

الحالات الانفعالية المميزة ومصادر الضغوط النفسية  
لدى عينة من مرضى اضطرابات الغدتين الدرقيّة والبنكرياس في  
مستشفيات مدينة عمان

إعداد

منار أحمد عواد

المشرف

الدكتور محمد محمود بني يونس

المشرف المشارك

الدكتور فوزي شاكر طعيمة

قدمت هذه الدراسة إستكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في  
علم النفس

كلية الدراسات العليا

الجامعة الأردنية

أيار، 2010

تعتمد كلية الدراسات العليا  
هذه النسخة من الرسالة  
التوقيع التاريخ

### قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الرسالة (الحالات الانفعالية المميزة ومصادر الضغوط النفسية لدى عينة من مرضى اضطرابات الغدتين الدرقيّة والبنكرياس في مستشفيات مدينة عمان) ، وأجيزت بتاريخ ٢٠١٠/٥/١٣ م.

#### أعضاء لجنة المناقشة

الدكتور محمد محمود بني يونس، مشرفاً

استاذ علم النفس الفسيولوجي المشارك

الدكتور فوزي شاكر طعيمة، مشرفاً مشاركاً

استاذ علم النفس الاكلينيكي المشارك

الاستاذ الدكتور يوسف عبد الوهاب ابو حميدان، عضواً

استاذ علم النفس التطبيقي

الاستاذ الدكتور نضال عبد الرؤوف يونس، عضواً

استاذ الغدد الصماء

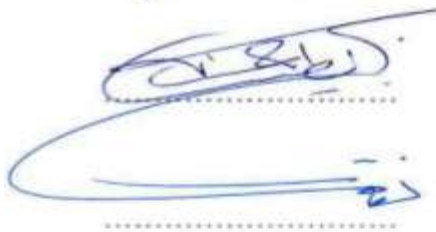
الدكتور امجد احمد ابو جدي، عضواً

استاذ الارشاد النفسي المساعد (جامعة عمان الأهلية)

#### التوقيع









تعتمد كلية الدراسات العليا  
هذه النسخة من الرسالة  
التوقيع: ..... التاريخ: .....

## الإهداء

إلى كل من ساهم في هذا العمل  
إلى كل من آمن بقدراتي وكان مبعث إلهام لي طول حياتي  
إلى أمي و أبي مصدر طاقتي  
إلى كل من أيد عملي ودعمني بلا حدود  
إلى كل من أمدني بعظيم ما تعلمته في حياتي  
إلى إخوتي وأساتذتي وأصدقائي  
إلى كل من اكتفني في صرحه العتيد الى جامعتي الأم  
وأخيراً إلى نفسي التي بذلت ما في المستطاع لتقدم جزءاً من المباح في بحر العلوم  
أقدم هذا الجهد المتواضع ليكون عنوان عرفان وامتنان لمرتقي بعلمنا الى العلياء  
والحمد لله الذي وفقني لهذا

الباحثة  
منار أحمد عواد

## الشكر والتقدير

الحمد لله والشكر أولاً لله عز وجل الذي أعانني على إنجاز هذا العمل. ثم أتقدم بالشكر الى الدكتور محمد محمود بني يونس والدكتور فوزي شاكر طعيمة على ما بذلاه من جهد ووقت في إبداء الرأي والنصح، ولم يبخل علي بالعلم والمعرفة. ثم أتقدم بالشكر الى أعضاء لجنة المناقشة ممثلين بالأستاذ الدكتور يوسف أبو حميدان والأستاذ الدكتور نضال يونس والدكتور أمجد أبو جدي. ولا يفوتني أن أشكر أعضاء لجنة التحكيم ممثلين بالأستاذ الدكتور نزيه حمدي الذي أعانني في عملية التدقيق اللغوي والدكتور محمد شقيرات والدكتور نضال يونس والدكتور أشرف القضاة والدكتور فلاح التميمي والدكتور أسعد الزعبي والدكتور يحيى الصمادي والدكتور موسى جبريل. كما أتقدم بجزيل الشكر والعرفان الى العاملين في مستشفيات مدينة عمان الحكومية والخاصة، وإني أتقدم بخالص الشكر الى العاملين في مستشفى الأردن (مركز السكري والغدد الصماء) لما قدموه من دعم كبير لي. وأتقدم بالشكر أيضاً إلى الدكتورة خولة السعيدة وإلى زملائي في قسم علم النفس ، وأخص بالشكر مجد الشامي وآلاء البشتاوي ومصطفى زبيدات الذين لم يترددوا أبداً في مساعدتي ودعمي. ولا أنسى أن أشكر أبي وأمي وإخوتي الأعزاء وجميع أصدقائي وزملائي على دعمهم وتشجيعهم المتواصل.

الباحثة

منار أحمد عواد

## فهرس المحتويات

ج	الإهداء.....
د	الشكر والتقدير.....
هـ	فهرس المحتويات.....
و	فهرس الجداول.....
ز	فهرس الملحقات.....
ح	فهرس الصور والاشكال.....
ط	الملخص باللغة العربية.....
١	الفصل الأول: مشكلة الدراسة وأهميتها.....
١	المقدمة.....
٢	مشكلة الدراسة.....
٣	أهداف الدراسة وأسئلتها.....
٤	أهمية الدراسة.....
٤	التعريفات النظرية والإجرائية لمتغيرات الدراسة.....
٥	حدود الدراسة.....
٦	الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة.....
٦	أولاً: الإطار النظري.....
٤١	ثانياً: الدراسات السابقة ذات الصلة بمتغيرات الدراسة.....
٤٥	الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات.....
٤٥	منهجية الدراسة.....
٤٥	أفراد عينة الدراسة.....
٤٦	أدوات الدراسة.....
٤٨	المعالجة الإحصائية.....
٤٩	الفصل الرابع : نتائج الدراسة.....
٦٢	الفصل الخامس : مناقشة النتائج والتوصيات.....
٦٢	أولاً: مناقشة النتائج.....
٦٧	ثانياً: التوصيات.....
٦٨	قائمة المراجع.....
٧١	قائمة الملاحق.....
٨٥	الصور والأشكال.....
٩٠	ABSTRACT.....

## فهرس الجداول

رقم الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
44	توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً لبعض المتغيرات الديموغرافية	١
47	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للحالات الانفعالية السائدة لدى عينة المرضى مرتبة بشكل تنازلي	٢
48	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للضغوط النفسية قبل المرض لدى عينة المرضى مرتبة بشكل تنازلي	٣
49	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للضغوط النفسية بعد المرض لدى عينة المرضى مرتبة بشكل تنازلي	4
49	نتائج تحليل التباين الأحادي للاختلاف في الحالات الانفعالية تبعاً لمتغير العمر	5
50	نتائج اختبار شافيه للاختلاف في السرور تبعاً لمتغير العمر	6
50	نتائج تحليل التباين الأحادي للاختلاف في الحالات الانفعالية تبعاً لمتغير المستوى التعليمي	7
51	نتائج اختبار شافيه للاختلاف في الحالات الانفعالية تبعاً للمستوى التعليمي	8
52	نتائج تحليل التباين الأحادي للاختلاف في الحالات الانفعالية تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية	9
53	نتائج تحليل التباين الأحادي للاختلاف في الحالات الانفعالية تبعاً لمتغير الجنس	10
53	نتائج اختبار شافيه للاختلاف في الحالات الانفعالية تبعاً لمتغير الجنس	11
54	نتائج تحليل التباين الأحادي للاختلاف في مصادر الضغوط قبل و بعد المرض تبعاً لمتغير العمر	12
55	نتائج اختبار شافيه للاختلاف في مصادر الضغوط الذاتية المعرفية تبعاً لمتغير العمر	13
55	نتائج تحليل التباين الأحادي للاختلاف في مصادر الضغوط قبل وبعد المرض تبعاً للمستوى التعليمي	14
56	نتائج تحليل التباين الأحادي للاختلاف في مصادر الضغوط قبل وبعد المرض تبعاً الحالة الاجتماعية	15
57	نتائج تحليل التباين الأحادي للاختلاف في مصادر الضغوط قبل وبعد المرض تبعاً لمتغير الجنس	16
58	متغيرات الحالات الانفعالية، ومصادر الضغوط النفسية لاضطرابات الغدتين الدرقية والبنكرياس لدى أفراد عينة المرضى	17
58	نتائج التحليل التمييزي لنسبة ما تفسره متغيرات الحالات الانفعالية، ومصادر الضغوط النفسية لاضطرابات الغدتين الدرقية والبنكرياس لدى أفراد المرضى	18
59	نسبة التباين المفسر لكل متغير من المتغيرات المتنبئة	19

## فهرس الملحقات

الصفحة	عنوان الملحق	الرقم
٦٩	مقياس الحالات الانفعالية	١
٧٤	مقياس مصادر الضغوط النفسية	٢
٧٧	الكتب الرسمية	٣

## فهرس الصور والاشكال

الصفحة	الصورة / الشكل	الرقم
٨٣	عدد الافراز الداخلي	١
٨٤	الغدد الدرقية وجارات الدرقية	٢
٨٥	غدة البنكرياس	٣
٨٦	العلاقة بين فاعلية أداء الإنسان وشدة الإستثارة الانفعالية	٤
٨٧	النظريات التي تناولت تفسير ماهية الانفعالات وميكانيزمات ظهورها	5



## الحالات الانفعالية المميزة ومصادر الضغوط النفسية لدى عينة من مرضى اضطرابات الغدتين الدرقية والبنكرياس في مستشفيات مدينة عمان.

إعداد:

منار أحمد عواد

المشرف:

الدكتور محمد محمود بني يونس

المشرف المشارك:

الدكتور فوزي شاکر طعيمة

### الملخص باللغة العربية

هدفت الدراسة الحالية الى الكشف عن الحالات الانفعالية المميزة ومصادر الضغوط النفسية لدى عينة من مرضى اضطرابات الغدتين الدرقية والبنكرياس في مستشفيات مدينة عمان.

تألّفت عينة الدراسة من (٣٢٠) فرد، تراوحت أعمارهم (١٧ - ٧٥) سنة، منهم (١٩٠) من الإناث و (١٣٠) من الذكور.

وقد تم فحص العينة على النحو الآتي:

المجموعة الأولى: (١٦٠) مصاباً منهم (٨٠) مصاباً باضطراب الغدة الدرقية، و (٨٠) مصاباً باضطراب غدة البنكرياس.

المجموعة الثانية: (١٦٠) فرداً من غير المصابين باضطرابات الغدتين الدرقية والبنكرياس.

تم استخدام مقياسين هما: مقياس الحالات الانفعالية الذي قام بتطويره بني يونس (٢٠٠٨)، ومقياس مصادر الضغوط النفسية الذي قامت الباحثة بتطويره. وقد تمتعت الأدوات بدلالات صدق وثبات مناسبة.

- أشارت النتائج المتعلقة بالسؤال الأول، الى أن ترتيب الحالات الانفعالية لدى عينة المرضى جاءت كالتالي: لقد احتلت حالة السرور الترتيب الأول، حيث بلغ متوسطها الحسابي (٣,٣٠)، في حين جاءت حالة الغضب في الترتيب الثاني، حيث بلغ متوسطها الحسابي (٢,١٦)، أما في الترتيب الثالث جاءت حالة الحزن، وقد بلغ متوسطها الحسابي (١,٧٠)، وأخيراً حالة الخوف حيث بلغ متوسطها الحسابي (١,٥٥).

- أشارت النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني، الى أن ترتيب مصادر الضغوط النفسية لدى أفراد عينة المرضى قبل المرض جاءت على النحو الآتي: حيث جاءت المصادر الخارجية في الترتيب الأول، حيث بلغ متوسطها الحسابي (١,٣٨)، ثم جاءت المصادر الذاتية المعرفية - الانفعالية في المرتبة الثانية، حيث بلغ متوسطها الحسابي (١,٣٦)، وأخيراً المصادر الذاتية البيولوجية، حيث بلغ متوسطها الحسابي (١,٢٨)، ولكن بشكل عام فإن جميع المتوسطات منخفضة.

- أشارت النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث إلى أن ترتيب مصادر الضغوط النفسية لدى أفراد العينة بعد المرض جاء على النحو الآتي: لقد احتلت المصادر الذاتية البيولوجية المرتبة الأولى، حيث بلغ متوسطها الحسابي (١,٨١)، ثم جاءت المصادر الذاتية المعرفية الانفعالية في المرتبة الثانية، وبلغ متوسطها الحسابي (١,٧٦)، وأخيراً المصادر الخارجية بمتوسط حسابي بلغ (١,٤٧). ولكن بشكل عام فإن جميع المتوسطات الحسابية منخفضة.

- أشارت النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع الى ان هناك فروق ذات دلالة احصائية في الحالات الانفعالية بين مرضى الغدد الدرقية والبنكرياس تبعاً لمتغير العمر، حيث بلغت حالة السرور فقط مستوى الدلالة الاحصائية، حيث أن مستوى السرور كان أعلى لدى أفراد العينة من الفئة العمرية أقل من ٢٠ سنة. أما فيما يتعلق بمتغير المستوى التعليمي، فقد بلغت الحالات الانفعالية (الحزن، الخوف، السرور) مستوى الدلالة الاحصائية، حيث أن المرضى من المستويات التعليمية التي أقل من بكالوريوس، كانوا يشعرون بمستوى أعلى من الحزن، والخوف، والسرور. أما متغير الحالة الاجتماعية فإن الحالات الانفعالية الأربعة لم تبلغ مستوى الدلالة الاحصائية. أما بالنسبة لمتغير الجنس، فإن حالات الحزن والخوف بلغت مستوى الدلالة الاحصائية، حيث أن الحزن والخوف لدى الإناث أعلى مقارنة بالذكور.

- أشارت النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس، الى عدم وجود فروق دالة احصائياً في مصادر الضغوط قبل وبعد المرض بين مرضى الغدتين الدرقية والبنكرياس، تبعاً لمتغيرات العمر، والجنس، والمستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية.

- أشارت النتائج المتعلقة بالسؤال السادس، الى أن مقدار ما تفسره متغيرات مصادر الضغوط النفسية من متغير الإصابة باضطراب الغدتين الدرقيه والبنكرياس، حيث تبين أن مقدار ما فسرتة العوامل البيولوجية بلغ (٥٦%)، وبالنسبة الى مقدار ما فسرتة العوامل المعرفية بلغ (٣%). أما بالنسبة الى ما فسرتة متغيرات الحالات الانفعالية، تبين أن مقدار ما فسرتة حالة الغضب كان (٢%)، وما فسرتة حالة السرور (١%)، مما يبرز دور العوامل البيولوجية في الإصابة باضطراب الغدتين الدرقيه والبنكرياس.

## الفصل الأول

### مشكلة الدراسة وأهميتها

#### المقدمة:

يتسم العصر الحالي بعصر الضغوطات المتنوعة والمختلفة في شدتها، ومصادرها، وتأثيراتها. وتعتبر اضطرابات جهاز الغدد الصماء، أو ما تسمى بإضطرابات جهاز الغدد الصماء (Disorders Of Endocrine System) نتاجاً لتأثيرات عوامل عديدة، من بينها طبيعة الحالات الإنفعالية المميزة للأفراد، والضغوط النفسية التي يتعرضون لها.

ويعتبر الإنسان كشخصية بمثابة نظام بيوسيكولوجي اجتماعي مفتوح، أي أن تشكيل الشخصية كمنظومة واحدة متكاملة، ناتج عن تفاعل عوامل ذاتية وموضوعية معاً، ووفقاً للتأثير المتبادل بين هذه العوامل، تكون الصورة النهائية للشخصية، فإما أن تكون سوية، أو غير سوية (بني يونس، ٢٠٠٨).

ويتلقى الجهاز العصبي الضغوط النفسية على شكل أحاسيس أو مشاعر تتحول إلى شحنات عصبية ثم إلى حركات أو أفكار تهدف إلى تخفيف فترة الضغوط وإخراج هذه الإنفعالات في صورة حركية أو لفظية، مما يساعد الإنسان على تحقيق التوافق والتوازن النفسي والعضوي. إلا أنه في الحالات الإنفعالية الشديدة، المؤلمة والمتكررة كما هو في حالات القهر، والقلق والإحباط، وكظم الإنفعالات حيث لا يستطيع الفرد التعبير عن إنفعالاته أو أفكاره ويفقد توازنه النفسي والفكري، مما يؤثر في الوظائف العضوية التي تتعطل وظائفها ويخل بتجانس الوسط السيكوفيسيولوجي (Homeostasis).

إن إجراء نظرة فاحصة على الأعضاء الداخلية للجسم أثناء الإنفعالات تظهر عملية المحافظة على هذا التوازن مثل المحافظة على حرارة الجسم وضغط الدم وإفراز الهرمونات، وإذابة السموم (الزراد، ٢٠٠٢).

كما يشير الرشدي (١٩٩٩) إلى أنّ الضغوط تعتبر منبهات هامة بالأعراض النفسية والجسمية التي تكون عليها حالة الفرد فعندما يتعرض الفرد لحوادث ضاغطة في فترات زمنية متقاربة يكون لها علاقة واسعة بمختلف الأمراض الجسمية والعقلية.

إنَّ حلقة الوصل بين الجانب النفسي، والجانب الجسمي هي الإنفعالات، وتعتبر من العوامل المهمة في حدوث الإضطرابات النفسجسدية.

إن الناس إنفعاليون، ولكنهم يختلفون في درجة إنفعاليتهم. والإنفعالات بما في ذلك العواطف والوجدانيات تعتبر من الأمور الأساسية الواردة في حياة الإنسان. وهي بمثابة الطاقة أو الشحنة التي بدونها لا تستمر حياة الإنسان، وإذا كانت هذه الطاقة لازمة للإنسان فبالقدر اللازم منها، والذي يتطلبه الموقف، ويؤدي إلى سلامة الإنسان وتوازنه دون إفراط أو تفريط، إنَّ ضعف الإنفعالات وبلادتها أو شدة الإنفعالات وثورتها تضر بالإنسان.

كما ترتبط الإنفعالات بعوامل عضوية كالجهاز العصبي، والهرموني وعملية الأيض، كما ترتبط بعوامل أخرى. (الزراد، ٢٠٠٢).

ووفقاً للتصور النظري عن العلاقة الإرتباطية بين جهاز الإفراز الداخلي كأحد المكونات الأساسية للشخصية، وأحد المنظمات الأساسية للسلوك الكلي للفرد من جهة، والمكون الإنفعالي للشخصية من جهة ثانية، ستركز هذه الدراسة على الكشف عن أربع حالات إنفعالية، وهي: (الغضب، الحزن، الخوف، السرور)، ومصادر الضغوط النفسية المميزة للأفراد المصابين بإضطرابات الغدتين الدرقية والبنكرياس قبل المرض وبعده، وإيجاد الفروق بينهم تبعاً لهذه المتغيرات، ومتغيرات ديموغرافية أخرى.

### مشكلة الدراسة:

تظهر إضطرابات الغدة الدرقية والبنكرياس لدى فئات عمرية مختلفة، وتنتشر في كافة فئات المجتمع. وبنسب متزايدة.

حيث تشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية إلى أن ٣٥٠ مليون بالغ حول العالم يعيشون بمرض السكري ويتوقع الخبراء أن يرتفع العدد إلى ٣٨٠ مليون بحلول عام ٢٠٢٥ (www.who.int).

وتشير التقارير الصادرة عن وزارة الصحة الأردنيّة، إلى أن نسبة انتشار المرضى المصابين بإضطرابات الغدد بلغت: ٧٤,٩% (www.moh.gov.jo).

وتشير التقارير السنوية إلى ارتفاع عدد زيارات عيادات الغدد الصماء والسكري بشكل كبير ومتزايد حيث بلغت زيارات العيادات عام ٢٠٠٦: ٢٢٩٢٥ و عام ٢٠٠٧ بلغت: ٢٧٩٧٢ وبالنسبة لعدد زيارات عام ٢٠٠٨ فقد بلغت ٤٤٢٩٩ زيارة ( التقارير السنوية الصادرة عن وزارة الصحة الأردنية في الأعوام ٢٠٠٦ و ٢٠٠٧ و ٢٠٠٨).

يشير الأدب النظري ذو الصلة بمتغيرات الدراسة الحالية، إلى وجود ميدان متخصص في ذلك، يدعى علم النفس الهرموني (Endocrinological psychology) والذي يؤكد على أنَّ الهرمونات تستخدم ككواشف، أو مؤشرات دالة على وجود حالات انفعالية معينة، كتعبير مخي عنها. وقد بدأت في الآونة الأخيرة ظهور مسارات التكامل بين ميادين فسيولوجية، ونفسية، وذلك للوصول إلى التشخيص الدقيق للعديد من الإضطرابات النفسية ذات المنشأ الهرموني.

وتؤثر إضطرابات هذه الغدد في النشاط المعرفي، والإنفعالي، والسلوكي، والإجتماعي للأفراد، إذ يترتب عليها انخفاض في فاعلية أدائهم، وزيادة في الأعباء المادية لتشخيصها من جهة، وإعادة تأهيل المصابين بها من جهة أخرى.

وتتمثل مشكلة الدراسة الحالية في الإجابة عن السؤال الآتي: ما الحالات الإنفعالية المميزة ومصادر الضغوط النفسية لدى عينة من مرضى الغدتين الدرقيه والبنكرياس في مستشفيات عمّان؟.

### أهداف الدراسة وأسئلتها:

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن الحالات الإنفعالية المميزة ومصادر الضغوط النفسية لدى عينة من مرضى إضطرابات الغدتين الدرقيه والبنكرياس في مستشفيات مدينة عمّان، وذلك من خلال الإجابة عن الأسئلة الآتية:

- ١- ما توزيع الحالات الإنفعالية لدى أفراد عينة المرضى؟
- ٢- ما مصادر الضغوط النفسية لدى أفراد عينة المرضى قبل المرض؟
- ٣- ما مصادر الضغوط النفسية لدى أفراد عينة المرضى بعد المرض؟

- ٤- هل توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ( $\alpha \geq 0,05$ ) في الحالات الإنفعالية بين مرضى الغدتين الدرقيه والبنكرياس تبعاً لمتغيرات مراحل المرض، والمستوى التعليمي، والحالة الإجتماعية، والجنس؟
- ٥- هل توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ( $\alpha \geq 0,05$ ) في مصادر الضغوط النفسية بين مرضى الغدتين الدرقيه والبنكرياس قبل وبعد المرض تبعاً لمتغيرات مراحل المرض، والمستوى التعليمي، والحالة الإجتماعية، والجنس؟
- ٦- ما مقدار التباين المفسر لكل من الحالات الإنفعالية، والضغوط النفسية لإضطرابات الغدتين الدرقيه والبنكرياس لدى أفراد عينة المرضى؟.

### أهمية الدراسة:

ونظراً لندرة الدراسات التي تناولت دراسة هذه المتغيرات مجتمعة معاً، تأتي هذه الدراسة للوقوف على واقع المشكلة ميدانياً في مجتمعنا، للكشف عن أسبابها، تفادياً لتفاقمها. ومن المؤمل أن نتائج هذه الدراسة ستفيد الباحثين المهتمين العاملين في مجال الممارسة الإكلينيكية، حيث تنبه العاملين إلى أهمية العامل النفسي في تشخيص وعلاج وإعادة تأهيل المصابين بهذه الاضطرابات.

### التعريفات النظرية والإجرائية لمتغيرات الدراسة:

في ضوء مراجعة لمجموعة من الدراسات السابقة والأدبيات ذات الصلة فقد تم تعريف متغيرات الدراسة على النحو الآتي:

### مرضى اضطرابات الغدد الدرقيه والبنكرياس:

هم الأفراد الذي يعانون من اضطرابات فسيولوجية ونفسية ناشئة عن خلل في تركيز الهرمونات التي تفرزها الغدة الدرقيه والبنكرياس (محمد، ٢٠٠٢).

أما إجرائياً هم: الأفراد الذين يشخصون من قبل أخصائيين الغدد الدرقيه والسكري، أن لديهم اضطراب في هذه الغدد، و يراجعون عيادات الغدد الصماء، وهم يمثلون عينة المرضى المعتمدة في الدراسة الحالية .

## الحالات الإنفعالية:

هي استجابات وجدانية لمواقف حياتية معينة يتعرض لها الفرد، وتتضمن أربع حالات هي: (الخوف، الحزن، الغضب، السرور). (بني يونس، ٢٠٠٨). تنطوي على تغيرات جسدية ذات طابع واسع النطاق في التنفس، والنبض، وإفراز الغدد، أما من الجانب العقلي هي حالة من التهيج أو الإضطراب، تتميز بشعور قوي، وتؤلف عادة دافعاً نحو شكل محدد من أشكال السلوك و أنماطه، ويعرف إجرائياً: بالدرجات التي سيحصل عليها المريض على مقياس الحالات الإنفعالية، والذي قام بتطويره (بني يونس، ٢٠٠٨)، والمعتمد في هذه الدراسة.

## الضغط النفسي:

هو الموقف الذي يعده الفرد مهدداً أو مزعجاً أو معرقلاً لمسيرة حياته الإعتيادية، ويفرض عليه مطالب تفوق موارده أو يفرض عليه جهوداً استثنائية، ويصاحب هذا الموقف جوانب إنفعالية ( الرشيدى، ١٩٩٩ ). أما إجرائياً: فهو الدرجة التي يحصل عليها المريض على المقياس المعتمد في الدراسة الحالية والذي قامت الباحثة بتطويره.

## حدود الدراسة:

اقتصرت الدراسة الحالية على المرضى الذين يعانون إضطرابات الغدة الدرقية والبنكرياس والمراجعين للعيادات في مستشفيات مدينة عمان في الفترة الممتدة من -2/1 15/3/2010

وتحددت عدد العينة تبعاً للمراجعات الشهرية للمرضى في العيادات حيث يراجع مريض السكري العيادة كل شهر، أما مريض الغدة الدرقية يراجع كل ستة أشهر، وقد تحددت العينة أيضاً بموافقة المريض على إجراء الدراسة.



## الفصل الثاني

### الإطار النظري والدراسات السابقة

لقد تم تقسيم هذا الفصل إلى جزأين، حيث يتناول الجزء الأول الأدب النظري المتعلق بوصف اضطرابات الغدة الدرقية والبنكرياس وتفسيرها. كما يتناول عرضاً لوصف وتفسير لمصادر الضغوط النفسية، والحالات الانفعالية. في حين يتناول الجزء الثاني استعراضاً للدراسات السابقة التي تناولت اضطرابات الغدد الدرقية والبنكرياس وعلاقتها مع بعض المتغيرات.

#### أولاً: الإطار النظري:

يعد الجهاز العصبي وجهاز الغدد الصماء ( Nervous system and Endocrine system) من الأجهزة التنظيمية (Organizational systems) للسلوك الكلي أو المركب (Holistic or Complex Behavior) حيث يقومان بالوظيفة التنظيمية عن طريق التكامل والتأثير الوظيفي المتبادل بينهما (Integration and interfunctional influence) (بني يونس، ٢٠٠٢).

يوجد في جسم الإنسان جهازين إفراز يقومان بإفراز مواد كيميائية الأول يدعى جهاز الإفراز الخارجي (Exocrine System) حيث يقوم بإفراز مواد خارجية كالغدد العرقية والدمعية التي تطرح خارج الجسم. أما الثاني يدعى جهاز الإفراز الداخلي (Endocrine system) والذي يقوم بإفراز مواد كيميائية تسمى الهرمونات (Hormones)، تصب مباشرة في الدم دون وجود وسيط أو قنوات لنقلها (والصورة ١ تبين غدد جهاز الإفراز الداخلي)

ويتم بناء الهرمونات في الجسم تبعاً لميكانيزم فسيولوجي خاص يبدأ بمرحلة البناء البيولوجي والتي تتمثل في قيام الخلايا المتخصصة في الغدة باصطياد مواد البناء وتحويلها إلى هرمونات ثم تقوم هذه الخلايا بتخزين الهرمونات بعد تصنيعها في خلايا الغدة في ما يسمى بمرحلة التخزين ثم مرحلة الإخراج حيث تخرج الهرمونات من مكان إفرازها، ويتم انتقال الهرمونات مباشرة إلى تيار الدم، واتحادها مع بروتينات خاصة في ما يسمى بمرحلة النقل، وأخيراً تنتهي عملية بناء الهرمونات بمرحلة الإستهلاك، وتبدأ عند انفصال الهرمونات عن البروتينات الناقلة، وتبدأ بالتأثير على الأعضاء الواصلة إليها (بني يونس، ٢٠٠٢).

وتتمتع الهرمونات بخصائص عديدة كما أشار (بني يونس، ٢٠٠٢)، وهي :

- التأثير التنظيمي : حيث أنها تؤثر في وظائف أعضاء معينة زيادةً أو نقصاناً.
- التأثير الإصطفائي : بمعنى أن الهرمونات لا تؤثر إلا في مكان وجودها في الأعضاء المتخصصة لها.
- التأثير الفاعل والنشط : أي أن الهرمونات تؤثر على أعضاء الجسم ولو وجدت بكميات قليلة جداً.
- لا يتوقف تأثيرها على مكان إفرازها، بل تؤثر على أماكن بعيدة جداً.
- إن حجم الهرمونات الجزيئي صغير، مما يساعد معظم الهرمونات على النفاذ عبر أغشية الخلايا.
- تختلف الهرمونات في تركيبها الكيميائي فمنها الهرمونات المكونة من البروتينات مثل (هرمون الفصوم الأمامية والمتوسطة للغدة النخامية، وبعض هرمونات الغدة فوق الكلوية)، وهرمونات مكونة من مركبات نيروجينية كالبيتيدات (Peptids) مثل هرمون اكسيتوسين، وهرمون الإنسولين، وهرمونات مكونة من مواد دهنية مثل الهرمونات الجنسية.
- تذوب الهرمونات في الماء أو الدهون، ولا تعطى عن طريق الفم.

وتقسم الهرمونات حسب مكان تأثيرها الى : هرمونات خلوية وهي التي يبقى تأثيرها في حدود أماكن إفرازها، وهرمونات نسيجية وهي التي تؤثر بعيداً عن مكان إفرازها، ومنها العوامل الكيميائية العصبية الناقلة كالنورأدرينالين، أما تقسيمها حسب خصائص تأثيرها على أعضاء الجسم فهناك هرمونات التمثيل الغذائي مثل هرمون الأدرينالين والإنسولين والجلوكاجون (Metabolic H)، التي تقوم بتفكيك الكربوهيدرات . والهرمونات التقويمية (corrective) التي تقوم بتعديل وظائف الأعضاء من حيث زيادتها أو نقصانها، كهرمون الأدرينالين الذي يغير من قطر الأوعية الدموية، ويزيد ضربات القلب، ويقلل من حركة أعضاء الهضم. والهرمونات المكونة للشكل (Morphogenetic) وهي الهرمونات المسؤولة عن عمليات التمايز الخلوي (Differentiation) (بني يونس، ٢٠٠٨).

أما بالنسبة إلى طرق دراسة جهاز الإفراز الداخلي فهي : الطريقة التشريحية والتي تستخدم فيها المجاهر الضوئية والإلكترونية للتعرف على مكان الغدة والخلايا المكونة لها. وطريقة الإستئصال الجراحي للغدد، والذي يتم فيها استئصال الغدة وملاحظة السلوكات المركبة والجزئية الناجمة عن الإستئصال. طريقة عزل الهرمون وفيها يتم استخلاص الهرمون للتعرف على تركيبه الكيميائي. أما الطريقة الإكلينيكية وفيها يتم ملاحظة الأفراد المصابين بأمراض الغدد . وفي العلاج التعويضي يتم فيها حقن خلاصة من الغده في الجسم وملاحظة تأثيرها. وتسمى عملية تصنيع هرمونات في المختبر مثل الكورتيزون والإنسولين بالطريقة الإصطناعية. وطريقة زراعة الغدد (Transplantation) وتقسم هذه الطريقة إلى: طريقة الزراعة الذاتية وفيها يتم زراعة الغدة عند نفس الحيوان في غير مكانها. والزراعة المتجانسة وفيها يتم زراعة الغدة المأخوذة من جسم حيوان في جسم حيوان آخر من نفس النوع. والزراعة المختلفة وفيها يتم زراعة الغدة المأخوذة من جسم حيوان في جسم حيوان آخر من نوع مختلف (بني يونس، ٢٠٠٢).

### الغدة الدرقية:

إن الغدة الدرقية إحدى الغدد المهمة في جسم الإنسان، وتقع في أسفل الجزء الأمامي من الرقبة، في منطقة غضاريف الحنجرة، وعلى جانبي القصبة الهوائية. وتعتبر من أكبر غدد الإفراز الداخلي، حيث يبلغ معدل وزنها من ٣٠ - ٦٠ غم. وتتركب الغدة الدرقية من فصمين بياضويين ( فصم أيمن وفصم أيسر) متصلين فيما بينهما بغشاء رقيق يمكن أن يكون قصير وبالتالي يكون الفصمين قريبين من بعضهما البعض، أو أن يكون الغشاء الرقيق الذي يربط بين الفصمين عريض وبالتالي يكون الفصمين بعيدين عن بعضهما البعض ويمكن اعتبارهما غدة يمنى وأخرى يسرى. وتتركب الغدة الدرقية أيضاً من حويصلات (follicle) صغيرة مملوءة بمادة غروية (Colloid) تسمى غلوبولين الدرق الذي ينفذ إلى الشعيرات الدموية الكثيفة المحيطة، ومبطنة بطبقة واحدة من النسيج الغدي الطلائي مسؤول عن إنتاج هرمونات تحتوي على اليود، وهناك خلايا موجودة بين الحويصلات مسؤولة عن إنتاج هرمونات لا تحتوي على اليود (الصورة ٢ تبين الغدة الدرقية).

حتى تقوم الغدة الدرقية بوظيفتها، يشترط وجود عنصر اليود الذي تصطاده من الدم، والحامض الأميني الثيروسين (Thyrosine) الذي لا يتكون في الجسم ويحصل عليه الإنسان من المواد الغذائية (بني يونس، ٢٠٠٨).

### آلية بناء هرمونات الغدة الدرقية:

تقوم الغدة الدرقية بتصنيع هرموناتها عن طريق : إتحاد اليود الذي يتم امتصاصه من الأمعاء الدقيقة ويصل عن طريق الدم من الغدة إلى الثيروسين. ثم يتأكسد اليود ويتحد مع جزيء واحد ثيروسين ليكون ما يدعى "ثيروسين أحادي اليود" (Monoiodothyrosine T1) وتستمر عملية الأكسدة ليتكون ثيروسين ثنائي اليود (Diiodothyrosine T2) وبعدها يتحد T1 مع T2 ليتكون ثيرونين ثلاثي اليود (Triiodothyronine T3)، ثم يتحد جزيئين من T2 ليتكون ثيرونين رباعي اليود (Tetraiodothyronine T4) أو ما يسمى هرمون "ثيروكسين" (Thyroxin) (بني يونس، ٢٠٠٨).

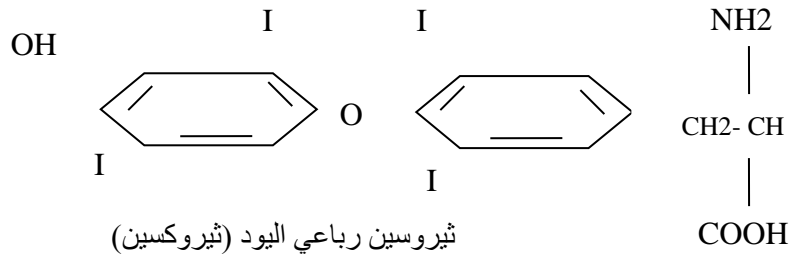
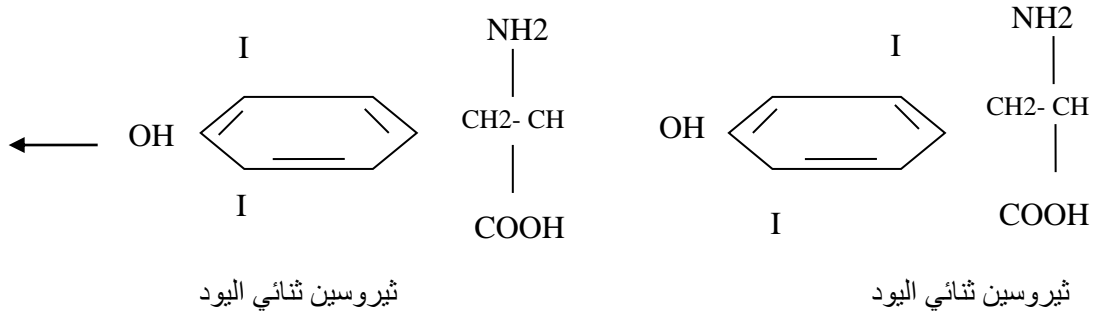
### توضيح المعادلة الآتية آلية بناء الثيروكسين:

يود مأكسد + ثيروسين ← ثيروسين أحادي اليود (T1)  
زيادة عملية الأكسدة ← ثيروسين ثنائي اليود T2 + ثيروسين أحادي اليود T1 ثيروسين ثلاثي اليود (T3) .

T2 + T2 ← T4 ثيروسين رباعي اليود (ثيروكسين) .

ثيروكسين + غلوبولين ← ثيروغلوبولين Thyroglobulin يتم تخزينها على شكل مادة غروية في الحويصلات، وعند حاجة الجسم إلى اليود تتحلل المادة الغروية بواسطة الإنزيمات إلى T3, T4.

هرمون ثيرونين ثلاثي اليود (T3) أقل كمية من هرمون (T4) في الدم، لكن فعاليته أكثر (5-6 مرات) من هرمون (T4) وذلك لأنه غير وثيق الارتباط مع بروتينات الدم (بني يونس، ٢٠٠٨).



### آلية تنظيم نشاط هرمونات الغدة الدرقية:

يقوم الهرمون المنشط للغدة الدرقية ((Thyrotropichormone (TSH) وهو من هرمونات الفصم الأمامي من الغدة النخامية لتنشيط خلايا الغدة الدرقية في إفراز هرموناتها من حيث اصطياد اليود من الدم وتركيزه في الغدة، وتكوين هرموناتها وطرحها في البول . وفي حالة إستئصال الغدة النخامية يؤدي إلى ضمور في الغدة الدرقية (سالم ، عبدالرحيم و الدسوقي ٢٠٠٢).

ويفرز ما تحت السرير البصري أو الهيبوتلاموس أو الوطاء، هرمون يدعى (TSH-RH) يقوم بتنظيم إفراز هرمون الثيروكسين وطرحه في الدم . وينظم الوطاء عملية التمثيل الغذائي لكل من السكريات والبروتينات والدهون، ويشارك في تنظيم السلوك الإنفعالي (سالم ، عبدالرحيم و الدسوقي ٢٠٠٢).

تقوم العلاقة الوظيفية بين الهرمون المنشط للغدة الدرقية والغدة الدرقية حسب مبدأ التغذية الراجعة، أي في حالة نقصان هرمون الثيروكسين في الدم، فإنه يعمل على إستثارة الفصم الأمامي للغدة النخامية وما تحت السرير البصري (سالم، عبدالرحيم و الدسوقي ٢٠٠٢).

### وظائف هرمونات الغدة الدرقية:

#### أ. الوظائف البيولوجية:

١. النمو والتطور: تعمل منظمات لعملية النمو، والتمايز، في خلايا وأنسجة الجسم، كالنمو العقلي، والجنسي، والعظمي، والإنفعالي. غياب هرمونات الدرقية ينتج عنه تأخر شديد في النمو يصاحبه توقف استطالة العظام وتأخر نضجها. كذلك فإن هرمونات الدرقية لازمة للتطور الطبيعي للمخ فعند نقص هذه الهرمونات يحدث في النسيج العصبي نقص في إنتاج البروتين وبطء تشعب المحاور العصبية.
٢. التأثير على التمثيل الغذائي، هرمونات الدرقية تنشط كل أو معظم العمليات المرتبطة بتمثيل الكربوهيدرات، وتنشط هرمونات الدرقية كل العمليات المرتبطة بتمثيل الدهون.
٣. التأثير على الجهاز الدوراني، إن هرمونات الدرقية تسبب زيادة الميتابوليزم وزيادة معدل الأكسجين وبالتالي زيادة كميات نواتج الهدم في الأنسجة. وهذه العوامل تسبب اتساع الأوعية الدموية وزيادة ورود الدم.
٤. التأثير على القناة الهضمية، إن هرمونات الدرقية تسبب زيادة الشهية وكمية الغذاء المتناولة؛ تزيد معدل إفراز العصارات الهاضمة؛ تزيد حركة القناة الهضمية.
٥. يحافظ هرمون الثيروكسين على إستمرارية إستثارة المراكز العصبية، وعضلة القلب.
٦. يؤثر هرمون الثيروكسين في نشاط غدد الفصم الأمامي للغدة النخامية وقشرة الغدتان فوق الكلويتان والغدد التناسلية.
٧. يزداد حجم الغدة الدرقية أثناء البلوغ، والحمل، والحيض، وتعود إلى حجمها الطبيعي بعد إنتهاء هذه الظروف (سالم، عبدالرحيم و الدسوقي ٢٠٠٢).

## ب. الوظائف السيكلوجية:

1- تنظيم عمليات النمو العقلي، والجنسي، والإنفعالي.

2- المحافظة على الإتزان النفسي والفيولوجي الداخلي ( يحافظ على ثبات تجانس الوسط الداخلي). (بني يونس، ٢٠٠٢).

## أسباب اضطرابات الغدة الدرقية:

### الأسباب البيولوجية:

إن حدوث خلل ما أو استثارة في منطقة ما تحت السريير البصري أو المهاد أو الهايبوثلاموس يؤدي الى حدوث اضطراب في عمل الغدة النخامية، مما يؤثر على إفراز هرموناتها، من بينها الهرمون المنشط للغدة الدرقية، فتتأثر الغدة الدرقية وتضطرب عملية إفرازها. كما أن إفراز هرمون الثيروكسين يتأثر بإستثارة الجهاز العصبي الودي ( بني يونس، ٢٠٠٨).

### الأسباب السيكلوجية:

تتأثر الغدة الدرقية وهرموناتها، بعوامل نفسية عديدة، منها : الانفعالات والضغوط النفسية، حيث أن حدوث اضطراب في الانفعالات يسبب إستثارة الجهاز العصبي الودي مما يؤثر في إفراز هرمون الثيروكسين، الأمر الذي يخلق عدم توازن داخلي سيكوفسيولوجي . وتقوم العلاقة بين العوامل النفسية والغدة الدرقية على مبدأ التغذية الراجعة ( بني يونس، ٢٠٠٨).

متلازمة الأعراض الفسيولوجية والسيكولوجية المصاحبة لإضطرابات الغدة الدرقية:

أعراض زيادة إفراز هرمونات الغدة الدرقية كما ورد في (سالم، وآخرون ٢٠٠٢):

الأعراض الفسيولوجية:

- إستثارة مفرطة في قشرة المخ.
- إزدیاد في مستوى أیض المواد البروتينية، والدهنية، یرافقه التعب والإعیاء السريع.
- التسارع في ضربات القلب وارتفاع ضغط الدم.
- إرتفاع في درجات الحرارة.
- رجفان في اليدين .
- تعرق مفرط.
- نقصان الوزن بالرغم من زيادة الشهية للطعام، وتناول كميات أكبر من الغذاء.
- النشاط الزائد.

الأعراض السيكولوجية:

- الأرق، والتهيج العصبي، والتوتر، وعدم الإستقرار الانفعالي ( أي ینام قليلاً، ويكون عصبياً سريع الانفعال).
- ضعف الذاكرة.
- تأرجح في المزاج، وقلق.
- اضطرابات نقصان إفراز هرمونات الغدة الدرقية:

الأعراض الفسيولوجية:

- جلد سميك جاف وأملس.
- إنتفاخ في الوجه والشففتين، وجفون العين.
- تساقط الشعر.
- الشعور بالوهن الجسمي، والكسل .
- البرودة الجنسية.



- زيادة الوزن الناتج عن انخفاض الأيض .
- أظافر هشّة سريعة الكسر.
- اضطرابات في تنظيم الحرارة، والسمع، والبصر.
- تناقص في ضربات القلب، وضغط الدم.
- تباطؤ في الكلام.

### الأعراض السيكولوجية:

حدوث اضطرابات معرفية، وسلوكية، وانفعالية ( بني يونس، ٢٠٠٢).

يعاني من نقص نشاط الغدة الدرقية امرأة واحدة من كل ٥٠ امرأة ورجل واحد من كل ١٠٠٠ رجل. خاصة إذا كان هناك شخص آخر في العائلة يعاني من نفس المشكلة.  
(www.sehha.com).

### ثالثاً - غدة البنكرياس:

إن مرض السكري من أمراض جهاز الغدد الصماء المزمنة، ويحدث بسبب عجز البنكرياس جزئياً أو كلياً عن إفراز هرمون الإنسولين، مما يؤدي الى ارتفاع مستوى السكر في الدم أكثر من المستوى الطبيعي والذي يتراوح بين ٨٠ - ١٢٦ ملغم لكل ملتر دم (بني يونس، ٢٠٠٢).

إن غدة البنكرياس هي غدة إفراز خارجي تقوم بإفراز العصارة الهاضمة التي تصب في الإثني عشر، وغدة إفراز داخلي تقوم بإفراز هرمونات الإنسولين والجلوكاجون، لتصبها مباشرة في تيار الدم (بني يونس، ٢٠٠٢).

تقع غدة البنكرياس تحت المعدة، ويتراوح معدل وزنها من ٨٠ - ٩٠ غم. وتتألف من تجمعات من خلايا متخصصة غير متجانسة في تركيبها ووظائفها، تدعى جزر لانجرهانز، وتشكل من ١-٣%، وهذه الجزر عبارة عن خلايا كروية الشكل، ومختلفة الحجم، وتتألف من ثلاثة أنواع من الخلايا كما ورد في (بني يونس، ٢٠٠٢) وهي:

- خلايا  $\alpha 1$  ( $\alpha 1$ -cells) وتفرز هرموناً يسمى سوماتوستاتين البنكرياسي (Pancreatic Somatostatin) الذي يعمل على كبح إفراز كل من هرموني خلايا  $\alpha 2$  وخلايا  $\beta$ .
- خلايا  $\alpha 2$  ( $\alpha 2$ -cells) وتفرز هرموناً يسمى جلوكاغون (Glucagon) الذي يعمل على تفكيك الجلايكوجين (مادة عديدة السكر) المخزونة في الكبد فقط، وتحويله إلى سكر الجلوكوز، مما يزيد من تركيز السكر في الدم، بينما لا يؤثر في تفكيك الجلايكوجين المخزون في العضلات.
- خلايا  $\beta$  ( $\beta$ -cells) وهي الخلايا المسؤولة عن إفراز هرمون يدعى إنسولين Insulin وتعد أكثر عدداً من خلايا  $\alpha$ ، وتشكل حوالي ٧٥% من نسيج جزر لانجرهانز، وهذا الهرمون هو مضاد في عمله لهرمون جلوكاغون. (والشكل ٣ يبين غدة البنكرياس).

### آلية تنظيم سكر الجلوكوز في الدم:

يشارك كل من الكبد وهرمونات خلايا ( $\alpha 1$ ،  $\alpha 2$ ،  $\beta$ ) في تنظيم تركيز سكر الجلوكوز في الدم، من خلال:

- ١- قيام هرمون سوماتوستاتين البنكرياسي بكبح إفراز هرموني ( $\alpha 2$ ،  $\beta$ ).
- ٢- قيام هرمون خلايا  $\alpha 2$  بتفكيك الجلايكوجين المخزون في الكبد إلى وحداته الأولية، أي إلى سكر الجلوكوز، وبالتالي فهو يعمل على رفع تركيز سكر الجلوكوز في الدم وقيام خلايا  $\beta$  بخفض تركيز سكر الجلوكوز في الدم من خلال تحكمه بالأنزيمات المسؤولة عن تنظيم الجلوكوز في العضلات والكبد، بتخزينه على هيئة جلايكوجين في هذه العضلات وفي الكبد، كما يقوم بتحويل الكربوهيدرات إلى دهون، وتنظيم عملية احتراق الجلوكوز في أنسجة الجسم.

٣- عند إزدیاد تركیز سكر الجلوكوز في الدم عن معدله الطبيعي، يقوم هرمون الإنسولين بتنشيط خلايا الكبد، وهذه الخلايا تقوم بدورها بأخذ سكر الجلوكوز من الدم، وتحويله إلى جلايكوجين يتم تخزينه في الكبد، وفي حالة الزيادة المفرطة لتركيز الجلوكوز في الدم، يتم تحويله إلى دهون، يتم تخزينها تحت الجلد، وحول أعضاء الجسم. بينما في حالة إنخفاض تركيز سكر الجلوكوز في الدم عن معدله الطبيعي، يقوم هرمون الجلوكاجون بتحويل الجلايكوجين المخزون في الكبد أولاً، وتحويل الدهون ثانياً، يليه تحويل البروتينات ( بعد نزع مجموعة الأمين )  $NH_2$  من الأحماض الأمينية في هذه البروتينات من قبل الكبد، إلى سكر جلوكوز ينتقل إلى الدم (سالم، وآخرون ٢٠٠٢).

### وظائف هرمونات غدة البنكرياس:

#### وظائف فسيولوجية:

- ١- إن هرموني الجلوكاجون والإنسولين يقومان من خلال التضاد الوظيفي في عملهما بتنظيم تركيز سكر الجلوكوز في الدم، أي المحافظة على ثبات تركيز هذا السكر، إذ يبلغ التركيز الطبيعي لسكر الجلوكوز في الدم ٨٥ ملغم / ١٠٠ سم<sup>٣</sup>.
- ٢- يلعب هرمون غدة البنكرياس دوراً أساسياً في تنظيم تمثيل الكربوهيدرات والدهون والبروتين، ومن المعروف أن الدهون تشكل حوالي ٨٠% من الكمية الكلية للطاقة المخزنة في الجسم وبروتينات النسيج العضلي تساهم بحوالي ٢٠%، بينما يشكل الجلايكوجين والجلوكوز حوالي ٥% من الطاقة المخزنة.
- ٣- إن الإنسولين يسبب أخذ الجلوكوز وتخزينه وإستهلاكه بواسطة كل خلايا الجسم تقريباً خصوصاً في العضلات والكبد والأنسجة الدهنية، وإن نقص الإنسولين على المدى الطويل يسبب إختلال في تمثيل الدهون مما يؤدي إلى حدوث تصلب في الشرايين والذي يؤدي غالباً إلى أمراض قلبية وبعض المشاكل في الأوعية الدموية.
- ٤- حدوث العمليات العقلية والإنفعالية (سالم، وآخرون ٢٠٠٢).

## وظائف سيكولوجية:

### ■ اضطرابات غدة البنكرياس:

لقد أصبح مرض السكري وباءً طال مختلف أرجاء الدنيا بشكل كبير، وهو في إزدياد مضطرد، حيث أن نسبة انتشار السكري في الأردن هي ٣٢% عام ٢٠٠٤، وعدد مرضى السكري في الشرق الأوسط بلغ حوالي ٢٠ مليون مريض عام ٢٠٠٠ وهذا العدد سوف يصل إلى ٥٠ مليوناً عام ٢٠٢٥ وهو عدد مرتفع جداً بالنسبة لعدد سكان المنطقة. (العجلوني، وطالب ٢٠٠٧).

### ■ اضطرابات ناشئة عن نقص إفراز هرمون الإنسولين:

إن مرض السكري هو من أمراض جهاز الغدد الصماء المزمنة، التي تتصف بإرتفاع نسبة سكر (جلوكوز) الدم الناتج عن خلل في إفراز هرمون الإنسولين أو عمله على الأنسجة أو كليهما معاً. ويؤدي إرتفاع نسبة الجلوكوز في الدم إلى تلف بطيء في الأوعية الدموية وإختلال وظيفي ومن ثم إلى فشل في كثير من تحمل الأعضاء في الجسم مثل العيون والكلى والأعصاب والقلب والأوعية الدموية (العجلوني، وطالب ٢٠٠٧).

### ■ مرض السكري يصنف إلى أربعة أنواع رئيسية هي:

١. السكري من النوع الأول (Type 1): وينتج عن نقص مطلق في إفراز الإنسولين من البنكرياس.
٢. السكري من النوع الثاني (Type 2): وينتج عن نقص نسبي في إفراز الإنسولين مع زيادة مقاومة الإنسولين في أنسجة الجسم.
٣. سكري الحمل (gestational DM): هو السكري الذي يشخص لأول مرة خلال الحمل وعلى الأغلب يتم التشخيص في الأشهر الثلاثة الأخيرة من الحمل حتى يكون الهرمونات المضادة للإنسولين، التي تعزز من المشيمة في أكثر تركيز لها، وعادة يختفي سكر الحمل بعد الولادة، ولكن تبقى الأم مرشحة للإصابة مرة ثانية بسكري الحمل أو السكري من النوع الثاني.

٤. السكري الثانوي (Secondary DM): وهو السكري الناتج عن وجود أمراض عضوية أخرى أو تناول عقاقير تعمل على زيادة السكر في الدم. (العجلوني وطالب، ٢٠٠٧).

### السكري من النوع الأول (Type 1 Diabetes):

يظهر لدى صغار السن وفيه يقل إفراز البنكرياس من الإنسولين كنتيجة لهدم خلايا B cells المنتجة لهرمون الإنسولين ربما نتيجة لعدوى بالفيروس أو خلافة ويسمى هذا النوع سكري الأطفال (Juvenile Diabetes) وفي هذا النوع يقل إفراز هرمون الإنسولين بدرجات متفاوتة فقد يقل بدرجة قليل أو يختفي كلية، ويسبب غياب هرمون الإنسولين نقص الجلوكوز المأخوذ بواسطة الخلايا لذا تقوم الخلايا بهدم الدهون كمصدر للطاقة ويعالج هذا النوع بالحقن بهرمون الإنسولين لذلك فهو يسمى السكري المعتمد على الإنسولين، يتم حقن المرضى بالهرمون بانتظام، ولضمان أن جرعات الإنسولين المنتظمة تعمل على كميات متساوية دائماً من جلوكوز الدم يجب على هؤلاء المرضى تناول وجبات خفيفة على فترات منتظمة للمحافظة على مستوى الجلوكوز ثابت في الدم (محمد، ٢٠٠٢).

### مسببات السكري:

#### الأسباب البيولوجية:

أولاً: فشل خلايا (بيتا) ويؤدي إلى نقص مطلق في تركيز هرمون الإنسولين.

ثانياً: نقص حساسية الإنسولين على مستوى الكبد والعضلات مما يؤدي إلى نقص نسبي وفي بعض الأحيان يجتمع المسببان معاً.

ثالثاً: حدوث خلل أو إستثارة في الهيبوثلاموس، مما يؤثر في تنظيم التمثيل الغذائي لكل من السكريات، والدهون، كما يؤثر على إفرازات الغدة النخامية، حيث تقترن زيادة الإفراز بالسكري، فهي تؤدي إلى عدم كفاية القلب مما يؤدي غلى ضمور جزء في غدة البنكرياس، مما يؤثر على تركيز السكر في الدم، وظهور البول السكري (العجلوني وطالب، ٢٠٠٧).

## مسببات السكري من النمط الأول:

أسباب جينية، ويعتقد أنه ينشأ عن إضطراب في المناعة الذاتية، وقد يحدث بسبب عدوى فيروسية، إذ قد يخطئ جهاز المناعة ويتعامل مع جزر لانجرهانز (Langerhans) في البنكرياس على أنها أجسام غريبة ويقوم بتدميرها، مما يجعلها عاجزة عن إنتاج الإنسولين.

أما بالنسبة لمرضى السكري من النمط (٢) الذي يتمثل بزيادة تناول السعرات الحرارية وقلّة النشاط الرياضي والغذائي، وينشأ بسبب نمط الحياة، وهناك عوامل تساهم في حدوثه مثل السمنة، والتعرض للضغط. (تايلور، ٢٠٠٨).

## مسببات السكري من النوع الثاني Type 2 Diabetes:

يحدث غالباً مع تقدم العمر (بعد سن الأربعين) ويسمى مرض السكري المتأخر الظهور، وفي هذه الحالة يستمر البنكرياس بإفرازه الطبيعي من الإنسولين، لكن يقل عدد مستقبلات الإنسولين في خلايا الجسم المختلفة، وأهم أعراض هذا المرض هو الزيادة في الوزن، وبعض العلماء أشاروا إلى احتمال وجود استعداد وراثي لظهور هذا المرض، ومرضى النوع الأول والثاني من السكري لهم أعراض متشابهة وهي زيادة تكرار التبول والعطش مع شعور بالتعب والضعف وشعور باللامبالاة وضعف الإبصار ويمكن أن تحدث عدوى بكتيرية بالمثانة كنتيجة لكثرة وتكرار التبول (محمد، ٢٠٠٢).

السكري من النوع الثاني يسمى أحياناً بإسم مرض السكري الغير معتمد على الإنسولين، ولا يحتاج لحقن المريض بالإنسولين حيث وجود كميات كافية من الإنسولين في دم المريض، لكن الخلل هنا في عدد مستقبلات الإنسولين بخلايا الجسم المختلفة لذلك يكون العلاج هنا عن طريق تناول وجبات خفيفة مع عدم تناول السكريات تماماً وإذا تم تناولها في صورة نشويات معقدة (محمد، ٢٠٠٢).

## دور الوراثة والبيئة في الإصابة بمرض السكري:

للعوامل الوراثية دور جزئي في الإصابة بمرض السكري، وتنتج من تفاعل العديد من الجينات الشاذة، بتأثير صغير لكل منها مع تداخل العوامل البيئية.

يتخذ نمط الإصابة بالسكري نمطاً عائلياً أي إنه يتكرر في العائلة نفسها بنسبة أكبر من نسبة حدوثه في عموم السكان.

ويمكننا تقسيم الأفراد المرضى حسب شدة أعراضهم، ولكننا لا نستطيع تقسيم الأفراد الطبيعيين حسب درجة سويتهم، لذلك لا بد من إفتراض وجود درجات لقابلية ظهور المرض، نسميها قابلية الفرد، وتشمل هذه القابلية التأهب الوراثي بالإضافة إلى تأثير الظروف البيئية، مما يحدد درجة قابلية معينة أو درجة تأهب معينة لكل فرد في الإصابة بالمرض.

لذا من الأهمية القصوى بمكان أن يفهم الشخص الذي لديه تأهب عال بحكم وجود السكري في العائلة، أنه يستطيع تفادي الإصابة بالمرض إذا ابتعد عن كل العوامل البيئية السيئة التي تقربه أكثر فأكثر من الإصابة بالمرض وتزيد من احتمال تحوله من شخص غير مصاب بالسكري إلى شخص مصاب به.

وأهم العوامل البيئية السيئة تشمل: الإفراط في تناول السعرات الحرارية مما يؤدي الى البدانة، وإتباع النمط المعيشي الخالي من النشاط، أي عدم ممارسة الرياضة البدنية وقلة الحركة. (العجلوني وطالب، ٢٠٠٧).

## مضاعفات مرض السكري:

إن مرض السكري مرضاً قد يشمل خطورة جسمية على صحة الإنسان، وعبئاً كبيراً على كاهل الخدمات الصحية لكل المجتمعات البشرية، ومن أهم المضاعفات هي مضاعفات على العين، الكلية، الأعصاب، القلب، والأوعية الدموية، والقدم السكرية (العجلوني وطالب، ٢٠٠٧).

## مضاعفات مرض السكري على العين:

إعتلال الشبكية وهو يهدد البصر، ويبقى السبب الرئيسي للحالات الجديدة من العمى عند البالغين ما بين الأعمار ٢٠-٧٤ سنة. وقد وجد في الدراسات أن نسبة فقدان البصر تشكل ٣,٦% عند مرضى السكري من النوع الأول و ١,٦% عند المرضى من النوع الثاني (العجلوني وطالب، ٢٠٠٧).

## مضاعفات مرض السكري على الأعصاب:

الإعتلال العصبي السكري هو نتاج شائع لمرض السكري، ويؤدي إلى نسبة عالية من العجز والوفاة، أضف إلى ذلك التكلفة الإقتصادية الباهظة المترتبة على العناية والعلاج لتلك الظواهر لدى مريض السكري.

وإعتلال الأعصاب هو مزج مختلف الإعتلالات العصبية بأنواعها المتعددة الحسية والحركية والذاتية، وغالباً تصاب الأجهزة الحيوية مثل الدورة الدموية الكبرى والجهاز الهضمي، والجهاز البولي التناسلي بإعتلالات وظيفية.

الضعف الجنسي: يحدث ضعف في الإنتصاب بنسبة ٥٠-٧٥% بين مرضى السكري من الرجال، ونسبة حدوثه بين المصابين بالسكري في الأعمار ٢٠-٢٩ عاماً تصل الى ٩% وتترايد طردياً لتصل إلى ٩٥% لمن هم في السن السبعين من العمر.

والأسباب المؤدية للعتة عند السكريين متعددة وهي إعتلال الشرايين وعدم تنظيم مستوى السكر في الدم، والإعتلال العصبي، والإعتلال الهرموني، والإعتلال النفسي، والعقاقير المستعملة لعلاج السكري، وضغط الدم (العجلوني وطالب، ٢٠٠٧).

## إعتلال الكلى السكري:

من المضاعفات الأكثر حدوثاً لمرضى السكري والمشار إليه في (محمد، ٢٠٠٢) والأكثر انتشاراً، ويسبب أعلى نسبة وفيات نتيجة مرض السكري، وهو السبب الرئيسي للفشل الكلوي المزمن.



### الإعتلال الدهني لدى مرضى السكري:

هو المستوى غير الطبيعي للدهنيات في الدم، أو التكوين غير الطبيعي للبروتين الدهني أو كلاهما معاً، وغالباً يكون هذا الإعتلال لدى الأشخاص الذين يعانون من مرض السكري من النوع الثاني، إذ ترتفع الدهنيات الثلاثية وتقل الدهنيات عالية الكثافة المفيدة، كما أن نوعية الدهنيات قليلة الكثافة قد تكون محورة بحيث تزيد قابلية تصلب الشرايين.

### المضاعفات على القلب والأوعية الدموية:

ومن أهمها السكتة الدماغية إذ يزيد مرض السكري نسبة الوفيات نتيجة لأمراض القلب والسكتة من ضعفين إلى أربعة أضعاف.

قصور القلب الإحتقاني وهو عدم قدرة القلب على تأمين نتاج قلبي لإحتياجات الجسم والنسج.

### القدم السكرية:

يؤدي إرتفاع نسبة السكر في الدم إلى تلف الغطاء الواقي للأعصاب فتبدأ بالتآكل والضمور.

ويحدث إنتانات وتقرحات بسبب إعتلال التئام الجروح عند مريض السكري، وكثيراً ما يحدث في الحالات الشديدة أن يتعرض مريض السكري لبتير الأطراف كالأصابع و الأقدام.

### زيادة إفراز هرمون الإنسولين:

هي تحدث غالباً كنتيجة لوجود أورام مفرزة لهرمون الإنسولين، وهذه الحالة لا تحدث بكثرة مثل أمراض نقص هرمون الإنسولين السابقة، والمستويات العالية من الإنسولين الناتجة عن هذه الحالة أو الناتجة عن الحقن لجرعات عالية من الإنسولين تسبب إنخفاض حاد في تركيز جلوكوز الدم وبالتالي يصبح المخ متعطش للطاقة مما يؤدي إلى مرض كومة السكر Insulin shock وهذا المرض في حقيقته خطر على الحياة، ونتيجة لهذه المضاعفات فإن معدل حياة مريض السكري يكون أقصر بشكل واضح مقارنة بالأفراد الذين لا يعانون من مرض السكري (محمد، ٢٠٠٢).

## الخصائص المشتركة بين الغدة الدرقية وغدة البنكرياس :

هي غدد إفراز داخلي، تفرز هرمونات تختلف في تركيبها ووظائفها وأماكن إفرازها وتأثيرها. إن الغدتين لهما دور بارز في تنظيم عمليات التمثيل الغذائي للكربوهيدرات والدهون. تتأثر هذه الغدد بإستثارة منطقة ما تحت المهاد البصري، وإستثارة الجهاز اللمبي، والغدة النخامية، وإستثارة الجهاز العصبي الودي. كما أن إفراز هرموناتها يتأثر بعوامل نفسية عديدة مثل الانفعالات وعوامل الضيق والكآبة والضغط النفسية.

إن الإرتباط المشترك بالغدة النخامية عند التعرض للضغط، يجعل من الغدة الدرقية والبنكرياس من أكثر الغدد ذات الحساسية العالية للضغط النفسية والانفعالات، إذ أنها سريعة الإستجابة لأدنى شدة مثير انفعالي أو ضغوط نفسي، حيث يلاحظ زملة من الأعراض الفسيولوجية المصاحبة لزيادة أو نقصان نشاطها.

## تفسير إضطرابات الغدة الدرقية والبنكرياس:

هناك عدة نماذج تفسر الإضطرابات منها: النموذج الحيوي الطبي، والنموذج الإجتماعي والنموذج النفسي، والنموذج الشمولي.

### - النموذج الحيوي الطبي:

لقد سيطر على تفكير المهتمين لأكثر من ٣٠٠ عام، ويرى أن جميع الأمراض يمكن تفسيرها على أساس العمليات الجسمية الظاهرة، مثل: حالات عدم التوازن البيوكيميائي، أو الشذوذ في العمليات العصبية الفسيولوجية، ويفترض أن العمليات النفسية أو الاجتماعية مستقلة تماماً عن العمليات التي تؤدي إلى تطور المرض.

يقتصر تفسير الحالات المرضية على أساس التدني في مستوى الفعاليات ( Low – level process) مثل: اضطرابات الخلية، أو فقدان التوازن الكيميائي، وذلك عوضاً عن الإشارة إلى دور عوامل أكثر عمومية كالعوامل الاجتماعية أو العمليات النفسية، كما أن النموذج الحيوي الطبي نموذج أحادي البعد، أي أنه يقوم بتفسيرات أحادية للأمراض، فيفسر المرض من منطلق إضطراب الوظيفة الحيوية، دون الإهتمام بتعدد العوامل المسؤولة عن تطوير الفرد للأمراض التي قد يرجع بعضها فقط إلى العوامل الحيوية (تايلور، 2008).

### - النموذج الإجتماعي:

يرى أن جميع الأمراض يمكن تفسيرها على أساس الخلل في العمليات الإجتماعية فقط مثل ضعف المساندة الإجتماعية، دون الإشارة إلى العوامل النفسية والحيوية التي تساهم في حدوث الأمراض (المرزوقي، ٢٠٠٨).

### - النموذج النفسي:

فهو يركز على عوامل الضيق ووجود الكآبة وهي العوامل التي تؤثر سلباً على الصحة مثل: الخوف، الحزن، القلق المستمر، ولم يركز على دور العوامل الحيوية والإجتماعية (المرزوقي، ٢٠٠٨).

### - النموذج الحيوي النفسي الإجتماعي:

لقد بين النموذج الحيوي النفسي الإجتماعي أو ما يسمى بالنموذج الشمولي أن العوامل الحيوية والنفسية والإجتماعية، جميعها ذات أهمية في تقرير الصحة والمرض، وعلى هذا الأساس فإن العمليات التي تتم على المستوى الإجتماعي الواسع مثل وجود المساندة الإجتماعية أو وجود الكآبة والعمليات التي تتم على المستوى الشخصي الضيق مثل إضطرابات الخلية أو انعدام التوازن الكيميائي تتفاعل جميعها لكي تؤدي إلى حالة من الصحة أو المرض (تايلور، 2008).

النموذج الشمولي يؤيد أن الصحة والمرض ينتجان من عدد من العوامل، وينتج عنهما آثار متعددة، ويؤكد على عدم إمكانية الفصل بين العقل والجسد لدى النظر في قضية الصحة والمرض، لأن كليهما يؤثران بشكل واضح في حالة الفرد الصحية، ويركز النموذج الشمولي على عاملي الصحة والمرض بدلاً من أخذ المرض إنحرافاً عن حالة الإستقرار (تايلور، 2008).

وإنطلاقاً من وجهة النظر هذه تصبح الصحة أمراً يمكن تحقيقه من خلال الإنتباه إلى الحاجات الحيوية والنفسية والإجتماعية.

ولتوضيح كيف تتفاعل العوامل الحيوية مع النفسية والاجتماعية، فلقد قام الباحثون في تبني إتجاه نظرية الأنساق (Systems Theory) في تفسير الصحة والمرض، والتي تؤكد أن جميع مستويات النظام مترابط معاً بشكل هرمي تؤثر وتتأثر ببعضها البعض.

يؤكد النموذج الشمولي على أهمية العلاقة القائمة على فهم المعالج للعوامل الاجتماعية والنفسية التي تساهم في حدوث المرض، وبذلك يتمكن من تقديم العلاج المناسب، أما في حالة الشخص الذي يتمتع بالصحة فإن النموذج الشمولي يقترح بأن فهم العادات الصحية يكون فقط من خلال البنية الاجتماعية والنفسية للفرد، لأن البيئة قد تعمل على الإبقاء على عادات غير صحية، كما يمكن أن يتيح الفرصة لتطوير عادات صحية جيدة، إذا ما حدثت فيها التعديلات الملائمة، فجميع العوامل من حيوية ونفسية واجتماعية يمكن أن يكون لها دور في شفاء المريض. (تايلور، ٢٠٠٨).

#### رابعاً- الحالات الإنفعالية:

إن الإنفعالات ظاهرة ذاتية، بيولوجية اجتماعية جزء منها مشاعر ذاتية، نشعر بها بالفرح أو الغضب، وهي أيضا ردود أفعال بيولوجية وإستجابية فسيولوجية لموقف حيث يهيا الجسم لأن يتكيف بشكل مناسب، في الحالات الإنفعالية فإن قلوبنا وعضلاتنا وبقية أعضاء جسدنا تكون مستثارة في طرق مختلفة، وأيضا الإنفعالات لها أهدافها ووظائفها، وأخيرا الإنفعالات الظاهرة إجتماعية كونها ترسل إشارة جسدية تعبر عن نوعية الإنفعالات تجاه الآخرين خلال عملية الإتصال مثل نبرة صوتنا أثناء الحديث والحركات التي نقوم بها من خلال رموش العين (Reeve, 1997).

## تعريف مفهوم الإنفعالات:

يشار إلى مفهوم عملية الإنفعالات في اللاتينية بكلمة (Emovire) أما في اللغة الانجليزية يشار إليها بكلمة (Emotions) وفي اللغة العربية فإن مفهوم الإنفعالات مأخوذ من الفعل (انفعل، منفعل، إنفعالات) أي تأثر متأثر.

وتعرف الإنفعالات بأنها حالة وجدانية عنيفة تصحبها تغيرات فسيولوجية حشوية، وتغيرات حركية مختلفة، تنتاب الفرد بصورة مفاجئة وتأخذ صورة أزمة عابرة، (مؤقتة) لا تدوم طويلاً.

وهي حالة الاستعداد للفعل، ووضع الأولويات، وتدعيم المخططات، وما يصاحبها من تغيرات جسمية وتغيرات حركية، وأفعال. (بني يونس، ٢٠٠٧).

في تعريف ريتشارد لازورس، (Richard Lazarus, 1991) هي ردود أفعال سلوكية وأنماط استجابة فسيولوجية وخبرة ذاتية وكل هذا مترجم في عمليات التكيف والتأقلم التي يقوم بها الإنسان.

وفي تعريف جوزيف جونز (Joseph Jones, 1995) أن الإنفعالات هي خبرة استجابية لنظام معالجة المعلومات غير الرمزية. (Plutchic, 2002).

## • مكونات عملية الإنفعالات:

تتألف عملية الإنفعالات من مزيج أو خليط مكونات مختلفة في أنواعها، ودرجتها، وهي:-

١. المكونات البيولوجية: وتشمل على العوامل الوراثية أو الجينات، والعوامل العصبية، وهرمونات جهاز الإفراز الداخلي.
٢. المكونات السيكولوجية: وتتضمن الجوانب المعرفية، كاللغة أو الإشارة اللفظية، وغير اللفظية كلغة الجسد، والإدراك، والذاكرة، والجوانب غير المعرفية.
٣. المكونات البيئية: وتتضمن العوامل المادية والاجتماعية، وعليه فإن الإنفعالات هي نتاج تفاعل هذه المكونات المتنوعة والمختلفة في نوعها وشدتها، وبناءً على ذلك فإن الفروق في عملية الإنفعالات من حيث أنواعها ودرجتها، ناتج عن الاختلاف في اقتران هذه المكونات.

## أهمية الإنفعالات في حياتنا:

إننا بفضل الإنفعالات نفهم بعضنا بعضاً بصورة أحسن، كما إننا نستطيع وبدون استخدام الكلام أن نحكم على حالات بعضنا للتكيف الأمثل للعمل الجماعي والتواصل، وأن الأشخاص المنتمون إلى ثقافات مختلفة، يستطيعون إستقبال وتقييم تعابير الوجه البشري بدون أية أخطاء، كما أنهم يتمكنون من تحديد الحالات الإنفعالية (كالفرح، والحزن، والخوف، والغضب، والاشمئزاز) من خلال تعابير الوجه. (بني يونس، ٢٠٠٤).

وتلعب الإنفعالات المختلفة دوراً مهماً بالغ الأثر في حياة الفرد، إذ ترتبط بدوافعه وحاجاته وميوله وبأنواع الأنشطة المتعددة التي يمارسها الفرد. فلا يوجد على الإطلاق أنواع من التعلم، أو العمل، أو اللعب، أو النشاط المبدع، أو العلاقات الإجتماعية المختلفة دون أن تصطبغ باللون الإنفعالي المميز لها، وفي الوقت الحالي يفضل الكثير من علماء النفس إطلاق إسم الإنفعالات على هذه الحالات (الريماوي، ٢٠٠٦).

وتنقسم الإنفعالات من حيث درجة تأثيرها على الفرد ومن حيث حالة التوتر العامة للخبرة النفسية للفرد إلى نوعين هما:

١. انفعالات إيجابية أو سارة: وهي الإنفعالات الباعثة على السعادة، والمنشطة للكائن الحي والمؤدية إلى المتعة واللذة والمرتبطة بنتائج مرغوبة، ولها انعكاسات ايجابية على الصحة الجسمية والنفسية معاً، ومنها: الفرح، السرور، الثقة بالنفس، الأمن، الحب، الفوز، النجاح.
٢. انفعالات سلبية أو غير سارة: وهي الإنفعالات الباعثة للتعاسة، وتعمل على الإسترخاء، والكآبة، المؤدية إلى المعاناه والألم والى نتائج غير حميدة بالنسبة للصحة النفسية والجسمية معاً، ومنها: الغضب والخوف الضعيف (الرهاب)، والخوف القوي (الذعر)، الفلق، العدوان، الكراهية، الفشل، والهزيمة. (بني يونس، ٢٠٠٧).

## جوانب الإنفعالات:

للإنفعالات ثلاث جوانب وهذه الجوانب تعد استجابات متكاملة تصدر عن الفرد بأسره وليس جوانب منفصلة وهذه الجوانب هي:

١. جانب فسيولوجي: التغييرات المرتبطة بعمل القلب، الدورة الدموية، أعضاء التنفس، والهضم، إفراز الغدد، تغير النشاط الكهربائي في الدماغ وغير ذلك.
٢. جانب ذاتي: يخبره الشخص المنفعل وحده، ويختلف من إنفعال الى آخر تبعاً لنوع الإنفعال.
٣. جانب خارجي ظاهري: التعبيرات والحركات والألفاظ التي تصدر عن الشخص المنفعل مثل الضحك، الصراخ، العبوس، البكاء.... وهذا هو الجانب الذي نحكم منه في العادة على الآخرين (بني يونس، ٢٠٠٧).

## تفسير عملية الإنفعالات:

نظراً للفروق في خصائص، ومكونات، وأنواع، ووظائف الإنفعالات، بالإضافة إلى الفروق في المذاهب النظرية بين جمهور علماء النفس، ظهرت نظريات عديدة في تفسير الإنفعالات، بعضها اعتمد المذهب المعرفي، وأخرى اعتمدت المذاهب الإنسانية، والوجودية، والاجتماعية. ووفقاً لمكونات الانفعالات، والتي تتألف من المكون البيولوجي ( الوراثي، والعصبي، والكيميائي)، والمكون النفسي ( المعرفي، والدفاعي، والسلوكي)، والمكون البيئي (المادي، والاجتماعي)، فإنه يمكن تصنيف النظريات المفسرة لطبيعة الانفعالات في ثلاث مجموعات من النظريات، هي: النظريات البيولوجية، والنظريات السيكلوجية، والنظريات البيئية، والشكل رقم (٢) يوضح النظريات التي تناولت تفسير ماهية الانفعالات وميكانيزمات ظهورها (بني يونس، ٢٠١٠).

وفيما يلي عرض لبعض النظريات التي تناولت تفسير ماهية الانفعالات وميكانيزمات ظهورها كما ورد في (بني يونس، ٢٠٠٩):

### أولاً: النظريات البيولوجية:

يؤكد صاحب النظرية تشارلز دارون على أن التطور لا يقتصر على التطور البيوفيزيائي فحسب بل ينطبق أيضاً على التطور السيكلوجي للكائن الحي، وعليه فإن الانفعالات وفقاً لهذه النظرية ظهرت في عملية تطور الكائنات الحية، بمثابة آليات تكيفية حياتية هامة تساعد في تكيف هذه الكائنات الحية إلى الظروف والمواقف في حياتنا.

فالتغيرات الجسمية المصاحبة لمختلف الحالات الإنفعالية وبخاصة تلك التغيرات الجسمية المرتبطة بالإنفعالات الملائمة للحركة، فإنها وفقاً لرأي دارون عبارة عن أعضاء متبقية للقيام باستجابات تكيفية واقعية عند الكائنات الحية، وتؤكد هذه النظرية على أن الإنفعالات فطرية غير متعلمة تولد مع الكائن الحي.

### ثانياً: النظريات السيكوعضوية – أو السيكوفسيولوجية:

#### أ. نظرية العالمان (جيمس – لانج):

حيث تركز هذه النظرية على مبدأ الفصل بين الإستجابات الفسيولوجية والإستجابات الإنفعالية، إذ تعتبر أن الإستجابات الفسيولوجية لأي مثير انفعالي تظهر أولاً، ثم تليها الإستجابات الإنفعالية.

وبحسب رأي جيمس: نحن نحزن لأننا نبكي، نخاف لأننا نرتجف، ونفرح لأننا نضحك، فالإنفعالات بحسب النظرية هي عبارة عن الإحساس بتغيرات في الجسم، فإذا كانت الانفعالات قد إقترنت بطيف واسع من التغيرات العضوية المحيطة عند جيمس، فإنها اقترنت بالجهاز الوعائي – الحركي فقط عند لانج.



## ب. نظرية العالمان "كينون - بارد" أو نظرية الطوايء (Emergency Theory):

تؤكد هذه النظرية على اثر التغيرات المسببة للإنفعالات والتي يتم معالجتها في قشرة المخ، وبالتالي تؤدي إلى ظهور استجابات فسيولوجية وإنفعالية في آن واحد تقريباً. وتلغي النظرية الفصل بين الإستجابات الفسيولوجية والإستجابات الانفعالية، والتعاقب بينهما .

وتتلخص نظرية "كينون - بارد" في الخطوات الآتية:

- ١ . يتم الإحساس بالمشيرات المسببة للإنفعالات .
- ٢ . يتم ترميزها، ونقلها إلى قشرة المخ، حيث تقوم بمعالجة هذه المشيرات .
- ٣ . ترسل قشرة المخ إشارات إلى المهاد ( السرير البصري)، والذي يقوم بدوره بإرسال إشارات إلى أعضاء الجسم، فتحدث تغيرات فسيولوجية.
- ٤ . تقوم قشرة المخ بإرسال إشارات أخرى إلى أجزاء عليا في المخ، حيث يتم معالجة هذه الإشارات، فتظهر على هيئة تجربة أو خبرة انفعالية.

## ج. نظرية الاستثارة للعالمين (لينديسي - هب):

وفقا لهذه النظرية، فان الحالات الإنفعالية تظهر تحت تأثير الجزء السفلي من جذع الدماغ (أي عند تأثير التكوين الشبكي)، وعليه تظهر الإنفعالات نتيجة لإختلال التوازن في التراكيب الملائمة من الجهاز العصبي.

وتستند هذه النظرية إلى عدة مبادئ، منها:

- ١ . إن طريقة تخطيط الدماغ الكهربائي للمخ الناشئة أثناء الانفعالات، ما هي إلا تعبير أو إنعكاس لنشاط التكوين الشبكي.
- ٢ . إن عمل التكوين الشبكي يحدد العديد من البارامترات الدينامية للحالات الانفعالية مثل شدتها، ومدة استمرارها، وتغييرها.

أما العالم هب فقد تمكن تجريبياً من الكشف عن العلاقة بين نوع وشدة الإستثارة الانفعالي من جهة، وفاعلية أداء الإنسان من جهة أخرى. والشكل رقم (٣) يوضح ذلك.

ولتحقيق أعلى درجة أو مستوى في أي أداء، فإن من غير المرغوب به أن تكون شدة الإستثارة الانفعالية ضعيفة للغاية، أو قوية للغاية، ويوجد عند كل شخص فينا قابلية إستثارة انفعالية مثلى، تعمل على تأمين أقصى مستوى في فاعلية الأداء.

#### د. النظرية المعرفية للعالمان (شاكتر، فستنجر):

تلعب العوامل المعرفية – السيكولوجية دوراً كبيراً في ديناميات الحالات الانفعالية، منها نظرية التنافر - التآلف المعرفي للعالم فستنجر، والنظرية المعرفية – الفسيولوجية للعالم شاكتر.

لقد ظهرت نظرية التنافر – التآلف المعرفي في علم النفس المعرفي، ويقصد بمفهوم "التنافر المعرفي" التناقض في منظومة المكونات الانفعالية والسلوكية والمعرفية لدى الإنسان، الأمر الذي يؤدي إلى ظهور حالات انفعالية سلبية أو غير سارة، يمكن أن تظهر على هيئة توتر قلق، خوف، غضب، وبالتالي تعمل على إستثارة الإنسان للقيام بسلوك هادف، للتغلب على هذا التناقض المعرفي، وتظهر الإنفعالات الإيجابية عند الإنسان عندما تتحقق توقعاته وتتجسد تصورات المعرفية في الحياة، أي بمعنى حينما تنسجم النتائج الحقيقية للأداء، مع المقاصد والنوايا، حينها يحدث تآلف معرفي، بينما تظهر الانفعالات السلبية وتزداد في تلك الحالات التي يكون فيها تناقض ما بين النتائج المتوقعة والنتائج الفعلية للأداء.

#### ثالثاً: النظرية البنائية الإجتماعية:

تؤكد هذه النظرية وتعترف بالأصل البيولوجي للإنفعالات، إلا أنها تأخذ بعين الاعتبار الإطار الثقافي الإجتماعي الذي يتم فيه التعبير عن الإنفعالات، وهذا يعني أن الظروف الإجتماعية والثقافية تساهم في تشكيل الإنفعالات عن طريق الممارسات اللغوية، والأحكام الأخلاقية، إذ لا يكون تأثير ذلك في وضع قيود على التعبير عن هذه الإنفعالات فحسب، بل عن طريق التأثير فيها، وصقلها أيضاً، وعليه يتم تفسير الأحاسيس والمشاعر بأنها انفعالات من درجة عالية.

## رابعاً: النظرية الوجودية والإنسانية:

### - النظرية الوجودية:

يوضح سارتر في تحليله للإنفعالات أنها ليست سوى نموذج على كيفية استخدام المنهج الفينومينولوجي في الكشف عن ماهية الظواهر، حيث انطلق سارتر في تفسيره لظاهرة الإنفعال من الأنا (الشعور) على أساس أن الإنفعال هو الشعور، كما أكد على العلاقة القوية والمتبادلة بين الشخص المنفعل وموضوع الإنفعال وهو مبدأ قصدية الوعي، وهذا يعني أن الموضوع أو الموقف يبقى حاضراً أو موجوداً في شعور الشخص المنفعل حتى لو بدا لنا أن هذا الشخص يبتعد عن الموضوع.

### - النظرية الإنسانية:

تعتبر نظرية كارل روجرز من النظريات الإنسانية المهمة في الشخصية، وهي مستمدة من مبادئ الفلسفة الفينومينولوجية، التي محورها الذات والعلاج المتمركز حول العميل، وتتمحور نظريته حول تحقيق الذات وكيفية التوصل إلى هذا الهدف.

لقد تحدث كارل روجرز عن الإنفعال بأنه يرافق السلوك المتجه نحو هدفه "تحقيق الذات" ويسهل مهمة هذا السلوك في الوصول إلى الهدف، والسلوك يؤثر في الإنفعالات من حيث نوعه وشدته، فالسلوك المدرك الذي يكون بالغ الأهمية بالنسبة للشخص تكون شدة إنفعاله كبيرة ويهتم به، إما إذا كان السلوك غير مهم بالنسبة له فإن شدة انفعاله تكون قليلة، كما يؤثر السلوك في نوع الإنفعال من حيث الإنفعالات غير السارة والإنفعالات الهادئة. (بني يونس، ٢٠٠٧).

### خامساً: نظرية التطور السيكولوجي للإنفعالات للعالم بلوتشيك:

تشتمل هذه النظرية على ثلاث نماذج وتسمى النموذج البنائي والنموذج المتعاقب، والنموذج الثانوي (المشتق).

النموذج البنائي: إننا ندرك الخلاف في شدة الإنفعالات مع أنها متشابهة إلى حد ما، كما أن للإنفعالات طبيعة قطبية ويرى هذا النموذج أن هناك انفعالات أولية أساسية وبقية الإنفعالات تنفرع منها.

النموذج المتعاقب: ويشير النموذج إلى تعاقب الشعور بالإنفعال مع التغيرات الفسيولوجية التي تحدث.

أما النموذج الثانوي: فهو يشير إلى أن سلوكيات الإنسان مشتقة عن سلوكيات أدنى منها مثل سلوكيات الحيوان وأن سلوك الراشد مشتق عن سلوك الرضيع، وتفترض النظرية أن الإنفعالات أساس وهذا الأساس تشتق منه أنماط الشخصية المعبرة عن الأفراد.

وفي ضوء هذه النظرية، يمكن القول بأن :

- الانفعالات تحمل صفة العمومية، وتبدو في شكل معين عند كل الناس وكل الحيوانات.
- الانفعالات مفيدة لأنها توصل حالات عديدة من الخوف والغضب والتهديد والسعادة، بإعتبارها مؤثرة في سلوك الناس الآخرين.
- غالباً ما تكون الانفعالات خليط أو مزيج، لأن عدة أشياء تحدث في نفس الوقت .
- تعمل الانفعالات كمصدر للطاقة أو المضخم للسلوك.
- إن الانفعالات هي المظاهر المركزية لحياتنا الاجتماعية، وتؤثر في كافة علاقاتنا الإجتماعية (Plutchik, 2003).

#### خامساً- مصادر الضغط النفسي:

بينما يرتبط الضغط النفسي بمدى واسع من الاضطرابات النفسية والجسدية، فإنّ مصادر المواجهة (Coping Resources) تعدّ بمثابة عوامل تعويضية تساعدنا على الإحتفاظ بالصحة النفسية والجسدية معاً بشرط أن يعي الفرد كيفية التحمل، وما هي الإستراتيجيات الملائمة لمعالجة موقف ما، فالمواقف الضاغطة عموماً إذا تضمّنت تحقيق مطالب في حدود إمكانيات الإنسان وقدراته، فإنّها تساعد على تحقيق التوافق، أمّا إذا كانت المواقف الضاغطة تفوق قدرات الفرد فإنّها تؤدّي به إلى الشعور بالقلق، والإكتئاب، والضغط النفسي (حسين ، ٢٠٠٦).

## تعريف الضغط النفسي:

إن الضغوط النفسية هي ظاهرة معقدة ومتداخلة الأبعاد والعلاقة بين أبعادها دائرية، ولم يتفق العلماء على تعريف معين، يمكن أن يعكس الناحية الكيفية والكمية للضغوط النفسية.

الضغط Stress باللغة الإنجليزية تشير إلى تلك القوى والمؤثرات التي توجد في المجال البيئي (الفيزيقي)، الإجتماعي، النفسي، والتي يكون لها قدرة على إنشاء حالة ضغط ما. (الرشيدي، ١٩٩٩).

ويمكن تعريف الضغط النفسي بأنه حالة استثارة للعقل والجسم كاستجابة لمتطلبات تفرض على الأفراد. (المرزوقي، ٢٠٠٨).

الضغط هو إستجابة الجسم غير المحددة لأي متطلب يكتفي، سواء كان هذا المتطلب بسبب الفرح أو الألم. وهو إستثارة الأدرينالين وحدوث اضطرابات في الجهاز الهضمي، وحدوث نقصان الوزن مع إختلاف كيميائيات الجسم. (Selye, 1976).

إن الضغط مثير وهنا هو يشير إلى شيء خارجي، وهو أيضاً استجابة داخلية، وهنا هو يشير إلى شيء داخلي؛ حيث تحدث داخل الفرد عمليات الدافعية والدفاعية والتكيف، وهذه العمليات تساعد في النمو والتطور. والضغط أيضاً هو استجابات الجسم الفيزيائية لمتطلب ما، وأن وظيفة تلك الاستجابات هي دعم الجهد السلوكي والنفسي للفرد في محاولة الوصول إلى التكيف. (Rice, 1999).

## مصادر الضغوط:

إن الإنسان عادة يتعرض إلى أنواع متعددة من الضغوط في حياته، وإن مصادر الضغوط الواقعة على الإنسان تحيط به من كل جانب، وقد لا تنتهي علماً بأنها تختلف من فرد لآخر، كما أنها تختلف لدى الفرد الواحد من مرحلة إلى أخرى عبر المراحل النمائية التي يمر بها في حياته. (حسين، ٢٠٠٦).

مصادر الضغوط توجد في جميع البيئات سواء كانت بيئة طبيعية أو نفسية أو إجتماعية، فعلى المستوى الأسري والمهني والتربوي والثقافي وغيرها من مجالات الحياة يواجه الفرد سلسلة من الضغوط مما يستوجب ضرورة الإستجابة نحو المثيرات الضاغطة في البيئة، وعادة تكون الإستجابة غير ملائمة؛ فنحن نتعامل دائماً مع ضغوط داخلية وخارجية لا يستطيع الفرد الهروب منها (حسين، ٢٠٠٦).

وعلى هذا فإن مصادر الضغط هي عبارة عن المثيرات التي تؤدي إلى ظهور استجابة الضغوط (المواجهة أو الهروب) لدى الشخص. (حسين، ٢٠٠٦).

لقد صنفنا مصادر الضغوط النفسية إلى:

#### أولاً:

١. مصادر بيولوجية: كالسموم والحرارة والبرودة.
  ٢. مصادر نفسية: انخفاض تقدير الذات وفقدان الحب والقلق والإكتئاب والإحباط والصراع النفسي والطموح الزائد والتنافس وطرق التفكير السلبية.
  ٣. مصادر إجتماعية: الطلاق، وموت شخص عزيز.
  ٤. مصادر بيئية: الخسارة المادية، الهجرة.
  ٥. مصادر وجودية: غياب المعنى والهدف في الحياة لدى الفرد.
  ٦. مصادر مهنية: ترك العمل، زيادة عبء العمل كماً وكيفاً، البطالة.
  ٧. مصادر أكاديمية: صعوبة المناهج وعدم مراعاتها لمبدأ الفروق الفردية، تجاهل الإهتمام بميول وقدرات الطلاب، طرق التدريس التقليدية، نظام التقويم والمنافسة بين الطلاب.
- (حسين، ٢٠٠٦).

## ثانياً:

١. مصادر داخلية: وهي التي تنبع من داخل الفرد، وتركز على دور الإستعداد الشخصي في مواجهة هذه المصادر، وانعكاس تلك المواجهة على الصحة النفسية والبدنية للفرد. ومن هنا تبرز علاقة شخصية الفرد بالضغوط، فقد وجد أن سمات مثل: التسلطية، الإنبساطية، وتحمل الضغوط، والقلق، والحالة الإنفعالية، ونمط (أ) من الشخصية، ودرجة التفاؤل، وغيرها من السمات التي لها علاقة في نوعية الإستجابات السلوكية للمواقف المختلفة، تساهم هذه السمات الشخصية سلباً أو إيجاباً في الضغوط الواقعة على الفرد. (المشعان، ٢٠٠٤)

٢. مصادر خارجية: وهي التي تأتي من البيئة الخارجية وهي كثيرة مثل الضوضاء والزلازل والأعاصير وضغوط القيم والمعتقدات والصراع بين العادات والتقاليد والمنغصات اليومية وتغيرات الحياة والقلق والإكتئاب والمرض والديون. (حسين، ٢٠٠٦)

### الإحساس بالضغط وطبيعة الإستجابة للضغوط:

يشعر الفرد بالضغط من خلال ديناميكية فسيولوجية وسيكولوجية ناتجة عن إدراك حوادث خطيرة ومهددة ومعيقة لإشباع الحاجات وتحقيق الأهداف، ووجود أعباء ومتطلبات تفوق قدرة الفرد، ويبدل الجهاز الفسيولوجي والنفسي جهوداً تكيفية لتفادي هذه الإجهادات والتغلب عليها. فمن الناحية البدنية تحدث اختلالات في الإتزان العام للجسم، واضطراب في الجهاز الغدي، وسرعة جريان الدم، وزيادة في ضربات القلب، وزيادة في النبض. أما من الناحية النفسية تظهر اختلالات في دفاعات النفس، تشوهات في الإدراك، تغيرات في المزاج (الرشيدي، ١٩٩٩)

تختلف إستجابات الأفراد لأحداث الحياة الضاغطة من فرد لآخر، وتتحدد استجابة الفرد بثلاثة أمور، وهي خصائص الشخصية لدى الفرد، وتاريخ الضواغط ويعني ذلك أحداث الحياة الرئيسية والفرعية التي مر بها الشخص في الماضي، والتي تؤثر على استجابته للضغط، وكذلك بمصادر المواجهة (Coping Resources) المتاحة لديه للتعامل مع الحدث الضاغط (Selye, 1978).

إن إستجابة الفرد للضغط تنشأ عندما يدرك الموقف بوصفه ضاغطاً، ويشعر أنه ليس لديه مصادر كافية لمواجهة الموقف، فإستجابة الضغط هي عبارة عن رد فعل معين يصدر عن الفرد لمواجهة المثيرات أو الأحداث الضاغطة في البيئة، وتتضمن إستجابة الضغط عدة مكونات، وهي مكونات معرفية وفسولوجية وإنفعالية وسلوكية وتتكامل جميع هذه المكونات في ظهور رد الفعل.

الإستجابات الفسيولوجية: زيادة ضربات القلب، توتر العضلات، زيادة إفراز الغدد، اتساع حدقة العين، زيادة نسبة السكر في الدم.

الإستجابات المعرفية: التفكير المشوه أو المشوش، انخفاض التركيز.

الإستجابات الإنفعالية: الإنزعاج، العدوان، الخوف.

الإستجابات السلوكية: سلوك التجنب أو الهروب من الموقف، سلوك المواجهة أو القتال.  
(حسين، ٢٠٠٦).

### الآثار المترتبة على الضغوط:

تسبب شدة الضغوط والتعرض المتكرر لها إلى ظهور كثير من التأثيرات السلبية على شخصية الفرد. وفيما يلي وصف لبعض الآثار السلبية الناجمة عن الضغوط:

١. الآثار المعرفية: تؤثر الضغوط على البناء المعرفي للفرد، ومن ثم فإن العديد من الوظائف العقلية تصبح غير فعالة مثل حدوث ضعف في الإنتباه وصعوبة التركيز، تدهور الذاكرة، عدم القدرة على إتخاذ القرارات ونسيان الأشياء، فقدان القدرة على التقييم المعرفي الصحيح للموقف، ضعف القدرة على حل المشكلات.

٢. الآثار الإنفعالية: سرعة الإستثارة، الخوف، القلق، الإحباط، الغضب، زيادة التوتر النفسي وفسولوجي، زيادة الشعور بالعجز واليأس، عدم القدرة على التحكم في الإنفعالات والسلوك، التردد، انخفاض تقدير الذات، والإحترق النفسي، فقدان الرغبة الجنسية، الكوابيس، سرعة البكاء (حسين، ٢٠٠٦).



٣. الآثار الفسيولوجية: تغيرات في وظائف الأعضاء وإفرازات الغدد وفي الجهاز العصبي مثل ارتفاع كمية الأدرينالين في الدم مما يؤدي إلى سرعة ضربات القلب وارتفاع ضغط الدم، وزيادة عملية التمثيل الغذائي مما يؤدي إلى الإنهاك، ارتفاع مستوى الكوليسترول في الدم.

٤. الآثار السلوكية: إستجابات سلوكية غير مرغوبة، إضطرابات لغوية مثل التأتأة والتلعثم، انخفاض إنتاجية الفرد، تزايد معدلات التغيب عن العمل أو المدرسة وعدم الرضا عنها، تعاطي العقاقير والمخدرات وتدخين السجائر، إضطرابات النوم وإهمال المنظر والصحة، عدم الثقة بالآخرين والإنسحاب والعزلة، التغير المفاجئ في العادات الإجتماعية (حسين، ٢٠٠٦).

### النظريات والنماذج المفسرة للضغط:

أولاً: نظرية التكيف العام للعالم سيلبي ( -The General Adaptation Syndrome (Selye):

تؤكد هذه النظرية على دور المؤثرات الخارجية في الإصابة بالضغط النفسي، كما أكد سيلبي على دور الضغط النفسي في الأمراض الجسمية، وأحداث الحياة الهامة كالموت أو الطلاق أو الزواج أو التقاعد أو الإصابة بمرض. فهو يتحدث عن ثلاثة مراحل للتكيف أو التعامل مع الضغط وهي:

١. مرحلة التنبيه: وفيها يجهز الجسم نفسه للتفاعل مع مصدر الضغط للمواجهة والهرب، وذلك بإفراز هرمونات الأدرينالين من الغدد الصماء، يترتب عليها زيادة سرعة ضربات القلب، زيادة في معدل التنفس وتوتر العضلات.

٢. مرحلة المقاومة: وفيها يحاول الفرد الدفاع عن نفسه تجاه مصدر التهديد بكل ما يملك من طاقة نفسية وجسمية. وفي هذه المرحلة يشعر الفرد بالتعب والقلق ويحاول مقاومة مسببات الضغط، فإذا استطاع النجاح والتغلب على المشكلة فإن أعراض الضغط تزول. وإذا لم يستطع الفرد التغلب على مسببات الضغط تظهر بعض الأمراض مثل قرحة المعدة، وارتفاع الضغط، وإذا استمر يعاني منها لفترة طويلة فإنه ينتقل إلى المرحلة الثالثة.

٣.مرحلة الإنهاك: إذا لم يستطع الفرد التغلب على مسببات الضغط في المرحلة الثانية، فإن طاقة الفرد تستنزف ويصبح عرضة لمشكلات سوء التوافق والإصابة بالأمراض ( Selye, ) (1978).

ومن الإنتقادات التي وجهت إلى نظرية سيلبي أنها لم تنطرق إلى دور العوامل النفسية والاجتماعية في الضغوط النفسية، وأغفل أيضاً دور العوامل المعرفية في ذلك. كما أنه قيّم الضغط على أنه نتيجة، مما يعني أن الضغط يكون واضحاً فقط عند المرور بالمراحل التي تتضمنها أعراض التكيف العامة، علماً بأن كثير من الناس يتعرضون للآثار المرهقة التي تنجم عن استمرار التعرض للأحداث الضاغطة أو حتى بسبب توقع حدوثها. (Rice, 1999).

### ثانياً: نظرية عملية التكيف المتبادل لـ لازاروس وفولكمان:

يعتبر لازاروس العوامل العقلية والمعرفية أكثر أهمية في تفسير الضغوط من الأحداث نفسها، أي أنه ليس المثير وليست الاستجابة اللذان يحددان الضغط، ولكن إدراك الشخص وتفسيراته للموقف النفسي هي التي تحدد الضغط. ولقد أولى لازاروس أهمية كبرى للتقييم الشخصي للموقف، وأهمية أقل للاستجابة الإنفعالية. وقد اهتم بدراسة المنغصات والمعيقات اليومية، وعرف الضغط النفسي بأنه مصطلح عام يشير إلى كثير من المشكلات، وأن هذه المشكلات عبارة عن مثيرات ينتج عنها ردود أفعال ضاغطة، ويضيف أن الضغط ليس مثيراً أو استجابة، بل هو علاقة ثنائية بين الفرد والبيئة، فالفرد يؤثر في البيئة ويتأثر بها. (حسين، ٢٠٠٦).

### ثالثاً: نظرية المواجهة أو الهروب (الكر و الفر) لكانون (Fight or Flight):

يركز كانون على فكرة التوازن في تفسيره للضغط النفسي، حيث يرى أن الفرد يعمل على المحافظة على حالة التوازن الداخلي لديه عند تعرضه للضغط.

وعرف الضغط على أنه مجموعة من المثيرات الفسيولوجية والإنفعالية التي تجعل الإنسان يتصرف بطريقة ما من أجل استعادة التوازن، لذلك أي حدث لا يبقى أو يحافظ على التوازن الداخلي يعتبر مؤثراً ضاغطاً، حيث اعتبر أن الضغط مؤثر بيئي. (تايلور، ٢٠٠٨).

## رابعاً: نظرية الصلابة ومقاومة الضغط لكوباسا ومادي: (Hardiness and Stress Resistances)

ترى صاحبة هذه النظرية Kobasa أن الأشخاص الذين لديهم قدرة عالية على التحمل هم أقل احتمالاً للتعرض للضغط النفسي، ويتميز هؤلاء الأشخاص بالالتزام، والضغط (التحكم) والتحدي. وقد ميزت كوباسا بين مجموعتين ممن يعانون من الضغط:

- مجموعة الضغط المرتفع ← مرض منخفض.
- مجموعة الضغط المرتفع ← مرض مرتفع.

وقد تميز أفراد المجموعة الأولى بالإنضباط الذاتي ورؤية الحياة كأنها سلسلة من التغيرات المرحب بها وبالإنخراط بالأشياء وما يحيط بهم، بينما يتميز أفراد المجموعة الثانية بالإغتراب الذاتي وقلة الحيوية وقلة معنى الحياة أو الشعور بغياب معنى الحياة (المرزوقي، ٢٠٠٨).

### علاقة الأجهزة التنظيمية بالانفعالات والضغوط النفسية:

تؤثر الضغوط على جهاز المناعة في الجسم، حيث يؤدي الضغط النفسي إلى حدوث نشاط زائد في نسبة الهرمونات الانفعالية، وهي هرمون الأدرينالين وهرمون الكورتيزون (والذي يفرز من الجزء القشري في الغدة الكظرية).

إن زيادة هرمون الكورتيزول تؤدي إلى تثبيط نشاط كريات الدم البيضاء، وهذا الأمر يؤدي إلى حدوث ضمور في الأجهزة اللمفاوية، ويترتب على ذلك نتائج خطيرة تتمثل في نقص مناعة الجسم، وإذا نقصت مناعة الجسم فإن عملية غزو الجراثيم للجسم تزداد، وتزداد بالتالي الإصابة بالأمراض المختلفة، فيصاب الفرد بالأمراض بسهولة نتيجة ضعف جهازه المناعي.

وتؤثر أيضاً بالجهاز العصبي، وبخاصة المناطق الموجودة في قشرة المخ، والمسؤولة عن تنظيم الانفعالات، والجهاز اللمبي، والوطاء، والمهاد، والمخ المستطيل، والجهاز السمبثاوي، والباراسمبثاوي، (الودي وشبه الودي)، وجسر فارول (بني يونس، ٢٠٠٨).

أما بالنسبة لتأثيرها على جهاز الإفراز الداخلي، فهي تؤثر على هرمونات الطبقة الداخلية في الغدتين الكظرتين ( أدرينالين والنورأدرينالين)، والطبقة الخارجية فيهما، والغدة الدرقية، وغدة البنكرياس.

وتوجد علاقة ارتباطية بين الوطاء، والغدة النخامية، والجهاز اللمبي، والتكوين الشبكي، والجهاز العصبي الودي ونظير الودي، والغدتان الكظريتان، وذات صلة مباشرة في تنظيم الانفعالات ( بني يونس، ٢٠٠٨).

### ثانياً: الدراسات السابقة ذات الصلة بمتغيرات الدراسة:

فيما يلي عرض للدراسات السابقة التي تناولت متغيرات الدراسة المتمثلة بالحالات الإنفعالية المميزة ومصادر الضغوط النفسية لدى مرضى اضطرابات الغدد الدرقية والبنكرياس في مستشفيات مدينة عمان:

وفي حدود علم الباحثة فإنه لا توجد دراسات تناولت متغيرات الدراسة الحالات الإنفعالية والضغوط النفسية لدى مرضى اضطرابات الغدد الدرقية والبنكرياس، رغم وجود الإسناد النظري لهذه العلاقة، الأمر الذي يعزز من أصالة الدراسة الحالية في دراسة هذه المشكلة.

وفي دراسة قام بها العجلوني (٢٠٠٧) هدفت إلى تحديد نسبة انتشار مرض السكري من النوع الثاني في الأردن، ولقد تكونت العينة من ١١٢١ مريض أعمارهم ٢٥ سنة فما فوق، وتم اختيار العينة عشوائياً من المرضى المشخصين بمرض السكري، أظهرت الدراسة أن معدل العمر هو ١٧,١% ولا توجد فروق ذات دلالة بين الذكور والإناث. وبمقارنة النتائج بالمسح الذي تم عام ١٩٩٤ فإن هناك زيادة مثيرة للإهتمام في نسبة إنتشار السكري بـ ٣١% وأن نسبة إنتشار مرض السكري في الأردن كبير ويحدث بشكل متزايد، مما يدعو إلى زيادة الإهتمام بقيام المرضى بالسيطرة على مرض السكري.

وفي دراسة قام بها شديفات (٢٠٠٤) هدفت الى التعرف على الضغوط النفسية التي تواجه الأطفال المصابين بالنوع الأول من السكري ببعض المتغيرات. تكونت عينة الدراسة من الأفراد في الفئة العمرية بين ١٠ - ١٨ سنة، والمصابين بمرض السكري من النوع الأول في المركز الوطني للسكري، مستشفى الجامعة، مستشفى البشير، ومستشفى الأمير حمزة، أظهرت الدراسة بأنه توجد فروق ذات دلالة احصائية في الضغوط النفسية ترجع الى عدد مرات دخول المستشفى، حيث كلما زاد عدد مرات دخول المستشفى زادت الضغوط النفسية. وأن الإناث يتعرضون لضغوط نفسية أكثر من الرجال. والأطفال في مرحلة المراهقة أكثر عرضة للضغوط النفسية من الأطفال الأقل عمراً.

وفي دراسة تناولت العلاقة بين ضغوط الحياة ومرض السكري قام بها نيل (Neal,1995)، هدفت إلى التعرف على الضغوط النفسية وأثرها على مستوى السكر في الدم، وذلك من خلال بيانات مسح اجتماعي، تم تطبيقه على عينة من الشباب. توصلت الدراسة إلى أن الضغوط الاجتماعية ترتفع في الأدوار الاجتماعية الهامة للبالغين، حيث يرتبط مرض السكري بالضغوط الاجتماعية أكثر من ارتباطه بالأدوار الاجتماعية الأقل أهمية، كما دلت النتائج على أن نقص الدعم الاجتماعي يؤثر على صحة الفرد المصاب بمرض السكري، مما تؤثر ضغوط الحياة على غالبية الأدوار الاجتماعية.

وقد أجرى جريفت وفيلد ولستمان (Griffith,Field,& Lustman,1990) دراسة تناولت العلاقة بين ضغوط الحياة والدعم الاجتماعي لدى مرضى السكري، وقد تم فحص ٨٠ مريضاً مصاباً بالسكري، حيث تم قياس مستوى الجلوكوز في الدم من خلال استخدام اختبار الهيموغلوبين الغليكوزيلات (Aba1)، واستخدم مقياس التدعيم الاجتماعي، لقياس الدعم الاجتماعي. وقد أشارت النتائج إلى وجود علاقة مثيرة للاهتمام بين المتغيرات، حيث أن اختلاف مستوى الضغط النفسي ومستوى التدعيم الاجتماعي، رافقه وجود اختلاف في مستوى الجلوكوز في الدم. لذا تقترح الدراسة ضرورة تضمين الدعم الاجتماعي في علاج مرضى السكري.

وفي دراسة قام بها الحواجري (٢٠٠٤) هدفت إلى التعرف على العلاقة بين الضغوط النفسية والإصابة بالقرحة الهضمية. ولقد تكونت عينة الدراسة من (٧٢) فرداً من الذكور والإناث ومنهم (٤٣) من المرضى المصابين بالقرحة الهضمية بمستشفى الجامعة الأردنية، كما تم إختيار عينة ضابطة مماثلة لهم من حيث العمر والجنس بلغت (٢٩) فرداً من غير المصابين. وأظهرت الدراسة أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بالقرحة الهضمية وغير المصابين على شدة الضغوط النفسية، حيث أظهرت النتائج أن المرضى المصابين بالقرحة الهضمية يعانون من الضغوط النفسية بدرجة أكبر من غير المصابين. كما أظهرت الدراسة أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين على نوع الضغوط النفسية، حيث أن المرضى المصابين بالقرحة الهضمية يعانون من الضغوط الدائمة بدرجة أكبر من غير المصابين.

وفي دراسة قام بها الكراسنة (٢٠١٠)، هدفت إلى التعرف إلى كل من أنواع الحالات الانفعالية السائدة، ومستوى الإكتئاب، ومصادر الضغوط النفسية لدى عينة من الأفراد المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد في الأردن. ولقد تكونت عينة الدراسة من ٣٠٢ فرد منهم ١٠٢ مريضاً ومريضةً بالتصلب اللويحي المتعدد. كما تم إختيار عينة مكافئة لها بالعدد والعمر والجنس من الأفراد غير المصابين بالتصلب اللويحي. وأظهرت الدراسة أن هناك فروق ذات دلالة احصائية في الحالات الانفعالية بين المصابين بمرض التصلب اللويحي، فقد تبين أن مستوى كل من الغضب والخوف والحزن أعلى لدى عينة المصابين بمرض التصلب اللويحي، أما حالة السرور كانت أعلى لدى عينة غير المرضى. وأن قيمة ما فسرتة الضغوط الأسرية في متغير الإصابة بلغ ١٢ %، وهي تعد من العوامل المساهمة في استمرارية حدوث الهجمات المرضية لدى المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد.

وقد أجرت عابد (٢٠٠٣)، دراسة هدفت إلى قياس مدى التوافق بين الأمراض المزمنة (مرض ضغط الدم والسكري) الذين يراجعون العيادات التابعة لوزارة الصحة في مدينة نابلس، ولقد تكونت العينة من ٣٢١ مريضاً. وأشارت النتائج إلى أن ٦,٥ % من المرضى غير متوافقين، و ٥١,٤ % توافق جزئي، ٤٢,١ % من المرضى أظهروا توافقاً جيداً، وأن العلاج الدوائي المتعدد زاد من احتمالية عدم التوافق، ومرضى السكري لديهم امثال مرتفع لمتطلبات العلاج أكثر من مرضى ضغط الدم.

إن الدراسات السالفة الذكر كل منها تناول متغير واحد فقط من متغيرات الدراسة الحالية، وبحسب علم الباحثة، فإنها لم تتمكن من الحصول على دراسات تناولت متغيرات الدراسة بصورة مباشرة سواء كانت دراسات عربية أو أجنبية، مما يضفي على هذه الدراسة بإعتقاد الباحثة طابع الحداثة والأصالة، فهي تقيس الحالات الإنفعالية المميزة والضغوط النفسية لدى مرضى اضطرابات الغدد الدرقية والبنكرياس.

## الفصل الثالث

### الطريقة والإجراءات

تحاول الباحثة في هذا الفصل تقديم صورة عن عينة الدراسة وطريقة اختيارها إضافة إلى الأدوات التي استخدمت لجمع البيانات وأدلة صدقها وثباتها. كما يتناول هذا الفصل وصفاً للإجراءات التي اتبعتها الباحثة في تطبيق الأدوات وتصحيحها والحصول على النتائج ومن ثم بيان متغيرات الدراسة وطريقة المعالجة الإحصائية.

#### منهجية الدراسة:

لقد قامت الباحثة باستخدام المنهج الوصفي الإرتباطي وذلك لملائمته لمتغيرات الدراسة.

#### أفراد عينة الدراسة:

لقد اختيرت عينة متاحة من الأفراد المصابين باضطراب الغدتين الدرقيه والبنكرياس، بلغت (١٦٠) مصاباً، منهم (٨٠) مصاباً باضطرابات الغدة الدرقيه، و(٨٠) مصاباً باضطرابات غدة البنكرياس، والمراجعين لعيادات الغدد الصماء في مستشفيات مدينة عمان، و(١٦٠) فرداً من غير المصابين باضطرابات هذه الغدد، وغير المراجعين لهذه العيادات، للفترة الزمنية الممتدة من (٢٠١٠-٢-١) إلى (٢٠١٠-٣-١٥). وتم توزيع الإستيبيانات من قبل الباحثة فقط وكانت تقوم بالقراءة للمرضى غير القادرين على ذلك. والجدول (١) يبين توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً لبعض المتغيرات الديمغرافية والمستخدمه في الدراسة.



الجدول ١ . توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً لبعض المتغيرات الديمغرافية

المستوى التعليمي			الحالة الاجتماعية			العمر			الجنس		
%	التكرار	الفئة	%	التكرار	الفئة	%	التكرار	الفئة	%	التكرار	الفئة
٨,١	٢٦	أمي	٣١,٦	١٠١	أعزب	٢,٨	٩	أقل من ٢٠	٥٩,٥	١٩٠	أنثى
٣٦,٣	١١٦	ثانوية عامة	٦٧,٥	٢١٦		٢٥	٨٠	٣٠-٢٠	٤٠,٦	١٣٠	ذكر
١٦,٣	٥٢	دبلوم	.٩	٣		١٦,٦	٥٣	٤٠-٣٠			
٣٤,٣	١١٠	بكالوريوس				٥٥,٦	١٧٨	٤٠ فما فوق			
٥	١٦	دراسات عليا									
١٠٠	٣٢٠					١٠٠	٣٢٠		١٠٠	٣٢٠	المجموع

## أدوات الدراسة:

## أولاً- مقياس الحالات الإنفعالية:

لقد استخدمت الباحثة المقياس الذي قام بتطويره (بني يونس، ٢٠٠٨) وهو عدد من المواقف الحياتية بواقع ٤٦ موقفاً، لكشف عن أربع حالات انفعالية يشعر بها الفرد في اللحظة الحالية وهي: السرور، الغضب، الحزن، والخوف. وتعبّر الفقرات (١-٤-٥-١٢-١٥-١٧-٢٣-٢٦-٣٠-٣٤-٤٥-٤٦) عن حالة الخوف، والفقرات التي تعبر عن حالة الغضب هي (٧-٨-١١-١٦-١٩-٣١-٣٢-٣٣-٣٥-٣٩-٤٢-٤٤)

والفقرات ( ٣-٩-١٣-١٤-١٨-٢٢-٢٤-٢٨-٣٦-٤٠-٤٣ ) تعبر عن حالة السرور، أما الفقرات التي عبرت عن حالة الحزن ( ٢-٦-١٠-٢٠-٢١-٢٥-٢٧-٢٩-٣٧-٣٨-٤١ ) ومقابل كل ظرف يوجد تدرج لفظي رباعي وهو: (نعم) وتعطي أربع علامات، (نعم إلى حد ما) وتعطي ثلاث علامات، (لا إلى حد ما) وتعطي علامة واحدة. و(لا) وتعطي صفر علامة، ودرجة القطع (٢)، والمبين في الملحق رقم (١).

### صدق المقياس:

قام بني يونس (٢٠٠٨) بالتحقق من صدق محتوى المقياس، من خلال عرضه على مجموعة من المحكمين ذوي الاختصاص والخبرة في مجالات علم النفس والارشاد النفسي، في الجامعة الاردنية، وجامعة عمان الاهلية. حيث وجدت نسبة اتفاق عالية تصل إلى ٨٨% بين المحكمين من حيث وضوح صياغة الفقرات وانتمائها للمجال السلوكي الذي تقيسه. وقد اقترح المحكمين بعض التعديلات الطفيفة في صياغة (٣) فقرات والتي تم مراعاتها في صورة المقياس النهائية.

### ثبات المقياس:

قام بني يونس (٢٠٠٨) باستخراج ثبات الإتساق الداخلي للقائمة باستخدام معادلة كرونباخ الفا، والتي تراوحت قيمها ما بين (٠,٧٧-٠,٨٣) حيث تعد هذه المؤشرات مناسبة لأغراض الدراسة.

### ثانياً- مقياس مصادر الضغوط النفسية:

لقد قامت الباحثة بتطوير مقياس مصادر الضغوط النفسية، مستفيدة من عدد من المقاييس التي كانت تقيس الضغوط النفسية إضافة إلى أدبيات الموضوع.

يقيس هذا المقياس مصدرين أساسيين للضغوط النفسية وهما أولاً المصادر الذاتية (الداخلية) وتشمل مصادر بيولوجية ومصادر معرفية ومصادر انفعالية.

ثانياً: مصادر موضوعية (خارجية) وتشمل مصادر مادية ومصادر اجتماعية، ويتألف من ٤٤ فقرة، والفقرات (١-١٨) تعبر عن المصادر البيولوجية، والفقرات (١٩-٣٣) تعبر عن المصادر الداخلية المعرفية- الانفعالية، والفقرات (٣٣-٤٤) تعبر عن المصادر الخارجية.

### صدق المقياس:

قد قامت الباحثة لمعرفة صدق المقياس بعرض المقياس على محكمين مختصين(\*)، والذين ارتأوا عدد من التعديلات البسيطة، وقد تراوح الاتفاق بين (٧٧%-٩٠%) على فقرات المقياس، التي تقيس المصادر قبل وبعد المرض.

ولقد قامت الباحثة بعرض فقرات المقياس على عينة استطلاعية مكونة من ١٠ أفراد موزعين كالتالي ٥ مرضى اضطرابات غدة درقية و ٥ مرضى اضطرابات غدة البنكرياس.

- وقد تراوح الاتفاق بين (٧٨%-٩٠%) على فقرات المقياس.
- وقد تم حساب ثبات الاتساق الداخلي بمعادلة كرومباخ ألفا ويساوي ٨٩. .
- ويتم تصحيح المقياس على النحو التالي:
- يطلب من المريض الإجابة على كل فقرة بناءً على درجة انطباق العبارة عليه من حيث التكرار والشدة قبل وبعد المرض.
- وتتراوح الإجابة من حيث التكرار بين (١) أبداً و(٢) نادراً و(٣) أحياناً و(٤) غالباً و(٥) دائماً.
- خفيفة جداً (٢) خفيفة (٣) متوسطة (٤) شديدة (٥) شديدة جداً، ودرجة القطع (٣).
- وتشير الدرجات النهائية إلى أكثر مصادر الضغوط النفسية السائدة لدى المريض.

### المعالجة الاحصائية:

للإجابة عن أسئلة الدراسة، تم استخدام المتوسطات والانحرافات المعيارية، وإختبار (ت)، وتحليل التباين الأحادي، وتحليل التباين التمييزي، لمعرفة الفروق بين المتوسطات.

(\*) تألفت لجنة المحكمين من الذوات: د. محمد شقيرات، د. أشرف القضاة، د. نضال يونس، د. أسعد الزعبي، د. يحيى الصمادي، د. موسى جبريل، د. فلاح التميمي، د. خولة السعيدة، أ.د. نزيه حمدي.

## الفصل الرابع

### نتائج الدراسة

هدفت الدراسة الحالية التعرف الى كل من الحالات الانفعالية السائدة، ومصادر الضغوط النفسية لدى عينة من الأفراد المصابين بمرض الغدتين الدرقية والبنكرياس في الأردن ولتحقيق ذلك، تم اختيار عينة متاحة بلغت (٣٢٠)، منهم (١٦٠) مصاباً ومصابة بمرض الغدة الدرقية او البنكرياس، و(١٦٠) من غير المصابين. وبعد جمع البيانات، وتحليلها إحصائياً، تم التوصل الى النتائج الآتية:-

اولاً: النتائج المتعلقة بالسؤال الأول: ما توزيع الحالات الانفعالية لدى أفراد عينة

المرضى؟

للإجابة عن هذا السؤال تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس الحالات الانفعالية لكل من عينة المرضى وغير المرضى والجدول (٢) يبين نتائج ذلك.

الجدول ٢. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للحالات الانفعالية السائدة لدى

عينة المرضى مرتبة بشكل تنازلي

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الحالة الانفعالية
١	0.61	3.30	السرور
٢	0.85	2.16	الغضب
٣	0.88	1.70	الحزن
٤	0.88	1.55	الخوف

يتضح من الجدول (٢) إن المتوسطات الحسابية لمقياس الحالات الانفعالية تراوح ما بين (١,٥٥ - ٣,٣٠)، وان أعلى متوسط كان لحالة السرور والتي بلغ متوسطها الحسابي (٣,٣٠)، في حين إن أقل متوسط حسابي كان لحالة الخوف بمتوسط حسابي (١,٥٥).

ثانياً: النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني: ما مصادر الضغوط النفسية لدى أفراد عينة الدراسة عينة المرضى قبل المرض.

للإجابة عن هذا السؤال تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس الضغوط النفسية قبل المرض لكل من عينة المرضى وغير المرضى والجدول (٣) يبين نتائج ذلك.

الجدول ٣. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للضغوط النفسية قبل المرض لدى عينة المرضى مرتبة بشكل تنازلي

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الحالة الانفعالية
١	0.48	1.38	مصادر خارجية
٢	0.48	1.36	مصادر معرفية انفعالية
٣	0.38	1.28	مصادر ذاتية داخلية بيولوجية

يتضح من الجدول (٣) إن المتوسطات الحسابية لمقياس الضغوط النفسية بعد المرض تراوح ما بين (١,٢٨-١,٣٨) وإن أعلى متوسط حسابي للمصادر الخارجية، والذي بلغ ١,٣٨ وإن مصادر الضغوط الذاتية الداخلية بيولوجية بلغت ١,٢٨. و جميع المتوسطات منخفضة.

ثالثاً: النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث: ما مصادر الضغوط النفسية لدى أفراد عينة الدراسة عينة المرضى بعد المرض.

للإجابة عن هذا السؤال تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس الضغوط النفسية بعد المرض لكل من عينة المرضى وغير المرضى والجدول (٤) يبين نتائج ذلك.

الجدول ٤. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للضغوط النفسية بعد المرض لدى عينة المرضى مرتبة بشكل تنازلي

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الحالة الانفعالية
١	0.51	1.81	مصادر ذاتية داخلية بيولوجية
٢	0.56	1.76	مصادر معرفية انفعالية
٣	0.56	1.47	مصادر خارجية

يتضح من الجدول (٤) إن المتوسطات الحسابية لمقياس الضغوط النفسية بعد المرض تراوح ما بين (١,٤٧-١,٨١) وإن أعلى متوسط حسابي للمصادر الداخلية البيولوجية، والذي بلغ ١,٨١ وإن متوسط مصادر الضغوط الخارجية بلغ ١,٤٧. وجميع المتوسطات منخفضة.

رابعاً: النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع: هل يوجد فروق دالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$ ، في الحالات الانفعالية بين مرضى الغدتين الدرقية والبنكرياس تبعاً لمتغيرات العمر، المستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، والجنس.

للإجابة عن هذا السؤال تم إجراء تحليل التباين الأحادي والجدول (٥) يبين نتائج ذلك. الجدول ٥. نتائج تحليل التباين الأحادي للاختلاف في الحالات الانفعالية تبعاً لمتغير العمر

الدالة	ف	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	الحالات الانفعالية
0.12	1.98	1.42	3	4.26	بين المجموعات	الغضب
		0.72	155	111.00	داخل المجموعات	
			158	115.26	المجموع	
0.07	2.38	1.78	3	5.35	بين المجموعات	الحزن
		0.75	156	117.13	داخل المجموعات	
			159	122.49	المجموع	
0.43	0.92	0.71	3	2.14	بين المجموعات	الخوف
		0.78	156	121.08	داخل المجموعات	
			159	123.22	المجموع	
0.02	3.39	1.20	3	3.59	بين المجموعات	السرور
		0.35	156	55.06	داخل المجموعات	
			159	58.65	المجموع	

يتضح من الجدول (٥) ان الفروق بين المتوسطات الحسابية لم تبلغ مستوى الدلالة الاحصائية على أبعاد (الحزن، الغضب، الخوف)، في حين ان قيمة الإحصائي ف لبعده السرور بلغت مستوى الدلالة الاحصائية حيث بلغت قيمة (ف) ٣,٣٩ ومن أجل معرفة الفروق الدالة تم استخدام اختبار شافية للمقارنات البعدية والجدول (٦) يبين نتائج اختبار شافية للمقارنات البعدية.

الجدول ٦. نتائج اختبار شافيه للاختلاف في السرور تبعاً لمتغير العمر

العمر	اقل من ٢٠	٢٠-٣٠	٣٠-٤٠	٤٠ فما فوق
اقل من ٢٠		0.86*	0.60	0.54
٢٠-٣٠			-0.27	-0.33*
٣٠-٤٠				-0.06
٤٠ فما فوق				

يتضح من الجدول ( ٦ ) أن الاختلاف في حالة السرور لدى عينة المرضى كانت بين الفئة العمرية اقل من ٢٠ والفئة العمرية ٢٠-٣٠، حيث أن مستوى السرور كان اعلى لدى افراد الفئة اقل من ٢٠، كما تبين ان هناك اختلاف دال بين افراد الفئة العمرية ٢٠-٣٠، وافراد الفئة العمرية ٤٠ فما فوق الذين تبين ان لديهم مستوى السرور اقل مقارنة بالفئة العمرية ٢٠-٣٠.

الجدول ٧. نتائج تحليل التباين الاحادي للاختلاف في الحالات الانفعالية تبعاً لمتغير

المستوى التعليمي

الدالة	ف	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	الحالات الانفعالية
0.34	1.15	0.83	4	3.34	بين المجموعات	الغضب
		0.73	154	111.92	داخل المجموعات	
			158	115.26	المجموع	
0.01	3.73	2.69	4	10.76	بين المجموعات	الحزن
		0.72	155	111.73	داخل المجموعات	
			159	122.49	المجموع	
0.00	7.99	5.27	4	21.06	بين المجموعات	الخوف
		0.66	155	102.16	داخل المجموعات	
			159	123.22	المجموع	
0.05	2.49	0.88	4	3.54	بين المجموعات	السرور
		0.36	155	55.11	داخل المجموعات	
			159	58.65	المجموع	

يتضح من الجدول (٧) ان الفروق بين المتوسطات الحسابية لم تبلغ مستوى الدلالة الإحصائية على أبعاد (الغضب)، في حين أن قيمة الإحصائي ف لبعدها (الحنن، الخوف، السرور) بلغت مستوى الدلالة الإحصائية حيث بلغت قيمة (ف) ٣,٣٧، ٧,٩٩، ٢,٤٩ ومن أجل معرفة الفروق الدالة تم استخدام اختبار شافية للمقارنات البعدية والجدول (٨) يبين نتائج اختبار شافية للمقارنات البعدية.

#### الجدول ٨. نتائج اختبار شافية للاختلاف في الحالات الانفعالية تبعا للمستوى التعليمي

دراسات عليا	بكالوريوس	دبلوم	اقل من ثانوية	أمي	المستوى التعليمي	
0.43	0.76*	0.47*	0.55		أمي	الحنن
-0.12	0.21*	-0.08			اقل من ثانوية	
-0.04	0.30*				دبلوم	
-0.33					بكالوريوس	
					دراسات عليا	
1.14	0.98*	0.63*	0.78		أمي	الخوف
0.36	0.20*	-0.15			اقل من ثانوية	
0.51	0.35*				دبلوم	
0.16					بكالوريوس	
					دراسات عليا	
0.39	0.05	0.07	-0.13		أمي	السرور
0.52	0.18*	0.20*			اقل من ثانوية	
0.32	-0.02				دبلوم	
0.34					بكالوريوس	
					دراسات عليا	

يتضح من الجدول (٨) ان هناك اختلاف دال احصائيا في الحالات الانفعالية الحزن، الخوف، السرور حيث ان المرضى من المستويات التعليمية الاقل من بكالوريوس (امي، اقل من ثانوية، دبلوم) كانوا يشعرون بمستوى اعلى في كل من الحزن، الخوف، والسرور مقارنة بالمرضى من حملة البكالوريوس.



الجدول ٩. نتائج تحليل التباين الأحادي للاختلاف في الحالات الانفعالية تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية

الدلالة	ف	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	الحالات الانفعالية
0.60	0.28	0.21	1	0.21	بين المجموعات	الغضب
		0.73	157	115.06	داخل المجموعات	
			158	115.26	المجموع	
0.12	2.45	1.87	1	1.87	بين المجموعات	الحزن
		0.76	158	120.62	داخل المجموعات	
			159	122.49	المجموع	
0.76	0.10	0.07	1	0.07	بين المجموعات	الخوف
		0.78	158	123.14	داخل المجموعات	
			159	123.22	المجموع	
0.09	2.92	1.06	1	1.06	بين المجموعات	السرور
		0.36	158	57.58	داخل المجموعات	
			159	58.65	المجموع	

يتضح من الجدول (٩) إن الفروق بين المتوسطات الحسابية لم تبلغ مستوى الدلالة الإحصائية على أبعاد (الغضب، الحزن، الخوف، السرور) والتي لم تبلغ مستوى الدلالة الإحصائية لذا لا يوجد فروق في الحالات الانفعالية تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية.

الجدول ١٠. نتائج تحليل التباين الأحادي للاختلاف في الحالات الانفعالية تبعاً لمتغير

الجنس

الدلالة	ف	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	الحالات الانفعالية
0.48	0.50	0.36	1	0.36	بين المجموعات	الغضب
		0.73	157	114.90	داخل المجموعات	
			158	115.26	المجموع	
0.03	4.93	3.70	1	3.70	بين المجموعات	الحزن
		0.75	158	118.78	داخل المجموعات	
			159	122.49	المجموع	
0.00	20.47	14.14	1	14.14	بين المجموعات	الخوف
		0.69	158	109.08	داخل المجموعات	
			159	123.22	المجموع	
0.39	0.76	0.28	1	0.28	بين المجموعات	السرور
		0.37	158	58.37	داخل المجموعات	
			159	58.65	المجموع	

يتضح من الجدول (١٠) ان الفروق بين المتوسطات الحسابية لم تبلغ مستوى الدلالة الاحصائية على أبعاد (الغضب، والسرور)، في حين أن قيمة الاحصائي ف لبعدها (الحزن، الخوف) بلغت مستوى الدلالة الإحصائية حيث بلغت قيمة (ف) ٤,٩٣، ٢٠,٤٧ بالترتيب ومن أجل معرفة الفروق الدالة تم استخدام اختبار شافية للمقارنات البعدية والجدول (١١) يبين نتائج اختبار شافية للمقارنات البعدية.

الجدول ١١. نتائج اختبار شافيه للاختلاف في الحالات الانفعالية تبعاً لمتغير الجنس

الجنس	ذكور	اناث
الحزن	ذكور	-0.25*
	اناث	
الخوف	ذكور	-0.68*
	اناث	

يتضح من الجدول (١١) بان مستوى الحزن والخوف لدى الاناث ان اعلى مقارنة في عينة الذكور المرضى.

خامساً: النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس: هل يوجد فروق دالة احصائياً عند مستوى  $(\alpha \geq 0.05)$ ، في مصادر الضغوط قبل وبعد المرض بين الغدتين الدرقية والبنكرياس تبعاً لمتغيرات العمر، المستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، والجنس

للإجابة عن هذا السؤال تم اجراء تحليل التباين الأحادي والجدول (١٢) يبين نتائج ذلك.

الجدول ١٢. نتائج تحليل التباين الأحادي للاختلاف في مصادر الضغوط قبل و بعد

المرض تبعاً لمتغير العمر

الدلالة	ف	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	الحالات الانفعالية
0.63	0.58	0.15	3	0.45	بين المجموعات	مصادر ذاتية
		0.26	156	40.62	داخل المجموعات	بيولوجية
			159	41.07	المجموع	
0.03	3.06	0.94	3	2.82	بين المجموعات	مصادر ذاتية
		0.31	156	47.87	داخل المجموعات	معرفية
			159	50.69	المجموع	انفعالية
0.38	1.03	0.32	3	0.97	بين المجموعات	مصادر خارجية
		0.32	156	49.26	داخل المجموعات	
			159	50.23	المجموع	

يتضح من الجدول (١٢) ان الفروق بين المتوسطات الحسابية لم تبلغ مستوى الدلالة الاحصائية على أبعاد (مصادر الداخلية البيولوجية، المصادر الخارجية) والتي لم تبلغ مستوى الدلالة الاحصائية، بينما بلغت مستوى الدلالة الاحصائية على بعد المصادر الداخلية (المعرفية- الانفعالية)، ومن أجل الفروق الدالة تم استخدام اختبار شافيه للمقارنات البعدية والجدول (١٣) يبين نتائج اختبار شافيه للمقارنات البعدية.

الجدول ١٣. نتائج اختبار شافيه للاختلاف في مصادر الضغوط الذاتية المعرفية تبعاً لمتغير العمر

العمر	اقل من ٢٠	٢٠-٣٠	٣٠-٤٠	فما فوق ٤٠
اقل من ٢٠		-0.18	-0.14	0.13
٢٠-٣٠			0.05	0.31*
٣٠-٤٠				0.27*
٤٠ فما فوق				

يتضح من الجدول (١٣) بان مصادر الضغوط المعرفية الذاتية لدى الفئة العمرية ٤٠ فما فوق كان اقل مقارنة بافراد الفئتين ٣٠-٢٠، ٤٠-٣٠.

الجدول ١٤. نتائج تحليل التباين الأحادي للاختلاف في مصادر الضغوط قبل وبعد المرض تبعاً المستوى التعليمي

الدالة	ف	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	الحالات الانفعالية
0.86	0.33	0.09	4	0.35	بين المجموعات	مصادر ذاتية بيولوجية
		0.26	155	40.73	داخل المجموعات	
			159	41.07	المجموع	
0.27	1.32	0.42	4	1.67	بين المجموعات	مصادر ذاتية معرفية انفعالية
		0.32	155	49.02	داخل المجموعات	
			159	50.69	المجموع	
0.73	0.50	0.16	4	0.64	بين المجموعات	مصادر خارجية
		0.32	155	49.59	داخل المجموعات	
			159	50.23	المجموع	

يتضح من الجدول (١٤) ان الفروق بين المتوسطات الحسابية لم تبلغ مستوى الدلالة الاحصائية على أبعاد (مصادر الداخلية البيولوجية، المصادر الداخلية المعرفية- الانفعالية، المصادر الخارجية) والتي لم تبلغ مستوى الدلالة الإحصائية لذا لا يوجد فروق في مصادر الضغط قبل و بعد المرض تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.

الجدول ١٥. نتائج تحليل التباين الاحادي للاختلاف في مصادر الضغوط قبل وبعد المرض تبعاً الحالة الاجتماعية

الدالة	ف	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	الحالات الانفعالية
0.50	0.46	0.12	1	0.12	بين المجموعات	مصادر
		0.26	158	40.95	داخل المجموعات	ذاتية
			159	41.07	المجموع	بيولوجية
٠,٥٣	١.11	1.78	1	1.78	بين المجموعات	مصادر
		0.31	158	48.90	داخل المجموعات	ذاتية
			159	50.69	المجموع	معرفية انفعالية
0.74	0.11	0.04	1	0.04	بين المجموعات	مصادر
		0.32	158	50.19	داخل المجموعات	خارجية
			159	50.23	المجموع	

يتضح من الجدول (١٥) ان الفروق بين المتوسطات الحسابية لم تبلغ مستوى الدلالة الاحصائية على أبعاد (مصادر الداخلية البيولوجية، المصادر الداخلية المعرفية- الانفعالية، المصادر الخارجية) والتي لم تبلغ مستوى الدلالة الإحصائية لذا لا يوجد فروق في مصادر الضغط قبل و بعد المرض تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية.

الجدول ١٦ . نتائج تحليل التباين الأحادي للاختلاف في مصادر الضغوط قبل وبعد المرض

تبعاً متغير الجنس

الدلالة	ف	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	الحالات الانفعالية
0.83	0.04	0.01	1	0.01	بين المجموعات	مصادر ذاتية بيولوجية
		0.26	158	41.06	داخل المجموعات	
			159	41.07	المجموع	
0.76	0.09	0.03	1	0.03	بين المجموعات	مصادر ذاتية معرفية انفعالية
		0.32	158	50.66	داخل المجموعات	
			159	50.69	المجموع	
0.08	3.11	0.97	1	0.97	بين المجموعات	مصادر خارجية
		0.31	158	49.26	داخل المجموعات	
			159	50.23	المجموع	

يتضح من الجدول (١٦) ان الفروق بين المتوسطات الحسابية لم تبلغ مستوى الدلالة الاحصائية على أبعاد (مصادر الداخلية البيولوجية، المصادر الداخلية المعرفية- الانفعالية، المصادر الخارجية) والتي لم تبلغ مستوى الدلالة الاحصائية لذا لا يوجد فروق في مصادر الضغوط قبل و بعد المرض تبعاً لمتغير الجنس.

سادساً: النتائج المتعلقة بالسؤال السادس: ما نسبة ما تفسره متغيرات الحالات الانفعالية، ومصادر الضغوط النفسية لاضطرابات الغدتين الدرقية والبنكرياس لدى أفراد عينة المرضى. للإجابة عن هذا السؤال تم إجراء التحليل التمييزي ويبين الجدولين (١٧-١٨) نتائج السؤال.

الجدول ١٧. متغيرات الحالات الانفعالية، ومصادر الضغوط النفسية لاضطرابات الغدتين الدرقية والبنكرياس لدى أفراد عينة المرضى

المرض	الخوف	الحزن	السرور	الغضب	بيولوجية	معرفية	خارجية
المرض	1.00	-0.07	-0.04	0.04	*-0.75	*-0.72	*-0.51
الخوف		*0.40	-0.08	*0.20	0.14	*0.16	0.01
الحزن			*-0.31	*0.49	*0.14	*0.25	0.07
السرور			1.00	-0.09	-0.01	-0.12	*-0.20
الغضب				1.00	0.10	0.16	0.01
بيولوجية					1.00	*0.81	*0.58
معرفية						1.00	*0.66
خارجية							1.00

من الجدول (١٧) يتضح أن هناك ارتباطات دالة احصائية بين المرض وكل من الحالات الانفعالية، ومصادر الضغوط بعد المرض حيث ان الارتباط الدال كان بين مصادر الضغوط البيولوجية، والمعرفية، والخارجية ومتغير المرض.

الجدول ١٨. نتائج التحليل التمييزي لنسبة ما تفسره متغيرات الحالات الانفعالية، ومصادر الضغوط النفسية لاضطرابات الغدتين الدرقية والبنكرياس لدى

أفراد المرضى

Sig	df	Chi-square	Wilks' Lambda
0.00	4	305.82	0.38

يتضح من الجدول (١٨) ان هناك قدرة تمييزية لمتغيرات الدراسة المستقلة حيث بلغت قيمة الإحصائي كاي تربيع (٣٠٥,٨٢) بمستوى دلالة ٠,٠٥، وهذا يشير الى أن متغيرات الدراسة لها قدرة تنبؤية في اضطراب الغدتين الدرقية والبنكرياس. ولتحديد القدرة التمييزية لتلك المتغيرات فقد تم حساب قيمة التباين المفسر لكل متغير من المتغيرات التمييزية والتي تظهر في الجدول (١٩).

## الجدول ١٩. نسبة التباين المفسر لكل متغير من المتغيرات المتتبنة

المتغير	الارتباط	التباين المفسر	التغير في قيمة التباين المفسر	(ف)	الدلالة
العوامل البيولوجية	0.75	0.56	0.56	402.18	0.00
العوامل المعرفية	0.77	0.59	0.03	27.22	0.00
الغضب	0.78	0.62	0.02	16.96	0.00
السرور	0.79	0.62	0.01	5.51	0.02

يتضح من الجدول (١٩) أن قيمة ما فسرتة متغير العوامل البيولوجية في متغير الإصابة باضطراب الغدتين الدرقيه والبنكرياس بلغ (٥٦%) وأن قيمة (ف) المقابلة له كانت (٤٠٢,١٨) بمستوى دلالة ٠,٠٥، كما تبين أن مقدار ما تفسره العوامل المعرفية لوحدها بلغت (٣%) وان قيمة ف المقابلة لها ٢٧,٢٢، وأن قيمة ما فسرتة متغير الغضب بلغ (٢%) وان قيمة ف المقابلة لها ١٦,٩٦، وان قيمة ما فسره متغير السرور ١% وأن قيمة ف ٥,٥١ وأن جميع ما فسرتة جميع هذه المتغيرات بلغ ٧٩%.



## الفصل الخامس

### مناقشة النتائج والتوصيات

يتناول هذا الفصل مناقشة النتائج التي أسفرت عنها الدراسة، واستخلاص ما تنطوي عليه من تضمينات. لقد هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن الحالات الانفعالية المميزة ومصادر الضغوط النفسية لدى عينة من مرضى اضطرابات الغدتين الدرقية والبنكرياس في مستشفيات مدينة عمان.

#### أولاً: مناقشة النتائج:

**مناقشة النتائج المرتبطة بالسؤال الأول والذي ينص على " ما توزيع الحالات الانفعالية لدى أفراد عينة المرضى؟ "**

حيث أشارت النتائج إلى أن ترتيب الحالات الانفعالية لدى عينة المرضى جاءت كالآتي: لقد احتلت حالة السرور الترتيب الأول، حيث بلغ متوسطها الحسابي (٣,٣٠)، في حين جاءت حالة الغضب في الترتيب الثاني، حيث بلغ متوسطها الحسابي (٢,١٦)، أما في الترتيب الثالث جاءت حالة الحزن، وقد بلغ متوسطها الحسابي (١,٧٠)، وأخيراً حالة الخوف حيث بلغ متوسطها الحسابي (١,٥٥).

إن المريض عندما يشخص مرضه، يدخل في مرحلة الصدمة أو الإنكار، حيث ينكر بداية الحقيقة، وهذه مرحلة مؤقتة تضرب فيها كل أنشطة الحياة، فالمرض المزمن يتطلب تغييرات دائمة في الأنشطة الجسمية والمهنية والاجتماعية.

بعد ذلك يبدأ المريض بإدراك حجم المشكلة لديه، ويطور استراتيجيات تكيف أو تعامل لينظم حياته ويرتب أولوياته. وهؤلاء الأفراد الذين يطورون استراتيجيات تكيف، هم أشخاص نظرتهم ايجابية الى ذواتهم، يسعون الى الحصول على معلومات متعلقة بحالتهم، ليكونون أكثر قدرة على التعامل معها (تايلور، ٢٠٠٨).

إن مريض اضطرابات الغدة الدرقية ومريض السكري تغلب عليه حالة السرور كما أشارت النتائج، وما يفسر ذلك هو عامل التعود وعامل التكيف أو التعامل، حيث أن المريض يكون قد طور استراتيجيات تعامل وتكيف فعالة شملت إعادة تقييم الموقف، وإعادة ترتيب أولويات الحياة، وتشكيل نمط حياة جديد، فمريض السكري و مريض الغدة الدرقية يختلف نظامه الغذائي، ويتناول أنواع معينة من الغذاء، ويحرم أيضاً من أنواع أخرى، وتضطرب حياته نفسياً، وبيولوجياً، واجتماعياً، كما أن مرضى السكري أكثر امتثالاً لمتطلبات العلاج كما ظهر في دراسة (عابد، ٢٠٠٣)، مما يجنبهم مضاعفات العلاج ويجعلهم مرضى متكيفين.

إن نظرية التنافر – التآلف المعرفي للعالم فستنجر، تؤيد وجود مستوى معين من التنافر بين الإستعداد والإشارة يؤدي الى ظهور انفعالات ايجابية، حيث أن المرضى بالسكري واضطراب الغدة الدرقية لديهم مستوى من التنافر بين الإستعداد لمواجهة المرض ومتطلبات المرض مما أظهر لديهم انفعالات إيجابية، والعالم هونت يركز على دور الإدراك وتقييم الواقع في تطوير استراتيجيات تدبر معينة (بني يونس، ٢٠٠٩).

إن المرضى اعتادوا على نظام حياة معين، ملتزمين بكافة تعليمات الطبيب خوفاً من تفاقم المرض، باحثين باستمرار عن الدعم والمساندة الاجتماعية، مقبلين على تغيير أنماط حياتهم لتتلاءم مع الوضع الجديد، لذا هم أفراد متكيفين مما يؤدي إلى ظهور انفعالات إيجابية، وكما سيطر المريض على مضاعفات المرض، كلما ظهرت انفعالات الفرح والسرور، والسعي إلى الحصول على التوازن البيولوجي وذلك بتناول العلاج، والتوازن النفسي الاجتماعي بالبحث عن المساندة الاجتماعية والتكيف النفسي، يؤدي إلى ظهور انفعالات ايجابية.

**مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:** " ما مصادر الضغوط النفسية لدى أفراد عينة الدراسة عينة المرضى قبل المرض؟ " .

حيث أشارت النتائج إلى أن ترتيب مصادر الضغوط النفسية لدى أفراد عينة الدراسة قبل المرض جاءت على النحو الآتي: حيث جاءت المصادر الخارجية في الترتيب الأول، حيث بلغ متوسطها الحسابي (١,٣٨)، ثم جاءت المصادر الذاتية المعرفية الانفعالية في المرتبة الثانية، حيث بلغ متوسطها الحسابي (١,٣٦)، وأخيراً المصادر الذاتية البيولوجية، حيث بلغ متوسطها الحسابي (١,٢٨)، ولكن بشكل عام فإن جميع المتوسطات منخفضة.

إن الفرد في حياته اليومية يعاني من مجموعة الضغوطات الخارجية المتمثلة بضغوطات في العمل، والضغوطات الأسرية، الضجيج والاكتماظ، عدم الراحة، الزلازل، المنغصات اليومية، الديون. وغيرها من الضغوط التي تأتي من البيئة الخارجية التي يعيش فيها الفرد، لذا يسعى بشكل دائم الى استخدام استراتيجيات التعامل معها، ليخفف من أثرها، ويتمكن من التكيف مع متطلبات الحياة.

**مناقشة النتائج المرتبطة بالسؤال الثالث:** " ما مصادر الضغوط النفسية لدى أفراد عينة الدراسة عينة المرضى بعد المرض؟ " .

لقد أشارت النتائج الى أن ترتيب مصادر الضغوط النفسية لدى أفراد العينة بعد المرض جاء على النحو التالي: لقد احتلت المصادر الداخلية البيولوجية المرتبة الأولى، حيث بلغ متوسطها الحسابي (١,٨١)، ثم جاءت المصادر الداخلية المعرفية الانفعالية في المرتبة الثانية، وبلغ متوسطها الحسابي (١,٧٦)، وأخيراً المصادر الخارجية بمتوسط حسابي بلغ (١,٤٧). ولكن بشكل عام فإن جميع المتوسطات الحسابية منخفضة.

تساهم الضغوطات الخارجية في تطور أمراض كالسكري واضطراب الغدة الدرقية وغيرها من الأمراض. فيتحول إهتمام المريض بعد الإصابة بالمرض إلى المصادر الداخلية البيولوجية والمتمثلة بأعراض الإصابة بمرض السكري واضطراب الغدة الدرقية، حيث ينشغل بها، وخصوصاً الأعراض التي تؤدي إلى تغيير في صورة الجسد.

مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع، والذي ينص على: " هل يوجد فروق دالة احصائيا عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$ ، في الحالات الانفعالية بين مرضى الغدتين الدرقيه والبنكرياس تبعاً لمتغيرات العمر، المستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، والجنس؟"

لقد أشارت النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع الى ان هناك فروق ذات دلالة احصائية في الحالات الانفعالية بين مرضى الغدد الدرقيه والبنكرياس تبعاً لمتغير العمر، حيث بلغت حالة السرور فقط مستوى الدلالة الاحصائية، حيث أن مستوى السرور كان أعلى لدى أفراد العينة من الفئة العمرية أقل من ٢٠ سنة. أما فيما يتعلق بمتغير المستوى التعليمي، فقد بلغت الحالات الانفعالية (الحزن، الخوف، السرور) مستوى الدلالة الاحصائية، حيث أن المرضى من المستويات التعليمية التي أقل من بكالوريوس، كانوا يشعرون بمستوى أعلى من الحزن، الخوف، والسرور. أما متغير الحالة الاجتماعية فإن الحالات الانفعالية الأربعة لم تبلغ مستوى الدلالة الاحصائية. أما بالنسبة لمتغير الجنس، فإن حالات الحزن والخوف بلغت مستوى الدلالة الاحصائية، حيث أن الحزن والخوف لدى الإناث أعلى مقارنة بالذكور.

إن أغلب أعمار مرضى اضطرابات الغدة الدرقيه هم من فئة الشباب، الذين يتمتعون بنظرة ايجابية للحياة، على عكس مرضى السكري فإن أغلب أعمارهم ٤٠ سنة فما فوق، وهم يتمتعون بنظرة تشاؤمية نوعاً ما الى الحياة، حيث أن تراودهم أفكار مثل اقتراب الأجل وغير ذلك. وفيما يتعلق بمتغير المستوى التعليمي، فإنه يؤثر على إدراك المواقف، وظهور الانفعالات المناسبة، وأيضاً يتأثر إدراك المواقف وظهور الانفعالات المناسبة بجنس المريض.

مناقشة نتائج السؤال الخامس: " هل يوجد فروق دالة احصائيا عند مستوى  $\alpha \geq 0,05$ ، في مصادر الضغوط قبل وبعد الإصابة باضطراب الغدتين الدرقيه والبنكرياس تبعاً لمتغيرات العمر، المستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، والجنس؟"

حيث أشارت النتائج الى عدم وجود فروق دالة احصائياً في مصادر الضغوط قبل وبعد المرض بين مرضى الغدتين الدرقيه والبنكرياس، تبعاً لمتغيرات العمر، والجنس، والمستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية.

إن مصادر الضغوط النفسية بأنواعها المختلفة، والمسببة لحدوث كثير من الاضطرابات، لا تتأثر باختلاف نوع المرض وعمره، ومستواه التعليمي، وحالته الاجتماعية.

مناقشة نتائج السؤال السادس: " ما نسبة ما تفسره متغيرات الحالات الانفعالية، ومصادر الضغوط النفسية لاضطرابات الغدتين الدرقية والبنكرياس لدى أفراد عينة المرضى؟".

لقد أشارت النتائج المتعلقة بالسؤال السادس، الى أن مقدار ما تفسره متغيرات مصادر الضغوط النفسية من متغير الإصابة باضطراب الغدتين الدرقية والبنكرياس، حيث تبين أن مقدار ما فسرتة العوامل البيولوجية بلغ (٥٦%)، وبالنسبة الى مقدار ما فسرتة العوامل المعرفية بلغ (٣%). أما بالنسبة الى ما فسرتة متغيرات الحالات الانفعالية، تبين أن مقدار ما فسرتة حالة الغضب كان (٢%)، وما فسرتة حالة السرور (١%)، مما يبرز دور العوامل البيولوجية في الإصابة باضطراب الغدتين الدرقية والبنكرياس.

إن العوامل البيولوجية هي عوامل ظاهرة ويعيها المريض ويدركها بسهولة، حيث أنها أعراض جسدية قابلة للملاحظة، وكل الأمراض سواء مرض السكري أو مرض اضطراب الغدة الدرقية، لديهم أعراض جسدية مرتبطة بظهور أعراض أخرى نفسية ومعرفية، الأمر الذي يجعل اهتمام المريض منصباً بدرجة كبيرة على هذه العوامل.

## ثانياً: التوصيات:

- يعد التحكم في الضغوط النفسية وتعلم إدارتها، والتخفيف من أعراضها، مقدمة ضرورية لتجنب كثير من الأمراض، لذا تنصح الباحثة بالتدريب على استراتيجيات التعامل مع الضغوط مثل العمل على تغيير أسلوب الحياة، التدريب على إدارة الوقت، وتعزيز شبكة الدعم والمساندة الاجتماعية.
- أن يأخذ الأطباء والمعالجين في العيادات والمركز الصحية العامل النفسي بعين الاعتبار عند تشخيص مرضاهم، والعمل على زيادة وعي المرضى بأثر العوامل النفسية في الصحة والمرض.
- توفير مراكز للإرشاد النفسي في المراكز والعيادات الصحية، وأن تقوم هذه المراكز بإصدار نشرات تثقيفية للمرضى توضح تأثير العوامل النفسية والضغوط على الصحة وعلى جهاز المناعة.
- إجراء دراسات على مرض السكري واضطراب الغدة الدرقية، تتناول متغيرات أخرى مثل: الاكتئاب، والقلق، ومستوى تقدير الذات، وأنماط الشخصية، وأنماط السلوك، وأساليب التدبير.

## قائمة المراجع

### أ. باللغة العربية:

- بني يونس، محمد محمود (٢٠٠٢). علم النفس الفسيولوجي، عمان: دار المسيرة والنشر.
- بني يونس، محمد محمود (٢٠٠٧). سيكولوجيا الدافعية والإنفعالات، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- بني يونس، محمد (٢٠٠٨). الأسس الفيسيولوجية للسلوك، عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- بني يونس، محمد محمود (٢٠٠٩). سيكولوجية الدوافع والإنفعالات، ط٢، عمان: دار الشروق.
- بني يونس، محمد محمود (٢٠١٠). ماهية الانفعالات وميكانيزمات ظهورها من منظور المنحى المنظوماتي الكلي متعدد الجوانب، دراسة قيد النشر، الجامعة الأردنية.
- بني يونس، محمد محمود (٢٠٠٤). مبادئ علم النفس، عمان: دار الشروق.
- تايلور، شيلي (٢٠٠٨). علم النفس الصحي، ترجمة وسام بريك وفوزي شاكرا داوود، عمان: دار الحامد.
- الجاموس، نور الهدى (٢٠٠٤). الاضطرابات النفسية- الجسدية، عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
- حسين، طه وسلامة، حسين (٢٠٠٦). استراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية، عمان: دار الفكر.
- الحواجري، عبدالله تيسير (٢٠٠٤). العلاقة بين الضغوط النفسية والإصابة بالقرحة الهضمية، رسالة ماجستير منشورة، الجامعة الأردنية.
- ديفيدسون، (٢٠٠٥). داء السكري وأمراض الغدد الصم، ترجمة: عماد زوكار، عمان: دار القدس للعلوم.
- الرشيدي، هارون (١٩٩٩). الضغوط النفسية، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- الريماوي، محمد عودة (٢٠٠٦). علم النفس العام، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- الزراد، فيصل محمد (٢٠٠٠). الأمراض النفس-جسدية، بيروت: دار النفائس.

سالم، محمد حلمي وعبد الرحيم، جمال الدين والدسوقي، فرحات (٢٠٠٢). الهرمونات والغدد الصماء، القاهرة: جامعة الاسكندرية.

الشديفات، بادي (٢٠٠٥). الضغوط النفسية التي تواجه الأطفال المصابين بالنوع الأول من السكري وعلاقتها ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية.  
العجلوني، كامل (٢٠١٠). "الصحة والسكري"، مجلة دورية تصدر عن المركز الوطني للسكري والغدد الصم والوراثة.

العجلوني، كامل وعزمي، طالب (٢٠٠٧). السكري، منشورات عمادة البحث العلمي، الجامعة الأردنية.

العجلوني، كامل (٢٠٠٧). نسبة انتشار مرض السكري من النوع الثاني في الأردن، منشورات المركز الوطني للسكري والغدد الصم والوراثة.

قطامي، يوسف وعبد الرحمن، عدس (٢٠٠٢). علم النفس العام، عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.

الكراسنة، صدام موسى (٢٠١٠). الحالات الانفعالية السائدة ومستوى الاكتئاب ومصادر الضغوط النفسية لدى عينة من الافراد المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد في الاردن، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية.

محمد، مدحت (٢٠٠٢). علم الغدد الصماء، الإمارات العربية المتحدة: دار الكتاب الجامعي.  
المرزوقي، جاسم (٢٠٠٨). الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر السكر، الاسكندرية: دار العلم والايمان للنشر والتوزيع.

المشعان، عويد سلطان (٢٠٠٤). الضغوط النفسية، الكويت: دار العروبة للنشر والتوزيع.

النيل، محمود السيد (١٩٩٤). مباديء علم النفس، بيروت: دار النهضة العربية.



## ب. باللغة الانجليزية:

- Abed, ola (2003). **comliance a mong patients with chronic diseases** (hypertension and diabetes melitus) in nablus district, Jordan University.
- Bendelow, Gillian and Simon Williams (1998). **Emotions in Social Life**, USA.
- Griffth, Linda S. Feild, Bevery J. & Lustman. Patrick J. (1990). Life stress and Social Support in diabetes. International Journal of Aging and Human development, 20(4).
- Neal, K (1995). Stress and Diabetes Mellitus Later Life. International Journal of Aging and Human development, 40(2), 125-143.
- Plutchik, Robert (2003). **Emotions and Life**, American Psychological Association, Washington DC.
- Reeve, John Marshall (1997). **Understsnding of Motivating and Emotion**, Harcart Brace Collage, USA.
- Rice, Philip (1999). **Stress and Health**, ITP Moorhead state University, USA.
- Seley, Hans (1976). **The Stress of Life**, McGraw-Hill book co, USA.

## ج. مواقع على الانترنت:

<http://emedicine.medscape.com/endocrinology>

<http://sehha.com/diseases/diabetes/diabetes1.htm>

[http://ncd.org.jo/index.php?option=com\\_content&task=view&id=18&Itemid=29](http://ncd.org.jo/index.php?option=com_content&task=view&id=18&Itemid=29)

<http://www.moh.gov.jo/MOH/arabic/home.php>.

## قائمة الملاحق

## الملحق ١ . مقياس الحالات الانفعالية

تحية طيبة وبعد،،

فيما يلي عدد من العبارات والبالغ عددها (46) عبارة، يفترض أنها تكشف عن أربع حالات انفعالية، يشعر بها الفرد في اللحظة الحالية وهي (السرور، الغضب، الحزن، الخوف)، وإزاء كل عبارة يوجد تدرج لفظي رباعي، وهو "نعم بالتأكيد" وتعطى أربع علامات، "نعم الى حد ما" وتعطى ثلاث علامات، "لا الى حد ما" وتعطى علامة واحدة، و "لا أبدا" تعطى صفر علامة.

أرجو منكم التكرم باختيار أحد البدائل الأربعة والتي تنطبق عليكم تماماً، علماً بأن الإجابات ستعامل بسرية تامة، وستكون لأغراض البحث العلمي فقط.

**"شاكرين لكم حسن تعاونكم"**

الباحثة  
منار أحمد عواد

## مقياس الحالات الانفعالية

رقم العبارة	مضمون العبارة
١	أخاف من المشي ليلاً في أي مكان مخيف.
٢	يتعكر مزاجي عندما أكون مهموماً.
٣	عادة ما يكون مزاجي مرحاً.
٤	أخاف من المشي في شارع مظلم، ومهجور.
٥	أشعر بالخوف عند الوقوف على مكان مرتفع والنظر منه إلى الأسفل.
٦	أشعر بالفشل، وخيبة الأمل، وعدم الرضا عن نفسي.
٧	أغضب عندما يسخر مني شخص ما مازحاً.
٨	أشعر بالاستياء عندما لا تتحقق مطالبتي
٩	أدخل البهجة الى قلوب المحيطين بي بسهولة.
١٠	أنا شخص غير واثق من نفسي.
١١	أشعر بالاستياء من ظروف حياتي المعيشية.
١٢	أخاف من العروض المخيفة في السينما؟
١٣	عادة ما تظهر عندي الرغبة في المشاكسة مع أي شخص ما.
١٤	تتميز شخصيتي بالمرح.
١٥	أنا شخص جبان.
١٦	تستفزني المعينات البسيطة التي تعترضني في عملي.
١٧	أشعر بالخوف عند مقابلة مسؤول رفيع المستوى.
١٨	أشارك بنشاط في اظهار اجواء السعادة لدى جماعتي.
١٩	من السهل استثارة غضبي.
٢٠	أنا شخص حزين.
٢١	يغلب على مزاجي طابع الحزن والكآبة.
٢٢	أنا راضٍ عن حياتي.
٢٣	أخاف من الظلمة في مكان مهجور.
٢٤	اعتبر نفسي شخصاً سعيداً.
٢٥	استسلم للأفكار الحزينة.
٢٦	ينتابني شعور غير مريح في المصعد او في النفق.
٢٧	أصاب باليأس عندما أفشل.
٢٨	أنا شخص متفائل.
٢٩	أصاب بالنكد عندما اقرا كتاباً نهايته سيئة.
٣٠	أشعر بالخوف عند الوقوف امام الناس.
٣١	أنا شخص متعصب لأرائي وتمسك بها.
٣٢	أتضايق، عندما اكون متعجلاً في امر ما، ويعترضني أي شخص.

أصرخ في وجه من يصرخ في وجهي.	٣٣
أشعر بالخوف، عند سماهي لصوت رعد قوي.	٣٤
أغضب عندما اهزم في نقاش ما.	٣٥
أشعر بالفرح، عندما اتوصل الى حل لقضية هامة عندي.	٣٦
الأحزان والمصائب اكثر من البهجة والفرح في حياتي.	٣٧
مستقبلي سيكون مليء بالمصائب وخيبة الامل.	٣٨
اشعر بالضيق، اذا أعاقت الاشياء غير سارة قليلاً من تحقيق رغباتي.	٣٩
أحب ان اكون محاطاً بأجواء من البهجة والمرح.	٤٠
أشعر بالحرمان بسهولة.	٤١
أغضب اذا لم يتفهمني صديق قريب مني.	٤٢
عادة ما يكون مزاجي مرحاً وسعيداً في الصباح.	٤٣
لأتفه الاسباب فأنتني اغضب بدرجة قوية ولمدة طويلة.	٤٤
أخاف من ممارسة أي نوع من انواع الرياضة الخطرة.	٤٥
أشعر بالخوف عند ذهابي إلى طبيب الأسنان، أو حقني بأبرة.	٤٦

## ورقة الاجابة

المعلومات الشخصية:

الجنس: ١. ذكر ٢. انثى

العمر: ١. اقل من ٢٠ ٢. من ٢٠-٣٠ ٣. من ٣٠-٤٠ ٤. ٤٠ فما فوق

الحالة الاجتماعية: ١. اعزب ٢. متزوج ٣. مطلق ٤. ارمل

المستوى التعليمي: ١. أمي ٢. اقل من ثانوية عامة ٣. دبلوم ٤. بكالوريوس ٥. دراسات عليا

طبيعة العمل: ١. لا يعمل ٢. يعمل ٣. متقاعد

الدخل الشهري: ١. اقل من ٢٠٠ ٢. من ٢٠٠-٤٠٠ ٣. ٤٠٠-٦٠٠ ٤. ٦٠٠ فما فوق

عدد أفراد الأسرة: ١. اقل من ٣ افراد ٢. من ٤ الى ٦ افراد ٣. ٦. فرد فما فوق

البدائل				رقم العبارة	البدائل				رقم العبارة
لا الى حد ما	لا أبداً	نعم الى حد ما	نعم بالتأكيد		لا الى حد ما	لا أبداً	نعم الى حد ما	نعم بالتأكيد	
				.٢٤					.١
				.٢٥					.٢
				.٢٦					.٣
				.٢٧					.٤
				.٢٨					.٥
				.٢٩					.٦
				.٣٠					.٧
				.٣١					.٨
				.٣٢					.٩
				.٣٣					.١٠
				.٣٤					.١١
				.٣٥					.١٢
				.٣٦					.١٣
				.٣٧					.١٤
				.٣٨					.١٥
				.٣٩					.١٦
				.٤٠					.١٧
				.٤١					.١٨
				.٤٢					.١٩
				.٤٣					.٢٠
				.٤٤					.٢١
				.٤٥					.٢٢
				.٤٦					.٢٣

## الملحق ٢. مقياس مصادر الضغوط النفسية

### تحية طيبة وبعد،،،

فيما يلي عدد من العبارات والبالغ عددها (٤٤) عبارة، يفترض أنها تكشف عن مصادر الضغوط النفسية قبل وبعد المرض، وفقاً لمعيار تكرار الأعراض وإزاء كل عبارة يوجد تدرج لفظي خماسي، وهو "دائماً" وتعطى أربع علامات، "غالباً" وتعطى ثلاث علامات، "أحياناً" وتعطى علامتان، "نادراً" وتعطى علامة واحدة، و "لم تتكرر أبداً" وتعطى صفر علامة. ومعيار شدة الأعراض وإزاء كل عبارة يوجد تدرج خماسي أيضاً، وهو "شديدة جداً" وتعطى أربع علامات، "شديدة" وتعطى ثلاث علامات، "متوسطة" وتعطى علامتان، "خفيفة" وتعطى علامة واحدة، و "خفيفة جداً" وتعطى صفر علامة.

**"شاكرين لكم حسن تعاونكم"**

الباحثة

منار أحمد عواد



مقياس  
مصادر الضغوط النفسية

رقم العبارة	مضمون العبارة	رقم العبارة	مضمون العبارة
١.	اصابة أحد أفراد أسرتي بأمراض الغدد الدرقية أو البنكرياس	٢٣.	قلة اهتمامي بصحتي
٢.	الصداع	٢٤.	نوبات الغضب
٣.	الدوخان	٢٥.	الخوف على صحتي
٤.	الخمول الجنسي	٢٦.	القلق
٥.	ضيق التنفس	٢٧.	التوتر
٦.	فقدان الشهية	٢٨.	التشاؤم
٧.	الشراهة في الأكل	٢٩.	الأرق
٨.	المغص	٣٠.	تقلبات المزاج
٩.	شحوب الوجه	٣١.	النفور من الناس
١٠.	جحوظ العينين	٣٢.	الوحدة
١١.	تضخم الرقبة (العنق)	٣٣.	العدائية
١٢.	التبول	٣٤.	تدني الدخل
١٣.	العطش	٣٥.	صعوبة الحياة المعيشية
١٤.	هشاشة العظام	٣٦.	سوء مكان السكن
١٥.	تيبس العضلات	٣٧.	ارتفاع تكلفة العلاج
١٦.	التعب	٣٨.	سوء مكان العمل
١٧.	خدران اليدين والقدمين	٣٩.	تدني مكائتي الاجتماعية
١٨.	فقدان التوازن الحركي	٤٠.	تدني المستوى التعليمي
١٩.	قلة معلوماتي الطبية عن أمراض الغدد الدرقية والبنكرياس	٤١.	ارتفاع عدد أفراد الأسرة
٢٠.	وجود معتقدات خاطئة عن خطورة أمراض الغدد	٤٢.	كثرة الخلافات داخل الاسرة
٢١.	التواصل مع أشخاص مصابين بأمراض الغدد	٤٣.	التدخل المباشر للأهل في حياتي الخاصة
٢٢.	عدم تقبلي للمصابين بأمراض الغدد	٤٤.	سوء علاقاتي الاجتماعية

## مقياس

## مصادر الضغوط النفسية

رقم المادة	قبل المرض										بعد المرض										
	تكرار الأعراض					شدة الأعراض					تكرار الأعراض					شدة الأعراض					
	أبداً	نادراً	أحياناً	غالباً	دوماً	أبداً	نادراً	متوسطة	شديدة	شديدة جداً	أبداً	نادراً	أحياناً	غالباً	دوماً	أبداً	نادراً	متوسطة	شديدة	شديدة جداً	
.1																					
.2																					
.3																					
.4																					
.5																					
.6																					
.7																					
.8																					
.9																					
.10																					
.11																					
.12																					
.13																					
.14																					
.15																					
.16																					
.17																					
.18																					
.19																					
.20																					
.21																					
.22																					
.23																					
.24																					
.25																					
.26																					
.27																					
.28																					
.29																					
.30																					
.31																					
.32																					
.33																					
.34																					
.35																					
.36																					
.37																					
.38																					
.39																					
.40																					
.41																					
.42																					
.43																					
.44																					

الرقم: ٥٦٥٩ / ١١/١١٢  
التاريخ: ١١/١١/٢٠٠٩  
الموافق: ٨ / ١١ / ٢٠٠٩ م

عطوفة مدير عام الخدمات الطبية الملكية  
د. عبد الله بن عبد الرحمن

يرجى اجراء الترخيص  
لصاحب

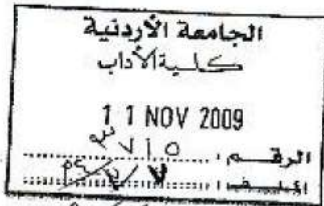
تحية طيبة وبعد،

فأشير إلى كتابكم رقم ت ق ١١/٣/١/٦٦٠٢، تاريخ ١٣/١٠/٢٠٠٩، بشأن تزويدكم بتفصيلات شخصية عن الطالبة مناصر أحمد عبد القادر، طالبة الماجستير في كلية الآداب بالجامعة الأردنية .

أرفق إليكم بطيه طلب التدريب الخاص بالطالبة المذكورة أعلاه ، معبأ حسب الأصول ونسخه عن الدراسة الخاصة بها .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام.

ارئيس الجامعة  
نائب الرئيس لشؤون الكليات والمعاهد الإنسانية  
الأستاذ الدكتور صلاح جزار



الدكتور رئيس قسم  
علم النفس  
نصير  
نسخة إلى د. عميد كلية الآداب  
نسخة إلى الملف ١١/١١/٢٠٠٩

لم يمس



A-ADM0112



مستشفى الجامعة الأردنية  
Jordan University Hospital

Ref: ٢٨

Date: ١١/١٢/٢٠١٠

الرقم: م.ج.أ. ٣٣/١٠٣٦

التاريخ: ٢٠١٠/٢/٢٤

الأستاذ الدكتور نائب الرئيس لشؤون الكليات والمعاهد الإسلامية

تحية طيبة وبعد،،،

إشارة لكتابكم رقم ٤٦٩٣/١/١١/١١ تاريخ ٢٠٠٩/٩/١٧ بشأن طلبكم تسجيل مهمة  
طالبة ماجستير علم النفس في كلية الآداب بالجامعة الأردنية لإعداد رسالة بعنوان  
" الحالات الانفعالية المميزة ومصادر الضغوط النفسية لدى عينة من مرضى اضطرابات  
الغدد الدرقية والبنكرياس في مستشفيات مدينة عمان".

أرجو إعلامكم بالموافقة على إجراء للطالبة مزار عواد للبحث المذكور في مستشفى  
الجامعة الأردنية.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

نائب الرئيس لشؤون البحث العلمي والدراسات العليا والجودة  
مدير علم مستشفى الجامعة الأردنية  
الأستاذ الدكتور عبد الكريم النضاه

الدكتور نسيان  
علم النفس  
للعلم وإعلام الطلبة  
٢٠١٠



أ.د. محمد كليب الرداب

للعلم بموافقة مستشفى وبيع لطلاب  
المصنعة بالجزء للدراسة

٢٠١٠

C/A

تلفون ٥٢٥٣٤٤٤ - فاكس ٥٢٥٣٣٨٨ - صندوق بريد ١٣٠٤٦ - عمان - الأردن  
Tel. 5353444 Fax 5353388 - P.O.Box 13046 - Amman - Jordan



وزارة الصحة

الرقم تطوير البحوث / ١٢٠٤

التاريخ

الموافق ٢٠٠٩/١٢/١٥

مدير عام مستشفى الأمير حمزة  
مدير مستشفى البشير

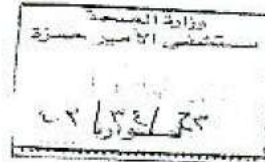
تحية طبية وبعد ...

أرفق طياً صورة عن موافقة لجنة أخلاقيات البحث العلمي / وزارة الصحة رقم م ب أ / لجنة أخلاقيات / ١٧٤٣٣ / تاريخ ٢٠٠٩/١٢/١٥ بخصوص السماح لطالبة الماجستير منار أحمد عبد القادر عواد إجراء بحث بعنوان :-  
(الحالات الإنفعالية المميزة ومصادر الضغوط النفسية لدى عينة من مرضى اضطرابات الغدد الدرقية والبنكرياس في مستشفيات مدينة عمان)  
أرجو التكرم بالإيعاز لمن يلزم تسهيل مهمة الباحثة أعلاه في الحصول على المعلومات اللازمة .

واقبلوا الإحترام ...

مدير تطوير البحوث الطبية

الدكتور / ديب الصباينة



لا مانع

المستشفى البشير

لا مانع

نسخة / الملف

٤٤



التاريخ: ٢٠١٤ / ٤ / ٤

مدير قسم علم النفس

تحية طيبة، وبعد

أرجو تسهيل مهمة الطلبة الآتية أسماؤهم:-

- (١) حسنا سر أحمد كحواد
- (٢)
- (٣)
- (٤)
- (٥)

من قسم علم النفس بالجامعة الأردنية، وذلك بالسماح لهم بالتطبيق في  
عملية البحث العلمي. استكمالاً لمتطلبات مادة البحث العلمي..... خلال  
الفصل الدراسي الثاني..... من العام الدراسي.....

شاكرين لكم حسن تعاونكم.

الأستاذ الدكتور محمد الزواهرة

مدير قسم علم النفس

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

رئيس قسم علم النفس

الدكتور محمد بني يونس





التاريخ: ٢٠١١ / ٤ / ٤

مدير عام...  
الإستشاري

تحية طيبة، وبعد

أرجو تسهيل مهمة الطلبة الآتية أسماؤهم:-

- (١) حنا أكرم كراد
- (٢)
- (٣)
- (٤)
- (٥)

من قسم علم النفس بالجامعة الأردنية، وذلك بالسماح لهم بالتطبيق في  
...  
الفصل... من العام الدراسي...  
...

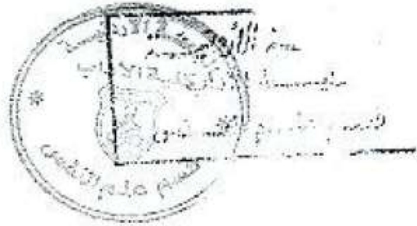
شاكرين لكم حسن تعاونكم.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

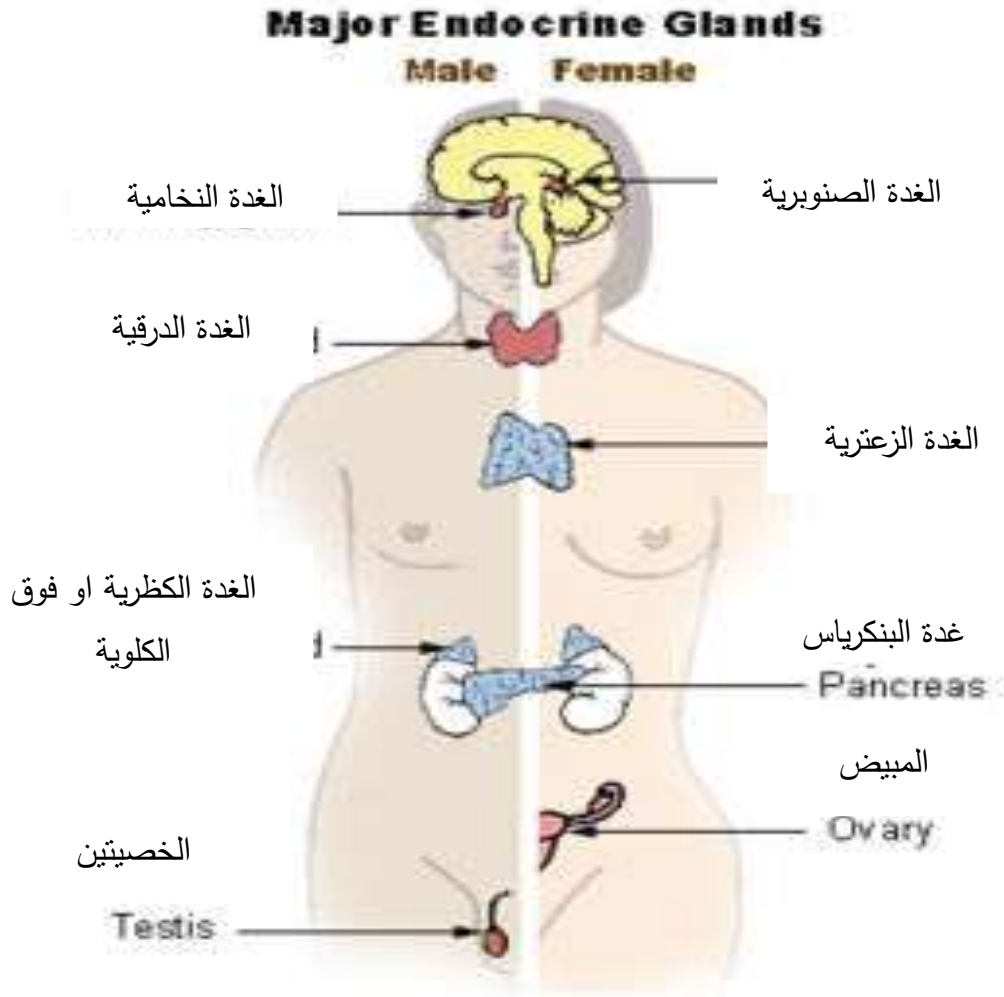
الإستشاري  
الرقم: ١١٧ / ٤٠١٠ / ٤٠٤  
التاريخ: ٤ / ٤ / ٢٠١١

رئيس قسم علم النفس

الدكتور محمد بتي بولعش



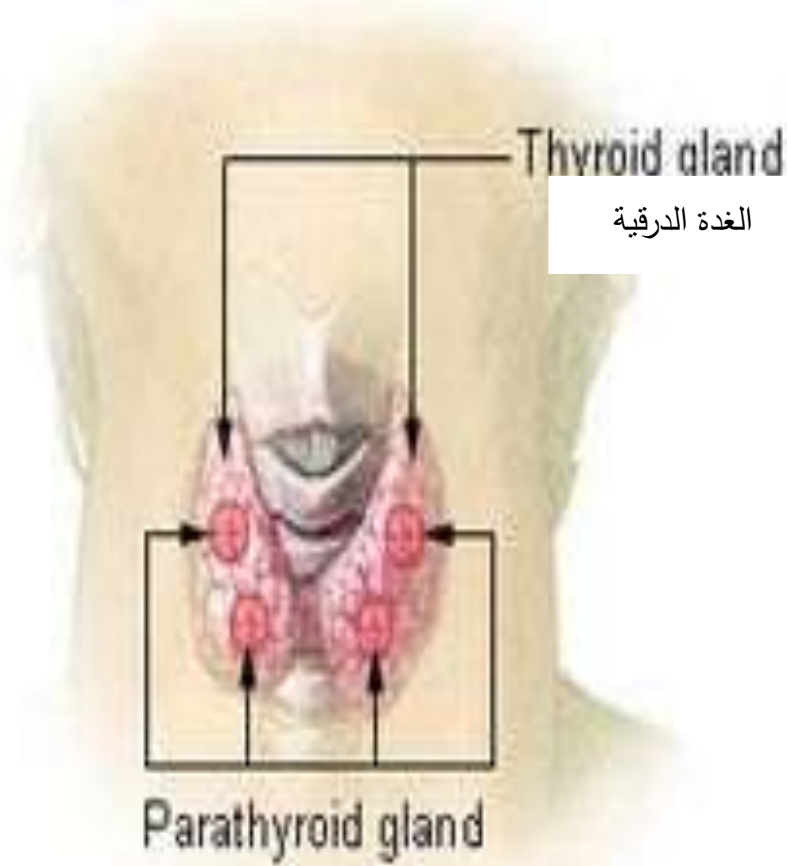
## الصور والأشكال



الصورة ١. غدد الافراز الداخلية

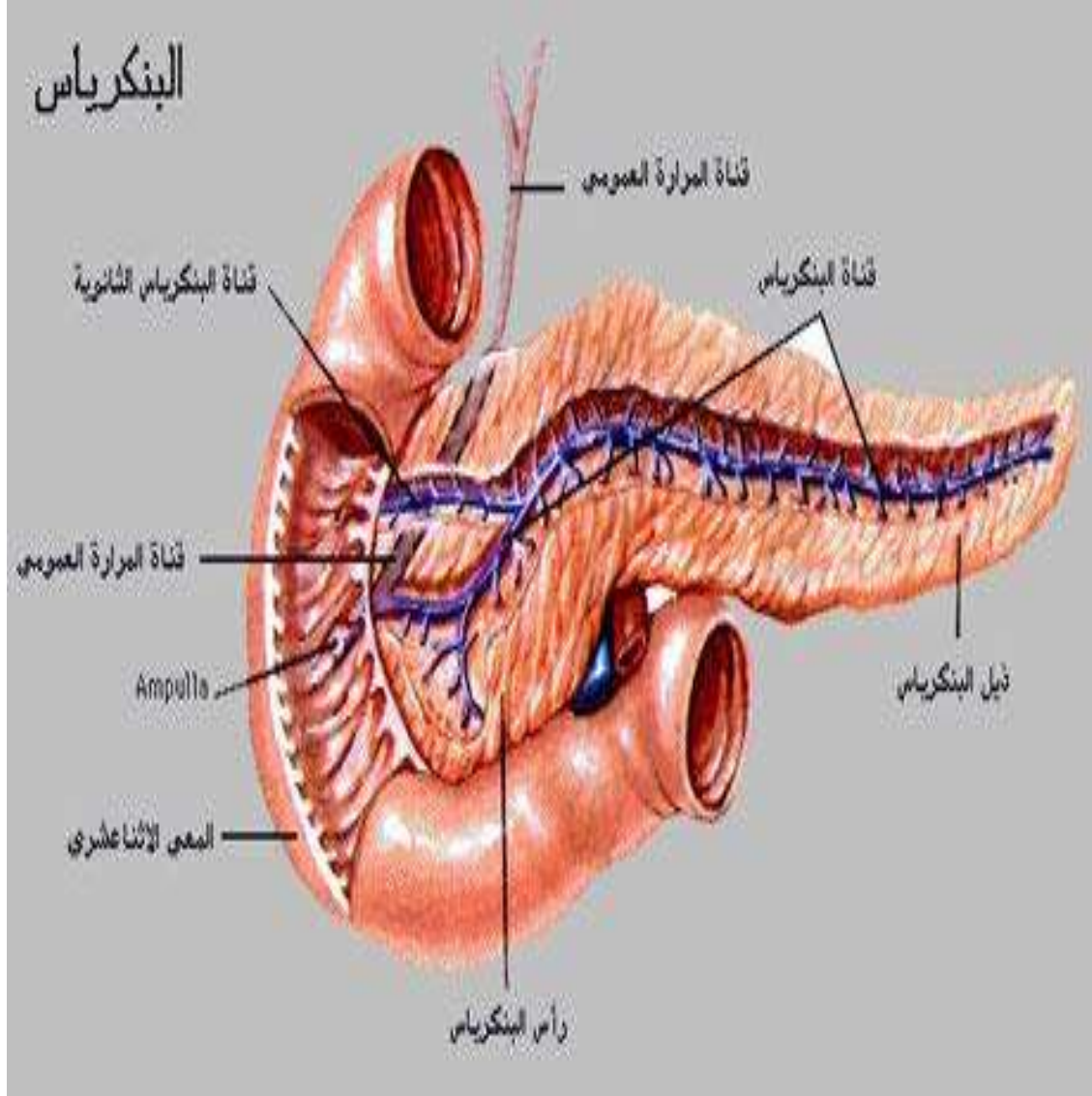


## Thyroid and Parathyroid Glands



جارات الدرقية

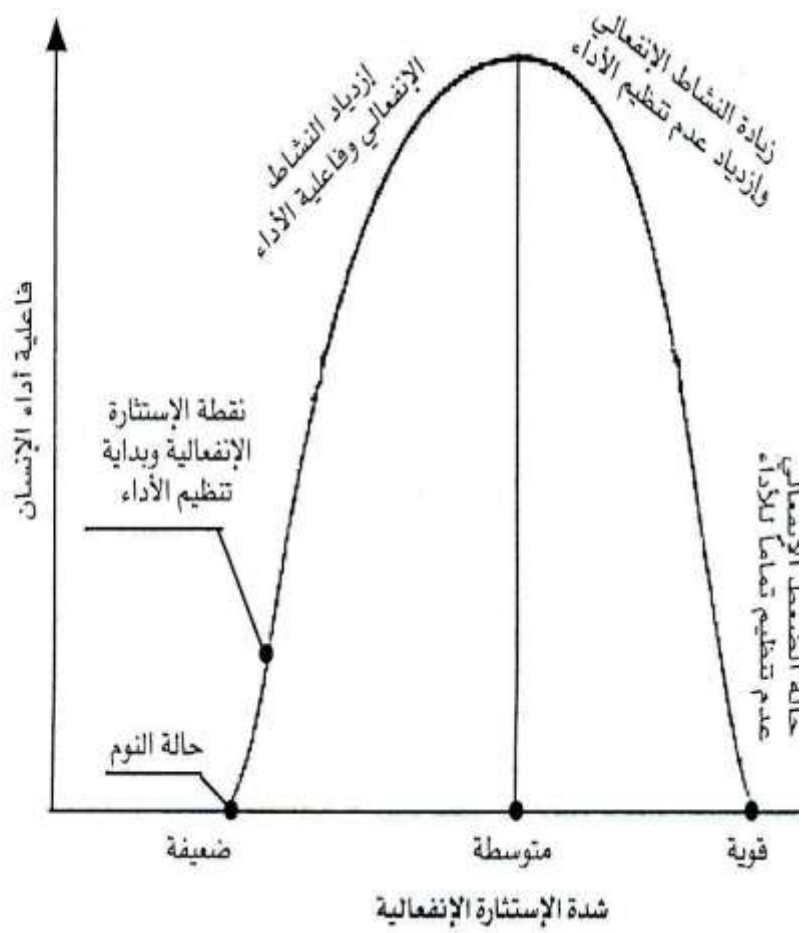
الصورة ٢ . الغدة الدرقية وجارات الدرقية



الصورة ٣. غدة البنكرياس

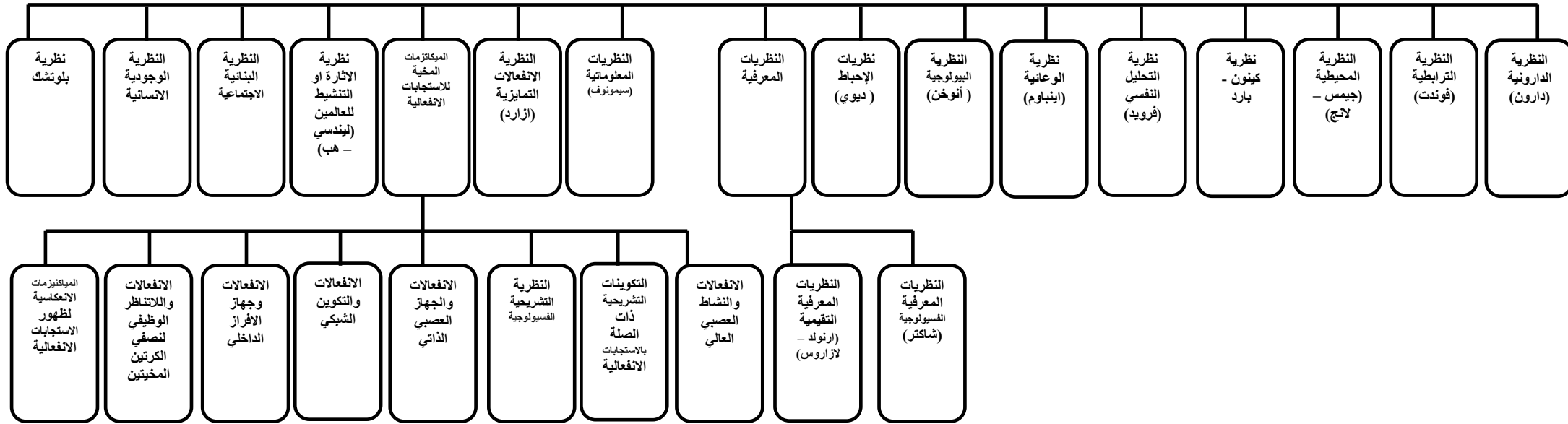
## الشكل ١. العلاقة بين فاعلية أداء الإنسان وشدة الاستثارة الانفعالية

يبين العلاقة بين فاعلية أداء الإنسان وشدة الاستثارة الانفعالية



## الشكل رقم ( ٢ )

يبين النظريات التي تناولت تفسير ماهية الانفعالات وميكانيزمات ظهورها



(بني يونس، ٢٠١٠)

## **Distinctive Emotional States & Psychological Stress Sources A Mong A Sample Of Patients Of Thyroid & Pancreas Glands Disorders At Amman Hospitals.**

**By**

**Manar Ahmad Awwad**

**Supervisor**

**Dr. Mohammed Bani Younes**

**Co- supervisor**

**Dr.Fawzi Shaker Taemeh**

### **ABSTRACT**

The purpose of this study was to investigate the Emotional states and the Psychological stress sources among a sample of patients of thyroid and pancreas glands disorders at Amman hospitals.

To achieve study goals a sample of (320) person was selected: (190) of them were Females, and (130) males, and their ages were from (17 – 75) years old.

The sample examined as follows:

Group 1: (160) patients,(80) patients of them are Thyroid Gland Disorder patients, and (80) patients are Pancreas Gland Disorder patients .

Group 2: (160) persons are not suffered from Thyroid Gland and Pancreas Gland Disorders.

In order to achieve the study purpose, the researcher used Emotional States Scale, which was developed by Bani Younes (2008). And Stress Sources Scale, which was developed by the researcher.

In Answering the first question ,results have shown that the order of the Emotional States a among the patients sample was as follows: Happiness ranked first with mean (3.30) , Anger ranked second with mean (2.16) ,Sadness ranked third with mean (1.70) , and Fear ranked last with mean (1.55).

Results regarding the second question, showed that the order of the Stress Sources before the illness among the patients sample was as follows: the External Sources ranked first with mean (1.38), then the Internal Cognitive Emotional Sources with mean (1.36), the Internal Biological Sources ranked last with mean (1.28), and in general all the means was low.

Results regarding the third question showed that the order of the Psychological Stress Sources after the illness among the patients sample was as follows: The Internal Biological Sources ranked first with mean (1.81), and The Internal Cognitive Emotional Sources ranked second with mean (1.76), The External Sources ranked last with mean (1.47), and all the means was low.

In answering the fourth question the results showed significant differences in Emotional States between the thyroid gland disorders patients Due to Age and Educational level and Marital States and sex variables, and the result have shown due to the Age variable the Happiness state only showed a significant differences, In According to the educational level variable, the states of happiness and Fear and Sadness showed significant differences, about the marital states the results showed insignificant differences for all the emotional states, but the states of Sadness and Fear showed significant differences due to the Sex variable.

The results regarding the sixth question showed insignificant differences in Psychological Stress Sources between the thyroid gland disorders and pancreas gland disorders before and after the illness, due to Age, Sex, Educational level and marital states.

In according to the last question the result showed how much the Emotional States And The psychological Stress sources explained the Thyroid and Pancreas gland disorders, in according to the emotional states the state of Anger explained the amount of (2%), and the Happiness explained (1%). And about The Psychological Stress Sources, the Internal Biological Sources explained (56%), and the Internal Cognitive Sources explained (3%) of the thyroid and pancreas glands disorders.