017)، الغدد الصماء: مبادئ وأساسيات، عمان: دار المناهج للنشر والتوزيع.
20. حمودة خليل، (2020)، المرجع الطبي في الإضطرابات الهرمونية، بيروت: دار العلوم الطبية.
21. حسونة رامز، (2013)، فاعلية برنامج سلوكي معرفي في تعديل السلوك العدواني لدى الأطفال الجانحين في محافظة غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية بغزة، فلسطين.
22. الحموز عايد، (2006)، الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالقلق لدى طلبة جامعات الضفة الغربية في فلسطين، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القدس، فلسطين.
23. حسنين عبير، (2006)، برنامج تدريبي لتنمية مهارات اللغة لدى عينة من الأطفال في ضوء مصادر فاعلية الذات، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة المنوفية، مصر.
24. خنفر فتيحة، (2014)، الصلابة النفسية وعلاقتها بمركز الضبط لدى الطالب الجامعي-دراسة ميدانية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر.
25. الخطيب سعاد، (2014)، الأمراض الباطنية الشائعة، عمّان: دار المسيرة.
26. الخولي محمود حسان، (2018)، الغدد الصماء: دليل طبي معاصر، الإسكندرية، مصر: دار المعرفة الطبية.
27. الدباغ شمائل محمد والأسدي سارة علاء، (2016)، مفهوم الدعم الإجتماعي لنظرية التصميم الداعم للتعافي في الفضاءات الداخلية لدور رعاية المسنين، مجلة الهندسة والتكنولوجيا، عدد 1، مجلد 34، ص 22-37.
28. الدباغ شمائل محمد و الأسدي سارة علاء، (2016)، مفهوم الشعور بالسيطرة والتحكم للتصميم الداعم للتعافي- نظرية في تصميم الفضاءات الداخلية لدور رعاية المسنين، المجلة العراقية للمهندس المعمارية، عدد 4، ص 30-45.

29. درويش زينب، (2016)، الإنبساطية والمساندة الإجتماعية كمتنبئات بالصمود النفسي لدى النساء الأرامل في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية، مجلة كلية الآداب ، عدد 29 ، جزء 1.
30. دويدار عبد الفتاح محمد، (1999)، مناهج البحث في علم النفس ،مصر: دار المعرفة الجامعية، ط2.
31. الرفاعي عبد الرحمن، (2021)، مقدمة في علم المناعة السريرية، بيروت: دار المنهل.
32. الربابعة هالة، (2016)، الضغوط النفسية وأثرها على الغدد الصماء، مجلة العلوم النفسية والتربوية،مجلد 42، جزء 3.
33. راوية حمزة، (2016)، ملامح النظرية السلوكية في ظل مناهج تعليمية أنشطة اللغة العربية في الطور الأول من المرحلة الابتدائية في الجزائر - مدرسة الهاشمي سويد كنموذج، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة محمد خضير بسكرة، الجزائر.
34. الزيادات مريم، (2016)، تطوير مقياس التعافي النفسي للبيئة الأردنية، مجلة جامعة النجاح لأبحاث العلوم الإنسانية، مجلد 3، عدد 30.
35. زرواقنوال، (2013)، مستويات الصلابة النفسية لدى المراهق المصاب بداء السكري، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة محمد خضير بسكرة، الجزائر.
36. زيدان نبيل، (2019)، الغدد الصماء: التشريح والوظيفة المرضية، عمان: دار الشروق.
37. الزبيدي أحمد، (2018)، الغدد الصماء ووظائفها، بيروت: دار اليازوري العلمية.
38. السباعي نوال، (2019)، الأمراض المزمنة وتحديات الرعاية الصحية في العالم العربي، مجلة الصحة العامة، جزء 15، عدد 2.
39. سليمان فاطمة الزهراء، (2020)، إضطرابات الغدد الصماء: نظرة طبية ونفسية، الإسكندرية: دار الفكر الجامعي.
40. سامية عقاب، (2017)، التقبل و الإلتزام وعلاقته بسير الحالة الصحية للمصابات بسرطان الثدي ،أخصائية نفسية عيادية، رئيسة للصحة العمومية، ثالثة دكتوراه علم النفس العيادي، مركز مكافحة سرطان، بليدة.
41. سرار عائشة، (2022)، تقبل المرض وعلاقته بالذكاء الإنفعالي لدى عينة من مرضى السكري، مجلة الواحات و الدراسات ،جامعة باتنة (1) الحاج لخضر ،المجلد 15، العدد 2.
42. سليمان جريو، (2019) ، مستوى التدين وتقبل المرض لدى الراشد المصاب بداء السكري، أطروحة نهاية الدراسة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس، جامعة محمد خضير بسكرة.
43. سالم منى، (2019)، المبادئ السريرية في الطب الباطني، القاهرة: دار الفكر العربي.

44. ساعو مراد، (2010)، تأثير السند الإجتماعي (بأبعاده المختلفة) في الصحة النفسية لدى مرضى الغدة الدرقية، كلية علم النفس والتربية والأرطوفونيا ،مذكرة مكملة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة مولود معمري، تيزي وزو،الجزائر.
45. الشريف رولا، (2016)، فاعلية برنامج إرشادي لتدعيم نظام المناعة النفسية وخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى مراهقي الأسر المتضررة بالعدوان الأخير على غزة ، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية لغزة، فلسطين.
46. شعيب مازن، (2022)، دليل الأمراض الباطنية والغدد،بيروت: دار العلوم الطبية.
47. الشرع عادل، (2020)، مبادئ الطب الباطني والغدد الصماء، دمشق: دار العلوم الطبية.
48. شيلي تايلور، (2008)، علم النفس الصحي، الأردن: دار حامد للنشر والتوزيع.
49. الصبوة ،(2017)، دليل علمي تكاملي لعلاج الصدمة النفسية وإضطرابات كرب ما بعد الصدمة، مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
50. الصياح محمد،(2014)،فاعلية برنامج إرشادي معرفي-سلوكي لخفض درجة الإحتراق النفسي-دراسة ميدانية تجريبية لدى مدرسي ومدرسات المرحلة الثانوية في مدارس محافظة دمشق الرسمية،أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة دمشق، سوريا.
51. صالح منى، (2020)، الملوثات البيئية وصحة الإنسان،عمان: دار المناهج.
52. الطائي نهاد حسن، (2022)، تحليل مناعي لأجسام مضادة لدى مرضى قصور الغدة الدرقية في بغداد، مجلة كلية الطب – جامعة النهرين،مجلد 14،جزء 1.
53. العسلي عبد الجبار، (2021)، أنماط الحياة وعلاقتها بانتشار الأمراض المزمنة في المجتمع العربي، المجلة العربية للعلوم الصحية،جزء 14،عدد 1.
54. عبد الجليل سلمان وآخرون، (2018)، دور الأجسام المضادة في تشخيص التهاب الغدة الدرقية المناعي، مجلة العلوم الطبية الأساسية،جزء 26،عدد 1.
55. عبد المجيد،(2019)، الأمراض الباطنية والغدد الصماء،القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
56. عطية البحري،(2017)، فعالية برنامج تثقيفي صحي في رفع درجة تقبل المرض وتحكم الذاتي لدى مرضى السكري النمط الثاني.
57. عمر نجلاء، (2021)، التثقيف الصحي في المجتمعات العربية،الرياض: مكتبة العبيكان.
58. العتيبي عبد الله بن ناصر، (2018)، أمراض الغدد الصماء: تشخيص وعلاج، ، الرياض: دار العلوم للنشر.

59. عبد العزيز مفتاح، (2001)، علم النفس العلاجي: إتجاهات حديثة، عمان: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
60. عاشور سعاد عبد اللطيف، (2018)، أساسيات طب الغدد الصماء، الإسكندرية: دار المعارف.
61. عبد العال نجلاء محمد، (2019)، الغدد الصماء والتمثيل الغذائي، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
62. عبيدات أحمد، (2018)، أمراض الغدد الصماء، عمان: دار المسيرة.
63. عفيفي أحمد، (2012)، أمراض الغدة النخامية والتشخيص الإشعاعي، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
64. عبد العزيز رغد وبن صالح سهر ومسعودي عماني والعشيش فاتن والحماض مرام والسقيير سارة والحنطوشي عبير. والخراسي يزيد، (2021)، الارتباط بين اضطرابات الغدة الدرقية والسيطرة على نسبة السكر في الدم لدى البالغين المصابين بداء السكري من النوع الأول: دراسة مقطعية في المملكة العربية السعودية، مجلة معلوماتية الصحة في الدول النامية، مجلد 15، جزء 2.
65. علياين عباس، (2009)، تأثيرات هرمونات الغدة الدرقية.
66. عبد الرزاق حسن، (2020)، تشريح الجهاز الوعائي، اللمفاوي والعصبي للغدة الدرقية.
67. عكاشة أحمد، (2000)، علم النفس الفيزيولوجي، مكتبة الأنجلو المصرية، ط 19، القاهرة.
68. العسود، فضيلة (2011)، مستوى الأمن النفسي والصلابة النفسية والعلاقة بينهما لدى النساء الفلسطينيات زوجات الأسرى في السجون الإسرائيلية في محافظة الخليل، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القدس، فلسطين.
69. عودة محمد، (2010)، الخبرة الصادمة وعلاقتها بأساليب التكيف مع الضغوط والمساندة الاجتماعية والصلابة النفسية لدى أطفال المناطق الحدودية بقطاع غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، فلسطين.
70. عبد الستار إبراهيم، (2010)، العلاج المعرفي: الأسس والممارسة، مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
71. العجلوني محمد، (2016)، فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية السلوك التوكيدي وتحسين القدرة على التعافي لدى عينة من الطلبة السوريين ضحايا الإستهواء، أطروحة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، الأردن.
72. عبد الجبار و مواهب عبد الوهاب، (2010)، المناعة النفسية وعلاقتها بالكفاءة الشخصية وسمو الذات لدى المصابين بمرض الغدة الدرقية، أطروحة دكتوراه غير منشورة، الجامعة المستنصرية، العراق.
73. فرح ياسر، (2017)، الفيزيولوجيا السريرية لهرمونات الغدة الدرقية، مجلة الأبحاث الطبية العربية، مجلد 24، جزء 1.
74. فوزي محمود، (2016)، الغدد الصماء عند الأطفال، بيروت: دار العلوم للنشر.
75. الفقي محمد أحمد، (2019)، مقدمة في الأورام السرطانية: المفاهيم والممارسات السريرية، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

76. القذافي رمضان، (1996)، التوجيه والإرشاد النفسي، المكتب الجامعي الحديث، ط2، الإسكندرية، مصر.
77. القرني فهد بن صالح، (2020)، الغدة الدرقية: بيولوجيا الأمراض والإضطرابات، جدة: دار المنهل للطباعة والنشر.
78. قدور نوبيات، (2013)، علاقة الكدر الزواجي بكل من الصحة النفسية و الرضا عن الحياة لدى عينة من المتزوجين، دكتوراه العلوم الإنسانية والإجتماعية، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
79. المرزوقي فاطمة، (2017)، المرض المزمن والهوية المهنية: دراسة ميدانية على مرضى الكلى في الجزائر، مجلة العلوم الإجتماعية والإنسانية، جزء 21، عدد 3.
80. ميرود محمد وأيت حمودة حكيمة، (2014)، الآثار النفسية والدراسية للإصابة بداء السكري من النوع الأول (الخاضع للأنسولين) على المراهق المتمدرس: دراسة 08 حالات، مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية، عدد 5 جوان 2014، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر.
81. المرزوقي فاطمة، (2017)، المرض المزمن والهوية المهنية: دراسة ميدانية على مرضى الكلى في الجزائر، مجلة العلوم الإجتماعية والإنسانية، مجلد 21، جزء 3.
82. الموسوي إيمان عبد الرضا، (2021)، إضطرابات الغدة الدرقية: تشخيص وعلاج، بيروت: دار اليازوري العلمية.
83. محمد، فاطمة، (2021) دليل علمي في إضطرابات الغدة الدرقية، القاهرة: المركز القومي للنشر.
84. مراد سامي، (2018)، تعدد أشكال الجينة مستقبل الهرمون المنشط للغدة الدرقية ودورها في القابلية للإصابة بمرض غريفز لدى عينة من المرضى العراقيين، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة بغداد، العراق.
85. مراد وحيدة، (2015)، إضطراب ما بعد الصدمة وعلاقته بالدعم النفسي - دراسة على عينة من الأطفال المهجرين في محافظة دمشق، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة دمشق، سوريا.
86. مقبل مرفت، (2010)، التوافق النفسي وعلاقته بقوة الأنا وبعض المتغيرات لدى مرضى السكري في قطاع غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية لغزة، فلسطين.
87. نواره عائشة، (2017)، مستوى الصلابة النفسية لدى الطالب الجامعي العامل المقبل على التخرج - دراسة حالة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة محمد خيضر - بسكرة، الجزائر.
88. الناجي رمزي والصفدي عصام، (2005)، علم وظائف الأعضاء، عمان: دار اليازوري، ط1.
89. نمر ميمونة و بوراوي عائشة ومهدي جهيدة، (2015)، دراسة عينية ونسجية لسرطان الغدة الدرقية وإنتشاره بين الرجال والنساء في مستشفى باتنة وأم - البواقي، رسالة ماجستير، جامعة العربي بن مهيدي، أم - البواقي، الجزائر.

90. نور الدين جبالي وعزوز أسهمان، (2015)، مصدر الضبط الصحي وعلاقته بإستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية، العدد(19).
91. نوار شهرزاد، (2014)، علاقة سمات الشخصية و المساندة الإجتماعية بالسلوك الصحي و دورها في التخفيف من الألم العضوي لدى مرضى السكري، دراسة عيادية وفق نموذج علم النفس الصحة، كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية، جامعة الجزائر (2) دكتوراه العلوم.
92. الهادي مروة ،(2009)،الأمن النفسي وعلاقته بالصلابة النفسية لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية- دراسة سيكومترية-إكلينيكية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الزقازيق، مصر.
93. الهنداوي رشا، (2020)، دليل الممارس في أمراض الغدة الدرقية، دمشق: دار القدس.
94. هاشمي نوال، (2019)، الهرمونات والغدد الصماء: دليل سريري، بغداد: مكتبة العلوم الطبية.
95. يونس إبراهيم، (2018)، مهارات التفكير الإيجابي وعلاقتها بالنمو التالي للصدمة لدى أمهات الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد، مجلة البحث العلمي في التربية، عدد 19، جزء 5.
96. Anthony W. A , (1993), **Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s**, Psychosocial Rehabilitation Journal, 16(4).
97. Andresen R, Oades L, & Caputi P , (2003), **The experience of recovery from schizophrenia: Towards an empirically validated stage model**. Australian and New Zealand , Journal of Psychiatry, 37(5).
98. Azlina A.M & Shahrir J, (2010) , **Assessing reliability of resiliency beliefs scale (RBS) in the Malaysian context**, International Journal for Cross-Disciplinary Subjects in Education (IJCDSE), 1(1).
99. APA (2025). Psychological resilience.
100. Amar I, 2005, **endocrinologie** (Dcm-Epreuves classantes nationales).
101. American Thyroid Association, (2023), **Thyroid disorders overview**.
102. Almeida M. M, Rodrigues J. R, & Pereira R. L , (2022), **Bipolar disorder and hypothyroidism: Clinical correlations and treatment implications**. Journal of Affective Disorders.
103. Alves M, Soares P, Lima R. T, & Sobrinho-Simões M, (2021), **The role of inflammation in thyroid carcinoma progression: A review**. Thyroid Research, 14(1).
104. Brix T. H, Hegedüs L, & Twin Study Group, (2019), **Twin studies as a model for exploring the aetiology of autoimmune thyroid disease**. Clinical Endocrinology, 91(1).
105. Bonanno G. A, (2004), **Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?** , American Psychologist, 59(1).
106. Benyamini Y, & Blumstein T, (2015), **Gender differences in coping and quality of life among patients with chronic illnesses**, Journal of Psychosomatic Research, 79(2).

- .107. Bunevicius R, Velickiene D, & Prange A. J, (2006), **Mood and anxiety disorders in women with treated hyperthyroidism and hypothyroidism**, International Journal of Psychiatry in Medicine, 36(1).
- .108. Brent G. A, (2012), **Mechanisms of thyroid hormone action**, The Journal of Clinical Investigation, 122(9).
- .109. Charmaz K, (1995), **The body, identity, and self: Adapting to impairment**, The Sociological Quarterly, 36(4).
- .110. Courtois C. A, & Ford J. D (2013), **Treatment of Complex Trauma: A Sequenced, Relationship-Based Approach**.
- .111. Corrigan P. W, & Watson A. C, (2002), Understanding the impact of stigma on people with mental illness, World Psychiatry, 1(1).
- .112. Chan R, (2012), **The effect of acceptance on health outcomes in patients with chronic kidney disease**. Nephrology dialysis transplantation journal;0.
- .113. Carver C, (No date), Retrieved september 14.2013 from the world wide Web :<http://cancercontrol.cancer.gov/brp/constructs/dispositions-1/optimism/dispositional.pdf>.
- .114. Dijkstra A, Buunk A.P, Toth G & Jager N, (2008), **Psychological adjustment to chronic illness: the role of prototype evaluation in acceptance of illness**, Journal of applied biobehavioral research. 12(3-4).
- .115. Donald M, (1988), **The origins of the modern mind: Three stages in the evolution of culture and cognition** Cambridge, MA, Harvard University Press.
- .116. Deci E. L, & Ryan R. M, (2000), **The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior**, Psychological Inquiry, 11(4).
- .117. Davidson L, O'Connell M, Tondora J, Lawless M, & Evans A.C, (2005), **Recovery in serious mental illness: A new wine or just a new bottle?**, Professional Psychology: Research and Practice, 36(5).
- .118. Deegan P. E, (1988), Recovery: **The lived experience of rehabilitation**. Psychosocial Rehabilitation Journal.
- .119. De Ridder D, Geenen R, Kuijer R. G, & van Middendorp H, (2008), **Psychological adjustment to chronic disease**, The Lancet, 372(9634).
- .120. Ergin, A. B, Kennedy L, Gupta M. K, & Hamrahian A. H, (2015), **The Cleveland Clinic Manual of Dynamic Endocrine Testing**.
- .121. Erikson E. H, (1968), **Identity: Youth and Crisis**. W. W. Norton.
- .122. Frontiers Editorial Office, (2023), **The different outcomes in the elderly with subclinical hypothyroidism**, Frontiers in Endocrinology.

123. Felton B. J, Revenson T. A, & Hinrichsen G. A , (1984), **Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults**, Psychology and Aging, 1(3).
124. Felton BJ, Revenson TA ,hinrichsen GA , (1984), **stress and coping in the explation of psychological adjustment among vchronically ill adults**. SocSci Med.
125. Foa E. B, Hembree E, & Rothbaum B. O, (2007), **Prolonged Exposure Therapy for PTSD**.
126. Graham H, (2018), **Genes and chronic illness: Understanding the inherited predisposition**. Journal of Medical Genetics, 55(4).
127. Guyton A. C, & Hall J. E, (2021), **Guyton and Hall textbook of medical physiology** (14th ed.), Elsevier.
128. Hayes S, Strosahl C K & Wilson K. G, (1999). **Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change** , Guilford Press, New York.
129. Helgeson V. S, (2011). Chronic illness and gender In R. Contrada & A. Baum (Eds.), **The Handbook of Stress Science: Biology, Psychology, and Health**, Springer Publishing.
130. Herman J. L, (1992), **Trauma and Recovery**.
131. Hobfoll S. E, Watson P, Bell C. C, Bryant R. A, Brymer M. J, Friedman M. J, Ursano R. J, (2007), **Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence, Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes**, 70(4).
132. Horvath T, & Symonds L. L, (1991), **Addiction recovery: A developmental model**, Journal of Substance Abuse Treatment, 8(4).
133. Hennem. G & Bouchard. P, (2001), **Endocrinologie**, Boeck université.
134. Hage M, & Azar S. T, (2020), **The link between thyroid function and depression**. Journal of Thyroid Research.
135. Jacobson N, & Greenley D, (2001), **What is recovery? A conceptual model and explication** , Psychiatric Services, 52(4).
136. Krakowski M, Sznitowska M, & Radwan A, (2018), **Rheological investigation of high-acyl gellan gum hydrogel for application as a base for oral liquid formulations**. Journal of Biomaterials Applications, 32(10).
137. Katon W, (2011), **Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness**. Dialogues in Clinical Neuroscience, 13(1).
138. Kargar S, Tabatabaei S. M, Okati-Aliabad H, & Izadi Rad H , (2024), **Prevalence of thyroid dysfunction disorders among adult populations in the Middle-East: A systematic review and meta-analysis**, Open Public Health Journal, 17.

- .139. Koenig H. G, McCullough M. E, &Larson D. B, (2001), **Handbook of Religion and Health**, Oxford University Press.
- .140. Katon W. J, (2003), **Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness**, *Biological Psychiatry*, 54(3).
- .141. Kingdon D. G, &Turkington D ,(2005), **Cognitive therapy of schizophrenia**. Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates.
- .142. Kobasa S.C Maddi, S.R, & Kahn S, (1982), **Hardiness and health. A prospective study**”, *Journal of personality and social psychology*, Vol (42).
- .143. Kleinman A, (1980) , **Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry**, University of California Press.
- .144. Kocalevent R. D, Berg L, Beutel M. E, Hinz .A, Zenger. M, &Brähler. E, (2014), **Social support in the general population: Standardization of the Oslo Social Support Scale (OSSS-3)**, *BMC Psychology*, 2(1), 15.
- .145. Lauwerier E, Van Damme S, Goubert L, Paemeleire K, Devulder J, &Crombez G, (2010), **To control or not? A motivational perspective on coping with pain**, *Clinical Journal of Pain*, 26(2).
- .146. Luszczynska A, Boehmer S, Knoll N, Schulz U, &Schwarzer R, (2009), **Emotional support for men and women with cancer: Do patients receive what their partners provide?**, *International Journal of Behavioral Medicine*, 16(3).
- .147. Levine R. A, (2015), **Doppler Ultrasound of the Neck**.
- .148. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, &Slade M, (2011), **Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis**, *British Journal of Psychiatry*, 199(6).
149. Lazarus R. S, &Folkman S, (1984), **Stress, appraisal, and coping**, *Springer Publishing Company*, New York.
- .150. Lysaker P. H, Davis L.W, Warman D. M, Strasburger A, & Beattie N, (2006), **Stigma, insight and symptoms in schizophrenia and schizoaffective disorder: A structural equation model**. *Schizophrenia Research*, 88(1–3).
- .151. Lacroix A, Assal J-Ph, **L’éducation Thérapeutique des patients :nouvelles approches de la maladie chronique** 2^eéd, paris :Maloine.2003.
- .152. Lechner-Kaukgi A, (2023), **Internal medicine board review 2023: Thyroid disorders [Monograph]**, Mayo Clinic.

153. Leung Y. Y, Yamada S, Horiguchi K, et al, (2023), **The impact of age- and sex-specific reference ranges for serum thyrotropin and free thyroxine on the diagnosis of subclinical thyroid dysfunction: A multicentre study from Japan.** *Thyroid*, 33.
154. Liu X, Wang Z, & Zhao M, (2022), **Chronic psychological stress disturbs the hypothalamic-pituitary-thyroid axis in rats** *Psychoneuroendocrinology*.
155. Magaile Baudrant-BOGA, (2009), **penser autrement le comportement d'adhésion du patient au traitement médicamenteux ; Application aux patients diabétiques de type 2**, L'université JOSEPH FOURIER_GRENOBLE 1 EDISCE_ingénierie pour la santé la Congnition et l'environnement- pour l'obtention du diplôme de doctorat.
156. Marieb E. N, & Hoehn K. N, (2019), **Human anatomy & physiology** (11th ed.), Pearson.
157. Meyer J. P, & Allen N. J, (1991), **A three-component conceptualization of organizational commitment**, *Human Resource Management Review*, 1(1).
158. Masten A.S, (2009), **Ordinary Magic: Lessons from research on resilience in human development**, Education Canada, Vol. 49, No(3).
159. Michael T, (2012), **Assessing and Promoting Resilience: An Additional Tool to Address the Increasing Number of College Students with Psychological Problems**", *Journal of College Counseling*, Vol (15).
160. Mental Health Commission of Canada, (2015), **Guidelines for Recovery-Oriented Practice.**
161. Matud M. P, (2004), **Gender differences in stress and coping styles**, *Personality and Individual Differences*, 37(7).
162. Marks R, & Thomas S, (2014). **Gender differences in health beliefs and behaviors among adults with chronic illness**, *Journal of Health Psychology*, (19).
163. Nahlen Bose et al, (2015), **Illness perceptions and coping in patients with multiple sclerosis: Does gender matter?**, *Psychology & Health*, 30(10), 1.
164. Nestler E. J, Barrot M, DiLeone R. J, Eisch A. J, Gold S. J, & Monteggia L. M, (2002), **Neurobiology of depression.** *Neuron*, 34(1).
165. Nobre E. L, Teixeira L. A, & Soares D. M, (2020), **Thyroid dysfunction and depression in clinical populations.** *Journal of Affective Disorders*.
166. Oláh A, (2004), **Psychological immunity: A new concept in coping with stress**", *Applied Psychology in Hungary*, Vol (56).
167. Ogden P, Minton K, & Pain C, (2006), **Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy.**

- .168. Prochaska J. O, &DiClemente C. C ,(1983), **Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change**, Journal of Consulting and Clinical Psychology.
- .169. Rajendram R, Lee R. W, Potts M. J, Rose G. E, Jain R., Olver J. M, Dayan C. M, (2008), **Protocol for the combined immunosuppression &radiotherapy in thyroideyedisease (CIRTED) trial: a multi-centre, double-masked, factorialrandomisedcontrolled trial**, Trials, 9, 6.
- .170. Rutter M, (2006),**Implications of resilience concepts for scientificunderstanding**. Annals of the New York, Academy of Sciences, No (1094).
- .171. Ridgeway P, (2001), **Re-storyingpsychiatricdisability: Learning from first personrecovery narratives, PsychiatricRehabilitation Journal**, 24(4)
- Resnick SG, Fontana A, Lehman A. F, &Rosenheck R. A, (2005), An empiricalconceptualization of the recovery orientation. SchizophreniaResearch**, 75(1).
- .172. Sawka A. M, Ghai S, Yoannou P, Ibrahim I, Zitzelsberger L, Irish, J. C., Goldstein,D. P, & Pasternak J. D, (2020), **A Prospective Mixed-MethodsStudy of Decision-Making on Surgery or Active Surveillance for Low-RiskPapillaryThyroid Cancer. Thyroid**, 30.
- .173. Simmonds M. J, Gough S. C, & De Groot L. J, (2021), **Genetic basis of autoimmunethyroiddisease. Nature ReviewsEndocrinology**, 17(7).
- Schneider S. A, Tschaidse L, &Reisch, N, (2023), Thyroiddisorders and movementdisorders: A systematicreview. MovementDisordersClinical Practice**.
- .174. Steven D, & Beck A , (1995), **Hand Book of Psychotherapy and Behavior Change, Jhonetwaily , Sons Inc. New York**.
- Sinclair V. G &Wallston K. A, (2004), The Development and Psychometric Evaluation of The BriefResilient Coping Scale”, Assessment, Vol (11), No (1).
- .175.Sotelo M. J , (2000), **Sexdifferences in self-concept in Spanishsecondaryschoolstudent, Psychological Reports**, Vol. (87), No(3).
- .176. Slade M, (2009), **Personalrecovery and mental illness: A guide for mental healthprofessionals**, Cambridge UniversityPress.
- .177. SAMHSA , (2012),**Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA’sWorkingDefinition of Recovery: 10 GuidingPrinciples of Recovery**.
- .178. Schonfeld P, Brailovskaia J, &Margraf J, (2016), **Positive and negative mental healthacross the lifespan: A cross-cultural comparison, International Journal of Clinical and Health Psychology**, 16(2).
- .179. Stuifbergen A. K, Becker H. K, &Sands D, (1990), Perceptions of healthamongadultswithdisabilities, Health Values, 14(1).

- .180. Thoits P. A, (2011), **Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health**, **Journal of Health and Social Behavior**, 52(2).
- .181. Tedeschi R. G, & Calhoun L. G, (2004), **Posttraumatic Growth: Conceptual foundations and empirical evidence**, **Psychological Inquiry**, 15(1).
- .182. Topor A , Borg M, Mezzina R, Sells D, Marin I, & Davidson L, (2006), **Others: The role of family, friends, and professionals in the recovery process**, **American Journal of Psychiatric Rehabilitation**, 9(1).
- .183. Tortora G. J, & Derrickson B. H, (2020), **Principles of anatomy and physiology** (15th ed.), Wiley.
- .184. "Thyroid gland", (2024), In **Encyclopaedia Britannica**, Retrieved June 2024, from Encyclopaedia Britannica online.
- .185. Taylor S. E, Sherman D. K, Kim H. S, Jarcho J, Takagi K, & Dunagan M. S, (2000), **Culture and social support: Whose it and why?**, **Journal of Personality and Social Psychology**, 87(3).
- .186. VerywellHealth (2023), **Everything you need to know about Hashimoto's disease**.
- .187. World Health Organization, (2015), **Mental health atlas 2014**, World Health Organization.
- .188. Watson D, (2002), Positive affectivity: **The disposition to experience positive emotional states**. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), **Handbook of positive psychology**, Oxford University Press, New York.
- .189. Young S. L, & Ensing D. S, (1999), **Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities**, **Psychiatric Rehabilitation Journal**, 22(3).

الملاحق

ملحق رقم 01:

مقياس تقبل المرض:

عزيزي (تي) فيما يلي مجموعة من العبارات التي نتحدث عن سلوكيات وأفعال تقوم بها، المطلوب منك هو قراءة كل العبارات بتأن ، ثم تحديد العبارة المناسبة لك بوضع علامة (x) داخل الخانة التي تتناسب مع سلوكك، ومن فضلك أن تجيب على كل العبارات بصراحة وتؤكد أن كل معلوماتك ستوظف لغرض البحث العلمي فقط ولن يطلع عليها أي أحد وتبقي موضع سرية وشكرا لحسن تعاونك معنا.

الحالة الاجتماعية: عازب(ة) ☐ متزوج(ة) ☐ أرمل ☐

الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐

عدد الأطفال:

السن:

المستوى المعيشي: منخفض ☐ متوسط ☐ مرتفع ☐

المستوى الدراسي: ابتدائي ☐ متوسط ☐ ثانوي ☐ جامعي ☐ لم يدرس ☐

المهنة: يعمل ☐ لا يعمل ☐ متقاعد ☐

نوع المرض:

مدة الإصابة:

الملاحق

الرقم	العبارة	نعم (دائما)	كثيرا	أحيانا	نادرا	لا (أبدا)
1	أعيش حياتي بشكل عادي رغم وجود المرض					
2	أنا أمارس الرياضة بشكل مستمر					
3	يجب ألا أهتم بصحتي لأحيا سعيدا					
4	أسعى دوما للتعيش مع مرضي المزمن					
5	أشعر بالقلق كلما تذكرت مرضي					
6	مرضي يشعرني بالتعبية لطبيبي					
7	أتكلم بشكل عادي عن مرضي أمام الآخرين					
8	الآثار الجانبية لمرضي تجعلني أشعر أنني عبئ على الآخرين					
9	أقوم بنشاطات تطوعية من أجل توعية المصابين بمثل مرضي					
10	أكره سماع اسم مرضي (مرض الغدة الدرقية) لأنه يسبب لي كثيرا تقلب مزاجي					
11	أشعر أنني استنفذت كل جهدي في التعايش مع المرض					
12	أتابع باهتمام كل جديد في مجال الصحة له علاقة بمرضي					
13	تقلقني القيود التي يفرضها علي مرضي					
14	يشعرني مرضي بالتعبية في اخذ الدواء					
15	ألتحكم في المرض ليس مهما بالنسبة لي					
16	أضحي بالكثير من الأشياء التي أحبها من أجل الحفاظ على صحتي					
17	أعتقد أنه يجب السيطرة على المرض من خلال الالتزام بالحمية الغذائية					
18	رغم زيادة مضاعفات المرض لا أزال أمارس نشاطاتي بشكل عادي					
19	رغم وجود المرض أنا أؤدي دوري في الحياة					

					مازلت لم أتقبل إصابتي بالمرض	20
					اعتقد أن المرض أصابني ولا يمكن الهروب منه	21
					أتعلم كيف أتعايش مع المرض	22
					لدي معرفة كبيرة عن مرضي	23
					ابحث عن أفضل سبل للعيش مع مرضي	24
					اعتقد أن مرضي هو حياتي الجديدة لابد أناعيشها	25
					اشعر أن حالات النرفزة و القلق بسبب مرضي أفقدتني علاقتي مع الآخرين	26
					أنا دائم الاهتمام بوزني ونظامي الغذائي	27
					أقلق دائما كلما فكرت في مضاعفات مرضي في المستقبل	28
					أنا اشعر بالفخر والاعتزاز اتجاه نفسي رغم مرضي	29
					أنا اقلق وأخاف من الموت	30

شكرا.

مقياس التعافي النفسي

الرجاء وضع إشارة (x) أمام الفقرة التي تناسب حالتك دون ترك أي فقرة دون إجابة:

الرقم	العبارة	درجة كبيرة جدا	درجة كبيرة	درجة متوسطة	درجة قليلة	درجة قليلة جدا
1	أثق بنفسي حتى في أصعب الظروف					
2	لدي القدرة على التواصل مع المحيطين بشكل جيد					
3	أضع أمامي أهدافا قابلة للتحقيق في حياتي					
4	أرى أن المرونة ضرورية في التعامل مع الأزمات					
5	أقبل فكرة وجود أشخاص لا يحبونني					
6	تطلب مني أسرتي القيام ببعض المسؤوليات					
7	أؤمن بالله معي					
8	أحمل أفكارا إيجابية للتعامل مع الأزمات والضغوط التي تواجهني					
9	لدي إحساس بوجود أهداف في حياتي					
10	أشعر بالأمن والاستقرار في أسرتي					
11	يمكنني التحكم في مسيرة حياتي					
12	أفهم جيدا أن الحياة فيها الألم والأمل					
13	لدي الثقة بنفسي					
14	أستامح مع من يسبب لي مشكلة					
15	أقبل لأشياء كما هي عندما لا تتوفر البدائل					
16	أبحث عن مصدر المشكلات التي أواجهها					
17	ينظر إلي أصدقائي بعين التقدير والاحترام					
18	أعتقد أن لكل إنسان دور نشط في الحياة					
19	أتفاعل بالمستقبل مهما كانت التحديات					

					أقيم المواقف المختلفة قبيل التصرف فيها	20
					اعتقد أن أي موقف له عدة احتمالات للتفسير	21
					أسعى للوصول لأهدافي	22
					اعتمد على قدراتي ومهاراتي في إدارة الأمور التي تخصني	23
					استمتع بالأشياء الإيجابية في حياتي	24
					اعتقد أنني محبوب من الآخرين	25
					تدعمني أسرتي في جميع الضروف	26
					اعتقد أن حياتي لها معنى وقيمة	27
					يضع والدي ضوابط لسلوكي في المنزل	28
					أراجع طريقة تفكيري عند مواجهة الأزمات	29
					اعرف العديد من الطرق الفعالة للتكيف مع الأزمات	30

ملحق رقم 02:

طلب للتحكيم

الأستاذ(ة):.....التخصص:.....

الدرجة العلمية:.....الجامعة:.....

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته.

نحن بصدد إجراء دراسة لنيل شهادة الماستر في تخصص علم النفس الصحة تحت عنوان " تقبل المرض و علاقته بالتعافي النفسي لدى المرضى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية " دراسة وصفية عيادية على عينة مصابة بإضطراب الغدة الدرقية ، و لتحقيق أهداف هذه الدراسة يتطلب ذلك إستخدام أدوات مناسبة لقياس متغيراتها . وفي إطار عملية صدق المحكمين نأمل التكرم بتحكيم أدوات الدراسة التي تتضمن:

1- إستبيان تقبل المرض لسليمان جريو (2018) الذي يقيس تقبل المرض لدى مرض السرطان والذي قمنا بتعديله ليناسب موضوع دراستنا.

2- مقياس التعافي النفسي لمريم الزيادات(2015) الذي لم يتم تكيفه في البيئة الجزائرية.

تقديرًا لخبرتكم العلمية و العملية ، نرجوا تقديم رأيكم ومقترحاتكم في صدق وصلاحيّة هذه الأدوات من حيث:

• مدى ملائمة هذه الأصوات للبيئة الجزائرية وعينة الدراسة.

• سلامة العبارات من الناحية اللغوية.

• مدى تناسب العبارات مع موضوع البحث.

وإضافة أي ملاحظات أو اقتراحات يمكن أن تفيد موضوع دراستنا، ونأمل من سيادتكم التكرم:

بوضع علامة (x) أمام كل عبارة في الخانة التي تدل على أنها واضحة أو غير واضحة

بوضع علامة (x) أمام كل عبارة التي تدل على أنها مناسبة أو غير مناسبة، ويرجى منكم تقديم بديل أو اقتراح

آخر إذا كانت العبارة غير مناسبة.

" ولكم منا جزيل الشكر "

إشراف :

الطلبة :

أ.د بوروبي رجاح فريدة

- كيشويانيس

- سعيدي فطومة

قائمة المحكمين:

الرقم	الإسم واللقب	الدرجة العلمية	التخصص	الجامعة
1	أ.د/ بوروبي رجاح فريدة	أستاذة التعليم العالي	علم النفس الإجتماعي	جامعة مولود معمري تيزي- وزو "تامدة "
2	أ.د/ عزيزو سعاد	أستاذة التعليم العالي	علم النفس العيادي	جامعة مولود معمري تيزي- وزو "تامدة "
3	أ.د/ يحيياوي حسينة	أستاذة التعليم العالي	علم النفس العيادي	جامعة مولود معمري تيزي- وزو "تامدة "
4	د.عحموط مليكة	أستاذة محاضرة	علم النفس عمل وتنظيم	جامعة مولود معمري تيزي- وزو "تامدة "
5	أ.د/ لعقاب مليكة	أستاذة التعليم العالي	علم النفس الإجتماعي	جامعة مولود معمري تيزي- وزو "تامدة "

دليل المقابلة

1. بيانات شخصية:

- الجنس:
- السن:
- المستوى الدراسي: لم يدرس ☐ ابتدائي ☐ متوسط ☐ ثانوي ☐ جامعي ☐
- المهنة: موظف ☐ لا يعمل ☐ متقاعد ☐
- المستوى الاقتصادي: ضعيف ☐ متوسط ☐ مرتفع ☐
- وضعية الوالدين مع المرض:
- * هل للوالد نفس المرض: نعم ☐ لا ☐
- * هل للوالدة نفس المرض: نعم ☐ لا ☐
- * هل كلا الوالدين مصابين بنفس المرض: نعم ☐ لا ☐
- عدد الإخوة:
- الترتيب بين الإخوة:
- الحالة المدنية: أعزب ☐ متزوج ☐ مطلق ☐ أرمل ☐
- عدد الأولاد:

المحور الأول: الحالة النفسية للمريض بالغدة الدرقية

- هل باستطاعتك إخبارنا عما حدث لك بالضبط ؟
- تحدث لنا قليلا عن كيفية اكتشافك لمرض الغدة الدرقية
- كيف كانت ردة فعلك عند سماع التشخيص ؟
- ماهو الشعور الذي كان يراودك تلك الفترة ؟
- حسب رأيكما هو الأمر الأكثر صعوبة في هذه الإصابة ؟

المحور الثاني: أسئلة حول تقبل المرض

- ما مدى معرفتك بطبيعة مرضك وتأثيره على حياتك ؟
- هل تشعر أن لك معلومات كافية عن حالتك الصحية أم أنك بحاجة إلى معرفة المزيد ؟
- هل هناك أشياء كنت تستمتع بها قبل المرض وتجد صعوبة في ممارستها الآن ؟
- كيف تعاملت مع ذلك ؟
- هل ترى أن المرض أصبح جزءا من حياتك، أم أنك مازلت ترفضه داخليا ؟
- كيف تتعامل مع العلاج الموصوف لك ؟
- هل تلتزم بتعليمات الدواء بانتظام ؟
- هل تواجه أي صعوبات في إتباع الإرشادات الطبية أو الالتزام بالعلاج (الأدوية) ؟
- ما هي أكثر التحديات التي تواجهك مع العلاج أو الرعاية الصحية ؟

- هل فكرت يوما في إيقاف العلاج ؟ ، ولماذا ؟

المحور الثالث: حالة التعافي النفسي

- هل تغيرت مشاعرك اتجاه المرض بمرور الوقت ؟
- ما أكثر شيء تحتاجه حاليا للشعور بالتحسن نفسيا ؟
- هل هناك شيء محدد ساعدك على التكيف مع التغيرات التي حدثت في حياتك بسبب هذه المرض ؟
- هل هناك أشخاص أو مواقف معينة تجعلك تشعر بعدم الارتياح عند الحديث عن مشكلتك ؟
- هل تجد صعوبة في فهم مشاعرك من ثم التحكم بها ؟
- عندما تواجه مشكلة هل تميل إلى حلها مباشرة أمتجنبها ؟
- ماهي النشاطات التي تمنحك شعورا بالراحة أو الاسترخاء ؟
- هل تمارسها بانتظام ؟

العلاج المتلقى:

النظرة المستقبلية:

- كيف ترى نفسك بهذا المرض في المستقبل؟