وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة غرداية

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

قلق المستقبل لدى النساء المصابات بأمراض الغدة الدرقية

دراسة ميدانية على عينة من مصابات بأمراض الغدة الدرقية بولاية غرداية

مذكرة مكملة لنيل شهادة ليسانس في علم النفس العيادي

من إعداد الطالبة:

- أمينة قلو

تحت إشراف الأستاذة:

- د. نسيمة مزار

الموسم الجامعي:2025-2026م

بسم الله الرحمن الرحيم

شكر وعرفان

من لم يشكر المخلوق لم يشكر الخالق .... وبالشكر تزداد النعم.

قبل كل شيء، أحمد الله تعالى وأشكره على عونه وتوفيقه لي في إنجاز هذا العمل المتواضع بفضل منحه لي الصبر والإرادة والعزيمة لإنجازه، وإخراجه إلى الوجود.

لابد لنا ونحن نخطو خطواتنا في الحياة الجامعية من وقفة تعود إلى أعوام قضيناها مع أساتذتنا الكرام الذين قدموا لنا الكثير باذلين بذلك جهودا كبيرة في بناء جيل الغد لتبعث الأمة من جديد، وقبل أن نمضي نتقدم بأسمى عبارات الشكر والامتنان والتقدير والمحبة الى الذين حملوا أقدس رسالة في الحياة إلى الذين مهدوا لنا طريق العلم والمعرفة الى جميع **أساتذة قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا** الأفاضل فلهم منا كل الشكر، وبالأخص الأستاذة المشرفة الدكتورة" **مزاور نسيمة**" على قبولها تأطير هذه المذكرة و على إرشاداتها وتوجيهاتها المقدمة، وللأساتذة الكرام الذين لم يبخلوا على تقديم يد العون كلما واجهتنا مشكلة، ونخص بالذكر الأستاذة الدكتورة "**تشعبت يسمينة**"، الأستاذ الدكتور "**معمري حمزة**"، الأستاذة الدكتورة "**بوبعاية يمينة**" ،الأستاذة "**بن عبد الرحمان زهرة**" كما لا ننسى الفضل لعيادتي الخاصة بأمراض الغدد الصماء ومرض السكري لطبيبين "**خيار ناس حمزة** "وعيادة الطبيب "**بكاي إلياس**"، اللتان فتحت أبوابها لنا لقيام بدراستي البحثية وكل طاقم المساعدين في العيادين، فلهما مني كل الاحترام والتقدير.

ولا يفوتني كذلك أن أتقدم بشكر خاص إلى المختص النفساني "**كومني الحاج موسى** " على كل ما قدمه لي من مساعدات وتوجيهات قيمة ولم يبخل على بشيء هو مشكور جزيل الشكر على ذلك؛ بالإضافة إلى كل من ساعدني ولو بكلمة واحدة سواء من قريب أو من بعيد، فشكرا لهم.

" إلى كل هؤلاء ألف شكر وتقدير واحتراما "

إهداء

قال تعالى﴿ قُل اعْمَلُوا فسيرى الله عملكم ورسوله والمؤمنين ﴾

الحمد لله حبا وشكرا وامتنانا على البدء والختام، لم تكن الرحلة قصيرة ولا الطريق سهلا لكنني فعلتها، فالحمد لله الذي يسر البدايات وبلغنا النهايات بفضله وكرمه.

أهدي

هذا النجاح لنفسي الطموحة **"أمينة "**وإلى كل من قدم لي يد المساعدة وسعى معي لإتمام مسيرتي الدراسية...

بكل حب أهدي ثمرة نجاحي وتخرجي إلى من قال عنها المنان أن الجنة تحت أقدامها ...إلى نبع الحنان... وفيض الأمان... ومصدر العطاء ورمز الوفاء ...إلى حديقة الأقحوان التي هي أعز إنسان ورافقتني بدعواتها في كل زمان ومكان إلى ملكة قلبي وتاج رأسي

.... أمي الغالية حفظها الله....

إلى الذي علمني أن الحياة أمل وعمل إلى من تابر وضحى في سبيلي إلى الشمعة التي لطالما احترقت لتضيء دربي

.... أبي الغالي....

إلى من عشت معهم أجمل أوقات حياتي، إلى سندي وشموع دربي، إلى من شهدوا معي متاعب الدراسة وسهر الليالي

...إخوتي.." فاطمة الزهراء؛ حاج وسى؛ كوثر؛ هدى؛ يحي زكرياء "

ولا أنسى أحبتي صغار العزيزات على قلبي المؤنسات الغاليات

...بنات أختي" مريا؛ أميرة؛ رحمة "...

إلى صديقات وزميلاتي في الدراسة، رفيقات دربي في الحياة الجامعية وكل من ساعدتني في دراستي وبالأخص **" ندى، أمينة، سمية، نصيرة، فتيحة، نصيرة، هاجر...** أشكركن جزيل الشكر لمواساتي، كانت أياما جميلة ورائعة تنبع بضحك وفرح.

وأقدم شكرا خاصا وخاصا إلى صديقتي ورفيقة دربي من الطفولة حبيبتي **"إكرام"** أختي التي لم تلدها أمي، شكرا جزيلا لك على كل مساعدة ومساندة قمتي بيها لي خلال دراستي هذه حقا أقدر ذلك، حفظك الله ورعاك وجعل أيامك سعيدة مليئة بالإيجابية وفرح يا أستاذة المستقبل .

إلى جميع من أمدني بالقوة والتوجيه وأمن بي ودعمني في الأوقات الصعبة لأصل إلى ما أنا عليه الآن دمتم لي سندا لا عمر له

..."أحبكم"...

أمينة

فهرس المحتويات

الموضوع	الصفحة
شكر وعرفان	"أ"
إهداءات	"ب"
ملخص الدراسة	"ج"
فهرس المحتويات	"ح"
فهرس الجداول	"خ"
فهرس الأشكال	"ر"
فهرس الملاحق	"ر"
المقدمة	**01**

الجانب النظري	
الفصل الأول: مدخل الدراسة	
1. إشكالية الدراسة	**4**
2.تساؤلات الدراسة	**4**
3. فرضيات الدراسة	**7**
4. أهداف الدراسة	**7**
5. أهمية الدراسة	**8**
6. المفاهيم الإجرائية لمتغيرات الدراسة	**8**
7. الدراسات السابقة والتعقيب عليها	**9**

الفصل الثاني قلق المستقبل	
تمهيد	**15**
1.مفهوم القلق	**16**
2. مفهوم قلق المستقبل	**17**
3. النظريات المفسرة لقلق المستقبل	**18**
4.العوامل المؤدية القلق المستقبل	**23**
5. خصائص قلق المستقبل	**24**
6. أعراض قلق المستقبل	**26**
7. علاج قلق المستقبل	**28**
خلاصة الفصل	**31**
الفصل الثالث: اضطراب الغدة الدرقية	
تمهيد	**32**
1.مفهوم الغدد	**33**
2.تعريف الغدة الدرقية	**33**
3.التركيب التشريحي للغدة الدرقية	**34**
4.وظائف الغدة الدرقية	**36**
5. وظائف هرمونات الغدة الدرقية	**37**
6. أعراض أمراض الغدة الدرقية	**38**
7. أمراض الغدة الدرقية	**41**
8. تأثيرات الغدة الدرقية على النساء	**44**
9.أسباب خمول ونشاط الغدة الدرقية	**45**

10.تشخيص اضطرابات الغدة الدرقية	**46**
11.علاج اضطرابات الغدة الدرقية	**46**
خلاصة الفصل	**50**
الفصل الرابع الاجراءات المنهجية للدراسة	
تمهيد	**51**
1.منهج المتبع في الدراسة	**52**
2.الدراسة الاستطلاعية	**52**
3.حدود الدراسة	**53**
4.الأدوات المستعملة في الدراسة	**57**
5.الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة	**58**
6.ظروف الإجراء ومراحل تطبيق الدراسة	**60**
خلاصة الفصل	**62**
الفصل الخامس: عرض وتحليل وتفسير النتائج	
تمهيد	**63**
1.عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضية الأولى	**65**
2.عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضية الثانية	**66**
3.عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضية الثالثة	**68**
4.عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضية الرابعة	**70**
5.الاستنتاج العام	**72**
6.التوصيات والمقترحات	**74**
قائمة المراجع	**76**
قائمة الملاحق	**83**

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
(01)	يوضح توزيع عينة البحث حسب السن	54
(02)	يوضح توزيع عينة البحث حسب متغير الحالة الاجتماعية	55
(03)	يوضح توزيع عينة البحث حسب نوع مرض الغدة الدرقية	56
(04)	يوضح صدق المقارنة الطرفية لأداة الدراسة	58
(05)	يوضح ثبات ألفا كرونباخ لأداة الدراسة	59
(06)	اختبار " كا^2 " لحسن المطابقة للتحديد مستوى قلق المستقبل لدى النساء المصابات بأمراض الغدة الدرقية	64
(07)	يوضح نتائج اختبار كروكسال واليس" كا^2 " لمعرفة الفروق في قلق المستقبل تبعاً لمتغير السن.	66
(08)	يوضح نتائج اختبار كروكسال واليس" كا^2 "لمعرفة الفروق في قلق المستقبل تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية لدى النساء المصابات بأمراض الغدة الدرقية.	68
(09)	يوضح نتائج اختبار كروكسال واليس " كا^2 " لمعرفة الفروق في قلق المستقبل تبعاً لمتغير نوع المرض لدى النساء المصابات بأمراض الغدة الدرقية.	71

فهرس الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
(01)	صورة تشريحية للغدة الدرقية ومكوناتها	36
(02)	يوضح توزيع عينة البحث حسب السن	55
(03)	يوضح توزيع عينة البحث حسب متغير الحالة الاجتماعية	56
(04)	يوضح توزيع عينة البحث حسب نوع مرض الغدة الدرقية	57

فهرس الملاحق

رقم الملحق	عنوان الملحق	الصفحة
(01)	يوضح مقياس قلق المستقبل	83
(02)	يوضح نتائج **spss**	89-84

- **ملخص الدراسة:**

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن مستوى قلق المستقبل لدى النساء المصابات بأمراض الغدة الدرقية، ومعرفة ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في هذا المتغير تعزى لبعض المتغيرات الديموغرافية و العيادية المتمثلة في: (السن، الحالة الاجتماعية، ونوع المرض). ولتحقيق أهداف البحث، تم اعتماد على المنهج الوصفي، واستُخدم مقياس قلق المستقبل للباحثة "بوسعيد سعاد "كأداة أساسية لجمع البيانات بعد التحقق من خصائصه السيكومترية.

أُجريت الدراسة على عينة إجمالية قوامها (100) امرأة من المريضات المترددات على عيادتين خاصتين بأمراض الغدد الصماء والسكري بولاية غرداية؛ حيث قُسّمت العينة منهجياً إلى مجموعتين: عينة استطلاعية شملت (30) مريضة لضبط الكفاءة السيكومترية للأداة، وعينة أساسية (دراسية) قوامها (70) مريضة خضعت بياناتهن للتحليل الاحصائي برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- سجلت النساء المصابات بأمراض الغدة الدرقية مستوى متوسط من قلق المستقبل.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق المستقبل تعزى لمتغير السن، حيث ظهر القلق بشكل أشد وأعلى لدى الفئة العمرية الشابة (18-36 سنة).
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في قلق المستقبل تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في قلق المستقبل تعزى لمتغير نوع المرض (خمول، نشاط، استئصال).

وقد خَلُصت الدراسة بمجموعة من التوصيات والمقترحات؛ أبرزها ضرورة إدراج المرافقة والدعم النفسي كجزء مكمل للعلاج العضوي في العيادات والمصالح الطبية المتخصصة، وخاصة لفئة النساء الشابات.

Study summary

The present study aimed to investigate the level of future anxiety among women with thyroid disorders and to determine whether there are statistically significant differences in this variable attributable to certain demographic and clinical variables, namely: (age, marital status, and type of disorder). To achieve the research objectives, the descriptive method was adopted, and the Future Anxiety Scale developed by Bousssaid Souad was utilized as the primary tool for data collection after verifying its psychometric properties.

The study was conducted on a total sample of (100) women selected from patients attending two private clinics specialized in endocrinology and diabetes in the Ghardaia province. The sample was methodologically divided into two groups: a pilot sample consisting of (30) patients to establish the tool's psychometric efficiency, and a main (study) sample of (70) patients whose data underwent statistical analysis using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

The study yielded the following main result

- Women with thyroid disorders recorded a moderate level of future anxiety, at a rate of (50%).
- There are statistically significant differences in the level of future anxiety attributable to the age variable, where anxiety appeared more severe and higher among the younger age group (18-36 years).
- There are no statistically significant differences in future anxiety attributable to the marital status variable.
- There are no statistically significant differences in future anxiety attributable to the type of disorder variable (hypothyroidism, hyperthyroidism, thyroidectomy).

The study concluded with a set of recommendations and suggestions, most notably the necessity of integrating psychological counseling and support as a complementary part of medical treatment within specialized clinics and medical departments, especially for young women.

المقدمة

المقدمة

تعد العلاقة الوثيقة بين النفس والجسد من القضايا المركزية التي استقطبت اهتمام الفكر الطبي والنفسي عبر العصور؛ حيث يُنظر إلى الكائن الإنساني بوصفه وحدة ديناميكية متكاملة يجمع بين هذين الشقين اللذين يتفاعلان ويؤثر كل منهما في الآخر بشكل مستمر. إن هذه اللغة المتبادلة بين ما هو نفسي وما هو عضوي تظهر آثارها بجلاء في مظاهر الصحة والمرض؛ فعندما تتفاقم الانفعالات والصراعات النفسية وتتراكم لدرجة تفوق قدرة الفرد على الاحتمال، فإنها تترجم نفسها غالباً في شكل خلل وظيفي يصيب أجهزة الجسم، وهو ما يُعرف بالاضطرابات "السيكوسوماتية". وفي المقابل، فإن أي اعتلال عضوي يصيب الجسد يؤدي بالضرورة إلى اهتزاز الاستقرار النفسي للفرد، مما يدخله في حلقة مفرغة من المعاناة تتطلب آليات تكيف خاصة تختلف من شخص لآخر تبيعةً لسيره النفسي وخصائصه الذاتية.

وهذا يرى **هاليداي** أن" المرض السيكوسوماتي يتضمن كل من مسببات المرض وآلية حدوثه فمسببات المرض هي العوامل التي أثارت ردة فعل المرض ولبد أن تكون نفسية مثل فقدان عزيز. أما فيما يتعلق بالآلية، فالفرد يواجه العامل الخارجي بشكل غير مباشر عبر الحواس الخاصة وآليات التكامل في الدماغ البيني والجهاز العصبي اللاإرادي والغدد الصماء، ويسمى هذا الثالوث أحيانا النظام الغدي –النفس –عصبي أو الآلية الجسدية الانفعالية" (هاليداي،1938، ص.11)

وعرف **أبو النيل** " أن الاضطرابات السيكوسوماتية هي الاضطرابات الجسمية المألوفة لدى الأطباء والتي يحدث بها تلف في جزء من أجزاء الجسم، أو خلل في وظيفة عضو من أعضائه نتيجة اضطرابات انفعالية مزمنة نظرا لاضطراب حياة المريض والتي لا يفلح العلاج الجسمي الطويل وحده في شفائها شفاء تاما، لاستمرار الاضطراب الانفعالي، وعدم علاج أسبابه إلى جانب العلاج الجسمي. (أبو النيل ،1994، ص160)

في هذا السياق، تبرز أمراض الغدة الدرقية كواحدة من أكثر الاضطرابات السيكوسوماتية شيوعاً في العصر الحديث، حيث تشير التقارير الطبية و العيادية إلى أن نسبة تتراوح ما بين **40%** إلى **60%** من المرضى المترددين على الأطباء يعانون في الأصل من أمراض ذات جذور نفسية جسدية. وبالنظر إلى الواقع الصحي في الجزائر، نجد أن السنوات الأخيرة قد شهدت ارتفاعاً رهيباً وغير مألوف في حالات الإصابة بأمراض وسرطانات الغدة الدرقية، لاسيما لدى فئة النساء اللواتي يمثلن النسبة الأكبر من المصابين بنسبة تصل إلى (**80%** وفقاً لتصريحات المختصين **كالبروفيسور مراد سمروني**) مما يضعنا أمام ظاهرة تستوجب البحث والتقصي فيها. (سمروني ،2024، ص.4)

تُعد الغدة الدرقية واحدة من أهم الغدد الصماء في جسم الإنسان؛ وهي غدة صغيرة الحجم تشبه في شكلها الفراشة، تقع في الجهة الأمامية من الرقبة. وعلى الرغم من صغر حجمها، إلا أنها تلعب دوراً محورياً وحيوياً في تنظيم العمليات العضوية؛ فهي بمثابة جهاز ترمومتر في جسد حيث تعمل كمنظم رئيسي لعمليات الأيض (التمثيل الغذائي)، وتتحكم في معدل ضربات القلب ودرجة حرارة الجسم. كما يمتد تأثيرها المباشر ليشمل كفاءة وظائف مختلف أجهزة الجسم، بما في ذلك الجهاز الهضمي والتناسلي، وصولاً إلى دورها الجوهري في النمو البدني والعصبي للأطفال، لاسيما في تطور العضلات والأعصاب والدماغ بشكل سليم.

إن واقع الإصابة بهذا المرض وما يرافقه من تغيرات وظيفية وعلاجات طويلة الأمد، لا يقتصر أثره على الألم الجسدي فحسب، بل يمتد ليشكل تهديداً مباشراً للبناء النفسي للمرأة، مما يولد لديها حالة من فقدان الأمن النفسي تجاه الأيام القادمة، وهو ما يصطلح عليه بـ "قلق المستقبل".

إن هذا القلق المستقبل ينبع من التوجس من المجهول، والخوف المستمر من تفاقم الحالة الصحية أو العجز عن أداء الأدوار الأسرية والاجتماعية، مما يجعل المريضة تعيش في دوامة من الترقب والضغط النفسي الذي يغذي بدوره المرض العضوي.

إذ تتجلى خطورة هذا القلق في كونه يؤثر سلبا على الالتزام العلاجي "يؤدي القلق تجاه المستقبل إلى شعور المريض باليأس أو "عدم جدوى العلاج"، مما يدفع المصابين بأمراض مزمنة (مثل الغدة الدرقية أو السكري) إلى إهمال المواعيد الطبية أو التوقف عن تناول الأدوية. (شلبي،2013، ص.158)

كما يعمل على استنزاف آليات التكيف النفسي لديها مما يضعف استجابتها للعضوية للعلاج "فالمرضى الذين يعانون من مستويات عالية من قلق المستقبل يستنزفون طاقتهم النفسية في "التوجس" بدلاً من "المواجهة". هذا الاستنزاف يضعف قدرة الجهاز المناعي والجهاز العصبي على التعامل مع ضغوط المرض. (منصور،2011، ص.218)

و أشار **الزيود** "أن قلق المستقبل يعمل على رفع *عتبة الألم *النفسي؛ حيث تصبح المريضة أكثر حساسية لأي عارض جسدي بسيط، وتفسره على أنه علامة على نهاية وشيكة أو عجز كامل، مما يدخلها في حلقة مفرغة من التوتر المرضي". (الزيود،2014، ص.84)

وهذا المنطلق، وبناءً على ضرورة فهم العوامل النفسية العميقة المتزامنة مع أمراض الغدة الدرقية، جاءت هذه الدراسة لترصد ظاهرة "قلق المستقبل لدى النساء المصابات بأمراض الغدة الدرقية" والتي كانت في عيادتين مختصتين

بأمراض الغدد والسكري بولاية غرداية ضمن خطة بحث شملت "**5**"فصول تندرج ضمن جانبين الجانب النظري والجانب التطبيقي، كما اقترنت المذكرة على مقدمة، حيث يضم كلا الجانبين ما يلي:

- **الجانب النظري**: يضم ثلاثة فصول.

✓ **الفصل الأول**: خصص هذا الفصل لطرح مشكلة الدراسة واعتباراتها، متضمنًا تحديد مشكلة الدراسة وصياغة تساؤلاتها وفرضياتها، ثم بيان أهميتها وأهدافها وكذلك التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة، وأخيرًا استعراض الدراسات السابقة مع التعقيب عليها.

✓ **الفصل الثاني**: خصص هذا الفصل لقلق المستقبل وتطرقنا فيه إلى: مفهوم القلق، مفهوم قلق المستقبل، نظريات المفسرة لقلق المستقبل، أسباب قلق المستقبل، سمات قلق المستقبل، أعراض قلق المستقبل وأخيرا علاج قلق المستقبل.

✓ **الفصل الثالث**: خصص هذا الفصل للغدة الدرقية وتطرقنا فيه إلى: مفهوم الغدة، تعريف الغدة الدرقية، التركيب التشريحي للغدة الدرقية، وظائف الغدة الدرقية وأيضا تعرفنا على أمراض الغدة الدرقية، أعراض أمراض الغدة الدرقية، وتأثيرات الغدة الدرقية على النساء، تشخيص اضطرابات الغدة الدرقية وأخيرا علاج اضطرابات الغدة الدرقية.

- **الجانب التطبيقي**: يضم فصليين

✓ **الفصل الأول**: خصص هذا الفصل لعرض الإجراءات الميدانية للدراسة حيث يضم منهجية الدراسة والدراسة الاستطلاعية، وأيضا حدود الدراسة، أدوات الدراسة وأخيرا ظروف الإجراء ومراحل تطبيق الدراسة البحثية.

✓ **الفصل الثاني**: **خصص** هذا الفصل لعرض وتحليل وتفسير النتائج.

الجانب النظري

الفصل الأول: مدخل الدراسة

1. إشكالية الدراسة
2. تساؤلات الدراسة
3. فرضيات الدراسة
4. أهداف الدراسة
5. أهمية الدراسة
6. المفاهيم الإجرائية لمتغيرات الدراسة
7. الدراسات السابقة والتعقيب عليها

1-إشكالية الدراسة:

تمثل الأمراض المزمنة في العصر الراهن تحدياً يتجاوز المنظومة الطبية الحيوية التقليدية لتصبح بمثابة منعطف وجودي حاسم في حياة الفرد؛ إذ لا تقتصر تداعياتها على البعد العضوي المتمثل في الألم أو العجز الحركي، بل تمتد لتشمل إعادة تشكيل علاقة الإنسان بذاته وبجسده وبمحيطه الاجتماعي. فالتشخيص بمرض مزمن يحوِّل الأفق الزمني للمريض من فضاء مفتوح مفعم بالأمل والخطط المستقبلية إلى ساحة مهددة بخطر الانتكاس أو التدهور الصحي المستمر (Fisher & Ehlert, 2018, p. 100)، الأمر الذي يجعله يعيش حالة مستمرة من "اللايقين" يصبح فيها الجسد مصدراً للتهديد بدلاً من كونه أداة للفاعلية والنشاط.

ومن بين هذه الأمراض المزمنة التي تهدد الطمأنينة الجسدية، تبرز أمراض الغدة الدرقية كواحدة من أكثر الحالات شيوعاً وتأثيراً، خاصة لدى النساء اللواتي يُصبن بها بنسبة تفوق الرجال بـ 8 إلى 10 مرات، مع ذروة واضحة في سن الإنجاب (Pasyechko et al., 2022, p. 15).

إن هذا الاستهداف الإنساني الواضح يضعنا مباشرة أمام خصوصية سيكولوجية فريدة؛ فالغدة الدرقية ليست مجرد غدة صماء معزولة، بل هي "المنظم الانفعالي" للجسم، وبناءً على ذلك، فإن اضطراباتها لا تقف عند الخلل الهرموني البسيط، بل تمتلك قدرة استثنائية على العبور إلى النفس البشرية عبر تأثير الهرمونات الدرقية في الجهاز العصبي المركزي والناقلات العصبية، مما يجعل المزاج، والتركيز، بل وطريقة التفكير في المستقبل، رهينة لهذا الخلل الوظيفي أو البنيوي.

وتتحدد هذه الاضطرابات إكلينيكياً وفقاً لما أوردته الجمعية الأمريكية(2020) فإن الغدة الدرقية عبارة عن "مجموعة من الاضطرابات الفسيولوجية التي تصيب الغدة الصماء الموجودة في مقدمة العنق، مما يؤدي إلى خلل في إفراز هرموناتها بالزيادة أو النقصان، أو حدوث تغيرات في بنيتها التشريحية كالتضخم والعقيدات ". (American Thyroid Association [ATA], 2020, p. 12)،وتنقسم هذه الاضطرابات وظيفياً إلى قسمين رئيسيين:

الأول هو قصور الغدة الدرقية الذي يؤدي إلى تباطؤ عام في العمليات الحيوية والتمثيل الغذائي في الجسم.

والثاني هو فرط نشاط الغدة الدرقية الذي يتسبب في تسريع وتيرة الأيض بشكل حاد وفوق المعدلات الطبيعية (Melmed et al., 2019).

ومنه فإن التداخل الوثيق بين الخلل الهرموني والاضطراب النفسي يؤكد أن مسألة الفصل ما بين الأمراض العضوية والأمراض النفسية لم يعد لها وجود الآن، بعد أن ساد هذا الفصل التعسفي على الساحة العلاجية والطبية لفترات طويلة. فالطب الحديث بات يَرُدُّ معظم الأمراض الجسدية إلى العامل النفسي وضرورة التنقيب عنه لأنه يلعب الدور الرئيسي في نشأة هذه الأمراض؛ حيث يمكن للعامل النفسي أن يلعب دوراً مزدوجاً، فإما أن يساهم في تغذية دفاعات الفرد ومقاومته، أو يؤدي إلى انهيار هذه المقاومة تماماً (عكاشة، 1998، ص. 609).

وتأسيساً على ذلك، تبرز أهمية المقاربة السيكوسوماتية التي لا تعني أن المرض "متخيل" أو "نفسي المنشأ" بالضرورة، بل تؤكد على التشابك العضوي–النفسي الوثيق؛ حيث تصبح الحالة النفسية قادرة على إحداث أعراض جسدية حقيقية، والتأثير في مسار المرض العضوي، وإعادة تشكيل سلوك المريض تجاه العلاج (Marchetti et al., 2025, p. 3). وفي هذا الصدد، تكشف الأبحاث الحديثة لعام 2025 أن أكثر من نصف النساء المصابات (58.7%) يعانين من اضطراب الأعراض الجسدية، أي أن قلقهن الوجودي يترجم إلى شكاوى جسدية تزيد من تعقيد الحالة الإكلينيكية (نفس المرجع السابق، ص.4). مما يجعل القلق هنا عاملاً سيكوسوماتياً بامتياز يؤثر ويتأثر بالمرض.

يشير ريتشارد م. سوين إلى أن هذه المجموعة من الاضطرابات السيكوسوماتية هي عبارة عن حالات تكون فيها الاضطرابات في بنية الجسم راجعة أساساً إلى الاضطرابات الانفعالية، وهو ما يؤكد حقيقة العلاقات القائمة والجدلية بين النفس والجسم؛ إذ إن الجهاز العصبي المستقل قد يفشل في إعداد وتهيئة الجسم لمواجهة حالة الطوارئ التي يتعرض لها الفرد آنذاك، مما يؤدي إلى تفجر حالة من القلق يعجز الجسم عن مواجهتها، والتي قد تنعكس سلباً على أجهزة الجسم المختلفة (ريتشارد م. سوين، 1979، ص. 433-434).

وقد توصلت الملاحظات والدراسات المتعمقة إلى إظهار حقيقة أن الكثير من الأمراض التي تأخذ شكلاً عضوياً بحتاً –مثل فيروسات الكبد والسرطان كمثال –أصبح يتم التعامل معها الآن على ضرورة أخذ العامل النفسي في الاعتبار؛ لدرجة ذُكر معها أن الجسم يستطيع عن طريق أجهزته المناعية التخلص من فيروس (C) تماماً عند بدء الإصابة لدى أكثر من 18% من المرضى، كون تطورات المرض بعد ذلك تعتمد كلياً على قدرة أجهزة المناعة على إحباط محاولة تزايد أعداد الفيروسات وقدرتها التدميرية البطيئة على الكبد. وكذلك الحال بالنسبة لمرض السرطان؛ فإذا أصيب المريض به، يرتفع عدد ضحايا الخلايا التائية الكابتة (T–الكابي) فتنخفض تبعاً لذلك قدرة المناعة، وهو ما يشجع على استفحال وتوحش السرطان. ومن هنا، نبه الكثير من الباحثين إلى التأثيرات المرضية الوخيمة

للانفعالات المزعجة كالقلق، والاكتئاب، وقلة الحيلة على إرادة الحياة لدى المرضى، وكيف تؤثر أساليب المواءمة سلباً على جهاز المناعة إذا ما تعرض الفرد لأحداث وضغوط شديدة (جبر، 2005، ص. 90).

وإذا كان القلق في صورته العامة يمثل خوفاً غير محدد من خطر في الحاضر، فإن قلق المستقبل –باعتباره امتداداً لهذه الانفعالات المزعجة –هو خوف موجه نحو "الزمن الآتي"، ونحو ما يمكن أن يحمله الغد من تهديدات للصحة، والعمل، والأسرة. وهو مؤلم بشكل خاص لدى النساء المصابات بأمراض مزمنة لأنه يمس عناصر الهوية الأنثوية والاجتماعية في آن واحد (Bi et al., 2025,p.5).

فتعرفه الجمعية الأمريكية السيكولوجية قلق المستقبل بأنه: خوف أو توتر أو ضيق ينبع من توقع خطر ما يكون مصدره مجهولاً إلى درجة كبيرة أو غير واضح المصدر، ويصاحب كل من القلق والخوف متغيرات تسهم في تنمية الأحاسيس والشعور بالخطر (المومني ونعيم، 2013، كما ورد في بلكيلاني،2018، ص.45).

وهو ما يتوافق مع ما ذهب إليه "**الحسيني** "حين عرّفه بأنه: خبرة انفعالية غير سارة يمتلك الفرد خلالها خوفاً غامضاً نحو ما يحمله الغد الأكثر بعداً من صعوبات، والتنبؤ السلبي للأحداث المتوقعة، والشعور بالانزعاج والتوتر والضيق عند الاستغراق في التفكير فيها، والشعور بأن الحياة غير جديرة بالاهتمام مع الشعور بفقدان الأمن أو الطمأنينة نحو المستقبل (الحسيني، 2011، ص. 25).

وحين تسقط هذه الخبرة الانفعالية على واقع المريضة في بيئة محافظة مثل "غرداية"، تتداخل لديها الهواجس الصحية مع الضغوط والالتزامات الاجتماعية؛ فتتساءل في قلق: هل سأتمكن من القيام بأعباء كمريضة المنزل؟ هل سيؤثر مرضي على استقرار أسرتي أو فرصي في الإنجاب؟ وهل سينظر إليّ المجتمع غير مستقرة؟ إن هذه التساؤلات ليست مجرد أفكار عابرة، بل هي "نسق معرفي قلق" يُعطل التوافق النفسي والاجتماعي للمرأة في هذه المنطقة.

وقد أولى التراث البحثي اهتماماً كبيراً بقلق المستقبل، إلا أن النتائج جاءت متباينة وتدعو للتأمل؛ فبينما أكدت دراسة بوخالفة فريحة (2017) ودراسة سارة قعيد (2022) على وجود مستويات مرتفعة من قلق المستقبل لدى المرضى المزمنين، نجد أن دراسة لحرش دارين وشيكر رميسة (2024) قد حددت أبعاداً دقيقة لهذا القلق تشمل "قلق الموت واليأس". ومن جهة أخرى، نجد أن الدراسات التي تناولت المتغيرات الوسيطة مثل دراسة بن عمار وخميلوش (2024) ودراسة بوسعيد سعاد (2014) قد أشارت إلى دور المرونة النفسية والحالة الاجتماعية، لكنها تركت الباب مفتوحاً ولم تجب بدقة حول كيفية تأثر هذا القلق بنوع الاضطراب الدرقي نفسه إن كان قصوراً أو فرط نشاط، في حين سلطت الدراسات العيادية مثل دراسة شتيح حسينة (2022) الضوء على استراتيجيات المواجهة، مما يوحي بأن هناك تفاعلاً واستجابات مستمرة بين المريضة ومرضها.

غير أن الإضافة الجوهرية التي تطرحها دراستنا الحالية –تتجاوز بها الطرح التقليدي للدراسات السابقة –هي احتمال وجود "علاقة ثنائية الاتجاه"؛ حيث لا يكون قلق المستقبل مجرد نتيجة مترتبة على المرض، بل قد يكون عاملاً مساهماً في نشأته وتفاقمه عبر الخلل الذي يحدثه في المحور الهرموني نتيجة الإجهاد المزمن. ومن هنا، فإن إجراء هذه الدراسة في ولاية غرداية يهدف بالدرجة الأولى إلى سد الفجوة البحثية المتعلقة بخصوصية هذه المنطقة سوسيو–ثقافياً، وفهم كيف تنظر المرأة المصابة لمستقبلها في ظل هذا المرض السيكوسوماتي المعقد، تبعا لطبيعة قصور أو فرط نشاط غدتها الدرقية.

1–التساؤل العام:

- ✓ ما مستوى قلق المستقبل لدى النساء المصابات بأمراض الغدة الدرقية؟

التساؤلات الفرعية:

- ✓ هل يختلف مستوى قلق المستقبل باختلاف السن لدى النساء المصابات بأمراض الغدة الدرقية؟
- ✓ هل يختلف مستوى قلق المستقبل باختلاف متغير الحالة الاجتماعية لدى النساء المصابات بأمراض الغدة الدرقية؟
- ✓ هل يختلف مستوى المستقبل باختلاف نوع مرض الغدة الدرقية لدى النساء المصابات بأمراض الغدة الدرقية؟

2–الفرضية العامة:

- ✓ مستوى قلق المستقبل لدى النساء المصابات بمرض الغدة الدرقية مرتفع.

الفرضيات الفرعية:

- ✓ يختلف مستوى قلق المستقبل باختلاف السن لدى النساء المصابات بمرض الغدة الدرقية.
- ✓ يختلف مستوى قلق المستقبل باختلاف الحالة الاجتماعية لدى النساء المصابات بمرض الغدة الدرقية.
- ✓ يختلف مستوى قلق المستقبل باختلاف نوع المرض الغدة الدرقية لدى النساء المصابات بأمراض الغدة الدرقية.

3–أهداف الدراسة:

- ✓ تحديد مستوى قلق المستقبل ما إذا كان مرتفع لدى النساء المصابات بأمراض الغدة الدرقية.

- ✓ تحديد إذ كانت توجد فروق في مستويات قلق المستقبل لدى النساء المصابات بأمراض الغدة الدرقية باختلاف متغير السن.
- ✓ تحديد إذ كانت توجد فروق في مستويات قلق المستقبل لدى النساء المصابات بأمراض الغدة الدرقية باختلاف الحالة الاجتماعية.
- ✓ تحديد إذ كانت توجد فروق في مستويات قلق المستقبل لدى النساء المصابات بأمراض الغدة الدرقية باختلاف نوع مرض الغدة الدرقية.

4-أهمية الدراسة:

- معرفة مدى تأثير مرض الغدة الدرقية على الصحة النفسية للمرأة وما يسببه من قلق مستمر خصوصا قلق المستقبل وحالات الأخرى مثل الاكتئاب.
- معرفة ما إذا كان مرض الغدة الدرقية مثله مثل الأمراض المزمنة الأخرى يسبب خوفا دائما والتوتر المستمر بشأن تطور الحالة للأسواء وصعوبة الالتزام بعلاج.
- تعرف على مدى تأثير المتغيرات النفسية المتعلقة بالمستقبل منها قلق المستقبل التي يعاني منها فئة مصابين بأمراض المزمنة كالمرض الذي أدرسه اضطرابات الغدة الدرقية أكثر من المتغيرات النفسية المتعلقة بالحاضر والماضي.
- تبرز الأهمية من خلال تسليط الضوء حصراً على فئة النساء، نظراً لكون اضطرابات الغدة الدرقية ليست مجرد خلل هرموني بل تؤدي إلى اضطرابات نفسية تعرقل مسار الحياة.
- تبرز الأهمية من خلال تسليط الضوء حصراً على فئة النساء، نظراً لكون اضطرابات الغدة الدرقية ليست مجرد خلل هرموني بل تؤدي إلى اضطرابات نفسية تعرقل مسار الحياة.

5-المفاهيم الإجرائية:

- **تعريف قلق المستقبل:** هو خوف وتوتر شديد بمجرد التفكير بما سيجري في المستقبل وأحداثها وهذا بسبب تصورات المغلوطة والأفكار السلبية والمعتقدات الخاطئة نتيجة تجارب سلبية أو نشأة خاطئة وتربية غير متزنة. وهوما ما سيكشفه مقياس قلق المستقبل للطالبة بوسعيد سعاد في دراستنا الحالية.
- **تعريف مرض الغدة الدرقية:** هي إحدى أهم الغدد الصماء ذات الإفراز الداخلي، تقع تشريحياً في الناحية الأمامية من الرقبة محيطة بالقصبة الهوائية.

حيث تعتبر كوحدة بيولوجية حيوية تتولى مسؤولية تنظيم عمليات الأيض (التمثيل الغذائي) في الجسم، من خلال استخلاص عنصر اليود من الدورة الدموية لتحويله إلى هرمونات أساسية) الثيروكسين T_4 وثلاثي يود الثيرونين .(T_3 ويُستدل على كفاءة أدائها الوظيفي من خلال قياس مستويات هذه الهرمونات في الدم، ومدى تأثيرها على النمو والنشاط البدني والعقلي للفرد. "

6-الدراسات السابقة:

دراسة بوسعيد سعاد (2014):

سعت هذه الدراسة إلى استكشاف طبيعة العلاقة بين المرونة النفسية وقلق المستقبل لدى النساء اللواتي يعانين من اضطرابات الغدة الدرقية في مدينة ورقلة. ولتحقيق هذا الهدف، اعتمدت الباحثة على الاستبيان كأداة أساسية لجمع البيانات، وشملت عينة الدراسة (68) امرأة مصابة بهذه الاضطرابات. كما وظّفت الدراسة مقياسين؛ الأول لقياس المرونة النفسية والثاني لقياس قلق المستقبل (كلاهما من إعداد مجموعة من الباحثين)، مستندةً في تحليلها إلى المنهج الوصفي المقارن.

وقد خلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج الأساسية:

- غياب العلاقة الارتباطية: لم تظهر النتائج أي علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين المرونة النفسية وقلق المستقبل لدى المريضات.
- الفروق في المرونة النفسية: تبين عدم وجود فروق دالة إحصائياً في مستويات المرونة النفسية تُعزى لمتغيرات الحالة الاجتماعية أو السن.
- الفروق في قلق المستقبل: أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في قلق المستقبل بناءً على الحالة الاجتماعية، وكانت هذه الفروق لصالح النساء المتزوجات.
- نجد أيضا، أنه لم تظهر أي فروق دالة إحصائياً في قلق المستقبل تُعزى لمتغير السن. (بوسعيد،2014، ص46-108).

دراسة بوخالفة فريحة(2017):

سعت هذه الدراسة للتعرف على مستويات قلق المستقبل لدى المرضى الذين يعانون من القصور الكلوي المزمن في مدينتي تقرت و ورقلة، وبحث مدى تأثر هذا القلق ببعض المتغيرات الديمغرافية (الجنس، السن، والحالة الاجتماعية).

تكونت عينة الدراسة من (100) مريض ومريضة بالقصور الكلوي من المترددين على مصلحة تصفية الدم في المدينتين المذكورتين. ولجمع البيانات، اعتمدت الدراسة على مقياس قلق المستقبل من إعداد الباحث "غالب رضوان"، ووظفت المنهج الوصفي الاستكشافي.

وقد أسفرت الدراسة عن النتائج الأساسية التالية:

- مستوى قلق المستقبل: أظهرت النتائج أن أغلبية مرضى القصور الكلوي المزمن يعانون من مستوى مرتفع من قلق المستقبل بنسبة 59%، في حين سجلت نسبة 41% مستوًى منخفضاً.
- الفروق حسب الجنس: عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق المستقبل بين المرضى باختلاف الجنس (ذكور، إناث).
- الفروق حسب السن: عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في قلق المستقبل تعزى لمتغير السن بمختلف فئاته (15-25، 26-40، 41-50، 51 فما فوق).
- الفروق حسب الحالة الاجتماعية: عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في قلق المستقبل باختلاف الحالة الاجتماعية للمرضى (أعزب، متزوج، مطلق، أرمل). (بوخالفة،2017، ص4-46).

دراسة شتيح حسينة (2022):

سعت هذه الدراسة في التعرف على استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى المرأة المصابة باضطراب الغدة الدرقية. ونظراً لطبيعة الدراسة التي عمقت البحث في حالات محددة، فقد تكون مجتمع الدراسة من عينة قصدية صغيرة شملت (3) نساء مصابات بمرض الغدة الدرقية.

اعتمدت الباحثة في جمع بياناتها على أدوات بحثية متعددة تمثلت في: مقياس استراتيجيات المواجهة (Coping)، المقابلة النصف موجهة، بالإضافة إلى مقياس الضغط النفسي (P.S.Q) من إعداد الباحث (Levenstien, 1993). وتماشياً مع حجم العينة وطبيعة الأهداف، استندت الدراسة إلى المنهج العيادي (الإكلينيكي).

وقد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

- وجود استراتيجيات فعالة: خلصت النتائج إلى أن هناك استراتيجيات فعالة ومحددة تعتمد عليها المرأة المصابة بمرض الغدة الدرقية لمواجهة الضغوط النفسية المرتبطة بمرضها.
- ملاحظة حول الصياغة الأصلية: يُلاحظ أن النص الأصلي احتوى على نقطة ثانية تبدو متناقضة ظاهرياً مع الأولى في صياغتها الحالية ("لا توجد استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى المرأة المصابة بمرض

الغدة الدرقية")، ولكنها تُفهم سياقياً في المنهج العيادي على أنها تعني غياب أو نقص استراتيجيات مواجهة معينة (أو غياب نمط موحد وثابت) لدى الحالات المدروسة، حيث تختلف آليات التعامل من مريضة لأخرى بناءً على الفروق الفردية. (شتيح،2022، ص.69-83).

دراسة أم الخير نين ومنال مزار (2022):

اهتمت هذه الدراسة الميدانية باستكشاف طبيعة العلاقة الارتباطية بين الضغط النفسي وقلق المستقبل لدى المرضى المصابين بالأورام السرطانية في بيئتين محليتين هما مدينتا ورقلة والوادي.

شملت عينة الدراسة (80) مريضاً ومريضة من المصابين بالأورام السرطانية. ولتحقيق أهداف البحث، اعتمدت الباحثتان على مقياسين؛ الأول لقياس قلق المستقبل (من إعداد الباحثة دعاء جهاد شهلوب، 2015)، والثاني لقياس المرونة النفسية (من إعداد الطالب عبدلي عامر، 2014)، مع الإشارة إلى أن صياغة النتائج ركزت لاحقاً على أبعاد الضغط والقلق. وقد وُظّف في هذه الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي، وجرت معالجة البيانات الإحصائية باستخدام حزمة (SPSS).

وقد أسفرت الدراسة عن النتائج الأساسية التالية:

- مستويات المتغيرات: أظهرت النتائج أن مرضى الأورام السرطانية يعانون من مستوى متوسط من الضغط النفسي، ومستوى متوسط أيضاً من قلق المستقبل.
- العلاقة الارتباطية: وُجدت علاقة ارتباطية طردية ذات دلالة إحصائية وبدرجة متوسطة بين الضغط النفسي وقلق المستقبل؛ مما يعني أنه كلما ارتفعت معدلات الضغط النفسي لدى المرضى، رافق ذلك ارتفاع متوسط في مستوى قلقهم تجاه المستقبل.
- الفروق حسب الجنس: عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويي الضغط النفسي وقلق المستقبل تعزى لمتغير الجنس.
- الفروق حسب السن: عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغط النفسي تعزى لمتغير السن.
- في حين وُجدت فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق المستقبل تُعزى لمتغير السن.
- الفروق حسب مدة العلاج: عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويي الضغط النفسي وقلق المستقبل تعزى لمتغير مدة العلاج. (نين.مزار،2022، ص.11-68-69) .

دراسة سارة قعيد ووداد عوني ودنيا قعيد ورندة قدور وصابرين جابو (2022):

سعت هذه الدراسة إلى الكشف عن مستويات قلق المستقبل لدى مرضى السرطان في ولاية الوادي. واشتملت عينة الدراسة على (80) مريضاً ومريضة من المترددين على مركز مكافحة السرطان (رزقي بشير).

اعتمدت الدراسة في جمع بياناتها على مقياس قلق المستقبل (من إعداد الباحث)، واستندت في إجراءاتها المنهجية إلى المنهج الوصفي.

وقد أسفرت الدراسة عن النتائج الأساسية التالية:

- مستوى قلق المستقبل: أظهرت النتائج أن مرضى السرطان يعانون من مستوى مرتفع من قلق المستقبل.
- الفروق حسب الجنس: عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات قلق المستقبل بين المرضى تتبع متغير الجنس (ذكر/أنثى).
- الفروق حسب وضعية العمل: تبين عدم وجود فروق في درجة قياس قلق المستقبل لدى المرضى باختلاف وضعيتهم المهنية (يعمل/لا يعمل).
- الفروق حسب الحالة الاجتماعية: عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات القلق تُعزى للمتغير الاجتماعي (متزوج/أعزب). (قعيد وآخرون،2022، ص.3).

دراسة لحرش دارين وشيكر رميسة (2024):

سعت هذه الدراسة في استكشاف طبيعة ومستويات قلق المستقبل لدى الشباب المصابين بمرض السكري من النمط الأول (1). ونظراً للتوجه الإكلينيكي للدراسة، فقد تكون مجتمع البحث من عينة قصدية صغيرة شملت (3) حالات من الشباب المصابين بهذا المرض.

اعتمدت الباحثتان في جمع البيانات على أدوات عيادية وتشخيصية مكملة، تمثلت في: المقابلة نصف الموجهة، ومقياس قلق المستقبل من إعداد الباحثة "زينب محمود شقير". وتماشياً مع أهداف البحث وخصائص العينة، استندت الدراسة إلى المنهج العيادي (الإكلينيكي).

وقد خلصت الدراسة إلى النتائج المفصلة التالية على مستوى الحالات المدروسة:

- مستوى قلق المستقبل العام: أظهرت النتائج أن هناك حالتين (2) تعانيان من مستوى مرتفع من قلق المستقبل، في حين سجلت حالة واحدة (1) مستوًى متوسطاً.
- مظاهر وأبعاد القلق لدى الحالات: تبين من خلال التحليل العيادي المفصل أن الشباب المصابين بالسكري من النمط الأول يعانون من أبعاد نوعية للقلق تمثلت في:

- معاناة حالة واحدة (01) من القلق المتعلق بالمشكلات الحياتية المستقبلية.
- معاناة حالة واحدة (01) من قلق الصحة وقلق الموت.
- معاناة حالة واحدة (01) من القلق الذهني (قلق التفكير في المستقبل).
- معاناة حالة واحدة (01) من اليأس في المستقبل.
- معاناة حالة واحدة (01) من الخوف من الفشل في المستقبل. (لحرش.شيكر،2024، ص.46-83).

دراسة كردودة يحي حسام الدين (2024):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى قلق المستقبل لدى مرضى القصور الكلوي الخاضعين لتصفية ب مستشفى ب الجامعي ب مستغانم، حيث كان عدد أفراد مجتمع الدراسة (3) حالات يعانون من مرض القصور الكلوي المزمن استخدمت هذه الدراسة المقابلة العيادية ودراسة حالة ومقياس قلق المستقبل من "إعداد زينب شقير" واعتمدت في دراستها على المنهج العيادي، توصلت إلى النتائج التالية:

- يعاني مرضى القصور الكلوي من مستوى منخفض من قلق المستقبل.
- لا توجد فروق في قلق المستقبل لدى العجز الكلوي حسب متغير "الجنس".
- لا توجد فروق في قلق المستقبل لدى مرضى العجز الكلوي حسب متغير "السن". (كردودة ،2024، ص.5).

دراسة بن عمار سهيلة و خمبلوش فطيمة (2024):

سعت هذه الدراسة الميدانية في استكشاف العلاقة الارتباطية بين المرونة النفسية وقلق المستقبل لدى المراهقين الذين يعانون من أمراض مزمنة. وقد اشتمل مجتمع الدراسة وعينتها على (36) مراهقاً ومراهقة من المصابين بمرض مزمن.

استخدمت الباحثتان في جمع البيانات مقياسين علميين؛ الأول لقياس المرونة النفسية (من إعداد Boudrias, Brenet)، والثاني لقياس قلق المستقبل (من إعداد Vignol et Pascal Mallet, 2012). وتماشياً مع طبيعة الأهداف المصاغة ، استندت الدراسة إلى المنهج الوصفي الارتباطي.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج الأساسية التالية:

- مستويات المتغيرات: أظهرت النتائج أن المراهقين المصابين بمرض مزمن يتمتعون بمستوى مرتفع من المرونة النفسية، في حين يمتلكون مستوًى متوسطاً من قلق المستقبل.
- العلاقة الارتباطية: أسفرت النتائج عن عدم وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين المرونة النفسية وقلق المستقبل لدى أفراد العينة.

- الفروق في المرونة النفسية: تبين أن مستوى المرونة النفسية لدى المراهقين المصابين بمرض مزمن لا يختلف باختلاف المتغيرات التالية: (الجنس، المستوى الاقتصادي، ومدة الإصابة بالمرض).
- الفروق في قلق المستقبل: وبالمثل، أظهرت النتائج أن مستوى قلق المستقبل لا يختلف أيضاً وفقاً لاختلاف المتغيرات الديمغرافية والصحية ذاتها (الجنس، المستوى الاقتصادي، ومدة الإصابة). (عمار.خملوش،2024، ص.3).

- **التعقيب على الدراسات السابقة:**

- **من حيث موضوع:**

اعتمدت جميع الدراسات السابقة مع موضوع دراستنا في متغير قلق المستقبل ومتغير مرض الغدة الدرقية بينما هناك دراسات أخرى اضافت متغير آخر مثل: دراسة بوسعيد سعاد(2014)، ودراسة زياد فاطمة ونويجم مروة (2016) ودراسة بن عمار سهيلة و خمبلوش فطيمة (2024).

- **من حيث عينة الدراسة:** اتفقت دراسة بوسعيد سعاد(2014) ودراسة زياد فاطمة ونويجم مروة (2016) وأيضا دراسة شتيح حسينة (2022) مع دراستنا للعينة، واختلفت الدراسات الأخرى مع دراستنا.
- **من حيث منهج الدراسة:** اتفقت دراسة بوسعيد سعاد (2014) ودراسة بوخالفة فريحة (2017) ودراسة نين أم الخير ومزار منال (2022) ودراسة سارة قعيد ووداد عوني ودنيا قعيد ورندة قدور وصابرين جابو (2022) ودراسة بن عمار سهيلة و خمبلوش فطيمة (2024)، مع دراستنا في المنهج المطبق وهو المنهج الوصفي. واختلفت الدراسات الأخرى مع دراستنا حيث استخدموا المنهج العيادي.
- **من حيث أدوات الدراسة:** استخدمت دراستنا مقياس قلق المستقبل الخاص بنساء المصابات بأمراض الغدة الدرقية من إعداد طالبة بوسعيد سعاد، حيث اختلفت جميع الدراسات مع دراستنا في هذا المقياس واستخدمت مقايس وأدوات عيادية أخرى.
- **من حيث النتائج:** أغلب الدراسات توصلت إلى أن عينة البحث يعانون من قلق المستقبل بمستويات مختلفة، وهذا ما سنتوصل إليه دراستنا.

الفصل الثاني: قلق المستقبل

تمهيد.

1. مفهوم القلق.
2. مفهوم قلق المستقبل.
3. النظريات المفسرة لقلق المستقبل.
4. عوامل المؤدية إلى قلق المستقبل.
5. خصائص قلق المستقبل.
6. أعراض قلق المستقبل.
7. علاج قلق المستقبل.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

يُعد قلق المستقبل أحد المتغيرات النفسية المعاصرة التي حظيت باهتمام متزايد في الأبحاث العلمية، نظراً لما يتركه من تأثيرات عميقة في حياة الفرد وسلوكه، حيث يُعرَّف بأنه حالة من التوتر والانفعال المصحوب بتوقعات سلبية تجاه الأحداث القادمة، مما يؤدي إلى الشعور بعدم الأمان وفقدان القدرة على التحكم في مسار الحياة. وتبرز أهمية دراسة هذا المتغير في كونه يؤثر في الصحة النفسية، والتحصيل الدراسي، والمهني، وجودة اتخاذ القرارات المصيرية، كما يرتبط ارتباطاً وثيقاً بمتغيرات أخرى مثل تقدير الذات، ومستوى الطموح، وفعالية الذات، والصلابة النفسية واستراتيجيات مواجهة الضغوط، مما يجعله محوراً خصباً لفهم السلوك البشري والتنبؤ به في ظل المتغيرات السريعة والتعقيدات التي يشهدها العصر الحديث.

وفي هذا الفصل سنتطرق إلى مفهوم قلق المستقبل، أسبابه، مظاهره، والنظريات المفسرة لقلق المستقبل، وأيضا سنتعرف على أعراض قلق المستقبل وأخيرا مختلف طرق علاج قلق المستقبل.

1- مفهوم القلق:

أ-لغةً:

يُقصد بالقلق في صيغته الفعلية: الاضطراب، التوتر، والنزق. أما كاسم، فيدلّ على الشعور بالضيق والحَرَج النفسي (مجمع اللغة العربية، 2004، ص. 752، بتصرف).

ب-اصطلاحاً:

➢ من وجهة نظر سيجموند فرويد:

يرى "فرويد" أن القلق يُمثّل حالة من الخوف المبهم والشديد الذي يسيطر على الفرد، مسبباً له مشاعر الكدر، والضيق، والألم النفسي، والانزعاج. فالشخص القلق يقع دائماً أسير التوقعات السلبية، والتشاؤم، والتوتر الدائم، ممّا يدفعه تدريجياً نحو فقدان الثقة بالنفس. (السيد عثمان، 2001، ص. 18، بتصرف).

وفي سياق تفصيله لهذه الظاهرة، قسّم "فرويد" القلق إلى نوعين رئيسيين:

القلق الموضوعي: وهو استجابة طبيعية ورد فعل ناتج عن مصدر خارجي أو أحداث ضاغطة تشكل خطراً حقيقياً على الفرد.

القلق العصابي: وهو نمط مرضيّ ينبع من الداخل، حيث يتولد نتيجة شعور باطني بعدم الارتياح والراحة النفسية (المرجع نفسه، ص. 18، بتصرف).

➢ من وجهة نظر كارل يونغ:

من زاوية أخرى، يذهب "كارل يونغ" إلى اعتبار القلق عبارة عن ردود أفعال طبيعية تظهر عندما تجتاح الأفكار غير العقلانية المنبثقة من "اللاشعور الجمعي" وعي الإنسان. فالفرد قد لا يؤمن بوجود الأشباح كحقائق ملموسة، لكنه حين يمرّ بمقبرة ليلاً، تهاجمه مشاعر تلقائية من الخوف والوجل؛ وهذا التناقض يُفسّر ما يُعرف بـ "غزو اللاشعور الجمعي" للمظهر السلوكي الواعي. (زهران، 2005، ص. 217، بتصرف).

2- مفهوم قلق المستقبل:

-**مفهوم المستقبل:** يُقصد بـ "المستقبل" ذلك المدى الزمني الذي يُعبر عما سيأتي من أحداث ووقائع لم تحدث بعد، وهو المقابل الموضوعي للزمن الماضي. وقد ساهم الفلاسفة الأوائل بشكل ملحوظ في تطوير هذا المفهوم ضمن الدراسات المستقبلية الحديثة؛ إذ يُنظر إلى المستقبل كزمن آتٍ وممتد أمام الأفراد، شأنه شأن الماضي والحاضر، بل إن الحاضر في حقيقته ما هو إلا وعاء يحمل في طياته بذور المستقبل. (عبد السجاد عبد السادة، 2011، ص. 335، بتصرف).

-مفهوم قلق المستقبل:

- **يرى "بيك"** أن قلق المستقبل يُمثل نمطاً من الاضطراب المقلق الذي يهدد بشكل مباشر سلامة الفرد الصحية وإنتاجيته ومستوى أدائه. وينشأ هذا القلق نتيجة لتعقيدات الحياة المعاصرة، وتراكم الضغوط المتزايدة، ومتطلبات العيش اليومية؛ الأمر الذي يؤدي في نهاية المطاف إلى خلل في التوازن النفسي والعقلي للفرد، وتنعكس آثاره سلباً على سلوكه وبنيته الجسدية. (محمد بكر، ص.155، بتصرف).
- **منظور زالسكي:**

يصنف "زالسكي" قلق المستقبل كأحد تجليات المخاوف الإنسانية الكبرى (مثل: قلق الموت، والقلق الاجتماعي، وقلق الانفصال). إلا أنه يميزه عن بقية المخاوف الأخرى؛ فبينما ترتبط الأنواع التقليدية من القلق بفترات زمنية محددة و ضيقية كالدقائق أو الساعات، فإن قلق المستقبل يمتد لآفاق زمنية بعيدة ويأخذ شكل حالة مستمرة من التوجس، والخوف، وفقدان الطمأنينة. كما يتغذى على التغيرات غير المرغوبة المتوقعة غداً، وفي مستوياته الحادة والقصوى، قد يتحول إلى شعور عارم بتهديد وجودي كأنه كارثة حتمية ومحققة تقترب من حياة الشخص. (أحمد، 2013، ص. 188، بتصرف).

- **تعريف زينب محمود شقير:**

تُعرّف "شقير" قلق المستقبل بوصفه عبئاً ثقيلاً أو اضطراباً نفسياً يتجذر في الخبرات والتجارب الماضية غير السارة. ويترافق هذا الاضطراب مع تشويه وتحريف في الإدراك المعرفي للواقع وللذات، من خلال استحضار دائم للذكريات والتجارب السلبية السابقة، وتضخيم الجوانب السلبية على حساب الإيجابيات والمقومات الذاتية أو البيئية.

إن هذه الآلية المشوهة تضع الفرد في حالة مستمرة من التوتر وانعدام الأمان، وقد تقوده إلى جلد الذات وتدميرها، والوقوع في فخ العجز والتعميم السلبي للفشل، وتوقع الكوارث المستمر. وينتهي به المطاف إلى التشاؤم

من القادم، والخوف المستمر من المشكلات الاجتماعية والاقتصادية المتوقعة، واجترار الأفكار السوداوية المرتبطة بالموت واليأس (النور إبراهيم، محمود، 2006، ص. 66، بتصرف).

- **تعريف سعود ناهد:**

تُقدم الباحثة "ناهد" قلق المستقبل بوصفه إطاراً تفسيرياً تنبثق منه نظرات وتصورات سلبية يتبناها الفرد حيال ما قد تحمله الأيام القادمة من أحداث. وقد تهيمن هذه المواقف التشاؤمية على البنية النفسية للشخص وتستمر معه لفترات زمنية معينة، حيث يعبر عنها بمخاوف وأفكار سوداوية مرتبطة بما يخبئه له الغد (بكار، 2017، ص. 809، بتصرف).

3- النظريات المفسرة لقلق المستقبل:

- **نظرية التحليل النفسي:**

نظرية التحليل النفسي:

يُرجع "**سيجموند فرويد**" الجذور الأولى لظاهرة القلق إلى "صدمة الولادة"؛ حيث يتولد لدى الرضيع منذ اللحظات الأولى لخروجه إلى العالم شعور بالفزع والتوتر، يترافق مع خوف دفين من عجز "الهو" (المستودع الغريزي) عن إشباع رغباته ونزعاته الأساسية.

ومن رحم هذه التجربة الوجودية الأولى، تتشكل لدى الفرد أنماط سلوكية وردود أفعال جديدة، فضلاً عن حالات شعورية تظهر بشكل جلي عند مواجهة أي تهديد أو خطر مستقبلي محتمل؛ ويحدث هذا تحديداً عندما يدرك الفرد عجزه وقصور آلياته الدفاعية عن تجاوز قلقه والسيطرة عليه.

وفي هذا السياق، يرى "فرويد" أن الفرد عندما يتعرض لموقف ينطوي على خطر حقيقي، فإنه يستحضر تلك التوقعات والمخاوف السابقة ويسقطها على المواقف المستقبلية المشابهة. أما في الأحوال التي يقتصر فيها الأمر على مجرد "الشعور بالخطر" دون وقوعه فعلياً، فإن هذا الشعور يؤدي وظيفة إنذارية؛ إذ يعتبر بمثابة إشارة تحذيرية تُحفز "الأنا" وتدفعه للاستعداد والتأهب النفسي لمواجهة هذا الخطر وتجاوزه.

وقد صاغ "فرويد" أطروحته حول القلق من خلال منظورين أساسيين هما:

- يرى المنظور الأول أن القلق يمثل تعبيراً واعياً ومترجماً عن ديناميكية "الليبيدو" (الطاقة الحيوية والنزعات الغريزية الجوهرية التي تولد مع الإنسان).
- يشير المنظور الثاني إلى أن حضور "الأنا الأعلى" يمثل مرجعية هامة لتفسير القلق؛ حيث يجسد الأنا الأعلى منظومة القيم والمبادئ الأخلاقية، بالإضافة إلى بقية الجوانب المكونة للشخصية.

وتأسيساً على ما سبق، يخلص "فرويد" إلى أن السمة الأبرز للقلق تكمن في "توقع الخطر المستقبلي"؛ فالقلق يرتبط ارتباطاً وثيقاً بآلية التوقع، نظراً لأن استشراف المخاوف يُعد أحد المصادر الرئيسية المغذية لحالة القلق لدى الإنسان (الحمداني، 2011، ص. 162-163، بتصرف).

أما الفرد أدلر يرى أن:

يرى "أدلر" أن السلوك الإنساني تتحدد دافعيته وتوجهاته بناءً على غايات المستقبل وتوقعاته؛ إذ يصر على أن الأهداف المستقبلية التي يرسمها الفرد لنفسه تفوق في أهميتها وتأثيرها أحداث الماضي وتجاربه السابقة. وقد عمّق "أدلر" أطروحته من خلال عقد مقارنة بين الفرد السوي الذي يمتلك المرونة الكافية لتحرير نفسه من سطوة الأوهام والتخيلات الذاتية ومواجهة الواقع بموضوعية عندما تقتضي الضرورة، وبين الفرد غير السوي الذي يظل أسيراً لها.

ويُرجع "أدلر" الجذور الأولى لنشأة القلق إلى مرحلة الطفولة المبكرة، ويربطه أساساً بمشاعر "النقص الجسمي" التي تحرك لدى الطفل إحساساً عميقاً بعدم الأمان؛ هذا الإحساس لا يلبث أن يتسع ليعمم على الجانبين النفسي والاجتماعي للفرد. وأمام هذا الشعور الضاغط بالاضطراب وفقدان الاستقرار، يتولد لدى الفرد قلق متزايد من المستقبل، وهو ما يدفع الأنا بآلياته التعويضية للعمل الجاد والمستمر من أجل تجاوز هذا النقص وإعادة التوازن النفسي (نفس المرجع السابق، ص. 162-163، بتصرف).

- **النظرية السلوكية:**

ينظر رواد المذهب السلوكي إلى قلق المستقبل بوصفه نتاجاً لخبرة متعلمة مكتسبة، ويُفسرونه في ضوء مبادئ وقوانين التعلم؛ حيث تُشكل الأسرة البيئة والمصدر الأول الذي يتشرب منه الفرد هذه الاستجابات، فالقلق تبعاً لذلك يتم اكتسابه وتدعيمه تماماً كأي سلوك آخر في الحصيلة البشرية (سيد أحمد، 2018، ص. 74، بتصرف).

وفي السياق ذاته، يرى "بافلوف وواتسون" أن القلق يؤدي دوراً مزدوجاً في توجيه السلوك؛ فهو من جهة يمثل دافعاً ومحفزاً يوجه النشاط، ومن جهة أخرى يعمل كمصدر تعزيز من خلال السعي لخفض حدة التوتر الناجم عنه.

وتأسيساً على ذلك، فإن آليات العقاب تؤدي إلى كف السلوكيات غير المرغوبة، مما يساهم في تشكيل القلق الذي يأخذ هنا صفة التعزيز السلبي الهادف إلى تعديل السلوك وتقويمه.

ولعل من أبرز ما شدد عليه السلوكيون هو التعامل مع القلق كاستجابة شرطية مؤلمة تنبثق عن مواقف محددة تختزل مصادر القلق لدى الإنسان (ابن مريجة، 2021، ص. 48، بتصرف).

وقد ساق السلوكيون نماذج لمواقف حياتية اعتيادية يمكن أن تصبح بيئة خصبة لنمو القلق وتطوره، ومنها: المواقف التي تفتقر إلى الإشباع النفسي والبيولوجي، أو تعرض الفرد في طفولته لظروف وتجارب قاسية مشحونة بالخوف والتهديد دون أن يرافقها آليات تكيف ناجحة؛ الأمر الذي ينعكس سلباً على توازنه ويقوده إلى حالة من عدم الارتياح الانفعالي، والتوتر، واهتزاز الاستقرار النفسي (شلهوب، 2016، ص. 39، بتصرف).

- **النظرية الانسانية:**

يُركز الاتجاه الإنساني على جوهر الطبيعة البشرية، وينظر إلى الإنسان ككائن متميز وفريد يحمل في طياته خصائص إيجابية أصيلة. ويشدد رواد هذا الاتجاه على أن "تحقيق الذات" وتأكيد الوجود الشخصي يمثلان القوة الداعمة والمحركة والمحور الأساسي والغاية الأسمى في حياة الفرد.

ومن هذا المنطلق، يرى الفكر الإنساني أن القلق يتولد نتيجة لأحداث راهنة يعيشها الفرد، أو أحداث يتوقع حدوثها مستقبلاً؛ حيث تشكل هذه الأحداث والظروف تهديداً مباشراً للوجود الإنساني ولإنسانيته، وتعرقل مساعيه نحو بلوغ أهدافه وتحقيق كينونته، مما يحول دون قدرته على تحقيق ذاته بالشكل الأمثل.

ويذهب أصحاب هذا المذهب إلى أن القلق في جوهره يمثل خوفاً من المجهول الذي يخبئه المستقبل، ومن الأحداث المتوقعة التي قد تعصف بوجود الإنسان أو تخدش إنسانيته. وبناءً على ذلك، فإن القلق ينبع بالدرجة الأولى من "التوقعات المستقبلية لما قد يحدث"، وليس مجرد نتاج مستوحى من ماضي الفرد أو خبراته السالفة (شامخ، مهدي صالح، 2011، ص. 71، بتصرف).

وفي السياق ذاته، **يرى "كارل روجرز"** أن جذور القلق تمتد من حالة عدم التطابق بين الذات الواقعية والخبرة الحقيقية التي يمر بها الفرد؛ فحينما يفتقر الشخص إلى هذا الانسجام، يقع في فخ سوء التوافق النفسي، مما يجعله هشاً وعرضة للقلق والتهديد الوجودي. ونتيجة لذلك، يضطر الفرد للجوء إلى سلوكيات وآليات دفاعية لحماية نفسه.

وينشأ القلق بدقة عندما يشعر الفرد بتعارض وفجوة بين خبراته المعيشة وبين بنية ذاته وشروط الأهمية (شروط القيمة) التي دمجها في داخله. بعبارة أخرى، يعيش الفرد أزمة القلق حينما يواجه حدثاً يهدد بنيته النفسية؛ ومن أبرز العوامل المغذية لهذا القلق هو إخفاق الفرد في العثور على معنى حقيقي لحياته أو هدف يبرر وجوده، فإذا ما تملكه العجز عن إيجاد هذا المعنى، تكون النتيجة الحتمية وقوعه فريسة مستمرة للقلق والاضطراب (نفس المرجع السابق، ص. 71، بتصرف).

- **النظرية المعرفية:**

لا تتوقف النظريات المعرفية عند حدود رصد السلوك الظاهري أو ما يفعله الأفراد، بل تغوص عميقاً لتفسير "الكيفية" التي يدرك بها الناس أنفسهم والعالم من حولهم. ويمثل هذا الاتجاه "**جورج كيلي**" صاحب نظرية البنى الإدراكية (المحاور الشخصية)؛ حيث تؤكد هذه المقاربة أن التفسير الحقيقي للسلوك يكمن في الطريقة التي يستوعب بها الفرد الأشخاص والأحداث المحيطة به ويؤولها. فالتركيز هنا ينصب على العمليات المعرفية التي تُمكن الشخص من فهم الوقائع الجارية وتنظيمها، ومن ثم تشكيل مفاهيمه الخاصة عن القلق وقلق المستقبل.

وتأسيساً على ذلك، يتم تفسير الأعراض العصابية في ضوء علاقتها الوثيقة بالبنية الشخصية والمعرفية التي يبنيها الفرد لنفسه؛ إذ يُشدد هذا الطرح على أن الفرد يقع فريسة للقلق عندما يجد نفسه عاجزاً عن استيعاب الخبرات والمواقف الاجتماعية التي تواجهه في بيئته، أو عندما يعجز عن تفسيرها من خلال بنائه المعرفي الخاص. بعبارة أخرى، عندما يفشل الفرد في توقع الأحداث بدرجة مقبولة من الكفاية، فإنه يخفق في التعامل المرن مع العالم من حوله، مما يمهد الطريق لظهور القلق واعتلال الاستقرار النفسي (نفس المرجع السابق، ص. 73، بتصرف).

وفي سياق متصل، يُقدم "**آرون بيك**" نموذجاً متميزاً من خلال أطروحته حول "الثالوث المعرفي" للاكتئاب، مشيراً إلى النمط الثاني الخاص بـ "النظرة التشاؤمية للمستقبل". ويقصد بذلك تبني الفرد لاتجاهات وتصورات معرفية يطبعها الخوف الدفين من القادم، والتوجس المستمر من سوء الأحوال، وغياب مشاعر السعادة.

وينطلق هذا النمط من معتقدات سلبية مركزية يطورها الفرد حول ذاته، مثل شعوره بأنه غير كفء، أو عديم النفع والقيمة؛ وهي أفكار وتشويهات معرفية تتشكل جذورها الأولى خلال مرحلتي الطفولة والمراهقة، وتتغذى على خبرات صادمة مثل: فقدان أحد الوالدين، أو التعرض للنبذ والرفض الاجتماعي من قِبل الأقران، أو المرور بسلسلة متتالية من الأحداث المأساوية الحياتية (الحمداني، 2011، بتصرف).

وتأسيساً على ما سبق، فإن هذه المنظومة من الأفكار الخاطئة والتفسيرات المشوهة، والتي تتمحور في جوهرها حول التهديد المستقبلي المتوقع، تؤدي حتماً إلى إثارة مشاعر الخوف العارم، وتدفع بالفرد إلى الوقوع تحت وطأة حالة مزاجية وانفعالية سلبية ومستمرة (الكريدس سالم علي، 2015، ص. 238، بتصرف).

- **النظرية الفيزيولوجية:**

تُرجع هذه النظرية أعراض القلق النفسي إلى التغيرات البيولوجية الناتجة عن زيادة نشاط الجهاز العصبي المستقل (اللاإرادي) بشقيه: السمبثاوي و الباراسمبثاوي. حيث تؤدي هذه الاستثارة إلى رفع مستويات هرموني "الأدرينالين" و "النورأدرينالين" في مجرى الدم، وهو ما يتزامن مع تدفق السكر في الدم وظهور شحوب ملحوظ على الجلد نتيجة لانقباض الأوعية الدموية الحشوية، فضلاً عن زيادة إفراز العرق، وجفاف الحلق، مع ميل التنفس لأن يصبح أعمق وأسرع لتلبية حاجة الجسم من الأكسجين.

أما المظاهر الفسيولوجية المرتبطة بنشاط الجهاز "الباراسمبثاوي"، فتبدو جلية في كثرة التبول، وحالات الإسهال، وزيادة الحركات المعوية، بالإضافة إلى وقوف الشعر كاستجابة انفعالية، واضطرابات واضحة في وظيفتي الهضم والشهية، واختلال نمط النوم الطبيعي. ويتميز القلق الفسيولوجي بدرجة عالية من اليقظة المرضية وتيقظ الانتباه في أوقات الراحة، مصحوباً ببطء في آليات التكيف النفسي والجسدي مع الكرب (الضغوط)؛ أي أن الأعراض الفسيولوجية لا تتراجع بسهولة عند استمرار تعرض الفرد للإجهاد والضغط، نظراً لوجود صعوبة حقيقية في التكيف مع المرض.

ومن الناحية التشريحية، يُعتبر "الهيبوثلاموس" (تحت المهاد) هو المركز الأعلى والمسؤول عن تنظيم أنشطة الجهاز العصبي اللاإرادي، كما أنه يمثل بؤرة التعبير عن الانفعالات المختلفة؛ حيث يقع في اتصال دائم ومستمر مع المخ الحشوي (الجهاز الحوفي). ومن خلال هذا الترابط، يعمل الهيبوثلاموس أيضاً كمركز لوعي وإدراك الانفعالات نتيجة اتصاله الوثيق بقشرة المخ، والتي يتلقى منها التوجيهات والتعليمات اللازمة للتكيف مع المنبهات والمثيرات الخارجية.

وتأسيساً على ذلك، تنشأ دائرة عصبية متكاملة ومستمرة بين قشرة المخ، والهيبوثلاموس، والمخ الحشوي؛ ومن خلال هذه الدائرة، يتم التعبير عن الانفعالات والشعور بها. وتعمل هذه الدائرة العصبية عبر إشارات وشحنات كهربائية، بالإضافة إلى الموصلات العصبية (الناقلات الكيميائية) المسؤولة عن تنظيم هذه الاستجابات، وفي مقدمتها: السيروتونين، والنورأدرينالين، و الدوبامين، والتي ترتفع نسب تركيزها وإفرازها في هذه المراكز العصبية الحيوية مقارنة بأي جزء آخر من الدماغ (القاضي، 2009، ص. 14، بتصرف).

4- العوامل المؤدية لقلق المستقبل:

يُمكن النظر إلى قلق المستقبل بوصفه نتاجاً مباشراً لمنظومة من الأفكار والأنماط التفسيرية اللاعقلانية؛ حيث يتغذى هذا الاضطراب على التوجس المستمر والخوف الدفين من الأحداث السلبية المتوقع حدوثها غداً. ويترافق هذا التوجس مع مشاعر حادة من الارتباك، والغموض، وتوقع الأسوأ دائماً، وهو ما يجسد "النظرة السلبية للحياة" وتجلياتها على البنية النفسية للفرد (المحسن، 2007، ص. 120، بتصرف).

وفي هذا الصدد، يشير العجمي (2004) إلى أن الأسباب الكامنة وراء تشكل قلق المستقبل لدى الأفراد تعود في مجملها إلى مجموعة من العوامل الأساسية، والتي نوردها بالتفصيل فيما يلي:

- ضعف القدرة على تحقيق الأهداف والطموحات: عجز الفرد عن بلورة خططه واقعياً أو إخفاقه المتكرر في الوصول إلى غاياته، مما يولد لديه شعوراً بانسداد الآفاق المستقبلية.
- فقدان الاهتمام بالحياة: فقدان المعنى والدافعية الوجودية، حيث تتلاشى القيمة الافتراضية للمستقبل في نظر الفرد ويغدو كل شيء باهتاً ومحبطاً.
- عدم القدرة على فصل الأماني عن التوقعات المبنية على الواقع: الوقوع في فخ خلط الرغبات الشخصية والآمال الوردية بالحقائق الموضوعية؛ الأمر الذي يؤدي إلى صدمات نفسية متتالية عند الاصطدام بالواقع.
- نقص القدرة على التنبؤ بالمستقبل، وغياب المعلومات الكافية لبناء الأفكار، وتشوه الأفكار الحالية: العيش في حالة من التخبط المعرفي الناجم عن شح البيانات التنبؤية، مما يدفع الأنا إلى ملء هذه الفراغات بتأويلات مشوهة وتصورات حالية مغلوطة.
- الشعور بعدم الانتماء داخل الأسرة والمجتمع: أزمة الاغتراب النفسي والاجتماعي؛ حيث يفتقر الفرد إلى شبكة الدعم العاطفي والاجتماعي الأساسية التي تمنحه الأمان لمواجهة الغد.
- عدم القدرة على التكيف مع المشاكل التي يعاني منها: ضعف المرونة النفسية وقصور الآليات الدفاعية أو التوافقية في التعامل مع الضغوط والأزمات الحياتية الراهنة.
- الشعور بعدم الأمان والإحساس بالتشتت: حالة من الهشاشة الداخلية وفقدان الاستقرار الوجودي، تجعل الفرد يشعر بأنه يعيش في بيئة مهددة ومجزأة.
- مشكلة في الوالدين والقائمين على رعايته، وعجزهم عن حل مشاكله: اضطراب العلاقة مع نسق التنشئة الوالدية، حيث يعجز المحيط الأسري عن توفير بيئة حامية أو تقديم حلول للأزمات التي يمر بها الفرد في صغره.

- التفكك الأسري: انهيار البنية الأسرية الحاضنة، وهو ما يدمر الركيزة الأولى للأمان النفسي ويجعل المستقبل يبدو للأبناء كفضاء محفوف بالمخاطر والتهديدات (العجمي، 2004، بتصرف).

ويصنف جبران أسباب قلق المستقبل كما يلي:

- أسباب شخصية: تنبع من اللحظة التي يتحول فيها المستقبل بعد أن كان مصدراً لبلوغ الطموحات وتحقيق الآمال إلى مصدر دائم للتوجس والخوف. وينشأ هذا التحول نتيجة شعور الفرد بالعجز وقلة الحيلة في السيطرة على مشكلاته الحياتية وإدارتها.
- أسباب اجتماعية: يتأثر قلق المستقبل في حدته وتجلياته بالفروق الاجتماعية والمؤثرات البيئية المحيطة بالفرد. وتُعد مرحلة الطفولة من أهم المراحل الحرجة الحساسة في هذا الجانب، نظراً لكونها الحجر الأساس الذي يتأثر بنسق بناء الجهاز النفسي وتوافقه.
- زيادة الأعباء أو الصعوبات التي يواجهها الفرد في الحياة يتجلى هذا بسبب تراكم الضغوط الحياتية اليومية التي تضع الفرد في مواجهة مستمرة مع بيئته، مما يجعل نظرته وتوقعاته للمستقبل تكتسي بطابع تشاؤمي سوداوي.
- أسباب اقتصادية: يمثل التدهور الاقتصادي، وظهور الأزمات المرتبطة بالبطالة، وأزمات السكن وغيرها من المشكلات المادية، عاملاً سلبياً حاداً يعصف بالاستقرار النفسي؛ إذ تؤدي هذه الأزمات إلى إضعاف قدرات الشباب، وترشيد طاقاتهم، وتعرقل توظيف إمكاناتهم التي تمثل في الأصل عماد القوة البنائية لأي مجتمع (جبران ظلافيع، 2016، ص. 44، بتصرف).

5- خصائص القلق المستقبل:

إن لقلق المستقبل العديد من الانعكاسات المقلقة التي تظهر بشكل واضح على سمات الفرد وسلوكه؛ فهو بمثابة حاجز معرفي يحجب عنه رؤية إمكاناته الحقيقية، ويحرمه من تقييم قدراته الذاتية بشكل موضوعي. ونتيجة لهذا التشوه الإدراكي، يعجز الفرد عن وضع أهداف واقعية تتماشي مع طموحاته، مما يعيق حتماً مساعيه نحو تحقيق أهدافه المستقبلية المرجوة، ويحرمه من الوصول إلى مشاعر السعادة والرضا.

وفي هذا السياق، يشير "**حسانين** "إلى جملة من الخصائص والسمات البارزة التي يتسم بها الأشخاص الذين يعانون من قلق المستقبل، والتي نوردها بالتفصيل كالتالي:

- التركيز الشديد على أحداث الوقت الحاضر أو الانشغال بأحداث الماضي: عجز الفرد عن الاستثمار السوي في الزمن؛ فإما أن يستغرقه الحاضر بضغوطه، أو يرتد نحو الماضي هرباً من مواجهة استحقاقات الغد.
- الانتظار السلبي لما قد يقع: الاستسلام لآلية الانتظار والترقب، حيث يظل الشخص رهيناً لتوقعاته دون اتخاذ أي خطوة عملية لتغيير واقعه.
- الانسحاب من الأنشطة البناءة وتجنب المخاطرة: الميل إلى الكف السلوكي والابتعاد عن المبادرات والمشاريع المثمرة، خوفاً من الفشل المحتمل.
- التمسك بالظروف الروتينية والأساليب المألوفة في مواجهة الحياة: اللجوء إلى أنماط سلوكية مكررة وجامدة، كنوع من الحماية الذاتية المفرطة ضد أي تغيير قد يحمله المستقبل.
- اتخاذ إجراءات وقائية مبالغ فيها للمحافظة على الوضع الراهن بدلاً من الإقدام على الفرص: تفضيل البقاء في "منطقة الراحة" وتأمين الحاضر بشكل دفاعي، على حساب استغلال الفرص المستقبلية وتطوير الذات.
- تفعيل الآليات الدفاعية الذاتية كالإزاحة والكبت: الاعتماد غير الواعي على الحيل النفسية لتخفيف حدة التوتر الداخلي، ومحاولة حجب الحالات والانفعالات السلبية عن حيز الشعور.
- استغلال العلاقات الاجتماعية لتأمين المستقبل الشخصي: السعي نحو بناء شبكة علاقات وظيفية نفعية، يهدف الفرد من ورائها إلى حماية نفسه وتحصين غده من المفاجآت.
- الانطواء والوقوع تحت سقف الحزن والتردد المستمر: الميل نحو العزلة النفسية، والعيش في حالة مزاجية كئيبة تترافق مع تذبذب حاد وعجز عن اتخاذ القرارات الحاسمة.
- التوجس من التحولات الاجتماعية والسياسية المتوقعة: سيطرة المخاوف المرتبطة بالبيئة الخارجية الكبرى، والخوف من الانعكاسات المحتملة لتلك التغيرات على الاستقرار الشخصي.
- صلابة الرأي والتعنت الفكري: الجمود المعرفي وغياب المرونة في تقبل الآراء البديلة، كآلية تعويضية يفرض بها الفرد سلطته وسيطرته الوهمية على محيطه.
- الاستثارة الانفعالية السريعة وظهور الانفعالات لأبسط الأسباب: الهشاشة النفسية وسرعة التفاعل مع المثيرات البسيطة، مما يعكس حالة التوتر الداخلي الكامن والجاهز للانفجار عند أي احتكاك.
- التشاؤم المستمر: سيطرة النظرة السوداوية؛ حيث يعيش الخائف من المستقبل في وهم دائم يجعل الأخطار محدقة به من كل جانب، فلا يتوقع من قادمه إلا الشر.

- أزمة الثقة بالآخرين: اهتزاز ركيزة الأمان الاجتماعي لدى الفرد، مما يقوده إلى إساءة الظن بالمحيطين به، وينتهي به الأمر حتماً إلى التصادم والنزاع معهم (إبراهيم، 2019، ص 121، بتصرف).

6- أعراض قلق المستقبل:

تتجلى أعراض قلق المستقبل في صورة استجابات انفعالية ومعرفية تتسم باتخاذ الفرد اتجاهاً نفسياً سلبياً ومهدداً نحو قادمه الأيام، أو من خلال سيطرة هواجس وتوقعات حادة تثير في أعماقه مشاعر الخوف والاضطراب. وتتبدى أبرز هذه المظاهر العامة فيما يلي:

- التوجس الدائم وترقب حدوث الأسوأ والكوارث بصورة مستمرة.
- هيمنة النزعة التشاؤمية تجاه أي تحول أو تغيير يطرأ على مجرى حياته، ومواجهة القرارات المصيرية بنوع من التردد والتوجس.
- الشعور بالاغتراب والضياع المعرفي، مترافقاً مع غياب الرؤية الواضحة والجهل بما ينبغي عليه فعله لإدارة حياته.
- صعوبة بالغة في التعبير عن الذات والإفصاح عن المكنونات النفسية بسلاسة.

➢ وتتفرع هذه الأعراض لتشمل عدة أبعاد نفسية وجسدية، ونفصل أولها كالتالي:

1-الأعراض النفسية:

تظهر هذه الأعراض بوضوح من خلال سيطرة المخاوف الوجودية الكبرى، وفي مقدمتها الخوف من الموت، والتوجس المستمر من عدم القدرة على مواجهة متطلبات الحياة المستقبلية بثبات وإيجابية. هذا الضغط المستمر يقود حتماً إلى اهتزاز ركيزة الثقة بالنفس، ويجعل الفرد يشعر بعجز حقيقي أمام استحقاقات الغد.

وتتداخل ضمن هذا البعد مشاعر التوتر والاضطراب الناجمة عن التحولات الاجتماعية والسياسية المتوقعة في البيئة المحيطة، والتي تترافق مع تقلبات حادة في المزاج وطابع من الحزن المكتوم. كما يسيطر على الفرد إحساس عميق باليأس، وتراجع تقدير الذات، مما يدفعه إلى الانكفاء على نفسه والانسحاب التدريجي من التفاعلات الاجتماعية.

وفي مستويات متقدمة من المعاناة، تنعكس النظرة السوداوية على تفاصيل الحياة اليومية؛ حيث يفقد الفرد قدرته على الاستمتاع بالحاضر، ويبدأ بإهمال نظافته الشخصية ومظهره الخارجي كإشارة عيادية على وطأة الأزمة

الداعمة، وصولاً إلى الوقوع في فخ احتقار الذات واجترار الأفكار الانتحارية كحل زائف للهروب من عبء ذلك المستقبل المهدد (المطيري، 2021، ص. 473، بتصرف).

وتنقسم هاته الأعراض إلى:

2-الأعراض الجسدية:

تتمثل الأعراض الجسدية في مجمل الملاحظات الإكلينيكية التي تظهر من خلال ردود الأفعال البيولوجية والفيزيولوجية للجهاز العضوي للفرد (إبراهيم، 2019، ص. 29). وتتبدى هذه الردود عيادياً في شحوب وتغير تعابير الوجه التي تترجم مشاعر الخوف الداخلي، مترافقة مع تسارع ملحوظ في ضربات القلب، وارتفاع في ضغط الدم، وزيادة في معدل التنفس مع شعور مستمر بالاختناق. كما يصاحب ذلك جفاف في الحلق، وصعوبة في البلع، وآلام متفرقة في المعدة والأمعاء، بالإضافة إلى كثرة التبول والرغبة المستمرة فيه نتاج التوتر الحاد (الشرافي، 2013، ص. 38، بتصرف)

3-الأعراض المعرفية:

تجسد الأعراض المعرفية تلك الحالة التي يتسم فيها الفرد بالقلق الدائم والتوتر المتواصل، نتيجة سيطرة الأفكار السلبية والمعتقدات الخاطئة والمشوهة في ذهنه. يقود هذا التدفق السلبي إلى تشوش العمليات الفكرية، مما يجعل الشخص ينظر إلى مجريات حياته بنظرة تشاؤمية تامة؛ حيث يتنامى لديه الخوف من فقدان السيطرة على وظائفه الجسدية أو العقليّة (بداوي، 2015، ص. 127، بتصرف). وتظهر هذه المظاهر المعرفية بشكل واضح من خلال التطرف في إصدار الأحكام، والجمود في الاستنتاجات، والوقوع في فخ المغالطات المعرفية والتشوهات الإدراكية عند مواجهة المواقف الحادة والصادمة (المطيري، 2021، ص. 473، بتصرف).

4-الأعراض السلوكية:

تتبدى الأعراض السلوكية في صورة مظاهر داخلية تنعكس وتتجسد في سلوكيات الفرد بطرق مختلفة ومتنوعة؛ حيث يتجمد نشاطه السلوكي ويتحول إلى نزوع مستمر نحو تجنب والمبادرة. ويظهر ذلك عيادياً في حرص الفرد على تحييد نفسه والابتعاد التام عن كافة المواقف المحرجة أو المثيرات التي تحرك لديه هواجس القلق وتستثير توجسه (إبراهيم، 2019، ص. 29).

5-الأعراض الاجتماعية:

يتأثر البعد الاجتماعي للفرد بشكل ملحوظ؛ حيث تظهر الأعراض في صورة افتقار واضح للمبادرة والإيجابية في المواقف الاجتماعية المختلفة، إلى جانب مواجهة صعوبات بالغة في تكوين روابط وعلاقات جديدة. ونتيجة لذلك، يغدو التفاعل الاجتماعي للفرد محدوداً وضيقاً، ويتسم بقلة الرغبة في المشاركة والاندماج مع الآخرين، فضلاً عن العجز عن التعبير السلس عن الذات. هذا النسق من الصعوبات يقود الفرد حتماً نحو الشعور بالوحدة النفسية والانكفاء على النفس عبر الانسحاب الاجتماعي، وهو ما ينعكس سلباً وبشكل حاد على مستوى الرضا عن العلاقات الاجتماعية لديه (المطيري، 2021، ص. 473-474، بتصرف).

7- علاج قلق المستقبل:

من المنظور العيادي، يُعد قلق المستقبل اضطراباً يلقي بظلاله الثقيلة على مؤشرات الفرد الصحية وتوافقية أدائه وإنتاجيته، مما يتسبب في إلحاق أضرار بالغة بسلامته على الصعيدين النفسي والجسدي. هذا التدهور يستلزم تدخلاً علاجياً شاملاً يقوم على أساس المواجهة المنهجية والمعالجة النفسية الممنهجة، والعمل على ابتكار وتطبيق أساليب واستراتيجيات فاعلة تهدف إلى استئصال بؤر هذا الاضطراب أو الحد من شدته (المشيخي، 2009، ص. 57، بتصرف)

وفي هذا الإطار، يرى الأقصري (2002) إمكانية الاستعانة بعدة طرق وفنيات علاجية وسلوكية لمجابهة هواجس الخوف والتحرر من وطأة القلق المرتبط بالغد، ومن أبرز هذه الفنيات السلوكية ما يلي:

1.7 أسلوب تقليل الحساسية الممنهج (تحصين تدريجي ضد القلق):

تُعد هذه التقنية واحدة من أبرز فنيات العلاج السلوكي المعتمدة، وتقوم فكرتها الجوهرية على حث الفرد على تخيل المثير أو الموقف المقلق الذي يخشى حدوثه في مستقبله. يعقب عملية التخيل هذه إدخال المريض في حالة استرخاء عضلي عميق لكسر الرابط العصباني بين المثير واستجابة القلق. حيث يُطلب من المسترشد استحضار صورة بصرية حية لسيناريوهات المخاوف وتأكيدها، والاحتفاظ بتلك الصورة الذهنية لمدة 15 ثانية متواصلة، مع التركيز على تكرار هذه العملية لتعزيز قدرته على مواجهة تلك المخاوف دون توتر عارم (حسين، 2012، ص. 130، بتصرف)

وحيث إن الأفراد الذين يعانون من مستويات حادة من قلق المستقبل ومخاوف الغد يواجهون في البداية صعوبات واضحة في الوصول إلى الاسترخاء بشكل فعال، فإنهم يصبحون ملزمين بالخضوع لبرامج تدريبية مطولة

تمتد لساعات طويلة، حتى يتمكنوا من إخضاع عضلاتهم لآلية الاسترخاء العميق، وضمان نجاعة هذه الطريقة العلاجية في خفض حدة الاضطراب (الشرافي، 2013، ص. 39، بتصرف).

2.7 أسلوب الإغراق (الغمر التخيلي):

ترتكز هذه التقنية العلاجية على استراتيجية المواجهة الفعلية والمباشرة للمخاوف عبر الخيال، ودون اللجوء مسبقاً إلى فنية الاسترخاء العضلي. وتعتمد الآلية الإكلينيكية هنا على توجيه المصاب بقلق المستقبل نحو تخيل حدوث أسوأ السيناريوهات والمخاوف التي تؤرقه بشكل مكثف ومبالغ فيه.

ويتم تكرار هذه العملية التخيلية لفترات زمنية ممتدة حتى يصل القلق إلى ذروته ثم يبدأ في الهبوط تدريجياً نتيجة الإنهاك الانفعالي، مما يدفع النسق النفسي والجسدي إلى التكيف مع الموقف. ومع استمرار التكرار، تعتاد الأنا على المثير المعرفي وتتلاشى الاستجابة المرضية، فلا يصبح الموقف المتوقع مصدراً للخوف أو القلق العُصابي. ومن خلال هذا التعرض التخيلي المكثف، يتعلم الفرد ذهنياً ومعرفياً كيف يواجه الأزمات ويتعامل معها بكفاءة، مما يجعله في نهاية المطاف مؤهلاً ومستعداً لمواجهتها واقعياً في حال حدوثها مستقبلاً (بن مريجة، 2021، ص. 64، بتصرف)

3.7. أسلوب إعادة التنظيم المعرفي:

أسلوب إعادة التنظيم المعرفي:

تُعد هذه التقنية بمثابة ركيزة علمية متينة أثبتت نجاعتها وتتابعها التطبيقي في الوسط العيادي، بعد أن حققت نجاحات لافتة في مساعدة الأفراد الذين يعانون من تيار قلق المستقبل ومخاوفه الحادة. تنطلق هذه الفنية من ملاحظة إكلينيكية مفادها أن المتوجسين من الغد يستغرقون عادةً في نمط "التفكير السلبي الدائم"، وهو المسار المعرفي المشوه الذي يقودهم حتماً إلى الوقوع في أسر حالات القلق والخوف المستمر (جمال أحمد، 2018، بتصرف).

وبناءً على ذلك، تعتمد هذه الطريقة بشكل جوهري على تفكيك هذه الأفكار التلقائية السلبية المستحوذة واستبدالها ببنى معرفية بديلة وأفكار إيجابية عقلانية، إلى جانب إحلال توقعات متوازنة ومبشرة بدلاً من تلك النتائج السلبية المقلقة التي ينسجها خيال الفرد. يسهم هذا التحول المعرفي بشكل فعال في تحرير الإنسان من قلق المستقبل، مانحاً إياه شعوراً دافئاً بالراحة، والاستقرار الوجودي، والطمأنينة النفسية للغد (أحمدان القاضي، 2009، ص. 34، بتصرف).

4.7 أسلوب الإرشاد الانتقائي:

يمثل الإرشاد الانتقائي توجهاً مرناً يتجاوز قوالب النظرية الواحدة؛ حيث تقوم هذه العملية العلاجية على هندسة برامج مرنة تهدف إلى تحويل المشاعر السلوكية والانفعالية للفرد من صبغتها السلبية القاتمة إلى مسارات إيجابية متوازنة، مع العمل على إحلال مشاعر التفاؤل والتقبل محل المشاعر السلبية المقيدة.

وتسعى هذه الفنية إلى تصحيح "الصور العقلية" المشوهة والمعتقدات الوعائية الخاطئة التي يتبناها الفرد حول مستقبله، وذلك من خلال توليفة متكاملة من التقنيات الإكلينيكية، ومن أبرزها:

- أسلوب الانطفاء: لإخماد وتفكيك السلوكيات والاستجابات الانفعالية المرضية المرتبطة بالمخاوف.
- آلية الغمر المعرفي: لمواجهة الأفكار المقلقة والتحرر من وطأتها.
- التعزيز بنوعيه السلبي والإيجابي: لإعادة بناء السلوك التوافقي ودعم دافعية الشخص نحو الإقدام والاستثمار السوي في زمنه القادم (سيراج قدور، 2019، ص. 5، بتصرف).

خلاصة الفصل:

قلق المستقبل ليس وليد اليوم، بل ظل ملازمًا للإنسان منذ القدم، لكنه حظي باهتمام كبير مؤخرًا لاختلاف أسبابه. يتمحور هذا القلق في العقل حول أفكار سلبية متشائمة توقع الشخص في مخاوف غير منطقية مما سيأتي به المستقبل.

و اليوم أصبح هذا القلق رفيقًا لحياتنا اليومية بسبب التغيرات المضطربة في بلادنا. وتُعد النساء الأكثر تأثرًا بذلك، بالنظر إلى مسؤولياتهن الأسرية والمهنية المتعددة، مما يضاعف لديهن الهواجس المستقبلية حيال أبنائهن واستقرار أسرهن. ويختلف تأثير هذا القلق من امرأة لأخرى حسب نظرتها للحياة وقدرتها على مواجهة الضغوط.

الفصل الثالث: اضطراب الغدة الدرقية

تمهيد.

1. مفهوم الغدد.
2. تعريف الغدة الدرقية.
3. تركيب التشريحي للغدة الدرقية.
4. وظائف الغدة الدرقية.
5. وظائف هرمونات الغدة الدرقية.
6. أعراض اضطرابات الغدة الدرقية.
7. أمراض الغدة الدرقية.
8. تاثيرات الغدة الدرقية على النساء
9. أسباب خمول ونشاط الغدة الدرقية.
10. تشخيص اضطرابات الغدة الدرقية.
11. علاج اضطرابات الغدة الدرقية.

خلاصة الفصل

تمهيد:

تُصنَّف الغدة الدرقية كواحدة من أبرز الغدد الصماء وأكثرها حيوية في الجسم البشري، حيث تحظى بمكانة مركزية بالنظر إلى حجمها وتأثيراتها الوظيفية المتشعبة. وتتولى هذه الغدة مسؤولية تنظيم وتوجيه العمليات الحيوية الأساسية، وفي مقدمتها عمليات التمثيل الغذائي (الأيض)، فضلاً عن دورها الجوهري في ضبط النمو والتطور العضوي. وتؤدي هذه الأدوار المحورية عبر إفراز هرموناتها المتخصصة وعلى رأسها هرمون "الثايروكسين" والتي تعتمد كيميائياً على توفر عنصر اليود بشكل أساسي.

ومثلها كمثل سائر الأعضاء الحيوية، قد تتعرض الغدة الدرقية لجملة من الاختلالات والاعتلالات المرضية التي تعيق كفاءتها الوظيفية. ومن المنظور العيادي الحديث، تُدرج اضطرابات الغدة الدرقية كنموذج بارز للأمراض السيكوسوماتية (النفس جسدية) التي تشهد تنامياً ملحوظاً في عصرنا الراهن، نظراً للارتباط الوثيق والتبادل الحاد للأثر بين الاضطراب الهرموني والبيئة الانفعالية والنفسية للفرد.

وسنعمل من خلال هذا الفصل على تسليط الضوء الإكلينيكي على الغدة الدرقية، متناولين بالبحث والدراسة خصائصها البنيوية، ووظائفها الفسيولوجية، مع تعرف على مختلف الأمراض الدرقية. كما سنعمل على تتبع انعكاساتها وتأثيراتها العميقة على الحالة النفسية للنساء بشكل خاص، وصولاً إلى استعراض الآليات المعتمدة في تشخيص هذه الاضطرابات وطرق علاجها.

1- مفهوم الغدد:

تُعرَّف الغدد من الناحية التشريحية الحيوية بأنها أعضاء داخلية تخصصية تنتشر في مواضع متفرقة من الجسد البشري، وتتألف بنيتها العضوية من خلايا نسيجية دقيقة تُشتق بدورها من خلايا حية. وتمثل هذه الغدد الوحدات البنائية والوظيفية الأساسية والأولى لاستمرار الكائن الحي، ومن أبرز أمثلتها الإكلينيكية الخلايا العصبية المتخصصة والخلايا العظمية البنيوية (السيد فؤاد، 1974، ص. 50، بتصرف).

مصطلح ."الغدة" (Gland) هو عبارة عن تجمع أو تكتل خلوي متميز يتمتع بخصائص وسمات وظيفية فريدة، تمكنه من استخلاص ومزج مواد كيميائية خاصة وتكوينها. وتُساق هذه المواد وتُفرز إلى أعضاء معينة في الجسم لتؤدي فيها أدواراً حيوية ووظائف محددة؛ وبذلك تكتسب أي غدة صبغتها الوظيفية وهويتها العضوية من خلال طبيعة وكفاءة هذه الإفرازات السائلة التي تنتجها وتطرحها في البدن (ودويدار، 1999، ص. 154، بتصرف).

وتقوم الغدد بتركيب وصناعة مركبات كيميائية بالغة التعقيد والخصوصية، يحتاجها الجسد البشري لإتمام وظائفه الحيوية وتأمين اتصاله العضوي بأعضائه الأخرى؛ وهي من هذه الزاوية تشبه إلى حد كبير المعامل والمختبرات الكيميائية الدقيقة. وتلعب هذه الإفرازات أدواراً بالغة الأهمية ومصيرية في استمرار حياة الإنسان ونموه وتوافقه الطبيعي والفسيولوجي (السيد فؤاد، 1974، ص. 50، بتصرف).

ومن المنظور النفس–جسدي (السيكوسوماتي)، تتفوق الغدد دون غيرها من الأنسجة والأعضاء الجسمية الأخرى كواحدة من أكثر العوامل البيولوجية تأثيراً وتوجيهاً لسلوك الشخصية وتطورها الإنساني، وتأتي في مرتبة تالية مباشرة بعد الجهاز العصبي المركزي. وينبع هذا التأثير والنفوذ العيادي الواسع من خلال ما تطرحه من مفرزات ومواد هرمونية تصب في الدورة الدموية، وتلعب دوراً محورياً في حفظ التوازن الكيميائي والفيزيولوجي (الاستتباب الداخلي) للعضوية ككل.

2- تعريف الغدة الدرقية:

تعتبر الغدة الدرقية من الغدد الصماء المسؤولة عن افراز هرموني الثيروكسين و الترايودوتيرونين) وهي تقع في الجزء الأسفل من الرقبة وتلتف حول القصبة الهوائية ويشبه منظرها الفراشة ولها جنحان متمثلان في فصين مرتبطين بجزء في المنتصف يسمى الإسمث. الغدة الدرقية نستخدم عنصر اليود والذي يتوفر غالبا في الاطعمة مثل ملح

الطعام والمأكولات البحرية والتي تكون نسبة عنصر اليود فيها مرتفعة وتقوم بامتصاص اليود من الدم لإنتاج هرمونات الغدة الدرقية. (عبد المعين عبد الآغا، 1432، ص.6)

3- التركيب التشريحي للغدة الدرقية:

تتموضع الغدة الدرقية في الناحية الأمامية السفلى من الرقبة، وتحديداً تحت طبقة الجلد وأمام الحلقات الغضروفية العليا المكونة للقصبة الهوائية. ومن الناحية البنيوية، تتألف الغدة من فصين رئيسيين يستقران على جانبي القصبة الهوائية، ويصل بينهما ممر نسيجي دقيق يُعرف بـ "البرزخ" أو الجسر. ويتفاوت وزن الغدة الدرقية نسيجياً بين الأفراد؛ حيث يتراوح معدله الطبيعي ما بين 10 إلى 50 جراماً. ويشهد حجمها تضخماً مؤقتاً وفسيولوجياً في فترات حيوية معينة؛ مثل مرحلة البلوغ، وأثناء الحمل، وخلال فترة الحيض لدى النساء، وهي تُعد واحدة من أكبر الغدد الصماء حجماً في الجسد البشري، ويبدأ تشكلها الجنيني مبكراً منذ الأسبوع الثالث من حياة الجنين داخل الرحم (عكاشة أحمد، 2000، ص. 165، بتصرف).

ومن زاوية الكفاءة الإفرازية، تضخ الغدة الدرقية يومياً في مجرى الدم حوالي 60 ملغ من هرموناتها الحيوية؛ حيث يستأثر هرمون الثايروكسين (T4) بالنسبة الأكبر والتي تعادل 90% من إجمالي الإفراز، في حين تمثل النسبة المتبقية هرمون ثلاثي يود الثيرونين (T3). ويخضع تنظيم وإنتاج هذه الهرمونات لآلية بيولوجية دقيقة تُعرف بنظام التغذية الراجعة وهي حلقة ربط هرمونية متكاملة تجمع بين مستويات هذه الهرمونات في الدم من جهة، وبين الغدة النخامية الأمامية وتحت المهاد (الهيبوثلاموس) من جهة أخرى.

فعندما تسجل مستويات هرمونات الدرقية انخفاضاً في الدورة الدموية، تستشعر الغدة النخامية الأمامية هذا النقص، فتبادر فوراً بإفراز الهرمون المنبه للدرقية (TSH). يعمل هذا الهرمون بشكل مباشر وسريع على تحفيز وإطلاق مركبي T4 و T3 من الجلوبيولين الدرقي الموجود في الجريان الدموي، كما يسهم بفاعلية في حث خلايا الغدة الدرقية على اقتناص وقبض عنصر اليود وتوظيفه كيميائياً لتصنيع هرموني T4 و T3.

أما على المدى الطويل، فإذا استمر عجز ونقص هرمونات الغدة الدرقية في الدم، فإن التدفق المستمر لهرمون TSH يتسبب في إحداث فرط تنسج وتضخم عيادي في خلايا الغدة الدرقية ليزداد حجمها عن المعدل الطبيعي. وفي المقابل، يتأثر هرمون تحت المهاد المحرر للهرمون الحات للدرقية (TRH) بمستوى هرموني T4 و T3 في الدم؛ حيث يؤدي نقص هذه الهرمونات إلى استثارة إفراز TRH والذي بدوره يحفز إفراز هرمون TSH.

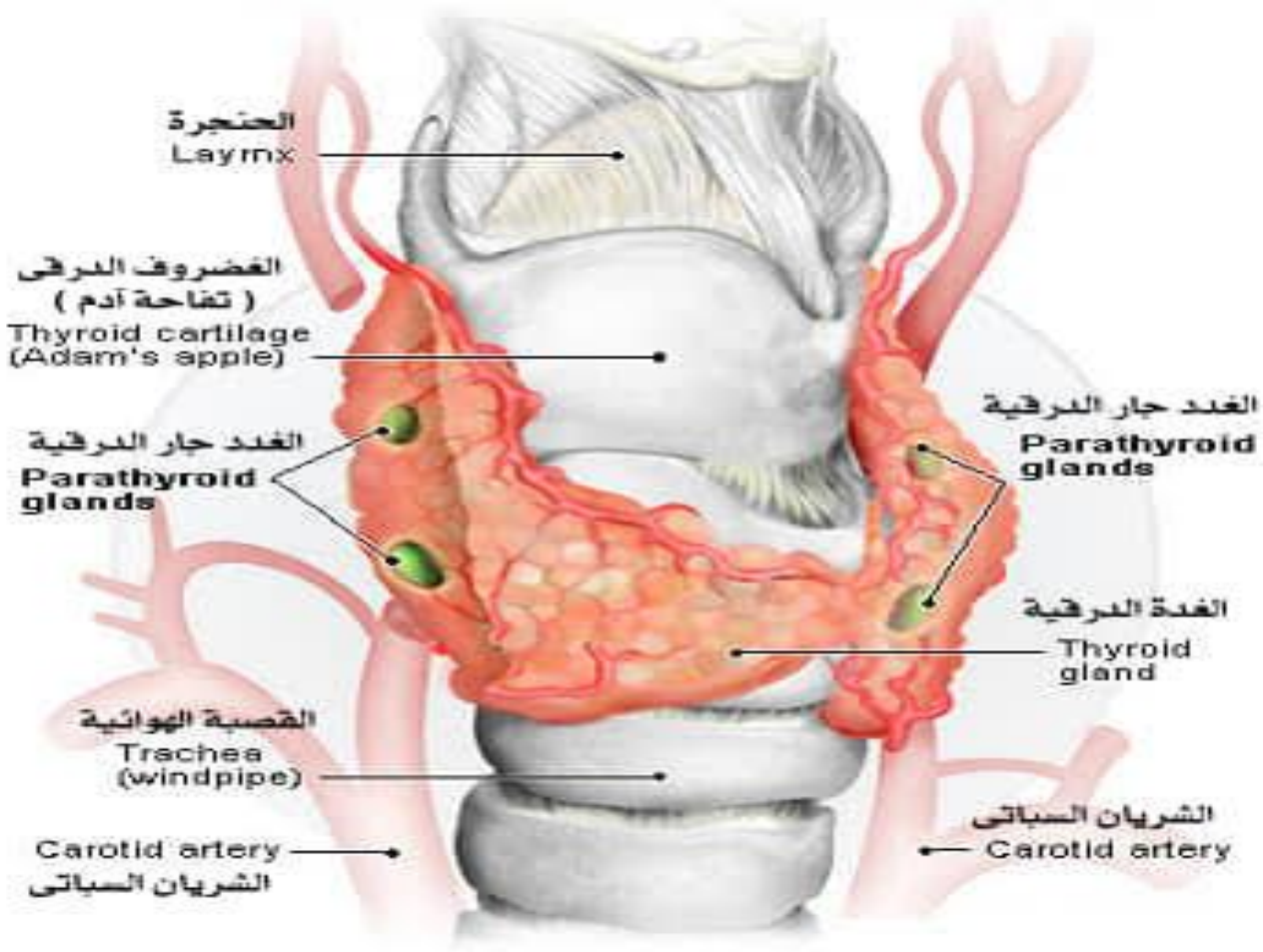
علاوة على ذلك، توجد جملة من العوامل البيئية والبيولوجية الأخرى التي تؤثر بشكل مباشر على وظيفة تحت المهاد بعيداً عن آلية التغذية الراجعة، ومن أبرزها:

أ–كمية اليود المتوفرة في الدم: ترتبط كفاءة الغدة ارتباطاً وثيقاً بنوعية التغذية والنظام الغذائي الذي يعتمده الإنسان، إذ إن النظم الغذائية الفقيرة والمفتقرة من عنصري اليود والبروتينات تضعف نشاط الغدة الدرقية وتحد من قدرتها الإنتاجية.

ب–درجة الحرارة البيئية: تؤثر تقلبات الطقس على النشاط الغدي؛ حيث يسهم الجو البارد والتعرض لدرجات الحرارة المنخفضة في استثارة وتنشيط وظائف الغدة الدرقية وزيادة فاعليتها الفسيولوجية (الناجي والصفدي، 2005، ص. 188، بتصرف).

تركز الوظائف التي تقوم بها الغدة الدرقية بشكل أساسي على التمايز الخلوي ونمو الجسم وتنظيم الأيض القاعدي وذلك من خلال افراز الهرمونات الدرقية اللازمة لتحفيز عملية توليد الطاقة

- **هرمون الثايروكسين**
- **هرمون الثايروتين ثلاثين اليود.** (ألمجدوب القاطمي، 2005، ص.125)



شكل (01):يوضح التركيب التشريحي للغدة الدرقية ومكوناتها

4- وظائف الغدة الدرقية:

لها القدرة على سحب مادة اليود من الدم وتخزينه فيها لتكوين الهرمونات وأهم الهرمونات التي تفرزها هي:

تكمن قدرة الوظيفية للغدة الدرقية من قدرتها الفريدة والنوعية على استخلاص وسحب مادة اليود من مجرى الدم، لتقوم بتخزينها وتوظيفها كيميائياً في تصنيع وإنتاج باقة من أهم الهرمونات الحيوية الموجهة لنشاط الجسد. وتتمثل هذه الإفرازات الأساسية في: هرمون الثايروكسين الدرقي (Thyroxin) المعروف بـ (T_4)، وهرمون ثنائي يود الثيرونين، إلى جانب هرمون ثلاثي يود الثيرونين (T_3)، وهرمون الكالسيتونين.

وتعمل هذه المنظومة الهرمونية المتكاملة بشكل محوري على تسريع وتوجيه وتيرة الحرق والتمثيل الغذائي (الميتابوليزم) في خلايا الجسم، كما تحفز زيادة استهلاك الأوكسجين في الأنسجة، مما يترتب عليه توليد وإطلاق الطاقة الحرارية اللازمة لدفء البدن وحيويته. وعلاوة على ذلك، تنسق الغدة الدرقية عملها بالتعاون الوثيق مع الغدة النخامية للإشراف على عمليات النمو البدني، ونضج العظام والأسنان، فضلاً عن دورها الجوهري في ضبط

النضوج الجنسي وتنشيط الاستجابات والعمليات العقلية المعرفية، في حين يتولى هرمون الكالسيتونين دوراً وقائياً يمنع انطلاق الكالسيوم من العظام، مما يسهم بفعالية في خفض وضبط نسبة الكالسيوم في الدم.

وفي عمق الخلايا، يباشر هرمون الثايروكسين دوره الإكلينيكي عبر تنشيط وتحفيز عمليات أكسدة المواد الغذائية داخل كل خلية من خلايا الجسد البشري. وبعبارة عيادية أخرى، يمثل هذا الهرمون القوة الدافعة التي تحث الجسم على استهلاك الغذاء المخزون في أنسجته المختلفة؛ ونتيجة لهذه الآلية الفسيولوجية، يؤدي نقص هذا الهرمون حتماً إلى حدوث هبوط في وزن الجسم. ومن هذا المنطلق الإيجابي، يعتمد الكثير من الأطباء على هرمون الثايروكسين كعلاج فاعلي لمواجهة حالات السمنة المفرطة، لدرجة دفع ببعض المتخصصين إلى تسمية هذه الغدة بـ "أخصائية التجميل الفسيولوجية للجسم".

ويمتد هذا النفوذ الحيوي للغدة ليظهر بوضوح على الخصائص الجمالية والصحية للمظهر الخارجي؛ إذ تُعد الهرمونات الدرقية مسؤولة بشكل مباشر عن سلامة وصحة ونضارة الشعر، والأظافر، والبشرة، فهي تفرز المادة الأساسية الحيوية التي تحافظ على حيويتها ورونقها الوجودي. وبشكل عام، يظل هرمون الثايروكسين محتفظاً بأهمية بالغة وحرجة في توجيه وصون نمو الجسم السليم وتوافقه العضوي (دويدار، 1999، ص. 163، بتصرف).

5- وظائف هرمونات الغدة الدرقية:

تتجاوز هرمونات الغدة الدرقية أدوارها التقليدية لتتغلغل في عمق العمليات الأيضية و البيوكيميائية المعقدة داخل الأنسجة الحية. وتتبدى هذه الكفاءة الهرمونية من خلال مستويين تفسيريين أساسيين:

- ✓ **تنظيم الأيض القاعدي وزيادة الإنتاج الحراري:** تُعد هذه العملية فسيولوجياً من الاستجابات الحيوية التي تستوجب زيادة واضحة في معدلات استهلاك الأكسجين من قِبل معظم الأنسجة النشطة في الجسم. وتُعرف هذه الآلية بالدقة بـ "الأثر الحراري للهرمونات"، حيث يمكن تفسير حدوثها عيادياً و فيسيولوجياً عبر نظريتين متكاملتين:

أولاً: التأثير المباشر والسيادي لهذه الهرمونات على الميتوكوندريا (مراكز الطاقة في الخلية)، حيث تحفز إنتاج وتنشيط الإنزيمات اللازمة لإتمام عملية "الأكسدة الفسفورية". وتُعد هذه العملية ضرورية جداً لتوليد الطاقة الحيوية في ظل وجود الأكسجين، مستعينة بآليات "دورة كريبس" الخلوية.

ثانياً: التأثير المحوري والمباشر على آلية توصيف المورث (ADN) الكامن داخل نواة الخلية، وذلك للحصول على الحمض النووي الريبوزومي (ARN) اللازم لتحفيز وتسريع عملية تصنيع البروتين. ويشمل ذلك أيضاً بناء الإنزيمات التي تحتاجها الميتوكوندريا من أجل إتمام وتوليد الطاقة هوائياً داخل البنية العضوية.

- ✓ أثر الإفرازات الهرمونية على التمثيل الدهني والكوليسترول: يؤدي ارتداد وزيادة إفراز هرمونات الغدة الدرقية في الدم إلى تحفيز هدم الدهون. وينعكس ذلك عيادياً من خلال رصد زيادة واضحة في تركيز الأحماض الدهنية الحرة داخل البلازما، فضلاً عن دورها الفاعل في حث ومساعدة العديد من الأنسجة الحيوية على أكسدة تلك الأحماض الدهنية والاستفادة منها.

وعادةً ما ترتبط مستويات الكوليسترول و الغلسريدات الثلاثية في مجرى الدم بعلاقة عكسية وثيقة مع مستوى هرمونات الغدة الدرقية؛ وبناءً على هذه الدينامية الحيوية، فإن حالات القصور والدرجات المتدنية من الإفراز الهرموني غالباً ما تتلازم إكلينيكياً مع ارتفاع ملحوظ في مستويات الكوليسترول في البلازما.

- ✓ أبعاد بنيوية ونفس–عصبية إضافية لوظائف الهرمونات:

دعم النمو البنيوي وتصنيع البروتين: تسهم هرمونات الغدة الدرقية بشكل أساسي وبنيوي في توجيه عمليات نمو الجسم، وتظهر هذه الأهمية الحرجة خاصة خلال المراحل العمرية المبكرة. وتتحقق هذه الفاعلية من خلال الأثر المباشر للهرمونات على توصيف الـ ADN والـ ARN، والذي يسهم بدوره في تنشيط وتحفيز تصنيع البروتينات الحيوية من الشبكة الإندوبلازمية الخشنة للخلية.

التأثير على وظيفة الجهاز العصبي: تلعب الهرمونات الدرقية دوراً حاسماً ومباشراً في صون وحفظ كفاءة الوظائف العصبية؛ حيث يؤدي الانخفاض المفرط والحاد في تركيز هذه الهرمونات إلى تراجع عيادي قد يصل إلى حدود التخلف العقلي والمعرفي. وفي المقابل، فإن الزيادة المفرطة وال حادة في هذه الإفرازات تقود العضوية نحو حالة من التهيج العصبي، والتحفز الزائد، والاستثارة الانفعالية المستمرة.

الحفاظ على الكفاءة التناسلية والخصوبة: يحافظ التركيز الطبيعي والاعتيادي لهرمونات الغدة الدرقية على انتظام النشاط التناسلي، كما يسهم بفاعلية في تحسين مستويات الخصوبة لدى الفرد. وعلى النقيض من ذلك، فإن الاختلال في مستوياتها وتراجع تركيزها يقود حتماً إلى حدوث خلل وظيفي واضح في الكفاءة التناسلية العامة للجسد الإنسان (أحمد المجدوب، 2005، ص. 134-135، بتصرف).

6- أعراض اضطرابات الغد الدرقية:

✓ **الأعراض العامة:**

- التعب والإرهاق المستمر.
- الحساسية للبرد (الشعور بالبرودة أكثر من الآخرين).
- زيادة الوزن غير المبررة أو صعوبة إنقاصه.
- الإمساك المزمن.
- جفاف الجلد وتساقط الشعر.
- بطء ضربات القلب (بطء القلب).
- آلام وضعف العضلات والمفاصل.
- الاكتئاب وضعف الذاكرة والتركيز.

"تعتبر الأعراض الكلاسيكية لقصور الغدة الدرقية مثل الإمساك، والتعب، والحساسية للبرد، وزيادة الوزن، وبحة الصوت، وتورم الجفون من المظاهر السريرية البارزة." (الدليل الاكلينيكي للأمراض الباطنة ،2015، ص.241)

✓ **أعراض خاصة بالرجال:**

- ضعف إنتاج الحيوانات المنوية مما قد يؤدي إلى العقم.

"قد يعاني الرجال المصابون بقصور الغدة الدرقية من ضعف في إنتاج الحيوانات المنوية، وهو ما يساهم في حدوث العقم."

(Carlé et al., 2015, p. 718)

✓ **أعراض خاصة بالحامل وتأثيرها على الجنين:**

- زيادة خطر الإجهاض خاصة في الأشهر الثلاثة الأولى.
- الولادة المبكرة.
- انفصال المشيمة.
- تسمم الحمل (ارتفاع ضغط الدم والبروتين في البول).

- فقر الدم أثناء الحمل.
- ضعف نمو دماغ الجنين مما يؤدي إلى تأخر النمو العصبي ومشاكل في التعلم.

"يرتبط قصور الغدة الدرقية الواضح أثناء الحمل بمضاعفات خطيرة تشمل الإجهاض، وفقر الدم، وتسمم الحمل، وانفصال المشيمة، والولادة المبكرة، بالإضافة إلى ضعف النمو العصبي للرضيع."

(Nazarpour et al., 2015, p. 390)

✓ **قصور الغدة الدرقية تحت السريري:**

- في هذه الحالة، تكون أعراض قصور الغدة الدرقية خفيفة أو غير واضحة، رغم ارتفاع مستوى TSH في الدم.

"لا تزال الأعراض المرتبطة بقصور الغدة الدرقية تحت السريري محل جدل علمي، حيث قد لا تظهر أعراض واضحة لدى بعض المرضى."

(Zamrazil, 2015, p. 874)

✓ **أعراض فرط نشاط الغدة الدرقية:**

- فقدان الوزن رغم زيادة الشهية.
- الحساسية للحرارة والتعرق الزائد.
- سرعة ضربات القلب وخفقان.
- الرعشة (ارتعاش الأصابع).
- العصبية والقلق والأرق.
- ضعف العضلات (خاصة في الذراعين والفخذين).
- زيادة عدد مرات التبرز.

✓ **أعراض خمول الغدة الدرقية:**

الإحساس بالتعب والإرهاق.

قلة التركيز.

زيادة النوم والاكتئاب.

زيادة في الوزن.

الإمساك.

تساقط الشعر وجفاف الجلد.

الإحساس بالبرودة. اضطراب الدورة الشهرية. (إبراهيم أبا الخيل ،2021، ص63)

✓ **بعض الأعراض التي قدمتها النساء خلال دراستي الميدانية:**

تساقط الشعر ومشاكل في البشرة والشعر.

التعب المفرط وإرهاق.

العصبية، وتقلبات المزاجية الفرطة وسرعة الغضب.

القلق بدون سبب.

البرود الجنسي مما يؤدي إلى خلافات مع أزواجهن.

معاناة في الحمل وهذا يتجلى في إجهاض المستمر وصعوبة في الحفاظ على حملهن (مشاكل في الانجاب)

حب العزلة والانطوائية.

الرهاب الاجتماعي.

فقدان الاستمتاع وشعور بالفرح.

مع التقدم في العمر يزيد الشعور من الكآبة.

7- أمراض الغدة الدرقية:

تتعرض الغدة الدرقية كغيرها من العدد التي يحتويها الجسم لمختلف الاضطرابات والأمراض منها:

1.7 فرط نشاط الغدة الدرقية:

ينتج فرط النشاط في الغدة الدرقية فرط الدرقية أو التسمم الدرقي عن فرطها في انتاج للهرمونات الدرقية، و هي عقار (الثيروكسين) أو (T4) ، (ثلاثي يودوثيرونين) أو (T3)، في معظم حالات المرض يؤدي وجود الجسم المضاد في الدم إلى افراط في عمل الغدة الدرقية ليس في كمية هرموناتها، بل أيضا بزيادة حجم الغدة الدرقية مما يؤدي إلى ظهور (الدراق).

يعرف هذا النوع من فرط الدرقية بداء(جريفر)، ولم يعرف حتى الآن سبب إنتاج الجسم المضاد، وقد يكون التوتر الناتج عن أحداث الحياة (طلاق موت ...)، له دور في الإصابة بالمرض. (توفت، 2013، ص.142)

من بين أعراضه خفقان القلب، العصبية، زيادة التعرق، ضعف التركيز، جحوظ العينين، زيادة سرعة الأيض، وقد يصاحب المريض أحيانا نوبات من المرح أو الاصابة باكتئاب شديد.

2.7 نقص نشاط الغدة الدرقية:

قد يحدث أو يتعرض الأطفال في هذه الحالة إلى نقص في نشاط الدرقية وتنشأ العلة المسماة (الكرتنية) أو قماءة الدرقية، ويستطيع أن يعبر عن حاجاته بالصراخ وتنطفئ في جسمه الجذوات الحيوية مع وجود تخلف عقلي وضعف في تعلم المشي والكلام والاندماج مع المجتمع كذلك من أعراض القصور في الدرقية نجد البلاهة والإحساس المفرط بالبرد، كثرة النسيان، فقدان الذكريات الماضية، العجز عن التركيز والحسم في الأمور الصداع فقر الدم، نقص مخزون السكريات.

عند البالغين نجد تساقط الشعر، ترهل الجسم الميل للنعاس، الإصابة بالبلادة، وفقدان الاهتمام بالعالم الخارجي، الجمود العاطفي، زيادة الوزن بطء النبض، كما يعرف أحيانا قصور الدرقية في المرحلة المتقدمة باسم (الوذمة المخاطية). (عبد الخالق، 1986.ص.119-120)

3.7 التهاب الغدة الدرقية:

سبب هذا المرض حالة التهابية للغدة الدرقية، سميت حسب الإصابة التشريحية المرضية، ومن خلال السبب والمظهر العيادي نميز عدة أنواع من بينها نجد الالتهاب المزمن والالتهاب دون الحاد. (Tourniare.j, 1994, p102).

4.7 الدرقية المتضخمة:

الدرقية المتضخمة"Goiter"هي تضخم غير طبيعي في حجم الغدة الدرقية، يتراوح وزنها الطبيعي بين 20-25 غراماً لدى البالغين، وقد يصل إلى مئات الغرامات في الحالات المتقدمة (Kasper et al., 2020

National Institutes of Health [NIH], n.d.). يمكن أن يظهر هذا التضخم بشكل منتشر يشمل الغدة بأكملها، أو عقيدي يتسم بظهور عقد داخلها (Kasper et al., 2020). وعلى الرغم من أن التضخم قد لا يرتبط بالضرورة بخلل في إفراز الهرمونات (حيث قد تكون وظائف الغدة طبيعية، أو زائدة، أو خاملة)، إلا أن السبب الأكثر شيوعاً له عالمياً هو نقص اليود في النظام الغذائي، وقد يؤدي التضخم الكبير إلى أعراض انضغاطية مثل صعوبة البلع والتنفس."

5.7العقيدات الدرقية:

وهي نمو ورمي حميد ، مشمول أو بمحفظة، وتُعرف أيضاً بأنها أفة منفصلة داخل الغدة الدرقية، وتتميز عن نسيج الغدة المحيط بها من خلال التصوير التصواتي، وقد لا تمثل بعض الكتل المحسوسة في الغدة عقيدة أو أفة منفصلة عند عمل التصوير التصواتي، وتشتمل الأورام في الغدة على ورم حميد وهو الأكثر شيوعا، وسرطان الغدة المتمايز مثل: سرطان الغدة الحليمي، أو سرطان الغدة الجريبي، وسرطان الغدة غير المتمايز، وأورام أخرى مثل: الورم اللمفاوي، أو نقيلة درقية، وتفرق الباثولوجيا بين العقيدة الدرقية غير الورمية التي تتكون من تنسج درقي الذي يحدث بشكل تلقائي أو بعد استئصال جزئي للغدة الدرقية، والورم الغدي الدرقي الحميد الذي يتكون من شكل منظم ومتجانس من نسيج الغدة، وتحيط به محفظة ليفية أو نسيج المضغوط، ولا يوجد أي اختراق للأوعية الدموية أو اللمفاوية لهذه المحفظة، ويتميز الورم الغدي الدرقي الحميد بنموه البطيء ولا يرتبط بأي أعراض، ويتم اكتشافه عادة بالصدفة عند قيام الطبيب بالفحص السريري، ويشتمل التشخيص التفريقي الدرقية على ورم غدي درقي حميد، وكيسة درقية، وورم درقي سرطاني، ودراق عديد العقيدات .(إبراهيم أبا الخيل ،2021.ص.121)

- **سرطان الغدة الدرقية:**

ينشأ السرطان الدرقي من الخلايا الدرقية الجريبية، حيث يتكون السرطان الدرقي الحليمي، والسرطان الدرقي الجريبي، ويُصنفان معا كسرطان درقي متمايز وهناك أيضاً السرطان الدرقي قليل التمايز، والسرطان الدرقي الكشمي (هو شكل عدواني من سرطان الغدة الدرقية يتميز بنمو غير منضبط للخلايا في الغدة الدرقية، كما ينشأ السرطان الدرقي من الخلايا المجاورة للجريب، ويُسمَّى السرطان الدرقي اللُّبي.

تبلغ نسبة حدوث السرطان الدرقي المعدلة حسب الأعمار للرجال 1.9 لكل 100,000وللنساء 6.1 لكل 100,000 ، أما معدل الوفيات فتبلغ 0.6 لكل 100,000 من النساء، و0.3 لكل 100,000 من الرجال، ويُلاحظ أن نسبة الوفيات ضئيلة جداً مقارنة بنسبة حدوث المرض، وهذا يدل على مسار المرض الجيد، وفي منطقة الخليج العربي يُعد السرطان الدرقي خامس السرطانات شيوعا ، وتبلغ نسبة الحدوث المعدلة الأعمار

للرجال 1.8 لكل 100,000 ، وللنساء 5.9 لكل 100,000، وقد تضاعفت نسبة حدوثه حيث وصلت إلى 24% للرجال، و 63 % للنساء خلال آخر 10 سنوات وتعزى زيادة نسبة حدوث السرطان الدرقي في السنوات الأخيرة إلى زيادة تشخيص المرض وخاصة السرطان الدرقي صغير الحجم الذي لا يرتبط بأي أعراض فقد زاد عمل الأشعة التشخيصية وبالأخص التصوير التصواتي للغدة الدرقية، حيث تم اكتشاف وجود سرطان الغدة، ويشتمل السرطان الدرقي على سرطان درقي حليمي وهو أكثر الأنواع شيوعا، وتبلغ نسبة الإصابة به 80% ، وسرطان درقي جريبي وتبلغ نسبة الإصابة به 10%، وسرطان درقي لبي، وتبلغ نسبة الإصابة به 5 % وسرطان درقي كشمي وتبلغ نسبة الإصابة به 3 % ، كما أن هناك أنواعا أخرى من السرطانات التي تصيب الغدة الدرقية ولكن بشكل نادر مثل السرطان اللمفاوي، أو نقيلة سرطانية.(إبراهيم أبا الخيل ،2021.ص،145-146)

8- تأثيرات الغدة الدرقية على النساء:

يرتبط النمو البدني السليم للأجيال القادمة ارتباطاً وثيقاً بالصحة العامة للوالدين، وتحديداً بسلامة الغدة الدرقية لدى الأمهات؛ إذ إن أي قصور في نشاط هذه الغدة أو إفراط فيه يؤدي مباشرة إلى تراجع مستويات الخصوبة لدى الجنسين على حد سواء. ومع ذلك، تُظهر المؤشرات الطبية أن النساء يملكن نصيب الأسد في المعاناة من اضطرابات الغدة الدرقية مقارنة بالرجال. ويعود هذا التباين إلى الطبيعة المعقدة لعمليات الأيض (التمثيل الغذائي) لدى المرأة، وحساسيتها العالية للتغيرات الهرمونية؛ فالإستروجين (الهرمون الأنثوي) يجعل جسم المرأة أكثر تفاعلاً وتأثراً بتقلبات هرمونات الدرقية، بخلاف هرمون الأندروجين الذكري الذي يمنح الرجال استقراراً أكبر في هذا الجانب (جوميز، 2009، ص.88، بتصرف).

وتمر المرأة عبر رحلتها البيولوجية بسلسلة متتابعة من المراحل الحيوية المجهدة التي تبدأ بالدورة الشهرية، مروراً بالإخصاب، فالحمل، ثم الرضاعة وتكوين الحليب، وصولاً إلى مرحلة انقطاع الطمث. وكل هذه المحطات الانتقالية تفرض طلباً متزايداً واستثنائياً على إفرازات الغدة الدرقية لتلبية احتياجات الجسم المتغيرة (جوميز، 2009، ص.88، بتصرف).

علاوة على ذلك، يمتد تأثير الغدة الدرقية ليشمل الجوانب النفسية والمزاجية للمرأة، مما يجعلها أكثر عرضة للاضطرابات الانفعالية مقارنة بالرجل. فقد يؤدي أي خلل بسيط في وظائف الغدة لدى المرأة إلى إصابتها بأعراض الاكتئاب أو القلق التلقائي، في حين لا يتأثر الرجل نفسياً إلا في حالات الخلل الوظيفي الحاد والخطير. وهناك فترتان حرجتان في حياة المرأة ترتفع فيهما وتيرة هذه الحساسية الانفعالية بشكل ملحوظ، وهما:

- **الفترة الأولى: مرحلة ما بعد الولادة:** حيث يشهد جسم المرأة هبوطاً حاداً ومفاجئاً في مستويات الهرمونات الجنسية نتيجة لانتهاء حاجة الجسم المؤقتة إليها، وبالتزامن مع ذلك، ينخفض أيضاً احتياج الجسم لهرمونات الغدة الدرقية. وإذا كان هذا الانخفاض شديداً أو غير متوازن، فقد تقع الأم في فخ "اكتئاب ما بعد الولادة" وتفقد حيويتها المعهودة بشكل مؤقت.
- **الفترة الثانية: مرحلة انقطاع الطمث (سن اليأس):** وتحدث المفارقة هنا عندما تستمر الغدة الدرقية في العمل بمعدلاتها الطبيعية دون أن تتماشى مع الانخفاض الكبير المفاجئ في الهرمونات الجنسية، مما يقلل من احتمالات إصابة المرأة بالاكتئاب في سن الخمسين، لكنه في المقابل يرفع من فرص ظهور أعراض أخرى كارتفاع درجة حرارة الجسم (الهبات الساخنة)، وزيادة الوزن، والتقلبات المزاجية الحادة. ولذلك، من الإجحاف علمياً توجيه اللوم الكامل للغدة الدرقية وحدها في تفسير الاضطرابات والمضاعفات النفسية والجسدية التي تمر بها النساء في منتصف العمر.

إن هذا الترابط الوثيق يبرهن بوضوح على التأثير العميق والمحوري لإفرازات الغدة الدرقية على صحة المرأة تحديداً؛ حيث إن أي اضطراب في وظائفها لا ينعكس سلباً على صحتها الجسدية والنفسية فحسب، بل يمتد أثره ليشمل صحة الجنين والأبناء الذين تحملهم، وهو ما يفرض ضرورة توجيه العناية البحثية والطبية المكثفة لفئة النساء كركيزة أساسية للدراسات الحالية (جوميز، 2009، ص.88-89، بتصرف).

9- أسباب خمول ونشاط الغدة الدرقية:

- **خمول الغدة الدرقية:**

خمول الابتدائي: التهاب الغدة الدرقية المناعي (داء هاشيموتو)، الالتهاب الدرقي تحت الحاد. الالتهاب الدرقي المناعي ويشمل الالتهاب الدرقي بعد الولادة. ونجد أيضا نقص اليود،و استئصال الغدة الدرقية جراحيا ،أو باليود المشع.

و من اهم الأسباب نجد: الادوية مثل: أميوداورون،وليثيوم،و إنترفيرون ألفا ، ومثبطات تيروزين كينازو أخيرا خمول الغدة الدرقية الوراثية.

خمول الغدة الثانوي أو بعد الثانوي: أورام الغدة النخامية، نزيف في الغدة النخامية، استئصال الغدة النخامية، علاج الغدة النخامية بالإشعاع، أيضا التهاب النخامية المناعي، ورم قحفي بلعومي، وأخيرا خمول الغدة الدرقية الوراثي.

- **نشاط الغدة الدرقية:** ومن أسبابها نجد:

نشاط الغدة الدرقية الناتج عن زيادة إفراز هرموناتها: داء جريفر، دراق عديد العقيدات سمي، ورم درقي سمي، داء جريفر في الأطفال حديثي الولادة ورم نخامي مفرز للهرمون المنبه للدرقية، أيضا فرط الغدة الدرقية الوراثي، أورام الاورمة الغاذية، إعطاء اليود بكميات كبيرة ونجد أيضا من بين مسببات نشاط الغدة بعض الادوية مثل الأميوداورون .

نشاط الغدة الدرقية بسبب ارتفاع تركيز هرموناتها دون زيادة إفرازها: التهاب الدرقية المناعي، التهاب الدرقية دون الحاد، فرط الدرقية الزائف، وبعض الأدوية مثل: الأميوداورون و الليثيوم.

10- تشخيص اضطرابات الغدة الدرقية:

يعتمد تشخيص أمراض الغدة الدرقية بشكل أساسي على الفحوص المختبرية للهرمونات الدرقية، والهرمون المنبه للدرقية، ومن الفحوص المختبرية الأخرى التي تساعد على التشخيص: فحص الأجسام المضادة للثيروبيروكسدان، وفحص الجسم المضاد لمستقبلة الهرمون المنبه للدرقية، وفحص الثيروجلوبولين أو الجلوبولين الدرقي وفحص الجسم المضاد للثيروجلوبولين، وأخيراً فحص الكالسيتونين الذي يُعد علامة للسرطان الدرقي اللبي.

ومن طرق التشخيص لأمراض الغدة الدرقية التصوير التصواتي (التصوير بالأشعة فوق الصوتية للغدة الدرقية الذي يُعدّ من أهم الوسائل لتشخيص تضخّم الغدة الدرقية، والعقيدات الدرقية والسرطان الدرقي ومتابعته؛ وذلك يعود لسهولة إجرائه، وقلة تكلفته، ودقته، إضافة إلى الخزعة بالإبرة المشفوطة (FNA) لتقييم العقيدات الدرقية عند اكتشافها سواء بالفحص السريري، أو بالتصوير التصواتي وأخيرا مسح اليود المشع الذي يُعدّ من الفحوص المهمة في التشخيص التفريقي لنشاط الغدة الدرقية (إبرهيم أبا الخيل، 2021.ص.33-60_82)

11- علاج اضطرابات الغدة الدرقية:

تتعدد التدخلات الطبية المتاحة للتعامل مع اضطرابات الغدة الدرقية، وتتوقف فاعلية أي بروتوكول علاجي على طبيعة الحالة المرضية وما إذا كانت تشخيصاً حديثاً أم مزمناً. كما ترتبط الخطة العلاجية ارتباطاً وثيقاً بدرجة خطورة المرض ومدى استجابة وحساسية جسم المريض للعلاج المقترح.

وقبل البدء في أي خطوة علاجية جسدية، يُنصح المعالج أولاً بالعمل على خفض مستويات القلق والتوتر لدى المريض؛ لما للعامل النفسي من أثر بالغ في الاستجابة للتشافي. ومن المثالي أن يتزامن العلاج مع توعية المريض

وإحاطته بطبيعة حالته الصحية، وخاصة إذا كان الاضطراب ناتجاً عن خلل في الجهاز المناعي الذاتي الذي هاجم الغدة وأحدث هذا الخلل. وتتمثل أهم الخيارات العلاجية المعتمدة في هذا الشأن فيما يلي:

أولاً: العلاج الطبي الهرموني

يستهدف العلاج الطبي بشكل أساسي ضبط وإيقاف الإفراز المفرط للهرمون المحفز للغدة الدرقية (TSH)، ويتحقق ذلك من خلال الاستعانة بالبدائل والمستخلصات الهرمونية؛ ومن أبرزها وأكثرها تفضيلاً في الاستخدام الاستشفائي:

- ✓ هرمون الثيروكسين (T4): ويتوفر هذا المستخلص الدوائي إما على شكل قطرات سائلة أو في صورة أقراص فموية.
- ✓ هرمون ثالث يود الثيرونين (T3): وهو مستخلص آخر يُلجأ إليه في حالات نادرة، وخصوصاً خلال فترة الحمل. ونظراً لأن هذا الهرمون يتميز بنصف عمر قصير داخل الجسم (أي يتخلص منه الجسم سريعاً)، فإن استخدامه يتطلب تقسيمه على عدة جرعات يومية؛ حيث يُعطى في صورة أقراص تؤخذ ثلاث مرات يومياً على الأقل، مع ضرورة تكييف وتعديل هذه الجرعات بدقة وبشكل مستمر بناءً على استجابة المريض وتطور حالته الصحية لضمان الفاعلية القصوى.

ثانياً: العلاج باليود المعدني

تُوصَف مضادات الغدة الدرقية التي تحتوي على اليود المعدني كخيار علاجي مباشر في حالات فرط نشاط الغدة الدرقية. ورغم سرعة تأثيره المبدئي، إلا أنه يُلاحظ طبيّاً أن مفعول هذا النوع من العلاج قد لا يستمر طويلاً؛ نظراً لأن التأثير الذي يحدثه اليود على الوظائف الحيوية للغدة متقلب وغير ثابت بدقة. ويظهر هذا التذبذب جلياً من خلال عدم وضوح تأثيره الكامل بدلالة حالة الغدة وحجم الجرعة الدوائية المعطاة، حيث تبين في بعض الظروف الطبية أن فرط نشاط الغدة الدرقية قد يكون ناتجاً بالأساس عن تركز اليود نفسه (مساعد مراد، 2010، ص.101، بتصرف)

ثالثاً: العلاج باليود المشع "Radioactive Iodine":

يُعد العلاج باليود المشع خياراً بديلاً وفعالاً يُلجأ إليه في حال تعذر التدخل الجراحي أو عدم صلاحيته للمريض. كما يُستثمر هذا البروتوكول في بعض الأحيان كحل ناجع لتقليص حجم الغدة المتضخمة بشكل كبير.

ويتميز هذا العلاج بإمكانية وصفه مباشرة دون الحاجة لدمجه مع أدوية أخرى مضادة للدرقية؛ حيث يتوجه تأثيره بدقة نحو تدمير الأنسجة الزائدة بهدف إحداث حالة من الخمول الوظيفي المؤقت في الغدة والسيطرة على فرط نشاطها. ورغم أنه كان يُعطى قديماً لفئة البالغين وكبار السن فقط، إلا أنه يُطبق اليوم بأمان على المرضى من الشباب، والنساء، والرجال، وحتى الأطفال، دون مخاوف من حدوث مضاعفات معقدة على المدى البعيد، وثبت علمياً أنه لا يحمل خطراً للتسبب في الأورام السرطانية (مساعد مراد، 2010).

رابعاً: العلاج بمضادات الدرق المركبة:

تكمن القيمة العلاجية لهذا الأسلوب في قدرته على التدخل الطبي في مراحل مختلفة من عملية التصنيع والتركيب الهرموني داخل الغدة، وتحديداً أثناء مرحلة "عضونة اليود" (Iodine Organification). وتبدأ فاعلية هذه المضادات المركبة بالظهور منذ الأيام الأولى لبدء العلاج، إلا أن خطتها العلاجية تتطلب نفساً طويلاً، حيث تستمر عادة لفترة لا تقل عن 18 شهراً.

ومن الناحية السريرية، قد تظهر بعض المضاعفات المؤقتة خلال فترة العلاج، لعل أبرزها ملاحظة زيادة إضافية في حجم تضخم الغدة. وهنا يكمن التفسير الطبي في أن المضادات المركبة قد نجحت بالفعل في خفض مستويات الهرمونات بشكل حاد، مما دفع الغدة النخامية للاستجابة عبر إفراز الهرمون المحفز (TSH) لمحاولة تحريض الغدة، وهو ما يفسر هذا التضخم الظاهري المؤقت (مساعد مراد، 2010، ص.101، بتصرف).

خامساً: التدخل الجراحي:

تستهدف الجراحة بصفة أساسية استئصال الأجزاء المتضخمة لإنقاص حجم الغدة وتخفيف الضغط الميكانيكي على الأعضاء المجاورة. ولذلك، فإن الجراحة تُعالج الأثر والأعراض الظاهرية ولا تعالج المسبب الجذري للمرض؛ ومن ثمّ، لا ينبغي طرح الخيار الجراحي كعلاج منفرد أو نهائي بمعزل عن الرعاية الطبية الشاملة.

ويجب توعية المريض بأن إهمال المتابعة الطبية الوقائية بعد العملية، والعودة السريعة لنمط الحياة المعتاد دون رعاية، قد يمهد الطريق لانتكاس الحالة وعودة التضخم مجدداً. وفي حال حدوث هذه الانتكاسة، تصبح الخيارات العلاجية اللاحقة أكثر تعقيداً وصعوبة مقارنة بالمرحلة الأولى للمرض، فضلاً عن أن الاستجابة للعلاج تكون أقل. وبشكل عام، تتوقف احتمالية حدوث مضاعفات بعد الجراحة على طبيعة التضخم، ونوع التقنية الجراحية المستخدمة، وخاصة مدى خبرة ومهارة الطبيب الجراح.

خاتمة وتوصية إنسانية

في الختام، يجب ألا نغفل الدور المشترك والتكاملي بين المريض والطبيب في إنجاح الرحلة العلاجية واكتشاف هذه الاضطرابات مبكراً. ويتطلب ذلك تكثيف التوعية الصحية للمرضى؛ نظراً لأن بعض الاضطرابات النفسية والانفعالية قد تتحول بشكل غير واعٍ إلى أعراض وعلامات جسدية عضوية تؤثر سلباً على جودة حياة المريض (مساعد مراد، 2010، ص.101، بتصرف).

خلاصة الفصل:

في ختام هذا الفصل، نستنتج أن مرض الغدة الدرقية يُعد من أكثر الاضطرابات الهرمونية تأثيرًا على صحة الفرد، نظرًا لدوره المحوري في تنظيم العديد من الوظائف الحيوية بالجسم. وتبرز خطورة هذا المرض بشكل خاص لدى النساء، اللواتي يُصبن به بمعدلات تفوق الرجال بكثير، حيث يرتبط اضطراب الغدة لديهن بمضاعفات خطيرة تمس الخصوبة، والحمل، وصحة الجنين، بالإضافة إلى تداخله مع أعراض سن اليأس والاكتئاب مما يؤخر تشخيصه. لذا، يُوصى بإدراج فحص الغدة الدرقية كإجراء روتيني لدى النساء، خاصة في فترتي الإنجاب وسن اليأس، لتجنب مضاعفاته وتحسين جودة الحياة.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة.

تمهيد

1. منهج المتبع في الدراسة.
2. الدراسة الاستطلاعية.
3. حدود الدراسة.
4. الأدوات المستعلة في الدراسة.
5. الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة.
6. ظروف الإجراء ومراحل تطبيق الدراسة.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

سوف نتطرق في هذا الفصل إلى تسليط الضوء على الشق المنهجي للدراسة، حيث يتم فيه استعراض الكيفية التي تمت بها معالجة المعطيات الخاصة بموضوع البحث. يتضمن ذلك تحديد المنهج المتبع، وتوصيف مجتمع وعينة الدراسة بدقة، بالإضافة إلى شرح الأدوات والوسائل العلمية التي استُخدمت في جمع البيانات. كما يتطرق الفصل إلى تحديد الإطار الزمني والمكاني لإجراء الدراسة، وصولاً إلى تبيان الخطوات العملية التي اتُّبعت لتطبيق هذه الدراسة على أرض الواقع.

1- تعريف المنهج المتبع في الدراسة:

المنهج هو الطريقة التي يتعين على الباحث أن يلتزمها في بحثه، حيث يتقيد بمجموعة من القواعد العامة التي تهيمن على سير البحث، ويسترشد بها الباحث في سبيل الوصول إلى الحلول الملائمة لمشكلة البحث. (خضر. 1992، ص.17)

واعتمدت في دراستي على المنهج الوصفي:

المنهج الوصفي «وهو الذي يتضمن دراسة الحقائق الراهنة المتعلقة بطبيعة ظاهرة او موقف او مجموعة من الناس او مجموعة من الاحداث او مجموعة من الأوضاع ولا تقتصر هذه الدراسات الوصفية على معرفة خصائص الظاهرة بل تتجاوز ذلك الى معرفة المتغيرات والعوامل التي تتسبب في وجود الظاهرة أي ان الهدف تشخيصي بالإضافة لكونه وصفي. (فوزي وآخرون.2010، ص.33)

2- الدراسة الاستطلاعية:

قبل الشروع في أي بحث علمي ولتحديد المنهج المتبع في الدارسة يجب على الباحث العلمي من إجراء دارسة الاستطلاعية التي تساعده على تحديد أبعاد بحثه والهدف المراد الوصول إليه من خلال هذه الدراسة، فالدارسة الاستطلاعية هي دارسة فرعية يقوم فيها الباحث بمحاولات استكشافية تمهيدية قبل أن ينخرط في بحثه حتى يطمئن على صلاحية خطته وأدواته وملائمة الظروف للبحث الأساسي الذي ينوي القيام به" (راضية، 2009، ص .133).

وتعد من الناحية المنهجية مرحلة تمهيدية قبل التطرق للدراسة الأساسية لأي بحث علمي، ويلجأ إليها الباحث للكشف عن الجو العام داخل مجتمع البحث، وتعتبر مرحلة تجريبية بقصد التحقق من خصائص السيكومترية (الصدق والثبات) لأدوات المستخدمة في البحث وصلاحيتها لقياس ما وضعت من أجل قياسه، وهذا ما هدفنا إليه في دراستنا الحالية، من خلال إجراء الدراسة الاستطلاعية على عينة غير عشوائية قوامها(30) امرأة مصابة بمرض الغدة الدرقية والتي كان القصد منها:

- ❖ اختبار مدى صدق وثبات مقياس قلق المستقبل.
- ❖ تحديد نوع حجم ومستوى عينة الدراسة الأساسية.
- ❖ الاتصال المباشر بعينة الدراسة والتأكد من وجودها في الميدان.
- ❖ تطبيق المقاييس المستخدمة لقياس الظاهرة موضوع الدراسة والتأكد من سلامتها.

3- حدود الدراسة:

3-1 الحدود الزمانية:

تم تطبيق مقياس قلق المستقبل في الفترة الممتدة ما بين يوم 1من شهر أفريل إلى غاية 2ماي من الموسم الدراسي الجامعي 2026/2025م.

3-2الحدود المكانية:

تم تطبيق المقياس في عيادتين المتخصصتين بأمراض الغدد والسكري، عيادة الدكتور خيار ناس حمزة وعيادة الدكتور بكاي إلياس بولاية غرداية، وهوما العيادتين الوحيدتين في ولاية غرداية خاصة بأمراض الغدد.

العيادتين متكونات من قاعة انتظار خاصة بالرجال والنساء، وقاعة الفحص لطبيب المختص بأمراض الغدد الصماء والسكري.

3-3الحدود البشرية:

عينة الدراسة:

اعتمدت في دراستي على العينة القصدية الغير العشوائية (الغرضية / الملائمة / النمطية): هي العينة التي يستخدم فيها الباحث الحكم الشخصي على أساس أنها هي الأفضل لتحقيق البحث (عباس وآخرون، 2011، ص 229.)

وتكون عناصر العينة القصدية بمثابة صور نمطية (نماذج) لمجتمع البحث الذي استخرجت منه، وعلى الباحث –عند اختيار هذا النوع من المعاينة –تحديد السمات النمطية المجتمع البحث، وأن تمتلك عناصر العينة هذه السمات النمطية. (انجرس، 2004، ص .312)

نعتمد دراستنا على العينة القصدية غير عشوائية، ويتم اللجوء لهذه الطريقة عندما يكون مجتمع البحث غير متجانس، وهي عينة تختار من منطقة، يختارها الباحث لكونه يعرف انها تمثل المجتمع تمثيلا سليما بناء على معلومات إحصائية سابقة، فيختار عينة تناسب عدد افرادها مع حجم سكان هذه المنطقة. وينطوي اختيارها على افتراض أن المجتمع لا يتغير، بحيث تظل هذه المعلومات صادقة، وهو افتراض من الصعب قبوله، وإذا كانت تؤدي في كثير من الأحيان الى نتائج تكاد تكون مساوية للنتائج التي تحصل عليها بمسح المجتمع كله، او بدراستنا لعينة

طبقية، وتشترك العينة الحصصية والعينة العمدية في ان كلا منهما يشابه في تمثيل المجتمع، بحسب الحجم، وفي ان كلا منهما يختلف عنها بكونه ينطوي على تحيز. (محمد، 1988، ص4)

وقد طبقت عينة الدراسة على النساء المصابات بأمراض الغدة الدرقية في عيادتين الخاصة بأمراض الغدد والسكري بولاية غرداية، لجميع الأعمار، وتكونت من (100) مريضة تم اختيارهم على طريقة العينة القصدية غير عشوائية.

عينة الدراسة الاستطلاعية:

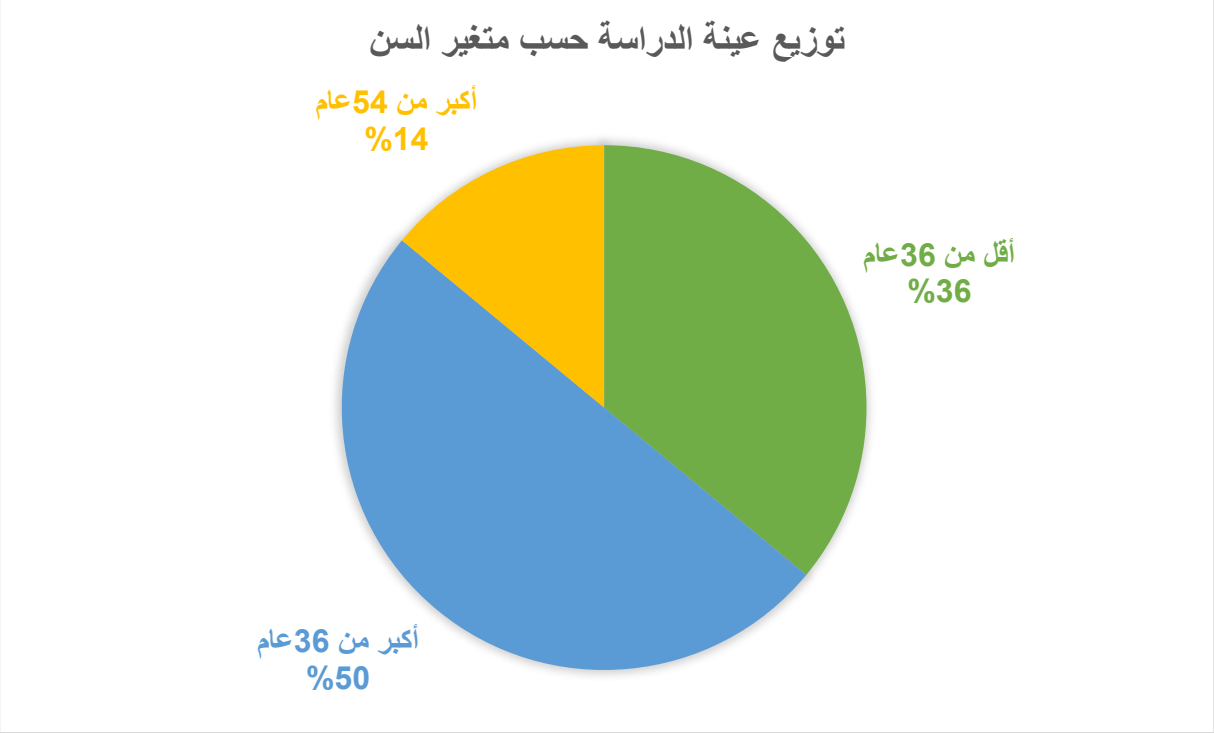
تم تطبيق الدراسة في عيادة الطبيب "خيار الناس حمزة "الخاصة بأمراض الغدد الصماء والسكري على (30) حالة من المصابات بأمراض الغدة الدرقية من مختلف الأعمار والتي تختلف الوضعية الاجتماعية لديهن بين (عزباء ومتزوجة ومطلقة وأرملة) وكذا الحالة الصحية لديهن من (مصابات بخمول الغدة الدرقية والمصابات بقصور الغدة الدرقية ومستأصلات الغدة الدرقية).

- **توزيع عينة الدراسة حسب السن:**

السن	العدد	النسب المئوية
أقل من 36عام	**36**	**%36**
أكبر من36عام	**50**	**%50**
أكبر من 54عام	**14**	**%14**

جدول(01): يوضح توزيع عينة الدراسة حسب متغير السن.

نلاحظ من خلال الجدول (01) أن عينة الدراسة تتكون من (100) مصابة بمرض الغدة الدرقية، حيث بلغ عدد النساء اللواتي يتراوح عمرهن أقل من 36عاما كان (36) بنسبة مئوية (**36%**)وعدد النساء اللواتي يتراوح عمرهن بين 36عاما و(54) عاما هو(50) مصابة تقدر نسبتها المئوية (**50%**)، ولدينا أيضا (14) مصابة اللواتي كان عمرهن أكبر من 54عام بنسبة مئوية قدرت ب (**14%**).



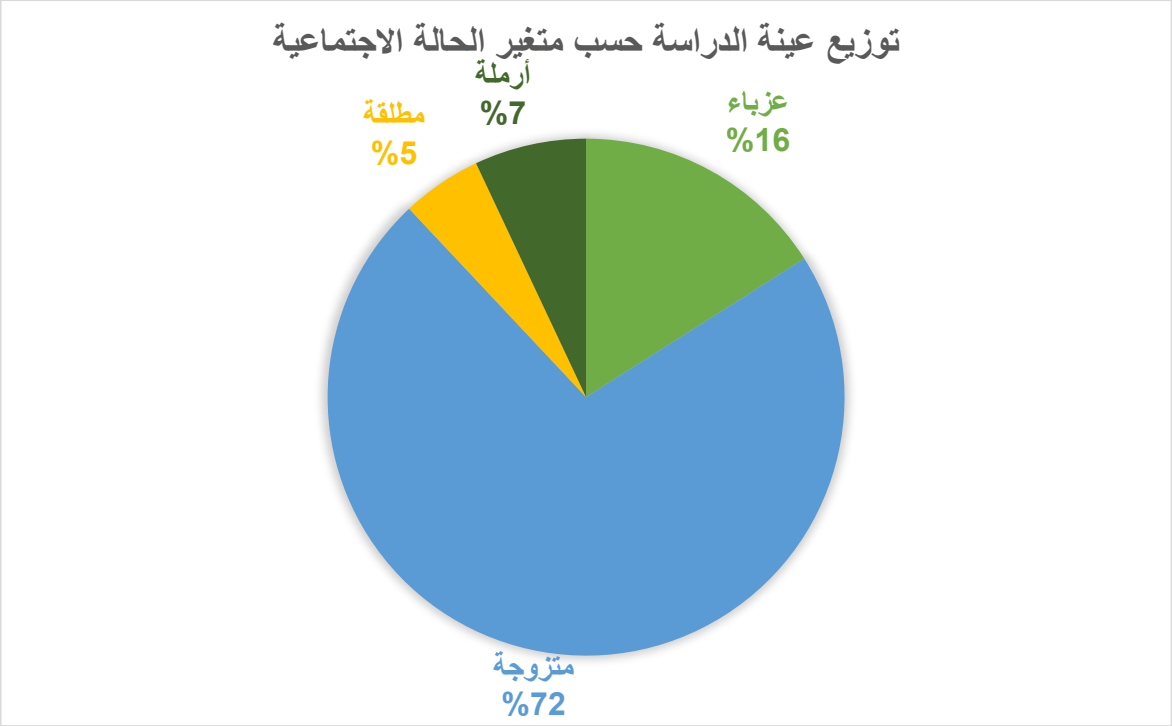
الشكل رقم (02): يوضح نسبة توزيع عينة الدراسة حسب متغير السن.

➢ **توزيع العينة الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعية:**

الحالة الاجتماعية	العدد	النسب المئوية
عزباء	16	%16
متزوجة	72	%72
مطلقة	5	%5
أرملة	7	%7

جدول رقم (02): يوضح توزيع عينة الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعية.

نلاحظ من خلال جدول رقم(02) أن عينة الدراسة تتكون من (100) مصابة بمرض الغدة الدرقية، حيث بلغ عدد العازبات (16) بنسبة مئوية قدرت ب (**16%**) **مصابة**، وعدد المتزوجات (72) مصابة بنسبة مئوية قدرت ب (**72 %**)، ولدينا (5) مطلقات بنسبة ب (**5%**) و(7) أرامل مصابات بأمراض الغدة الدرقية بنسبة (**7%**).



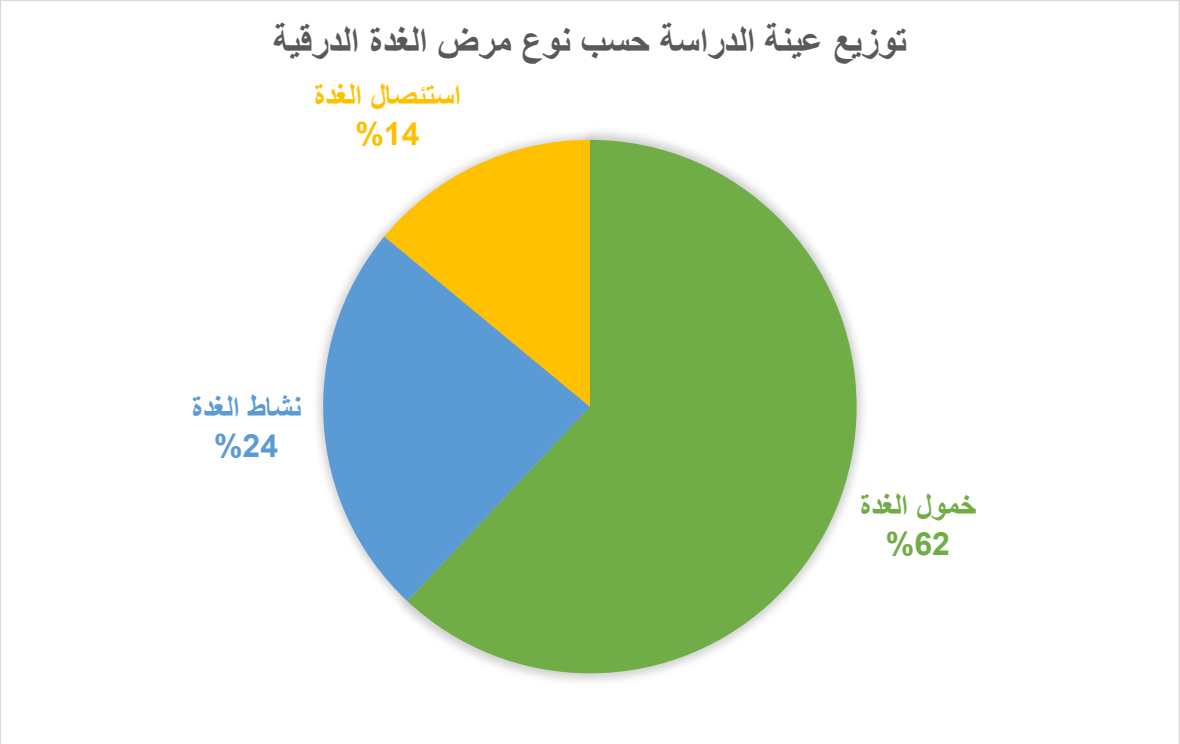
شكل رقم (03): يوضح نسبة توزيع العينة الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعية

➢ **توزيع عينة الدراسة حسب نوع مرض الغدة الدرقية:**

نوع مرض الغدة الدرقية	العدد	النسب المئوية
نقص الإفراز (خمول)	62	%62
زيادة الإفراز (نشطة)	24	%24
جراحة (استئصال الغدة)	14	%14

جدول رقم (03): يوضح توزيع عينة الدراسة حسب نوع مرض الغدة الدرقية.

نلاحظ من خلال الجدول رقم (03) أن عينة الدراسة تتكون من (100) مصابة بمرض الغدة الدرقية، حيث بلغ عدد مصابات بمرض خمول الغدة الدرقية (62) قدرت نسبة مئوية ب (**62%**)، وعدد مصابات بمرض نشاط الغدة الدرقية (24) حيث قدرت نسبة مئوية ب(**24%**،) أما مصابات اللواتي تم استئصال الغدة الدرقية لديهن كان عددهن (14) مريضة بنسبة (**14%**).



شكل الرقم(04): يوضح نسبة توزيع عينة الدراسة حسب نوع مرض الغدة الدرقية

4- الأدوات المستعملة في الدراسة:

لتحقيق الغرض من الدراسة اعتمدت على الأداة الاستبيان وهو الوسيلة أو أداة يستخدمها القائمون بالبحث في العلوم النفسية والاجتماعية، الهدف الوصول الجمع المعلومات، يتضمن مجموعة مفردات تكتب في قائمة "**استمارة**" وترسل لعينة أفراد مجتمع البحث (عبد المامون، 2008، ص.203)

وفي دراستي اعتمدت على: **مقياس قلق المستقبل**.

- **وصف مقياس قلق المستقبل:**

تم إعداد هذا المقياس من طرف طالبة بوسعيد سعاد(2014) لقياس قلق المستقبل وتتكون الأداة من 14فقرة موزعة عل شكل بنود حيث اعتمدت في بناء هذا المقياس عل بعض الدراسات السابقة وبعض المراجع النظرية وهي كالتالي:

المصادر النظرية المعتمدة في بناء وتحديد فقرات أداة قياس قلق المستقبل

❖ **الكتب التالية:** (صبري محمد علي، بسمة كريم شامخ صالح مهدي صالح، (2011)، فاروق السيد عثمان (2001)، لطفي الشربيني (2010)، مصطفى أسامة (2011)، محمد حسن غانم (2009)، عبد السجاد عبد السادة (2011)، عاطف مسعد الحسين (2011).

❖ **والدراسات السابقة التالية:** وفاء محمد احميدان القاضي 2009)، اصلاح كرميان، (2007)، محمد أحمد المومني ومازن محمود نعيم (2013)، محمد انور ابراهيم هويده محمود (2006)، رولا مجدي هاشم الصفدي (2013)، احمد محمود خير (2012)، نيفين عبد الرحمن المصري (2011) هبة مؤيد محمد (2010)، اقبال محمد رشيد صالح الحمداني (2011).

تعليمات الأداة:

صيغت التعليمات المرفقة مع اداة قلق المستقبل لضمان توجيه الفراد العينة للإجابة على فقرات هذه الاداة بشكل سليم وواضح مع التأكيد طبعا على ضرورة الحفاظ على المعلومات والبيانات المتحصل عليها في سرية تامة.

مفتاح التصحيح:

تتضمن أداة قلق المستقبل على 14 فقرة.

1-2-3-4-5-6-7-9-10-11-12-13-14 الفقرات الإيجابية

الفقرات السلبية: 8

يتم الإجابة على هذه الفقرات باختيار بديل من بدائل الأجوبة الثلاثة المقابلة لها وهي: (غير موافق، موافق الى حد ما، موافق) ولكل اجابة من هذه الاجابات درجة على النحو التالي: غير موافق: درجة واحدة، موافق إلى حد ما: درجتان، موافق: ثلاثة درجات. للإشارة فقط هذه الدرجات تعكس في حالة الفقرات السلبية.

5- الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة:

جدول رقم (04): يوضح صدق المقارنة الطرفية لأداة الدراسة:

	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة " ت "	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
العليا	10	31,100	2,643			

					9,538	18	0,000
الدنيا	10	20,700	2,213				

يتضح من خلال الجدول رقم (**04**) أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين العليا والدنيا وأن **قيمة " ت "** المحسوبة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (**0,000**) وهذا ما يدل على صدق الأداة وأنها صالحة للتطبيق.

جدول رقم(05): يوضح ثبات ألفا كرونباخ لأداة الدراسة

البعد	البنود	ألفا كرونباخ	مستوى الدلالة
قلق المستقبل	14	0,662	0,05

من خلال الجدول رقم (**05**) يتبين أن معامل **ألفا كرونباخ بلغ** (**0,662**) وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (**0,05**) مما يدل على أن المقياس ثابت .

- **الأساليب الإحصائية:** تم الاستعانة ببرنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية والنفسية. لحساب البيانات:

أساليب التحقق من الخصائص السيكو مترية للأداة: وهذا من خلال الدراسة الاستطلاعية حيث بلغ عدد عينة الاستطلاعية (30) مصابة بمرض الغدة الدرقية، المترددات بعيادة الطبيب خيار ناس حمزة الخاصة بأمراض الغدد الصماء والسكري.

1. **صدق المقارنة الطرفية (أسلوب المجموعات المتطرفة)**

للتحقق من صدق المقياس وقدرته التمييزية، جرى تقسيم أفراد العينة الاستطلاعية إلى مجموعتين طرفيتين؛ المجموعة العليا الممثِّلة للإرباعي الأعلى، والمجموعة الدنيا الممثِّلة للإرباعي الأدنى، ثم المقارنة بين رتب درجاتهما للتثبت من قدرة الأداة على التمييز الفعلي بين الحالات.

2. معامل ألفا كرونباخ (α)

استُعين بهذا المعامل لتقدير ثبات مقياس قلق المستقبل، والتحقق من مستوى الاتساق الداخلي بين فقراته.

❖ **ثانياً:** أساليب تحليل النتائج واختبار الفرضيات حيث بلغ عدد العينة الدراسية (70) مصابة بمرض الغدة الدرقية المترددات بعيادة الطبيب خيار ناس حمزة والطبيب بكاي إلياس الخاصتين بأمراض الغدد الصماء والسكري بولاية غرداية.

1. التكرارات والنسب المئوية

وُظِّف هذا الأسلوب لوصف الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة، وتحديد توزيع مستويات قلق المستقبل لدى المريضات واستخراج نسبها.

2. اختبار كاي مربع (χ^2)

استُخدم اختبار كاي مربع للاستقلالية وحسن المطابقة أداةً رئيسيةً لاستجلاء دلالة الفروق، والكشف عن طبيعة العلاقة بين المتغيرات التابعة والمتغيرات المستقلة المتمثلة في: السن، والحالة الاجتماعية، ونوع المرض، مع تحديد مستوى الدلالة الإحصائية لكل فرضية على حدة.

3. اختبار كروسكال واليس (Kruskal-Wallis)

نظراً لعدم التكافؤ العددي بين المجموعات الفرعية — لا سيما فئات نوع المرض (خمول، نشاط، استئصال) لجأ الباحث إلى هذا الاختبار اللامعلمي بديلاً عن تحليل التباين الأحادي، وذلك للكشف عن دلالة الفروق في رتب درجات قلق المستقبل بين المجموعات المستقلة في ضوء متغيرات الدراسة.

6- الظروف الإجرائية ومراحل تطبيق الدراسة:

أُجريت هذه الدراسة الميدانية على عينة من النساء المصابات بأمراض الغدة الدرقية المترددات على عيادتين خاصتين بأمراض الغدد الصماء ومرض السكري لطبيبين خيار الناس وبكاي إلياس بولاية غرداية. وقد مرّ تطبيق أداة الدراسة (مقياس قلق المستقبل) بظروف إجرائية تطلبت جهداً ميدانياً مكثفاً، حيث واجهت جملة من

الصعوبات الموضوعية والذاتية التي استلزمت مرونة وصبرًا لضمان سلامة البيانات المجمعة؛ وتمثلت أبرز هذه المحددات الإجرائية فيما يلي:

طبيعة العينة وخصائصها المعرفية: واجهت الباحثة صعوبة منهجية تمثلت في وجود نسبة معتبرة من النساء ضمن العينة يعانين من الأمية (عدم القدرة على القراءة والكتابة). ولتجاوز هذا العائق وضمان فِهم عبارات المقياس بشكل دقيق دون توجيه للإجابات، تحولت عملية التطبيق في كثير من الأحيان من الاستجابة الذاتية المباشرة إلى المقابلة الإكلينيكية الفردية؛ حيث قامت الباحثة بقراءة فقرات المقياس وتبسيطها شفهياً لكل مريضة على حدة وتسجيل استجاباتهن بدقة.

عامل الوقت والجهد الفردي: نظراً لأن الباحثة أشرفت بمفردها تماماً على جمع البيانات وتطبيق المقاييس دون وجود فريق بحثي مساعد، فقد شكّل عامل الوقت ضغطاً إجرائياً كبيراً. حيث تطلبت المقابلات الفردية مع المريضات الشرح المستمر والانتظار الطويل في قاعات الانتظار بالعيادات لتوليد جو من الثقة (بناء الألفة) وتبديد مخاوفهن، مما ضاعف من المدة الزمنية المخصصة للمعاينة الميدانية واستلزم جهداً مضاعفاً لاستكمال الحجم المطلوب للعينة (N=100).

ورغم هذه العقبات الميدانية، فقد أبْدَت المريضات -بعد الشرح والتأكيد على سرية المعطيات-تعاوناً مقبولاً ورغبة في التعبير عن معاناتهن، مما مكّن الباحثة في النهاية من ضبط الشروط المنهجية وجمع المادة العلمية اللازمة لإتمام الفصل التطبيقي للدراسة الحالية.

خلاصة الفصل:

تمثل الإجراءات الميدانية والخطوات المنهجية المتبعة الركيزة الأساسية لأي بحث علمي، إذ لا يمكن الوصول إلى نتائج هادفة أو حقائق علمية موثوقة دون الالتزام بمنهجية دقيقة تضبط مسار الدراسة. وعليه، يهدف هذا الفصل إلى تحديد الإطار المنهجي لهذا البحث، وضبط مجال الدراسة الميدانية بما يكفل تحقيق أهدافه العلمية وضمان صحة استنتاجاته.

الفصل الخامس: عرض وتحليل وتفسير النتائج.

تمهيد.

1. عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضية الأولى.
2. عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضية الثانية.
3. عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضية الثالثة.
4. عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضية الرابعة.

- الاستنتاج العام.

تمهيد:

يُخصص هذا الفصل لعرض نتائج الدراسة الحالية وتحليلها وتفسيرها، وذلك من خلال الإجابة عن تساؤلاتها المحددة سابقاً، وأيضا التحقق من صحة الفرضيات المطروحة سابقا، كما يتضمن تفسير هذه النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة، بما يحقق الأهداف المسطرة للبحث، وأخيرا نختمه باستنتاج عام لدراستنا ونقدم بعض التوصيات والمقترحات لفائدة الباحثين والمختصين.

1-عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضية الأولى:

ينص التساؤل الأول على أنه "**هل مستوى قلق المستقبل لدى النساء المصابات بأمراض الغدة الدرقية مرتفع؟ "**

وللإجابة على هذا التساؤل تم تطبيق مقياس قلق المستقبل على النساء المصابات بأمراض الغدة الدرقية.

تنص الفرضية الأولى على:

"مستوى قلق المستقبل لدى النساء المصابات بأمراض الغدة الدرقية مرتفع "

من خلال المعالجة الإحصائية توصلنا للنتائج الموضحة في الجدول الاتي:

الجدول رقم (06): اختبار كاي تربيع " كا^2 " للحسن المطابقة لتحديد مستوى قلق المستقبل لدى النساء المصابات بأمراض الغدة الدرقية.

المستوى	التكرار	النسبة المئوية	درجة الحرية	قيمة" كا^2 "	الدلالة الاحصائية
مرتفع(42-33)	12	%17,1	2	11,343	0,003
متوسط(32-24)	35	%50			
منخفض(23-14)	23	%32,9			

يتبين من خلال الجدول رقم (**06**) أن توزيع تكرارات ونسب مستويات قلق المستقبل لدى أفراد العينة جاء على النحو التالي:

حيث يحتل المستوى المتوسط المرتبة الأولى بتكرار قدره 35 وبنسبة مئوية بلغت (**50%**).

ثم يليه في المرتبة الثانية المستوى المنخفض بتكرار قدره 23 وبنسبة مئوية بلغت (32%).

في حين جاء المستوى المرتفع في المرتبة الأخيرة بتكرار قدره 12 وبنسبة مئوية بلغت (17,1%).

ولمعرفة ما إذا كانت هذه الفروق بين المستويات ذات دلالة إحصائية، تشير القيمة المحسوبة لاختبار "كا2" والتي بلغت (**11,343**) عند درجة حرية 2 وبمستوى دلالة بلغ 0.003، وهي قيمة أقل من 0.05 ($p < 0.05$)، إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين تكرارات المستويات الثلاثة لصالح المستوى المتوسط.

ومنه بناءً على النتائج الإحصائية المسجلة، نلاحظ أن النسبة الأكبر من النساء المصابات بأمراض الغدة الدرقية يقعن في المستوى المتوسط من قلق المستقبل بنسبة (**50%**)، تليها نسبة المستجيبات في المستوى المنخفض (32.9%)، بينما تم تسجيل النسبة الأقل في المستوى المرتفع (17.1%).

بحيث إن الفرضية المصاغة كانت تتوقع أن يكون مستوى قلق المستقبل مرتفعاً، فإن النتائج الإحصائية جاءت مخالفة لهذا التوقع، حيث أظهر اختبار " كا^2" دلالة إحصائية واضحة تميل لصالح الفئة المتوسطة وليس الفئة المرتفعة.

❖ تفسير نتائج الفرضية الأولى:

القرار بشأن الفرضية: بناءً على ما تحصلنا عليه، نرفض الفرضية الصفرية البديلة (التي تنص على أن المستوى قلق المستقبل مرتفع)، وعليه تُرفض الفرضية الأولى للدراسة، ونستنتج بدلاً من ذلك أن: مستوى قلق المستقبل لدى النساء المصابات بأمراض الغدة الدرقية هو مستوى متوسط.

ونفسر ذلك:

- **التعايش وتوفر العلاج:** قد يرجع المستوى قلق المستقبل المتوسط إلى أن أمراض الغدة الدرقية (سواء القصور أو النشاط الزائد) هي أمراض مزمنة لكنها مألوفة وطبية تتوفر لها بروتوكولات علاجية واضحة ومستقرة (مثل تناول الهرمونات البديلة)، مما يقلل من حدة الغموض حول المستقبل ويمنع القلق من الارتفاع الحاد.
- **التقلبات المزاجية المرتبطة بالمرض:** إن الخلل الهرموني في الغدة الدرقية يؤثر مباشرة على الجانب النفسي والانفعالي (كالقلق والتوتر)، مما يفسر عدم انخفاض القلق تماماً وظهوره بشكل "متوسط" كعرض طبيعي مصاحب للاضطراب العضوي.

- **الدعم الاجتماعي والتكيف النفسي:** قد يلعب عامل المساندة الأسرية والوعي الصحي دوراً كبيراً في جعل المريضات يظهرن قدراً من التكيف يمنع تفاقم قلقهن حول مستقبلهن الصحي والاجتماعي.

1- عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضية الثانية:

ينص التساؤل الثاني على أنه "**هل يختلف مستوى قلق المستقبل باختلاف السن لدى النساء المصابات بأمراض الغدة الدرقية؟ "**

وللإجابة على التساؤل تم تطبيق مقياس قلق المستقبل على نساء المصابات المصابات بامراض الغدة الدرقية.

تنص الفرضية الثانية على:

" يختلف مستوى قلق المستقبل باختلاف السن لدى النساء المصابات بمرض الغدة الدرقية "

من خلال المعالجة الإحصائية توصلنا للنتائج الموضحة في الجدول الاتي:

الجدول رقم (07): يوضح نتائج اختبار كروسكال واليس "كا^2 " لمعرفة الفروق في قلق المستقبل تبعاً لمتغير السن.

السن	التكرار	متوسط الرتب	قيمة"كا^2 "	درجة الحرية	الدلالة الاحصائية
من 18 عاما إلى 36عاما	25	44,40	8,064	2	0,018
من 37عاما إلى 54عاما	36	31,72			
أكبر من 54عاما	9	25,89			

يتبين من خلال الجدول رقم (**07**) المسجل أعلاه ما يلي:

سجلت الفئة العمرية الشابة (من 18 إلى 36 عاماً) أعلى متوسط رتب حيث بلغ (**44,40**).

تلتها الفئة العمرية المتوسطة (من 37 إلى 54 عاماً) بمتوسط رتب بلغ (31,72).

في حين سجلت الفئة العمرية الأكبر سناً (أكبر من 54 عاماً) أدنى متوسط رتب بقيمة (25,89).

ولمعرفة ما إذا كانت هذه الفروق الظاهرية بين الفئات العمرية ذات دلالة إحصائية، تشير القيمة المحسوبة للاختبار والتي بلغت (**8,064**) عند درجة حرية 2 إلى أن مستوى الدلالة المحقق هو 0,018. وحيث إن هذه القيمة أقل من مستوى الدلالة المعتمد 0,05 ($p < 0.05$)، فإن هذا يؤكد وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق المستقبل تعزى لمتغير السن، وهذه الفروق تتجه لصالح الفئة العمرية الأقل سناً (18-36 عاماً) لأنها صاحبة أعلى متوسط رتب.

ومنه بناءً على النتائج الإحصائية التي توصل إليها اختبار " **كا²**"، تبين أن متغير السن يحدث فرقاً جوهرياً ودالاً إحصائياً في مستويات قلق المستقبل لدى النساء المصابات بأمراض الغدة الدرقية. وحيث إن الفرضية المصاغة كانت تتوقع وجود هذا الاختلاف، فإن النتيجة الإحصائية جاءت مطابقة ومثبتة للتوقع العلمي للدراسة.

❖ **تفسير نتائج الفرضية الثانية:**

القرار بشأن الفرضية: بناءً على ما تحصلنا عليه، نقبل الفرضية البديلة ونرفض الفرضية الصفرية، وعليه تتحقق الفرضية الثانية للدراسة، ونستنتج أن: مستوى قلق المستقبل يختلف باختلاف السن لدى النساء المصابات بأمراض الغدة الدرقية، وتكون حدة القلق أعلى لدى الفئات العمرية الأصغر سناً (18-36 سنة).

ونفسر ذلك:

- **طبيعة المرحلة العمرية والالتزامات:** تمثل الفترة الممتدة من 18 إلى 36 عاماً ذروة التخطيط للمستقبل (التعليم، بناء المسار المهني، الزواج، الإنجاب، وتأسيس الأسرة). الإصابة بمرض مزمن كاضطراب الغدة الدرقية في هذا السن يُنظر إليه كمهدد مباشر لهذه المشاريع الحياتية، مما يرفع من وتيرة "قلق المستقبل".
- **النضج النفسي واستراتيجيات التكيف:** الفئات العمرية الأكبر سناً (فوق 37 وفوق 54 عاماً) غالباً ما تمتلك رصيداً أعلى من الخبرات الحياتية، والتوافق النفسي، و"التقبل الواقعي" للأمراض والمشكلات الصحية، بالإضافة إلى استقرار أدوارهم الاجتماعية، مما يجعلهم أكثر مرونة في مواجهة المرض وأقل قلقاً بشأن ما يخبئه المستقبل مقارنة بالشابات.

- **الوعي بالصورة الجسدية:** تؤثر اضطرابات الغدة الدرقية على الوزن، البشرة، والطاقة الحيوية. هذا التأثير العضوي والجمالي يكون واقعه النفسي أشد حساسية على النساء في مرحلة الشباب، مما ينعكس سلبياً على نظرتهن لمستقبلهن الشخصي والاجتماعي.

2- عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضية الثالثة:

ينص التساؤل الثالث " **هل يختلف مستوى قلق المستقبل باختلاف متغير الحالة الاجتماعية لدى النساء المصابات بأمراض الغدة الدرقية؟ "**

وللإجابة على التساؤل تم تطبيق مقياس قلق المستقبل على نساء المصابات المصابات بامراض الغدة الدرقية.

تنص الفرضية الثالثة على:

"يختلف مستوى قلق المستقبل باختلاف متغير الحالة الاجتماعية لدى النساء المصابات بمرض الغدة الدرقية "

من خلال المعالجة الإحصائية توصلنا للنتائج المحصلة في الجدول الاتي:

الجدول رقم (08): يوضح نتائج اختبار كروسكال واليس "كا^2 "لمعرفة الفروق في قلق المستقبل تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية لدى النساء المصابات بأمراض الغدة الدرقية.

الحالة الاجتماعية	التكرار	متوسط الرتب	قيمة "كا^2 "	درجة الحرية	الدلالة الاحصائية
عزباء	12	38,17	4,828	3	1,85
متزوجة	47	32,37			
مطلقة	6	50,25			
أرملة	5	40,80			

يتبين من خلال الجدول رقم (**08**) أن هناك تفاوتاً ظاهرياً في متوسطات رتب درجات قلق المستقبل بين الفئات الأربع لمتغير الحالة الاجتماعية:

سجلت فئة المطلقات أعلى متوسط رتب بقيمة (**50,25**).

تليها فئة الأرامل بمتوسط رتب بلغ (40,80.)

ثم فئة العازبات بمتوسط رتب بلغ (38,17).

في حين سجلت فئة المتزوجات أدنى متوسط رتب بقيمة (32,37).

ولمعرفة ما إذا كان هذا التفاوت يعبر عن فروق حقيقية دالة إحصائياً، تشير القيمة المحسوبة لاختبار "كاي مربع" والتي بلغت (**4,828**) عند درجة حرية 3، إلى أن مستوى الدلالة المحقق هو 1,85. وحيث إن هذه القيمة الإحصائية المقدرة بـ (1,85) هي أكبر بكثير من مستوى الدلالة المعتمد 0,05 ($p > 0.05$)، فإن هذا يؤكد عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق المستقبل تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، مما يعني أن التباين الملاحظ في المتوسطات هو تباين ظاهري فقط وليس له ثقل إحصائي.

ومنه بناءً على النتائج الإحصائية التي توصل إليها اختبار "**كا^2**"، تبين أن متغير الحالة الاجتماعية (عزباء، متزوجة، مطلقة، أرملة) لا يُحدث فرقاً جوهرياً أو دالاً إحصائياً في مستويات قلق المستقبل لدى النساء المصابات بأمراض الغدة الدرقية. وحيث إن الفرضية المصاغة كانت تتوقع وجود هذا الاختلاف، فإن النتيجة الإحصائية جاءت مخالفة للتوقع العلمي للدراسة.

❖ تفسير نتائج الفرضية الثالثة:

القرار بشأن الفرضية: بناءً على ما تحصلنا، نرفض الفرضية البديلة ونقبل الفرضية الصفرية، وعليه لم تتحقق الفرضية الثالثة للدراسة، ونستنتج أن: مستوى قلق المستقبل لا يختلف باختلاف الحالة الاجتماعية لدى النساء المصابات بأمراض الغدة الدرقية، حيث تتقارب المريضات في مستويات القلق لديهن بغض النظر عن وضعهن الاجتماعي.

ونفسر ذلك:

- **عمومية المرض وثقله النفسي**: إن الإصابة بمرض مزمن واضطراب هرموني مثل مرض الغدة الدرقية يفرض عبئاً نفسياً وجسدياً متشابهاً على كافة النساء. فالأعراض العضوية والتقلبات المزاجية والقلق المرتبط بالمسار

العلاجي هي هواجس مشتركة تعيشها المرأة سواء كانت عزباء، متزوجة، مطلقة، أو أرملة، مما جعل "قلق المستقبل" لديهن متقارباً.

- **تغير النظرة التقليدية للأدوار الاجتماعية:** لم يعد الوضع الاجتماعي للمرأة (كالزواج أو عدمه) هو المحدد الوحيد للأمن النفسي أو القلق من المستقبل في الوقت الحالي، بل أصبحت الهواجس تتركز أكثر حول الصحة العامة، القدرة على الإنتاجية، والتعايش مع المرض بشكل مستقل.
- ومن ناحية أخرى، يمكن إرجاع عدم دلالة الفروق إحصائياً بين فئات الحالة الاجتماعية إلى التباين الكبير والملحوظ في أحجام العينات الفرعية (حجم المجموعات) المكونة للمتغير؛ حيث يلاحظ أن فئة المتزوجات قد استحوذت على الحجم الأكبر داخل العينة بتكرار قدره (47 مريضة)، في مقابل تكرارات ضئيلة جداً لبقية الفئات: العازبات (12)، المطلقات (6)، والأرامل (5).

3- عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضية الرابعة:

ينص التساؤل الرابع على " **هل يختلف مستوى قلق المستقبل باختلاف نوع المرض لدى النساء المصابات بأمراض الغدة الدرقية؟ "**

وللإجابة على التساؤل تم تطبيق مقياس قلق المستقبل على نساء المصابات بامراض الغدة الدرقية.

تنص الفرضية الرابعة على:

"يختلف مستوى قلق المستقبل باختلاف نوع المرض لدى النساء المصابات بمرض الغدة الدرقية "

من خلال المعالجة الإحصائية توصلنا للنتائج المحصلة في الجدول الاتي:

الجدول رقم (09): يوضح نتائج اختبار كروسكال واليس "كا^2 " لمعرفة الفروق في قلق المستقبل تبعاً لمتغير نوع المرض لدى النساء المصابات بأمراض الغدة الدرقية.

نوع المرض	التكرار	متوسط الرتب	قيمة "كا^2 "	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
خمول الغدة الدرقية	42	31,52	4,266	2	0,118
نشاط الغدة الدرقية	20	40,28			
استئصال الغدة الدرقية	8	44,44			

يتبين من خلال الجدول رقم (**09**) أن هناك تفاوتاً ظاهرياً في متوسطات رتب درجات قلق المستقبل بين المصابات تبعاً لنوع الاضطراب في الغدة الدرقية:

سجلت ان المصابات اللواتي خضعن لـ استئصال الغدة الدرقية أعلى متوسط رتب بقيمة (**44,44**).

تليهن المصابات اللواتي يعانين من نشاط الغدة الدرقية بمتوسط رتب بلغ 40.28.

في حين سجلت المصابات اللواتي يعانين من خمول الغدة الدرقية أدنى متوسط رتب بقيمة 31.52.

ولمعرفة ما إذا كان هذا التفاوت الظاهري يعبر عن فروق حقيقية دالة إحصائياً، تشير القيمة المحسوبة لاختبار كاي مربع " **كا^2** "والتي بلغت (4,266) عند درجة حرية 2، إلى أن مستوى الدلالة المحقق هو (0,118). وحيث إن هذه القيمة الإحصائية (0,118) هي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد 0,05 ($p > 0.05$)، فإن هذا يؤكد عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق المستقبل تعزى لمتغير نوع المرض، مما يعني أن الاختلاف الملاحظ في المتوسطات ليس له ثقل إحصائي يعتد به.

بناءً على النتائج الإحصائية التي تحصلنا عليها اختبار " **كا^2** "، تبين أن متغير نوع المرض (خمول، نشاط، استئصال) لا يُحدث فرقاً جوهرياً في مستويات قلق المستقبل لدى النساء المصابات بأمراض الغدة الدرقية. وحيث إن الفرضية المصاغة كانت تتوقع وجود هذا الاختلاف، فإن النتيجة الإحصائية جاءت مخالفة للتوقع العلمي للدراسة.

❖ تفسير نتائج الفرضية الرابعة:

القرار بشأن الفرضية: بناءً على ما توصلنا إليه، نرفض الفرضية البديلة ونقبل الفرضية الصفرية، وعليه لم تتحقق الفرضية الرابعة للدراسة، ونستنتج أن: مستوى قلق المستقبل لا يختلف باختلاف نوع المرض لدى النساء المصابات بأمراض الغدة الدرقية، بل يتقاربن في مستوى القلق لديهن.

ونفسر ذلك:

الاشتراك في المعاناة العضوية والنفسية: يمكن تفسير تقارب مستويات قلق المستقبل بين المجموعات الثلاث بأن أمراض الغدة الدرقية بجميع أنواعها (سواء نقص في الإفراز، أو نشاط زائد، أو غياب الغدة تماماً بعد الاستئصال) تؤدي في النهاية إلى اضطراب هرموني حاد يؤثر مباشرة على المراكز الانفعالية في الدماغ، مسبباً أعراضاً نفسية مشتركة كالمزاج المتقلب والتوتر، مما يجعل الهواجس حول المستقبل الصحي واحدة لدى كافة المريضات بغض النظر عن التشخيص الدقيق.

الارتباط الدوائي المستمر: تشترك مريضات الخمول ومريضات الاستئصال (وحتى بعض حالات النشاط بعد العلاج اليودي) في ضرورة الاعتماد مدى الحياة على بديل هرموني صناعي (مثل الليفوتيروكسين)، هذا الارتباط اليومي بالدواء والمتابعة الطبية الدائمة يمثل عاملاً مشتَركاً يغذي قلق المستقبل لديهن بنفس الوتيرة.

الملاحظة المنهجية (حجم العينة): كما أشرنا سابقاً، يظهر هنا مجدداً التفاوت الكبير في حجم العينات الفرعية داخل المتغير؛ حيث تتركز كتلة العينة في فئة الخمول (42 مريضة) بنسبة تفوق 60%، تليها فئة النشاط (20 مريضة)، بينما انحصرت فئة الاستئصال في (8 مريضات فقط). هذا التوزيع غير المتكافئ للمجموعات يضعف من قدرة اختبار "كاي مربع" الإحصائي على إظهار الفروق الحقيقية بين الفئات، وهذا ما يفسر النتيجة الإحصائية غير الدالة رغم التفاوت الظاهري في متوسط الرتب لصالح فئة الاستئصال.

➢ **الاستنتاج العام:**

شكل موضوع **"قلق المستقبل لدى النساء المصابات بأمراض الغدة الدرقية"** المحور الأساسي الذي دارت حوله هذه الدراسة، حيث انطلقت الإشكالية من واقع عيادي وسيكولوجي معقد يتداخل فيه الاضطراب الهرموني العضوي بالمعاناة النفسية للمريضات. وقد هدفت الدراسة إلى استكشاف مستوى هذا القلق وتحديد أبعاده وفحص مدى تأثره ببعض المتغيرات الديموغرافية و العيادية المتمثلة في: (السن، الحالة الاجتماعية، ونوع المرض)، وذلك بالاعتماد على المنهج الوصفي وتطبيقه على عينة إجمالية قوامها (100) مريضة غدة درقية، توزعت منهجياً بين عينة قصدية استطلاعية شملت (30) مريضة، وعينة أساسية بلغت (70) مريضة خضعت بياناتهن للتحليل الميداني النهائي.

وبعد إخضاع البيانات الميدانية للعينة الأساسية للمعالجة الإحصائية بواسطة **اختبار كاي مربع" كا^2 "** ومناقشة النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة، تم التوصل إلى استنتاج عام يوجز مخرجات هذا البحث في النقاط التالية:

طبيعة قلق المستقبل لدى المريضات: تبين أن المعاناة من اضطرابات الغدة الدرقية لا تؤدي بالضرورة إلى مستويات حادة وقصوى من قلق المستقبل، بل ترتبط ببروز قلق ذو شدة متوسطة. هذا المستوى يعكس وجود توازن نسبي تحافظ عليه المريضات نتيجة توفر البروتوكولات العلاجية واستقرارها، لكنه يعكس في الوقت ذاته بقاء هواجس ومخاوف كامنة حول المسار الصحي والاجتماعي مستقبلاً.

محورية العامل العمري: استنتجت الدراسة أن قلق المستقبل ليس سمة ثابتة لدى جميع الأعمار، بل هو متغير يخضع للتأثير المباشر لمتغير السن. وتعد الفئة العمرية الشابة (18–36 سنة) هي الأكثر عرضة وحساسية لهذا القلق، نظراً لأن المرض يشكل مهدداً مباشراً لمرحلة التخطيط وبناء المشاريع الحياتية والالتزامات الأسرية والمهنية التي تميز هذه الفترة الحيوية من عمر المرأة.

ثبات الأثر النفسي والعيادي: أثبتت النتائج الميدانية تماثل مستويات قلق المستقبل عند مقارنتها بمتغيري الحالة الاجتماعية ونوع المرض (خمول، نشاط، استئصال)؛ وهو ما يقود إلى استنتاج عيادي هام مفاده أن الأثر النفسي المصاحب للمرض يشكل عبئاً مشتركاً ومتقارباً. فالاضطراب في الإفرازات الهرمونية وما يصاحبه من تقلبات انفعالية، بالإضافة إلى حتمية التعايش مع علاج دوائي دائم، هي هواجس ومظاهر مشتركة تفرض ثقلها على المرأة وتذوب أمامها الفروق الفردية المرتبطة بالوضع الاجتماعي أو بالتصنيف الطبي الدقيق للمرض.

التوصيات والمقترحات

➢ التوصيات ومقترحات:

التوصيات:

- تكامل الرعاية الصحية: ضرورة إدراج وحدة للدعم والمرافقة النفسية داخل مصالح أمراض الغدد والسكري بالمستشفيات والعيادات، وعدم الاكتفاء بالبروتوكول العلاجي العضوي (الدوائي).
- التركيز على الفئات الشابة: تصميم برامج إرشادية و عيادية وتدريبية متخصصة تستهدف النساء المصابات في المرحلة العمرية الشابة (18-36 سنة)، لمساعدتهن على إدارة قلق المستقبل، ووضع استراتيجيات توافق مرنة مع أدوارهن الأكاديمية، المهنية، والأسرية.
- التوعية والتعليم الصحي: تنظيم ورشات عمل وحملات تحسيسية دورية للمريضات وأهاليهن حول طبيعة اضطرابات الغدة الدرقية، بهدف تقليل الغموض المعرفي حول مسار المرض وأعراضه النفسية (كالتقلبات المزاجية)، مما يساهم في خفض حدة القلق تجاه المستقبل الصحي والاجتماعي.
- تفعيل مجموعات الدعم والمؤازرة: تشجيع إنشاء نوادي أو مجموعات دعم تلتقي فيها المريضات لتبادل الخبرات الناجحة في التعايش مع المرض، مما يعزز لديهن روح التفاؤل ويقلل من شعورهن بالعبء النفسي المنفرد.
- تشكيل مجموعات دعم اجتماعي: إنشاء منصات (حضورية أو إلكترونية) لتبادل الخبرات بين المريضات، مع التركيز على نماذج نجاح لنساء تعايشن مع المرض وحققن توازناً بين الصحة والحياة الاجتماعية.

مقترحات:

- إجراء دراسات عيادية مقارنة تهدف إلى معرفة الفروق في قلق المستقبل بين النساء المصابات باضطرابات الغدة الدرقية (كمرض مزمن) والنساء المصابات بأمراض مزمنة أخرى (مثل السرطان أو القصور الكلوي ومرض السكري).
- دراسة متغير قلق المستقبل وعلاقته بمتغيرات سيكولوجية أخرى لدى مريضات الغدة الدرقية، مثل: (جودة الحياة الصحية، استراتيجيات التكيف النفسي، أو الذكاء الانفعالي).
- بحث في دور متغير "الدعم الاجتماعي" (الأسري والزواجي) كمتغير وسيط أو معدّل يمكن أن يساهم في خفض وتخفيف الأثر النفسي وقلق المستقبل لدى النساء المصابات.

- إنجاز دراسة تتبعية (طولية) لرصد التغيرات التي تطرأ على قلق المستقبل لدى المريضات اللواتي خضعن لاستئصال كلي للغدة قبل وبعد استقرار جرعات البديل الهرموني الصناعي.
- دراسة قلق المستقبل وعلاقته بالصورة الجسدية (Body Image): إجراء بحوث تدرس العلاقة بين قلق المستقبل والرضا عن الصورة الجسدية لدى المريضات، نظراً للتغيرات الفيزيولوجية والجمالية (مثل تذبذب الوزن ومشاكل البشرة والشعر) المصاحبة لاضطرابات الغدة الدرقية وأثرها على ثقة المرأة الشابة بنفسها.
- بحث التوافق الزواجي والأسري كعامل وقائي: دراسة قلق المستقبل وعلاقته بالتوافق الزواجي لدى المريضات المتزوجات، للكشف عما إذا كان استقرار العلاقة الزوجية يسهم كعامل وقائي في خفض وتيرة القلق والاضطراب الانفعالي.
- دراسة الفروق بين الجنسين (في حال توسيع العينة مستقبلاً): إجراء دراسة مقارنة حول قلق المستقبل بين الرجال والنساء المصابين بأمراض الغدة الدرقية، لرصد مدى تأثير الخصوصية الجندرية والبيولوجية على طبيعة المخاوف المستقبلية.
- تصميم وتطبيق برنامج إرشادي عقلاني انفعالي: اقتراح بحث شبه تجريبي يهدف إلى قياس فاعلية برنامج إرشادي مستند إلى النظرية العقلانية الانفعالية (REBT) أو العلاج المعرفي السلوكي (CBT) في خفض الأفكار اللاعقلانية وقلق المستقبل لدى المريضات.
- قلق المستقبل وعلاقته بالصلابة النفسية: بحث العلاقة الارتباطية بين قلق المستقبل ومستوى الصلابة النفسية أو المرونة النفسية لدى مريضات الغدة الدرقية، لمعرفة كيف تساهم السمات الشخصية الإيجابية في مواجهة العبء الصحي.

قائمة المراجع

➢ **المراجع العربية:**

1) أبا الخيل، ش. إ. (2021). أمراض الغدة الدرقية. المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية.
2) ابن مريجة، أحمد. (2021). علم النفس السلوكي وتطبيقاته في تعديل السلوك. دار غيداء للنشر والتوزيع.
3) إبراهيم، عبد الستار. (2019). القلق والضغوط النفسية: آليات المواجهة والسمات الشخصية في البيئة الحديثة. دار الفكر العربي.
4) الأقصرى، لندا. (2002). القلق عند الشباب: أسبابه وعلاجه من منظور علم النفس السلوكي. دار الفكر العربي.
5) بداوي، مصطفى. (2015). النظريات المعرفية الحديثة وتطبيقاتها في العلاج النفسي. المكتب الجامعي الحديث.
6) بسمة كريم شامخ صالح مهدي صالح (2011) التحدث مع الذات وبعض الضطرابات النفسية والسلوكية، ط 1 ،دار صفاء ، عمان
7) بلكيلاني، مصطفى. (2018). أبعاد قلق المستقبل وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية [مذكرة ماستر غير منشورة]. جامعة قاصدي مرباح.
8) بن عمار، سهيلة، و خميلوش، فطيمة. (2024). المرونة النفسية وعلاقتها بقلق المستقبل لدى المراهق المصاب بمرض مزمن: دراسة ميدانية [مذكرة ماستر غير منشورة]. جامعة قاصدي مرباح.
9) بوخالفة، فريحة. (2017). قلق المستقبل لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بمدينتي تقرت وورقلة [مذكرة ماستر غير منشورة]. جامعة قاصدي مرباح.
10) بوسعيد، سعاد. (2014). المرونة النفسية وعلاقتها بقلق المستقبل لدى النساء المصابات باضطرابات الغدة الدرقية بمدينة ورقلة [مذكرة ماستر غير منشورة]. جامعة قاصدي مرباح.
11) بهي السيد فؤاد (1974) ، الأسس النفسية للنمو من الطفولة الى الشيخوخة ، ط1،دار الفكر العربي، القاهرة.
12) توفيت، أحمد. (2013). الاضطرابات الهرمونية وتأثيراتها النفسية والجسدية. دار المسيرة للنشر والتوزيع.
13) جبر، محمود عطية جبر محمد. (2005). علم النفس المناعي العصبي: الانفعالات وجهاز المناعة (ط. 1). دار الفكر العربي.

14) جمال أحمد، محمد. (2018). العلاج المعرفي السلوكي الحديث: فنيات وتطبيقات عيادية. دار الفكر العربي.

15) جودة، أحمد. (2013). وعلاقة قلق المستقبل ببعض المتغيرات لدى طلاب التدريب المهني. مجلة الدراسات التربوية والنفسية، جامعة السلطان قابوس، 7(2)، 186-199.

16) جوميز، جوان. (2009). اضطرابات الغدة الدرقية: دليل طبي ونفسي متكامل للتعامل مع المرض (مركز التعريب والبرمجة، مترجم). الدار العربية للعلوم ناشرون.

17) حسن، محمود. (2012). العلاج السلوكي المعرفي: المبادئ والتطبيقات العيادية. دار المسيرة للنشر والتوزيع.

18) حسن، ن. (2020). نوعية الحياة وعلاقتها بقلق المستقبل لدى مرضى الغدة الدرقية. مجلة كلية الآداب – جامعة القاهرة، 80(3)، 75–98.

19) الحسيني، إسماعيل محمد. (2011). قلق المستقبل الوجودي: نظريات وعلاجات (ط. 1). دار صفاء للنشر والتوزيع.

20) حميدان القاضي، يوسف. (2009). الإرشاد النفسي والتربوي: نظريات وتطبيقات. دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

21) الحمداني، موفق. (2011). علم النفس الدينامي: نظريات ومفاهيم. دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

22) حيران، تيسير، وطلافيح، محمد. (2016). قلق المستقبل وأبعده النفسية والاجتماعية لدى فئات المجتمع. دار الخليج للنشر والتوزيع.

23) خضر، أحمد إبراهيم. (1992). إعداد البحوث والرسائل العلمية: دليل منهجي للباحثين. دار الكتاب الحديث.

24) راضية. (2009). مناهج البحث العلمي في العلوم الاجتماعية والتربوية. ديوان المطبوعات الجامعية.

25) الدليل الإكلينيكي للأمراض الباطنة والغدد الصماء. (2015). المكتبة الطبية الحديثة.

26) دويدار، أحمد سيف الدين. (1999). أساسيات علم بيولوجيا الإنسان والتشريح الفسيولوجي. دار الفكر العربي.

27) زعباطي، بشرى منار، ودحو، رحاب. (2025). الصمود النفسي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن [مذكرة ليسانس غير منشورة]. قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة غرداية.

28) زهران، حامد عبد السلام. (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي (ط. 4). عالم الكتب.

29) -زينب، محمود شقير (2002). مقياس قلق المستقبل. دار النهضة العربية للطبع والنشر والتوزيع.

30) الزيود، نادر فهمي. (2014). قلق المستقبل وأثره على العتبة النفسية للألم لدى المرضى (ط. 2). دار الفكر للنشر والتوزيع.

31) سراج قدور، أحمد. (2019). الأساليب الإرشادية والتربوية المعاصرة في مواجهة القلق. دار المسيرة للنشر والتوزيع.

32) سمروني، مراد. (2024، 15 يناير). واقع اضطرابات وسرطانات الغدة الدرقية لدى النساء في الجزائر. جريدة الشعب، ص. 7.

33) سمية ، سيراج قدور (2019) . قلق المستقبل وعلاقته بالصلابة النفسية ماليزيا أطروحة دكتوراه.

34) سوين، ريتشارد م. (1979). الاضطرابات السيكوسوماتية في بنية الجسم: دراسة في العلاقات الانفعالية (ط. 1). دار المعارف.

35) شامخ، محمد، وصياح، مهدي. (2011). الاتجاهات النظرية الحديثة في علم النفس المرضي والعيادي. المكتب الجامعي الحديث.

36) شلبي، أمينة إبراهيم. (2013). قلق المستقبل وعلاقته بالالتزام العلاجي وجودة الحياة لدى مرضى الأمراض المزمنة. مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، 82(3)، 145-182.

37) الشرقي، رئيسة. (2013). الاضطرابات الفسيولوجية والسيكوسوماتية المصاحبة لحالات القلق. دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

38) شتيح، حسينة. (2022). استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى المرأة المصابة باضطراب الغدة الدرقية: دراسة عيادية [مذكرة تخرج غير منشورة]. جامعة الجزائر 2.

39) عباس، محمد خليل، وآخرون. (2011). مدخل إلى مناهج البحث في التربية وعلم النفس. دار المسيرة للنشر والتوزيع.

40) عبد الآغا، عبد المعين. (2011). اضطرابات الغدد الصماء والسكري عند الأطفال والمراهقين. دار المسيرة للنشر والتوزيع.

41) عبد الخالق، أحمد محمد. (1986). علم النفس الفسيولوجي: دراسة في تفاعل الجسد والسلوك. دار المعرفة الجامعية.

42) عبد الحميد، س. (2021). القلق والاكتئاب لدى مرضى الغدة الدرقية: دراسة مقارنة بين قصور وفرز الغدة. المجلة العربية للطب النفسي، 32(1)، 105–125.

43) عثمان، السيد أحمد. (2001). القلق. دار الفكر العربي.

44) عكاشة، أحمد. (1998). الطب النفسي المعاصر (ط. 10). دار المعارف.

45) عكاشة أحمد، مصطفى. (2000). النمو الفسيولوجي والبيولوجي البشري من الجنين إلى الشيخوخة. دار الفكر العربي.

46) عمير، إيمان، وبن بادة، لؤي. (2023). الكفاءة الذاتية وقلق المستقبل لدى النساء المصابات بسرطان الثدي بغارداية [مذكرة ماستر غير منشورة]. جامعة غرداية.

47) غانم، محمد حسن. (2015). الدليل المختصر في الاضطرابات السيكوسوماتية: تأصيل نظري ودراسة ميدانية. مكتبة الأنجلو المصرية.

48) فوزي، عبد الفتاح، وآخرون. (2010). مناهج البحث العلمي: الرؤى النظرية والتطبيقات العملية. دار المسيرة للنشر والتوزيع.

49) قعيد، سارة، وعوني، وداد، وقعيد، دنيا، وقدور، رندة، وجابو، صابرين. (2022). قلق المستقبل عند مرضى السرطان بولاية الوادي [مذكرة تخرج غير منشورة]. جامعة حمه لخضر.

50) الكريديس، سالم علي. (2015). علم النفس المعرفي وتطبيقاته في المجال العيادي والتربوي. دار الأركان للنشر والتوزيع.

51) كردودة، يحي حسام الدين. (2024). مستوى قلق المستقبل لدى مرضى القصور الكلوي الخاضعين لتصفية بمستشفى مستغانم الجامعي: دراسة عيادية [مذكرة ماستر غير منشورة]. جامعة عبد الحميد بن باديس.

52) لحرش، دارين، وشيكر، رميسة. (2024). قلق المستقبل لدى الشاب المصاب بمرض السكري من النمط (1): دراسة عيادية [مذكرة تخرج غير منشورة]. جامعة غرداية.

53) 23. محمد أحمد النابلسي فرويد والتحليل النفسي دار النهضة العربة للطباعة والنشر، ب، ط، بيروت، لبنان، 19

54) [لقب الباحث]، محمد. (1988). أصول البحث العلمي ومناهجه. دار المعرفة الجامعية. (ملاحظة: يرجى استبدال [لقب الباحث] بالاسم الصحيح هجائياً لتثبيت مكانه ديداً).

55) المجدوب الفاطمي، كمال. (2005). علم وظائف الأعضاء والتشريح الفسيولوجي لجسم الإنسان. دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

56) مجمع اللغة العربية. (2004). المعجم الوسيط (ط. 4). مكتبة الشروق الدولية.

57) المشيخي، غالب محمد. (2009). قلق المستقبل وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية: دراسة كلينيكية وعلاجية. دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

58) منظمة الصحة العالمية. (2022). الصحة النفسية في سياق الأمراض المزمنة: دليل إقليمي. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط.

59) منصور، السيد كامل. (2011). الاستنزاف النفسي وآليات التكيف لدى المرضى ذوي الحالات الطبية المزمنة (ط. 1). دار النهضة العربية.

60) المطيري، حامد. (2021). الأعراض النفسية والعيادية المعاصرة: دليل التشخيص والعلاج. دار المسيرة للنشر والتوزيع.

61) مراد، مساعد. (2010). اضطرابات الغدة الدرقية وأحدث الاستراتيجيات العلاجية. دار الفكر العربي.

62) نين، أم الخير، ومزار، منال. (2022). الضغط النفسي وعلاقته بقلق المستقبل لدى مرضى الأورام السرطانية: دراسة ميدانية بمدينتي ورقلة والوادي [مذكرة ماستر غير منشورة]. جامعة قاصدي مرباح.

63) الناجي، سمير، والصفدي، عصام. (2005). وظائف الأعضاء وعلم الفسيولوجيا الطبي المتقدم. دار المسيرة للنشر والتوزيع.

64) النجرس، عايد. (2004). الأساليب الإحصائية في البحث العلمي: منظور تطبيقي. دار وائل للنشر والتوزيع.

➢ **المراجع الأجنبية:**

65) American Psychological Association. (2020). APA dictionary of psychology. https://dictionary.apa.org/

66) American Thyroid Association. (2020). Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of thyroid dysfunction. American Thyroid Association Publications.

67) Bi, L., Smith, J., & Wang, X. (2025). Future anxiety and chronic illness: A gender-based approach. Health Psychology Review, 14(2), 5-20.

68) Carlé, A., Pedersen, I. B., Knudsen, N., Jørgensen, T., Perrild, H., Ovesen, L., & Laurberg, P. (2015). Hypothyroidism and male fertility: Clinical outcomes and semen analysis. European Journal of Endocrinology, 172(6), 713–721.

69) Fischer, S., & Ehlert, U. (2018). Psychobiology of posttraumatic stress disorder. Springer Nature.

70) Kalogirou, M., Papadaki, E., & Vassilopoulou, S. (2025). Neurological and psychiatric manifestations of thyroid dysfunction. Thyroid Research Updates, 18(1), 7-15.

71) Kasper, D. L., Fauci, A. S., Hauser, S. L., Longo, D. L., Jameson, J. L., & Loscalzo, J. (2020). Harrison's manual of medicine (20th ed.). McGraw-Hill Education.

72) Marchetti, A., Rossi, G., & Ferrari, M. (2025). Psychosomatic perspectives on endocrine diseases. Journal of Psychosomatic Research, 112, 3-10.

73) Melmed, S., Auchus, R. J., Goldfine, A. B., Koenig, R. J., & Rosen, C. J. (2019). Williams textbook of endocrinology (14th ed.). Elsevier.

74) Nazarpour, S., Ramezani Tehrani, F., Simbar, M., Azizi, F., & Tohidi, M. (2015). Effects of maternal hypothyroidism on pregnancy

outcomes and fetal neurodevelopment: A systematic review. Journal of Clinical Research in Endocrinology, 7(4), 385–393.

75) National Institutes of Health. (n.d.). Goiter. MeSH Database. U.S. National Library of Medicine. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68006059

76) Pasyechko, N., Naumova, L., & Mazur, N. (2022). Thyroid disorders in women of reproductive age. Journal of Clinical Medicine, 11(6), 158-165.

77) Patton, M. Q. (2015). Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice (4th ed.). SAGE Publications.

78) Suen, L. J., Huang, H. M., & Lee, H. H. (2014). A comparison of convenience sampling and purposive sampling. The Journal of Nursing, 61(3), 105–111. https://doi.org/10.6224/JN.61.3.105 Suen, L. J., Huang, H. M., & Lee, H. H. (2014). A comparison of convenience sampling and purposive sampling. The Journal of Nursing, 61(3), 105–111. https://doi.org/10.6224/JN.61.3.105

79) Tourniaire, J. (1994). Les thyroidites: Classification anatomo-clinique et aspects pratiques. Revue Française d'Endocrinologie, 35(2), 99–105.

80) Zamrazil, V. (2015). Subclinical hypothyroidism: Clinical features and diagnostic challenges. European Thyroid Journal, 4(4), 870–875.

الملاحق

جامعة غرداية. كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

تخصص علم النفس العيادي. **"مقياس قلق المستقبل"**

إستبيان

- السن:
- الحالة الاجتماعية:
- نوع مرض الغدة الدرقية: نقص افراز: زيادة الافراز: جراحة(استئصال):

التعليمات: (ملاحظة: هذا الاستبيان موجه لنساء فقط)

أختي الكريمة .....

يهدف هذا الاستبيان إلى التعرف على بعض السمات الشخصية وأنماط السلوك المختلفة لديك في مواقف الحياة اليومية. الرجاء قراءة كل عبارة بعناية وتحديد مدى انطباقها عليك بوضع علامة (X) في الخانة المناسبة. لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة، نرجو أن تكون إجابتك صادقة وتعبر عن واقعك الحالي.

رقم	العبارة	غير موافق	موافق الى حد ما	موافق
1	حالتي المرضية تزيد من خوفي من المستقبل			
2	يجعلني التفكير في المستقبل متشائما			
3	تراودني فكرة الموت مبكرا			
4	استغرق وقتا طويلا في تخيل ما يمكن ان يكون عليه وضعي الصحي لاحقا			
5	يقلقني التفكير في المستقبل			
6	أخشى دائما من زيادة مرضي وتطوره			
7	اشعر بالطمأنينة والهدوء بالنسبة لحياتي المستقبلية			
8	اشعر انني لن احقق السعادة في حياتي الزوجية			
9	يشغلني التفكير في احتمال الحياة الاسرية بسبب مرضي			
10	أخشى من إنجاب أطفال غير اصحاء			
11	اشعر ان المستقبل غامض			
12	يخيفني التفكير في الحمل			

13	يقلقني انتظار نتائج التحاليل(الفحوصات)			
14	أخاف من فكرة تناول الدواء مدى الحياة			

T-Test

صدق المقارنة الطرفية لأداة الدراسة

Group Statistics

	العينة	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
قلق المستقبل	العليا	10	31,1000	2,64365	,83600
	الدنيا	10	20,7000	2,21359	,70000

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper

قلق_المستقبل	Equal variances assumed	,044	,836	9,538	18	,000	10,4000	1,09036	8,10923	12,69077
	Equal variances not assumed			9,538	17,461	,000	10,4000	1,09036	8,10416	12,69584

Reliability

ثبات ألفا كرونباخ لأداة الدراسة

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,662	14

Explore

اختبار التوزيع الطبيعي (البيانات غيرموزعة طبيعيا)

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
قلق_المستقبل	,119	70	,016	,976	70	,190

a. Lilliefors Significance Correction

Frequency Table

مستوى قلق المستقبل لدى النساء

المستوى

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	مرتفع	12	17,1	17,1	17,1
	متوسط	35	50,0	50,0	67,1
	منخفض	23	32,9	32,9	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

المستوى

	Observed N	Expected N	Residual
مرتفع	12	23,3	-11,3
متوسط	35	23,3	11,7
منخفض	23	23,3	-,3
Total	70		

Chi-Square Test

Test Statistics

	المستوى	قلق_المستقبل
Chi-Square	11,343[a]	11,343[a]
df	2	2
Asymp. Sig.	,003	,003

a. 0 cells (0,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 23,3.

Kruskal-Wallis Test

نتائج الفروق في قلق المستقبل باختلاف الحالة الاجتماعية

Ranks

	الحالة_الاجتماعية	N	Mean Rank
قلق_المستقبل	1,00	12	38,17
	2,00	47	32,37
	3,00	6	50,25
	4,00	5	40,80
	Total	70	

Test Statistics[a,b]

	قلق_المستقبل
Chi-Square	4,828
df	3
Asymp. Sig.	,185

a. Kruskal Wallis Test
b. Grouping Variable: الاجتماعية_الحالة

Kruskal-Wallis Test

نتائج الفروق في قلق المستقبل باختلاف نوع المرض

Ranks

	نوع_المرض	N	Mean Rank
قلق_المستقبل	1,00	42	31,52
	2,00	20	40,28
	3,00	8	44,44
	Total	70	

Test Statistics[a,b]

	قلق_المستقبل
Chi-Square	4,266
df	2
Asymp. Sig.	,118

a. Kruskal Wallis Test
b. Grouping Variable: نوع_المرض

Kruskal-Wallis Test

نتائج الفروق في قلق المستقبل باختلاف السن

Ranks

	السنن	N	Mean Rank
قلق_المستقبل	5,00	25	44,40
	6,00	36	31,72
	7,00	9	25,89
	Total	70	

Test Statistics[a,b]

	قلق_المستقبل
Chi-Square	8,064
df	2
Asymp. Sig.	,018

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: السنن