



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة 8 ماي 1945 قالمة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس

عنوان المذكرة:

البروفيل النفسي لدى مرضى الغدة الدرقية

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر تخصص: علم النفس العيادي

تحت اشراف:
أ. د/ اغمين نذيرة

من اعداد:
- نزار صليحة
- روبي امانى
- قواسمية راضية

لجنة المناقشة

الرقم	الاسم و اللقب	الرتبة	جامعة	الصفة
1	ليلى بكوش	أستاذ محاضر أ	جامعة 8 ماي 1945 قالمة	رئيسا
2	نذيرة اغمين	أستاذ التعليم العالي	جامعة 8 ماي 1945 قالمة	مشرفا مقرر
3	مريم جوايبيبة	أستاذ مساعد ب	جامعة 8 ماي 1945 قالمة	عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2025/2024





شكر وعرّان

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، وبتوفيقه تُذلل الصعوبات.
يسعدني أن أتقدم بأسمى عبارات الشكر والعرّان إلى أستاذتي المشرفة
الأستاذة الدكتورة اغمين نذيرة، على ما قدمته لي من توجيه، دعم، ونصائح
قيّمة طيلة فترة إنجاز هذا العمل. لقد كانت مثلاً في التفاني والصبر، ولم
تبخل عليّ بعلمها وخبرتها، فجزاها الله عني كل خير.
كما أتوجه بجزيل الشكر والامتنان إلى جميع الأساتذة الذين كان لهم
الفضل في تكويني العلمي طيلة مسيرتي الدراسية.
ولا يفوتني أن أتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى السادة أعضاء لجنة
المناقشة، الذين تفضلوا بقبول مناقشة هذه المذكرة، وساهموا
بملاحظاتهم البناءة في إثرائها. ختاماً، الشكر موصول لكل من ساهم من
قريب أو بعيد في دعمي وتحفيزي خلال هذه الرحلة



الفهرس

فهرس المحتويات

قائمة المحتويات

المحتويات	الصفحة
شكر وعرفان	-
الملخص	أ-ب
مقدمة	ج - د
الفصل الأول: الإطار النظري للدراسة	
1. الإشكالية	5
2. فرضية الدراسة	6
3. أهداف الدراسة	6
4. أهمية الدراسة	6
5. مبررات اختيار الموضوع	7
6. تحديد مصطلحات الدراسة	7
7. الدراسات السابقة والتعقيب عليها	8
الجانب النظري	
الفصل الثاني: البروفيل النفسي	
تمهيد	18
1. البروفيل النفسي	19
1.1. نبذة او التطور التاريخي لمصطلح البروفيل النفسي.	19
2.1. تعريف البروفيل النفسي.	20
3.1. أهمية البروفيل النفسي	21
4.1. فوائد البروفيلات النفسية في الدراسات الإكلينيكية	21
5.1. خصائص البروفيل النفسي	22
6.1. المتطلبات التي يحققها البروفيل النفسي.	23
7.1. الاختبارات او التقنيات النفسية التي تكشف عن البروفيل النفسي.	24
2. الشخصية	28
1.2. تعريف الشخصية	28
2.2. تعريف السمة	30
3.2. خصائص الشخصية	31

فهرس المحتويات

32	4.2. مكونات الشخصية
33	5.2. محددات الشخصية
35	3. العوامل الخمسة الكبرى للشخصية
36	1.3. تعريف العوامل الخمسة الكبرى للشخصية
41	2.3. خصائص العوامل الخمسة الكبرى للشخصية
41	3.3. مميزات العوامل الخمسة الكبرى للشخصية
43	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: الغدة الدرقية	
46	تمهيد
47	1. مفهوم الغدد وأنواعها
50	2. تعريف الغدة الدرقية
51	3. تشريح الغدة الدرقية
53	4. وظيفة الغدة الدرقية
53	5. مراحل تركيب هرمونات الغدة الدرقية
55	6. تأثير هرمونات الغدة الدرقية
57	7. الأمراض التي تصيب الغدة الدرقية
65	8. أعراض الغدة الدرقية
66	9. الأسباب المؤدية للغدة الدرقية
67	10. تشخيص الغدة الدرقية
68	11. الوقاية من اضطراب الغدة الدرقية
68	12. علاج الغدة الدرقية
70	13. الغدة الدرقية وتأثيرها على النساء
72	خلاصة الفصل
الفصل التطبيقي	
الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة	
76	تمهيد
77	1. منهج الدراسة

فهرس المحتويات

77	2. حدود الدراسة
78	3. حالات الدراسة
78	4. أدوات الدراسة
82	خلاصة الفصل
الفصل الخامس: عرض وتفسير ومناقشة النتائج	
85	تمهيد
86	1. تقديم الحالة الأولى
86	1.1. عرض سير المقابلات
86	2.1. ملخص المقابلة للحالة (ع)
87	3.1. تحليل مضمون الملاحظة للحالة
88	4.1. تحليل مضمون المقابلة للحالة
89	5.1. عرض وتفسير نتائج المقياس
90	2. تقديم الحالة الثانية
90	1.2. عرض سير المقابلات
90	2.2. ملخص المقابلة للحالة (د)
91	3.2. تحليل مضمون الملاحظة للحالة
91	4.2. تحليل مضمون المقابلة للحالة
92	5.2. عرض وتفسير نتائج المقياس
94	3. تقديم الحالة الثالثة
94	1.3. عرض سير المقابلات
94	2.3. ملخص المقابلة للحالة (و)
95	3.3. تحليل مضمون الملاحظة للحالة
96	4.3. تحليل مضمون المقابلة للحالة
98	5.3. عرض وتفسير نتائج المقياس
99	4. الاستنتاج العام للحالات
100	5. مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات
101	6. مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الدراسات السابقة
106	خاتمة
109	قائمة المصادر والمراجع
114	قائمة الملاحق

قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	السمات الشخصية لعامل العصبية	37
02	السمات الشخصية لعامل الانبساطية	38
03	السمات الشخصية لعامل الانفتاح على الخبرة	38
04	السمات الشخصية لعامل المقبولية	40
05	السمات الشخصية لعامل يقظة الضمير	40
06	يوضح توزيع العبارات على ابعاد الشخصية الكبرى	80
07	يوضح سير المقابلات للحالة الأولى (ع)	86
08	يبين درجات الحالة الأولى (ع) على مقياس العوامل الخمس الكبرى للشخصية	89
09	يوضح سير المقابلات للحالة الثانية (م.د)	90
10	يبين درجات الحالة الثانية (م.د) على مقياس العوامل الخمس الكبرى للشخصية	92
11	يوضح سير المقابلات للحالة الثالثة (و)	94
12	يبين درجات الحالة الثالثة (و) على مقياس العوامل الخمس الكبرى للشخصية	98

قائمة الاشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
47	يبين بنية الغدة الدرقية	01
49	يبين الخلايا الجريبية والمجاورة للجريب.	02
51	يبين يمثل تشريح الغدة الدرقية	03

الملخص

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن البروفيل النفسي لمرضى اضطرابات الغدة الدرقية، من خلال التعرف على السمات النفسية والشخصية المميزة لهم، وقد انطلقت الدراسة من تساؤل رئيسي مفاده: بماذا يتميز البروفيل النفسي لمرضى الغدة الدرقية؟

وانطلقت فرضية الدراسة من أن: البروفيل النفسي لمرضى الغدة الدرقية يتميز بسمات وخصائص نفسية وشخصية معينة.

وللتحقق من ذلك، تم اعتماد المنهج العيادي، وتوظيف أدوات متعددة تمثلت في: الملاحظة، المقابلة نصف الموجهة، مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية (لكوستا وماكري).

وقد تم تطبيق هذه الأدوات على عينة مكونة من ثلاث نساء تعانين من اضطرابات في الغدة الدرقية.

أسفرت نتائج الدراسة عن بروز سمات محددة في البروفيل النفسي للحالات المدروسة، من أبرزها:

ارتفاع واضح في بعد العصبية، مما يدل على وجود حالة من القلق والتوتر النفسي، وسرعة الاستثارة والانزعاج، وهي أعراض تتوافق مع ما هو معروف عن التأثيرات النفسية المصاحبة لفرط نشاط الغدة الدرقية. بعد التطرق الى تناول بعد العصبية، يلاحظ فيما يتعلق بالانبساطية انخفاض بما يعكس ميولا إلى الانسحاب الاجتماعي والانطواء، نتيجة الإرهاق الجسدي والذهني المرافق للحالة المرضية.

أما بالنسبة لبعد الانفتاح على الخبرة فقد سجل هو الآخر بانخفاض وهو ما يشير إلى تفضيل الاستقرار والروتين والابتعاد عن التجارب الجديدة، كرد فعل دفاعي لحالة القلق.

وفيما يخص بعد المقبولية ويقظة الضمير تشير النتائج الى تفاوت بين المستوى المتوسط والمنخفض، حيث ظهرت لدى الحالات سمات مثل الحذر في العلاقات الاجتماعية، وضعف التركيز والتنظيم، وهي مؤشرات على التأثير النفسي والمعرفي للمرض.

وعليه، يتضح أن البروفيل النفسي العام للنساء المصابات باضطرابات الغدة الدرقية يتميز بارتفاع العصبية، وانخفاض الانبساطية والانفتاح على الخبرة، مع توازن نسبي في المقبولية ويقظة الضمير، مما يعكس معاناة نفسية تستدعي التكفل والدعم إلى جانب العلاج الطبي.

الكلمات المفتاحية:

البروفيل النفسي - الغدة الدرقية - مرضى الغدة الدرقية- اضطرابات الغدة الدرقية.

Abstract:

The current study aimed to explore the psychological profile of patients with thyroid disorders by identifying their distinctive psychological and personality traits. The study was guided by a central question: What distinguishes the psychological profile of thyroid patients?

The main hypothesis proposed that the psychological profile of individuals with thyroid disorders is characterized by specific psychological and personality features.

To investigate this, the clinical approach was adopted, and various tools were employed: observation, semi-structured interviews, and the Big Five Personality Traits Scale (Costa & McCrae). These instruments were applied to a sample of three women diagnosed with thyroid disorders.

The findings revealed several notable features in the participants' psychological profiles, most prominently:

- A marked increase in neuroticism, indicating heightened anxiety, psychological tension, irritability, and emotional instability-symptoms commonly associated with hyperthyroidism.
- A noticeable decrease in extraversion, reflecting tendencies toward social withdrawal and introversion, likely due to the physical and mental fatigue related to the condition.
- Openness to experience was also reduced, suggesting a preference for routine and avoidance of novelty, potentially as a defensive response to anxiety.
- In terms of agreeableness and conscientiousness, the results showed moderate to low levels, with participants displaying cautiousness in social interactions, and difficulties in concentration and organization-cognitive symptoms often linked to thyroid disorders.

In conclusion, the general psychological profile of women with thyroid disorders is characterized by high neuroticism, low extraversion and openness, with moderate levels of agreeableness and conscientiousness, indicating a level of psychological distress that requires not only medical treatment but also psychological care and support.

Keywords:

Psychographic profile - Thyroid - Thyroid patients - Thyroid disorders

المقدمة

مقدمة:

يعد الإنسان كائنًا بيولوجيًا ونفسيًا في آن واحد، يتأثر بمجموعة من العوامل الداخلية والخارجية التي تساهم في تشكيل توازنه الجسدي والنفسي على حد سواء. ومع تسارع وتيرة التغيرات في العصر الحديث، وما يرافقها من ضغوطات اجتماعية، اقتصادية، وتكنولوجية، أصبح الفرد معرضًا أكثر من أي وقت مضى لمجموعة من الاضطرابات، خاصة تلك ذات الطابع المزمن، والتي لم تعد تقتصر على الجانب العضوي فحسب، بل باتت تنعكس أيضًا على البنية النفسية للفرد. وفي ظل هذا الواقع المتقلب، برزت الأمراض المزمنة كإحدى أبرز التحديات الصحية التي تواجه الإنسان، لما تسببه من تدهور في نوعية الحياة، وتعقيد في التكيف النفسي والاجتماعي. ومن بين هذه الأمراض، تبرز اضطرابات الغدة الدرقية بوصفها من الحالات الطبية التي تجمع بين الأبعاد الفيزيولوجية والنفسية، وتعد من أكثر الاضطرابات شيوعًا في مجال الغدد الصماء، نظرًا لما لهذه الغدة من دور أساسي في تنظيم العمليات الحيوية داخل الجسم، مثل التمثيل الغذائي، إنتاج الطاقة، وتنظيم درجة حرارة الجسم.

وتكمن خطورة اضطرابات الغدة الدرقية في طبيعتها الخفية وتنوع أعراضها، حيث أن أي خلل في إفراز هرموناتها، سواء بالزيادة (فرط النشاط) أو النقصان (القصور)، يؤدي إلى اضطراب في التوازن الداخلي للجسم، مما ينعكس سلبًا على الحالة النفسية للمريض. فقد أظهرت الدراسات أن مرضى الغدة الدرقية يعانون من مشكلات نفسية متعددة، من أبرزها القلق، الاكتئاب، اضطرابات النوم، وتغيرات في المزاج، ما يؤدي إلى ظهور سمات نفسية واضحة تتفاعل مع المرض العضوي وتزيد من حدته. وهنا تظهر علاقة وثيقة بين اضطرابات الغدة الدرقية وظهور أعراض نفسية مثل: القلق، الاكتئاب، واضطرابات المزاج وفي هذا السياق تزايد الحاجة إلى دراسة سمات الشخصية لمرضى الغدة الدرقية مما يدفعنا إلى محاولة الكشف عن البروفيل النفسي الذي يميز هذه الفئة خاصة في ظل التداخل الكبير بين الجوانب العضوية والنفسية للمصابين بهذه الاضطرابات باعتباره انعكاسًا شاملاً للحالة النفسية والعاطفية وأيضًا هو مجموعة من الخصائص التي تميز شخصية فرد معين.

ومن خلال ما تم طرحه جاء موضوع الدراسة الحالية في محاولة للكشف عن مختلف السمات النفسية التي تميز مرضى الغدة الدرقية حيث تم التركيز على البروفيل النفسي لهذه الفئة، وعليه تم تقسيم محتوى الدراسة إلى قسمين أحدهما نظري والآخر تطبيقي بالنسبة للجانب النظري يتضمن ثلاث فصول:

الفصل الأول: يحتوي على الإطار العام للدراسة يضم الإشكالية. فرضيات الدراسة، أهميتها، أهدافها، مفاهيم الدراسة. الدراسات السابقة والتعقيب عليها.

الفصل الثاني: بعنوان ماهية البروفيل النفسي الذي تم تقسيمه إلى ثلاث أجزاء، الجزء الأول ماهية البروفيل النفسي والذي تعرضنا من خلاله إلى: نبذة تاريخية عن مصطلح البروفيل النفسي وكذا تعريف البروفيل النفسي، أهميته، وفوائد البروفيلات النفسية في الدراسات الإكلينيكية، بالإضافة إلى خصائصه، ثم المتطلبات التي يحققها البروفيل النفسي، وأخيرًا التقنيات أو الاختبارات النفسية التي تكشف عنه.

أما الجزء الثاني الذي كان حول الشخصية والذي تم التطرق فيه إلى تعريف الشخصية والسمة، ذكر خصائص الشخصية بالإضافة إلى مكوناتها، وأخيرًا محددات الشخصية.

والجزء الثالث حول العوامل الخمس الكبرى للشخصية والذي تضمن: تعريفه وذكر خصائص العوامل الخمس الكبرى للشخصية.

الفصل الثالث: يتمحور حول الغدة الدرقية والذي تناولنا فيها مفهوم الغدد وأنواعها، تعريف الغدة الدرقية، ثم التطرق إلى تشريحها ووظيفتها، بالإضافة إلى مراحل تركيب هرموناتها وتأثيراتها، ثم ذكرنا الأمراض التي قد تصيب الغدة الدرقية، وأعراضها، ثم الأسباب المؤدية لها، وأخيرًا التشخيص، والوقاية منها، وعلاجها، وتأثير الغدة الدرقية على النساء. أما الجانب التطبيقي يتضمن إجراءات الدراسة الميدانية والتي تم التطرق من خلاله إلى منهج الدراسة، وحدودها البشرية، الزمانية، والمكانية، عينة الدراسة، أدوات الدراسة التي شملت الملاحظة العيادية، المقابلة نصف الموجهة، مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية "لكوستا وماكري" وصولاً إلى عرض النتائج وتحليلها وتفسيرها ومناقشتها على ضوء الفرضيات والدراسات السابقة.

الفصل الأول: الإطار النظري للدراسة

الفصل الأول: الإطار النظري للدراسة

1. إشكالية الدراسة.
2. فرضية الدراسة.
3. أهداف الدراسة.
4. أهمية الدراسة.
5. مبررات اختيار الموضوع.
6. تحديد مصطلحات الدراسة.
7. الدراسات السابقة والتعقيب عليها.

1. الإشكالية:

تعد الأمراض المزمنة من أكثر الأمراض شيوعاً في عصرنا الحالي فنجدها في تزايد مستمر لعدة أسباب وعوامل منها النفسية والاجتماعية، الاقتصادية، وذلك في ظل التطورات والتغيرات التي يعيشها الإنسان في مختلف مجالات حياته والتي لا تعطي فرصة للفرد للتكيف مع الوضع الجديد بصورة طبيعية مما يؤثر عليه ويجعله غير قادر على تحقيق أهدافه وهذا ما قد يعرضه للكثير من الاضطرابات النفسية والأمراض الجسدية الناتجة عن حياته المشحونة.

حيث تعد أمراض الغدة الدرقية من بين هاته الأمراض المزمنة والمتزايدة التي أكتشفت ورصدت وعولجت أعراضها منذ آلاف السنين، وتوالت البحوث الى ان توصل عالم التشريح "توماس واطسن" عام 1656 لبنية الغدة والتي وصفها بالدرع لأنها تأخذ شكل درع الحرب، ولم تكن الغدة هي الهاجس الوحيد المراد اكتشافه فتعقيد هذه البنية جعلها محط دراسة العديد من العلماء. (ضيفي وآخرون، 2021، ص 01).

وتعتبر الغدة الدرقية واحدة من أهم الغدد الصماء المهمة والحيوية في جسم الإنسان اذ تشبه شكل الفراشة وتقع في مقدمة العنق حول القصبة الهوائية وتحت الحنجرة حيث تمتد تأثيراتها الى جميع أجهزة الجسم، وتلعب دور رئيسي في تنظيم عمليات الايض ونتاج الطاقة من خلال افراز هرموني الثايروكسين T4 وثلاثي يودوثيرونين T3 اللذان تم اكتشافهما في 1952، فإنتاج هذه الهرمونات بكمية عالية أو منخفضة قد يؤدي الى خلل في كفاءة عمل الغدة مما يؤثر على جسم الإنسان. اذ نجد أن النساء أكثر عرضة لهذا الاضطراب من الرجال وهذا ما اثبتته نتائج دراسة "Robert" (2011) التي أشارت الى ان مدى انتشار أمراض الغدة الدرقية تصل الى حوالي 38% حيث تقدر نسبة الانتشار لدى الإناث ب 85%، ولدى الذكور 15% (الحريري والحارثي، 2018، ص 295).

والملاحظ أن نسبة انتشارها تزداد لدى النساء مقارنة بالرجال، ويرجع ذلك الى ما تتسم به عملية الايض لدى النساء وان حالتهن المزاجية تجعلهن أكثر حساسية للتعرض للاضطرابات. اذ تؤدي الإصابة بالغدة الدرقية الى مجموعة من التغيرات الفيزيولوجية والنفسية والتي ستؤثر بشكل مباشر على التوازن النفسي والانفعالي وتجعله في حالة من الحيرة والقلق والخوف. وهذا ما أكدته نتائج دراسة "Sefik Tagay" (2006) أن مرضى قصور الغدة الدرقية يعانون من قلق واكتئاب ومن ضعف وتدهور كبير في نوعية وجودة الحياة مقارنة بعامية السكان في ألمانيا (Tagay and al.2006.p2)

وبهذا فالعلاقة بين النفس و الجسد وجهان لعملة واحدة حيث أن كل منهما يؤثر على الآخر فالخلل حين يصيب بعض أجهزة الجسم فإن الحالة النفسية تتأثر تبعاً لذلك ، فأعراض المرض العضوي لا تقتصر على الجانب الجسدي للإنسان فقط بل لديه آثار واضحة على الجانب النفسي أيضاً فالتغيرات التي تطرأ على الجسم نتيجة لاضطرابات الغدة الدرقية قد تنعكس سلباً على الفرد وعلى شخصيته فيتغير نمط سلوكياته وتفكيره ويعيش بذلك حالة من الإحباط والفشل وعجز وعدم القدرة على التكيف مع التغيرات الجديدة في جسمه ، كل هذا يضر ويشوه بما يسمى بالبروفيل النفسي الخاص بالفرد وهو عبارة عن لمحة سيكولوجية تتكون من مجموعة الخصائص التي تميز الفرد وسلوكياته ويختلف هذا الأخير من فرد لآخر إذ أن لكل إنسان سمات شخصية تميزه عن سائر البشر فالشخصية هي كيان الفرد والتي تكون متعددة الأنماط والمشكلات سواء النفسية أو السلوكية التي قد يعاني منها الفرد .

وبذلك تكمن أهمية البروفيل النفسي في أنه المرأة التي تعكس سمات شخصية الفرد وهو بدوره يهدف الى فهم العوامل التي تؤثر على الصحة النفسية و الجسمية و السلوك البشري بالإضافة الى تطوير الاستراتيجيات اللازمة للاهتمام

بهذه الفئة ومساعدتهم على فهم أنفسهم بشكل أفضل وتغيير السلوكيات والمعتقدات الغير صحيحة ، بالإضافة الى أنه يعتبر أحد أهم الجوانب الذي يقدم وصف وسرد لحالة الشخص سواء من الناحية النفسية أو الاجتماعية او السلوكية هذا لما يعتبره الاخصائيين بالمنطلق الأول للبروفيل النفسي على محاولة فهم صورة الذات عند الفرد وما يلعبه في اكتشاف مجمل نقاط القوة و الضعف لديه، وإعطاء آليات تساعد على حل المشكلات النفسية التي يعاني منها.

كما أن فهم الصورة الشخصية عن طريق البروفيل النفسي لمرضى الغدة الدرقية جد مهم فهي التي تقوم على دعمه وانجاحه في محاولة فهم شخصيته التي يمتاز بها والتي يريد اثباتها على أرض الواقع، وبالرغم من تعدد هذه الخصائص التي تدخل في تركيب شخصيته، الا أننا ركزنا على الخصائص النفسية المتمثلة في البروفيل النفسي والذي يفسر بعمق الجانب السيكلوجي ببعديه الشعوري واللاشعوري، بالإضافة الى أنه يعتبر من المفاهيم الحديثة في علم النفس العيادي في تخصيص ذلك حول مرض من الأمراض الا وهو الغدة الدرقية، الذي له أثار نفسية عميقة قد تنعكس على شكل معاناة داخلية لدى الفرد تضعه في مواجهة تحديات.

فمن هذا المنطلق تبرز الحاجة الى استكشاف البروفيل النفسي لهؤلاء المرضى ولفهم أعمق لأبعاد معاناتهم النفسية والشخصية، وذلك من خلال طرح التساؤل التالي:

- بماذا يتميز البروفيل النفسي لمرضى الغدة الدرقية؟

2. فرضية الدراسة:

بناءً على الإشكالية المطروحة يمكن صياغة الفرضية التالية:

- يتميز البروفيل النفسي لمرضى الغدة الدرقية بسمات وخصائص نفسية وشخصية.

3. أهداف الدراسة:

هدفت دراستنا الى:

- محاولة التعرف على شكل البروفيل النفسي حسب اختبار الابعاد الخمس الكبرى للشخصية.

- التعرف على السمات والخصائص الشخصية والنفسية المميزة للبروفيل النفسي لمرضى الغدة الدرقية.

- معرفة ما إذا كانت هناك علاقة بين الجانب النفسي ومرض الغدة الدرقية.

- الكشف عن الأعراض النفسية لدى مرضى الغدة الدرقية كالقلق والاكتئاب والتغيرات المزاجية.

4. أهمية الدراسة:

- حداثة الموضوع خاصة وأنه تناول جانب سيكلوجي لدى فئة مهمة وهي مرضى الغدة الدرقية.

- تناولت دراستنا متغير نفسي جد مهم ألا وهو البروفيل النفسي وهو متغير مطروح مؤخرًا.

- زيادة الوعي لدى الأطباء والأخصائيين النفسيين حول التأثيرات النفسية لهذه الاضطرابات.

- تعد دراستنا هذه إسهام علمي للحقل النفسي لملء النقص في هذا المجال وتزويد المكتبة الجامعية بدراسات اكلينيكية.

- أهمية الموضوع نفسه، حيث لا توجد دراسات محلية حسب معلومات الباحثين تناولت البروفيل النفسي لدى مرضى الغدة الدرقية.

- تساعد هذه الدراسة في تسليط الضوء على الجانب النفسي لمرضى الغدة الدرقية وشد الانتباه حول هذه الاسباب.

5. مبررات اختيار الموضوع:

- نقص تناول هذا الموضوع من طرف الباحثين مقارنة بالأمراض الأخرى كالسرطان والسكري...الخ وهذا في حدود اطلاع الطالبات.
- مدى تزايد انتشار هذا المرض بين الناس يدل على ضرورة التقرب من هذه الفئة والقيام بدارسات ميدانية متنوعة.
- موضوع البروفيل النفسي من المواضيع ذات الأهمية البالغة خاصة بعد تسليط الضوء على فئة الغدة الدرقية التي لم يتم التكفل بها بالخصوص من طرف الباحثين.
- موضوع الدراسة هو جديد نسبياً من حيث تناولات البحوث العلمية.

6. تحديد مصطلحات الدراسة:

الغدة الدرقية Thyroïde Grand: هي واحدة من الغدد التي تدخل جميع الإفرازات الناتجة مباشرة في الدم دون أي حاجة لقنوات خاصة للقيام بتلك الإفرازات، مما جعل هذه الغدة تسمى الغدة الصماء تقع في الرقبة، أمام القصبة الهوائية، وهي تشبه في شكلها الفراشة التي تفرد جناحها، وهي ذات لون بني محمر، وتتكون من فصين وتحتوي على خلايا خاصة تقع في بطانتها تدعى الخلايا الكيسية، وهذه الخلايا هي المسؤولة عن إفراز هرمونات الغدة الدرقية الثيروكسين (T4) وثلاثي يودوثيرونين (T3) (عبد العليم وآخرون، 2021، ص 126).

التعريف الاجرائي لمرضى الغدة الدرقية:

يقصد بمرضى الغدة الدرقية هم افراد عينة الدراسة الذين يعانون من اضطراب الغدة الدرقية، وستجرى عليهما الدراسة. البروفيل النفسي:

هو وصف للحالة النفسية النظرية للفرد بالكشف وإبراز سمات الشخصية والاهتمامات والطبائع والسلوك المتوقع، ونقاط القوة ونقاط الضعف كما تنبأ بالاستجابات المستقبلية للفرد، وذلك بتفسير المعلومات الواردة عبر نتائج الاختبارات النفسية المختلفة، وعرض ذلك في صورة تقرير سردي قد يصحبه ورسم بياني (الساكر، 2022، ص 13) ويعرفه بن نعمان البروفيل النفسي بأنه مجموعة من الخصائص المميزة التي تتميز شخصية الأفراد، والتي تنقسم إلى مجموعة من السمات:

- العناصر الديناميكية: والمتمثلة في الدوافع المؤدية للسلوك سواء كانت فطرية أو مكتسبة.
- الخصائص المزاجية: وتتمثل بالسمات الثابتة نسبياً، وتعمل على تمييز استجابة الأفراد للمثيرات المختلفة.
- القدرات والكفايات العقلية: والمتمثلة في الذكاءات والمهارات والقدرات العقلية الخاصة والعامة. (الطائي، 2018، ص 33).

التعريف الاجرائي:

مجموعة السمات والخصائص النفسية التي تميز مريض الغدة الدرقية عن غيره والتي تتحدد وفق نتائج اختبار العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لكوستا وماكري.

7. الدراسات السابقة والتعقيب عليها:

1.7. الدراسات السابقة الخاصة بالبروفيل النفسي:

• الدراسات المحلية:

- دراسة جامع نورة ، فلاح غزلان ، (2024)، البروفيل النفسي لشباب محاولي الانتحار، هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الخصائص المميزة للبروفيل النفسي لشباب محاول الانتحار والتعرف على المؤشرات المرضية وفق لاختبار MMPI2 والكشف عن المحاولات الانتحارية في ظل السمات الشخصية، ولتحقيق ها الهدف استخدمت الدراسة المنهج العيادي على عينة قدرت ب 5 حالات، تم اختيارها بطريقة قصدية ، وقد تم تطبيق التقنيات العيادية المتمثلة في المقابلة العيادية النصف الموجهة ، واختباري الشخصية المتعدد الأوجه MMPI2 ، رسم الشخص وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية الى أن البروفيل النفسي لشباب محاول الانتحار يتميز بالهشاشة النفسية المتمثلة في أعراض فصامية هوسية ومشكلات سلوكية (إنحراف سيكوباتي والانطواء الاجتماعي) كما أن المؤشرات المرضية وفق لاختبار شخصية متعدد الأوجه واختبار رسم الشخص تتمثل في الاكتئاب، الوهن النفسي، العزلة الاجتماعية، وبالتالي يمكننا الكشف عن المحاولات الانتحارية في ظل سمات الشخصية.

- دراسة دفي فريال، (2023)، البروفيل النفسي للمراهق في وضعية سمنة مرضية، هدفت هذه الدراسة للتعرف على البروفيل النفسي لدى المراهق المصاب بالسمنة من خلال تطبيق اختبار الشخصية المتعدد الأوجه MMPI2 ، ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة المنهج العيادي بتقنية دراسة الحالة على حالتين من جنس ذكر وأنثى وقد تم تطبيق المقابلة النصف الموجهة واختبار الشخصية المتعدد الأوجه، وتوصلت هذه الدراسة إلى نتائج أن المراهق المصاب بالسمنة يتميز ببروفيل ذو ميول نفسية مرضية (اكتئاب، توهم مرض، هيسيتريا)،ضمن المثلث العصابي وكذا (الانطوائي، اجتماعي، انحراف سيكوباتي) ضمن الانحرافات السلوكيات والهوس الخفيف ضمن المثلث الذهاني اي وجود بروفيل نفسي ذو ميول مرضية نفسية متدرجة الشدة.

- دراسة بلعياي نصرالدين، (2021)، البروفيل النفسي للمتكون في وضعية تسرب من قطاع التكوين والتعليم المهنيين، هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على البروفيل النفسي للمتكون في وضعية التسرب من قطاع التكوين والتعليم المهنيين وكذا الكشف على إمكانية تحديد مؤشرات تنبئية للمتكون في وضعية تسرب من قطاع التكوين والتعليم المهنيين ولتحقيق هذا الهدف استخدم المنهج العيادي، وذلك على عينة مكونة من أربع حالات وتم اختيار العينة بطريقة قصدية وتمثلت ادوات دراسة في المقابلة واختبار مينوسوتا متعدد الأوجه MMPI2 وقد تم التوصل إلى النتائج التالية: يحمل البروفيل النفسي للمتكون في وضعية تسرب من قطاع التكوين والتعليم المهنيين مؤشرات مرضية ويمكن تحديد مؤشرات تنبئية لتسرب من خلال البروفيل النفسي.

- دراسة بيرش خديجة، (2016) بعنوان " البروفيل النفسي لطفل الخاضع للنظام الغذائي ، هدفت هذه الدراسة الى التعرف على البروفيل النفسي لطفل الخاضع للنظام ، ولتحقيق هذا الهدف تم استخدام المنهج العيادي المعتمد على دراسة الحالة ، على عينة تمثلت في 3 حالات تم اختيارهم بطريقة قصدية ، بالنسبة لأدوات الدراسة تم تطبيق المقابلة النصف موجهة ، اختبار رسم الشخص لماكوفر، توصلت النتائج الى ان ؛ وجود خصائص نفسية تتراوح ما بين الإيجابية و السلبية في البروفيل النفسي ومن بين هذه الخصائص البروفيل النفسي هي ؛ ظهور الشعور بالنقص ، سوء تقدير الذات

، سوء التوافق الاجتماعي ، القلق و العدوان و الخوف ، مشاكل سلوكية متمثلة في ، السرقة ، الكذب ، الانطواء ، الخجل ، الضغط النفسي ، الانبساط ، وان الطفل الخاضع لنظام الغذائي لا يمارس حياته بشكل طبيعي كأبي طفل سليم ، وهذا ما يؤثر على بناء شخصيته لاحقاً .

- دراسة بن دايدة ايمان، (2015)، بعنوان " البروفيل النفسي للمراهق المتفوق دراسياً، هدفت هذه الدراسة الى التعرف على بعض السمات الشخصية للمفوق دراسياً، ولتحقيق هذا الهدف تم استخدام منهج دراسة الحالة، وذلك على ثلاث حالات بطريقة قصدية، تم تطبيق الأدوات المتمثلة في: المقابلة النصف الموجهة، اختبار وكسلر الجزء اللفظي و اختبار الرورشاخ، وبذلك تم التوصل الى النتائج التالية: ان المراهق المتفوق دراسياً يتسم ببعض السمات التي تميزه عن المراهق العادي وهي المثابرة، روح المسؤولية، الضبط الانفعالي، و المرونة في التعامل مع الوضعيات ، سمات عقلية وتحصيلية كالذكاء التطبيقي و الادراك الجيد و الانتباه الانتقائي ، سرعة التحليل و المعالجة و الاستنتاج .

• الدراسات العربية:

- دراسة عزت محمد قرني رزق مريم، (2019)، بعنوان البروفيل النفسي للمفوقين أكاديميا من طلاب الجامعة دراسة في ضوء الأبعاد الخمس الكبرى للشخصية، هدفت هذه الدراسة إلى إعداد بروفيل نفسي للمفوقين أكاديميا من طلاب الجامعة وذلك هذا خلال معرفة كلا من درجة الانفتاح على الخبرات العقلية، وصحة الضمير والانبساطية والقبول والعصابية، كما هدفت للتحقق من درجة تأثير الأبعاد الكبرى للشخصية على المتفوقين أكاديميا، ولتحقيق هذا الهدف تم استخدام المنهج الاكينيكي وذلك على عينة مكونة من 35 من الطلاب الاوائل والحاصلين على تقدير ممتاز، وقد تم استخدام السجلات وكشوفات التحصيل الأكاديمي ومقياس الأبعاد الخمس الكبرى للشخصية لكوستا وماكري، وتوصلت النتائج الى تبين شكل البروفيل النفسي للمفوقين أكاديميا من طلاب الجامعة في ضوء الأبعاد الخمس الكبرى واختلفت درجة كل بعد من الأبعاد الخمس الكبرى للشخصية (الانفتاح ، صحة الصغير ، الانبساطية ، القبول ، العصابية).

- دراسة أنور إبراهيم الحداد حنين، (2017)، بعنوان: البروفيل النفسي لأطفال اضطراب ما بعد الخبرة الصادمة، هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الملامح الشخصية المميزة لأطفال اضطراب ما بعد الخبرة الصادمة ومقارنتها بالأطفال العاديين، والتعرف على أبرز الحاجات النفسية الظاهرة والكامنة لدى أفراد العينة وأبرز الحيل الدفاعية المستخدمة لدى الأطفال إضافة لأهم الصراعات النفسية ودور الأنا الأعلى في تكوين الصراع النفسي والأنا في محاولاته التكيفية، ولتحقيق هذا الهدف تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي الاكينيكي بالطريقة الكيفية وذلك على عينة تكونت من 14 طفلاً وطفلة تتراوح أعمارهم من (8-12) سنة ، وقد تم استخدام مجموعة من الأدوات تمثلت في المقابلة الموجهة، دراسة الحالة، مقياس ردود الفعل النفسية عن مواقف صادمة ، اختبار تفهم الموضوع للأطفال CAT ، اختبار تفهم الموضوع للراشدين TAT اختبار رسم الشجرة، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية: أنه لا توجد ملامح شخصية تميز أطفال اضطراب ما بعد الخبرة الصادمة عن غيرهم من الاطفال العاديين، كما أنه لا توجد فروق تميز أطفال اضطراب ما بعد الخبرة الصادمة عن غيرهم من الأطفال العاديين.

• الدراسات الأجنبية:

- دراسة Olena TSILMAK وآخرون، (2020)، بعنوان "البروفيل النفسي للطلاب الجامعيين الغير ناجحين" Psychological Profile of Unsuccessful University Student، هدفت هذه الدراسة إلى تحديد البروفيل النفسي العام

للتطلب غير الناجح فيما يتعلق بالصفات الإرادية ولتحقيق هذا الهدف تم استخدام المنهج المسحي وذلك على عينة متكونة من (476) طالب غير ناجحين، تم تطبيق الأدوات المتمثلة في استبيان الصفات الإرادية واللاإرادية لتحديد الاختلافات بين الجنسين، توصلت نتائج هذه الدراسة إلى أن الصفات الطوعية للطلاب غير الناجحين تشمل بشكل أساسي المؤشرات التالية: درجة عالية من تطوير الشجاعة والجرأة، درجة متوسطة من تطوير الشجاعة والجرأة، مستوى منخفض من تطوير العزيمة والمثابرة والمبادرة وضبط النفس والتحكم في الذات والصبر والتنظيم والاجتهاد والبطولة.

2.7. الدراسات السابقة الخاصة بالغدة الدرقية:

• الدراسات المحلية:

- دراسة العجال ياسين وآخرون، (2024)، بعنوان "أنماط الشخصية (أ - ب) وعلاقتها بالضغوط النفسية لدى المصابين بالغدة الدرقية"، هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الضغوط النفسية وأنماط الشخصية (أ - ب) لدى المصابين بالغدة الدرقية، ومعرفة الاختلاف في مستوى الضغوط النفسية لدى المصابين بأمراض الغدة الدرقية ذوي نمط الشخصية باختلاف السن والجنس، ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي على عينة قدرت ب 100 فرداً في المؤسسة الاستشفائية العمومية، تم جمع البيانات باستخدام مقياس أنماط الشخصية (أ - ب) لبرونر ومقياس الضغوط النفسية، توصلت هذه الدراسة إلى النتائج التالية: أنه لا يوجد علاقة بين الضغوط النفسية وأنماط الشخصية (أ - ب) لدى المصابين بإضطراب الغدة الدرقية، وأنه لا يختلف مستوى الضغوط النفسية لدى المصابين بإضطرابات الغدة الدرقية ذوي نمط الشخصية (أ) سواء باختلاف السن أو باختلاف الجنس.

- دراسة "بن لمبارك سومية، رابط وليد (2022)، بعنوان "استراتيجيات المواجهة لدى مرضى قصور الدرق"، هدفت إلى دراسة استراتيجيات المواجهة لدى مرضى قصور الغدة الدرقية، ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة المنهج الوصفي على عينة قوامها (35) مريض بإضطراب قصور الغدة الدرقية تتراوح أعمارهم بين (20-37) سنة وقد تم تطبيق مقياس استراتيجيات المواجهة ل 1996 & coussen ترجمة عزوز اسمهان، توصلت هذه الدراسة إلى النتائج التالية: تنوع في استراتيجيات المواجهة لدى عينة البحث، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل لصالح الإناث.

- دراسة زياد فاطمة، نويجم مروة، (2016)، بعنوان "السير النفسي لدى مرضى الغدة الدرقية"، هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على نوعية السير النفسي لدى مرضى الغدة الدرقية، ولتحقيق هذا الهدف استخدمت المنهج العيادي، وذلك على عينة متكونة من أربعة حالات رجال ونساء تتراوح أعمارهم ما بين (30 و 43) سنة وقد تم تطبيق أدوات الدراسة المتمثلة في: المقابلة العيادية النصف موجهة، واختبار تفهم الموضوع TAT، توصلت هذه الدراسة إلى النتائج الآتية: أن مجموعة الدراسة تتميز بسير نفسي متوسط حيث بلغ مجموع بروتوكولات الحالات لأكثر من 110 لكل حالة أي هش بمعنى مرضى الغدة الدرقية يستعملون أسلوب الكف والتجنب (C) والرقابة (A) لضعف الانا في تسيير الصراعات والضغوط والإحباط.

- دراسة بوسعيد سعاد، (2014)، بعنوان "المرونة النفسية وعلاقتها بقلق المستقبل لدى النساء المصابات بالغدة الدرقية"، هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على علاقة المرونة النفسية لدى النساء المصابات بإضطرابات الغدة الدرقية بمدينة ورقلة بقلق المستقبل، ولتحقيق هذا الهدف ام استخدام المنهج الوصفي المقارن على عينة أفراد تضم 68 امرأة

مصابة بإضطرابات الغدة الدرقية، وقد تم تطبيق أدوات الدراسة المتمثلة في جمع البيانات باستخدام الأداة لقياس المرونة النفسية وإداة لقياس قلق المستقبل، حيث خلصت الدراسة الى النتائج التالية : عدم وجود علاقة ارتباطية بين المرونة النفسية وقلق المستقبل لدى النساء المصابات باضطرابات الغدة الدرقية عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المرونة النفسية وقلق المستقبل لدى النساء المصابات باضطرابات الغدة الدرقية حسب متغير الحالة الاجتماعية والمتغير السن.

• الدراسات العربية:

- دراسة الحريري أحمد سعيد، الحرثي فوزية سعيد، (2018)، بعنوان " الدرجة والفروق في الاكتئاب لدى مرضى اضطرابات الغدة الدرقية في مستشفى الملك عبد العزيز بالطائف "، هدفت هذه الدراسة الى الكشف عن درجة الاكتئاب تبعاً لنوع الاضطراب الغدة الدرقية (خمول الغدة ونشاط الغدة) لدى مراجعي العيادات الغدد في مستشفى الملك عبد العزيز بالطائف والى معرفة الفروق بين اضطرابات الغدة الدرقية واعراض الاكتئاب تبعاً للمرحلة العمرية، وتبعاً لنوع اضطراب الغدة الدرقية. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة المنهج الوصفي (المسحي والمقارن) على عينة قُدرت ب (600) مفحوص من كلا الجنسين، تم اختيارهم بطريقة قصدية مستخدماً "مقياس بيك للاكتئاب"، توصلت هذه الدراسة الى انه لا يوجد اختلاف في درجة الاكتئاب تبعاً لنوع اضطراب الغدة الدرقية لدى مراجعي عيادات الغدد في مستشفى الملك عبد العزيز بالطائف بالإضافة الى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين اضطرابات الغدة الدرقية واعراض الاكتئاب تبعاً للمرحلة العمرية وتبعاً لنوع اضطرابات الغدة الدرقية.

-دراسة اية علي رزيق، (2015)، بعنوان تحري العلاقة بين اضطراب الغدة الدرقية وسرطان الثدي جامعة حلب، هدفت الدراسة إلى تحديد إذا ما كانت هناك علاقة بين سرطان الثدي واضطراب الغدة الدرقية، تكونت عينة الدراسة من (93) امرأة، (68) مريضة بسرطان الثدي و (25) نساء أصحاء، وتم استخدام جهاز الإيكو باستخدام الأمواج الصوتية لمجموع المرضى، واستعمال مختلف التحاليل الطبية، وبينت نتائج الدراسة أن عامل تناول الأدوية الهرمونية وعامل البدانة هي عوامل الخطورة الإصابة بسرطان الثدي لدى عينة الدراسة.

- دراسة أحلام طه حسن، (2014)، بعنوان " اثر التمارين الأيروبيكس في تطوير القوة العضلية وتحسن توازن الهرمون (T3,T4,TSH) ومعدل الأيض لدى السيدات المصابات في قصور عمل الغدة الدرقية، هدفت هذه الدراسة الى التعرف على أثر تمارين الأيروبيكس في تطوير القوة العضلية وتحسين معدل الأيض الأساس في الجسم لدى السيدات المصابات في قصور عمل الغدة الدرقية ، ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة المنهج التجريبي ، على عينة حجمها 12 سيدة تم اختيارها بطريقة عمدية ، وقد تم استخدام الحقيبة الإحصائية SPSS لمعالجة البيانات ، واعداد المنهج التدريبي وتقنية ، اختبارات القوة العضلية ، قياس مستوى الهرمونات (T3- T4-TSH) في الدم وقياس معدل الأيض ، توصلت الدراسة الى النتائج التالية ؛ أن هناك أثر إيجابي في تدريبات الأيروبيكس في تحسين مستوى الهرمون (TSH-H3-H4) فضلاً عن أثرها الفعال في تحسين معدل الأيض الأساسي في الجسم.

• الدراسات الأجنبية:

- دراسة Sheikh Shoib وآخرون، (2021)، بعنوان " الاكتئاب والقلق بين مريضات فرط نشاط الغدة الدرقية وتأثير العلاج "treatment "Depression and anxiety among hyperthyroid female patients and impact of" ، هدفت هذه

الدراسة الى مقارنة وجود الاضطرابات النفسية لدى الأشخاص الذين يعانون من فرط نشاط الغدة الدرقية ومرضى الغدة الذين يحضرون قسم العيادات الخارجية لأمراض الغدد الصماء في مستشفى شري مهراجا هاري سينغ في كشمير الهند ، ولتحقيق هذا الهدف تم استخدام المنهج الوصفي المقارن وذلك على عينة مكونة من 75 مريضاً يعانون من فرط نشاط الغدة الدرقية وعدد متساو من مرضى قصور الغدة الدرقية ، تم اختيارهم باستخدام أحد عينات عشوائية طبقية بالنسبة للأدوات تم استخدام المقابلة الدولية المصغرة العصبية النفسية (MiNi) و مقياس هاملتون لتصنيف الاكتئاب (HAM-D) ومقياس هاملتون لتصنيف القلق (HAM-A)، وهذا توصلت الدراسة الى النتائج الآتية ؛ أنه كان هناك انتشار أعلى للإضطرابات النفسية بين مجموعة فرط نشاط الغدة الدرقية (60% مقابل 34%)

وعلى وجه الخصوص كان هناك انتشار أعلى لاضطراب الاكتئاب الشديد، والانتحار، واضطراب القلق العام، ونوبات الهلع، ورهاب الخلاء وفي بعض الحالات انخفض انتشار الاضطراب النفسي بعد العلاج الهرموني أي علاج الغدد الصماء.

2.7. التعقيب على الدراسات السابقة:

بعد استعراض الدراسات السابقة التي تمكنا من التحصل والاطلاع عليها يمكن أن نرصد الملاحظات الآتية:

- من حيث متغيرات الدراسة:

تناولت الدراسات السابقة الذكر متغير الدراسة ألا وهو البروفيل النفسي، وعلاقته بمتغيرات مختلفة، وكذلك تناولت بعض الدراسات مرضى الغدة الدرقية من جوانب مختلفة، إلا أنه لم يتم إيجاد دراسات تناولت المتغيرين معاً، أي البروفيل النفسي لدى مرضى الغدة الدرقية، كما تم ضبطهما في دراستنا الحالية في حدود اطلاع الطالبات.

- من حيث المنهج:

تنوعت المناهج المعتمدة في الدراسات السابقة، حيث اعتمدت بعض الدراسات على المنهج الوصفي أو الوصفي المقارن مثل: "دراسة العجال ياسين وآخرون" (2024)، دراسة "بن لمبارك سومية ووليد رابط" (2022)، و "بوسعيد سعاد" (2014) ودراسة "Sheikh Shoib وآخرون" (2021).

كما نجد دراسات استخدمت المنهج التجريبي مثل : دراسة "أحلام طه حسن" (2014) وأخرى استخدمت منهجاً تحليلياً إكلينيكياً مثل: "أنور إبراهيم الحداد الحنين" (2017) ، فيما استخدمت دراسة "Olena Tsilmok وآخرون" (2020) المنهج المسحي.

كل هذه الدراسات ركزت على وصف الظواهر النفسية وتصنيفها دون التعمق في التحليل الديناميكي للعوامل النفسية الفردية، مما يجعل دراستنا الحالية متميزة في هذا الجانب عن باقي الدراسات. بينما اتفقت دراسات أخرى على المنهج العيادي بتقنية دراسة الحالة مثل؛ دراسة "زياد فاطمة ونويجم مروة" (2016)، دراسة "جامع نورة وفلاح غزلان" (2024)، دراسة "دفي فريال" (2023)، دراسة "بلعالي نصر الدين" (2021) ، دراسة "بيرش خديجة" (2016)، دراسة "بن داخة إيمان" (2015) و دراسة "عزت محمد قرني رزق مريم" (2019) مع دراستنا الحالية رغبة في الوصول الى بروفيل نفسي معمق لمرضى الغدة الدرقية، مما يعكس أهمية المنهج العيادي في دراسة الابعاد النفسية المعقدة.

- من حيث العينة:

اتفقت الدراسات السابقة مع دراستنا الحالية في طريقة اختيار العينة حيث تم الاعتماد على العينة القصدية ومن هذه الدراسات التي تماشت مع دراستنا نجد: دراسة "جامع نورة فلاح غزلان"

(2024)، دراسة "بلعالي نصر الدين" (2021)، دراسة "بيرش خديجة" (2016)، دراسة "بن لمبارك سومية، رابط وليد" (2022)، دراسة "زياد فاطمة، نويجم مروة" (2016)، دراسة "أنور إبراهيم الحداد الحنين" (2017)، دراسة "الحريري أحمد سعيد الحرثي، فوزية سعيد" (2018).

أما فيما يخص الاختلاف فلقد كان في تفاوت عينات الدراسات السابقة من حيث الحجم فهناك من اعتمد على عينات كبيرة مثل: دراسة "الحريري أحمد سعيد الحرثي، فوزية سعيد" (2018) على (600 مفحوص) ودراسة "Olena Tsilmok" (2020) وذلك (476 مفحوص)، وأخرى على عينات متوسطة مثل دراسة "بن لمبارك سومية، رابط وليد" (2022) على (35 مريضاً)، في حين اقتصر بعض الدراسات العيادية على عينات صغيرة قصدية تتراوح بين 3 إلى 5 حالات، كما هو الحال في دراسات "بلعالي نصر الدين" (2021) ودراسة "بيرش خديجة" (2016)، ودراسة "بن داخه إيمان" (2015) وغيرها، وبذلك تختلف دراستنا عن الدراسات الأخرى من حيث التركيب النوعي للعينة، فبينما ركزت بعض الدراسات على أطفال مثل دراسة "أنور إبراهيم الحداد حنين" (2017) أو شملت الجنسين دون تحديد دقيق للفئة العمرية مثل: دراسة "زياد فاطمة، نويجم مروة" (2016)، ركزت دراستنا على فئة عمرية ونوعية محددة بدقة هي النساء التي تتراوح أعمارهن ما بين 40 و50 سنة ما يمنحها خصوصية وتعمقاً في الفهم النفسي لهذه الفئة بالذات.

- من حيث الأدوات:

بالنسبة لأدوات الدراسة، فقد تبين أن هناك اتفاقاً بين العديد من الدراسات السابقة ودراستنا الحالية في اعتمادها على المقابلة النصف موجهة كأداة أساسية لجمع البيانات، فأغلب الدراسات مثل دراسة "جامع نورة وفلاح غزلان" (2024) ودراسة "بلعالي نصر الدين" (2021)، دراسة "زياد فاطمة، ونويجم مروة" (2016) اعتمدت على المقابلة النصف موجهة، وهذا يتطابق مع أداة دراستنا التي استخدمنا فيها أيضاً نفس نوع المقابلة.

أما بخصوص المقاييس النفسية، نجد أن دراستنا استخدمت "مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لكوستا وماكري" النسخة المعربة من قبل "بدر محمد الانصاري" وهو مقياس موضوعي يهتم بدراسة الأبعاد الشخصية، في حين أن بعض الدراسات الأخرى مثل: دراسة "بلعالي نصر الدين" (2021)، دراسة "بيرش خديجة" (2016)، ودراسة "أنور إبراهيم، الحداد حنين" (2017)، دراسة "بن داخه إيمان" (2015) استخدمت اختبارات خاصة بالذكاء واختبارات إسقاطية مثل: اختبار وكسلر، اختبار تفهم الموضوع (TAT, CAT) واختبار الروشارخ ورسم الشخص، والتي تختلف عن مقياسنا من حيث أنها تركز على الجوانب اللاشعورية أكثر.

في حين بعض الدراسات مثل دراسة "بن لمبارك سومية، رابط وليد" (2022) ودراسة "بوسعيد سعاد" (2014)، استعملت مقاييس المواجهة والمرونة النفسية، وهي أدوات تختلف عن طبيعة مقياسنا الذي يقيس الشخصية بشكل عام وليس ردود الفعل على المواقف.

كما استخدمت بعض الدراسات أدوات طبية وتشخيصية مثل: الأمواج الصوتية والتحليل الطبية كما في دراسة "آية علي رزقي" (2015) وكذلك الحقائق الإحصائية وبرامج التحليل كما في دراسة "احلام طه حسن" (2014).

أما في الدراسات الأجنبية مثل دراسة "Sheikh Shoib" وآخرين" (2021) فقد تم استخدام مقاييس تقييم الاضطرابات النفسية مثل؛ مقياس هاملتون للاكتئاب والقلق.

وبشكل عام، نجد أن دراستنا امتازت باستخدام أدوات متنوعة تجمع بين الملاحظة الاكلينيكية والمقابلة النصف موجهة ومقياس علي دقيق للشخصية، في حين أن أغلب الدراسات السابقة اعتمدت إما على المقابلة فقط، أو على اختبارات إسقاطية أو مقاييس خاصة بحالات مرضية معينة.

- الفجوة العلمية في الدراسة:

تكشف مراجعة الدراسات السابقة عن تركيزها إما على "البروفيل النفسي" أو "اضطرابات الغدة الدرقية" بشكل منفصل، دون الربط بينهما بشكل مباشر ومعتمق. وتتميز هذه الدراسة بكونها تسعى إلى الجمع بين المتغيرين معا، أي البروفيل النفسي لدى مرضى الغدة الدرقية، وهو مجال لم يُبحث بشكل كافٍ سابقاً، مما يبرز وجود فجوة معرفية حقيقية. كما أن هذه الدراسة تعتمد على "المنهج العيادي"، خلافاً لمعظم الدراسات التي استخدمت مناهج وصفية أو تجريبية. يُعتبر المنهج العيادي الأنسب لتحليل الأبعاد النفسية للشخصية، خاصة في حالات مرضية معقدة. حتى الدراسات التي استخدمت هذا المنهج لم تركز على البروفيل النفسي بشكل شامل. وفي ما يخص العينة، فإن التميز يكمن في اختيار عينة قصصية صغيرة (ثلاث نساء بين 40 و 50 سنة)، مما يمنح الدراسة عمقا نوعيا، لكون هذه الفئة العمرية حساسة نفسياً وجسدياً. أما أدوات جمع البيانات، فتميزت بتنوعها وتكاملها، إذ جمعت بين المقابلة النصف موجهة، الملاحظة الإكلينيكية، ومقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، بعكس أغلب الدراسات السابقة التي اعتمدت أدوات إسقاطية أو مقاييس جزئية.

- خلاصة الفجوة:

- دمج متغيرين لم يُدرساً معاً سابقاً: البروفيل النفسي ومرض الغدة الدرقية.
 - استخدام المنهج العيادي بتركيز على حالات فردية.
 - اختيار عينة نوعية دقيقة (نساء 40 - 50 سنة).
 - اعتماد أدوات علمية شاملة ومتكاملة.
- كل ذلك يبرز أصالة الدراسة ويساهم في توسيع آفاق البحث في العلاقة بين الجوانب العضوية والنفسية.

الجانب النظري

الفصل الثاني: البروفيل النفسي

الفصل الثاني: البروفيل النفسي

تمهيد

1. البروفيل النفسي:

- 1.1. نبذة او التطور التاريخي لمصطلح البروفيل النفسي.
- 1.2. تعريف البروفيل النفسي.
- 1.3. اهمية البروفيل النفسي.
- 1.4. فوائد البروفيلات النفسية في الدراسات الإكلينيكية.
- 1.5. خصائص البروفيل النفسي.
- 1.6. المتطلبات التي يحققها البروفيل النفسي.
- 1.7. الاختبارات او التقنيات النفسية التي تكشف عن البروفيل النفسي.

2. الشخصية:

- 1.2. تعريف الشخصية.
- 2.2. تعريف السمة.
- 3.2. خصائص الشخصية
- 4.2. مكونات الشخصية
- 5.2. محددات الشخصية

3. العوامل الخمسة الكبرى للشخصية:

- 1.3. تعريف العوامل الخمسة الكبرى للشخصية.
- 2.3. خصائص العوامل الخمسة الكبرى للشخصية.
- 3.3. مميزات العوامل الخمسة الكبرى للشخصية.

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعتبر البروفيل النفسي بمثابة لمحة شاملة عن حياة الفرد النفسية، إذ يهدف إلى تقديم تصور متكامل عن خصائصه الشخصية والانفعالية. يعتمد هذا التصور على جمع وتحليل معطيات نوعية وكمية، مما يتيح فهما عميقا للجوانب المعرفية والتجريبية التي تشكل شخصية الفرد. وتبرز أهمية البروفيل النفسي في كونه مرآة تعكس تفاعلات الفرد مع ذاته ومع محيطه، مما يجعله فعال في مجالات التشخيص النفسي والتدخل العلاجي.

تناولنا في هذا الفصل، الذي تم تقسيمه إلى ثلاثة أقسام، ما يلي: خُصص القسم الأول للبروفيل النفسي، حيث تطرقنا إلى نبذة تاريخية عن المصطلح، تعريفه وأهميته، بالإضافة إلى فوائد البروفيلات النفسية في الدراسات الإكلينيكية، مع ذكر خصائصه والمتطلبات التي يحققها والاختبارات أو التقنيات التي تكشف عن البروفيل النفسي. أما القسم الثاني، فخصص للشخصية، حيث تضمن تعريفًا للشخصية والسمة، وخصائص ومكونات الشخصية، بالإضافة إلى محدداتها. أما القسم الثالث، فتطرقنا فيه إلى العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، حيث تم تقديم تعريف له وذكر أهم خصائصه ومميزاته.

1. البروفيل النفسي:

1.1. نبذة او التطور التاريخي لمصطلح البروفيل النفسي:

رغم تعدد المترادفات العربية والأجنبية المستخدمة في الأدبيات البحثية، يُعد مصطلح البروفيل النفسي الأكثر شيوعاً واعتماداً لدى المختصين والعاملين في المجال العلمي.

يرجع استخدام مصطلح البروفيل النفسي لأول مرة إلى روزليمو (G) Rossolimo) 1911 كان طبيباً سوفياتي لطب الأعصاب عند الأطفال وتم وضع المصطلح ضمن اختبارات الذكاء ثم تطرق له كل من مللي ووكلسر (Meili & D wechster) في وصف النواحي الانفعالية والميول والاهتمامات وتطلق عدة تسميات على البروفيل النفسي: كالخطيطة النفسية، والصفحة النفسية الانفعالية، الملمح النفسي... وغيره، والتي تتدرج كلها ضمن معنى واحد وهو مجموع الخصائص والسمات المميزة لشخصية الفرد (مريامة، 2019، ص 11)

ويحمل لفظ البروفيل النفسي (Psychological profile) عدة دلالات، من أبرزها كونه يُشير إلى:

- مظهر جانبي أو رسم جانبي لشخص أو شيء.
 - مجموعة من السمات المميزة للفرد ذات الصلة بتأهيله لأداء وظيفة معينة،
 - كما قد يُفهم على أنه تصوير عام لوضعية النمو أو التطور.
- أطلقت عدة تسميات على مفهوم البروفيل النفسي، من بينها: التخطيط النفسي، الصفحة النفسية الانفعالية، مرسمة الانفعالات النفسية، أو الملمح النفسي، وهي تسميات تصب جميعها في إطار مشترك، تتمثل في إبراز مجموعة الخصائص والسمات التي تميز شخصية الفرد.

وفي هذا السياق، يرى عدد من الباحثين أن البروفيل النفسي يمثل رسماً بيانياً يظهر المستوى النسبي للفرد عبر مجموعة من السمات أو الاستعدادات، مما يُسهل في تحديد نقاط القوة ومناطق الضعف، وفقاً لمستوى الأداء في كل سمة على حدى.

أشار السيد خيرى (1994) إلى أن الأهداف العلمية للقياس النفسي تستلزم ضرورة بناء البروفيل النفسي باعتباره أداة كاشفة عن مكان القوة لدى الفرد، خاصة في حالات الاختيار، التوجيه، أو دراسة الحالة.

كما شددت في هذا الصدد لويس مليكة (1994) على أهمية التحليل المتعمق للبروفيل النفسي، مؤكدة على ضرورة الدمج بين التحليل الكمي والنوعي للكشف عن جوانب القوة والضعف. وقد عبّرت بشكل غير مباشر عن البروفيل النفسي باعتباره "وعاء يحتوي على الزخم المعلوماتي البحثي، ليعاد تدويره بصورة سلسلة وقابلة للفهم"، الأمر الذي يعزز من قيمته في المجال الإكلينيكي، حيث يسعى الأخصائي الإكلينيكي إلى استكشاف أبعاد الشخصية المختلفة، مما يُفضي إلى تحديد "صفحات نفسية" مميزة لكل فئة إكلينيكية (زعير، 2015، ص 10).

وبناءً عليه، فإن افتراض وجود بروفيل نفسي خاص بكل اضطراب، من شأنه أن يساهم في توضيح طبيعة الإسقاطات النفسية المرتبطة بالاضطراب، والسمات الشخصية الشائعة بين الأفراد المصابين به، فضلاً عن العوامل المرافقة، مما يُسهّل على الأخصائي النفسي أداء مهامه ضمن إطار البروفيلات النفسية (Psychological Profiles).

2.1. تعريف البروفيل النفسي:

البروفيل النفسي هو عبارة عن مجموعة من الخصائص التي تميز شخصية فرد معين وتفسر سلوكه.

* كما أنه عبارة عن صفحة نفسية تحتوي على مجموعة من البيانات المتعلقة بفرد معين، ومراحل النمو النفسي والاضطرابات التي يعاني منها، وهو مجموعة من السمات الشخصية والسلوكية والاجتماعية، وما يقف خلفها من بناء نفسي وديناميات التفاعل الداخلية للفرد.

* عرفته ياسمينه بانه: " صفحة تضم معلومات سيكولوجية عن الحالة المدروسة أو المراد متابعتها من طرف الاخصائي وفيه معلومات بيوغرافية ومعلومات عن اهم خصائص مراحل النمو النفسي للمفحوص والاضطرابات التي يعاني منها، وباختصار هي لمحة سيكولوجية. (مزوار، 2013، ص 140).

* كما جاء بمعنى آخر يقصد به مجموعة من المقاييس لعدة متغيرات تقيس نفس الموضوع التشكيل بنية تميز الفرد.

التعريف الاصطلاحي:

* هو صفحة تنظم معلومات سيكولوجية عن الحالة المدروسة أو مراد تتبعها من طرف الأخصائي، فيها معلومات بيوغرافية، ومعلومات عن أهم خصائص مراحل النمو النفسي للمفحوص والاضطرابات التي يعاني منها، وباختصار في لمحة سيكولوجية (مسعودي وبوزنينة، 2022، ص 21).

وبالتالي لو كان لكل اضطراب بروفيل نفسي خاص به، يشرح نوعية الاسقاطات التي يمارسها المصاب بالاضطراب، ويوضح أبرز السمات الشخصية المميزة للأفراد المصابين بالاضطراب وبعض العوامل الأخرى، لكان من السهل على الأخصائي النفسي أن يمارس مهنته في ظل التسهيلات التي تقدمها البروفيلات النفسية والبروفيل النفسي يحقق واحداً على الأقل من المتطلبات التالية:

- التعرف على الدرجات التي حصل عليها المفحوص في كل سمة بطريقة مباشرة.
- معرفة النمط العام لدرجات السمات التي يقيسها الاختبار لدى المفحوص.
- التعرف على السمة التي حصل فيها المفحوص على أعلى درجة والسمة التي حصل فيها المفحوص على أقل درجة.
- التعرف على مركز درجات المفحوص على مختلف السمات بالنسبة لواحد أو آخر من المعايير التالية (المتوسطات، المتينيات، الدرجات، المعيارية) (زعيتو، 2015، ص 10).

من خلال هذه التعاريف نستخلص تعريف للبروفيل النفسي؛ بأنه مجموعة من الخصائص والسمات النفسية التي تميز فرد عن غيره وتميز سلوكياته والتي تظهر من خلال مقاييس واختبارات نفسية وشخصية.

3.1. أهمية البروفيل النفسي:

يعتبر البروفيل النفسي من الأدوات الأساسية في الممارسة العيادية، لما يوفره من معطيات نوعية تساهم في بناء فهم تكاملي للوظائف النفسية لدى الفرد. فهو يمكن من تحليل البنية النفسية ضمن مقاربة ديناميكية تأخذ بعين الاعتبار التفاعلات المعقدة بين العوامل الوراثية، السيكلولوجية، والبيئية، في ضوء المسار النمائي والتجارب الحياتية للفرد.

وتكمن أهمية البروفيل النفسي في قدرته على الكشف عن أنماط التنظيم النفسي، وطبيعة الصراعات اللاواعية، ومصادر الإحباط، والحاجات النفسية غير المشبعة، إلى جانب تحديد الآليات الدفاعية المستخدمة ومدى نضجها، وهو ما يتيح فهما معمقا للاضطرابات النفسية لا باعتبارها أعراضا سطحية، بل كمحصلة لسيروترات داخلية متشابكة.

كما يشكل البروفيل أداة توجيهية في اختيار الاستراتيجية العلاجية الأنسب، نظرا لما يقدمه من تصور شامل حول العوامل المعيقة للنمو النفسي، والمكامن التي تتطلب التدخل العلاجي. وبهذا المعنى، تتجاوز وظيفة البروفيل مجرد الوصف أو التصنيف، لتصبح مدخل أساسي لفهم الفرد في تكامله، بما يستدعيه ذلك من حساسية سريرية ورؤية متعددة الأبعاد (جامع و فلاح، 2024، ص 17).

لذلك يعد البروفيل النفسي أداة عيادية تساعد الاخصائي على فهم أعمق للبنية النفسية للفرد، من خلال تحليل تفاعل العوامل الوراثية، النفسية، والبيئية في ضوء تجربته الحياتية. كما يتيح الكشف عن الصراعات اللاواعية، والآليات الدفاعية، مما يساهم في تشخيص أدق واختيار الاستراتيجية العلاجية المناسبة، ضمن مقاربة شاملة ومتكاملة للفرد.

4.1. فوائد البروفيلات النفسية في الدراسات الإكلينيكية:

يعد البروفيل النفسي من الأدوات الإكلينيكية الفعالة، لما يوفره من تسهيلات في جمع المعطيات النفسية وتحليلها، بما يسمح بتحقيق نتائج دقيقة وموجهة. وتبرز أهميته في كونه يمكن المعالج من التعامل مع الفرد كوحدة متكاملة، لا كأجزاء مفصولة، بناء على ما يتم استخلاصه من معلومات شاملة باستخدام أدوات القياس المتنوعة.

ومن بين أبرز مميزاته، أنه يتيح فهم دينامي للاضطرابات النفسية، من خلال تحليل تفاعل القوى والمؤثرات النفسية المتشابكة، سواء تلك التي تنتمي إلى الحاضر أو التي تمتد جذورها إلى تجارب سابقة.

كما تظهر من خلاله بشكل واضح حاجات الفرد، وصراعاته الداخلية، وما يطمح لتحقيقه ولكنه يعجز عن بلوغه، إلى جانب الإحباطات التي يعاني منها.

يسمح البروفيل كذلك بالتعرف على مدى توظيف الفرد للآليات الدفاعية، وأنماطها المهيمنة، وما إذا كانت تمثل عائق أمام نموه النفسي السليم.

وفي هذا السياق، تشير طاهري فاطمة الزهراء (2014) إلى أن البروفيل النفسي من شأنه يحدد لنا الطريقة المتفردة في تكيف الشخص مع بيئته ويتنبأ باستجاباته، ويعرض مجموعة من الصفات الجسدية والنفسية (موروثية ومكتسبة) وكذلك العادات والتقاليد والقيم، والعواطف متفاعلة كما يراها الآخرون من خلال التعامل في الحياة الاجتماعية (الساكر، 2022، ص 14).

انطلاقاً مما سبق، يمكن استخلاص أن البروفيل النفسي أداة تشخيصية وتقييمية شاملة، تساعد الأخصائي في تكوين تصور متكامل عن الفرد، من خلال فهم تفاعلاته النفسية، صراعاته الداخلية، الآليات الدفاعية التي يعتمدها، وكذا الحاجات التي لا يستطيع اشباعها. وما يميز البروفيل هو قدرته على تقديم قراءة دينامية للاضطرابات النفسية، من خلال الربط بين الوضع الحالي والتجارب السابقة للفرد، وهذا يسهل علينا توجيه التدخل العلاجي بشكل دقيق وفعال. إضافة إلى ذلك، يسمح البروفيل بالتعرف على طريقة تكيف الفرد مع بيئته، والتنبؤ بكيفية استجابته للمواقف المختلفة، بالاعتماد على خصائصه النفسية، الجسدية، الاجتماعية والثقافية، سواء كانت موروثية أو مكتسبة.

5.1. خصائص البروفيل النفسي:

تشمل خصائص البروفيل النفسي مجموعة من السمات التي تؤثر على سلوك الأفراد وتفاعلهم مع الآخرين ومن بينها نجد:

• العدوانية:

تعد العدوانية سمة فطرية لدى الإنسان، تتسم بالشدة والخشونة، وتظهر في مراحل الطفولة المبكرة. ومع التقدم في العمر، قد تتعمق هذه السمة، وترتبط أحياناً بفكرة الموت أو الرغبة فيه. وغالباً ما يميل الشخص العدواني إلى فرض السيطرة على الآخرين والتسلط، معتقداً أنه يتصرف بشكل طبيعي وضمن حدود المقبول، دون اعتبار لانزعاج الآخرين من سلوكه.

• تقدير الذات:

تقدير الذات هو مجموعة من الاتجاهات والمعتقدات التي يعتمد عليها الفرد في نظرتة لنفسه وتعاطيه مع العالم المحيط. فإذا كانت نظرتة إيجابية، ارتفع تقديره لذاته، وإذا كانت سلبية، انخفض. ويُعدّ تقدير الذات عاملاً مهماً في تحفيز الفرد على الإنجاز والتعلم، كما يساهم في تعزيز الصحة النفسية وتقليل فرص الإصابة بالقلق والاكتئاب والاضطرابات النفسية الأخرى. (بوفنش وقيروان، 2024، ص 22)

• الانبساط:

يشير الانبساط إلى طيف من السمات السلوكية التي تتضمن الميل إلى التفاعل الاجتماعي، والاندفاع، والتفاؤل، والمرح، بالإضافة إلى الميل إلى التهور من الأمور أو التعامل معها ببساطة وارتياح. ويعد الأفراد الانبساطيون أكثر استعداداً للتواصل مع الآخرين، ويتميزون بانفتاحهم العاطفي وسرعة تكيفهم في البيئات الاجتماعية المختلفة.

• الانطواء:

الانطواء مفهوم مستمد من الأصل اللاتيني entra، ويعني الانسحاب إلى الداخل. وفي السياق النفسي، يُستخدم لوصف نمط من الشخصية يتميز بالانسحاب من التفاعل الاجتماعي، والانشغال بالأفكار والمشاعر الذاتية. يُفضل الفرد الانطوائي التركيز على عالمه الداخلي، ويُظهر اهتمامًا محدودًا بالثيرات الخارجية والعلاقات الاجتماعية، مما يعكس ميلًا إلى التأمل والتفكير العميق أكثر من الانخراط في النشاطات الاجتماعية.

• العصبية:

العصبية تعد من الاضطرابات النفسية التي تتسم باضطراب انفعالي وتفتت في بعض الجوانب الشخصية، دون أن يصل ذلك إلى الانفصال التام عن الواقع. وتظهر العصبية لدى الأفراد بغض النظر عن فئاتهم العمرية أو خلفياتهم الاجتماعية والثقافية. تشمل أعراضها طيفًا واسعًا من الاضطرابات، منها: القلق، الرهاب المرضي، الوسواس القهري، توهم المرض، الوهن العصبي (النوراستينيا)، الهستيريا، اضطرابات الإحساس بالهوية (فقدان الشعور بالذات)، والاكتئاب. ويدرك المصاب بالعصبية مشكلته النفسية، إلا أنه غالبًا ما يجد صعوبة في كبح أو تغيير سلوكياته المتكررة.

• الذهانية:

تمثل اضطرابا نفسيا عميقا يتميز بانفصال جزئي أو كلي عن الواقع. وغالبًا ما يظهر لدى المصاب شعور مبالغ فيه بتقدير الذات يصل إلى حد الغرور، إلى جانب أنماط من السلوك الأناني، التي قد تتخفى أحيانًا خلف أقنعة من التودد أو التظاهر بالمحبة. وتصاحب هذه الحالة مظاهر عدوانية وحسد كامنة، بالإضافة إلى شعور داخلي حاد بالنقص. ويتسم الشخص الذهاني بالجمود في الرأي، وافتقاده للمرونة في التفاعل مع الآخرين، مما يجعله من الشخصيات التي يصعب التعامل معها بسلاسة (بوفنش وقيروان، نفس المرجع السابق، ص 23).

من خلال تحليل خصائص البروفيل النفسي، يتضح أن كل سمة تعكس جانبًا معينًا من شخصية الإنسان، وتؤثر بشكل مباشر في علاقاته وسلوكياته وتعامله مع الضغوط. كما أن التوازن بين هذه السمات يسهم في تكوين شخصية سليمة ومتكاملة، في حين أن اختلالها قد يؤدي إلى اضطرابات نفسية أو سلوكية تحتاج إلى تدخل وعلاج.

6.1. المتطلبات التي يحققها البروفيل النفسي:

ان البروفيل النفسي يساعد الأخصائيين النفسيين في فهم شخصية المفحوص بشكل دقيق. من خلاله، يمكن معرفة درجات السمات الشخصية المختلفة وتحليلها، مما يسهل التشخيص والعلاج البروفيل النفسي يوفر العديد من المتطلبات والتسهيلات التي تسهم في إجراء المقابلات التشخيصية والعلاجية في مجال علم النفس، ومن أهم هذه التسهيلات:

1. التعرف على درجات المفحوص في كل سمة: حيث يمكن تحديد الدرجات التي حصل عليها المفحوص في مختلف السمات بطريقة مباشرة وواضحة.

2. معرفة النمط العام لدرجات السمات: من خلاله يمكن الحصول على فكرة شاملة حول توزيع الدرجات على السمات المختلفة التي يقيسها الاختبار لدى المفحوص.
3. الكشف عن أعلى وأقل درجات السمات: يساعد البروفيل في تحديد السمة التي حصل فيها المفحوص على أعلى درجة وكذلك السمة التي حصل فيها على أقل درجة.
4. التعرف إلى مركز درجات المفحوص بالنسبة للمعايير المختلفة: مثل المتوسطات والمنحنيات والدرجات المعيارية، مما يسمح بتقييم مكانة المفحوص بالنسبة للأفراد الآخرين في مجموعة معينة.
5. يساعد البروفيل النفسي في توفير معلومات دقيقة حول سمات الشخص وسلوكياته وأن كل اضطراب له بروفيل نفسي خاص به يوضح فيه لنا السمات الشخصية المميزة للأفراد الذين يعانون من اضطراب ما، فهذا كله سيسهل على الأخصائي النفسي أداء عمله بكفاءة أكثر من خلال مختلف التسهيلات التي يوفرها البروفيل النفسي في تقييم المرضى ومما يعزز أيضاً من فعالية العلاج النفسي ويسهم في تحديد أفضل الطرق للتعامل مع الاضطرابات النفسية (الساكر، 2022، ص 14).

وبالتالي فالبروفيل النفسي أداة مهمة تساعد الأخصائي النفسي على فهم شخصية المفحوص بشكل دقيق من خلال تحليل سماته وتحديد نقاط القوة والضعف عنده. كما يسهل عملية التشخيص والعلاج، ويكشف السمات المرتبطة بأي اضطراب نفسي، مما يجعل عمل الأخصائي أكثر دقة وفعالية.

7.1. الاختبارات أو التقنيات النفسية التي تكشف عن البروفيل النفسي:

تعد اختبارات الشخصية، سواء كانت موضوعية أو إسقاطية، من أبرز الأدوات المستخدمة في الكشف عن البروفيل النفسي، ومن بين هذه الاختبارات التي تساعدنا على التعرف على البروفيل النفسي نجد:

■ اختبار الشخصية المتعدد الأوجه "مينيسوتا" (MMPI):

يعد واحداً من أهم وأشهر أدوات التقييم النفسي، وقد تم تطويره لأول مرة في الولايات المتحدة عام 1943 بهدف تقديم تقييم موضوعي لبعض الجوانب الجوهرية في شخصية الفرد، خصوصاً تلك التي تؤثر على مدى توافقه النفسي والاجتماعي.

صمم هذا الاختبار للراشدين القادرين على القراءة والكتابة، ويعتمد على مجموعة من المقاييس التي تم استخراجها بناءً على دراسات إكلينيكية لحالات نفسية مختلفة. بدأ الاختبار بتسعة مقاييس رئيسية، عرفت بالمقاييس الإكلينيكية، لأنها مرتبطة بأنماط محددة من الاضطرابات النفسية، ثم أُضيف إليها لاحقاً مقياس عاشر يعنى بالانطواء الاجتماعي. كما يشتمل الاختبار أيضاً على مقاييس تعرف باسم "مقاييس الصدق"، وتهدف إلى التحقق من مدى صدق المفحوص وصحة إجاباته.

مقاييس الصدق الأربعة تشمل:

1. مقياس الامتناع عن الإجابة، ويحسب عدد العبارات التي تركها المفحوص دون إجابة.
2. مقياس الكذب (L)، ويكشف عن محاولة المفحوص إظهار نفسه بصورة مثالية أو مقبولة اجتماعياً.
3. مقياس الخطأ، ويرتبط بمدى قدرة المفحوص على فهم عبارات الاختبار بشكل صحيح.
4. مقياس التصحيح (K)، ويقاس درجة دفاعية المفحوص أو مقاومته للكشف عن مشكلاته النفسية.

أما المقاييس الإكلينيكية، فهي كالتالي:

- توهم المرض (Hs): يعنى بكشف مدى انشغال الشخص المفرط بوظائفه الجسدية.
 - الاكتئاب (D): يقيس مظاهر الحزن وفقدان الأمل والتشاؤم.
 - الهستيريا (Hy): يكشف عن استخدام الأعراض الجسدية كوسيلة للهروب من الضغوط والمسؤوليات.
 - الانحراف السيكوباتي (Pd): يقيس مدى تمرد الفرد على المعايير والقواعد الاجتماعية.
 - الذكورة-الأنوثة (Mf): يسلط الضوء على التوجهات الجنسية أو السمات السلوكية المرتبطة بالنوع.
 - البارانونيا (Pa): يفحص وجود أفكار اضطهادية أو شعور بالعظمة والسيطرة.
 - السيكاثينيا (Pt): يقيس الوسواس والأفكار القهرية.
 - الفصام (Sc): يكشف عن وجود اضطراب في التفكير والسلوك، كالتبدل أو التوهم.
 - الهوس الخفيف (Ma): يعكس النشاط الزائد والاندفاع العاطفي وغزارة الأفكار.
 - الانطواء الاجتماعي (Si): يقيس مدى انسحاب الفرد من التفاعلات الاجتماعية وتجنبه للمسؤوليات.
- الاختبار تم تطويره على يد العالم النفسي "ستارك هاثاواي" والطبيب النفسي "شارلي ماكنلي"، وشاركت فيه لاحقاً أسماء بارزة في مجال علم النفس، مثل "داهلستروم، ويلش، جو" (مشراوي و لعود، 2023، ص ص 33، 34).

■ اختبار أيزنك للشخصية:

هو أداة نفسية موضوعية تهدف إلى قياس بعدين رئيسيين في بنية الشخصية، هما: الانبساط مقابل الانطواء، والعصابية مقابل الثبات الانفعالي، إضافة إلى مقياس للكذب يهدف إلى تقدير مدى صدق إجابات المفحوص. يتكوّن

الاختبار من 57 عبارة يجيب عنها الشخص بـ "نعم" أو "لا"، وتتميز العبارات بالبساطة، مما يجعلها مناسبة للأفراد ذوي القدرات التعليمية أو المعرفية المحدودة.

تم تطوير الاختبار على يد هانز وسيل أيزنك، ويُعد من الأدوات السهلة في التطبيق والتصحيح، حيث لا يتطلب خبرة مهنية عالية، ويمكن استخدامه من قبل الأخصائيين المبتدئين. ويُقسّم إلى ثلاثة مقاييس فرعية: 24 عبارة لقياس الانبساط-الانطواء، و24 عبارة للعصابية-الثبات، و9 عبارات لقياس الكذب.

يستخدم الاختبار في مجالات متعددة، منها الإرشاد المهني والتربوي، والتشخيص النفسي، والبحوث النفسية المستندة إلى نظرية أيزنك. ورغم بساطته، فإنه يُعد أداة فعالة للحصول على تقييم أولي سريع للشخصية. ومع ذلك، فإن قلة عدد الأبعاد التي يقيسها تجعل منه أقل شمولاً مقارنةً باختبارات أكثر تفصيلاً مثل اختبار كاليفورنيا أو اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه.

الاختبار يتمتع بدرجة جيدة من الثبات والصدق، الاختبار متاح بعدة لغات، منها الإسبانية والعربية، وتتوفر له معايير تقنين في بلدان متعددة، منها إنجلترا والولايات المتحدة ومصر (مشراوي و لعواد، نفس المرجع السابق، ص ص 35، 36).

■ اختبار تفهم الموضوع (TAT):

يعد من أكثر الاختبارات الإسقاطية استخداماً في المجال النفسي، وخاصة في العيادات النفسية ومراكز دراسة الشخصية. تعتمد فكرته الأساسية على عرض مجموعة من الصور الغامضة نسبياً على المفحوص، ويُطلب منه أن يروي قصة تعكس ما يراه في كل صورة، متضمناً الأحداث والشخصيات والمواقف والانفعالات التي يتخيلها.

من خلال تحليل هذه القصص، يتمكن الأخصائي النفسي من استنتاج جوانب خفية من شخصية الفرد، مثل دوافعه ورغباته، مشاعره، ميوله، وحتى الصراعات الداخلية التي قد لا يكون واعياً بها. الصور المصممة لهذا الاختبار تُحفز خيال الفرد وتدفعه إلى إسقاط خبراته ومشكلاته وانفعالاته على المواقف المعروضة فيها.

طور هذا الاختبار لأول مرة عام 1935 على يد هنري موراوي وزميلته كريستينا مورجان، بهدف دراسة الأوهام والتخيلات. ومنذ ذلك الحين، أصبح أداة معتمدة لفهم الشخصية وتشخيص الاضطرابات النفسية مثل العصاب والذهان. وقد ساهم عدد من الباحثين في تطويره وتوسيعه مثل بيللاك، تومكنز، بيتروفسكي، وشيترن، حيث استُخدم لاحقاً في دراسات متعددة تتعلق بجوانب مختلفة من الشخصية.

يتكون الاختبار من 20 بطاقة، تعرض واحدة تلو الأخرى، ويطلب من المفحوص أن يبتكر قصة لكل بطاقة. كل بطاقة موجهة لفئة عمرية وجنسية محددة، حيث نجد بطاقات خاصة بالذكور (أطفال وبالغين)، وأخرى بالإناث، إلى جانب بطاقات مشتركة للأطفال من الجنسين. يتم تمييز البطاقات برموز محددة توضح الفئة المستهدفة؛ فمثلاً:

BM: للذكور من مختلف الأعمار (أطفال أو راشدين)

B: للصبيان دون سن 14

BG: للأطفال من الجنسين حتى سن 14

GF: للإناث عمومًا (فتيات أو نساء بالغات)

G: للفتيات دون سن 14

ويراعى ترتيب عرض البطاقات حسب الأرقام المدونة على ظهرها، لضمان تطبيق موحد ودقيق للاختبار (عباس، 1990، ص ص 123، 124)

■ اختبار الروورشاخ:

اختبار رورشاخ هو أداة إسقاطية تتكوّن من عشر بطاقات تحتوي على بقع حبر، ويهدف إلى دراسة الشخصية وفهم خصائصها العميقة من خلال آلية الإسقاط. تعتمد هذه الآلية على أن الفرد يسقط مشاعره ودوافعه ومخاوفه اللاواعية على المثيرات الغامضة (بقع الحبر). الطريقة التي يدرك بها المفحوص هذه البقع تكشف جوانب متعددة من شخصيته مثل:

- ديناميات شخصيته والبنية الداخلية لها.
- أسلوبه المعرفي في إدراك الواقع ومعالجة المعلومات.
- قدرته على مواجهة المشكلات والتعامل معها.
- مدى تمتّعه بالقدرات الإبداعية والخيال.
- حالته الانفعالية، مثل مستويات القلق والانقباض.
- نظرته إلى ذاته وتعامله مع الآخرين.
- قوة الأنا لديه وقدرتها على التكيف والمواجهة.
- أنواع الصراعات النفسية التي يعاني منها.
- آليات الدفاع التي يستخدمها لمواجهة الضغوط والصراعات الداخلية. (فرحات وعبد القادر، 2022، ص 35)

■ اختبار "تكملة الجمل الناقصة":

وضعه "ساكس وليفي" يُعد من الاختبارات الإسقاطية التي تهدف إلى الكشف عن جوانب التوافق النفسي لدى الأفراد، من خلال تحليل استجاباتهم لعبارات غير مكتملة. يركز الاختبار على أربعة مجالات أساسية:

- الأسرة (ويشمل نظرة الفرد إلى الأم، الأب، والأسرة ككل).
- العلاقات الاجتماعية (كالأصدقاء وزملاء الدراسة أو العمل).
- الجانب الجنسي (ويتناول المواقف تجاه الجنس والزواج).
- تصور الفرد لذاته (ويتضمن مخاوفه، شعوره بالذنب، أهدافه، وقدراته).

يتكون الاختبار من 60 عبارة تغطي 15 اتجاهها نفسيا، وتُمنح الدرجات وفقاً لحدة الاضطراب في الإجابة: درجتان للاضطراب الشديد، درجة واحدة للاضطراب المعتدل، وصفر إذا كانت الإجابة غير كافية (بوفج والود، 2017، ص 115).

■ اختبار العوامل الخمس الكبرى للشخصية "لكوستا وماكري":

تم اعداده من قبل كوستا وماكري وهو يعتبر أداة موضوعية تهدف لقياس الابعاد الأساسية لشخصية بواسطة مجموعة من البنود (60 بند) تشتمل على خمس عوامل وهي: العصابية، الانبساطية، الانفتاح على الخبرة، المقبولية (الطيبة)، يقظة الضمير.

قام الانصاري 1997 بترجمة بنود القائمة الى الإنجليزية الى العربية الفصحى ثم خضعت الترجمة لدورات عديدة من قبل المختصين في علم النفس، فهذا الاختبار يمكن ان يساعدنا من اجل الكشف عن سمات وخصائص الشخصية الذي يتميز بها مرضى الغدة الدرقية. (طيباوي، 2020، ص 50).

ف نجد هنا أن الكشف عن البروفيل النفسي للفرد لا يتم بصورة اعتباطية، بل يعتمد على أدوات علمية ممنهجة، كالاختبارات النفسية التي تم ذكرها سابقا. إذ يسهم كل اختبار في الكشف عن أبعاد محددة من الشخصية، سواء من خلال الاختبارات الموضوعية أو عبر التقنيات الإسقاطية. ومن خلال هذه الأدوات، يتمكن الأخصائي من تكوين تصور دقيق ومتكامل للبروفيل النفسي، مما يتيح التشخيص السليم، ويسهل وضع خطة علاجية مناسبة. وبالتالي، فإن الاعتماد على هذه الوسائل يعد خطوة أساسية في الممارسة النفسية العلمية، الهادفة إلى تحقيق التوازن النفسي وتعزيز التوافق الشخصي والاجتماعي للفرد.

2. الشخصية:

1.2. تعريف الشخصية:

ليس من السهل تقديم تعريف دقيق ومحدد لمفهوم "الشخصية"، إذ يصعب الإحاطة بها في تعريف علمي جامع مانع. فهي، من حيث طبيعتها، تُشبه الكهرباء أو المغناطيسية أو المذياع (الراديو)، حيث لا تُدرك مباشرة، وإنما تُعرف من خلال آثارها وانعكاساتها السلوكية. ومع ذلك، لا يُعد هذا عائقاً أمام محاولة فهم الشخصية والسعي إلى تعريف تقريبي لها. ومن بين التعريفات المتداولة في هذا السياق ما يلي:

* الشخصية: هي مجموع الصفات والمزايا الذاتية التي يمتاز بها الشخص عن غيره.

* او هي مجموعة الصفات العقلية، والخلقية، والجسمية، والإرادية التي يُتَوَجَّع بها الإنسان.

* وقد يقصد بها ايضاً: مجموعة الفروق التي تُميز الشخص عن غيره (الإبراشي، 1944، ص 09)

يشترك مصطلح "الشخصية" (Personality) من الكلمة اللاتينية Persona، والتي تعني "القناع" (mask). ويشير هذا الاشتقاق إلى أن الشخصية قد تُشبه القناع الذي يرتديه الممثل أثناء أدائه لدور معين، في دلالة رمزية على أن الفرد قد يختار عن وعي ما يظهره للآخرين من سمات وسلوكيات، ويخفي ما لا يرغب في كشفه. ويعكس من خلال هذا المفهوم أن بعض جوانب الشخصية تظل غير ظاهرة للآخرين، إما لأسباب ذاتية أو اجتماعية، ما يبرز الطبيعة المعقدة وغير الكاملة لإدراك الشخصية من الخارج (عبد الرحمان، 1998، ص 26)

تعد الشخصية مفهومًا متعدد الأبعاد، وقد قدم عدد من العلماء تعريفات متنوعة لها تعكس وجهات نظرهم النظرية وتوجهاتهم العلمية.

فقد عرفها آيزنك (Eysenck) بأنها ذلك التنظيم الثابت والدائم نسبيًا لطابع الفرد، ومزاجه، وعقله، وبنيته الجسدية، والذي يحدد توافقه مع البيئة المحيطة به، مشيرًا بذلك إلى تكامل الجوانب النفسية والبيولوجية في تشكيل الشخصية.

أما بدر محمد الأنصاري، فقد قدّم تعريفًا أكثر شمولاً، حيث يرى أن الشخصية "نمط سلوكي مركب وثابت إلى حد كبير، يميز الفرد عن غيره، ويتكون من تنظيم فريد لمجموعة من الخصائص والسمات والأجهزة المتفاعلة، والتي تشمل: القدرات العقلية والانفعالية، والإرادة، والتركيب الجسدي والوراثي، والوظائف الفسيولوجية، إلى جانب الأحداث الحياتية والتاريخية، التي تحدد أسلوب الفرد الخاص في الاستجابة والتكيف مع البيئة".

في حين يعرفها مصطفى عشوي على أنها "مجموعة الصفات النفسية التي يتميز بها الفرد، والتي تؤثر في أنماطه السلوكية المختلفة، بشكل يتسم بدرجة من الثبات النسبي عبر المواقف والزمان" (بوفلجة، 2017، ص 276)

ويعرف أيضا ألبورت (Allport) الشخصية على أنها "تنظيم دينامي داخلي للفرد، ينظم مختلف الأجهزة النفسية والجسمية، ويمنحه طابعه الخاص في السلوك والتفكير"، مشيرًا إلى تفاعل العوامل النفسية والبيولوجية في تكوين النمط السلوكي المميز لكل شخص.

أما جيلفورد (Guilford 1959) فقد ركز على البعد الفريد للشخصية، حيث اعتبرها "النموذج الفردي الفريد الذي تتكوّن منه السمات الخاصة بالشخص"، مما يسلط الضوء على التمايز بين الأفراد في بنية سماتهم.

في حين قدم ريموند كاتل (Cattell, 1965) تعريفاً وظيفياً للشخصية، حيث وصفها بأنها "ما يمكننا من التنبؤ بما سيفعله الفرد في موقف معين"، موضحاً أن الشخصية تشمل جميع أشكال السلوك التي تصدر عن الفرد، سواء كانت ظاهرة أو خفية. (طراد، 2021، ص 20)

2.2. تعريف السمة:

كما تتعدد تعريفات علماء النفس لمفهوم الشخصية، فإن تعريفاتهم لسمات الشخصية تختلف كذلك، وذلك تبعاً لتباين منظوراتهم النظرية وتوجهاتهم الفكرية في فهم هذا البناء النفسي. وفي هذا السياق، يمكن الإشارة إلى بعض التعريفات التي قدمها باحثون مختصون في مجال سمات الشخصية.

فقد رأى ريموند كاتل (Cattell) أن "السمة" تُعد نمطاً من أنماط الاستجابات أو ردود الأفعال، التي تجمعها وحدة نفسية معينة، تتيح تصنيفها تحت مسمى واحد، والتعامل معها بطريقة موحدة في معظم المواقف. وهذا التعريف يعكس الطابع التنظيمي والاتساق الذي تُظهره السمات في سلوك الفرد عبر المواقف المختلفة. (شريف و حبارة، 2011، ص 216)

فقد قدم ألبورت (Allport) تعريفاً للسمة باعتبارها "نظاماً عصبياً نفسياً يتسم بالتعميم والثبات، ويختص بالفرد، ويمنحه القدرة على تفسير المنبهات المختلفة بوظائفها، مع القدرة على خلق وتوجيه أنماط متكررة من السلوك التعبيري والتوافقي"، وهو ما يعكس نظريته إلى السمة كوحدة تنظيمية داخلية لها أثر واضح في التكيف والسلوك.

أما هانز آيزنك (Eysenck)، فقد اعتبر السمة مجموعة ملحوظة من النزعات الفردية نحو الفعل، موضحاً أنها تظهر على شكل اتساق واضح في العادات والسلوكيات المتكررة لدى الفرد.

وفي ذات السياق، يرى جيلفورد (Guilford) أن السمة هي "أي طريقة متميزة وثابتة نسبياً تميز الفرد عن غيره"، مشيراً إلى الطابع الفريد والدائم نسبياً الذي تتسم به السمات الشخصية.

بينما يعرف زهران السمة بأنها "صفة جسدية أو عقلية أو انفعالية أو اجتماعية، سواء كانت فطرية أم مكتسبة، يتميز بها الفرد، وتعكس استعداداً ثابتاً نسبياً لنمط معين من السلوك"، مؤكداً على شمولية السمات لمختلف أبعاد الشخصية، إلى جانب ارتباطها بالثبات النسبي في السلوك. (صيام، 2010، ص 18، 19).

وبناءً على ما تقدم بإمكاننا القول أن سمات الشخصية من المفاهيم الأساسية في علم النفس، وقد تنوعت تعريفات الباحثين لها تبعاً لاختلاف أطرها النظرية. فالسمة تفهم على أنها نمط ثابت نسبياً من السلوك يعكس تنظيمًا داخلياً يميز الفرد، كما أشار إلى ذلك كاتل وآيزنك وألبورت، الذين ركزوا على الاتساق السلوكي ودور السمات في التكيف. وتعد السمات انعكاساً لخصائص فطرية أو مكتسبة تشمل الجوانب الجسدية والعقلية والانفعالية والاجتماعية، وتظهر ثباتاً نسبياً في مختلف المواقف.

3.2. خصائص الشخصية:

- ✓ هي بنية متكاملة ومتفاعلة، تجمع بين جوانب نفسية وجسدية متداخلة.
 - ✓ الشخصية ليست مجرد استجابة للمثيرات، بل هي مكنون معقد يعكس الطبيعة الداخلية للفرد.
 - ✓ تتسم بالتعددية، حيث تشمل مكونات جسمية وعقلية وانفعالية متنوعة.
 - ✓ الشخصية فريدة لكل فرد، فلا يوجد شخصان متشابهان بشكل كامل.
 - ✓ تتضمن بعدا زمنيا، حيث يشكل الماضي والحاضر والمستقبل الأمن الشخصي.
 - ✓ الشخصية ديناميكية، تتغير باستمرار نتيجة التفاعل بين مكوناتها المختلفة. (صيام، نفس المرجع السابق، ص18)
- بالإضافة الى ذلك يمكن إيجاز أهم الخصائص التي تميز الشخصية كما يلي:

- الإفتراضية: تعد الشخصية مكونا افتراضيا يتم التعرف عليه من خلال السلوك الظاهر والقابل للقياس والملاحظة. على الرغم من عدم القدرة على رؤية الشخصية أو سماعها، فإننا نفترض وجودها بناء على السلوكيات التي تصدر عنها.
- التفرد: تتميز الشخصية بالخصوصية، حيث تختلف من فرد لآخر تبعا لعوامل الوراثة والتعرض لظروف بيئية واجتماعية متميزة.
- التكامل: تُعتبر الشخصية تنظيما متكاملا للجوانب البيئية والمعرفية والانفعالية لدى الفرد، حيث تتفاعل هذه الجوانب معا لتشكيل نمط سلوك مميز يختلف عن أنماط الآخرين.
- الثبات: الشخصية تمثل مجموعة من الصفات الثابتة نسبيا، مما يسمح بالتنبؤ بسلوك الفرد بناءا على تلك الصفات، حتى وإن كان الفرد يمر بتغيرات يومية.
- الزمنية: الشخصية مرتبطة بالزمن، فهي تشمل ماضي الفرد وحاضره ومستقبله. إذ تؤثر تجاربه السابقة في تشكيل شخصيته الحالية، كما أن هذه الشخصية تؤثر على سلوكه المستقبلي.
- الاستعداد للسلوك: الشخصية تتسم بالاستعداد لأنماط سلوكية معينة تظهر في مواقف مختلفة، وهذا الاستعداد يتكون من مجموعة من العادات والصفات والميول التي تميز الفرد عن الآخرين.
- الديناميكية: الشخصية هي نتاج تفاعل غير ثابت بين مكوناتها الداخلية وبيئتها الاجتماعية والمادية، حيث تكتسب من خلال التفاعل الاجتماعي والنشاطات المتنوعة، مما يجعلها في حالة تغير مستمر وتفاعل مع المحيط. (سلامي وقرتلي، 2023، ص ص 19، 20).

ومما تم تقديمه تبين أن الشخصية بناء متكاملًا وديناميكيًا يتضمن تفاعلاً بين الجوانب الجسدية، النفسية، المعرفية والانفعالية، وتتسم بالثبات النسبي والتغير المستمر. وتتميز بطابعها الفريد لكل فرد، كما ترتبط بالزمن من خلال تفاعل الماضي والحاضر والمستقبل في تشكيل السلوك. ورغم كونها افتراضية لا ترى مباشرة، إلا أن آثارها تستدل من خلال السلوك الظاهر الذي يعكس أنماطاً ثابتة واستعدادات خاصة بكل شخص.

4.2. مكونات الشخصية:

تتعدد مكونات الشخصية نظراً لاختلاف آراء العلماء الذين يدرسون هذا المجال، ومع ذلك فإن هناك اتفاقاً عاماً على الأبعاد الرئيسية التالية:

1) المكونات الجسمية:

يختلف الأفراد في تكوينهم الجسدي، حيث يعتقد البعض أن هذا الاختلاف في المظهر الجسدي، مثل الطول والوزن وضخامة الجسم، يرتبط بالشخصية. وقد أظهرت الدراسات وجود ارتباط ضئيل بين هذه الخصائص والتكوين النفسي، مما يعني أن التكوين الجسدي له تأثير محدود في تحديد ملامح الشخصية، بينما يكون تأثيره ضعيفاً في تشكيل أبعادها النفسية. ويمكن تصنيف المكونات الجسمية إلى ثلاثة أقسام رئيسية هي:

• الأعضاء الحسية المستقلة للمؤثرات الحسية الخارجية والداخلية.

• الجهاز العصبي الذي ينقل الإحساسات الآنية عبر الأعصاب الحسية المستقبلية ويعتبر حلقة الوصل بين هذه الإحساسات والتكوينات الجسمية التي تقوم بردود الفعل المناسبة.

• التكوينات الجسمية التي تؤدي إلى الأفعال، مثل العضلات والغدد الصماء.

2) المكونات العقلية والمعرفية:

تعد النواحي العقلية والمعرفية من أبرز مكونات الشخصية، وتشمل العمليات العقلية التي تتعلق بالإدراك، والتصور، والتخيل، والذاكرة، والتفكير، والتعلم. هذه العمليات تمثل النشاط العقلي الذي يساعد في تشكيل الخبرات المعرفية وتوجيهها. (سلامي وقريتلي، نفس المرجع السابق، ص 16)

3) المكونات الانفعالية:

الانفعال هو حالة من التوتر التي تصاحبها تغيرات فسيولوجية داخلية وتغيرات حركية أو لفظية خارجية، حيث يواجه الفرد منبهات مفاجئة لم يكن مستعداً لها، ويتجلى شدة التوتر أو الانفعال في المواقف التي يتعرض فيها الفرد لخطر أو عندما تتحقق أهدافه الجوهرية، أو عندما تثار دوافعه أو يتم إشباعها.

وتتضمن المكونات الانفعالية للشخصية:

- العقد النفسية
- العواطف
- الاتجاهات العقلية
- الميول المزاجية والسمات الانفعالية العامة والطائفية والنوعية.

(4) المكونات الخلقية:

الخلق هو الجانب المتعلق بالمظهر الاجتماعي للشخصية وتوافقها مع القيم الدينية والمثل العليا والعرف الاجتماعي والقانون. بمعنى آخر، يعتبر الخلق نظاماً من الاستعدادات النفسية التي تمكن الأفراد من التصرف بشكل ثابت نسبياً في المواقف الأخلاقية والدينية والاجتماعية المختلفة.

(5) المكونات البيئية:

المكونات البيئية تشير إلى جميع العوامل الخارجية التي تؤثر في الفرد منذ بداية نموه، سواء كانت عوامل طبيعية، اجتماعية، أو ثقافية، مثل العادات والنظم التربوية والظروف الأسرية والمدرسية. وبالتالي، يمكن دراسة تأثير البيئة في تكوين الشخصية من خلال دراسة البيئة المنزلية أو المدرسية أو البيئة الاجتماعية العامة.

من الضروري أن نأخذ في الاعتبار أن تقسيم الشخصية إلى مكونات منفصلة هو خطوة علمية تهدف إلى فهم أبعادها بشكل منهجي. (سلامي وقريتلي، نفس المرجع السابق، ص 17)

وبذلك نستنتج مما سبق أن الشخصية تتكوّن من مكونات جسمية، وعقلية، وانفعالية، وأخلاقية، وبيئية، تتفاعل لتشكيل البناء النفسي للفرد. وتؤثر العمليات المعرفية والانفعالية في السلوك، بينما تسهم البيئة والقيم الاجتماعية في توجيه الشخصية ضمن السياق الاجتماعي.

5.2. محددات الشخصية:

تشير المحددات إلى مجموعة المتغيرات أو الأنظمة الأكثر تأثيراً في تحديد شخصية الإنسان وخصائصه. وتنقسم هذه المحددات إلى نوعين رئيسيين هما المنظومة البنائية والمنظومة الاجتماعية، كما يلي:

أ/ المنظومة البنائية:

تشير هذه المنظومة إلى التركيب الجسماني للإنسان. كما حددها العالم "ريتشارد لازاروس" في كتابه، حيث أشار إلى أن العوامل البيولوجية تعد من أبرز المحددات التي تؤثر في تكوين الشخصية، كون الإنسان كائناً حياً مكوناً من مواد بيوكيميائية متعددة، يخضع في تكوينه إلى القوانين البيولوجية. وبالتالي، فإن فهم شخصية الإنسان يتطلب دراسة التفاصيل البيولوجية الأساسية التي تؤثر على سلوكه وسماته الشخصية.

• التطور البيولوجي:

يمثل التطور البيولوجي عملية تدريجية وبطيئة، حيث يتنوع بشكل متواصل وفقاً لاختلاف الكائنات الحية من حيث تركيبها وداخل النوع الواحد. وقد أشار العالم "تشارلز داروين" في نظريته عن النشوء والارتقاء (1859) إلى أن الكائنات الحية تتكيف مع بيئتها عبر الزمن، وأن خصائصها، سواء كانت عقلية أو جسمية، تنتقل من جيل إلى آخر عن طريق الوراثة وتطورها نتيجة الصراع من أجل البقاء.

• الوراثة:

تشير الوراثة إلى انتقال الخصائص من الآباء إلى الأبناء بدءاً من مرحلة الحمل. حيث تلعب الوراثة دوراً مهماً في تحديد الفروق الفردية في سمات الشخصية. وقد أفاد العالم "هاينز إيزنك" في عام 1976 بأن الاختلافات في سمات الشخصية تعود إلى تطور نماذج ومقاييس الشخصية التي توفرت للباحثين في العصر الحديث. من جهة أخرى، يؤكد كاتل على أن الوراثة تؤثر في بعض سمات الشخصية مثل المغامرة والخلج وقوة الإرادة، بينما لا تلعب دوراً مهماً في سمات أخرى مثل التبلد أو الانطلاق. فالأفراد يختلفون بناءً على التأثيرات الوراثية، وتنتقل الخصائص الوراثية عبر الجينات الموجودة في الكروموسومات التي تحدد الجنس. (بوغازي ومجالدي، 2019، ص 15)

• التأثيرات الفيسيولوجية:

تشير التأثيرات الفيسيولوجية إلى دور الأنظمة العضوية المختلفة، مثل الجهاز العصبي المركزي والمحيطي، في تشكيل أنماط الشخصية. بالإضافة إلى ذلك، يرتبط التكوين البيوكيميائي للفرد والغدد الصماء بتحديد الخصائص النفسية والسلوكية له. يُلاحظ تأثير الغدد الصماء في الشخصية من خلال التغيرات التي تطرأ على إفرازاتها الهرمونية، مما يشير إلى العلاقة المباشرة بين التغيرات الفيسيولوجية والتغيرات في سمات الشخصية. رغم أن بعض العلماء يعتبرون الغدد الصماء من العوامل الأساسية في تحديد الشخصية، إلا أن الحياة النفسية للإنسان هي نتيجة تكاملية بين الجهاز العصبي والنفسي، حيث يؤثر كل منهما في الآخر. تؤثر الغدد الصماء على نمو الفرد الجسدي، العقلي، الانفعالي، وكذلك على الخصائص الثانوية الجنسية من خلال إفرازاتها الهرمونية المباشرة إلى الدم.

ب/ المنظومة الاجتماعية:

المنظومة الاجتماعية تشير إلى الثقافة التي ينتهي إليها الفرد، بما في ذلك التراث التاريخي والحضاري الذي يؤثر في تشكيل شخصيته. ولا يمكن دراسة الشخصية بمعزل عن البيئة الاجتماعية، حيث تعكس هذه الأخيرة التأثيرات الثقافية التي تنشأ من التراث الحضاري. من بين المحددات الاجتماعية البارزة يأتي تأثير الثقافة، التي تلعب دوراً مهماً في تشكيل سمات الأفراد. الثقافة هي نتاج اجتماعي تنتقل من جيل إلى جيل من خلال التفاعل بين الأفراد في المجتمع.

إن هناك علاقة وثيقة بين الثقافة والشخصية، إذ لا يمكن لشخصية الفرد أن تتطور أو تنمو إلا في سياق ثقافي معين. يكتسب الأفراد من خلال هذه الثقافة العادات والتقاليد والقيم التي تميز المجتمع الذي ينتمون إليه. ومن هنا، لا يمكن

فهم الشخصية الإنسانية بشكل كامل إلا ضمن الإطار الثقافي الذي يعيشه الفرد. (بوغازي ومجالدي، نفس المرجع السابق، ص 16)

• البيئة الأسرية:

تعد الأسرة البيئة الأولية التي ينشأ فيها الفرد، ويعتمد نمو شخصيته بشكل كبير على مدى توفر الرعاية والحنان في هذه البيئة. تساهم الأسرة في تقديم الدعم النفسي والجسدي، مما يساعد الفرد على الشعور بالأمان والراحة، وهو ما يساهم بشكل مباشر في تطوير شخصيته.

• المدرسة:

تعتبر المدرسة بيئة جديدة تؤثر بشكل ملحوظ في نمو الشخصية، حيث تقدم أنظمة وقوانين وواجبات تساعد الفرد على التفاعل مع محيطه الاجتماعي. المدرسة هي بمثابة مجتمع مصغر، حيث يتعلم الفرد التفاعل مع الآخرين والتعامل مع مفاهيم مثل الصداقة والعمل الجماعي، ما يساهم في تكوين مفاهيم جديدة في حياته، ويعزز من تطوير شخصيته الاجتماعية.

• التنشئة الاجتماعية:

تعرف التنشئة الاجتماعية بأنها العملية التي يتحول فيها الكائن الحي إلى كائن اجتماعي، من خلال التفاعل الاجتماعي المستمر. هذه العملية تتضمن تعلم الأفراد المعايير السلوكية والاتجاهات التي تؤهلهم للاندماج في المجتمع وأداء الأدوار الاجتماعية بشكل سليم. من خلال التنشئة الاجتماعية، يكتسب الأفراد القيم والمعايير التي تساعد على التكيف مع المجتمع وتحقيق التوافق الاجتماعي. (بوغازي و مجالدي، نفس المرجع السابق، ص 17).

من خلال محددات الشخصية السابقة التي تم التطرق إليها نستخلص أنها تتكون من منظومتين رئيسيتين: البنائية والاجتماعية.

تشمل المنظومة البنائية العوامل البيولوجية مثل الوراثة والتأثيرات الفسيولوجية التي تساهم في تشكيل الشخصية. أما المنظومة الاجتماعية، فتعكس تأثير الثقافة، الأسرة، المدرسة، والتنشئة الاجتماعية في تحديد سلوكيات الأفراد وتوجهاتهم داخل المجتمع.

3. العوامل الخمس الكبرى للشخصية:

إن العوامل الخمسة الكبرى للشخصية تعتبر منطلقاً هاماً لدراسة الشخصية وتفسير أهم السلوكيات وردود الأفعال الصادرة من الأفراد وهي التي تعطينا صورة واضحة عن أهم الخصائص والميزات التي تجعل من الإنسان يتفرد في تفكيره وانفعاله وكذا في معاشته مع ذاته وتعامله مع المحيطين به.

1.3. التعريف بالعوامل الخمسة الكبرى للشخصية:

تعتبر العوامل الخمسة الكبرى للشخصية نموذج يقوم على تصور مؤداه أنه يمكن وصف الشخصية وصفا كاملا من خلال خمسة عوامل أساسية تضم تجمعات الأبرز سمات للشخصية، يمثل كل عامل تدريجا لمجموعة من السمات المتنوعة التي قام بوضعها "كوستا وماكري" (1992)، التي تعد واحدة من أبرز أدوات قياس الشخصية على مستوى العالم، ظهرت النسخة الأولى من هذه القائمة في عام 1989، وكانت تتألف من 180 فقرة، وبعد إجراء العديد من الدراسات على عينات تراوحت أعمارهم بين 21 و 65 سنة، تم تلخيص القائمة إلى 60 فقرة، مع 12 فقرة لكل عامل ويتألف نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية من خمس متغيرات، وهي تشكل نموذجا تصوريا لوصف الشخصية، ووفقا لـ "ديجمان"، يعد هذا النموذج الأكثر فعالية وسهل التطبيق ضمن المقاييس المستخدمة في مجال علم النفس الشخصية (جوهرى وشريفي، 2021، ص 413).

عرفها كوستا وماكري (1992): "إنها العوامل التي اشتقت من العوامل الأساسية لنظرية "كانل" بالتحليل العاملي وتهدف هذه القائمة إلى قياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية والتي تشمل على خمسة عوامل وهي: العصابية الانبساط المقبولة، الانفتاح على الخبرة، يقظة الضمير". (خشخوش وعبد الواحد، 2023، ص 89).

استخلص نموذج العوامل الخمسة للشخصية من خلال منحنيين هما المنحنى القاموسي ومنحنى قوائم العبارات، وقد قام كثير من الباحثين أمثال: كاتل Cattell، وتوس Tupes، وكريستال Crystal وغيرهم بدراسات حديثة برهنت على مصداقية الوصف التصنيفي للنموذج القائم على خمسة عوامل للشخصية وهي العصابية الانبساطية، الانفتاح على الخبر المسيرة، يقظة الضمير والذي يهدف إلى إيجاد تصنيف علمي محكم لسمات الشخصية، ووضعت قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية في عام 1992 في صيغتها الأولية المكونة من (240) مفردة وتدعى بقائمة الشخصية للعصابية والانبساطية والانفتاح على الخبرة (NEO-PI) ثم اختزلت إلى (60) بند وأضيف سمتين هما: يقظة الضمير (C) والطيبة (A) وأطلق عليها القائمة المعدلة للشخصية (NEO-PI-R) Costa & Mccrae.

● العامل الأول: العصابية: إذا تفحصنا المقاييس والاستخبارات وكذا النماذج المختلفة التي تقيس الشخصية لوجدنا أن بعد العصابية تتكرر في الكثير منهم، وتعرف العصابية على أنها: نظام إدراكي للتهديدات الحقيقية أو الوهمية واليقظة الشديدة لهذه التهديدات، أي أنها نظام المراقبة الإنتاج الانفعالي والمعرفي السلبي وغير المقبول.

وتتمثل أوجه العصابية حسب "كوستا وماكري" في ستة أوجه أو أبعاد أساسية وهي في الجدول اسفله:

الجدول رقم (01): السمات الشخصية لعامل العصبية

العوامل	السمات
Neuroticism	■ القلق/Anxiety: الخوف، النفرزة الهم والانشغال، الخواف، سرعة التهيج. ■ الغضب / Anger: حالة الغضب الناتجة عن الاحباطات. ■ العدائية/Hostility: الناتجة عن كبت المشاعر. ■ الاكتئاب/Depression: إنفعالي، منقبض أكثر منه مرح ويؤدي ذلك إلي الهم والكرب والقلق والانفعالية الدائمة والحالة المزاجية القابلة للتغيير. ■ الشعور بالذات/Self consciousness: الشعور بالإثم والإحراج والخجل والقلق الاجتماعي من عدم الظهور أمام الآخرين في صورة مقبولة. ■ الإندفاع/Impulsiveness: عدم القدرة على ضبط الدوافع وفيه يشعر الفرد بالتوتر والقلق وسرعة الاستثارة. ■ الانعصاب/Stress والقابلية للانجراح / Vulnerability: عدم قدرة الفرد على تحمل الضغوط، وبالتالي يشعر الفرد بالعجز واليأس والانتكال وعدم القدرة على اتخاذ القرارات في المواقف الضاغطة.

المصدر: (الانصاري، 2002، ص712) نقلا عن "كوستا وماكري" 1992 McCrae & Costa

- العامل الثاني الانبساطية: تمثل أحد الأبعاد الأساسية في نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وقد عرفها معجم بير على أنها التوجه نحو الخارج، أي خارج الذات.

أما "إيزنك" فقد عرفها على أنها سمة تحمل في طياتها معنيين أساسيين وهما "الإجماعية والاندفاعية". وتمثل الانبساطية في نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية مقدار العلاقة التي يربطها الفرد أو الشخص مع البيئة الخارجية، وتشير كذلك إلى الميل والسعي إلى بناء العلاقات الاجتماعية والتعامل مع الخبرات والتجارب بشكل إيجابي.

وتتضمن الانبساطية في مفهومها الشامل ستة أوجه أو أبعاد وتتمثل في الجدول التالي:

الجدول رقم (02): السمات الشخصية لعامل الانبساطية

العوامل	السمات
الانبساطية Extraversion	■ الدفء أو المودة/Warmth : ودود حسن المعشر، لطيف، يميل إلى الصداقة. ■ الاجتماعية/Gregariousness: يحب الحفلات له أصدقاء كثيرون، يحتاج إلى أناس حوله يتحدث معهم، يسعى وراء الإثارة، يتصرف بسرعة دون تردد. الانبساط ■ تأكيد الذات / Assertiveness: حب السيطرة والسيادة والخشونة وحب التنافس وكذلك الزعامة، يتكلم دون تردد واثق من نفسه مؤكد لها ■ النشاط/Activity: الحيوية وسرعة الحركة وسريع في العمل محب له، وأحياناً يكون مندفعاً . ■ البحث عن الإثارة / Exeitement-Seeking : مغرم بالبحث عن المواقف المثيرة الاستفزازية ويحب الألوان الساطعة والأماكن المزدحمة أو الصاخبة. ■ الانفعالات الايجابية/Positive Emotions: الشعور بالبهجة والمتعة وسرعة الضحك والابتسام والتفاؤل.

المصدر: (الانصاري، نفس المرجع السابق، ص 712)، نقلاً عن "كوستا وماكري" 1992 McCrae & Costa.

- العامل الثالث: الانفتاح على الخبرة: يعتبر الانفتاح على الخبرة من بين الأبعاد الأساسية في نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية. ويعرف بعد الانفتاح على الخبرة على أساس مجموعة من الموصفات وهي السعي للتحرر، الارتباط بالقيم والعادات، احترام الآخرين مرونة الاتصال والاعتدال في الرأي.

وتتمثل أوجه الانفتاح على الخبرة في منظور العوامل الخمسة الكبرى للشخصية في الجدول أسفله:

الجدول رقم (03): السمات الشخصية لعامل الانفتاح على الخبرة

العوامل	السمات
	■ الخيال/Fantasy: لديه تصورات قوية وكثيرة، وحياة مفعمة بالخيال، عنده أحلام كثيرة وطموحات غريبة، كثرة أحلام

اليقظة ليس هروبا من الواقع، وإنما بهدف توفير بيئة تناسب خيالاته، ويعتقد بأن هذه الخيالات تشكل جزءا مهما في حياته، تساعد على البقاء والاستمتاع ■ جمالي/Aesthetics: حب الفن والأدب ولديه اهتمامات بارزة في تذوق جميع أنواع الفنون والجماليات. ■ المشاعر/Feelings: التعبير عن الحالات النفسية أو الانفعالات بشكل أقوى من الآخرين، والاختلاف في الحالة حيث يشعر الفرد بقيمة السعادة ثم ينتقل فجأة إلى قمة الحزن، كما تظهر عليه علامات الانفعالات الخارجية، كالمظاهر الفسيولوجية المصاحبة للانفعال في أقل المواقف الضاغطة والمفاجئة. ■ الأفعال/Actions: الرغبة في تحديد الأنشطة والاهتمامات والذهاب إلى أماكن لم يسبق زيارتها في السابق، ويحب أن يجرب وجبات جديدة وغريبة من الطعام والرغبة في التخلص من الروتين اليومي والمغامرة. ■ الأفكار/Ideas: الانفتاح العقلي والفتنة وعدم الجمود والتجديد أو الابتكار في الأفكار والدهاء والتبصر. ■ القيم / Values: الميل لإعادة النظر في القيم الاجتماعية والسياسية والدينية والفرد المتفتح للقيم نجده يؤكد القيم التي يعتنقها ويناضل من أجلها، في حين نجد العكس بالنسبة للفرد غير المتفتح مسير للأحزاب.	الانفتاح على الخبرة Openness to Experience
---	---

المصدر: (الانصاري، نفس المرجع السابق، ص 713)، نقلا عن "كوستا وماكري" 1992 McCrae & Costa

- العامل الرابع: المقبولية أو الطيبة: تعتبر الطيبة مرادف للتكيف الإجماعي والتوافق وهي من الأبعاد الأساسية في نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية. ويرى "جونبيار رولون" (2004) أن الطيبة تخص طبيعة العلاقات مع الآخرين، العطف والحب والاحترام، المبادرة على مساعدة الآخرين والتسامح.

وتتمثل أوجه الطيبة في إطار نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية في الجدول التالي:

الجدول رقم (04): السمات الشخصية لعامل المقبولية

العوامل	السمات
المقبولية Agreeableness	- الثقة/Trust: يشعر بالثقة تجاه الآخرين، واثق من نفسه يشعر بالكفاءة جذاب من الناحية الاجتماعية، غير متمركز حول ذاته، يثق في نوايا الآخرين. - الاستقامة/Straightforwardness: مخلص مباشر، صريح، مبدع جذاب. - الإيثار/Altruism: حب الغير والرغبة في مساعدة الآخرين، متعاون المشاركة الوجدانية في السراء والضراء مع الآخرين. - الإذعان أو القبول / Compliance: قمع المشاعر العدوانية والعفو والنسيان تجاه المعتدين والاعتداد أو اللطف والتروي في المعاملة مع الغير أثناء الصراعات. - التواضع/Modesty: متواضع غير متكبر ولا يتنافس مع الآخرين. - معتدل الرأي/Tender-Mindedness: متعاطف مع الآخرين ومعين لهم، ويدافع عن حقوق الآخرين وبالذات الحقوق الاجتماعية والسياسية.

المصدر: (الانصاري، نفس المرجع السابق، ص 713)، نقلا عن "كوستا وماكري" 1992 McCrae & Costa

- العامل الخامس: يقظة الضمير: يحمل بعد يقظة الضمير مجموعة من المفاهيم منها الاعتمادية، الإنجاز، ضبط الذات، التعقد، التأني، المرونة. وعموما فهي تعرف على أنها الالتزام في أداء الواجبات، بذل جهد من أجل الإنجاز، القدرة على العمل والاستمرارية، التفكير قبل الإقدام على أي إنجاز أو عمل. (جعفور، 2024، ص 31، 38).

وتتمثل أوجه يقظة الضمير في إطار نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية فيما يلي:

الجدول رقم (05): السمات الشخصية لعامل يقظة الضمير

العوامل	السمات
	- الإقتداء أو الكفاءة/Competence: بارع، كفاء، مدرك، متبصر أو حكيم ويتصرف بحكمة مع المواقف الحياتية المختلفة. - منظم/Order: مرتب مهذب، أنيق، يضع الأشياء في

مواضعها الصحيحة، يقظة الضمير. ■ ملتزم بالواجبات Dutifulness/ ملتزم بما يمليه ضميره ويتقيد بالقيم الأخلاقية بصرامة. ■ مناضل في سبيل الإنجاز Achievement/ striving مكافح، طموح، مثابر، مجتهد، ذو أهداف محددة في الحياة، مخطط، جاد. ■ ضبط الذات /Self-Discipline: القدرة على البدء في عمل ما أو مهمة ومن ثم الاستمرار حتى إنجازها دون الإصابة بالكلل أو الملل والقدرة على التدعيم الذاتي من أجل إنجاز الأعمال دون الحاجة إلى التشجيع من قبل الآخرين.	يقظة الضمير
--	--------------------

المصدر: (الانصاري، نفس المرجع السابق، ص 713)، نقلا عن "كوستا وماكري" McCrae & Costa 1992

2.3. خصائص العوامل الخمسة الكبرى للشخصية:

أثبتت نتائج الدراسات التي أجريت توافر بناء عام لأبعاد الشخصية على المقاييس الخاصة بهذه العوامل والتي تميزت بدرجة كبيرة من الصدق والثبات.

كما أنها اعتمدت في بناءها على لغة مبسطة ومفهومة لدى الناس عامة بغض النظر عن الزمان والمكان.

كما أنها أكثر شمولاً مقارنة بالطرق المستخدمة في قياس الشخصية، وتتفق مع نظريات "ألبرت" و"كاتل" و "إيزنك"، بتأكيداها على وجود السمات الشخصية (جوهري وشريفي، 2021، ص15).

3.3. مميزات العوامل الخمسة الكبرى للشخصية:

يعتبر نموذج العوامل الخمسة الكبرى (Big Five Personality Traits) من أكثر النماذج اعتمادا وشيوعا في ميدان علم النفس، نظراً لشموليته ودقته في وصف الشخصية الإنسانية. ويمكن تلخيص أبرز مميزاته كما يلي:

- لغة مبسطة ومفهومة: يمتاز النموذج باستخدامه لمفردات وصفية مألوفة في الحياة اليومية، مما يجعله سهل الفهم والتطبيق من قبل غير المختصين. تعكس هذه السهولة قابلية النموذج للاستخدام في مجالات متعددة، بما في ذلك التعليم، الإرشاد والعلاج النفسي.

- اختزال السمات في أبعاد رئيسية: نظرا للعدد الهائل من السمات التي يمكن أن تصف الإنسان، تظهر الحاجة إلى نظام يبسط هذا التعقيد. ويحقق نموذج العوامل الخمسة هذا الهدف من خلال تجميع هذه السمات ضمن خمسة أبعاد شاملة، ما يسهل دراسة الشخصية بشكل أكثر تنظيما وفعالية.
- شمول وتوازن النموذج: يتميز بتوازنه العددي؛ فهو لا يضم عددا مفرطا من العوامل كما في نموذج كاتل، ولا يقتصر على عاملين فقط كما في نموذج آيزنك، بل يتوسط بينهما، ما يجعله أكثر واقعية. وقد وصف بأنه من أكثر النماذج شمولاً مقارنة بنماذج سابقة (مثل كاتل، جيلفورد، وآيزنك).
- صلاحية وثبات علمي: تشير الدراسات إلى أن مقاييس هذا النموذج تعد أدوات علمية موضوعية وفعالة في تقييم الشخصية. وقد أكد "بوتوين" (1995) على فعالية هذه المقاييس في الربط بين البحث الأساسي والتطبيق العملي، كما بينت البحوث ثبات النموذج عبر مختلف الفئات العمرية، والجنسين، وفي بيئات ثقافية متعددة.
- بنية موحدة لفهم الشخصية: يرى "ماكري" و"جون" (1992) أن نموذج العوامل الخمسة يوفر بنية جوهرية متماسكة لتمثيل الشخصية، كما يوفر لغة موحدة تسهل التفاهم بين علماء النفس من مختلف الاتجاهات النظرية. كما يعد أداة تفسيرية مهمة لفهم نظريات الشخصية وتطبيقاتها العلمية والعملية.
- أبعاد متصلة وليست نمطية: تصنف الأبعاد الخمسة كأطياف مستمرة، وليس كأنماط مغلقة، ما يعني أن الأفراد يختلفون في درجة تموقعهم على كل بعد، ولا يتم تصنيفهم في فئات محددة، مما يعكس واقعية النموذج وتنوعه.
- الثبات عبر الزمن: تشير الدراسات الطولية إلى أن هذه الأبعاد تتميز بدرجة عالية من الثبات، وتبقى مستقرة لمدة تصل إلى 45 سنة بعد بداية مرحلة الشباب المبكر، مما يعزز مصداقية النموذج في التقييم النفسي طويل المدى.
- الأساس الوراثي: تشير بعض الأدلة إلى أن العوامل الخمسة تحمل مكونات وراثية، ما يدعم فرضية أن هذه الأبعاد تمثل جوانب بيولوجية راسخة في بنية الشخصية الإنسانية. (جعفور، 2024، ص 38، 39).
- عالمية النموذج: من أبرز مميزات النموذج صلاحيته للتطبيق في مختلف الثقافات والمجتمعات، حيث أثبتت دراسات متعددة توافق النموذج مع التباين الثقافي، مما يرسّخ مكانته كنموذج عالمي في دراسة الشخصية.
- فائدة علاجية وتشخيصية: معرفة الفرد بموقعه على كل بعد من الأبعاد الخمسة يساعده على اكتساب البصيرة الذاتية، كما يستخدم كأداة فعالة في العلاج النفسي والتوجيه التربوي، ما يزيد من إمكانيات تطوير الذات وتحسين الأداء الشخصي.

انطلاقاً من كل الخصائص التي تم ذكرها، يعد نموذج العوامل الخمسة الكبرى من النماذج الرائدة في دراسة الشخصية، لما يتميز به من شمولية ودقة علمية. فهو يبسط التعقيد المرتبط بتعدد السمات من خلال تنظيمها ضمن خمسة أبعاد رئيسية، مما يسهل عملية الفهم والتقييم. كما يمتاز النموذج بوضوح لغته وقابلية تطبيقه في مجالات

متنوعة، ويتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات، سواء على مستوى الفئات العمرية أو الثقافات المختلفة. وهو لا يعتمد تصنيفات نمطية، بل يقدم أبعاد متصلة تعكس الفروق الفردية بشكل واقعي. كما يمثل النموذج أداة فعالة في التشخيص والتوجيه النفسي، نظراً لدوره الفعال في تعزيز البصيرة الذاتية وتحديد مجالات النمو الشخصي. كما يوفر هذا النموذج إطاراً علمياً متكامل ومرناً يسمح بفهم الشخصية ضمن منظور تفسيري وتطبيقي في آن واحد.

خلاصة الفصل:

يُعد البروفيل النفسي محوري في العمل العيادي والنفسي، حيث يقدم فهماً شاملاً وعميقاً لحالة الفرد النفسية من خلال جمع وتحليل معلومات دقيقة تشمل خلفيته البيوغرافية، مراحل نموه النفسي، والسمات الشخصية التي تميزه. فهو لا يقتصر فقط على التقييم، بل يتجاوز ذلك ليوفر للأخصائي رؤية متكاملة عن التفاعلات المعقدة بين العوامل الوراثية، النفسية، والاجتماعية التي تؤثر على سلوك الفرد. من خلال البروفيل النفسي، يمكن الكشف عن أنماط تنظيم النفس، تحديد الصراعات اللاواعية، وملاحظة الآليات الدفاعية التي يستخدمها الفرد لمواجهة التحديات الحياتية. كما يساعد في فهم الحاجات النفسية غير المشبعة التي قد تشكل مصدر معاناته، مما يتيح للأخصائي اختيار الإستراتيجية العلاجية الأنسب.

بالإضافة إلى ذلك، يوفر البروفيل النفسي إمكانيات هائلة للتنبؤ بكيفية تكيف الفرد مع بيئته الاجتماعية، وكيفية استجابته للمواقف المختلفة بناءً على سماته الشخصية. من خلال تحليل الخصائص مثل العدوانية، تقدير الذات، الانبساط، والانطواء، وكذلك العصابية والذهانية، يصبح البروفيل أداة لفهم التوازن النفسي أو الاختلالات التي قد تشير إلى اضطرابات نفسية تحتاج إلى تدخل.

في النهاية، يُظهر البروفيل النفسي كيف يمكن للأخصائي أن يتعامل مع الفرد كوحدة متكاملة، مما يعزز قدرة التدخلات العلاجية على أن تكون أكثر دقة وفعالية.

الفصل الثالث: الغدة الدرقية

الفصل الثالث: الغدة الدرقية

تمهيد:

1. مفهوم الغدد وأنواعها
 2. الغدة الدرقية
 3. تشريح الغدة الدرقية
 4. وظيفة الغدة الدرقية
 5. مراحل تركيب هرمونات الغدة الدرقية
 6. تأثير هرمونات الغدة الدرقية
 7. الأمراض التي تصيب الغدة الدرقية
 - 1.7. فرط نشاط الغدة الدرقية داء جريفير
 - 2.7. قصور نشاط الغدة الدرقية
 - 3.7. التهاب الغدة الدرقية (داء هاشيموتو)
 - 4.7. سرطان الغدة الدرقية
 8. أعراض الغدة الدرقية
 9. الأسباب المؤدية للغدة الدرقية
 10. تشخيص الغدة الدرقية
 11. الوقاية من اضطراب الغدة الدرقية
 12. علاج الغدة الدرقية
 13. الغدة الدرقية وتأثيرها على النساء
- خلاصة الفصل

تمهيد:

تعد الغدة الدرقية واحدة من أهم وأكبر الغدد الصماء في الجسم تقع في مقدمة الرقبة تلعب دوراً حيوياً في تنظيم العمليات الحيوية، مثل الأيض والنمو، من خلال إفراز هرموناتها أهمها هرمون الثايروكسين تنتقل هذه الهرمونات في الجسم حيث تساعد في عملية الاستقلاب، الهضم، تطور الدماغ والنمو العضلي، وبذلك قد تصاب الغدة الدرقية باضطرابات وأمراض مختلفة ويلاحظ في عصرنا الحالي انتشار أمراضها بشكل متزايد نظراً لارتباطها بالعوامل النفسية والجسدية إذ تعتبر من الأمراض السيكوسوماتية المنتشرة.

ومن خلال هذا الفصل سوف نتطرق إلى مفهوم الغدد وأنواعها بصفة عامة بعدها قمنا بالتخصيص للغدة الدرقية والتعرف على طبيعة تشريح هذه الغدة ووظيفتها، بالإضافة إلى مراحل تركيب هرموناتها وتأثيراتها، وذكر أهم الأمراض التي يمكن أن تتعرض لها الغدة الدرقية، وأبرز أعراض هذا المرض والأسباب المؤدية إليه، ثم تطرقنا إلى تشخيص هذا المرض وكيفية الوقاية منه وأخيراً عرض بعض نماذج العلاجات التي تستعمل لعلاج الغدة الدرقية.

1. الغدد وأنواعها:

الغدد هي أعضاء داخلية في الجسم تتكون من أنسجة والتي بدورها تتشكل من خلايا تُعد الوحدة الأساسية للكائن الحي، مثل الخلايا العصبية، العضلية، والعظمية وتكمن وظيفة الغدد في إنتاج مركبات كيميائية ضرورية لأداء وظائف الجسم المختلفة مما يجعلها أشبه بالمختبرات الكيميائية الداخلية.

تنقسم الغدد إلى نوعين رئيسيين:

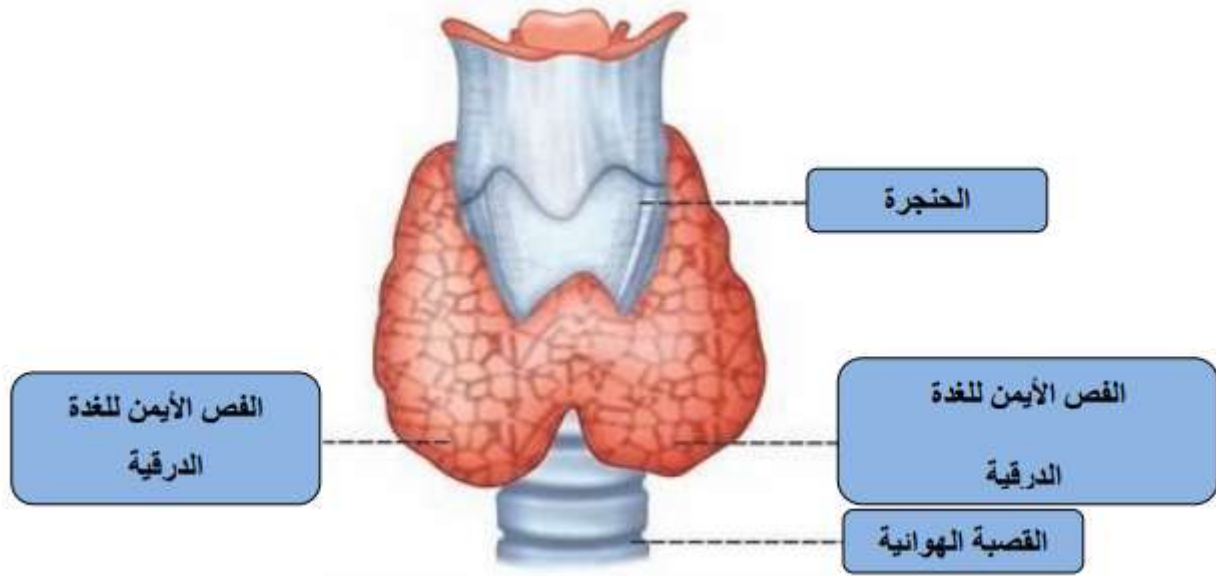
- **الغدد القنوية:** تقوم هذه الغدد بامتصاص المواد الأولية من الدم عند مروره بها ثم تخلطها وتفرزها عبر قنوات خاصة على سبيل المثال: الغدد الدمعية تستخلص الماء وبعض الأملاح المعدنية من الدم ثم تمزجها لتكوين الدموع.
- **الغدد الصماء:** على عكس الغدد القنوية لا تمتلك الغدد الصماء قنوات لنقل إفرازاتها بل تمتص المواد الأولية من الدم مباشرة وتحولها إلى مركبات كيميائية معقدة تُعرف بالهرمونات ثم تطلقها في مجرى الدم لتنتقل إلى أنحاء الجسم المختلفة.

ويحتوي جسم الإنسان على عدد من الغدد الصماء تنتشر في النصف العلوي من الجسم بالترتيب على التالي:

- الغدة الصنوبرية: وتوجد بأعلى المخ، وتضمهر قبل البلوغ،
- الغدة النخامية: وتوجد في منتصف الرأس، وتتدلى من السطح السفلي للمخ،
- الغدة الدرقية: وتوجد أسفل الرقبة أمام القصبة الهوائية،
- جارات الدرقية: وهي أربعة فصوص تنتشر حول الغدة الدرقية،
- التيموسية: توجد داخل تجويف الصدر، في الجزء العلوي وهي كالصنوبرية تضمهر قبل البلوغ،
- الكظرية: وتوجد على القطب العلوي للكلى،
- الغدد التناسلية: توجد الخصية في الرجل، والمبيض في المرأة، (السيد، 1956، ص ص 27، 28)

2. تعريف الغدة الدرقية:

تعتبر الغدة الدرقية من أهم الغدد الصماء في جسم الإنسان اذ تقع في الجزء الأمامي السفلي من منتصف الرقبة أسفل تفاحة آدم مباشرة وتحديدا بجانب كل من القصبة الهوائية والمريء والبلعوم حيث تلتف حول الغضروف الحلقي وحلقات القصبة الهوائية العلوية وتتألف من فصين اثنين، حيث يرتبط الفص الأيمن بالفص الأيسر من خلال شريط رفيع من نسيج يسمى بالبرزخ، وهذا ما يعطيها شكل الفراشة (الشكل 01).



الشكل (01): بنية الغدة الدرقية

تحتوي الغدة من 20 إلى 30 مليون جريب حيث تتكون البطانة الداخلية لكل جريب من خلايا طلائية تدعى بالخلايا الحويصلية وهي المسؤولة عن عملية الافراز ويتغير شكلها حسب نشاط وخمول الغدة، تتميز كل خلية جريبية بجانب قاعدي يحتوي على نواة وشبكة هيولية باطنة خشنة وجانب فعي كما يوجد نوع آخر من الخلايا شبه دائرية تتميز هذه الأخيرة بشبكة هيولية باطنة خشنة صغيرة وميتوكوندريا وجهاز غولجي كبير كما تتميز بوجود حبيبات افرازية تسمى بالخلايا C والتي تقوم بإفراز هرمون الكالسيستونين. يحاط الجريب بشبكة كثيفة من الشعيرات الدموية والأوعية الليمفاوية التي تسمح بتبادل المواد الميتابوليزمية بين الدم والجريب وتحتوي لمعة الجريب على بروتين سكري يدعى التيروجلوبيلين وهو عبارة عن سائل هلامي على الرغم من اختلاف وزن الغدة الدرقية من شخص لآخر إلا أنه يتدخل في ذلك الوزن والجنس والحالات الفيسيولوجية وكذا مستويات اليود في النظام الغذائي إلا أنه يتراوح وزنها ما بين 15 إلى 20 غ وهذا ما يوضحه الشكل (2)، (ضيفي وآخرون، 2021، ص 03).



الشكل (02): الخلايا الجرابية والمجاورة للجريب.

توجد الغدة في مقدمة الجزء الأسفل من الرقبة، وتقع تحت الجلد وأمام الحلقات الغضروفية العليا للقصبة الهوائية وتتكون من فصين على جانبي القصبة الهوائية ويصل بين الفصين جسر من نسيج الغدة نفسه ويتراوح وزنها ما بين الأفراد 10-50 غ ويزداد حجمها مؤقتاً أثناء البلوغ والحمل وفي فترة الحيض وهي من أكبر الغدد حجماً ويبدأ تكوينها منذ الأسبوع الثالث من حياة الجنين داخل بطن أمه وعلى الرغم من صغر حجمها إلا أنها عضو بالغ الأهمية يتحكم بعمليات الأيض لدينا كما أنه مسؤول عن العمل الطبيعي لكل خلية في الجسم.

يفرز من الغدة الدرقية يومياً حوالي 60 ملغ من الهرمونات الدرقية 90% منها على شكل T4 الثايروكسين والباقي T3 يتم تنظيم إفراز هرمونات الدرقية عن طريق التغذية الرجعة بين مستوى هذه الهرمونات بالدم وبين النخامي الأمامية من جهة وتحت المهاد من جهة أخرى فإذا انخفض مستوى هرمونات الدرقية تنبهت النخامي الأمامية وأفرزت هرمون TSH هذا الهرمون يساعد بشكل مباشر وسريع على تحرير T4 و T3 من الجلوبولين الدرقي الموجود في الجريان، كما أنه يساعد خلايا الدرقية على قبض اليود ويودنته بمعنى مختصر يساعد على تصنيع T4 و T3 وأخيراً وعلى المدى الطويل إذا استمر نقص الهرمونات الدرقية في الدم فإن TSH يحدث فرط تنسج للخلايا الدرقية ويزيد من حجمها أما هرمون تحت المهاد والذي يسمى العامل المحرر للهرمون الحاث للدرقية TRH فيتأثر أيضاً مستوى T4 و T3 بالدم.

الإفراز الأساسي لهذه الغدة هو الثيروكسين (La thyroxine) وهي مادة كيميائية تحوي اليود (اليود لنمو الإنسان) ويساعد على اتمام عمليات احتراق الأكسدة داخل الخلية وعلى اتمام مختلف العمليات الاستقلابية تحويل المواد وهذا ما يفسر أثر هذه الغدة على نمو الجسم ومختلف نشاطاته، يؤدي تزايد إفراز هذه الغدة عن الحد المعتاد إلى حالة من القلق والتوتر عند الإنسان وإذا حدث ذلك خلال مرحلة النمو ينتج عنه تزايد في طول الفرد دون أن يصحب ذلك تزايد في القدرات العقلية والذكاء. (زيغور، 2015، ص 195).

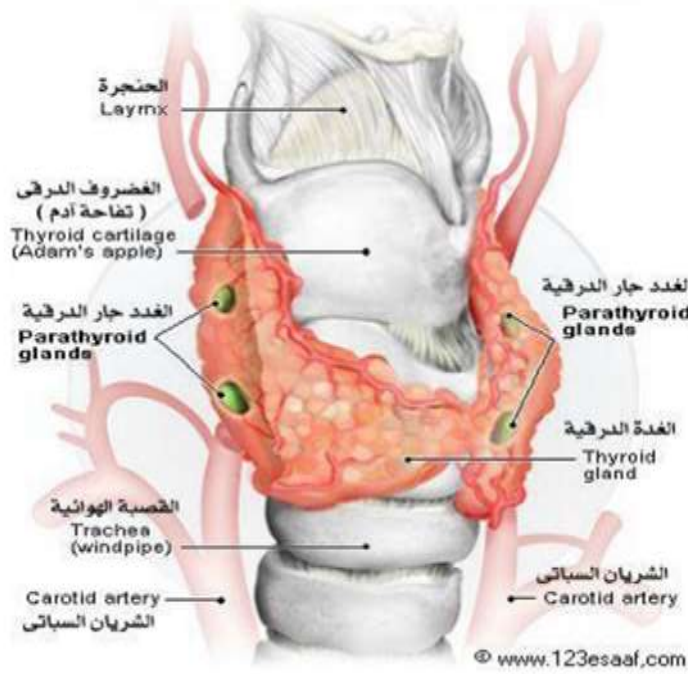
وبذلك نستنتج أن الغدة الدرقية هي وحدة مهمة من الغدد الصماء موقعها في مقدمة الرقبة ملتصقة بالقصبة الهوائية، تتكوّن من فصين مربوطين ببعض عبر نسيج يسمى البرزخ رغم صغر حجمها إلا أنها تلعب دور كبير في تنظيم أغلب وظائف الجسم خصوصاً الأيض (الاستقلاب) والطاقة والنمو، حيث تفرز هرمونات مهمة T3 و T4 وهي هرمونات غنية باليود تساعد الخلايا على القيام بوظائفها الحيوية نسبة كبيرة من هذه الهرمونات تُفرز يومياً على شكل T4، والكمية تنظمها الغدة النخامية عن طريق هرمون TSH، فنشاط الغدة يزيد أو ينقص حسب حاجة الجسم وأي خلل فيها يمكن ان يسبب مشاكل في النمو، الوزن، الطاقة، وحتى الحالة النفسية.

3. التركيب التشريحي والوظيفي للغدة الدرقية:

تنشأ الغدة الدرقية في بداية تكون خلق الإنسان من الجيبات البلعومية الأولى والثانية (Pharyngeal Pouches) بجانب قاعدة اللسان، وفي الأسبوع الثالث من الحمل للجنين تتكاثر الخلايا المتعلقة بالأديم الباطني (Endodermal) من البلعوم لتكوين الرتج الدرقي الابتدائي وينتقل هذا الرتج الدرقي إلى الاتجاه السفلي في الأسبوع الخامس من الحمل، وأثناء انتقاله لموقعه النهائي في الرقبة يظل مرتبطاً بقاعدة اللسان بواسطة القناة الدرقية اللسانية (Thyroglossal Duct) ومن ثم يتفرع الرتج إلى فصين، وفي الأسبوع الخامس أيضاً تنشأ الاجسام الخيشومية القصائية (Ultimobranchial Bodies) من الجيبات البلعومية الرابعة و الخامسة وهذه الاجسام تخلق منها الخلايا المجاورة للجريب، وتلتصق الاجسام الخيشومية القصائية بالجزء الخلفي الوحشي (الظهري الجانبي) (Dorsolateral) من الغدة الدرقية لتنتشر بعدها الخلايا المجاورة للجريب في الغدة الدرقية، وتقوم هذه الخلايا لاحقاً بإفراز هرمون الكالسيبتونين، وتصل الغدة الدرقية إلى موقعها النهائي بالرقبة في الأسبوع السابع من الحمل، ويستمر تخلق الخلايا الدرقية حتى يكتمل نمو الغدة الدرقية وتبدأ بإفراز هرمونات الغدة الدرقية في الأسبوع الثاني عشر من الحمل.

ويحدث بعض الأمراض أو الشذوذات أثناء نشأة الغدة الدرقية فمثلاً: عدم ضموور القناة الدرقية اللسانية بشكل كامل الذي من المفترض أن يحدث في الأسبوع العاشر من الحمل قد ينتج عنه تكون كيسة درقية لسانية، أو غدة درقية لسانية، أو نشوء القص الهرمي (Pyramidal Lobe) في أعلى الغدة الدرقية. وهذا ما يوضحه الشكل رقم (03): (أبا الخيل،

(2021، ص 01)



الشكل (03): يمثل تشريح الغدة الدرقية

■ التركيب التشريحي للغدة الدرقية:

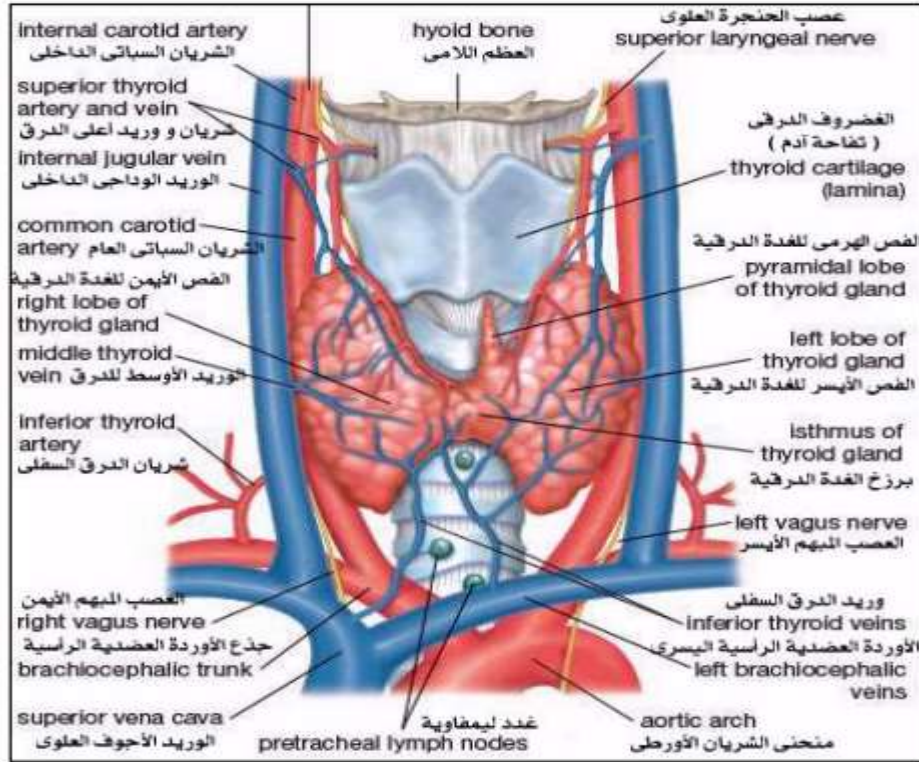
تتكون الغدة الدرقية تشريحياً من فصين يربطهما برزخ الغدة الدرقية، وتقع في الجزء الأمامي للرقبة أمام الحنجرة والرغامي القصبة الهوائية ويتراوح حجمها للشخص البالغ من (10) - (20) جراماً حسب حجم الشخص ومعدل استهلاكه لليود وتجاورها من الجانب الخارجي للعضلة القصبية الترقوية الخشائية والشريان السباتي والوريد الوداجي الغائر كما يجاورها من الجانب الداخلي العصب الحنجري الراجع الذي يقع في الجانب الخلفي من الغدة والغدة الدرقية الجار درقية وعددها أربع اثنتان تقعان خلف الغدة من الأعلى واثنتان خلفها من الوسط وتغذي الغدة الدرقية شبكة غنية من الأوعية الدموية للوفاء باحتياجاتها الوظيفية وتشتمل هذه الشبكة على زوج من الشريان الدرقي العلوي المتفرع من الشريان السباتي وزوج من الشريان الدرقي السفلي المتفرع من الجذع الدرقي العنقي المتفرع بدوره من الشريان تحت الترقوة، كما يغذيها عدد من الشرايين الفرعية الصغيرة المتفرعة من الشرايين المجاورة وتصرف هذه الأوعية الدم في شبكة من الأوردة التي تصب في النهاية في الوريد الوداجي الغائر والأوردة العضدية الراسية. (أبا الخيل، نفس المرجع السابق، 02).

■ التركيب المجهرى للغدة الدرقية:

تتكون الغدة الدرقية مجهرياً من جريبات (Follicles) وتحيط بكل جريب طبقة واحدة من الخلايا الدرقية الجريبية مربعة الشكل والتي تصبح مستطيلة الشكل عند تحفيزها وتنبيهها، وفي وسط كل جريب مادة هلامية تسمى بالغرواني، ويتكون من بروتين الجلوبيولين الدرقي المخزون، وتعتبر الخلايا الدرقية مركز صناعة هرمونات الغدة الدرقية وتوجد بين الجريبات الدرقية الخلايا المجاورة للجريب وهي مسؤولة عن إفراز هرمون الكالسيتونين وتكمن أهمية هذا الهرمون في التحكم في عملية ترسيب الكالسيوم داخل العظم بشكل أساسي وتنظيم مستوى الكالسيوم في الدم بشكل ثانوي، وبالنظر الدقيق إلى الخلية الدرقية نجد أن القطب العلوي للخلية يكون باتجاه تجويف الجريب ويكون القطب السفلي بالاتجاه

الخارجي للجريب ملاصقا الشعيرات الدموية ويفصله عنها الغشاء القاعدي للخلية وتوجد في القطب العلوي زغيبات مجهرية لزيادة مساحة الغشاء العلوي وتقوم هذه الزغيبات بالتقام الغرواني إلى داخل الخلية عند تنبئها لإفراز هرمون الغدة الدرقية وتقوم الرايبوسومات بصناعة الجلوبيولين الدرقي وتتم معالجة هذا البروتين في الشبكة الهيولية الباطنة الملساء وجهاز جولجي. وهذا ما يوضحه الشكل رقم (04). (أبا الخيل، نفس المرجع السابق، ص 03).

الشكل(04): البنية التشريحية للغدة الدرقية



■ التركيب الوظيفي للغدة الدرقية وتخليق هرموناتها: تتمثل وظيفة الغدة الدرقية في صناعة هرموني الثايروكسين Thyroxine T4 وثلاثي يودو ثيرونين Triiodothyronine 3، وهذا يتطلب وجود المادة التفاعلية وهي: اليود، والخلية المصنعة، والية للتحكم في تصنيع الهرمونات وإفرازها حسب ما يتطلبه الجسم وتتخلص صناعة هرمونات الغدة الدرقية في الخطوات التالية:

- توفر اليود وتركيزه داخل الخلية الدرقية وأكسدة اليود وارتباطه بالتيروزين في الجلوبيولين الدرقية وتقارن التيروزين باليود لصناعة الثايروكسين، وثلاثي يودو ثيرونين والتقام الغرواني وتحلل الجلوبيولين الدرقي لإطلاق هرموني الثايروكسين، وثلاثي يودو ثيرونين في الدورة الدموية، وأخيراً للمحافظة على مخزون اليود داخل الخلية الدرقية تقوم الخلية بإزالته من التيروزين في الجلوبيولين الدرقي المتحلل وإعادة استخدامه مرة أخرى في صناعة هرمونات الغدة الدرقية. (أبا الخيل، نفس المرجع السابق، ص 06).

4. وظائف الغدة الدرقية:

تلعب الغدة الدرقية دور مهم في التحكم في وظائف الجسم المختلفة، مما يمكنها من إنتاج وإفراز هرمونات التي تعمل بدورها كمحفزات طبيعية لنشاط والطاقة هذه الهرمونات تنتقل عبر مجرى الدم لتصل إلى الأنسجة والأعضاء المختلفة الموجودة في جسم الإنسان.

من أهم هذه الهرمونات التي تفرزها نجد: الثايروكسين Thyroxin - ثنائي يود الثايرونين /ثلاثي يود الثايرونين . الثايروكالكسيتوتين .هذه الهرمونات تعمل على: تنظيم عمليات التمثيل الغذائي، حيث يساهم في زيادة معدل الأيض الأساسي، وزيادة وتعزيز استهلاك الأكسجين، فيؤدي إلى توليد الحرارة وتنظيمها في جسم الإنسان، وتحفيز النمو البدني والعقلي، كما يؤثر على نشاط الجهاز العصبي، حيث يؤدي نقصه إلى الخمول والكسل، في حين يؤدي فرطه إلى النشاط الزائد والتوتر. إضافة لذلك يشارك هرمون الغدة الدرقية في استقلاب الكالسيوم من خلال تنظيم إطلاقه من العظام مما يساعد في الحفاظ على توازن مستوياته في الدم من خلال منع انطلاق كالسيوم من العظام فتعمل على خفض نسبة كالسيوم في الدم.

كما أن له دورًا في كونها تقوم بتنشيط عمليات أكسدة المواد الغذائية في كل خلايا الجسم مما يتم دفع الجسم إلى استهلاك الغذاء المخازن في انسجته بتالي يحدث نقص في وزن الجسم. هذه الغدة يسميها الكثير من الأطباء بأخصائية التجميل للجسم فهي مسؤولة عن صحة شعر والأظافر وبشرة فهي تفرز لهم المادة الأساسية التي تحتفظ على حياتهم. ضف إلى ذلك فهي تعمل على تنظيم أيض السكريات تلعب هرمونات الغدة الدرقية دورًا مهمًا في العمليات الحيوية المتعلقة بتمثيل السكريات، إذ تعزز امتصاص الجلوكوز داخل الخلايا بتأثير مشابه لهرمون الأنسولين كما تحفز عمليات تصنيع الجلوكوز (Gluconeogenesis) وتحليل الجلايكوجين (Glycogenolysis) ، مما يساعد في الحفاظ على مستويات مناسبة من الجلوكوز في الدم. وبذلك، تمثل هرمونات الغدة الدرقية عنصرًا أساسيًا في دعم الوظائف الحيوية المختلفة، ويؤدي أي اختلال في إفرازها إلى اضطرابات تؤثر على الصحة العامة للجسم. (الشاعر وآخرون ، 1990، ص ص 343.344)

من خلال كل ما سبق ذكره نرى أن الغدة الدرقية لها دور كبير في إفراز الهرمونات كونها تنظم عدة وظائف حيوية في الجسم أبرز مهامها تنظيم عملية الأيض، إنتاج الطاقة، والحفاظ على حرارة الجسم. تساعد أيضًا في النمو الجسدي والعقلي، وتؤثر على نشاط الجهاز العصبي، كما تساهم في توازن الكالسيوم في الدم، وتنظم مستوى السكر عبر تحسين استقلاب الجلوكوز، تؤثر على صحة الجلد والشعر والأظافر، وأي خلل فيها قد يؤدي لمشاكل صحية واضحة مما يجعلها ضرورية لتوازن الجسم العام.

5. مراحل تركيب الهرمونات الدرقية:

تم إنتاج هرمونات الغدة الدرقية من اليود الذي يمكن الحصول عليه من مصادر خارجية مثل الطعام والماء، أو من مصادر داخلية حيث يتم استخلاص الجذور اليودية من البروتينات اليودية الموجودة في الغدة الدرقية نفسها أو الأنسجة المحيطة بها. يُعتبر اليود من المعادن الأساسية التي تساهم في نمو الجهاز العصبي والعقلي، وله فوائد متعددة في الجسم، حيث يساعد في امتصاص الكربوهيدرات وفي عملية التمثيل الغذائي لفيتامين A. نقص اليود يمكن أن يؤدي إلى

تضخم الغدة الدرقية ويُسبب العديد من الاضطرابات الصحية، كما أن له تأثيرات سلبية على نمو الأطفال، مما قد يؤدي إلى تأخر في النمو الجسدي والعقلي، بالإضافة إلى الخمول والتعب وزيادة الوزن.

يؤثر اليود بشكل كبير على صحة حديثي الولادة والنساء الحوامل، حيث تحتاج المرأة الحامل إلى كميات أكبر من اليود لتغذية جنينها. وقد أظهرت الدراسات أن نسبة ترويق اليود $MI/Mn30$ تتأثر بمستويات اليود في البول خلال 24 ساعة والتي تعتمد على كمية اليود المتناولة من الغذاء، يُعتبر ترويق الغدة الدرقية لليود ثابتًا مما يعني أن الغدة الدرقية تستطيع الحفاظ على كمية معينة من اليود رغم التغيرات في كمياته المتناولة من الغذاء أو المصادر الداخلية ترتبط أهمية وجود اليود في الجسم ارتباطًا وثيقًا بصحة الغدة الدرقية، وغالبًا ما تكون الاضطرابات التي تصيبها نتيجة لعدم التوازن في نسبة اليود المتناولة. يُعتبر اليود عنصرًا أساسيًا لهرمونات الغدة الدرقية التي تنظم العديد من وظائف الجسم، مثل النمو والتكاثر وبناء الخلايا، بالإضافة إلى التحكم في هرمونات وإنزيمات أخرى، يحتوي الجسم على حوالي 2010 ملغ من اليود حيث يتم تخزين 75% منه في الغدة الدرقية، بينما يُخزن الباقي في المبايض والعضلات والغدد البينية يكون أساس في شكل عضوي اقل من 1% يكون على شكل يودي ويتم امتصاص لغرض تكوين هرمون التيروكسين يدور اليود في البلازما تحت شكل يودي والذي يثبت بواسطة الغدة الدرقية بواسطة ناقل بروتيني خاص بحيث أن موقع النقل النشط له يكون على مستوى الغشاء القاعدي الخلايا الحويصلية ويتم التخلص من معظمه عن طريق البول أما الباقي يتم التقاطه على مستوى القطب القاعدي الخلايا الغدة الدرقية أو عن طريق الأنسجة الأخرى.

ان نقل اليود يعتمد على عدة عوامل:

- الهرمون المغذي للغدة الدرقية (TSH) الذي يزيد عدد الوحدات الناقلة لليودييد.

- الطاقة ATP أكسجين درجة حرارة 37 م ، PH7- (شتيخ ، 2022 ، ص 57)

- **التقاط اليودييد من قبل الخلايا:** يتم التقاط اليود ونقله إلى الغدة الدرقية عن طريق النقل النشط بطريقة إشباعية بفضل مضخة اليودييد وتقع في القطب القاعدي وهي على اتصال مباشر مع الشعيرات الدموية تسمى (Nos Symmpor Na) في الشروط الطبيعية لاستهلاك اليود هذه المضخة تحدد تدرج التركيز من 20 إلى 40 هذا التدرج يمكن أن يتضاعف 20 مرة عندما تحفز الغدة من قبل TSH هذه المضخة يمكن أن تثبط من قبل البروم وأيونات Perchlorates وأيونات sulfocyanures .

- **الثيروغلوبين (thyroglobin):** يعتبر المصدر الأصلي الذي من خلاله يتم تشكيل هرمونات الغدة الدرقية وهو عبارة عن بروتين سكري خاص بالغدة الدرقية وهو المسؤول عن تكوين (T9) يتم تصنيع (T9) من طرف خلايا الغدة الدرقية يتم بنائه في لمعة الحويصلات بعد ذلك ترتبط تحت وحدتين المكونة له وتنتقل إلى خلايا الحويصلات وبالضبط في جهاز غولجي أين تحدث له عملية Glycosylee بعدها يمر (Tg) إلى داخل الحويصلات الإفرازية أين تحدث عملية أكسدة التيرونين يخزن (Tg) داخل السائل القروي حيث بشكل 95% من المادة القروانية وتمر كمية منه إلى الدورة الدموية التي يمكن قياسها ب : التقدير المناعي الإشعاعي (Radiomunologique)

- **أكسدة اليودييد:** عندما يلتقط من طرف خلايا الغدة الدرقية يتأكسد إلى يود عضوي 12 بفضل Peroxydase في وجود الماء الأكسجيني اليود يثبت على جذور التيروسيل الثيروغلوبين المادة القروانية وهذا يؤدي إلى تشكيل تيرونين أحادي اليود.

- **التزاوج:** يحدث التزاوج بين التيروزين أحادي اليود والتيروزين ثنائي اليود فإذا حدث التزاوج بين جزئي DIT مع جزئي MIT يكون الناتج هو هرمون الغدة الدرقية ثلاثين اليود T3 ويسمى أيو دوتيرونين.
- أما إذا حدث تزاوج بين جزئيتين من DIT ليكون الناتج هو هرمون الغدة الدرقية رباعي اليود T4 ويسمى هرمون التيروكسين يتم تخزين الهرمونات الدرقية في المادة الفروية هذه الأخيرة تحتوي مهزوم الهرمونات الدرقية يسمح بتغطية التغيرات لحوالي شهرين.
- **تخزين و إفراز هرمونات الدرقية:** التيروغلوبين اليودي يمثل شكل مخزون الهرمونات في المادة القروانية بعد التحفيز من قبل TSH ويتم بلعمتها من قبل الخلايا بواسطة الالتهام الخلوي الحويصلات تلتحم مع الليوزومات لكي تعطي لنا الخلايا الرابعة هذه الأخيرة. (شتيج ، نفس المرجع السابق، ص 59)
- وبهذا يعتبر اليود عنصرًا أساسيًا لإنتاج هرمونات الغدة الدرقية (T3 و T4) حيث يُمتص من الغذاء أو يُعاد تدويره من الجسم تلتقطه خلايا الغدة عن طريق ناقل خاص يُنشّطه هرمون TSH ويُكسّد داخلها ليرتبط ببروتين التيروغلوبين ومن ثم تتكون مركبات MIT و DIT والتي تتزاوج لتُنتج هرموني T3 و T4. تُخزن هذه الهرمونات داخل الحويصلات في الغدة وتُفرز عند الحاجة إلى الدم لتنظيم الوظائف الحيوية النمو والطاقة، فنقص اليود يؤثر سلبيًا على هذه العملية خاصة عند الأطفال والحوامل وقد يؤدي لتضخم الغدة ومشاكل في النمو العقلي والجسدي.
- 6. **تأثير هرمونات الغدة الدرقية:**
- تفرز الغدة الدرقية مجموعة من الهرمونات التي تؤثر بشكل مباشر على صحة الإنسان، سواء من الناحية الجسدية، النفسية، الانفعالية، وبالتالي تتمثل هذه الهرمونات في:
- **هرمون الثايروكسين:** والذي يسمى في بعض الأحيان (الدرقين) ويعد هذا الهرمون مهم جداً للنمو الجسدي والنفسي بشكل طبيعي لأنه يدخل في وظيفة كل الخلايا من ناحية تأثيره على مستوى نشاط الفرد لأنه مسؤول عن عملية التمثيل الغذائي في كل خلية أي عمليات الأيض) لذا الاضطراب في مستوى هذا الهرمون (زيادة أو نقصان).
- زيادة الهرمون يؤثر في الإنسان فيؤدي إلى:
- زيادة غير طبيعية لنشاط الإنسان فضلاً عن سرعة استثارته من الناحية الانفعالية مما يؤدي إلى سرعة الغضب أو إبداء العدوان الأشياء بسيطة لا تستجبه.
- ازدياد الشهية لدى الإنسان (أي اضطرابات في الأكل فرط الشهية) مع ملاحظة عدم ازدياد الوزن وهذا نتيجة طبيعية لزيادة نشاط الإنسان الناتج عن زيادة هذا الهرمون.
- ان ازدياد الطاقة تؤثر سلباً على النوم لذا تقل ساعات النوم مما يسبب له الاضطراب نتيجة قلة النوم. ان المظاهر الجسمية التي تصاحبه جحوظ العينين وقلة التركيز مع الشعور بالتوتر أغلب الأوقات.
- نقصان هذا الهرمون يؤدي إلى الاضطرابات التالية:
- إذا كان النقص في مرحلة الطفولة فإنه يؤثر على النمو بكل جوانبه الحركي والذهني والانفعالي وتكون نتيجته الطبيعية بطيء النمو الجسدي للطفل قياساً بالأطفال الطبيعيين.

- إذا كان النقص في الطفولة فإنه يصيب الطفل بداء القماءة (وهي حالة تتميز باضطراب نمو الجسم وبلادة في الدهن وفي العاطفة فلا يظهر عليه الاستجابات العاطفية أو ردود تلك الاستجابات وهذا الداء ناتج عن نقص اليود ونقص الإفراز الدرقي ويمكن معالجة هذه الحالة بالحصول على خلاصة الغدة الدرقية (مستحضر طبي).

أما في حالة البالغين فان نقص هذا الهرمون يؤثر على البالغ من ناحية النشاط فيقل النشاط أي يصيبه الكسل والفتور واللامبالاة، مع الازدياد بالشعور بالتعب والإرهاق وهي نتيجة طبيعية لنقص هذا الهرمون الذي يؤثر بمستوى نشاط الفرد فقلة الإفراز يؤثر على عدم قدرة الجسم في الاحتفاظ على إبقاء درجة حرارة ثابتة، أيضا قلة مستوى الدافعية والانتباه وصعوبة التركيز والخمول وحب النوم.

• **هرمون ثايروكالتستونين:** ان هذا الهرمون مهم جداً لأنه المسؤول عن امتصاص الكالسيوم للعظام مما يعطيها نوعيتها الصلبة وبالتالي فإنه يمنع تحلل الكالسيوم في العظام، فمن الطبيعي في اضطراب هذا الهرمون يؤثر على العظام ويصيبها بالهشاشة والتكسر. (وادي والجناي، 2011، ص ص 93، 94)

يُعتبر كل من الثايروكسين (T4) والثيرونين ثلاثي اليود Triiodothyronine (T3) الهرمونات الأساسية التي تفرزها الغدة الدرقية، حيث يحتوي الأول على أربع ذرات من اليود، بينما يحتوي الثاني على ثلاث ذرات. يعتمد الأداء الطبيعي للغدة الدرقية بشكل أساسي على توفر كمية كافية من اليود في النظام الغذائي. وعند انخفاض معدل اليود الغذائي، قد يُصاب الشخص بـ الجوايتير المتوطن (Endemic goiter)، وهو تضخم مزمن في الغدة الدرقية يحدث عندما يقل مستوى اليود في الغذاء عن 20-50 ميكروغرام يومياً. يمكن علاج هذه الحالة من خلال تناول يوديد البوتاسيوم على فترات منتظمة كل ستة (6) أشهر. (جاور، 1996، ص 153).

• **الهرمون المنشط للغدة الدرقية:** يحفّز هذا الهرمون خلايا الغدة الدرقية على إفراز هرموناتها، حيث يساعدها على امتصاص اليود من الدم، وتخزينه داخل الغدة، ثم تصنيع الهرمونات الدرقية وطرحها في البول. كما ينظم إفراز الثايروكسين وطرحه في الدم، وذلك بتأثير من الهرمون المحرّض (TTH-RH)، الذي يتم إفرازه من تحت المهاد. تستند العلاقة الوظيفية بين الهرمون المنشط للغدة الدرقية والغدة الدرقية إلى مبدأ التغذية الراجعة؛ فعند انخفاض مستوى الثايروكسين في الدم، يتم تحفيز الفص الأمامي للغدة النخامية وتحت المهاد لإفراز المزيد من الهرمون المنشط، مما يؤدي إلى زيادة إنتاج الثايروكسين. (زياد و نويجم، 2016، ص ص 46، 47)

• **هرمون الباراثرمون:** تفرز الغدة جارات الدرقية هذا الهرمون لتنظيم تركيز أيونات الكالسيوم والفوسفات في الدم. كما يلعب دوراً مهماً في امتصاص الكالسيوم من الأمعاء بمساعدة فيتامين D، بالإضافة إلى ترسيب الكالسيوم في العظام أو تحريره منها إلى الدم، فضلاً عن إعادة امتصاصه في الكلى.

- نقص إفراز الباراثرمون: عندما تضرر الغدة جارات الدرقية أو تُستأصل، ينخفض مستوى الكالسيوم في الدم، مما يؤدي إلى زيادة استثارة الجهاز العصبي. ينتج عن ذلك تشنجات وتقلصات عصبية، وضعف في العضلات يتبعه شعور بالتعب والإرهاق، إضافةً إلى القلق والاكتئاب والملل.

- زيادة إفراز الباراثرمون: في حال حدوث ورم في الغدة جارات الدرقية وزيادة حجمها، يزداد إفراز الهرمون، مما يؤدي إلى ارتفاع مستوى أيونات الكالسيوم في الدم. تؤدي هذه الزيادة إلى ضعف العظام وجعلها أكثر عرضة للكسر نتيجة فقدانها

لأملاح الكالسيوم. كما قد تتسبب في ترسب أملاح الكالسيوم في الأنسجة الطرية، مثل الكليتين، مما يؤدي إلى تكون الحصى وتأثر وظائف الكلى. (زياد و نويجم، نفس المرجع السابق، ص ص 48، 49)

- هرمون ثلاثي يودوثيرونين (T3) : يُفرز هرمون ثلاثي يودوثيرونين (T3) من الغدة الدرقية بالتزامن مع هرمون الثايروكسين (T4) ، وهو يلعب دورًا أساسيًا في تنظيم عمليات الأيض في الجسم وعلى الرغم من توفره في شكل أقراص إلا أنه لا يُستخدم عادةً لعلاج قصور الغدة الدرقية، نظرًا لفعاليتها المحدودة مقارنةً بالثايروكسين. (توفت، 2013، ص 97).

وبذلك فإن هرمونات الغدة الدرقية تلعب دورًا محوريًا في تنظيم صحة الإنسان الجسدية والنفسية والانفعالية إذ تتحكم في عمليات الأيض، والنمو، والتوازن العاطفي فزيادة إفرازها يؤدي إلى فرط النشاط، التوتر، واضطرابات النوم، بينما يؤدي نقصها إلى الخمول والكسل.

7. امراض الغدة الدرقية:

1.7. فرط نشاط الغدة الدرقية:

- * تعريف فرط نشاط الغدة الدرقية: هي متلازمة سريرية تكون بسبب الإنتاج المفرط لهرمونات الغدة الدرقية وتسمى بفرط الدرقية أو التسمم الدرقي فينتج عن فرط نشاط الغدة إفراز لهرمونات بكميات زائدة من هرمونات الدرقية وهي الثيروكسين او T4 أو ثلاثي يودوثيرونين أو T3 فهذا لا يقتصر هنا فحسب بل قد يزداد أيضا حجم الغدة الدرقية في بعض (توفت، نفس المرجع السابق، ص 8).

- * اسباب فرط نشاط الغدة الدرقية: يحدث فرط نشاط الغدة الدرقية نتيجة لعدة أسباب، من أبرزها: - داء غريف (Graves' disease) : وهو اضطراب مناعي ذاتي يؤدي إلى تحفيز الغدة الدرقية لإنتاج كميات زائدة من الهرمونات.

- العقيدات الدرقية: حيث تؤدي بعض العقيدات الموجودة في الغدة الدرقية إلى إفراز هرمونات زائدة بشكل مستقل.
- التهاب الغدة الدرقية: قد يؤدي الالتهاب إلى إطلاق كميات كبيرة من الهرمونات المخزنة في الغدة، مما يسبب ارتفاعًا مؤقتًا في مستوياتها .

- زيادة استهلاك اليود: يمكن أن تؤدي كميات مفرطة من اليود في الجسم إلى تحفيز الغدة لإنتاج المزيد من الهرمونات.
- ورم الغدة النخامية الحميد: قد يؤدي هذا الورم إلى زيادة إفراز هرمون TSH ، مما يحفز الغدة الدرقية على إنتاج المزيد من الهرمونات (رزيق، 2015، ص ص 27، 28).

* أعراض فرط نشاط الغدة:

- فقدان الوزن الذي يحدث بشكل سريع برغم من عدم تغير شهية فقد يفقد حوالي 5 إلى 10 kg.
- اضطرابات النوم.
- سرعة ضربات القلب التوتر والعصبية والهياج.
- الدراق وقد يحدث عن تضخم الغدة ويمكن أن يؤثر على عملية التنفس الطبيعي والبلع.

- وهن شديد ووجود حى.

- تعرق زائد (شوا، 2007، ص 69)

* تشخيص فرط نشاط الغدة الدرقية:

يتم تشخيص الحالة من خلال مجموعة من الفحوصات المخبرية:

- اختبار هرمون TSH : انخفاض مستوى TSH يعد مؤشرًا رئيسيًا على فرط نشاط الغدة الدرقية. أما في الحالات التي يكون فيها الانخفاض معتدلاً مع مستويات طبيعية لهرمون FT4 وعدم وجود أعراض واضحة، فقد يكون ذلك دليلاً على فرط الدرقية تحت السريري، والذي قد يستدعي إما العلاج أو المراقبة المنتظمة كل ثلاثة أشهر لمنع تفاقم الحالة.

- اختبار هرموني T3 و T4: ارتفاع مستوى أي من هذين الهرمونين أو كليهما يؤكد الإصابة بفرط نشاط الغدة الدرقية.

- اختبار الأجسام المضادة: هذا التحليل يساعد في تحديد سبب فرط النشاط، حيث تكون الأجسام المضادة إيجابية في حالة داء غريف، بينما تكون سلبية في حالات أخرى.

- اختبار امتصاص اليود المشع: يستخدم هذا الفحص لتقييم قدرة الغدة الدرقية على امتصاص اليود، حيث يكون الامتصاص مرتفعاً لدى مرضى داء غريف. يساعد التشخيص الدقيق على تحديد السبب الأساسي للحالة واختيار الخطة العلاجية المناسبة لضمان صحة المريض وتحسين جودة حياته. (رزيق، نفس المرجع السابق، ص ص 27، 28).

* علاج فرط نشاط الغدة:

- تُستخدم الأدوية المضادة للدرقية: مثل كربيمازول، لعلاج فرط نشاط الغدة الدرقية الناتج عن داء جريفز، خاصة لدى المرضى اليافعين في أول نوبة لهم. يعمل الدواء على تقليل إنتاج هرمونات الغدة الدرقية، وعادةً تبدأ الأعراض بالتحسن بعد 10 إلى 14 يومًا من بدء العلاج. يستمر العلاج من 6 إلى 18 شهرًا، ويشفى حوالي 50% من المرضى بعد هذه الفترة. يتم تقليل الجرعة تدريجيًا وفقًا لمستويات الهرمونات في الدم، وبعض الأطباء يفصل الجمع بين جرعات عالية من كربيمازول والثيروكسين لتحقيق استقرار أفضل.

الآثار الجانبية للكربيمازول نادرة لكنها قد تشمل الطفح الجلدي (الشرى) والحكة، والتي تتطلب التوقف الدوائي واستشارة الطبيب وانخفاض حاد في الكريات البيضاء، مما قد يؤدي إلى تقرحات الفم والحنجرة وارتفاع الحرارة، ويتطلب عناية طبية فورية.

- الجراحة: قد تكون الجراحة خيارًا مناسبًا، حيث يتم استئصال معظم الغدة الدرقية لضمان نجاح العملية يحتاج المريض أولاً إلى استقرار مستويات الهرمونات عبر العلاج الدوائي، تُعتبر الجراحة حلاً فعالاً خاصة لدى المرضى الشباب المصابين بداء جريفز أو الذين لديهم تضخم كبير في الغدة قبل الجراحة يُنصح بتناول اليود لمدة 10-14 يومًا لتقليل حجم الغدة وتسهيل الجراحة، العملية تستغرق حوالي ساعة ويبقى المريض في المستشفى ليومين.

من المضاعفات النادرة للجراحة تضرر الغدد الجار درقية، مما قد يؤثر على مستويات الكالسيوم ويتطلب علاجاً بفيتامين د مدى الحياة. كذلك، هناك احتمال طفيف لتغير الصوت في حال تأثر الأعصاب القريبة من الأوتار الصوتية وهو أمر قد يكون مؤثراً لمن يعتمدون على صوته كمغني الأوبرا عموماً، تنجح الجراحة في 80% من الحالات، لكن 15% قد يصابون بقصور في الغدة الدرقية بسبب إزالة كمية كبيرة من النسيج، بينما 5% قد يستمر لديهم فرط النشاط بسبب بقاء بعض

الأنسجة النشطة بمرور السنوات قد تتطور بعض الحالات التي تم علاجها بالجراحة إلى قصور في الغدة الدرقية كما قد يعاود المرض الظهور بعد 20-40 عامًا لكن إجراء جراحة ثانية يكون أكثر تعقيدًا وخطورة.

- العلاج باليود المشع لاضطرابات الغدة الدرقية: يُستخدم العلاج باليود المشع عادةً للأشخاص الذين تجاوزوا سن 40-45 عامًا أو لليافعين، المصابين بالعقم حيث تمتص الغدة الدرقية اليود المشع مما يؤدي إلى تدمير أنسجتها وتقليل إنتاج الهرمونات الدرقية. يتم تناول اليود المشع عبر الفم إما في صورة سائل أو كبسولات، ويتم امتصاصه في الدم ليصل إلى الغدة الدرقية. قبل العلاج يطلب من المريض توقيع استمارة موافقة واتباع إرشادات لتقليل الاحتكاك المباشر بالآخرين خاصة الأطفال لمدة أيام، كما قد يؤدي العلاج إلى تفعيل أجهزة الكشف في المطارات لمدة أسابيع لذا تُمنح بطاقة توضيحية لحملها مع مستندات السفر لمدة ستة أشهر، لا يُعطى هذا العلاج للنساء الحوامل إذ يمكن أن يؤثر سلبًا على الغدة الدرقية لدى الجنين كما يُنصح بتجنب الحمل لمدة أربعة أشهر بعد العلاج تبدأ فعالية العلاج بالظهور خلال 6-8 أسابيع وخلال هذه الفترة قد يُوصف دواء مثل البروبرانولول أو الكريمازول لتخفيف الأعراض في حال عدم الاستجابة للعلاج يمكن إعطاء جرعة ثانية. (توفت، 2013، ص 18، 23).

وبالتالي نجد أن فرط نشاط الغدة الدرقية ليس مجرد خلل في إفراز الهرمونات بل هو حالة صحية معقدة تؤثر على عدة جوانب من حياة الإنسان منها الجسدية والنفسية، ومن خلاله يمكننا التأكد من أهمية التوازن الهرموني في الحفاظ على الصحة العامة ويظهر هنا دور التشخيص المبكر في اختيار العلاج المناسب من أجل تحسين جودة حياة المرضى.

2.7. قصور الغدة الدرقية:

* **تعريف قصور الغدة الدرقية:** هو حالة تحدث عندما لا تنتج الغدة الدرقية ما يكفي من الهرمونات اللازمة لعمل الجسم بشكل طبيعي مثل ثلاثي يودوثيرونين (T3) والثيروكسين (T4) يؤثر هذا الاضطراب على حوالي 1% من الناس خاصة كبار السن ويكون أكثر شيوعًا بين النساء، السبب الأكثر انتشارًا لقصور الدرقية هو تدمير خلايا الغدة الدرقية بسبب خلل في الجهاز المناعي مما يؤدي إلى تقلص حجم الغدة وفقدان قدرتها على إنتاج الهرمونات في بعض الحالات الأقل شيوعًا يتسبب هذا الخلل في تضخم الغدة بدلاً من انكماشها، مما يؤدي إلى ما يُعرف بالتهاب الدرقية الليمفاوي المزمن والذي يرتبط بأمراض المناعة الذاتية مثل داء جريفير (توفت، نفس المرجع السابق، ص 34)

* **أسباب قصور الغدة الدرقية:** تحدث مشكلات الغدة الدرقية نتيجة لعدة أسباب من أبرزها:

- مرض هاشيموتو: وهو اضطراب مناعي ذاتي يؤدي إلى مهاجمة الجهاز المناعي لأنسجة الغدة الدرقية، مما يسبب التهابها وضعف وظيفتها بمرور الوقت.

- التهاب الغدة الدرقية: قد يكون ناتجًا عن عدوى فيروسية أو اضطرابات مناعية، مما يؤدي إلى خلل في إنتاج الهرمونات الدرقية.

- قصور الغدة الدرقية الولادي: يحدث عند الأطفال حديثي الولادة نتيجة لعدم تطور الغدة الدرقية بشكل كامل أو غيابها التام، مما يستدعي العلاج المبكر لتجنب المضاعفات.
- الاستئصال الجراحي للغدة الدرقية: إزالة جزء أو كامل الغدة الدرقية جراحياً، سواء لعلاج الأورام أو فرط نشاط الغدة، قد يؤدي إلى قصور دائم في وظائفها.
- المعالجة الشعاعية: التعرض للعلاج الإشعاعي، خاصة في منطقة الرقبة، قد يتسبب في تدمير خلايا الغدة الدرقية وتقليل قدرتها على إنتاج الهرمونات.
- بعض الأدوية: قد تؤثر على وظيفة الغدة الدرقية وتؤدي إلى اضطرابات في إنتاج الهرمونات.
- نقص اليود في النظام الغذائي: يعد اليود عنصراً أساسياً في إنتاج هرمونات الغدة الدرقية، لذا فإن نقصه قد يؤدي إلى تضخم الغدة وقصور في وظيفتها (رزيق، 2015، ص 28).

* أعراض قصور الغدة الدرقية:

- زيادة الوزن.
- الإمساك.
- انخفاض معدل ضربات القلب.
- ألم المفاصل.
- اضطرابات الذاكرة.
- جلد شاحب وجاف وتساقط الشعر.
- اضطرابات الدورة الشهرية.
- قلة التعرق. (شوا، 2007، ص ص 104، 105)

* تشخيص الغدة الدرقية:

- إجراء اختبار TSH : إن ارتفاع قيم TSH يدل على قصور درقية.
- إجراء اختبار FT4 : حيث تكون قيم FT4 منخفضة في حال قصور الدرق .
- إجراء اختبار الأجسام المضادة للثيروغلوبولين: في هذا الاختبار يتم البحث عن الأجسام المضادة والتي تكون ايجابية في حال الإصابة بمرض هاشيموتو. (رزيق ، 2015 ، ص 29).

- * علاج قصور الغدة الدرقية: يُستخدم عقار الثيروكسين لعلاج قصور الغدة الدرقية وهو متوفر في المملكة المتحدة بجرعات 25 و 50 و 100 ميكروغرام، يبدأ العلاج تدريجياً حيث يتم تناول 50 ميكروغراماً يومياً لمدة 3 إلى 4 أسابيع

ثم تزداد الجرعة إلى 100 ميكروغرام يوميًا لنفس المدة وبعدها تصل إلى 150 ميكروغرامًا يوميًا. بعد نحو ثلاثة أشهر من بدء العلاج، يتم إجراء فحص دم للتأكد من أن مستويات هرمون الغدة الدرقية والهرمون المنبه للدرقية قد عادت إلى مستواها الطبيعي أو لتحديد ما إذا كانت هناك حاجة لتعديل الجرعة.

عادةً ما يبدأ التحسن في غضون أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع حيث يلاحظ المريض فقدان الوزن واختفاء التورم حول العين سريعًا، بينما قد تستغرق استعادة نضارة البشرة وصحة الشعر ما بين ثلاثة إلى ستة أشهر من المهم معرفة أن العلاج بالثيروكسين غالباً ما يكون مدى الحياة أما الأشخاص الذين عانوا من قصور الغدة الدرقية لسنوات فمن النادر أن يصابوا بفرط نشاط الغدة بسبب داء جريفز (توفت، 2013، ص 37، 38)

إذا قصور الغدة الدرقية هو حالة تتميز بانخفاض نشاط الغدة مقارنة بفرط النشاط، حيث يبطؤ فيها عمل أجهزة الجسم بسبب نقص إنتاج الهرمونات على عكس فرط نشاط الغدة الذي يسبب فقدان الوزن، تسارع ضربات القلب، والتعرق الزائد، فإن القصور يؤدي إلى زيادة الوزن، بطء ضربات القلب، جفاف الجلد، الإمساك، وقلة التعرق. كما يصاحبه تعب عام واضطرابات في الذاكرة والدورة الشهرية، مما يعكس تمامًا التأثيرات المنشطة والمسرعة لفرط نشاط الغدة.

3.7. التهاب الغدة الدرقية:

* داء هاشيموتو: المعروف أيضًا بالتهاب الغدة الدرقية المزمن، هو اضطراب مناعي ذاتي يؤدي إلى تلف تدريجي في الغدة الدرقية، مما يسبب انخفاضًا في قدرتها على إنتاج الهرمونات اللازمة لوظائف الجسم يُعد هذا المرض السبب الأكثر شيوعًا لقصور الغدة الدرقية، خاصةً في المناطق التي لا تعاني من نقص اليود يمكن أن يصيب الأشخاص من جميع الأعمار لكنه أكثر شيوعًا بين النساء خصوصًا في الفئة العمرية من 30 إلى 50 عامًا.

* سبب مرض التهاب الغدة: ينتج هذا المرض عن خلل في الجهاز المناعي حيث يهاجم الجسم الغدة الدرقية عن طريق إنتاج أجسام مضادة تهاجم خلاياها. يؤدي هذا الهجوم إلى تلف الخلايا وإطلاق هرمونات الغدة الدرقية بشكل غير منتظم إلى الدم مما قد يسبب أعراضًا مؤقتة لفرط نشاط الغدة في المراحل المبكرة ومع استمرار التلف يقل إنتاج الهرمونات تدريجيًا مما يؤدي إلى قصور دائم في وظائف الغدة. (ليليان وسلامة، 2021، ص 12)

* أعراض مرض هاشيميتو: يُعد مرض هاشيموتو اضطرابًا مناعيًا ذاتيًا يتطور تدريجيًا على مدار سنوات، مسببًا تلفًا دائمًا في الغدة الدرقية، مما يؤدي إلى انخفاض مستويات هرموناتها في الدم. تتباين الأعراض وفقًا لمرحلة المرض وتشمل:

■ قصور الغدة الدرقية: يحدث نتيجة انخفاض إنتاج الهرمونات الدرقية، مما يؤدي إلى:

- الشعور بالتعب والإجهاد.

- حساسية مفرطة للبرد.

- جفاف الجلد، شحوبه، وتقصف الأظافر.

- تساقط الشعر وانتفاخ الوجه.
- اضطرابات في الوزن، حيث يزداد الوزن دون زيادة في الشهية.
- آلام في العضلات والمفاصل.
- اضطرابات الدورة الشهرية، مثل النزيف الشديد وطول مدته.
- اضطراب الذاكرة والاكتئاب.
- فرط نشاط الغدة الدرقية في المراحل المبكرة: قبل أن تتضرر الغدة تمامًا، قد يحدث إفراز مفاجئ لهرمونها بسبب تدمير خلاياها، مما يؤدي إلى:
 - تسارع ضربات القلب (أكثر من 90 نبضة في الدقيقة).
 - ارتفاع ضغط الدم.
 - الأرق والتوتر العصبي.
 - ألم وتضخم الغدة الدرقية (الدُّراق): قد يعاني بعض المرضى من ألم خفيف في مقدمة الرقبة، يستجيب للمسكنات. في بعض الحالات، يؤدي تضخم الغدة إلى:
 - صعوبة في البلع بسبب الضغط على المريء.
 - ضيق في التنفس نتيجة الضغط على القصبة الهوائية.
- يختلف تطور المرض من شخص لآخر، وقد تستمر بعض الأعراض لعقود، لذا يُنصح بمتابعة طبية منتظمة للتشخيص المبكر والإدارة المناسبة للحالة.
- الأشخاص الأكثر عرضة للإصابة بداء هاشيموتو:
 - على الرغم من إمكانية إصابة أي شخص بداء هاشيموتو هناك عدد من العوامل التي تزيد من فرصة الإصابة بالمرض والتي تتضمن:
 - الجنس: تعتبر النساء أكثر عرضة من الرجال للإصابة بمرض هاشيموتو.
 - العمر: قد يحدث مرض هاشيموتو في أي عمر لكنه أكثر شيوعاً خلال منتصف العمر.
 - التاريخ العائلي لاعتلالات الغدة الدرقية: إذا كان يعاني أحد أفراد العائلة من أمراض الغدة الدرقية فإن الفرد يكون أكثر عرضة لخطر الإصابة بمرض هاشيموتو.
 - أمراض المناعة الذاتية الأخرى: يزيد خطر الإصابة لدى الأشخاص المصابين باضطرابات أخرى في الجهاز المناعي، مثل النوع الأول من داء السكري أو التهاب المفاصل الروماتزمي أو البهاق.
 - التعرض للإشعاع: التعرض لنسبة عالية من الإشعاع يزيد من خطر الإصابة بمرض هاشيموتو. (ليليان وسلامة، نفس المرجع السابق، ص 13)
 - الفحوصات الطبية والتشخيصية لداء هاشيموتو: يتوقع الطبيب الإصابة بالمرض من خلال الأعراض التي تعاني منها، ويتأكد من التشخيص بـ:

- قياس هرمونات الغدة الدرقية والهرمون المحفز للغدة الدرقية (TSH) ، وتأكيده وجود الأجسام المضادة للغدة الدرقية بالدم .- الموجات فوق الصوتية للغدة الدرقية عادة لا تكون ضرورية لتشخيص التهاب الغدة الدرقية في هاشيموتو ولكن تفيد في تقييم حجم الغدة الدرقية وإيجاد عقيدات في الغدة الدرقية.
- فحص قبط نظير اليود المشع: عن طريق إعطاء كمية صغيرة من اليود المشع ثم قياس كمياته في الدرقية بواسطة كاميرا مخصصة للمسح وتصنيف العقيدات على أنها ساخنة أو باردة قد تشير العقدة الدرقية الباردة إلى وجود ورم الخبيث، وسوف تحتاج إلى خزعة.

■ علاج داء هاشيموتو:

- أقراص الليفوثيروكسين (levothyroxine): وهي عبارة عن هرمون اصطناعي مشابه لهرمون الغدة الدرقية، حيث أن تناول قرص واحد يوميا يمكن أن يعوض نقص مستوى هرمونات الغدة الدرقية وعادة ما يكون العلاج بالليفوثيروكسين لمدى الحياة يمكن أن تؤثر بعض الأدوية والمكملات الغذائية وبعض الأطعمة على امتصاص الليفوثيروكسين.
- الجراحة: يعد التدخل الجراحي لإزالة الغدة الدرقية جزيئاً أو كلياً أحد خيارات علاج داء هاشيموتو في الحالات التالية: إذا كان تضخم الغدة الدرقية كبيراً وأدى إلى صعوبة في البلع أو ضيق في التنفس أسباب تجميلية لتضخم الغدة الدرقية وجود العقيدات الليمفاوية الخبيثة. (ليليان وسلامة، نفس المرجع السابق، ص 14).

فمن خلال ما سبق نستنتج أن "داء هاشيموتو" المعروف بالتهاب الغدة الدرقية من أكثر أسباب قصور الغدة الدرقية شيوعاً، ويصنف كاضطراب مناعي ذاتي يؤدي إلى تلف تدريجي في الغدة نتيجة خلل في الجهاز المناعي. تختلف الأعراض باختلاف المرحلة، وتشمل التعب، وزيادة الوزن، واضطرابات الدورة الشهرية، وقد يسبقها فرط مؤقت في نشاط الغدة. تشمل عوامل الخطورة الجنس الأنثوي، العمر، التاريخ العائلي، أمراض المناعة الذاتية، والتعرض للإشعاع. يعتمد التشخيص على قياس الهرمونات والأجسام المضادة، ويُعالج باستخدام الليفوثيروكسين، مع إمكانية التدخل الجراحي في بعض الحالات.

4.7. سرطان الغدة الدرقية:

يظهر سرطان الغدة الدرقية عادةً على شكل ورم في الغدة الدرقية لكنه نادر الحدوث إذ يمثل أقل من 1% من جميع السرطانات و0.5% من وفياتها، هناك أربعة أنماط نسيجية رئيسية: الحليمي، الجريبي، النخاعي، وغير المتميز لكل منها خصائص مرضية مميزة، يبلغ معدل الإصابة السنوي بسرطان الغدة الدرقية بين 1 و10 حالات لكل 100,000 شخص وهو أكثر شيوعاً لدى النساء بنسبة 2-4 أضعاف مقارنة بالرجال يشكل النوعان الحليمي والجريبي 60-90% من الحالات ويزداد انتشارهما مع التقدم في العمر.

* أسباب سرطان الغدة الدرقية:

التعرض للإشعاع لا توجد جرعة آمنة تماماً من الإشعاع الخارجي يمكن اعتبارها غير مسببة لسرطان الغدة الدرقية، تشير الدراسات إلى أن التعرض لجرعات تتراوح بين 200 و500 سنتي غراي قد يؤدي إلى الإصابة بسرطان الغدة الدرقية بمعدل سنوي يُقدَّر بنحو 0.5%. فيما يتعلق باليود المشع (I-131) لا توجد أدلة قاطعة تثبت أنه يسبب سرطان الغدة الدرقية عند استخدامه لأغراض علاجية أو تشخيصية ومع ذلك هناك زيادة طفيفة في معدلات الوفيات المرتبطة بسرطان الغدة الدرقية بعد استخدامه حتى الآن لم يتم تحديد ما إذا كانت هذه الزيادة ناتجة عن تأثير مباشر لليود المشع

أو أنها جزء من التاريخ الطبيعي للمرض الكامن. يزداد خطر الإصابة بسرطان الغدة الدرقية وخاصة النوع الحليبي (Papillary Thyroid Carcinoma - PTC) عند التعرض للإشعاع الخارجي قبل سن العشرين.

غالبية سرطانات الغدة الدرقية التي نشأت نتيجة التعرض للإشعاع كانت من النوع الحليبي (PTC)، وتميزت بأنماط نسيجية صلبة أو جريبية صلبة. كما أظهرت الدراسات أن الخطر يكون أعلى عند الإناث وعند التعرض للإشعاع في سن مبكرة (الحسين، 2024، ص ص 149، 150).

* أنواع سرطان الغدة الدرقية:

- السرطان الحليبي (Papillary Carcinoma): الأكثر شيوعًا (75% من الحالات) يصيب الفئات الأصغر سنًا ينمو ببطء وأقل عدوانية ينتشر إلى العقد الليمفاوية والرئة، خاصةً عند التعرض للإشعاع.
- السرطان الجريبي (Follicular Carcinoma): يشكل 10% من الأورام ويصيب كبار السن يتميز باحتياح المحفظة والأوعية الدموية مع انتقالات دموية إلى الرئة والعظام. نادرًا ما يسبب فرط نشاط الدرق.
- السرطان اللبي (Medullary Carcinoma): ينشأ من خلايا C المفرزة للكالسيتونين. يظهر بشكل فرادي أو عائلي كجزء من متلازمة MENII سرطان درق لبي + ورم قوائم + فرط نشاط الدرق. (يمثل 20% من الحالات، ويرتبط بارتفاع الكالسيتونين، مما قد يسبب الإسهال والحكة).
- اللمفوما الدرقية (Thyroid Lymphoma): تشكل 1-5% من سرطانات الدرق وتصيب النساء فوق 55 عامًا، خاصةً على خلفية داء هاشيموتو.

- السرطان غير المميز (Poorly Differentiated) واللامصنع (Anaplastic Carcinoma): من أكثر الأنواع خبثًا يصيب المرضى فوق 60 عامًا ويؤدي إلى الوفاة خلال عام من التشخيص. (عبد المولى وآخرون، 2010، ص ص 83، 84).

* تشخيص سرطان الغدة الدرقية:

يُعد تقييم خطر الخباثة في العقيدات الدرقية أمرًا أساسيًا لتحديد الحاجة إلى الخزعة بالإبرة الدقيقة وعند اكتشاف عقيدة ينبغي:

- تقييم السياق السريري: يشمل البحث عن عوامل الخطورة وإجراء فحص سريري لتقييم خصائص العقيدة، وفحص العقد الليمفاوية، والكشف عن علامات خلل الغدة الدرقية أو الضغط.

- قياس مستوى هرمون TSH: إذا كان منخفضًا يُوصى بإجراء تصوير نووي لتقييم النشاط الوظيفي للعقيدة.

- إجراء فحص بالموجات فوق الصوتية: يُعتبر الأداة التشخيصية الأولية لمراقبة العقيدات، بغض النظر عن مستوى TSH، حيث يساعد في تحديد الحجم والموقع وتصنيف خطر الخباثة وتوجيه القرار السريري نحو المراقبة أو أخذ خزعة بالإبرة الدقيقة.

* علاج سرطان الغدة الدرقية:

يُعد العلاج الجراحي الخيار الأساسي لسرطان الغدة الدرقية ويمكن استكمالها بالعلاج باليود المشع (I-131) أو في حالات نادرة بالعلاج الإشعاعي الخارجي ومع ذلك قد تكون المراقبة النشطة—بما في ذلك الفحص الدوري بالموجات فوق الصوتية للغدة الدرقية والعقد الليمفاوية العنقية كل 6 إلى 12 شهرًا—بديلًا مناسبًا للجراحة الفورية في سرطانات الخلايا الحليمية الدقيقة منخفضة الخطورة. (Lindecker-Cournil et Tramalloni, 2021, p12)

كحوصلة لما تم التطرق له نستخلص أن سرطان الغدة الدرقية وربما نادرا يمثل أقل من 1% من السرطانات وتقسم أنواعه النسيجية إلى الحليبي، الجريبي، النخاعي، وغير المتميز، ويعد الحليبي الأكثر شيوعا، حيث تزداد نسبة الإصابة به لدى النساء وترتبط بعض أنواعه بالتعرض للإشعاع، خاصة في سن مبكرة ويعتمد التشخيص على تقييم سريري ومخبري وتصويري دقيق، ويعالج غالبا بالجراحة مع إمكانية استخدام اليود المشع أو المراقبة النشطة في الحالات منخفضة الخطورة.

8. اعراض الغدة الدرقية:

ان زيادة أو نقص الهرمون عن الحد العادي يتبعه تأثير مباشر في السلوك فيزداد توتر الإنسان وتزداد انفعالاته مع بدء زيادة إفراز الثيروكسين يصاب الفرد بمرض جريفز (Graves disease) الذي يكون له أعراض جسمية، وانفعالية، ومعرفية، ومنها:

- من الناحية الجسمية: تزداد سرعة عملية الهدم والبناء، فينتج عن ذلك سرعة النبض وارتفاع ضغط الدم مع قلة في الوزن، ويحدث أحيانا جحوظ في العينين، مع زيادة حجم الغدة.
- ارتفاع ضربات القلب او انخفاضه.
- ارتفاع درجة الحرارة وزيادة او انخفاض شدة التعرق.
- انخفاض ضغط الدم.
- الارتعاش ويظهر على يد المريض خاصة عند الإمساك بالأشياء.
- اضطرابات على مستوى الجهاز الهضمي.
- الإحساس بالإرهاق والتعب.
- اضطرابات الحيض بالنسبة للمرأة .
- انحراف وتضييق على القصبة الهوائية وصعوبة التنفس عند القيام بأبسط جهد عضلي.
- التهاب مؤلم مع تصلب الجوفتر وحالة حى.
- جفاف الجلد او تقشره وانتفاخه وتغير لونه الباهت او اصفراره.
- الالام في المفاصل وبحة الصوت.
- اضطرابات في النوم. (جودي، 2018، ص71).

• من الناحية الانفعالية:

- يصاب الفرد بالقلق وسرعة التهيج العصبي والتوتر المستمر.
- انعدام الاستقرار الانفعالي
- تقلب في المزاج، البكاء لأتفه الأسباب.
- الشعور بعدم الامن والطمأنينة.
- البلادة وعدم الإحساس.

• من الناحية المعرفية:

- يحدث تشوه في الإدراك ويأخذ التفكير في التفكك.

- ضعف التركيز والانتباه.

- قصور نشاط الغدة الدرقية قد يؤثر على تطور خلايا الدماغ وبالتالي على النضج العقلي حيث تسبب تخلف عقلي.

- البلادة الفكرية.

واختلال او نقص انتاج هرمون الثيروكسين قبل البلوغ يؤدي إلى تعطيل النمو الجسدي والجنسي والعقلي وتتمثل الأعراض في بدانة مصحوبة بجفاف وزيادة في سماكة الجلد، وسقوط الشعر، ونقص في الأيض، كما يؤدي نقص إفرازها عند البالغين إلى مرض الميكسيديما Myxedema حيث يُصاب الشخص بجفاف الجلد، وقلة الشعر، ونقص النشاط الجسدي كما يؤدي إلى زيادة مفرطة في وزن الجسم وتباطؤ في ضربات القلب وانخفاض ضغط الدم وعدم تحمل الشخص للبرودة. (الحريري والحارثي، 2018، ص298).

ومن هنا نرى أن الغدة الدرقية لها دورا حيويا في تنظيم العديد من العمليات الجسمية والعقلية في الجسم. وأي خلل في إفراز هذه الهرمونات سواء بالزيادة أو النقصان يمكن أن يؤدي إلى مجموعة من الأعراض المتنوعة التي تؤثر على الجوانب الجسمية، الانفعالية والمعرفية وخاصة النفسية.

9. الأسباب المؤدية للغدة الدرقية:

يرى (Rafael,2013) أن أسباب اضطراب الغدة الدرقية يتمثل في:

- نقص اليود: والذي بدوره يعدّ عنصراً أساسياً لإنتاج هرمونات الغدة الدرقية وهو شائع في المناطق الجبلية، حيث تقل نسبة اليود في الماء والغذاء مما يؤدي إلى تضخم الغدة الدرقية.

- اضطرابات مناعية ذاتية: مثل هاشيميتو يؤدي للقصور، جريفر يؤدي الى فرط النشاط.

- مرض الغدة النخامية: هي غدة صغيرة تقع في قاعدة الدماغ تتحكم في العديد من الغدد الصماء الأخرى حيث لا تنتج الغدة النخامية المتدنية أو القاصرة ما يكفي من الهرمون المنبه للدرق التحفيز الغدة الدرقية، الأمر الذي يؤدي إلى قصور الدرقية.

- قصور النشاط الدرقي الخلقي: إذ يولد بعض الأطفال بدون غدة درقية، أو بغدة تنتج مستويات منخفضة من الهرمون الدرقي. (الحريري والحارثي، نفس المرجع السابق، ص 299)

تتأثر الغدة الدرقية بالعديد من العوامل، سواء كانت ولادية أو بيئية مما ينعكس على الحالة الانفعالية للفرد، فقد أظهرت الدراسات الإكلينيكية في مجال الطب النفسي أن العديد من المرضى الذين يعانون من اضطرابات الغدة الدرقية لديهم تاريخ من عدم الاستقرار الانفعالي، مما يجعلهم أكثر عرضة للإصابة بالأمراض ويُعتقد أن هذه الخلفية الانفعالية ليست سوى عامل استعدادي يُمهّد لظهور المشكلات النفسية اذ يقول (لانديس) في هذا الصدد: "إن بعض الناس يولدون وفيهم ضعف أو نقص جسماني أو اضطراب غدي، يؤدي الى علة نفسية إذا توافرت لها الأسباب الملائمة لإظهارها، فإذا لم يتعرض الإنسان لأي حادث معين مضى في حياته دون إصابته بأي مرض".

أما فيما يتعلق بتأثير العوامل النفسية في اضطرابات الغدة الدرقية، فقد أكدت دراسة أجراها ليدز وهوبتورن أن معظم المرضى المصابين بفرط إفراز الثايروكسين سبق لهم أن تعرضوا لضغوط نفسية شديدة قبل ظهور الأعراض، أو عانوا من تجارب قاسية من الاضطهاد والإحباط لم يتمكنوا من التعبير عنها أو التعامل معها إلا بالكبت. وقد أدى ذلك

إلى حالة دائمة من استثارة الجهاز العصبي مما تسبب في اضطراب مستمر في عمل الغدد بما في ذلك الغدة الدرقية. (زياد و نويجم، 2016، ص 52)

10. تشخيص الغدة الدرقية:

يجرى عموماً في حدود سن الخمسين وهو يقيس مستوى الهرمون المحفز للدرقية (TSH) الذي تنتجه الغدة النخامية، فالمستويات المنخفضة جداً تعني وجود غدة درقية مفرطة، أما المستويات المرتفعة جداً فتعني قصور في نشاط الغدة و من خلال الأسئلة والفحص الدقيق سيحدد الطبيب الأعراض ثم يؤكد التشخيص بفحص الدم لقياس الهرمون (TSH) في حالة فرط نشاط للغدة الدرقية بسبب مرض GRAVE (غريف)، يجب التأكيد على وجود تضخم درقي، مما يتطلب البحث عن الإصابات الالتهابية والسرطانية، بالإضافة إلى اضطرابات في وظيفة الغدة الدرقية، ومن بين الطرق المستخدمة نجد ما يلي:

- الاستجواب: يعتبر كمرحلة أولية للفحص ومصدر مهم للمعلومات في عملية التشخيص، ويجب التحقق من النقاط التالية:

- المنطقة الأصلية: يجب معرفة المناطق الوبائية المرتبطة بالمرض.
- السوابق العائلية: البحث عن وجود الجويتر أو أي أمراض مرتبطة بالغدة الدرقية في العائلة
- دواعي الاستشارة الطبية: كالتعقيدات الناتجة عن الضغط على القصبات الهوائية.
- الجويتر: إذا كان الجويتر قديماً فالعلاج الطبي يكون أقل فعالية.
- حالات ظهور الجويتر: الآلام، كثرة الانفعال.
- التطور: البحث عن ضمور أو العكس عن اضطراب الغدة الدرقية الذي يكون نتيجة أسباب غير قصدية أو بسبب علاج معين.
- الفحوص التكميلية: آلام، صعوبة البلع والتنفس السعال، البحة، الضيق العلامات العامة والوظيفية، درجة الحرارة، النحافة أو السمنة، فقدان الشهية.

- الفحص: يعتمد الفحص لتشخيص اضطراب الغدة الدرقية على: الفحص الأولي ويهدف لتحديد أنواع حجم الجويتر وهي كما يلي:

- النوع الأول: يكون محسوس فقط وغير مرئي.
- أما النوع الثاني: يمكن ملاحظته عند الكشف أو الفحص.
- النوع الثالث: جويتر كبير يمكن ملاحظته من مسافة بعيدة.
- التحسس: يتيح هذا الفحص تحديد ما إذا كان التضخم منتشر أو متموضع بشكل غير متناسق أو ذو سمك متجانس أو غير متجانس، صلب، مرن أو متحجر. كما يمكن من خلال التحسس تحديد وجود أو غياب عقد درقية، موقعها، حجمها، سمكها، حركتها. وكذلك يمكن التأكد من وجود أو غياب علامات تدل على قصور أو زيادة إفراز الغدة الدرقية. (جودي، 2018، ص ص 74، 75).

فهنا نعتد في تشخيص اضطرابات الغدة الدرقية غالباً على تحليل هرمون TSH، حيث يشير انخفاضه إلى فرط نشاط الغدة، وارتفاعه إلى قصورها. يبدأ التشخيص بالفحص السريري، للتحقق من عوامل الخطر كالسوابق

العائلية، اعراض ضيق التنفس، تطور الجويتر، يتبعه لتحديد حجم الجويتر (غير مرئي، مرئي عند الفحص، أو واضح للعيان)، وتحسس الغدة لتقييم طبيعة التضخم (موضعي أو منتشر، صلب أو مرن) مع الكشف عن وجود عقيدات. تؤخذ بعين الاعتبار الأعراض المرافقة مثل السعال، البحة، فقدان الشهية أو الوزن، لتوجيه التشخيص نحو فرط النشاط أو القصور الدرقي.

11. الوقاية من الغدة الدرقية:

تعد أمراض الغدة الدرقية من الأمراض الشائعة بل من أكثر أمراض الغدد الصماء شيوعاً وتتعدد الأمراض التي تصيبها من تغير في وظائفها مثل: خمولها أو نشاطها، أو وجود تضخم فيها، أو وجود عقيدات أو أورام، ويظهر تأثير أمراض الغدة على جميع أجهزة الجسم بسبب دورها المهم في التنظيم الوظيفي لهذه الأجهزة وتتنوع أسباب نشوء أمراض الغدة من أسباب بينية، وأسباب مناعية، وأخرى وراثية ولعل من الأسباب التي يمكن الوقاية منها:

- نقص اليود: وتكمن أهمية اليود في أنه المادة التفاعلية التي من دونها لا يستطيع الجسم أن يصنع هرمونات الغدة الدرقية، وكما أنه يؤدي إلى حدوث تضخم فيها، وخمولها، كما أنه قد يتسبب في حدوث نشاط للغدة أيضاً في حال التعرض لليود بعد ذلك، وخمول الغدة الوراثي من الأمراض التي يمكن الوقاية منها، ومن المعروف أن هرمونات الغدة لها أهمية في تكون الجهاز العصبي في الجنين وتطوره بعد الولادة لذا فعدم تشخيص خمول الغدة لدى الأطفال حديثي الولادة وبدء العلاج بشكل مبكر يؤدي إلى إعاقة ذهنية وحركية شديدة، خاصة أنه قد لا توجد أية علامات أو أعراض للخمول بعد الولادة تساعد على التشخيص المبكر، أما إذا تم التشخيص وبدء العلاج خلال اسبوعين من الولادة فيمكن تجنب حدوث هذه المضاعفات الخطيرة ومن الأمراض التي يمكن الوقاية منها أيضاً داء جريفز للطفل حديث الولادة. وتكون الأم إما تتلقى العلاج لداء جريفز، أو أنها عولجت منه في السابق إما جراحياً أو باليود المشع، ويكون سبب نشوء المرض عبور ضد مستقبله الهرمون المنبه للدرقية من الأم إلى الجنين عبر المشيمة، وتأثر ضد مستقبله الهرمون المنبه للدرقية على غدة الجنين وتحفيزها لإنتاج هرمونات الغدة، ولتجنب حدوث المرض في الطفل حديث الولادة والمضاعفات الناجمة عنه، يتم قياس مستوى ضد مستقبله الهرمون المنبه للدرقية في الأم، فإذا كان عالياً تتم مراقبة الطفل عن طريق التصوير التصواتي، فإذا ظهرت علامات نشاط الغدة في الجنين مثل: تسارع نبضات القلب، وتأخر النمو، أو ظهور تضخم في الرقبة يتم علاج الجنين عن طريق إعطاء الأم أدوية ضد الدرقية التي تعبر المشيمة، وتعالج الطفل، ومن المهم أيضاً فحص الطفل بعد الولادة للبحث عن علامات النشاط الغدة وعلاجها إن وجدت. (أبا الخيل، 2021، ص ص 191، 192).

وأما أمراض الغدة على العموم من الأمراض سهلة العلاج، وبالإمكان التعايش معها، ومن المهم أن يكون المريض على دراية كاملة بالمرض، وطبيعة الأعراض، وأهمية العلاج إذ إن الالتزام بالعلاج من شأنه أن يعيش معه المريض حياة طبيعية، كما أن الأورام التي تصيب الغدة وبالأخص الأورام السرطانية تكون بطيئة التنامي في معظمها، وذات مسار مرضي حسن بعد علاجها الجراحي، وعلاجها باليود المشع.

12. علاج اضطرابات الغدة الدرقية:

تعتمد خيارات علاج اضطرابات الغدة الدرقية على طبيعة المرض، سواء كان حديثاً أو مزمنياً، ومدى خطورته بالإضافة إلى استجابة المريض وحساسيته تجاه العلاج المقترح قبل البدء في أي علاج من المهم تقليل مستوى القلق لدى

المريض، حيث يلعب التوتر دورًا مؤثرًا في تفاقم الأعراض. كذلك من الضروري أن يكون المريض على دراية بطبيعة مرضه، خاصة إذا كان ناتجًا عن خلل في الجهاز المناعي، مما يساعده على فهم آلية المرض والتفاعل بشكل إيجابي مع العلاج. فيما يلي نستعرض أبرز العلاجات المستخدمة في علاج اضطرابات الغدة الدرقية:

■ **العلاج الطبي:** يركز العلاج الطبي لاضطرابات الغدة الدرقية بشكل أساسي على تقليل إفراز الهرمون المحفز للغدة الدرقية (TSH)، ويتم ذلك من خلال استخدام الهرمونات الدرقية لتعويض نقصها في الجسم من بين المستخلصات الأكثر استخدامًا في العلاج نجد هرمون الثيروكسين (T4)، والذي يتوفر على شكل قطرات (gouttes) تحفظ في درجة حرارة 4 درجات مئوية، حيث تحتوي كل قطرة على 5 mcg من المادة الفعالة. كما يتوفر أيضًا على شكل أقراص بجرعات 50 و 100 mcg وبالنسبة للراشدين، تتراوح الجرعة اليومية عادةً بين 100 إلى 150 mcg، وفقًا لحالة كل مريض. هناك أيضًا مستخلص آخر يُعرف باسم ثالث يود الثيرونين (T3)، ولكنه يُستخدم بشكل نادر نظرًا لكونه أقل تحملًا وله نصف عمر قصير، مما يتطلب تناوله على عدة جرعات يومية. يتوفر هذا الدواء على شكل أقراص بجرعة 25 mcg وتُحدد الجرعة اليومية عادةً بين 50 إلى 75 mcg موزعة على ثلاث جرعات على الأقل خلال اليوم. عند وصف هذه العلاجات من الضروري تكييف الجرعة وفقًا لحالة المريض، بحيث تحقق الفعالية المطلوبة دون التسبب في آثار جانبية غير مرغوبة.

■ **العلاج باليود المعدني:** يُستخدم اليود المعدني في علاج فرط نشاط الغدة الدرقية، حيث يعمل على تقليل إنتاج الهرمونات الدرقية من خلال تأثيره المباشر على الغدة. ومع ذلك، فإن فعالية هذا العلاج غالبًا ما تكون محدودة ومؤقتة، إذ قد يختلف تأثير اليود على وظيفة الغدة الدرقية من شخص لآخر، كما أن آلية عمله لا تزال غير مفهومة بشكل كامل. في بعض الحالات، يعتمد تأثير اليود على حالة الغدة نفسها والجرعة المستخدمة، حيث لوحظ أن فرط نشاط الغدة الدرقية قد يكون في بعض الأحيان ناتجًا عن التعرض المفرط لليود بدلاً من علاجه، مما يجعل استخدامه يتطلب مراقبة دقيقة لتجنب أي آثار عكسية محتملة.

■ **العلاج باليود المشع:** يُستخدم العلاج باليود المشع كخيار علاجي في الحالات التي لا يكون فيها التدخل الجراحي مناسبًا، كما يمكن اللجوء إليه أحيانًا لتقليل حجم تضخم الغدة الدرقية الكبير (الجويتر). يتميز هذا العلاج بفعاليته العالية، حيث يمكن استخدامه مباشرة دون الحاجة إلى تناول أدوية مضادة للغدة الدرقية مسبقًا. يهدف العلاج باليود المشع إلى تدمير جزء من نسيج الغدة الدرقية لتحقيق توازن في وظيفتها، وقد كان في السابق مقتصرًا على البالغين، لكنه أصبح الآن معتمدًا أيضًا في علاج الشباب، الذكور والإناث، وحتى الأطفال. تشير الدراسات إلى أنه لا يسبب مضاعفات طويلة الأمد ولا يزيد من خطر الإصابة بالسرطان، مما يجعله خيارًا آمنًا وفعالًا على المدى البعيد. (ساعو، 2011، ص ص 103، 104)

■ **العلاج بمضادات الدرق المركبة:** تعمل مضادات الدرق المركبة على التدخل في مراحل مختلفة من إنتاج هرمونات الغدة الدرقية، خاصة خلال عملية ربط اليود بالهرمونات. لهذا السبب، يبدأ تأثيرها العلاجي في الأيام الأولى من الاستخدام، إلا أن مدة العلاج عادةً ما تستمر لمدة لا تقل عن 18 شهرًا لضمان تحقيق نتائج مستقرة. أحد المضاعفات المحتملة لهذا العلاج هو زيادة حجم تضخم الغدة الدرقية. ويعود ذلك إلى أن مضادات الدرق تقلل بشكل فعال من إنتاج الهرمونات الدرقية، مما يؤدي إلى انخفاض مستوى TSH، وهو الهرمون المحفز للغدة الدرقية،

الأمر الذي قد يتسبب في زيادة حجم الغدة لدى بعض المرضى لذا يجب مراقبة الحالة باستمرار لتعديل العلاج إذا لزم الأمر.

■ **العلاج الجراحي:** يهدف العلاج الجراحي إلى تقليل حجم الغدة الدرقية لكنه يعالج الأعراض ولا يستهدف السبب الأساسي للمرض لذلك لا ينبغي اعتباره علاجًا منفردًا أو نهائيًا، بل يجب أن يكون جزءًا من خطة علاجية متكاملة فمن الضروري أن يكون المريض على دراية بأن الجراحة لا تغني عن العلاج الطبي وأن عدم اتباع الرعاية اللازمة بعد العملية أو العودة إلى نفس الظروف التي سببت التضخم قد يؤدي إلى انتكاسة وعند حدوث الانتكاس يكون العلاج أكثر صعوبة مقارنة بالحالة الأولى، كما تصبح استجابة الغدة للعلاج أقل فعالية بشكل عام قد يسبب العلاج الجراحي بعض المضاعفات والتي تعتمد على حجم التضخم (طبيعة الجويتر) نوع الجراحة، وخبرة الجراح، لذا يجب اختيار التدخل الجراحي بعناية وفقًا لحالة كل مريض. (ساعو، نفس المرجع السابق، ص 105)

إن التشخيص المبكر والعلاج المناسب لأمراض الغدة الدرقية يعدان من العوامل الأساسية التي يمكن أن تمنع المضاعفات الخطيرة وتضمن حياة صحية للمريض، إذ إن الكشف المبكر عن أي خلل في وظيفة الغدة والتدخل العلاجي في وقت مناسب يساهم في تجنب الأعراض المتطورة والمضاعفات الناتجة عنها ولذلك من الضروري توعية الأفراد بأهمية الوقاية والعلاج من هذه الأمراض وتوفير المعلومات اللازمة حول أهمية التشخيص المبكر كل هذا سيساعد على تعزيز صحة الفرد والحد من التأثيرات السلبية لهذه الأمراض.

13 . الغدة الدرقية وتأثيرها على النساء:

تُعد سلامة الغدة الدرقية لدى الأبوبين وخصوصًا لدى الأمهات من العوامل الأساسية التي تسهم في تكوين جيل جديد يتمتع بصحة جيدة فعند حدوث خلل في نشاط الغدة سواء بالخمول أو بالفرط يُلاحظ انخفاض في معدلات الخصوبة لدى كل من الرجال والنساء، غير أن اضطرابات الغدة الدرقية تُصيب النساء أكثر من الرجال ويُعزى ذلك إلى أن عملية الأيض لدى النساء أكثر تعقيدًا وأضعف نسبيًا مقارنة بالرجال، إذ يُعد هرمون الإستروجين (Oestrogen) – وهو الهرمون الجنسي الأنثوي – أحد العوامل التي تزيد من حساسية المرأة لتغيرات هرمونات الغدة الدرقية، بينما يمتلك هرمون الأندروجين (Androgen) – الهرمون الجنسي لدى الرجال – تأثيرًا مماثلًا، وإن كان أقل وضوحًا.

تمر المرأة خلال حياتها بعدة مراحل بيولوجية تبدأ بالإخصاب، ثم الدورة الشهرية، يليها الحمل، وتكوين اللبن، ثم تنتهي بانقطاع الطمث، وهي كلها مراحل تتطلب توازنًا دقيقًا في إفرازات الغدة الدرقية ويؤدي أي اختلال في هذا التوازن إلى تأثيرات مباشرة على الصحة الجسدية والنفسية.

من جهة أخرى تُعتبر المرأة أكثر تأثرًا نفسيًا باضطرابات الغدة مقارنة بالرجل، إذ يمكن أن يؤدي أي خلل بسيط في الغدة إلى أعراض مثل الاكتئاب أو القلق بينما لا تظهر هذه الأعراض لدى الرجال إلا في حال وجود اضطراب كبير وتُعد فترتا ما بعد الولادة وسن اليأس من أكثر المراحل حساسية لهذه الاضطرابات النفسية، نظرًا لانخفاض الهرمونات الجنسية خلالهما وهو ما يُقابله تراجع في حاجة الجسم لهرمونات الغدة الدرقية وفي حال انخفضت هذه الهرمونات بشكل ملحوظ ومؤقت فقد تصاب المرأة بعد الولادة باكتئاب ونقص في الطاقة وهو ما قد يحدث أيضًا خلال فترة انقطاع الطمث أما إذا استمرت الغدة في أداء وظيفتها بشكل طبيعي فإن احتمالات ظهور هذه الأعراض تكون أقل مثل الاكتئاب

بعد الولادة، أو ارتفاع درجة الحرارة وزيادة الوزن، تقلب المزاج في سن اليأس ومن الجدير بالذكر أن بعض النساء قد يُبالغن في نسبة هذه الأعراض إلى اضطرابات الغدة رغم أنها قد تعود إلى أسباب أخرى.

وفيما يخص الضغوط النفسية فإن الغدة الدرقية تتأثر بهرموني الكورتيزول (Cortisol) والأدرينالين (Adrenalin)، واللذين يُفرزان في حالات الضغط والتوتر، إذ يؤدي ارتفاع الكورتيزول إلى انخفاض نشاط الغدة، بينما يُسهم الأدرينالين في تنشيطها وتزداد إفرازات الغدة الدرقية غالبًا في أوقات التوتر الشديد مثل الامتحانات أو العمليات الجراحية، مما يرفع من معدل الأيض في أغلب أنسجة الجسم باستثناء الدماغ. (جوميز، 2009، ص ص 25، 26)

خلاصة الفصل:

تعد اضطرابات الغدة الدرقية من المشكلات الصحية التي تحمل آثارا بالغة على الصعيدين الجسدي والنفسي للفرد، حيث إن الخلل في إفراز هرموناتها – سواء بفرط النشاط أو القصور – لا يقتصر على الأعراض الفيزيولوجية فحسب، بل يمتد ليشمل تأثيرات نفسية سلبية قد تصل إلى اضطرابات مزاجية كالإكتئاب والقلق واضطرابات النوم، فضلا عن تدني جودة الحياة وضعف القدرة على التكيف الاجتماعي، وتشير الدراسات إلى أن للغدة الدرقية دورا حيويا في تنظيم التوازن النفسي من خلال تأثيرها المباشر على وظائف الجهاز العصبي لذلك فإن التكفل العلاجي بمرضى الغدة الدرقية يجب أن يتخذ مقاربة شمولية تراعي الجوانب النفسية والاجتماعية إلى جانب العلاج الطبي بما يساهم في تحسين الأداء النفسي والاجتماعي للفرد وبالتالي دعم الصحة النفسية العامة للمجتمع.

الفصل التطبيقي

الفصل الرابع: الإطار المنهجي للدراسة

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1. منهج الدراسة

2. حدود الدراسة

3. حالات الدراسة

4. أدوات الدراسة

خلاصة الفصل

تمهيد:

بعد أن تناولنا في الفصول السابقة الإطار النظري للدراسة، وما تضمنه من تحديد دقيق للمفاهيم الأساسية المرتبطة بمتغيرات البحث، ننتقل في هذا الفصل إلى الجانب التطبيقي الذي يعد مكوناً أساسياً في البحوث الإكلينيكية. يهدف هذا الجانب إلى الانتقال من التصور النظري إلى الفحص الميداني المباشر، مما يسمح بالكشف عن الجوانب النفسية العميقة للظاهرة المدروسة، وذلك من خلال مقارنة منهجية دقيقة تضمن جمع المعطيات وتحليلها بشكل علمي منظم.

وعليه، سيتضمن هذا الفصل عرضاً تفصيلياً للإجراءات المنهجية المعتمدة، بما في ذلك تحديد المنهج، وصف العينة، مبررات اختيار الأدوات، وطرق تطبيقها، لنصل في الختام إلى عرض نتائج الدراسة وتحليلها في ضوء الفرضيات المطروحة.

1. منهج الدراسة:

• تعريف المنهج:

لا تخلو أي دراسة علمية من الاعتماد على منهج من أجل القيام بدراسة وفق قواعد وأسس وبذلك، يقصد بـ "المنهج" تلك الطريقة المنظمة التي يعتمد عليها الباحث في معالجة موضوع معين ضمن إطار بحثي محدد. يعرف المنهج بأنه: أسلوب منظم للتفكير والعمل، يستند إليه الباحث في ترتيب أفكاره، وتحليلها، وصياغة عرضها بطريقة منهجية، تمكنه من الوصول إلى نتائج وحقائق علمية منطقية تتعلق بالظاهرة محل الدراسة. (المحمودي، 2019، ص 46) كما يمكن تعريفه أيضا بأنه هو الأسلوب أو الطريقة التي يعتمدها الباحث في تناول مشكلة بحثية معينة، حيث يوجه هذا المنهج خطوات البحث نحو تحليل الظاهرة محل الدراسة، بما يتيح الوصول إلى حلول مناسبة أو إلى نتائج علمية تسهم في تفسيرها. (العيصوي، 1997، ص 15)

وقد اعتمدت دراستنا الحالية على المنهج العيادي باعتباره الأنسب لمثل هذا النوع من الدراسات القائم على "دراسة الحالة" الذي من خلاله نقوم بالدراسة الشاملة والمعمقة بهدف جمع المعلومات اللازمة عن حالات الدراسة، وباعتباره أيضا المنهج الذي يتوافق مع طبيعة دراستنا أي دراسة البروفيل النفسي لدى مرضى الغدة الدرقية. والذي يعرفه "روجي بيرون" المنهج العيادي باعتباره سيرورة معرفية توظف فيها العمليات العقلية بهدف بناء بنية ذهنية منظمة للظواهر النفسية، مع التأكيد على أن الفرد يشكل المصدر الأساسي لهذه الظواهر.

بالإضافة إلى ذلك يعرف "دانيال لاجاش" (Lagache) المنهج العيادي بأنه: "دراسة السيرة الذاتية من منظور خاص، بهدف التعرف على مواقف وتصرفات الفرد تجاه مواقف معينة، مع محاولة إعطاء معنى لها وفهم بنيتها وتكوينها. كما يكشف هذا المنهج عن الصراعات التي تؤثر عليها، ويستعرض محاولات الفرد لحل هذه الصراعات". (بن بردي، 2014، ص 35، 36)

وعليه فإن اختلاف المناهج في البحوث العلمية راجع إلى طبيعة الموضوع المدروس، فكل دراسة تستخدم المنهج الذي يتناسب ويخدم موضوعها.

2. حدود الدراسة:

• الحدود البشرية:

تكونت العينة من ثلاث حالات نساء راشدات، تم تشخيص إصابتهن باضطرابات في وظيفة الغدة الدرقية من قبل طبيب مختص في أمراض الغدد الصماء بمستشفى "الحكيم عقي"، حيث تبين أنهن يعانين من اضطرابات في نشاط الغدة الدرقية (قصور أو فرط). تم اختيار هذه الحالات بشكل قصدي، بناء على مطابقتها لمعايير الدراسة ودرجة استعدادهن النفسي للتعاون والمشاركة وقد تم التعامل معهن في إطار علاقة مهنية، راعت الخصوصية والاعتبارات والمبادئ الأخلاقية والسرية.

• الحدود الزمنية:

تم تنفيذ الجانب التطبيقي من الدراسة خلال الفترة الممتدة من 06 أفريل إلى 21 أفريل 2025، حيث تم إجراء مقابلات عيادية نصف موجهة، إلى جانب تطبيق مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية (BigFive Personality Traits) كأداة

تشخيصية نفسية، تهدف إلى استكشاف البروفيل النفسي لكل حالة من حيث الأبعاد الكبرى للشخصية (الانفتاح على الخبرة، يقظة الضمير، الانبساطية، التوافق، العصابية).

• الحدود المكانية:

تم إجراء الدراسة بالمؤسسة الاستشفائية "الحكيم عقبي" بقالمة، وبالضبط على مستوى مصلحة أمراض الغدد الصماء، حيث تم تخصيص فضاء مناسب لإجراء المقابلات وتطبيق المقياس، في ظروف تضمن الراحة النفسية، السرية المهنية، والاحترام التام لأخلاقيات الممارسة العيادية، حيث تمت المقابلات في فضاء يسمح بالخصوصية والتفاعل المريح مع الحالات. وقد جرى تطبيق المقابلات مع الحالات الثلاث داخل نفس المصلحة، في مكاتب مخصصة لمتابعة مرضى الغدة.

3. حالات الدراسة:

تمثلت حالات الدراسة في ثلاث نساء راشدات على مستوى المؤسسة الاستشفائية "الحكيم عقبي" بقالمة، تم تشخيص إصابتهن باضطرابات في الغدة الدرقية (فرط نشاط) من طرف طبيب مختص بمصلحة أمراض الغدد الصماء بالمستشفى. تم اختيار الحالات بطريقة قصدية، نظرا لتوافق خصائصهن الصحية والنفسية مع موضوع الدراسة، وارتباط وضعهن المرضي المباشر بأهداف البحث المتعلق بالبروفيل النفسي لمرضى الغدة الدرقية. كما تم الأخذ بعين الاعتبار استعدادهن النفسي للمشاركة، وتوفر شروط التواصل والقبول المطلوبة في البحوث العيادية، ونظرا أيضا لتوفر مجموعة من الشروط العلمية التي تتماشى مع طبيعة البحث وأهدافه، من بينها:

- أن الحالات تعاني من اضطرابات مشخصة وموثقة طبيا في الغدة الدرقية، وهو ما يتماشى تمامًا مع موضوع الدراسة المتمثل في "البروفيل النفسي لمرضى الغدة الدرقية".

- استعدادهن النفسي للتفاعل والمشاركة في الجانب التطبيقي من الدراسة، وهو شرط أساسي في البحوث العيادية.

- كونهن نساء في سن الرشد، مما يسمح بتحليل أبعاد الشخصية بشكل واضح وواع.

- تنوع الأعراض والخصائص النفسية لكل حالة، وهو ما يُثري الدراسة ويوفر إمكانية للمقارنة واستنتاج الفروق الفردية في البروفيل النفسي.

- تم التفاعل مع هذه الحالات في إطار علاقة مهنية تراعي المبادئ الأخلاقية والسرية، مع احترام خصوصية كل حالة وظروفها الصحية والنفسية.

4. أدوات الدراسة:

• الملاحظة العيادية:

تعتبر الملاحظة العيادية عنصر مهم في فحص ظاهرة معينة وهي تسمح بتحديد الخصائص السلوكية والشخصية للأفراد كما أنها أداة مساعدة في رصد بعض السمات الخاصة للحالات التي يتوقع منها أداء مقاومة من طرف الحالات عند توجيه بعض الأسئلة بهدف رصد مختلف الجوانب السلوكية سواء كانت إيمائية أو وضعيات الجسد وهذا ما لاحظناه من خلال المقابلات مع الحالات من سمات الشخصية كما أن الملاحظة جزء لا يتجزأ من المقابلة الإكلينيكية.

كما تم اعتماد الملاحظة العيادية كأداة مكملية في بحثنا حول "البروفيل النفسي لدى مرضى الغدة الدرقية"، لما لها من أهمية في التقاط الأبعاد السلوكية غير اللفظية التي قد لا يتم التعبير عنها صراحة أثناء الإجابة على مقياس العوامل الكبرى

للشخصية (كوستا وماكري). وكان الهدف الأساسي من استخدامها هو رصد المظاهر السلوكية المرتبطة بالاضطرابات النفسية والانفعالية التي قد ترافق اضطراب الغدة الدرقية، مثل القلق، الانفعال الزائد، الانسحاب الاجتماعي، أو تقلبات المزاج، والتي قد تظهر من خلال حركات الجسد، تعابير الوجه، نبرة الصوت، طريقة الجلوس. كما أن الملاحظة ساعدتنا على فحص مدى صدق التفاعل مع المقياس، أي ما إذا كانت الإجابات تعكس بالفعل السمات الشخصية الحقيقية أم أنها متأثرة بحالات دفاعية أو مقاومة. لذلك فإن الملاحظة لم تكن أداة مستقلة، بل كانت مرافقة وداعمة لفهم النتائج الكمية للمقياس بشكل أعمق، مما يثري عملية تحليل البروفيل النفسي لكل حالة بشكل أكثر دقة وشمولية.

• المقابلة العيادية النصف موجهة:

تعتبر المقابلة الأداة المهمة في علم النفس العيادي سواء كان ذلك بهدف علاجي أو تشخيصي أو بحثي حيث تعرف المقابلة على أنها طرح أسئلة معينة ودقيقة متنوعة ومتسلسلة يكون المفحوص هنا حر في إجابته ولكن يبقى دائما مقيدا بمضمون إطار السؤال المطروح بالتالي تم استخدام المقابلة العيادية النصف موجهة في هذه الدراسة بهدف توجيه استجابات الحالات نحو أهداف الدراسة كما تم تحديد أسئلة المقابلة مع ترك بعض الحرية للمبحوثة بالتعبير عما تراه مناسباً والاستفادة بمعلومات تفيد بفهم أكثر سلوكيات هؤلاء المصابين بأمراض الغدة الدرقية وتسمح بالكشف عن الصراعات الداخلية ما يسمح باستقصاء السمات المراد دراستها.

ويتكون دليل المقابلة من محاور أساسية وهي:

- المحور الأول: جمع المعلومات والبيانات الأولية للحالات.

- المحور الثاني: المعاش النفسي للحالة.

- المحور الثالث: الجانب الاجتماعي والاقتصادي للحالة.

- المحور الرابع: النظرة المستقبلية للحالة عن المرض.

• قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية:

اعدها كوستا وماكري 1992 Costa & McCrae وتعتبر أول أداة موضوعية تهدف الى قياس العوامل الأساسية الكبرى للشخصية، تم استخراجها عن طريق التحليل العاملي لوعاء بنود مشتقة من عديد من استخبارات الشخصية، قام الانصاري بترجمة بنود القائمة من الانجليزية الى العربية الفصحى السهلة 1997، وخضعت الترجمة لدورات عديدة من المراجعة من قبل العديد من المختصين في علم النفس، تتكون القائمة من 60 بند تشمل على خمسة مقياس فرعية تقيس كلا من: (العصابية، الانبساطية، الانفتاح على الخبرة، المقبولية، يقظة الضمير)، ويضم كل مقياس فرعي 12 عبارة.

- العصابية: وهو مكون من 12 بنداً.

- الانبساطية: وهو مكون من 12 بنداً.

- الانفتاح على الخبرة: وهو مكون من 12 بنداً.

- المقبولية: وهو مكون من 12 بنداً.

- يقظة الضمير: وهو مكون من 12 بنداً.

وبين الجدول التالي توزيع بنود المقياس على العوامل الخمسة.

الجدول رقم (06): يوضح توزيع البنود على مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية.

الأبعاد	رقم العبارات
العصبية Neuroticism	العبارات الايجابية 6-11-21-26-36-41-51-56
	العبارات السلبية 1-16-31-46
الانبساطية Extraversion	العبارات الايجابية 2-7-17-22-32-37-47-52
	العبارات السلبية 57-42-27-12
الانفتاح على الخبرة Openness to experience	العبارات الايجابية 13-28-43-53-58
	العبارات السلبية 3-8-18-23-33-38-48
المقبولية Agreeableness	العبارات الايجابية 4-19-34-49
	العبارات السلبية 9-14-24-29-39-44-54-59
يقظة الضمير Conscientiousness	العبارات الايجابية 5-10-20-25-35-40-50-60
	العبارات السلبية 15-30-45-55

• طريقة تصحيح المقياس:

يمكن تطبيق مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية بشكل فردي أو جماعي، ووفقا للصورة الأصلية لقائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، تتم الاستجابة على المقياس وفقا لتدرج خماسي على طريقة ليكرت (غير موافق على الإطلاق، غير موافق، محايد، موافق، موافق جدا). وتصحح باستخدام خمسة مفاتيح تصحيح للقائمة، ويبدأ التصحيح في كل مقياس فرعي على حدى بإعطاء كل بند في كل مقياس فرعي درجة تتراوح بين (1-5). وذلك في جميع بنود المقياس ماعدا البنود المعكوسة في كل مقياس فرعي والتي تصحح في الاتجاه العكسي (1-5). علما بأن المقياس لا يعطي درجة كلية كونه يقيس أبعاد مختلفة للشخصية (سعيد، 2017، ص 134).

يتم احتساب درجة المفحوص على المقياس بجمع درجاته على كل بعد بشكل مستقل.

ولقد تم الاعتماد في دراستنا على مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية في نسخته المكيفة من طرف الباحثة زينب أولاد غدار نظرا لكون هذه النسخة تأخذ بعين الاعتبار الخصائص البيئية والثقافية للمجتمع الجزائري، ما يعزز من

صلاحياتها ومصادقيتها في قياس ابعاد الشخصية لدى العينة محل الدراسة، اعتمدنا عليها كونها الأداة الملائمة لسياق البيئة المحلية، حيث يعد التكيف الثقافي للمقياس من الشروط الأساسية لضمان دقة النتائج وموضوعيتها.

• الخصائص السيكومترية للمقياس:

- صدق المقياس:

قامت الباحثة بإجراء دراسة استطلاعية للمقياس وذلك من خلال تطبيقه على عينة من طلاب كلية العلوم الاجتماعية والعلوم وتقنيات بجامعة غرداية، والذي بلغ عددهم 60 طالبا، من أجل التأكد من أن عبارات المقياس مفهومة و واضحة للطلاب، وأنه لا توجد صعوبة في الإجابة عليها، وكذلك للتأكد من ثبات و صدق المقياس في البيئة المحلية، وقد كانت النتائج كما يلي للتأكد من صدق المقياس، تم حساب صدق الاتساق الداخلي، وذلك بحساب معامل ارتباط كل بند من بنود المقياس والبعد الذي ينتهي إليه، ومعامل ارتباط كل بعد من الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس، فكانت كل قيم معاملات الارتباط دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.05 و 0.01 ، مما يؤكد صدق المقياس.

- ثبات المقياس:

تم حساب معامل الثبات بطريقتين بتطبيق معامل ألفا كرونباخ وقدرت قيمته بـ 0,88 وبتطبيق قانون جثمان iuttman وقدرت قيمة ر ب 0,83، وفي الطريقتين القيمة تعكس درجة ثبات عالية تتمتع بها فقرات المقياس (هدار، 2017، ص 78).

• خلاصة الفصل:

استعرض هذا الفصل الخطوات المنهجية التي شكلت الأساس في بناء الدراسة الميدانية، حيث تم تحديد المنهج المعتمد وتوضيح أبعاده بما يخدم أهداف البحث. وقد خُصص جزء مهم من هذا الفصل لتقديم وصف دقيق لعينة الدراسة، والمتمثلة في نساء يعانين من اضطرابات في الغدة الدرقية، نظرًا لما لهن من خصوصية في التجاوب النفسي والجسدي مع هذا النوع من الأمراض المزمنة. كما تم اختيار مقياس العوامل الخمسة للشخصية كأداة رئيسية للدراسة، لما يوفره من إمكانية لاستكشاف الأبعاد النفسية المرتبطة بموضوع البحث، وذلك بطريقة تسمح باستخلاص معطيات دقيقة تعكس الواقع النفسي لهذه الفئة. وقد تم توظيف هذا المقياس بما يتناسب مع طبيعة العينة وخصوصية الموضوع قيد الدراسة.

ويمهد هذا الفصل للانتقال إلى المرحلة التالية من البحث، التي سيتم فيها عرض النتائج المستخلصة من خلال التفاعل الميداني مع المريضات، مع تقديم قراءة تحليلية ومعنوية لتلك النتائج، بهدف الإحاطة الشاملة بجوانب الظاهرة النفسية المدروسة، والاقتراب من الإجابة عن تساؤلات الدراسة المطروحة.

الفصل الخامس: عرض وتفسير ومناقشة النتائج

الفصل الخامس: عرض وتفسير ومناقشة النتائج

تمهيد

1. تقديم الحالة الأولى
 - 1.1. عرض سير المقابلات
 - 1.2. ملخص المقابلة للحالة (ع)
 - 1.3. تحليل مضمون الملاحظة للحالة
 - 1.4. تحليل مضمون المقابلة للحالة
 - 1.5. عرض وتفسير نتائج المقياس
2. تقديم الحالة الثانية
 - 1.2. عرض سير المقابلات
 - 2.2. ملخص المقابلة للحالة (د)
 - 3.2. تحليل مضمون الملاحظة للحالة
 - 4.2. تحليل مضمون المقابلة للحالة
 - 5.2. عرض وتفسير نتائج المقياس
3. تقديم الحالة الثالثة
 - 1.3. عرض سير المقابلات
 - 2.3. ملخص المقابلة للحالة (و)
 - 3.3. تحليل مضمون الملاحظة للحالة
 - 4.3. تحليل مضمون المقابلة للحالة
 - 5.3. عرض وتفسير نتائج المقياس
4. الاستنتاج العام للحالات
5. مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات
6. مناقشة النتائج في ضوء الدراسة السابقة

خلاصة الفصل

تمهيد:

بعد التطرق لأهم الإجراءات المنهجية لإتمام الدراسة المتمحورة حول البروفيل النفسي لدى مرضى الغدة الدرقية، نتطرق في هذا الفصل الى نتائج الدراسة الميدانية مم خلال عرض ما تم التوصل اليه في دراسة لثلاث حالات تعاني من اضطرابات في الغدة الدرقية، وذلك من خلال تقديم ملخص المقابلة لكل حالة، ثم تحليل المقابلة، وبعد ذلك تحليل نتائج الملاحظة ومقياس العوامل الخمسة الكبرى لكوستا و ماكري، مروراً الى تحليل شامل للنتائج، انتهاءً بمناقشتها على ضوء الفرضيات والدراسات السابقة.

1. تقديم الحالة الأولى:

الاسم: ع

العمر: 45 سنة

الجنس: أنثى

المهنة: مأكثة في البيت

المستوى الدراسي: السنة الرابعة متوسط

المستوى الاقتصادي: ضعيف

الحالة المدنية: متزوجة

عدد أفراد العائلة: 4 أفراد

مهنة الزوج: بدون عمل

عدد الأبناء: اثنان (ولد وبنت)

تاريخ اكتشاف المرض: سنة 2019

التشخيص الطبي: فرط نشاط الغدة الدرقية

العلاج: دواء "كاربيمازول"، دون الخضوع لعملية جراحية رغم توصية الطبيب بذلك.

1.1. عرض سير المقابلات:

الجدول رقم (07): يوضح سير المقابلات:

المقابلات	تاريخها	مدتها	الهدف
المقابلة 01	06-04-2025	40 دقيقة	ملاحظة الحالة وجمع البيانات الأولية، بهدف كسب ثقة الحالة وتوفير مناخ من الأمان والراحة النفسية. مع تطبيق دليل المقابلة
المقابلة 02	07-04-2025	45 دقيقة	تطبيق مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية (كوستا وماكري) على الحالة، مع شرح طريقة الإجابة ومساعدتها على التركيز
المقابلة 03	08-04-2025	35 دقيقة	استكمال تطبيق مقياس العوامل الخمسة الكبرى وتحقيق أقصى قدر من الدقة في النتائج.

2.1. ملخص المقابلة للحالة (ع):

السيدة "ع"، تبلغ من العمر 45 سنة، متزوجة وأم لثلاثة أبناء، تعيش في وسط اجتماعي واقتصادي هش، حيث يعاني زوجها من البطالة، وهي مأكثة في البيت دون مصدر دخل خاص. مستواها الدراسي لا يتجاوز السنة الرابعة متوسط، وتواجه ظروفًا معيشية قاسية لا تلبي الحد الأدنى من احتياجات أسرتها اليومية.

في سنة 2019، بدأت تشعر بتغيرات جسدية ونفسية أربكتها، تمثلت في فقدان سريع للوزن، رعشة مستمرة في الأطراف، تعرق مفرط، ونوبات قلق متكررة. هذه الأعراض أثارت شكوكها بشأن إصابتها بمرض خطير. وبعد سلسلة من الفحوصات الطبية، تم تشخيص حالتها بفرط نشاط الغدة الدرقية، ومنذ ذلك الحين وُضعت تحت المتابعة الطبية وبدأت في تناول دواء "كاربيمازول"، مع تأجيل للعملية الجراحية لأسباب مادية.

لم تقف معاناتها عند حدود المرض، بل زادت الأزمات العائلية أُلماً، خاصة بعد تورط ابنها المراهق في قضايا عنف وسرقة أدت إلى دخوله مركز إعادة تربية بولاية قالمة، إثر حادثة طعن لصديقه بسلاح أبيض، ثم سجنه لاحقاً بسبب تورطه في سرقة منزل. هذا المسار الصادم لابنها كان بمثابة ضربة قاسية لها كأم، إذ عبّرت عن خوف دائم، وقلق مزمن، وشعور عميق بالذنب كلما سمعت صوت سيارات الشرطة أو أخباراً عن الشجارات، حيث كانت تظن أن ابنها من بين الضحايا أو المتهمين. هذه الصدمة زادت من هشاشتها النفسية وفاقمت الأعراض المرضية التي تعاني منها.

من خلال حديثها، بدا واضحاً أن حالتها النفسية لا تنفصل عن ظروفها الاجتماعية والعائلية، بل تتداخل معها بشكل معقد. الفقر، العجز، الشعور بالخذلان، وسجن ابنها كلها عوامل عمّقت إحساسها بالضعف، لكنها شددت في حديثها على أن المرض نفسه أثر عليها نفسياً بشكل عميق. فقد قالت بصدق: "إذا خطاني الدواء، نمرض ونعاني معاناة واحد ما يعرفها لاني جربت من قبل وماقدرتش" وهذا يدل على تعلقها الشديد بالدواء، الذي أصبح بالنسبة لها الحاجز الوحيد الذي يمنع انهيارها الكامل. هذا التعلق يكشف عن حالة فقدان للأمان، واعتماد نفسي كبير على العلاج كوسيلة للبقاء.

تصف السيدة "ع" نفسها اليوم بأنها سريعة الغضب، دائمة القلق، تعاني من الحزن والاكتئاب، تميل إلى الانعزال وتهرب من اللقاءات الاجتماعية التي كانت في السابق تُمثل مصدراً للتواصل والدعم. لم تعد تهتم بمظهرها أو بترتيب منزلها، توقفت عن التخطيط لأي شيء، ولم تعد تشعر بأي رغبة في القيام بأنشطة. كل ما تريده هو أن تبقى في البيت، في عزلة تامة، بعيداً عن الناس والحياة. هذه السلوكيات تعكس تدهوراً نفسياً واضحاً، وتجسد فقداناً تدريجياً لمعنى الحياة، وكأنها تعيش فقط لأنها مجبرة على ذلك، لا لأنها ترغب في الاستمرار.

3.1. تحليل مضمون الملاحظة للحالة (ع):

من خلال الملاحظة المباشرة أثناء المقابلات الإكلينيكية، لوحظ أن الحالة (ع) تعاني من مجموعة من الأعراض الجسدية والانفعالية التي تعكس حالة من التدهور النفسي والجسدي. فمن الناحية الجسدية، لوحظ عليها شحوب في الوجه، مع اصفرار خفيف في البشرة، وضعف عام في البنية الجسمية، يرافقه رعشة خفيفة في اليدين، وارتفاع محسوس في حرارة الجسم، خاصة تعرق اليدين، حيث كانت في كل مرة تمسح العرق بالمناديل الورقية. وهي أعراض تتماشى مع فرط نشاط الغدة الدرقية.

أما من الناحية النفسية، فقد كانت الحالة سريعة الانفعال، كثيرة البكاء، وتغلب على ملامحها مشاعر الحزن والقلق والتوتر، خاصة عند الحديث عن وضعها العائلي وابنها الموجود في السجن. كانت نبرة صوتها خافتة، تكاد تختنق بالبكاء، وهذا يعكس عبئاً نفسياً ثقیلاً تحمله بصمت.

أما سلوكها العام فتميّز بكثرة الحركة والتأفف، حيث بدت قلقة وغير مستقرة في جلستها، كثيراً ما كانت تحرك يديها أو تمسك بأطراف ثوبها، وتظهر عليها علامات الارتباك والتوتر، خصوصاً في اللقاء الأول، حيث لوحظ وجود نوع من

الخجل والتردد، مع محاولة تفادي التواصل البصري المباشر. كما كانت تستجيب عاطفياً بشكل تلقائي عند تذكر الأحداث المؤلمة، لا سيما ما يتعلق بابنها. ورغم كل هذه المؤشرات، فقد حافظت على مظهرها الخارجي، حيث بدت نظيفة ومرتبعة، مما يدل على سعي داخلي للتماسك أمام ما تعيشه من ضغوط قاسية

4.1. تحليل مضمون المقابلة (ع):

من خلال إجراء المقابلة نصف الموجهة مع السيدة (ع)، لاحظنا أن إجاباتها كانت واضحة وواضحة، وقد طغى عليها نوع من الجدية والواقعية في الحديث. ورغم بعض التوتر والارتباك في بداية المقابلة الأولى، خاصة بسبب خجلها وترددتها، إلا أنها سرعان ما بدأت تتجاوب بشكل طبيعي، وظهر عليها نوع من الارتياح التدريجي في العلاقة، ومع تقدم الحديث بدأت تتفاعل بشكل أكثر انفتاحاً مما سهل علينا التواصل معها وأتاح لها فرصة التعبير عن مشاعرها وتجاربها الشخصية بحرية تحدثت الحالة (ع) عن ظروف حياتها منذ الطفولة، حيث صرّحت أنها لم تعرف والدها أبداً، وقالت: "أنا ريتني وحدة مرا، ما نعرفش والدي أصلاً". وقد انعكس هذا الحرمان المبكر على شعورها الدائم بالوحدة والعزلة العاطفية، تزوجت في سن مبكر من رجل فقير وعاشت معه حياة بسيطة مليئة بالصعوبات أنجبت منه طفلين: ولد يبلغ من العمر 18 سنة وبنت تبلغ 14 سنة. وصفت حالتها وعبرت عن معاناتها اليومية بقولها: "أنا تعبت في حياتي، عشت فقر وجوع، حياتي ما كانتش ساهلة". لكن معاناتها زادت بعد انحراف ابنها وارتكابه لعدة جرائم، منها الاعتداء بسلاح أبيض على صديقه وسرقة، ما أدى إلى إدخاله مركز إعادة تربية ثم السجن. صرحت الحالة بقولها: "كنت كي نسمع صوت لومبيلونص ولا ليجوندانم، نقول راه جاو لولدي"، وهذا التصريح يعكس حجم الخوف الذي تعيشه يومياً بسبب تصرفات ابنها، مما جعلها تعيش في توتر دائم وانعدام الأمان.

وأكثر ما زاد من معاناتها النفسية هو مرضها ففي سنة 2019، اكتشفت إصابتها بفرط نشاط الغدة الدرقية، ووصفت ذلك بقولها: "من نهار مرضت، حسيت روعي راحت، صحتي تهدت، وليت نكره كلش" وقد أكدت أن المرض لم يؤثر فقط على صحتها الجسدية بل زاد من حالتها النفسية سوءاً حيث صرحت أنها فقدت الرغبة في الحياة بقولها "فقدت الشغف في كلش ما نحب لا نخرج لا نحكي نحب نكون غير وحدي" كما أضافت: "ما بقيتش نقدر نتحرك ونخدم الدار نخدم بسيف وبنتي ولات تقرا وحدها كنت واقفة عليها وضرك صايي كرهت". صرّحت أيضاً أنها تشعر بالخجل من نفسها ولا تحب الظهور في المناسبات الاجتماعية بل أصبحت تعيش في عزلة لوحدها في منزلها مع زوجها وابنتها فقط.

أما في ما يخص العلاج فوضحت أن الدواء أصبح ضرورياً في حياتها ولا تستطيع الاستغناء عنه وأكدت ذلك بقولها: "منقدرش نعيش بلادواء، جربت منشربوش، قريب موت، قريب هبلت" مما يدل على اعتمادها النفسي الشديد عليه وأضافت أنها لم تستطع إجراء العملية الجراحية التي نصح بها الأطباء بسبب حالتها المادية وهي اليوم تنتظر التكفل بها في المستشفى العمومي قالت: "العملية ما درتهاش، ما عنديش الدراهم، ونستني في السبيطار يديروها لي بلاش".

من خلال كل هذه التصريحات، يتضح أن السيدة (ع) تعيش وضعا نفسياً هشاً ومعقداً، تتداخل فيه العوامل الاجتماعية، الصحية والعاطفية. فمعاناتها النفسية اتضحت أكثر مع المرض الذي أثر فيها وفي نفسياتها، فمرض فرط نشاط الغدة الدرقية لم تكن مجرد مشكلة جسدية، بل كانت عنصراً آخر زاد الطين بلة، وساهم في تأزم وضعها النفسي وشكل لها حالة إحباط وتعب نفسي بشكل كبير في ظل غياب الدعم الأسري والمالي وشعورها المستمر بالعجز والتعب.

5.1. عرض وتفسير نتائج المقياس:

أظهرت نتائج تطبيق مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية عن مجموعة من المؤشرات النفسية للحالة التي تعكس خصائص الشخصية في سياق الإصابة بفرط نشاط الغدة الدرقية. وقد جاءت النتائج كما يلي:

جدول رقم (08): يوضح درجات الحالة (ع) على مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية

الابعاد	العصابية	الانبساطية	الانفتاح على الخبرة	المقبولية	يقظة الضمير
الدرجة الكلية	50	19	33	29	32

أول ما يلفت الانتباه هو الارتفاع الكبير في بُعد العصابية، حيث سجلت الحالة درجة مرتفعة جدًا وهي درجة (50)، مما يشير إلى وجود حالة من التوتر الانفعالي المستمر. هذا البعد يعكس قابلية عالية للشعور بالقلق، والانزعاج، والتهيج، والغضب وسرعة الاستشارة والاكتئاب وهي أعراض نفسية شائعة لدى المصابين بفرط نشاط الغدة الدرقية، بسبب تأثير الزيادة المفرطة لهرمونات الغدة على الجهاز العصبي. كما يبدو أن الحالة تعاني من خجل وتردد اجتماعي. ومن جهة أخرى سجلت الحالة درجة متوسطة في بُعد الانفتاح على الخبرة (33)، مما يدل على قدرة نسبية على التأقلم وتقبل الجديد، لكنها قد تكون محدودة تحت تأثير القلق والتعب الذهني. فالحالة لا تمنع تمامًا في خوض تجارب جديدة، لكنها تميل إلى التردد وعدم الاستقرار في المواقف التي تتطلب مرونة فكرية.

أما بُعد يقظة الضمير فقد جاء بدرجة (32) مما يشير إلى وجود مستوى معين من الشعور بالمسؤولية لكنه غير منظم تظهر لدى الحالة صعوبات في التركيز وميل للتشتت، وصعوبة في إدارة الوقت والمهام اليومية، وهي مؤشرات غالبًا ما تكون مرتبطة بالأرق وتسارع الأفكار الناتج عن فرط نشاط الغدة.

كما تحصلت الحالة على درجة في بُعد المقبولية (29)، مما يعكس بعض التوتر في العلاقات الاجتماعية. فقد تكون الحالة تميل إلى الحذر في تعاملها مع الآخرين وقد يظهر ذلك في شكل صعوبة في الثقة أو حساسية زائدة اتجاه المواقف الاجتماعية. من المحتمل أن يكون ذلك نتيجة للشعور بالإرهاق المستمر وعدم التفهم من المحيط الاجتماعي.

وأخيرًا جاء بُعد الانبساطية متحصلة فيه على درجة (19)، ما يدل على ميل واضح إلى الانسحاب الاجتماعي والانطواء. فالحالة لا تُبدي رغبة واضحة في التفاعل مع الآخرين، وقد تتجنب التجمعات أو المواقف الاجتماعية نتيجة شعورها بالقلق أو بعدم الراحة. وهذا الانسحاب قد يكون نتيجة لشعور بالخجل أو الاحراج فلا تظهر أمام الآخرين دائمًا. خلاصة القول، تُظهر هذه النتائج أن الحالة تعاني من قلق، الانطواء، ضعف التركيز، وصعوبة في إقامة علاقات مستقرة، وهي سمات تنسجم مع التأثيرات النفسية والفيزيولوجية المصاحبة لفرط نشاط الغدة الدرقية.

2. تقديم الحالة الثانية:

الاسم: (م، د)

الجنس: أنثى

العمر: 40 سنة

المستوى الدراسي: جامعي ماستر 2 تاريخ

المستوى الاقتصادي: جيد

الحالة المدنية: عزباء

عدد افراد العائلة: 8 أولاد

الرتبة: رقم 4.

المهنة: موظفة في الإدارة

تاريخ المرض: منذ 22 أكتوبر 2022

السوابق المرضية: ليس لديها أي مرض ماعدا الغدة الدرقية

السوابق الوراثية: توجد (والدة أم الحالة واخوتين للحالة (م، د) مصابين بالغدة الدرقية.

نوع العلاج: كاربيمازول (Carbimazole)

1.2. عرض سير المقابلات:

الجدول رقم (09): يوضح سير المقابلات:

المقابلات	تاريخها	مدتها	الهدف
المقابلة 01	06-04-2024	45 دقيقة	تم تخصيص هذه الجلسة للتعرف الاولي على الحالة، وجمع البيانات الاولية مع التركيز ومحاولة كسب ثقتها. مع تطبيق دليل المقابلة.
المقابلة 02	13-04-2025	30 دقيقة	تم البدء بتطبيق مقياس العوامل الخمس الكبرى للشخصية (لكوستا وماكري) مع توضيح بعض البنود التي بدت غامضة لضمان دقة الفهم دون التأثير على استجاباتها.
المقابلة 03	20-04-2025	25 دقيقة	خصصت الجلسة لاستكمال تطبيق باقي بنود المقياس.

2.2. ملخص المقابلة (م، د):

تمت المقابلة في مستشفى الحكيم عقبي، تحديداً على مستوى مصلحة الغدد، وذلك في ظروف مناسبة توفرت فيها الراحة والخصوصية اللازمة لإجراء المقابلة. أبدت المفحوصة (م، د)، تعاوناً جيداً أثناء المقابلة، حيث كانت متجاوبة في الإجابة على الأسئلة واسترسلت في الحديث بطريقة مريحة بشكل يسمح بجمع معطيات حول حالتها. تبلغ المفحوصة من العمر 38 سنة، وهي عزباء وعاملة بوظيفة إدارية، كما أنها حاصلة على شهادة ماستر 2 في تخصص التاريخ. تعاني من

اضطرابات مرتبطة بالغدة الدرقية التي هي مرض وراثي في عائلتها، ما استدعى توجيهها إلى المصلحة المختصة قصد المتابعة الطبية.

3.2 تحليل مضمون الملاحظة (م، د):

من خلال المقابلة التي أُجريت مع الحالة (م، د)، لوحظ اهتمامها بمظهرها الخارجي، إذ كان لباسها نظيفاً ومرتباً مع تناسق في الألوان، بدت بنية جسمها نحيلة، وقد ظهرت عليها علامات التعب والإرهاق والشحوب من خلال ملامح الوجه مع وجود هالات سوداء تحت العينين. كما لوحظ رجفان خفيف في اليدين، إلى جانب حركات متكررة في القدم اليسرى. وبذلك تجدر الإشارة إلى أن الحالة أبدت ارتياحاً تدريجياً أثناء المقابلة، وبدأت في التفاعل والإجابة بسلاسة، ما ساهم في خلق جو من الثقة.

4.2 تحليل مضمون المقابلة للحالة (م، د):

من خلال المقابلة مع الحالة (م، د)، التي تعمل كموظفة إدارية اتضح بأن مرض الغدة الدرقية كان مرض وراثي، إذ كل من جدتها ووالدتها واشقاؤها الاثنتين يعانين من نفس المرض الا انهما يختلفون في النوع حيث كانت المفحوصة تعاني من فرط نشاط الغدة الدرقية أما بالنسبة لبقية افراد عائلتها كانت لديهم خمول الغدة الدرقية، تعيش الحالة مع افراد عائلتها في قولها " حياتي عبارة عن نروح نخدم ونرجع لدار".

قبل علمها بمرضها كانت دائماً ما تجري فحوصات دورية ، خصوصاً أن اضطراب الغدة الدرقية في عائلتها يُعد وراثياً حيث أكدت "كانوا أخواتي ووالدتي طول يقولولي روجي ديرى فحص بلاك تكوني مرضت بالغدة" كما أوضحت المفحوصة عن وجود دافع نفسي قوي وراء حرصها على الفحوصات المبكرة، تمثل في خوفها الكبير من تأثير اضطراب الغدة الدرقية على إمكانية الإنجاب مستقبلاً، خاصة وأنها لم تكن متزوجة بعد، إلا أن فكرة عدم الإنجاب كانت تُقلقها كثيراً وهي ما يُشغل بالها طوال الوقت ، وكانت تنتظر لحظة تأكيد الإصابة حتى تبدأ العلاج مبكراً.

خلال احدى الفحوصات الدورية تم إكتشاف اصابتها بفرط نشاط الغدة الدرقية، وباشرت بعدها عند مختص الغدد لاتباع العلاج وذلك في عام 2022، حيث قد تحدثت المفحوصة هنا انها عند اجرائها التحليل الأول قد تبين وجود التهاب خفيف لكنه سريعاً ما تلاشى بعد تناول الدواء أظهرت نتائج التحاليل عند الإصابة الأولى أن مستوى هرمون TSH بلغ 0.02، وهو ما يدل على وجود فرط نشاط في الغدة الدرقية. كانت المفحوصة تتناول في الأشهر الأولى ثلاث أقراص يومياً من العلاج من نوع "كاربيمازول"، ثم خُفضت الجرعة تدريجياً إلى قرصين، إلى أن أصبحت حالياً تتناول نصف قرص فقط. ومؤخراً، أظهرت التحاليل أن مستوى TSH ارتفع ليصل إلى 3، مما يشير إلى تحسن ملحوظ في وظائف الغدة واقتربها من المعدل الطبيعي.

أثناء تشخيصها بالمرض عانت المفحوصة بمجموعة من الأعراض الجسدية والنفسية والتي أثرت على توازنها العام. من الجانب الجسدي لاحظت فرقاً كبيراً في حالتها الصحية بين ما قبل الإصابة وما بعدها إذ لاحظت تساقط واضحاً في شعرها الى جانب التعب والخمول في معظم الأوقات وحتى وهي لم تبذل الكثير من المجهود، مع صعوبة في التركيز "في قولها مرات في الخدمة كي منقدرش نركز ونتعب لدرجة نحس بجسمي ثقيل نخرج نروح قبل الوقت الرسمي " كما ذكرت المفحوصة انها دائماً ما كانت تشعر ببرودة في أطرافها السفلية مع مواجهة صعوبة في النوم بسبب الأرق الليلي ، مما زاد من شعورها المستمر بالإرهاق و التعب خلال النهار كان يؤثر على قدرتها على إنجاز مهامها اليومية .

بينما كانت تعاني من آثار جسدية كانت تواجه أيضا تأثيرات نفسية مماثلة ، فقد صرحت بوجود شعور دائم بالضغط دون وجود مبررات واضحة مع صعوبة أحيانا في السيطرة على التوتر، ووجود حساسية زائدة تظهر في شكل تقلبات مزاجية تضمنت نوبات متكررة من الحزن الشديد والقلق المستمر، مما أثر على حالتها النفسية بشكل ملحوظ، وهو أمر شائع عند مرضى فرط نشاط الغدة الدرقية نتيجة لتأثير الهرمونات ، في قولها " وليت ننفع مع كل شخص يحكي معايا حتى اذا كان الموضوع ميحتاجش " ما أكدت هذه الأعراض نسبة الدرجة المتحصلة عليها في المقياس ومثال ذلك اجابتها على البند (21) كانت (بموافق جداً) إذ أنها تشعر بالنفزة والتوتر في أغلب النقاشات العادية التي لا تستدعي ردة فعل.

بالإضافة الى ذلك أظهرت المفحوصة ميلاً إلى الإنعزال حيث لا تبادر عادة إلى تكوين علاقات جديدة أو الانخراط في مواقف اجتماعية غير مألوفة فهي تقضي معظم وقتها إما في العمل أو داخل المنزل وتفضل البقاء ضمن دائرة محدودة من الأشخاص الذين تشعر معهم بالارتياح ، فهي لا تفضل التفاعل الاجتماعي بكل انواعه ماعدا إذا توفرت بيئة مريحة وأمنة كما وصفت نفسها.

ويظهر سلوك المفحوصة وحرصها على إجراء الفحوصات الدورية ومتابعة حالتها الصحية مؤشراً على قدر من يقظة الضمير، كما أن تعاملها الإيجابي مع من حولها يعكس ميلاً نحو المقبولية، مما ينسجم مع بعض سمات شخصيتها الظاهرة خلال المقابلة.

انطلاقاً من التحليل المقدم أن المفحوصة تواجه تحديات نفسية وجسدية مرتبطة بمرض فرط نشاط الغدة الدرقية، مما يؤثر على توازنها النفسي والاجتماعي. وليكون التحليل أدق وأكثر شمولية، نذكر نتائج مقياس العوامل الخمس الكبرى للشخصية لكوستا وماكري التي ساعدت في توضيح سمات شخصيتها وتأثيرها على تعاملها مع مرضها.

5.2. عرض وتحليل نتائج المقياس:

من خلال تطبيق المقياس على الحالة وما تبين عن درجات المفحوصة على مقياس العوامل الخمس الكبرى للشخصية أن السمات؛ العصبية، الانبساطية، الانفتاح على الخبرة، المقبولية، يقظة الضمير، موجودة لدى الحالة بنسب مختلفة والتي كانت كالآتي:

الجدول رقم(10): يوضح درجات الحالة (م. د) على مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية

الابعاد	العصبية	الانبساطية	الانفتاح على الخبرة	المقبولية	يقظة الضمير
الدرجة الكلية	50	24	27	33	32

جاءت نسبة درجة بُعد العصبية مرتفعة وذلك ب (50 درجة) ما يدل على مستوى عالٍ من القلق، والتوتر، وسرعة الإنفعال والاستثارة في مقابل ذلك سجلت درجة منخفضة في الانبساطية التي كانت تحصلت على (24 درجة) ما يؤكد ميلها الى الانطواء وتفضيلها للعزلة وقد يُعزى هذا الى شعورها بالهشاشة أو ضعف الطاقة نتيجةً للأعراض الجسدية والنفسية للمرض. أما في بُعد الانفتاح على الخبرة فقد تحصلت على درجة منخفضة (27) مما يعكس أو التمسك بالمألوف

والذي قد يكون ناتجاً عن رغبتها في الحفاظ على استقرارها النفسي وتجنب التغييرات التي قد تزيد من قلقها وتهدد احساسها بالأمان.

وفيما يتعلق بالمقبولية كانت نسبتها (33) متوسطة وتوحي بأن المفحوصة حذرة في علاقاتها ولا تبادر بسهولة الى الثقة.

أما بالنسبة لنتيجة يقظة الضمير فكانت (32) مما يُظهر سلوك المفحوصة وحرصها على إجراء الفحوصات الدورية ومتابعة حالتها الصحية مؤشراً واضحاً على مستوى مرتفع من يقظة الضمير، مع وجود مستوى معدل من التنظيم مع البعض من التردد وضعف الحافز خصوصاً في ضوء شعورها بالتعب أو القلق المصاحب لفراط نشاط الغدة. بناءً على ما سبق يُظهر البروفايل النفسي للمفحوصة تداخلاً واضحاً بين الأعراض النفسية المصاحبة لفراط نشاط الغدة الدرقية، حيث يبدو أن هذه الأعراض قد أثرت على استقرارها النفسي، وجعلتها أكثر عرضة للقلق، وأقل انفتاحاً على التغيير، وأقل اندماجاً اجتماعياً. ومع ذلك، تحتفظ المفحوصة بقدر معتدل من المقبولية ويقظة الضمير رغم التحديات النفسية التي تواجهها.

3. تقديم الحالة الثالثة :

الاسم: و

العمر: 50 سنة

الجنس: أنثى

المهنة: ماعثة في البيت

المستوى الدراسي: السنة الثالثة ثانوي

المستوى الاقتصادي: متوسط

الحالة المدنية: متزوجة

عدد أفراد العائلة: 6 أفراد

مهنة الزوج: حارس

عدد الأبناء: 4 أبناء (3 بنات، طفل)

تاريخ اكتشاف المرض: سنة 2012

السوابق المرضية للحالة: ضغط الدم، القلب.

التشخيص الطبي: قصور نشاط الغدة الدرقية

نوع العلاج: دواء "يوتيروكس" (Euthyrox) مع الخضوع لعملية جراحية بعد عام من الإصابة بالمرض في مارس 2013.

1.3. عرض سير المقابلات:

الجدول رقم (11): يوضح سير المقابلات:

المقابلات	تاريخها	مدتها	الهدف
المقابلة 01	06-04-2025	دقيقة 45	التعرف على الحالة وجمع المعلومات عنها ومحاولة كسب ثقته، مع تطبيق دليل المقابلة.
المقابلة 02	13-04-2025	35 دقيقة	اعطاء فكرة عن مقياس العوامل الخمس الكبرى للشخصية لكوستا وماكري وكيفية اجرائه
المقابلة 03	20-04-2025	30 دقيقة	تكملة تطبيق باقي بنود مقياس العوامل الخمس الكبرى للشخصية لكوستا وماكري.

2.3. ملخص المقابلة للحالة "و":

الحالة "و" هي امرأة في الخمسين من عمرها، متزوجة وأم لأربعة أطفال (ثلاث بنات وطفل). تعيش في وضع اقتصادي متوسط، حيث يعمل زوجها كحارس. مستواها الدراسي هو السنة الثالثة ثانوي، وهي ماعثة في البيت. رغم الاستقرار النسبي في وضعها المالي، إلا أن هناك تحديات كبيرة تؤثر على حياتها اليومية، أبرزها القلق النفسي المزمن والشعور بالضغط الدائم بسبب مسؤولياتها كأم وزوجة.

في سنة 2012، تم تشخيص الحالة "و" بمشكلة صحية تتعلق بالغدة الدرقية (قصور نشاط الغدة الدرقية)، حيث بدأت في تناول دواء "يوتيروكس"، ثم خضعت لعملية جراحية في مارس 2013 بعد عام من التشخيص. ورغم تحسن حالتها الجسدية إلى حد ما، إلا أن الأعراض النفسية استمرت في التأثير على حياتها اليومية، مثل الشعور المستمر بالدوخة، تسارع ضربات القلب، والقلق المفرط المستمر على صحة وسلامة أبنائها مما زاد من توترها النفسي بشكل ملحوظ. هذه الأعراض الجسدية والنفسية ترافقها مشاعر من الضعف الداخلي والإرهاق النفسي.

الحالة "و" تعاني من قلق مفرط، حيث تركز بشكل مستمر على مراقبة أبنائها في جميع جوانب حياتهم، مما يسبب لها ضغطا داخليا كبيرا. كما أنها تعيش حالة من العزلة الاجتماعية، حيث لا تشعر برغبة في الانخراط في الأنشطة الاجتماعية التي كانت تُمثل لها في السابق مصدرا للدعم والتواصل الاجتماعي. وقد أظهرت خلال المقابلة علامات من الاكتئاب والحزن، بالإضافة إلى تراجع في اهتمامها بمظهرها الشخصي وترتيب منزلها كما في السابق.

الحالة "و" أصبحت معتمدة بشكل كبير على علاجها الدوائي، حيث عبّرت عن قلقها الشديد من أن تتوقف عن تناولها، وهو ما يظهر تعلقا نفسيا شديدا به. هذه التغيرات النفسية والسلوكية تشير إلى أن الحالة تعيش حالة من الضغوط الداخلية التي تؤثر على حياتها اليومية، مما يستدعي تدخلا نفسيا لتقديم الدعم اللازم وتعزيز قدرتها على التكيف مع الظروف الصعبة التي تمر بها.

3.3. تحليل مضمون الملاحظة للحالة "و":

من خلال الملاحظة المباشرة أثناء المقابلة الإكلينيكية مع السيدة "و"، البالغة من العمر 50 سنة، وهي ربة بيت متزوجة وأم لأربعة أطفال، تبين أنها تعيش حالة من القلق النفسي المزمن المرتبط بوضعها الأسري، خاصة ما يتعلق بأبنائها. الحالة "و" مستواها الدراسي الثالثة ثانوي، وزوجها يعمل كحارس، ووضعهم الاقتصادي يُوصف بالمتوسط، ما يشير إلى نوع من الاستقرار النسبي، لكنه لا يخلو من ضغوط الحياة اليومية، لا سيما تلك المتعلقة بمسؤوليات الأسرة وتربية الأبناء.

على المستوى الجسدي، لاحظت على الحالة شحوب في الوجه وتعرق مستمر في اليدين، إضافة إلى تملل خفيف أثناء الجلوس وتحريك اليدين بطريقة لا إرادية، وهي مؤشرات جسدية تعكس توترا داخليا واضحا. كما صرّحت الحالة "و" بأنها تعاني من تسارع في ضربات القلب، شعور متكرر بالدوخة، والخلة – وهو تعبير يقصد به نوبات من الفزع أو الانزعاج المفاجئ – وهي كلها أعراض ذات منشأ نفسي، غالبا ما ترتبط باضطراب القلق أو التوتر المزمن، الذي ينعكس بشكل مباشر على حالتها الجسدية.

من الناحية النفسية والانفعالية، بدت "و" متجاربة بشكل كبير أثناء الجلسة، حيث عبّرت عن أفكارها ومشاعرها بطريقة تلقائية وصادقة. رغم أنها تعاني من قلق داخلي واضح، إلا أنها حرصت على الظهور بمظهر المتفائلة، وكانت تبتسم طيلة فترة المقابلة، ما قد يُفهم كآلية دفاع نفسي تحاول من خلالها الحفاظ على توازنها. أكثر ما شد الانتباه في حديثها تركيزها الكبير على أولادها، حيث عبّرت عن خوفها الدائم عليهم من مختلف الجوانب (الصحية، الدراسية والاجتماعية)، وهو ما يعكس حالة من التعلق الشديد بهم، وشعور كبير بالمسؤولية قد يتجاوز الحد الطبيعي، ويشكل مصدرا رئيسيا للضغط النفسي لديها.

أما من الجانب السلوكي، فقد تميزت الحالة "و" بالهدوء واللفظ في التعامل، ولم تظهر عليها أي علامات عدوان أو مقاومة، بل كانت متعاونة ومنفتحة على الحوار. كما لاحظت عليها أنها في بعض اللحظات كانت تميل إلى الشرود أو التردد، خاصة عند الحديث عن مواضيع حساسة تتعلق بأسرتها، بالإضافة إلى أنها كانت كثيراً ما تحرك أطراف أصابعها وهو سلوك يعبر عن توتر داخلي تحاول السيطرة عليه. رغم ذلك بدت مرتاحة ومتجاوبة أثناء المقابلة، ما يشير إلى شعورها بالأمان والثقة في العلاقة المهنية التي تم بناؤها خلال الجلسة.

أما من حيث المظهر الخارجي، فقد ظهرت "و" بمظهر نظيف ومرتب، ما يدل على حرصها على الحفاظ على صورتها الاجتماعية، وسعيها لأن تبقى متماسكة رغم الضغوط والانفعالات الداخلية التي تعاني منها. هذا التوازن بين الداخل المتألم والخارج المتماسك يعكس نوعاً من القوة النفسية والقدرة على التكيف، وإن كانت محدودة وتحتاج إلى دعم.

4.3. تحليل مضمون المقابلة للحالة:

من خلال تحليل مضمون المقابلة الإكلينيكية مع الحالة "و"، البالغة من العمر 50 سنة، وهي ربة بيت متزوجة وأم لأربعة أطفال، يتضح أنها تعاني من اضطراب صحي مزمن يتمثل في قصور نشاط الغدة الدرقية، وهو مرض تم تشخيصه منذ سنة 2012، وخضعت على إثره لعملية جراحية في مارس 2013، إضافة إلى خضوعها لعلاج دوائي منتظم يتمثل في دواء "يوتيروكس" 150 ملغ.

منذ لحظة التشخيص، عيّرت الحالة عن شعورها بالخوف والقلق، وهي استجابة نفسية طبيعية في مواجهة الأمراض المزمنة التي تُهدد نمط الحياة المعتاد وتحدث تحولات عميقة في إدراك الفرد لذاته ولجسده. غير أن "و" أظهرت قدرة نسبية على التكيف، إذ استطاعت بمرور الوقت أن تتقبل حالتها الصحية، خاصة بعد تلقيها تفسيرات طبية مطمئنة عن طبيعة المرض وإمكانية التعايش معه.

تعيش "و" في وسط أسري يتكون من زوج وأربعة أبناء (ثلاث بنات وولد)، وتُعتبر علاقاتها الأسرية ركيزة أساسية في دعمها النفسي، حيث عبرت عن امتنانها الكبير لدور زوجها وأبنائها في مساعدتها على تجاوز صعوبات المرض، مما يشير إلى توفر شبكة دعم اجتماعي فعالة، تُخفف من حدة التوتر وتساهم في تقوية آليات التكيف النفسي. رغم أن مستواها الدراسي لا يتعدى السنة الثالثة ثانوي، إلا أن وعيها بحالتها الصحية ومتابعتها الدورية للعلاج يعكسان درجة من النضج والمسؤولية الذاتية.

أما على المستوى الاقتصادي، فإن الحالة تعيش في وضع متوسط، لا يخلو من ضغوطات الحياة اليومية، لكنه لا يُعد عاملاً مباشراً في تدهور حالتها النفسية، بل يشكل إطاراً محايداً نسبياً مقارنة بمصادر الضغط الرئيسية. أما على المستوى الجسدي، تعاني "و" من أعراض متنوعة مثل: الدوخة، التعرق، تشنج اليدين، وتسارع ضربات القلب، وهي مؤشرات غالباً ما ترتبط بالحالة النفسية القلقة التي تصاحب الأمراض المزمنة.

كما عبرت عن شعورها بنوبات من "الخلعة"، وهو مفهوم يُقصد به الانزعاج المفاجئ أو نوبات الهلع، مما يؤكد وجود جانب نفسي مهمين على إدراكها للأعراض الجسدية. ووفقاً لتحليل مضمون الملاحظة المباشرة، فقد ظهرت عليها مؤشرات واضحة للقلق الجسدي مثل تحريك اليدين بشكل لا إرادي، والشرود أثناء الحديث، إضافة إلى ميلها للتوتر الداخلي خاصة عند التطرق لمواضيع تمس الجوانب الحساسة من حياتها، كالمستقبل أو مسؤولية الأبناء. هذا التدخل

بين الجوانب النفسية والجسدية يؤكد الطبيعة السيكوسوماتية لحالتها، حيث تفرغ التوترات النفسية في شكل أعراض بدنية مستمرة.

أما من الجانب العاطفي، فتبدو الحالة متماسكة ظاهرياً، حيث عبرت عن نفسها بطريقة تلقائية وهادئة، وغلب على سلوكها الظاهري طابع التفاؤل والابتسامة، ما يمكن تفسيره كآلية دفاع نفسي من نوع "الكبت"، تسعى من خلالها للحفاظ على التوازن أمام أسرتها ومحيطها. لكنها في عمقها تعاني من قلق دائم، مرتبط بشكل مباشر بالخوف على مستقبل أبنائها، خاصة إذا تدهورت حالتها الصحية وأصبحت عاجزة عن أداء دورها كأم. هذا النوع من التفكير يعبر عن شعور مرتفع بالمسؤولية الأمومية، لكنه يتحول إلى مصدر ضغط نفسي مستمر، يؤثر على جودة حياتها، وعلى استقرارها الانفعالي والنفسي.

وعلى مستوى التفاعل الاجتماعي، لم تظهر الحالة رغبة في العزلة، بل بالعكس عبرت عن ميلها ورغبتها للتفاعل والتواصل، خصوصاً مع محيطها العائلي.

علاقتها بالآخرين تنسم باللطف، التقدير والاحترام، وهي تحرص على عدم إظهار الحزن، ما يعكس رغبة داخلية في الحفاظ على صورتها الاجتماعية المتماسكة.

إلا أن نتائج مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية أظهرت أنها تسجل درجات منخفضة في بُعد الانبساطية (21) والمقبولية (28)، مما يُشير إلى وجود حذر اجتماعي وانغلاق نسبي في علاقاتها خارج الأسرة، إضافة إلى تأثير قدرتها على التفاعل الحر بسبب التوتر والقلق الداخلي.

كما أن درجة العصابية المرتفعة (50) تؤكد أن الحالة تعاني من توتر نفسي عال، وانفعالات غير مستقرة، وحساسية مفرطة تجاه المواقف اليومية، مما يزيد من احتمالية تفاقم أعراض المرض الجسدي بفعل الضغوط النفسية المتراكمة.

وبالعودة إلى الجانب المستقبلي، فإن الحالة تنظر إلى مستقبلها بنظرة واقعية ممزوجة بالتفاؤل الحذر، حيث تربط بين استقرارها النفسي ونجاح أبنائها، وترى فيهم مصدر قوتها. لا تخشى على نفسها من المرض بقدر ما تخشى على عدم قدرتها على خدمتهم لاحقاً وهذا حسب قولها: "ما نخافش المرض قد ما نخاف أني نقعد فالفراش بسبة المرض ونبقى عاجزة على خدمة ولادي، وخايفة نموت ونكون ما اديتش واجي اتجاه اولادي". وهو ما يبرز أهمية أدوارها الاجتماعية في تشكيل هويتها وتقديرها لذاتها. كما تؤمن أن كل شيء بيد الله وهذا حسب قولها: "المرض والشفاء بيد ربي سبحانه"، وهي تستمد من إيمانها قوة داخلية تحصنها ضد الانهيار النفسي، وهذا يعد مؤشراً إيجابياً يعزز من مرونتها النفسية وقدرتها على التكيف. وبالرغم من أنها لا تطمح للعمل بسبب عامل السن، إلا أن رؤيتها الواقعية للأمور وسلوكها المتزن يجعلان منها شخصية قادرة على تجاوز الصعوبات متى توفر الدعم النفسي المناسب لقولها: "قبل كي كنت صغيرة كنت حابة نخدم بصح الظروف ما خلتنيش ولضرك ما زالت تحرق في قلبي كي ما خدمتش وما كملتش قرايتي حتى مرة نتفكر ولدي فالسكولة قال للمعلمة نجيب ماما تقرينا هيا تعرف تقري خير من أساتذة بزاف".

وفي ضوء ما سبق، يمكن القول أن الحالة "و" تجسد نموذجاً للمرأة التي تواجه المرض المزمن بتقبل، صبر وإيمان، لكن مع وجود معاناة داخلية تحتاج إلى تفريغ ودعم نفسي متخصص، يمكن أن يساهم في تحسين توازنها النفسي، ويمنحها شعوراً أكبر بالطمأنينة والقدرة على التعايش النفسي مع حالتها المرضية.

5.3. عرض وتفسير نتائج المقياس:

يعمل هذا المقياس على الكشف عن نمط الشخصية الغالبة لدى فئة معينة طبق مقياس كوستا وماكري على الحالة "و" في جو من الراحة داخل المؤسسة الاستشفائية، حيث قدمت فكرة مسبقة عن المقياس وكيفية الإجابة عنه من خلال قراءة كل بند على حدى والإجابة بعلامة (X) أمام كل فقرة تجدها مناسبة، مدة الاختبار للحالة لم تتجاوز 25 دقيقة، وكانت جدية جدا في إجابتها على كل بند، إضافة إلى طرحها لبعض الأسئلة الغامضة.

الجدول رقم (12): يوضح درجات الحالة "و" على مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لكوستا وماكري

الابعاد	العصابية	الانبساطية	الانفتاح على الخبرة	المقبولية	يقظة الضمير
الدرجة الكلية	50	21	34	28	31

أظهرت نتائج تطبيق مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية على الحالة "و" مجموعة من المؤشرات النفسية التي تعكس أبعاد شخصيتها في سياق حالتها النفسية المرتبطة بالغدة الدرقية. وقد جاءت النتائج كما يلي:

العصابية: 50

الانفتاح على الخبرة: 34

يقظة الضمير: 31

المقبولية: 28

الانبساطية: 21

أول ما يلفت الانتباه هو الارتفاع الكبير في بُعد العصابية، حيث سجلت الحالة أعلى درجة بين الأبعاد (50)، مما يدل على وجود مستوى مرتفع من التوتر الانفعالي والقلق الداخلي. هذه الدرجة تعكس قابلية مرتفعة للشعور بعدم الاستقرار النفسي والانزعاج والخوف الزائد، وهي سمات تنسجم تمامًا مع ما لاحظته خلال المقابلة، من قلق دائم وخوف مفرط على الأبناء وتوتر داخلي.

كما تشير إلى احتمال وجود حساسية مفرطة تجاه المواقف اليومية، وشعور دائم بالتهديد أو عدم الأمان، وهو ما قد يؤثر سلبا على قدرة الحالة على التكيف مع الضغوط.

في المقابل، أظهرت الحالة درجة متوسطة تميل إلى الانخفاض في بُعد يقظة الضمير فقد سجل درجة (31)، وهو ما يشير إلى تقبل نسبي للأفكار والتجارب الجديدة، لكن مع وجود نوع من التحفظ أو التردد. هذا يعكس طبيعة شخصية مستقرة نسبيا، تفضل الروتين والوضوح، لكنها لا تمنع تمامًا في استكشاف الجديد إذا توفرت ظروف الأمان والدعم الكافي. إلا أن هذا البعد قد يتأثر سلبا بمستوى العصابية المرتفع، حيث يضعف من مرونتها الفكرية وسرعة التكيف.

أما بعد الانفتاح على الخبرة (34)، وهي درجة متوسطة، ما يدل على وجود بعض الصعوبات في التنظيم الذاتي والانضباط، خاصة في ما يتعلق بإدارة المهام اليومية والتركيز. هذا يتوافق مع ما تصفه الحالة من تشتت ذهني، ضعف في التركيز، وإرهاق عام، وهي مؤشرات غالبًا ما تكون مرتبطة بالحالة النفسية القلقة، وتزيد حدتها عند الشعور المستمر بالضغط والخوف.

فيما يخص بعد المقبولية، فقد أظهرت الحالة درجة (28)، وهو ما يدل على وجود بعض التوتر في العلاقات الاجتماعية. ورغم أن الحالة "و" تتعامل بلطف وطيبة، إلا أنها قد تميل إلى الحذر أو المبالغة في الحساسية عند تفسير تصرفات الآخرين، ما قد يؤدي إلى انغلاق أو سوء فهم في التفاعل الاجتماعي. هذه الخصائص قد تعود إلى شعورها الدائم بالقلق وقلة الثقة في المحيط، نتيجة للإجهاد النفسي المستمر.

أخيرًا، سجلت الحالة درجة منخفضة في بُعد الانبساطية (21)، مما يشير إلى ميل للانطواء والانسحاب الاجتماعي. الحالة "و" لا تُظهر رغبة كبيرة في التفاعل الاجتماعي، وقد تفضل البقاء في محيطها العائلي الضيق. هذا السلوك قد يكون ناتجًا عن مشاعر الخجل، التردد، أو القلق من نظرة الآخرين، وهو ما ظهر أيضًا خلال الملاحظة من خلال تجنّبها للتواصل المباشر وتعبيرها العاطفي الحذر.

ومن هنا يمكن القول ان نتائج المقياس تعكس أن الحالة "و" تتميز بشخصية يغلب عليها التوتر والقلق، مع ميل للانطواء وصعوبات في التفاعل الاجتماعي، وضعف في تنظيم الذات.

هذه السمات تتماشى مع ما تم رصده من خلال المقابلة والملاحظة الإكلينيكية، وتبرز الحاجة إلى تدخل نفسي داعم يهدف إلى تعزيز مهارات التكيف، تقوية الثقة بالنفس، وتنمية الاستقرار الانفعالي والاجتماعي لدى الحالة.

4. الاستنتاج عام للحالات:

بناءً على تحليل نتائج مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية المطبق على الحالات، وتحت تساؤل الدراسة المتمثل في: "ما هو البروفيل النفسي لمرضى الغدة الدرقية؟"، توصلنا إلى أن السمة الأكثر بروزًا لدى أغلب الحالات هي العصابية، حيث سجلت درجات مرتفعة بشكل لافت، ما يدل على وجود حالة من التوتر النفسي والانفعالي، القلق المستمر، سرعة الاستثارة، والانزعاج، وهي أعراض تتوافق مع ما هو معروف عن التأثيرات النفسية المصاحبة لفرط نشاط الغدة الدرقية. كما أظهرت النتائج انخفاضًا واضحًا في بُعد الانبساطية، ما يعكس ميولًا إلى الانسحاب الاجتماعي والانطواء، وقد يعزى ذلك إلى الإرهاق الجسدي والذهني الناتج عن فرط وخمول الهرموني. وفيما يتعلق ببُعد الانفتاح على الخبرة، فقد سجلت الحالات درجات منخفضة، ما يدل على تفضيل الاستقرار والروتين، والابتعاد عن التجديد والتجارب الجديدة، كاستجابة دفاعية للقلق النفسي. أما بُعدًا المقبولية ويقظة الضمير فقد تراوحت درجاتهما بين المستوى المتوسط والمنخفض، حيث أظهرت الحالات نوعًا من الحذر في العلاقات الاجتماعية، وصعوبات في التركيز والتنظيم، وهي مؤشرات ترتبط مباشرة بتأثير المرض على الوظائف النفسية والمعرفية. وبذلك يتضح أن البروفيل النفسي العام لمرضى الغدة الدرقية يتميز بارتفاع العصابية، مقابل انخفاض الانبساطية والانفتاح على الخبرة، مع توازن نسبي في المقبولية ويقظة الضمير، وهو ما يعكس تأثيرًا نفسيًا.

5. مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات:

من خلال المعالجة الاكلينيكية لنتائج المقابلات وتحليل الملاحظات العيادية بالإضافة الى نتائج اختبار العوامل الخمس الكبرى للشخصية، فقد تبين أن الفرضية العامة التي مفادها أن البروفيل النفسي لمرضى الغدة الدرقية يتميز بسمات وخصائص نفسية وشخصية معينة، هي فرضية محققة، ويمكن تفسير ذلك كما يلي:

إن مرضى الغدة الدرقية يعانون من سمات قد تؤثر بشكل مباشر على حالتهم النفسية والجسدية، وهذا ما أكدته نتائج مقياس العوامل الخمس الكبرى للشخصية لكوستا وماكري، حيث أظهرت النتائج ارتفاع بُعد العصابية مقارنة بباقي الأبعاد، وهو ما يعكس مستوى عالٍ من القلق، التوتر، التقلبات المزاجية، العدوانية، الغضب، اليأس، وصعوبة التحكم في الانفعالات لدى هذه الفئة، وهذه السمات تؤكد وجود اضطراب نفسي وانفعالي مصاحب للحالة المرضية.

بالإضافة إلى أن الاضطراب الهرموني الناتج عن خلل في الغدة الدرقية، سواء كان قصوراً أو فرطاً في نشاطها، يؤثر بشكل مباشر على الجهاز العصبي المركزي، وبالتالي ينعكس على التوازن النفسي والانفعالي للفرد. كما أن المعاناة المستمرة من الأعراض الجسدية، والتغيرات الفسيولوجية، والمضاعفات المحتملة، تؤدي إلى ارتفاع مستويات القلق والاكتئاب والشعور بالعجز، ما يترك أثراً بالغاً على جودة الحياة.

وتتفاوت هذه السمات النفسية من مريض لآخر حسب عدة عوامل، منها طبيعة المرض (قصور أو فرط)، مدة الإصابة، مدى الوعي الصحي، والدعم النفسي والاجتماعي المتوفر، كما أن الضغوطات اليومية المرتبطة بالأعراض الظاهرة، قد تساهم في تعزيز وتفاقم الميل إلى الإنعزال والإنغلاق على الذات، وهو ما يُفسر ارتفاع بُعد العصابية لدى العينة المدروسة.

ولتوضيح هذا التأثير النفسي بشكل أدق، نعرض فيما يلي تحليلاً مفصلاً لأبعاد الشخصية الخمسة كما جاءت في نتائج العينة:

أظهرت النتائج أن بُعد العصابية هو الأكثر بروزاً لدى أفراد العينة، ما يدل على أن مرضى الغدة الدرقية يعانون من مستويات مرتفعة من القلق، التوتر، الحساسية الزائدة، والاضطرابات المزاجية. يمكن تفسير هذا الارتفاع بكون الاضطراب الهرموني الناتج عن خلل في الغدة الدرقية له تأثير مباشر على الجهاز العصبي، مما يزيد من حدة الانفعالات السلبية. كما أن الأعراض الجسدية الملازمة للمرض مثل الإرهاق، زيادة أو نقصان الوزن، والخفقان، تسهم في الشعور بعدم الاستقرار النفسي والانفعالي. هذا ما يجعل من بُعد العصابية سمة مهيمنة في البروفيل النفسي لهؤلاء المرضى.

وفي المقابل سَجَل انخفاض واضح في بُعد الانبساطية وهو ما يشير إلى ميل المرضى إلى الانطواء الاجتماعي، العزلة، والانسحاب من التفاعل مع المحيط، مع قلة الميل للمشاركة في الأنشطة الاجتماعية أو الترفيهية. ويُعزى هذا الانخفاض إلى مجموعة من العوامل، أهمها الإرهاق الجسدي المزمن، ضعف الطاقة النفسية، إضافة إلى مشاعر النقص الناتجة عن التغيرات الجسدية (مثل زيادة الوزن أو تساقط الشعر) التي قد تؤثر سلباً على تقدير الذات. كما أن وجود أعراض اكتئابية مصاحبة للحالة المرضية من شأنه أن يثبّت الرغبة في التفاعل الاجتماعي ويُعزّز السلوك الانسحابي، مما يعكس ضعفاً واضحاً في بُعد الانبساط.

أما بُعد الضمير الحي، فقد سُجِّل بدوره هو الآخر بين المستوى المنخفض والمتوسط لدى أفراد العينة، مما يعكس وجود صعوبات في جوانب التنظيم الذاتي، مثل التخطيط، الالتزام بالمهام، وضبط النفس. ويمكن ربط هذا التراجع بتأثير الحالة المرضية المزمنة على الوظائف المعرفية، حيث قد تؤدي المعاناة المستمرة من الأعراض إلى تشتت الانتباه، ضعف التركيز، ونقص الدافعية. هذه العوامل مجتمعة تُضعف القدرة على الحفاظ على سلوك منظم والالتزام اليومي، وقد تسهم في تراجع الطموح والدافعية، ليتبنى الفرد تدريجياً نمطاً سلوكياً يتسم بالعشوائية وضعف الانضباط.

وفيما يتعلق ببُعد التوافق أو المقبولية، فقد سجل المرضى درجات تتراوح بين المتوسطة والمنخفضة، ما يعكس صعوبات واضحة في التفاعل الاجتماعي، نتيجة التوترات النفسية والانفعالية المصاحبة للمرض. فمرضى الغدة الدرقية غالباً ما يُبدون حساسية مفرطة تجاه مواقف الحياة اليومية، كما يميل بعضهم إلى التهيج أو الانفعال السريع، ما يُضعف من قدرتهم على إقامة علاقات اجتماعية متوازنة، ويؤثر سلباً على جودة تواصلهم مع الآخرين. وبالرغم من أن بعض المرضى قد يظهرون سمات من المرونة والتعاون، إلا أن المزاجية الحادة والتغيرات النفسية المفاجئة غالباً ما تعيق استمرارية هذه السمات في التفاعل اليومي.

أما بُعد الانفتاح على الخبرة، فقد أظهر نسباً متفاوتة، لكنها بقيت عمومًا دون المستوى المتوقع. وبديل ذلك على محدودية لدى المرضى في التقبل، وميول أقل نحو الاستكشاف والانفتاح على الأفكار أو التجارب الجديدة. ويمكن تفسير ذلك بانشغالهم المفرط بالحالة الصحية والهاجس المستمر تجاه الأعراض والمضاعفات المحتملة، ما يجعلهم أكثر حذرًا وتحفظاً في مواقف الحياة اليومية. كما أن الحالة النفسية المتأثرة بالمرض قد تعزز من الروتين اليومي، وتقلل من الميل إلى تجربة ما هو جديد أو مختلف، سواء على مستوى العلاقات أو الاهتمامات الفكرية.

وفي سياق تدعيم ما سبق يستدل على ذلك أيضاً مما ذكر في الجانب النظري من أن المرأة تعد أكثر تأثراً نفسياً بالرجال، إذ يمكن أن يؤدي أي خلل بسيط في الغدة إلى أعراض مثل الاكتئاب أو القلق بينما لا تظهر هذه الأعراض لدى الرجال إلا في حال وجود اضطراب كبير، وهذا ما يُبرز البعد الجنسي في التأثيرات النفسية المرتبطة بمرض الغدة.

وانطلاقاً من هذا التحليل الشامل والمعمق للأبعاد الخمسة الكبرى، يتضح أن البروفيل النفسي لمرضى الغدة الدرقية يتسم بهيمنة السمات العصابية وتدني نسبي في باقي الأبعاد، ما يعكس تأثيراً نفسياً عميقاً ومركباً للحالة العضوية على التوازن الانفعالي، الاجتماعي، والمعرفي للفرد. هذه المعطيات تبرز ضرورة إدراج التكفل النفسي كجزء لا يتجزأ من الخطة العلاجية الشاملة، مع التركيز على الدعم والتوعية النفسية للمريض ومحيطه، من أجل تحسين جودة الحياة وتعزيز التكيف الإيجابي مع المرض ومضاعفاته على المدى البعيد.

6. مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الدراسات السابقة:

سوف نتناول في هذا المحور مناقشة النتائج في ضوء الدراسات السابقة حيث تناولنا بعض الدراسات التي توصلت إلى نتائج مشابهة إلى حد كبير مع نتائج دراستنا نذكر منها:

دراسة "جامع نورة، فلاح غزلان" 2024 " البروفيل النفسي للشباب محاولي الانتحار" والتي توصلت إلى أن الشباب محاولي الانتحار يتميزون بسمات نفسية ذلك وفقاً لإختبار MMPI2 واستخدمت المنهج العيادي على عينة قدرت بخمس حالات تم اختيارهم بطريقة قصدية، وكانت نتائج الدراسة تتمثل في أن البروفيل النفسي للشباب محاولي الانتحار يتميزون بسمات أبرزها الهشاشة النفسية والمشكلات السلوكية المتمثلة في الانطواء الاجتماعي، الاكتئاب، الوهن النفسي، العزلة

الاجتماعية. وهذا ما توصلت اليه نتائج دراستنا حيث ظهرت لدى مرضى الغدة الدرقية خصائص نفسية وشخصية بارزة متمثلة في القلق، الاكتئاب، وسرعة الانفعال وهي سمات تنطوي جميعها تحت بُعد العصابية.

كما أظهرت دراسة " دفي فريال" (2023) التي تناولت البروفيل النفسي للمراهق في وضعية سمينة مرضية دراسة ميدانية على حالتين من خلال تطبيق اختبار الشخصية المتعدد الأوجه MMPI2، والتي توصلت الى أن المراهق المصاب بالسمينة الذي يتميز ببروفيل ذو ميول مرضية (الإكتئاب، توهم المرض، الهستيريا) ضمن المثلث العصبي وكذا الانطواء الاجتماعي أي وجود بروفييل نفسي ذو ميول مرضية نفسية. ورغم اختلاف العينة (مراهقين يعانون من السمينة) إلا أن نتائجها أبرزت بروفييل نفسي يتضمن قلق، اكتئاب كلها مؤشرات نفسية ضمن بُعد العصابية. وهذا ما يشير الى تشابه البروفيل النفسي في الاضطرابات الجسدية ذات البعد المرمي وهذا ما يعزز نتائجنا من حيث وجود خصائص نفسية مرضية شبيهة.

وفي ذات السياق، توصلت دراسة " بيرش خديجة" (2016) بعنوان البروفيل النفسي للطفل الخاضع للنظام الغذائي استخدمت المنهج العيادي على عينة متمثلة من ثلاث حالات تم اختيارهم بطريقة قصدية، مع تطبيق اختبار رسم الشخص لماكوفر والتي توصلت نتائجها الى وجود خصائص نفسية تتراوح ما بين الإيجابية و السلبية في البروفيل النفسي من أبرزها الشعور بالنقص، سوء تقدير الذات، سوء التوافق الاجتماعي، القلق، العدوان، الخوف، الانطواء، الخجل، الضغط النفسي و الانبساط وان هذا الطفل لا يعيش حياته الطبيعية كأقرانه وهو ما ينعكس سلباً على بناء شخصيته لاحقاً، وهذا ما يتماشى مع نتائج دراستنا من حيث ظهور أعراض؛ القلق، الاكتئاب، سرعة الاستثارة لدى مرضى الغدة الدرقية وهي كلها مؤشرات على الهشاشة النفسية الناتجة عن وضع صحي مزمن يفرض قيوداً معينة على الفرد معينة على الفرد ما يبرز التشابه أن كلا من الطفل الخاضع للنظام الغذائي و مريض الغدة الدرقية يعيشان حالة من الضغط والتقييد تأثر على سيروية التكيف النفسي.

أما دراسة "عزت محمد قرني رزق مريم" (2019) بعنوان " البروفيل النفسي للمتفوقين أكاديمياً من طلاب الجامعة دراسة في ضوء الأبعاد الخمس الكبرى للشخصية"، بإستخدام المنهج الإكلينيكي على عينة متكونة من 35 من الطلاب الحاصلين على تقدير ممتاز، وبهذا توصلت النتائج الى تباين شكل البروفيل النفسي للمتفوقين أكاديمياً من طلاب الجامعة و اختلفت درجة كل بعد من الابعاد الخمس الكبرى للشخصية وهذا ما يتماشى مع دراستنا التي تمكنا فيها من رصد البروفيل النفسي لدى مريض الغدة الدرقية، الذي يتميز بارتفاع بُعد العصابية و تفاوت في باقي الابعاد. (الانبساطية، يقضة الضمير، المقبولية، الانفتاح على الخبرة).

ومن جهة أخرى نجد أيضاً دراسة "زياد فاطمة ونويجم مروة" (2016) بعنوان "السير النفسي لدى مرضى الغدة الدرقية" التي استخدمت المنهج العيادي على عينة متكونة من اربع حالات رجال ونساء وقد تم تطبيق مقياس اختبار تفهم الموضوع TAT والتي توصلت نتائجها الى ان مجموعة الدراسة تتميز بسير نفسي متوسط حيث بلغ مجموع بروتوكولات الحالات لاكثر من 110 لكل حالة أي هش بمعنى مرضى الغدة الدرقية يستعملون أسلوب الكف و التجنب و الرقابة لضعف الأنا لمواجهة الصراعات، وبذلك تُظهر نتائج دراستنا مؤشرات مشابهة خاصة في بُعد العصابية (قلق، اكتئاب، سرعة الاستثارة) مما يدل على ضعف الانا وصعوبة التكيف مع الضغوط وهو ما يُشير الى اعتماد المرضى في الدراستين على آليات دفاع غير ناضجة. وفي المقابل نجد دراسة "Sheikh Choib وآخرون" (2021) والتي كانت بعنوان الاكتئاب و

القلق بين مريضات فرط النشاط الغدة الدرقية ، Depression and anxiety among hyperthyroid female patients and impact of treatment التي استخدمت المنهج العيادي المقارن وذلك على عينة مكونة من 75 مريض يعانون من فرط نشاط الغدة الدرقية وعدد متساوٍ من مرضى قصور الغدة الدرقية ، تم اختيارهم بطريقة عشوائية باستخدام مقياس هاملتون لتصنيف الاكتئاب (HAM-D) ومقياس هاملتون لتصنيف القلق (HAM-A) وهذا توصلت نتائج دراسته الى الانتشار الأعلى للاضطرابات النفسية :كالقلق و الاكتئاب ، نوبات الهلع لدى مريضات فرط نشاط الغدة الدرقية وهو ما يتطابق مع ما توصلنا اليه من خلال ارتفاع مستوى العصبية، لدى حالات دراستنا خاصة في جانب القلق و الاكتئاب . في حين اختلفت بعض الدراسات مقارنة مع ما تطرقنا اليه في دراستنا وبذلك نذكر من الدراسات التي اختلفت معنا في:

دراسة " بن لمبارك سومية ووليد رابط " (2022) بعنوان استراتيجيات المواجهة لدى مرضى قصور الدرق والتي استخدمت المنهج الوصفي على عينة قوامها 35 مريض بإضطراب قصور الغدة الدرقية وقد تم تطبيق مقياس إستراتيجيات المواجهة ل al 1996 & coussen ترجمة عزوز أسمهان فلقد ركزت هذه الدراسة على استراتيجيات المواجهة ولم تتناول السمات الشخصية أو الأبعاد الانفعالية بشكل مباشر، مما يجعل مجال اهتمامها مختلفاً عن مجال دراستنا. كما أنها اعتمدت على مقياس وظيفي (Cousson et al). بينما استخدمت دراستنا كمقياساً بُعدياً شاملاً (العوامل الخمسة الكبرى)، ما سمح بتحديد السمات النفسية الجوهرية بدقة أكبر. في حين نجد دراسة " باوية نبيلة وبريشي مريامة " (2014) بعنوان "المرونة النفسية وعلاقتها بقلق المستقبل لدى النساء المصابات بالغدة الدرقية"، تم استخدام المنهج الوصفي المقارن على عينة تضم (68) امرأة وقد تم استخدام مقياس المرونة النفسية ومقياس قلق المستقبل، فبالرغم من تناولها لمتغيرات ذات صلة (المرونة النفسية وقلق المستقبل)، إلا أن نتائجها لم تظهر علاقة ارتباطية بين المتغيرين. ويُحتمل أن يكون السبب في ذلك التركيز على العلاقات المتبادلة بين متغيرين فقط، في مقابل ركزت دراستنا على البنية الكاملة للبروفيل النفسي.

اما دراسة " الحريري أحمد سعيد والحرثي فوزية سعيد " (2018) بعنوان "الدرجة والفروق في الاكتئاب لدى مرضى اضطرابات الغدة الدرقية في مستشفى الملك عبد العزيز بالطائف" استخدمت هذه الدراسة المنهج الوصفي (المسحي والمقارن) على عينة قدرت ب 600 مفحوص من كلا الجنسين تم اختيارهم بطريقة قصدية مستخدماً مقياس بيك خلصت إلى عدم وجود فروق دالة في درجة الاكتئاب حسب نوع اضطراب الغدة الدرقية أو العمر، وهي نتائج تختلف عن دراستنا التي أبرزت الاكتئاب كعنصر أساسي ضمن بُعد العصبية. الفرق الجوهرى هنا يتمثل في اعتمادهم على عرض واحد (الاكتئاب)، فإن دراستنا تناولت مجمّعا من الأعراض والسمات النفسية بتطبيق مقياس العوامل الخمس الكبرى للشخصية لكوستا وماكري الذي يضم (بُعد العصبية، الانبساطية، يقظة الضمير، الانفتاح على الخبرة، المقبولية) ضمن إطار نظري متكامل ما يعزز من شمولية النتائج. وهو ما تؤكده دراسة "آية علي رزيق"، (2015) "تحري العلاقة بين إضطراب الغدة الدرقية وسرطان الثدي جامعة حلب"، تكونت عينة الدراسة من (68 مريضة بسرطان الثدي) و (25 نساء أصحاء) وتم استخدام جهاز الإيكو باستخدام الأمواج الصوتية ومختلف التحاليل الطبية، تناولت هذه الدراسة العلاقة بين اضطرابات الغدة الدرقية وسرطان الثدي، حيث تم التركيز على الفحوصات الجسدية باستخدام الإيكو والتحليل البيوكيميائية. وبينت النتائج أن البدانة وتناول الأدوية الهرمونية تُعد من عوامل الخطر لدى المصابات بسرطان الثدي،

ورغم أن موضوع الدراسة يندرج ضمن سياق اضطرابات الغدة الدرقية، إلا أن تركيزها الأساسي كان بيولوجيًا – طبيًا، دون التطرق إلى الآثار النفسية أو السمات الشخصية للمصابات. وهذا ما يميز دراستنا التي ركزت على البعد النفسي العميق لمرضى اضطرابات الغدة الدرقية، من خلال استكشاف البروفيل النفسي بتطبيق مقياس العوامل الخمس الكبرى للشخصية لكوستا وماكري.

بينما دراسة "أحلام طه حسن" (2014) والتي كانت بعنوان "أثر تمارين الايروبيكس في تطوير القوة العضلية وتحسن هرمون TSH، T4، T3 ومعدل الأيض لدى السيدات المصابات بقصور عمل الغدة الدرقية"، واعتمدت على المنهج التجريبي. وقد توصلت إلى نتائج تؤكد فعالية التمارين في تحسين المؤشرات الهرمونية والوظائف الجسدية المرتبطة بالغدة.

غير أن هذه الدراسة، مثل الدراسة السابقة "أية رزيق"، اقتصرت على الجانب الفيزيولوجي والعلاجي، ولم تتناول الانعكاسات النفسية أو الانفعالية الناتجة عن هذا الاضطراب المزمن. وهنا تبرز أصالة دراستنا التي دمجت البعد النفسي مع الاضطراب العضوي في إطار نظري ممنهج، مما يفتح آفاقًا جديدة لفهم تأثير هذه الاضطرابات على الحياة النفسية للمرضى.

وأخيرا دراسة "أنور إبراهيم" و "الحداد حنين" (2017) والتي كانت بعنوان البروفيل النفسي لاطفال اضطراب ما بعد الخبرة الصادمة " التي تم الاعتماد فيها على المنهج الوصفي وذلك على عينة مكونة من (14 طفل وطفلة) برغم من انها تناولت موضوع البروفيل النفسي، إلا أنها اختلفت جوهريًا عن دراستنا من حيث طبيعة العينة، والسياق المرضي، والأهداف الإكلينيكية. إذ ركزت دراسته على الأطفال الذين يعانون من اضطراب ما بعد الخبرة الصادمة، وسعت إلى تحديد الملامح الشخصية النفسية لهؤلاء الأطفال، إضافة إلى تحليل الحاجات والصراعات النفسية والدفاعات النفسية لديهم، باستخدام أدوات إسقاطية وكيفية مثل اختبار CAT، TAT، ودراسة الحالة، بالمقابل تميزت دراستنا بتركيزها على البروفيل النفسي لمرضى اضطرابات الغدة الدرقية، وهي فئة مختلفة تمامًا من حيث الطبيعة الفسيولوجية والنفسية. كما اعتمدنا في دراستنا على مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية (Big Five)، مما أتاح تحليلًا منهجيًا دقيقًا للسمات الشخصية وتحديدًا بعد العصابية.

الاختلاف الأبرز يتمثل في أن دراسة أنور لم تجد فروقًا واضحة أو سمات مميزة في البروفيل النفسي لأطفال الصدمة مقارنة بالأطفال العاديين، بينما أثبتت دراستنا وجود ملامح نفسية مميزة وواضحة لدى مرضى الغدة الدرقية، خاصة في بعد العصابية والانفعالات السلبية.

خاتمة

خاتمة:

إن موضوع البروفيل النفسي لدى مرضى الغدة الدرقية يعد من بين المواضيع الهامة التي استقطبت اهتمام الباحثين والمختصين في مجال علم النفس الإكلينيكي، خاصة لما له من ارتباط وثيق بالتغيرات النفسية والسلوكية التي تصاحب الاضطرابات الجسدية، والتي تؤثر بشكل مباشر على تفاعل الفرد مع ذاته ومحيطه الاجتماعي. وتأتي هذه الدراسة لتسلط الضوء على أهمية الحالة النفسية والسمات الشخصية ومظاهر الاضطراب الجسدي المتمثل في مرض الغدة الدرقية والتي تعد من بين الأمراض الأكثر تأثيراً على التوازن النفسي للفرد.

وقد كشفت مختلف الدراسات السابقة إضافة إلى النتائج التي توصلنا إليها من خلال هذا البحث، أن هناك تأثيراً ملحوظاً لهذا المرض على شخصية المريض، حيث تؤدي التغيرات الهرمونية الناتجة عن اضطرابات الغدة الدرقية إلى بروز سمات نفسية معينة تختلف باختلاف طبيعة الاضطراب وشدته.

ومن خلال الحالات الثلاث التي شملتها دراستنا وكذلك التشخيصات الطبية التي أجريت، فقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن المرضى يتميزون بمستوى مرتفع من العصبية وهذا كان واضحاً من خلال الاعتماد على أدوات علمية دقيقة كالمقابلة النصف موجهة والملاحظة العيادية، إضافة إلى مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية "لكوستا وماكري" الذي استطعنا من خلاله تحديد كل سمة للحالات المصابين بالغدة الدرقية، وتبين أن بعد العصبية كان البعد الأبرز والأكثر تحسلاً على نسبة مرتفعة مقارنة ببقية الأبعاد لدى الحالات المدروسة.

وهذه النتيجة لم تأتي من فراغ، بل جاءت لتؤكد ما تم رصده خلال مراحل التشخيص والتحليل، حيث لوحظ أن مرضى الغدة الدرقية يعانون من اضطرابات انفعالية، قلق وتوترات متكررة، مما ينعكس على شخصياتهم وسلوكهم الاجتماعي. كما أن هذا الاضطراب يؤثر على التكيف النفسي، ويزيد من حدة الاستجابات السلبية التي تعيق الاندماج السليم في المجتمع.

ويبقى المجال مفتوحاً أمام المزيد من الدراسات والبحوث العلمية التي تعالج العلاقة بين الأمراض العضوية والبنى النفسية، لما لهذا الموضوع من أهمية بالغة في تحسين جودة الحياة لدى المرضى.

التوصيات والإقتراحات:

خلصت الدراسة الحالية إلى جملة من التوصيات نوردتها في الآتي:

- ضرورة توفير مرافقة نفسية دائمة لمرضى الغدة الدرقية داخل المصالح الطبية المختصة، من خلال توظيف مختصين في علم النفس الإكلينيكي لضمان التكفل بالحالة النفسية إلى جانب العلاج الجسدي.
- إدماج الفحص والتقييم النفسي ضمن البروتوكولات العلاجية المعتمدة في متابعة مرضى الغدة الدرقية، خاصة لما لوحظ من ارتفاع في نسبة العصبية وتأثيرها على توازن المريض النفسي.
- تنظيم دورات تكوينية وتحسيسية لفائدة الطاقم الطبي وشبه الطبي حول تأثيرات الأمراض الغدية على الجانب النفسي، وكيفية التعامل مع المرضى في هذا السياق.
- العمل على تقليل الضغوط النفسية والاجتماعية التي يعاني منها هؤلاء المرضى، من خلال تهيئة بيئة علاجية داعمة ومتفهمة لطبيعة مرضهم وتأثيراته النفسية.

خاتمة

- تشجيع المزيد من الأبحاث والدراسات في ميدان العلاقة بين الاضطرابات الجسدية والسمات النفسية، مع التركيز على أمراض الغدة الدرقية باعتبارها من أكثر الأمراض تأثيراً على الحالة النفسية.

قائمة المصادر

والمراجع

قائمة المصادر والمراجع:

- أبا الخيل، شيخة إبراهيم. (2021). أمراض الغدة الدرقية. الكويت: المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية.
- أولاد هدار؛ زينب. (2017). سمات الشخصية لدى طلبة الجامعة وفق قائمة العوامل لخمسطة الكبرى للشخصية لكوستا وماكري. الجزائر: مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، ع 30.
- الأنصاري، بدر محمد. (2002). المرجع في مقاييس الشخصية: تقنين على المجتمع الكويتي. القاهرة: دار الكتاب الحديث.
- البهي السيد، فؤاد. (1956). الأسس النفسية للنمو. الإسكندرية: دار الفكر العربي.
- الحسين، هاشم. (2024). اكسفورد في الغدد الصم والداء السكري. مشروع أعد لنيل الإجازة في الطب البشري منشور. قسم الطب البشري، جامعة حلب، سوريا.
- الساكر، أيمن. (2022). البروفيل النفسي لدى الطالب الجامعي الموهوب. رسالة مكملة لنيل شهادة الماستر منشورة. قسم علم النفس العيادي، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
- الشاعر، عبد المجيد وآخرون. (1990). أساسيات علم وظائف الأعضاء. عمان: دار المستقبل للنشر والتوزيع.
- الطائي حامد طاهر عبد الحسين؛ نهى. (2018). البروفيل السيكولوجي للطفل المحروم من العطف الابوي. العراق: مجلة كلية التربية الأساسية للعلوم التربوية والإنسانية، ع 41.
- باشا عبد المولى، وائل؛ هاشم، محمد علي. (2010). أمراض الغدد الصم والاستقلاب. سوريا: جامعة دمشق.
- بن بردي، مليكة. (2014). التوظيف النفسي لدى المراهقة المغتصبة دراسة عيادية من خلال الإنتاج الاسقاطي. الوادي: مجلة الدراسات النفسية والتربوية، ع 13.
- بوغازي، أمينة؛ مجالدي، مروة. (2019). سمات الشخصية وعلاقتها بكشف الذات لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة النهائية من التعليم الثانوي. رسالة لنيل شهادة الماستر. قسم علم النفس العيادي، جامعة 8 ماي 1945، قالمة.
- بوفج، وسام؛ نوري، الود. (2017). البروفيل النفسي للمراهق مجهول النسب ويتيم الأبوين الهجران والحرمان. الجزائر: مجلة تطوير العلوم الاجتماعية، م 10، ر 03.
- بوفلجة؛ غيات. (2017). أنماط الشخصية وعلاقتها بالتوجه نحو المقاولاتية لدى الطلبة الجامعيين. وهران 02: مجلة تاريخ العلوم، ع 08، ج 02.
- بوفنش، نور الهدى؛ قيروان، خلود. (2024). البروفيل النفسي لدى مرضى سرطان الثدي. مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر منشورة. قسم علم النفس، جامعة 20 اوت 1955، سكيكدة.
- توفت، أنتوني. ترجمة: منعم، زينب. (2013). اضطرابات الغدة الدرقية. الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية.
- جامع، نورة؛ فلاح، غزلان. (2024). البروفيل النفسي للشباب محاول الانتحار. مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر أكاديمي منشورة. قسم علم النفس وعلوم التربية والارطفونيا، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.

- جعفرور، أسماء. (2024). العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وعلاقتها بالتعلم الذاتي. مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة ماستر أكاديمي منشورة. قسم علم النفس، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
- جودي، عربية. (2018). المرونة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى النساء المتزوجات المصابات باضطرابات الغدة الدرقية. مذكرة لنيل شهادة الماستر منشورة. قسم علم النفس العيادي، جامعة بوضياف، المسيلة.
- جوميز، جوان. (2009). كيف تتعايش مع مشاكل الغدة الدرقية. القاهرة: الهيئة الرسمية العامة للكتاب.
- جوهرى، ابتسام؛ شريفي، هناء. (2021). القدرة التنبؤية للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية بمستوى الضغط النفسي لدى عمال قطاع الصحة في ظل تفشي وباء كورونا. مجلة دراسات نفسية وتربوية، م 14، ع 02.
- حلمي، المليجي. (2001). مناهج البحث في علم النفس. لبنان: دار النهضة العربية.
- حمودة، سليمة؛ أونيسي، جمال. (2020). البروفيل النفسي لدى الطالب الجامعي المدمن على مواقع التواصل الاجتماعي (الفيسبوك نموذجاً). الجزائر: مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، ع 01، ج 12.
- خشخوش، نورية؛ عبد الواحد، سماح. (2023). العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وعلاقتها بالأنماط القيادية. الجزائر: مجلة الروائر، م 07، ع 01.
- خوالدية، جمعة؛ ميهوبي، لطيفة. (2022). البروفيل السيكولوجي عند الطفل المحروم من الرعاية الوالدية. رسالة لنيل شهادة الماستر منشورة. قسم علم النفس، جامعة 8 ماي 1945، قالمة.
- زعيتر، شاهر مهنا سالم. (2015). البروفيل النفسي لذوي اضطراب التحويل. رسالة لنيل درجة الماستر منشورة، قسم الصحة النفسية المجتمعية، الجامعة الإسلامية، غزة.
- زياد، فاطمة؛ نويجم، مروة. (2016). السير النفسي لدى مرضى الغدة الدرقية. مذكرة لنيل شهادة الماستر منشورة. قسم علم النفس، جامعة عمار ثلجي، الأغواط.
- زيعور، محمد. (2015). حقول علم النفس الفيزيولوجي أعلامه – أبحاثه. لبنان: دار الفكر العربي، مؤسسة ثقافية للطباعة والنشر والتوزيع.
- ساعو، مراد. (2011). تأثير السند الاجتماعي (بأبعاده المختلفة) في الصحة النفسية لدى مرضى الغدة الدرقية. مذكرة لنيل شهادة ماجستير منشورة. قسم علم النفس وعلوم التربية والارطوفونيا، جامعة مولود معمري، تيزي وزو.
- سرحان علي المحمودي، محمد. (2019). مناهج البحث العلمي. اليمن: دار الكتب.
- سعيد الحري، أحمد؛ سعيد الحارثي، فوزية. (2018). الدرجة والفروق في الاكتئاب لدى مرضى اضطرابات الغدة الدرقية في مستشفى الملك عبد العزيز بالطائف. المملكة العربية السعودية: مجلة افاق فكرية، م 04، ع 08.

- سعيدي، وردة. (2017). سمات شخصية المراهق الجزائري المهاجر غير شرعي وفق نظرية العوامل الخمس الكبرى للشخصية. أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم الثالث (ل. م. د) منشورة. قسم علم النفس، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
- سلامي، فتيحة؛ قريتي سلمي. (2023). سمات شخصية المرأة المصابة بمرض مزمن دراسة مقارنة بين المرأة المتزوجة والمرأة الغير متزوجة. رسالة لنيل شهادة الماستر منشورة. قسم علم النفس العيادي، جامعة يحي فارس، المدية.
- شتيح، حسينة. (2022). استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى المرأة المصابة باضطراب الغدة الدرقية. مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر منشورة. قسم علم النفس العيادي، جامعة أكلي محند اولحاج، البويرة.
- شريفي، حليم؛ حبارة، محمد. (2011). السمات الشخصية المميزة للاعب كرة السلة على الأرائك المتحركة. الجزائر: مجلة الابداع الرياضي، ع 04.
- صفوت عبد الجيد جاور، محمد. (1996). فسيولوجيا الغدد الصماء (الهرمونات والناقلات العصبية). القاهرة: منتدى سور الازكية.
- صيام، صفا عيسى. (2010). سمات الشخصية وعلاقتها بالتوافق النفسي للمسنين في محافظات غزة. رسالة استكمال لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير منشورة. قسم علم النفس، جامعة الأزهر، غزة.
- ضيفي، بثينة امانى سمر واخرون. (2021). العلاقة بين هرمونات الغدة الدرقية والاجهاد التأكسدي والالتهابات COVID-19. مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر منشورة. قسم علوم البيولوجيا، جامعة الاخوة منتوري، قسنطينة 01.
- طراد، نفيسة. (2021). علاقة نمط الشخصية (أ-ب) واستراتيجيات المواجهة بالاستجابة السيكوسوماتية لدى عينة من الفريق الصحي (الطبي والشبه طبي). رسالة لنيل شهادة الدكتوراه منشورة، قسم علم النفس المرضي المؤسساتي، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
- طيباوي، صونيا. (2020). العوامل الخمس الكبرى للشخصية وعلاقتها بجودة الحياة لدى معلمي المرحلة الابتدائية. مذكرة لنيل شهادة الماستر منشورة، قسم علم النفس العيادي، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
- عباس، فيصل. (1990). أساليب دراسة الشخصية. بيروت: دار الفكر لبناني.
- عبد الحميد محمود حسين؛ نبي. (2018). البروفيل النفسي للأطفال ذوي اضطراب التوحد مرتفعي الأداء الوظيفي الموهوبين. الإسكندرية: مجلة الطفولة والتربية، ع 36، ج 02.
- عبد الرحمان، محمد السيد. (1998). نظريات الشخصية. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- عبد العليم؛ عبد الحليم يوسف واخرون. (2021). تأثير برنامج هوائي مقترح على خمول الغدة الدرقية لدى البدينات. القاهرة: مجلة نظريات وتطبيقات التربية البدنية وعلوم الرياضة، م 36، ع 3.
- عطية الابراشي، محمد. (1994). الشخصية. مصر: مطبعة المعارف ومكتبتها.

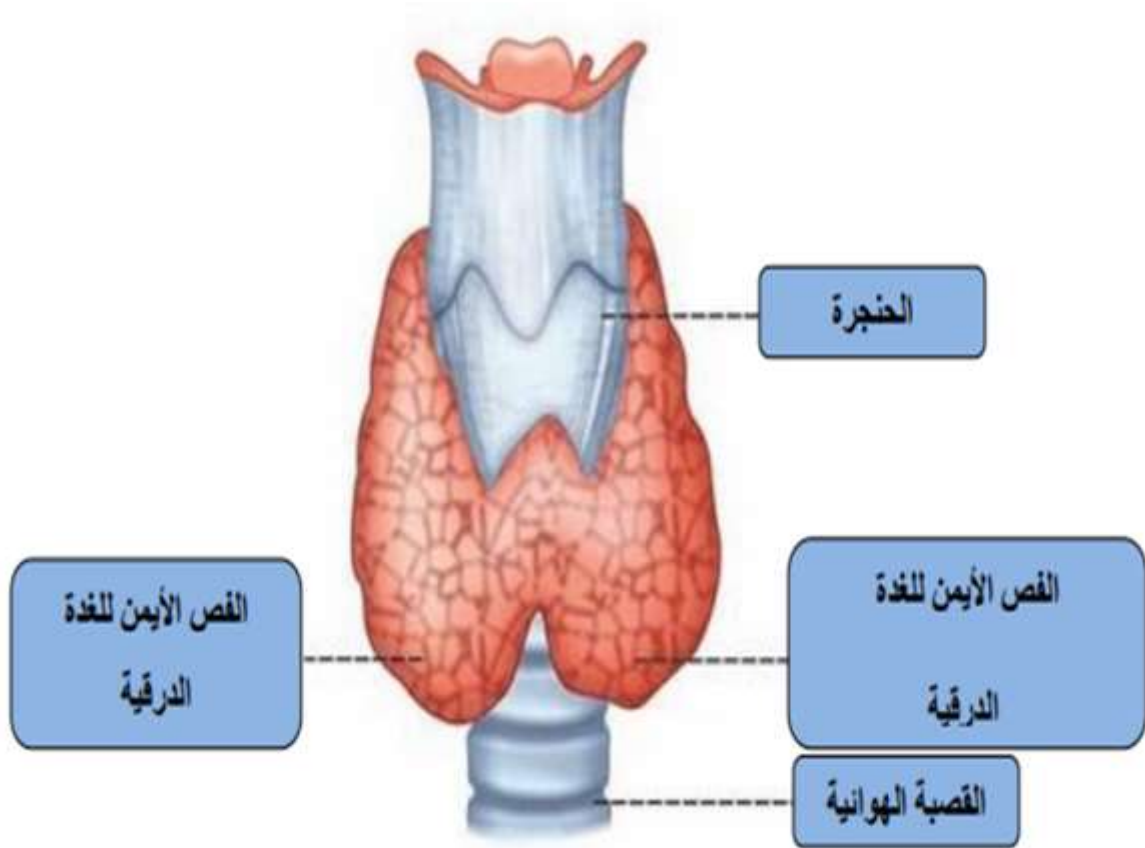
- علي رزق، آية. (2015). تحري العلاقة بين اضطراب الغدة الدرقية وسرطان الثدي. رسالة مقدمة لنيل درجة ماجستير في التشخيص المخبري منشورة. قسم الكيمياء الحيوية والاحياء الدقيقة، جامعة حلب، سوريا.
- فرحات، نجاح؛ عبد القادر، زهرة. (2022). البروفيل النفسي للمراهق مجهول النسب. مذكرة لنيل شهادة الماستر منشورة. قسم علم النفس، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
- ليليان، محمد؛ وديان، سلامة. (2021). امراض الغدة الدرقية. مشروع تخرج لنيل درجة الاجازة منشور. قسم الصيدلة والكيمياء الصيدلية، جامعة المنارة، سوريا.
- محمد العيسوي، عبد الفتاح؛ محمد العيسوي، عبد الرحمان. (1997). مناهج البحث العلمي في الفكر الإسلامي والفكر الحديث. الإسكندرية: دار الراتب الجامعية.
- محمد شوا، مصطفى. (2007). المعين في أمراض الغدة الدرقية. سوريا: شعاع للنشر والعلوم.
- مريامة، كنزة. (2019). البروفيل النفسي لدى الطفل المعتدى عليه جنسيا - دراسة عيادية لثلاث حالات. مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة الماستر أكاديمي منشورة. قسم علم النفس وعلوم التربية، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
- مزوار، ياسمين. (2013). بروفيل شخصية المرأة المجرمة. رسالة ماجستير منشورة. قسم علم النفس العيادي، جامعة الحاج لخضر، باتنة.
- مسعودي، فضيلة؛ بوزنية، لطيفة. (2022). البروفيل النفسي والأسري لدى الاخصائي النفسي العامل بالمراكز الاستشفائية. مذكرة لنيل شهادة ماستر علم النفس العيادي منشورة. قسم علم النفس، جامعة غرداية، الجزائر.
- مشراوي، رانية؛ لعود سهيلا، عائشة. (2023). البروفيل النفسي بين الميل السوي والمرضي لطالب علم النفس العيادي. رسالة لنيل شهادة الماستر منشورة. قسم علم النفس، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
- وادي، علي أحمد؛ الجنابي، اخلاص أحمد. (2011). أساسيات علم النفس الفسيولوجي. عمان: جريب للنشر والتوزيع.

المراجع الأجنبية:

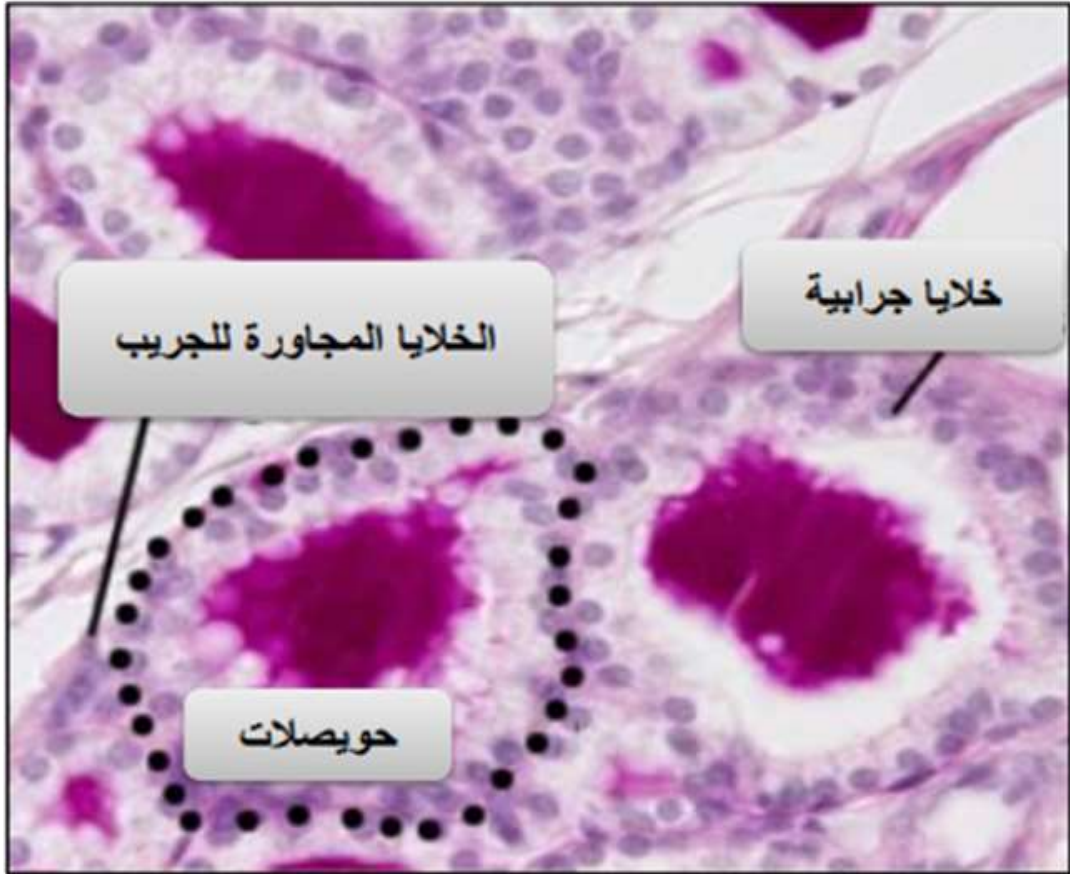
- Tramallonc et v.Lindecher-courmi (HAS).(2021).exploration des pathologie thyroïdiennes chez l'adulte :pertinence et critères des qualité de l'échographie pertinence de la cytoponction échoguidée.
- Tagay, sefik and all. (2006). Health-Related Quality of Life Depression and Anxiety in Thyroid Cancer Patients. Magazine quality of Life Research Vol. 15, N4.

قائمة الملاحق

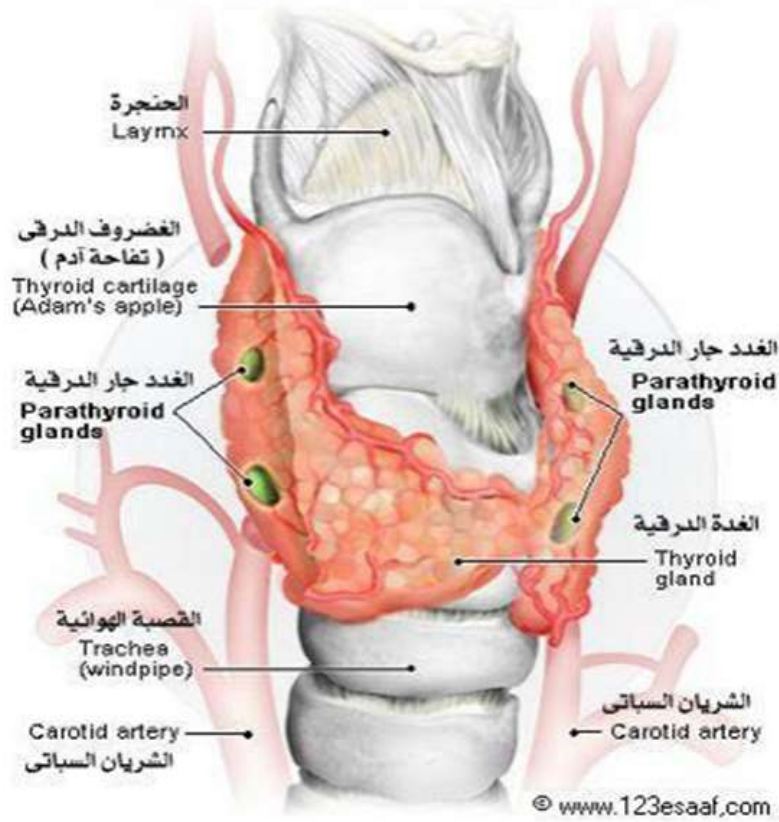
الملحق رقم (01): يبين بنية لغدة الدرقية



الملحق رقم (02): يبين الخلايا الجريبية والمجاورة للجريب



الملحق رقم (03): يبين تشريح الغدة الدرقية



الملحق رقم (04): مخطط دليل المقابلة:

المحور الاول: المعلومات الشخصية العامة للمريض

الاسم:

الجنس:

العمر:

المهنة:

المستوى الدراسي:

المستوى الاقتصادي

الحالة المدنية:

عدد أفراد العائلة:

مهنة الزوج:

عدد الاولاد:

المحور الثاني: الحالة المرضية

- كيف كانت ردة فعلك حين تلقيك خبر مرضك؟
- ما نوع الاضطراب التي تعاني منه؟ قصور او فرط أو سرطان او التهاب.
- منذ متى وانت مصابة بهذا المرض؟
- ماهي الأعراض الجسدية التي تعاني منها؟
- متى تم تشخيصك باضطراب الغدة الدرقية؟
- هل تتلقين علاجاً؟ ماهو نوع العلاج؟ ماهي الأدوية التي تتناولها؟
- هل خضعت لعمليات جراحية أو علاجات أخرى؟
- هل أحد أفراد عائلتك مصاباً بنفس المرض؟
- هل تعرضت لأمراض أخرى غير هذا المرض؟
- هل لديك مرض مزمن لمرض الغدة الدرقية؟
- كيف ترين حالتك الصحية الآن؟

المحور الثالث: التعايش مع المرض

- هل حدثت تغييرات في نمط حياتك بعد الإصابة بالمرض؟
- كيف كانت ردة فعلك عند حدوث أو السماع بالمرض؟
- ما أكثر التحديات التي تواجهها في التعايش مع المرض؟
- هل اتبعت أي تغييرات في نمط حياتك بسبب المرض نظام غذائي أو رياضة؟
- كيف تتعامل مع الأعراض عندما تزداد سوءاً؟

المحور الرابع: الجوانب النفسية والعاطفية

- كيف كان تأثير المرض على حالتك النفسية بشكل عام؟
- كيف كانت حالتك النفسية قبل المرض؟
- هل تعاني من تقلبات مزاجية قلق أو اكتئاب أو توتر مستمر؟
- هل تشعر بالإحباط أو فقدان الحافز بسبب حالتك الصحية؟

- كيف تؤثر حالتك على جودة نومك؟
- هل لديك مخاوف متعلقة لمستقبلك الصحي؟
- أتحب أن تعبر عن حالتك النفسية سواء في حالة الحزن أو الفرح؟
- هل هذا المرض مصدر إزعاج لك؟
- المحور الخامس: التفاعل الاجتماعي وطبيعة العلاقات**
- هل تشعر أن هناك دعماً من محيطك الاجتماعي؟
- هل تغيرت طبيعة تفاعلاتك الاجتماعية منذ التشخيص؟
- هل تميل إلى العزلة أو تجنب التجمعات بسبب المرض؟
- كيف يتفاعل الآخرون مع مرضك؟ وهل تشعر بالفهم والتقدير من قبلهم؟
- كيف هي علاقتك مع العائلة قبل وبعد التشخيص؟ وهل تغيرت نظرتهم اتجاهك؟
- هل تحب تكوين علاقات جديدة؟
- بماذا تشعر وأنت تتفاعل مع الآخرين؟
- كيف هي معاملتك مع الآخرين؟ وهل تهتمك مشاعر الآخرين؟
- المحور السادس: النظرة المستقبلية**
- كيف ترى مستقبلك مع المرض؟
- ما أكثر ما يشغل بالك بخصوص تطور حالتك؟
- هل لديك مخاوف بشأن تأثير المرض على حياتك المهنية أو الشخصية مستقبلاً؟
- هل المرض كان عائقاً أمام طموحاتك؟
- ما الذي يساعدك على الشعور بالأمل والتفاؤل؟
- هل لديك مجالات أخرى تطمح للعمل فيها مع هذا المرض؟
- ما النصيحة التي تقدمها لشخص تم تشخيصه حديثاً باضطراب الغدة الدرقية؟

الملحق رقم (05): مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية

اعداد كوستا وماكري 1992

تعريب بدر الأنصاري

الجنس :

الاسم:

المستوى الدراسي :

العمر:

المهنة:

تعليمات:

أمامك مجموعة من العبارات التي تدور حول طريقة سلوكك وشعورك وحيث أن كل شخص يختلف عن غيره فانه لا يوجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة، والمطلوب منك أن تقرأ كل عبارة جيدا ثم تقرر درجة انطباقها عليك حيث أن كل منا لديه درجة من السلوك كبيرة أو قليلة، المقياس متدرج من أقل درجة الى أعلى درجة، حاول اختيار الدرجة التي تعبر عما في شعورك وتصرفك أو تتفق مع رأيك وذلك بوضع علامة + أمام العبارة .
تأكد أن هذه الاستمارات معدة لغرض البحث العلمي فقط، لذلك فمعلوماتك في سرية تامة.

البند	العبارة	غير موافق الاطلاق	غير موافق	محايد	موافق	موافق جدا
1.	أنا لست قلقا.					
2.	أحب أن يكون حولي عددا كبيرا من الناس.					
3.	لا أحب أن أبدد وقتي في أحلام اليقظة.					
4.	أحاول أن أكون لطيفا مع كل فرد التقى به.					
5.	احتفظ بممتلكاتي نظيفة ومرتبّة.					
6.	أشعر بأني أدنى من الآخرين.					
7.	أضحك بسهولة.					
8.	عندما استدل على الطريقة الصحيحة لعمل شيء استمر عليها.					
9.	ادخل كثيرا في نقاش مع افراد عائلتي وزملائي في العمل.					
10.	أنا جيد الى حد أنه لا يوجد دفع لانجاز الاشياء في وقتها المحدد.					
11.	عندما أكون تحت قدر هائل من الضغوط أشعر أحيانا كما لو أنني سوف أنهار.					
12.	لا أعتبر نفسي شخص مفرح					
13.	تعجبي التصميمات الفنية التي أجدها في الفن أو الطبيعة.					
14.	يعتقد بعض الناس أنني أناني ومغرور.					
15.	انني لست بالشخص الذي يحافظ جدا على النظام.					

قائمة الملاحق

					16. نادرا ما أشعر بالوحدة والكآبة.
					17. استمتع حقا بالتحدث مع الناس.
					18. اعتقد أن الاستماع الى مجادلة ما لا فائدة لها الا تشويش الأفكار وتضليلها .
					19. أفضل التعاون مع الآخرين لا على التنافس معهم.
					20. أحاول انجاز الاعمال المحددة لي بضمير.
					21. اشعر كثيرا بالتوتر والنفرة.
					22. أميل الى الأماكن الحيوية والنشطة.
					23. ليس للشعر أي تأثير علي .
					24. أميل الى الشك والسخرية من نوايا الآخرين.
					25. لدي مجموعة أهداف واضحة أسعى الى تحقيقها بطريقة منظمة.
					26. أشعر أحيانا بأنه لا قيمة لي.
					27. أفضل عادة عمل الأشياء بمفردي.
					28. أجرب كثيرا الأكلات الجديدة والأجنبية.
					29. اعتقد بأن معظم الناس سوف تستغلك اذا سمحت لهم بذلك.
					30. أضيع الكثير من الوقت قبل أدائي لأي عمل.
					31. نادرا ما أشعر بالخوف أو القلق.
					32. أشعر وكأنني أفيض نشاطا وقوة.
					33. نادرا ما ألاحظ المشاعر والحالات المزاجية التي تحدثها البيئات الأخرى.
					34. يحبني معظم الناس الذين أعرفهم.
					35. اعمل باجتهاد في سبيل تحقيق أهدافي.
					36. اغضب كثيرا من الطريقة التي يعاملني بها الناس.
					37. أنا شخص مبهج ومفعم بالحيوية والنشاط.
					38. اعتقد بأنه علينا أن نلجأ الى السلطات الدينية للبث في الأمور الأخلاقية.
					39. يعتقد بعض الناس بأنني بارد وحذر.
					40. عندما أتعهد بشيء أستطيع دائما الالتزام به ومتابعته للنهاية.
					41. غالبا أتعهد بشيء أستطيع دائما الالتزام به ومتابعته للنهاية.
					42. انني لست بمتفائل ومبهج.
					43. أحيانا عندما أقرأ شعرا أو انظر الى قطعة من الفن

قائمة الملاحق

					أشعر بقشعريرة ونوبة من الاستثارة	
					44. أنا صلب الرأي ومتشدد في اتجاهاتي.	
					45. أحيانا لا يوثق بي ولا يعتمد علي كما ينبغي أن يكون.	
					46. نادرا ما أكون حزينا أو مكتئبا.	
					47. حياتي تجري بسرعة.	
					48. لدي اهتمام قليل في التأمل في طبيعة الكون أو الظروف الإنسانية.	
					49. أحاول أن أكون حذرا ويقظا ومراع لمشاعر الآخرين.	
					50. أنا انسان منتج دائما انهي العمل.	
					51. أشعر غالبا بالعجز وبحاجة لشخص ليحل مشاكلي.	
					52. أنا شخص نشيط جدا.	
					53. لدي الكثير من حب الاستطلاع الفكري.	
					54. إذا لم أكن أحب بعض الناس ادعهم يعرفون ذلك.	
					55. أنا شخص غير منظم.	
					56. أحيانا كنت خجولا جدا لدرجة أنني حاولت الاختفاء.	
					57. أفضل أن أدبر أموري نفسي عن أن أكون قائدا للآخرين.	
					58. كثيرا ما استمتع باللعب في النظريات والأفكار المجردة.	
					59. استخدم أسلوب التحايل لتحقيق ما أريده ان لزم الأمر.	
					60. أحرص أن يكون عملي متقنا ومميزا.	