

## البحوث والدراسات

## الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين العُمانيين

أ. تغريد بنت تركي آل سعيد

مُدرسة علم نفس تربوي  
taghreed@squ.edu.om

د. علي مهدي كاظم

أستاذ مشارك ورئيس قسم علم النفس  
amkazem@squ.edu.om

قسم علم النفس - كلية التربية - جامعة السلطان قابوس - سلطنة عُمان

## الملخص:

استهدف هذا البحث معرفة البنية العاملية للمقياس العربي للوسواس القهري، ولاستبانة تقدير الأبوين لهذا الاضطراب، ومعدلات انتشار الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين العُمانيين، وأثر النوع والعمر والدخل في الوسواس القهري، وعلاقته بعدد الإخوة وعدد الأخوات، والترتيب الولادي؛ ولأجل ذلك تم تكييف الصورة المعدلة من المقياس العربي للوسواس القهري (شكري، والعنزي، 1995)، كما صُممت استبانة لتقدير الأبوين للوسواس القهري. وتم تطبيق الأدوات على (121) طالباً و(107) طالبات من مدارس محافظة مسقط ومنطقة الباطنة التعليمية، متوسط أعمارهم 12.59 سنة بانحراف معياري مقداره 2.60، وباستعمال التحليل العاملي، والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري، وتحليل التباين الثلاثي متعدد المتغيرات، ومعامل ارتباط بيرسون، تم التوصل إلى بنية عاملية للمقياس العربي تتكون من ثلاثة عوامل (عامل عام للوسواس القهري، والشك والتكرار، والتردد وعدم الاكتراث)، وعاملان لاستبانة تقدير الأبوين هما: (النظام والدقة، والتكرار والشك). وأما معدلات انتشار الوسواس القهري فقد كان عامل «التردد وعدم الاكتراث» مرتفعاً لدى جميع أفراد العينة (10.92%)، ولدى المراهقين (12.33%)، في حين كان التكرار والشك منتشرًا لدى الأطفال (11.69%).

## Obsessive-Compulsive Among Omani Children and Adolescents

Ali Mahdi Kazem

Taghreed Turki Al-Said

Dept. of Psychology, College of Education, Sultan Qaboos University, Oman

## Abstract

The aim of this study was to explore the factorial structure of Arabic Obsessive-Compulsive Scale (AOCS), and Inventory Obsessive-Compulsive (IOC), as well as the prevalence of obsessive-compulsive among Omani children and adolescents. The study also aimed at finding the effect of gender, age, family income, number of siblings and birth order of the child in the family. For this purpose, an adapted version of AOCS, and IOC were administered to 121 males, and 107 females in Basic Education schools in the Muscat and Batinah educational regions. Data were analyzed using factor analysis, means, standard deviation, T-test, Multivariate three-way ANOVA, and Pearson correlation. The results revealed that the factorial structure of AOCS consisted of three factors: (1) obsessive thought general factor, (2) repetition and doubtfulness, and (3) carelessness and hesitation. With reference to IOC, results revealed two factors: (1) orderliness and discipline, and (2) repetition and doubtfulness. Concerning the prevalence of obsessive-compulsive, two factors were found to be most prevalent: (a) carelessness and hesitation for the whole sample (10.92%) and adolescent (12.33%), (b) repetition and doubtfulness for children (11.69%).

يتوجه الباحثان بخالص الشكر وعظيم التقدير لمجلة الطفولة العربية وجميع القائمين عليها، كما يسرهما أن يوجها الشكر والتقدير للمحكمين الذين أبدوا ملاحظات قيمة ومهمة.

## مقدمة:

إن المتتبع لحركة البحث العلمي في مجال الوسواس القهري Obsession Compulsion يلاحظ اهتماماً لافتاً للانتباه من قبل الباحثين الأجانب والعرب بدراسة هذا المفهوم لدى البالغين والراشدين (مثلاً: سعفان، 1996؛ شكري والعنزي، 1995؛ فرج، 1999؛ Okasha, 2001؛ Okashs, Raafat, Seif Al-Dawla, & Effat, 1991؛ Tolin, Abramowitz, Hamlin, Foa, & Synodi, 2002). ولكن هذا الاهتمام أقل لدى الأطفال والمراهقين (أبو هندي، 2003). وربما كان ذلك نتيجة للاعتقاد الشائع بأن الوسواس القهري نادر الحدوث لدى الأطفال، أو لصعوبة دراسته، بسبب عدم قدرة الطفل على التعبير عن نفسه بشكل واضح (عبد الخالق، 2002).

والوسواس Obsession هو تكرار الأفكار التي تدخل في السلوك السوي فتعطله وتسيء إلى صاحبه وتؤذيه، مثال ذلك: اعتقاد الفرد بأنه سيرتكب جريمة. أما القهر Compulsion فهو تكرار أفعال طقوسية بدرجة عالية من الدقة والكمال، لإزالة التوتر مثل: تكرار غسل اليدين للخوف من الجراثيم أو القذارة. وبذلك فمن الطبيعي أن تكون الوسواس من دون القهر، ولكن القهر لابد أن يكون معه الشكوك الوسواسية (إبراهيم، 2004؛ سعفان، 1996).

وفي علم النفس المرضي Abnormal Psychology، والطب النفسي Psychiatry يوجد الوسواس القهري في اضطرابين هما: اضطراب الوسواس القهري، وهو أحد مكونات اضطراب القلق، واضطراب الشخصية الوسواسية القهرية، وهو أحد اضطرابات الشخصية (العنزي، 1997). وأما لغوياً، فالوسوسة كما وردت في المعجم الوسيط (مجمع اللغة العربية، 1985) هي الشيطان، والفعل وسوس، فيقال: وسوس الشيطان إليه، وله، وفي صدره وسوسة، ووسواساً؛ وهي حديث النفس بما لا نفع فيه ولا خير (ص 1033)، أما القهر فهو من قَهَرَهُ قَهْرًا: غلبه، فهو قاهر، وقَهَّار، وهو الإتيان بالفعل بغير رضا، فيقال: أخذهم قهراً، يعني من غير رضاهم (ص 764).

وبشكل عام، يشير مفهوم الوسواس إلى الأفكار أو الصور أو الاندفاعات impulses التي تستمر بإصرار، وتداوم بصورة عنيدة، وتستحوذ على تفكير الإنسان، وتسيطر عليه، وتتخذ صورة معاودة recurrent، وأمثلتها: التفكير في ارتكاب فعل عنيد، وأفكار التلوث وعدم النظافة أو الشك، وقد تكون الوسواس حميدة كأنواع التماذي أو المداومة perseveration لأشياء معينة (لحن موسيقي، اسم دواء، جملة لا معنى لها)؛ أو خبيثة (مرضية) morbid تسيطر على الشعور وتتحكم في السلوك إلى حد تأثيرها في أوجه نشاط الفرد وإعاقتها لأعماله، مثال ذلك المخاوف الوسواسية: كالرعب من التلوث، والخوف من التفكير في أفكار غير خلقية، والاندفاعات الوسواسية كالصور العقلية التي تشتمل على إيذاء الآخرين أو قتلهم، والخيالات الوسواسية كالصور العقلية أو أحلام اليقظة التي تداوم باستمرار. أما مفهوم القهر فيشير إلى الأفعال التكرارية النمطية، أو الاندفاع المستمر الذي لا يمكن التحكم فيه، ولا يستطيع الفرد مقاومته للقيام بفعل نمطي غير معقول، أو تافه لا معنى له، أو لا هدف من ورائه، كغسل اليدين عشرات المرات، أو العد، أو تغيير الملابس بقصد صرف التوتر وتفادي القلق، أو لتجنب اندفاعات غير مقبولة، أو للتخفيف من الشعور بالذنب (العنزي، 1997، ص 183.182).

والوسواس القهري موجود لدى جميع الأفراد الأسوياء منهم والمرضى، ولكن الفارق هو في الدرجة، فهناك الشخصية Personality القهرية (السواء)، وهناك اضطراب Disorder الوسواس القهري (المرض)؛ فالشخصية يلازمها عرض واحد، أو عدد قليل من الأعراض التي يمكن أن تعد صفات مرغوبة أو خصلاً حميدة، كالنظافة والدقة والنظام وبقظة الضمير والوفاء بالعهد؛ أما إذا زادت عن حدها وارتفع عددها فإنها تصل إلى اضطراب الوسواس القهري، حيث تتجمع الأعراض في زملة أو متلازمة Syndrome، وبدلاً من أن تيسر حياة الفرد فإنها تعوق توافقه، وتؤثر سلباً في حسن أدائه (العنزي، 1997). وهناك شرطان مهمان للتفريق بين الحالة السوية والحالة المرضية: وهما التكرار Frequency والشدة Intensity، أما الأولى فيجوز أن يصاحبها عرض واحد أو عدد قليل من الأعراض التي يمكن أن تعد صفات مرغوبة، أو خصلاً حميدة، أو خصائص يوسم بها الأخصار من البشر، ولكن بدرجة متطرفة كالنظافة والدقة والنظام وبقظة الضمير والوفاء بالعهد، ويمكن أن تعد بعض هذه الصفات لازمة لبعض المهن، كالنظافة المفرطة بالنسبة إلى الجراح، والدقة والنظام والمراجعة للباحث العلمي، وتكرار التأكد من صلاحية أجهزة قيادة الطائرة قبل الإقلاع لدى الطيار، والشك في العد بالنسبة إلى المحاسب. أما إذا زادت حدة هذه الأعراض وأشبابها، وارتفع عددها فإنها تصل غالباً إلى اضطراب الوسواس القهري، فبدلاً من تيسيرها لحياة الفرد، فإنها تعوق توافقه، وتؤثر سلباً في حسن أدائه لأدواره (عبد الخالق، 1992).

وقد أشار الدليل العاشر للتصنيف الدولي للأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية ICD / 10 إلى المكونات الخمسة الآتية للوسواس القهري، وهي: اضطرابات قهرية تغلب عليها أفكار أو اجترارات وسواسية، واضطرابات قهرية تغلب عليها أفعال قسرية (طقوس وسواسية)، وأفكار وأفعال وسواسية مختلطة، واضطرابات وسواسية قهرية أخرى، واضطراب وسواسي قهري غير معين (منظمة الصحة العالمية، 1999).

أما أسباب الوسواس القهري، فهناك تفسيرات عديدة؛ فمثلاً يربط فرويد S. Freud (صاحب نظرية التحليل النفسي) بين عصاب الوسواس القهري وبين الخبرات الجنسية السيئة، خاصة في مرحلة الطفولة المبكرة، ويرجع هذا الاضطراب إلى المرحلة الشرجية Anal Stage (إحدى مراحل النمو الخمس)، حيث تشدد أحكام الوالدين على الطفل لتدريبه على استخدام المراض، وحسب رأي إريكسون E. Erikson يتصف اضطراب الوسواس القهري في المرحلة الشرجية بالاستقلال الذاتي في مقابل الشعور بالخجل والشك في النفس Autonomy vs. Shame Self Doubt مما يساعد على نمو الشخصية الوسواسية القهرية (إبراهيم، 2006)، وتؤكد السلوكية Behaviorism على أهمية اكتساب الأبناء مبادئ التعلم من الآباء متضمنة عصاب الوسواس والأفعال القهرية. في حين يرى بيرلز Perls (أحد علماء الجشالت) أن الوسواس القهري هو اضطراب نمائي يعبر عن الصراع بين الحاجات البيولوجية والإنسانية، وبين المتطلبات الخلقية الاجتماعية، وهذا الاضطراب ناتج من عدم تحقيق التعادلية بينهما. وأخيراً، يرى بك Beck وأليس Ellis (من أصحاب الاتجاه المعرفي Cognitive Approach) أن الوسواس القهري يرجع إلى الإمكانيات التي يولد بها الفرد، التي من خلالها يصبح منطقياً أو لا منطقياً، واضطراب الوسواس يُشخص على أنه أفكار مشوشة ومزعجة تحدث مصادفة، وتكون عرضة لتصبح طبيعية وحقيقية. أما القهر فهو سلوك علني يأخذ شكل السلوك المعرفي، هذا التابع من الأفكار والسلوك يقود

إلى الآلام والشعور بالبوأس والاضطراب، ويؤدي إلى السلوك المزعج (سعفان، 1996).

أما الدراسات التي تناولت الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين في البيئة العربية فهي قليلة ومحدودة، ففي عام 1992 درست الرخاوي الوسواس القهري لدى الأطفال المصريين وعائلاتهم، باستخدام مقياس ليتون للأطفال بعد ترجمته وتقنيته، وتوصلت الدراسة إلى أن الضغوط العائلية من أهم الأسباب المؤدية للوسواس القهري لدى الأطفال (El-Rakhawy, 1992).

وتناول عبد الخالق والدماطي (1995) الوسواس القهري لدى 923 طالباً من طلبة المدارس الثانوية وطلبة الجامعة في مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية، وباستخدام المقياس العربي للوسواس القهري توصلت الدراسة إلى أن مستوى الوسواس القهري لدى العينات السعودية كان أقل من نظرائهم المصريين والقطريين واللبنانيين، وأن الفروق في متغيري الجنس والعمر الزمني غير دالة إحصائياً.

واستهدفت دراسة العنزي (1997) الكشف عن معدلات انتشار الوسواس القهري لدى 398 تلميذاً وتلميذة في المرحلة المتوسطة بدولة الكويت، وتعرّف طبيعة الفروق بين التلاميذ في الوسواس القهري، والتوصل إلى العوامل المكونة للمقياس. وبعد تطبيق المقياس العربي للوسواس القهري على العينة، توصلت الدراسة إلى أن مستوى الوسواس القهري لدى التلميذات أعلى من التلاميذ، وكشفت نتائج الدراسة عن 12 عاملاً لها مدلول نفسي لدى التلاميذ والتلميذات، وكانت متشابهة إلى حد كبير.

وأجرى عبد الخالق دراسة على عينة قوامها 1550 فرداً (473 تلميذاً وتلميذة، و521 طالباً وطالبة في المرحلة الجامعية، و227 مدرساً ومدرسة، و123 موظفاً وموظفة، و108 أطباء، و53 ممرضة، و45 ربة بيت)، وكشفت نتائج التحليل العاملي عن سبعة عوامل (الشكوك الوسواسية، والترتيب والتنظيم، والبطء والتردد، واجترار الأفكار والقهر، والتكرار والتدقيق، والمراجعة، والأفكار الوسواسية)، وقد ارتبط مقياس الوسواس القهري إيجابياً بمقاييس العصابية، والقلق، والخوف، والاكئاب، واضطراب النوم، بينما ارتبط سلبياً بالانبساط والكذب (Abdel - Khalek, 1998).

وقام توفيق (2000) بدراسة على 402 من الطلاب والطالبات في المرحلتين الثانوية والجامعة بمملكة البحرين، وباستخدام المقياس العربي للوسواس القهري تم التوصل إلى بنية عاملية للمقياس تكونت من سبعة عوامل (عامل عام للوسواس القهري، والمراجعة والتدقيق، وعدم النظام - الحسم، وعدم الدقة، والأفكار الملحة، والاضطراب - التحرر من الوسوسة، والسرعة - التردد)، وظهرت فروق بين الجنسين من طلاب الجامعة؛ حيث كان متوسط الإناث أعلى، ولكن هذه الفروق لم تكن دالة لدى طلبة الثانوية، كما كان مستوى الوسواس القهري لدى طلبة الثانوية أعلى من طلبة الجامعة.

وقام عبد الخالق وليستر وباريت (Abdel-Khalek, Lester, & Barrett, 2002) بتعرف البنية العاملية للمقياس العربي للوسواس القهري لدى 204 من الطلبة الكويتيين و137 من الطلبة الأمريكيين. توصلت نتائج التحليل العاملي إلى ثلاثة عوامل في العينة الكويتية (الأفكار الوسواسية، والترتيب، والتدقيق)، وثلاثة عوامل أيضاً في العينة الأمريكية

(الأفكار الوسواسية، والترتيب والتدقيق، وقلة الوسواس).

كما قام جيوشبرج بمراجعة منهجية وتحليل بعدي Meta-analysis لـ 93 دراسة تناولت علاج الوسواس القهري للأطفال والمراهقين، وتوصلت إلى وجود أثر دال للعلاج السلوكي والمعرفي (Guggisberg, 2005).

ولخص أبو هندي (2003) بعد مراجعته عدداً من الدراسات السابقة الجوانب المميزة لكل من الأفكار التسلطية والأفعال القهرية لدى الأطفال، والجدول (1) يبين ذلك.

جدول (1) الجوانب المميزة للأفكار التسلطية والأفعال القهرية لدى الأطفال

م	الأفكار التسلطية	الأفعال القهرية
1	الاهتمام الزائد بالقذارة أو الجراثيم أو ملوثات البيئة.	الغسل للأيدي أو الأسنان أو الوضوء أو الاستحمام بشكل طقسي أو مبالغ فيه.
2	الخوف من حدث مرعب كالحرائق أو الموت أو المرض.	تكرار طقوس معينة كالدخول والخروج من الباب، أو الصعود والهبوط على السلم عدداً معيناً من المرات.
3	التنظيم والترتيب والدقة الصارمة.	التحقق المتكرر من غلق الباب أو أنبوب الغاز أو من إتمام الواجب المدرسي.
4	الشكوك الدينية.	طقوس معينة للتخلص من الملوثات، كالغسل من اليمين إلى اليسار، أو من أعلى إلى أسفل.
5	الاهتمام الزائد أو الاشمئزاز من مخلفات الجسم، أو إفرازاته المختلفة كالبول أو البراز أو اللعاب.	اللمس بطريقة معينة.
6	الانشغال الزائد بالأرقام التي تجلب الحظ، والأخرى التي تجلب النحس أيضاً.	ممارسة طقوس معينة لمنع الأذى عن النفس أو عن الآخرين.
7	أفكار أو صور أو اندفاعات جنسية شاذة، أو محرمة.	الترتيب أو التنظيم.
8	الخوف من إيذاء الآخرين أو الذات.	العد حتى رقم معين مثلاً.
9	الحاجة إلى السؤال المتكرر، أو الاعتراف المتكرر.	تخزين الأشياء وتجميعها بطريقة طقسية باستثناء الهوايات كجمع الطوابع مثلاً.
10	التكرار اللاإرادي لأصوات أو كلمات أو أنغام لا معنى لها، ولكنها تحشر نفسها في وعي الطفل.	التنظيف الزائد عن الحد المعقول للأدوات المنزلية أو المدرسية أو قطع الأثاث.
11	الخوف من قول أشياء لا يجب قولها أو أسرار لا يريد الطفل إفشاءها.	الحركة أو الكلام أو الكتابة بشكل معين.

وتأسيساً على ما تقدم، فإن دراسة الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين العمانيين تعود إلى المسوغات الآتية:



- 1 - إن الدراسات التي تناولت الوسواس القهري لدى الأطفال في منطقتنا العربية قليلة جداً إذا ما قارناها بالدراسات الأجنبية (أبو هندي، 2003). وفي البيئة العمانية لم تتم دراسة هذا الموضوع - على حد علم الباحثين - من قبل، وما سيتوصل إليه البحث الحالي من نتائج سوف تسهم في إلقاء الضوء على هذا الموضوع، من حيث نسبة انتشاره، ومكوناته، وخصائصه.
  - 2 - طبقاً للدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للأمراض النفسية، يُعد الوسواس القهري ضمن اضطرابات القلق (American Psychiatric Association, 1994)، مما يشكل مصدراً أساسياً لكل من القلق والاكتئاب والخوف، ويؤثر في حسن توافق الفرد، ويقيد مجاله الحيوي، ويحصره في نطاق ضيق، وقد يؤدي في الحالات الشديدة إلى شلل الإرادة بشكل تام، ومن الممكن أن يعوق تكيف الفرد مع من حوله، ويجعله لا يعيش حياته بشكل طبيعي (توفيق، 2000).
  - 3 - هناك إشارات إلى احتمال كون اضطراب الوسواس القهري الذي يبدأ في فترة الطفولة مختلفاً عن ذلك الذي يبدأ لأول مرة في فترة الرشد، وعلى الرغم من أن الوسواس القهري لدى الأطفال أشار إليه جانيه Janet عام 1903 (أي: منذ قرن من الزمان)، إلا أنه لم يحظ بالاهتمام والدراسة العلمية إلا في العقد الأخير، على أساس أنه اضطراب نادر الحدوث في الطفولة (أبو هندي، 2003).
  - 4 - يحتل اضطراب الوسواس القهري المرتبة الرابعة بين أكثر الاضطرابات السيكاترية انتشاراً، وهو اضطراب معوق يتطلب تدخلاً علاجياً للحد من التفكير الوسواسي والسلوك القهري الذي يؤدي إلى اضطراب المريض وكدره، ويؤثر على أدائه (فرج، 1999).
  - 5 - إن الوسواس القهري ينتشر بين صفوف الأطفال والمراهقين بنسب عالية؛ حيث تشير بعض الدراسات (مثلاً: AACAP, 2003; Douglas, Moffitt, Dar, McGee, 1990; Valleni- & Silva, 1995; Flament, Koby, & Rapoport, 1990; Basile, Garrison, & Jackson, 1994) إلى أنه يصيب طفلاً أو طفلين من بين كل مائتي طفل (أي: من 0.5 - 1 %). مما يترك أثراً سلبياً في حياة الطفل الاجتماعية والأسرية، وفي تحصيله الدراسي. ويشير تمبلر (Templer) المذكور في توفيق، (2000) إلى أن نسبة انتشاره تصل إلى 5% من الجمهور العام، بينما يشير إنسل (Insell) إلى أن النسبة تتراوح بين 2-1.3%، في حين يشير ماركس (Marks) إلى أن النسبة تتراوح بين 2.5-1.6%.
- وعلى مستوى مكونات الوسواس القهري، توصل عكاشة وزملاؤه (Okasha, Raafat, Seif, -Al-Dawla & Effat, 1991) إلى أن نسبة انتشار الاجترار الوسواسي (وهو الوقوع في شرك مجموعة من الأفكار متعلقة بموضوع معين) (51%)، والخوف الوسواسية (48%)، والأفكار الوسواسية (38%)، وتوصل راسموسن وتسيانج (Rasmussen & Tsuang, 1986) إلى أن أبرز ثلاثة أفعال قهرية (مرتبة تنازلياً) هي: التحقق وإعادة التأكد (63%)، والغسل (50%)، والعد (36%). في حين وجد كارنو وزملاؤه أن اضطراب الوسواس القهري أكثر انتشاراً بين صغار السن، والمطلقين، والمنفصلين، والمتعطلين عن العمل (Karno, Golding, Sorenson, & Burnam, 1988). ومهما كانت معدلات الانتشار قليلة أو كثيرة،

- فإن التدخل المبكر والتشخيص وبرامج الوقاية مهمة جداً للتقليل من الأثر السلبي لهذا الاضطراب على السلوك وصولاً إلى الصحة النفسية للفرد، ومن ثم للمجتمع.
- وعلى ضوء ما تقدم فإن مشكلة هذا البحث تتمثل في دراسة اضطراب الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين العُمانيين من خلال الإجابة عن الأسئلة الآتية:
1. ما البنية العامية للمقياس العربي للوسواس القهري في البيئة العُمانية، ولاستبانة تقدير الأبوين للوسواس القهري؟
  2. ما معدلات انتشار الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين العُمانيين؟
  3. ما علاقة النوع والعمر والدخل في الوسواس القهري؟
  4. ما العلاقة بين الوسواس القهري ومتغير عدد الإخوة، وعدد الأخوات، والترتيب الولادي؟

### المنهج والإجراءات

#### العينة :

تم اختيار عينة حجمها (229) طالباً وطالبة من المدارس الحكومية في محافظة مسقط ومنطقة الباطنة التعليمية. والجدول (2) يتضمن وصفاً لعينة البحث وفقاً للمتغيرات الديموغرافية:

جدول (2) عينة البحث موزعة حسب المتغيرات الديموغرافية

المتغيرات وفئاتها	العدد	المجموع	قيم مفقودة*
1- النوع	ذكور	121	228
	إناث	107	
2- العمر*	7- 21 سنة	77	223
	31- 81 سنة	146	
3- عدد الإخوة	1 - 61	222	222
4- عدد الأخوات	1 - 21	215	215
5- الترتيب الولادي	1 - 61	224	224
6- الدخل الشهري	003 ر.ع. * * * فأقل	86	172
	008 - 103 ر.ع.	55	
	108 ر.ع. فأكثر	31	

\* بيانات لم تتم الإجابة عنها من أفراد العينة.  
 \*\* المتوسط = 12.59 سنة، والانحراف المعياري = 2.60 سنة.  
 \*\*\* ريال عُمانى (كل ريال يعادل 2.6 دولار أمريكي).

## أداة البحث:

## أولاً. المقياس العربي للوسواس القهري:

تم استعمال «المقياس العربي للوسواس القهري» أداة للبحث الحالي، وهو من إعداد عبد الخالق (1992). يتكون المقياس من (32) فقرة تمت صياغتها على شكل عبارات خبرية، إزاء كل فقرة بديلان (نعم / لا). وقد استمدت فقرات المقياس من مصدرين أساسيين هما: (1) المراجع المتخصصة (مصادر علم النفس المرضي والطب النفسي لتحديد الأعراض المرضية لاضطراب الوسواس القهري، والسمات المميزة للشخصية الوسواسية القهرية)؛ و(2) العوامل المستخرجة من التحليلات العاملية لقوائم الوسواس القهري (قائمة لايتون Leyton الوسواسية، وقائمة مودسلي Maudsley للوسواس القهري، وقائمة بادوا Padua). وللمقياس مؤشرات سيكومترية مقبولة، حيث تتوافر فيه مؤشرات للصدق العاملي (تم إجراء التحليل العاملي ثلاث مرات)، والصدق التلازمي (علاقته دالة مع قائمة مودسلي، ومع مفاهيم نفسية أخرى كاضطرابات النوم، والقلق، والخاوف، والاكنتاب، وفقدان الشهية العصبي)؛ وتتوافر فيه مؤشرات للثبات (بلغ معامل الاتساق الداخلي عن طريق التجزئة النصفية وبعد التصحيح بمعادلة سبيرمان وبراون 0.73، وبلغ معامل الاستقرار عن طريق إعادة التطبيق 0.85)؛ فضلاً عن ذلك للمقياس معايير على عينات قطرية ومصرية ولبنانية بلغ حجمها (2223) فرداً (عبد الخالق، 1992).

وبما أن المقياس لطلبة الجامعة، فقد قام شكري والعنزي (1995) بإعداد نسخة منه للأطفال والمراهقين تتسم بسهولة لغتها، وقاما بحساب معامل الصدق الاتفاقي بينه وبين مقياس العصابية من استخبار آيزنك للشخصية للأطفال، كما حسبا معامل الثبات عن طريق إعادة الإعادة وبلغ 0.90، وعن طريق التجزئة بعد التصحيح بلغ 0.85 (شكري والعنزي، 1995).

وعلى صعيد الدول العربية والأجنبية تم تطبيق المقياس في دول عديدة، مثل الكويت (شكري والعنزي، 1995؛ العنزي، 1997)؛ والسعودية (عبد الخالق والدامطي، 1995)؛ والبحرين (توفيق، 2000)، والولايات المتحدة الأمريكية (Abdel-Khalek, Lester, & Barrett, 2002).

## إجراءات تكييف المقياس للبيئة العمانية:

قام الباحثان بمراجعة فقرات المقياس كما وردت في النسخة الأصلية (عبد الخالق، 1992)، والنسخة المعدلة للأطفال والمراهقين (العنزي، 1997)، وتم تعديل صياغة تعليمات الإجابة، وفي صياغة بعض الفقرات بما يتوافق والبيئة العمانية. وللتحقق من صحة التعديلات التي تم إجراؤها عرضت النسخة المعدلة على ثمانية\* من أساتذة علم النفس

\* الأساتذة الأفاضل هم :

1. أ.د. عبد القوي سالم الزبيدي
2. د. علي عبد جاسم الزامل
3. د. أسامة سعد أبو سريع
4. د. سكرين إبراهيم المشهداني
5. د. عبد الحميد سعيد حسن
6. د. فوزية عبد الباقي الجمالي
7. د. محمود إبراهيم عبد الله
8. د. منذر عبد الحميد الضامن



في جامعة السلطان قابوس، وقد اتفق الخبراء على صلاحية التعديلات التي أجريت على المقياس، واقترحوا تعديلات في صياغة بعض الفقرات تم الأخذ بها جميعها، كما اقترحوا إلغاء فقرتين لعدم ملاءمتها للمستوى العمري للعينات، وهما الفقرة (3) «قبل النوم أعمل حاجات معينة و بانتظام كل يوم»، والفقرة (6) «أرجع أحياناً إلى المنزل حتى أتأكد من أنني أغلقت الأبواب والحنفيات». وبذلك أصبح المقياس يتكون من (30) فقرة يجب عن كل منها على أساس مقياس تقدير ثلاثي (نعم، لا أدري، لا)، والملحق (1) يتضمن نسخة من المقياس المكيف للبيئة العمانية.

### ثانياً. استبانة تقدير الأبوين للوسواس القهري:

صمم الباحثان استبانة مكونة من (9) فقرات بهدف قياس الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين عن طريق تقدير الأبوين لسلوك الابن، وقد مرت إجراءات التحقق من الصدق الظاهري للاستبانة بنفس الخطوات التي مر بها المقياس العربي للوسواس القهري، والملحق (2) يتضمن نسخة من الاستبانة.

### تطبيق الأدوات وتصحيحها:

طبق الباحثان الصورة المعدة للبيئة العمانية من المقياس العربي للوسواس القهري (الملحق، 1)، واستبانة تقديرات الأبوين للوسواس القهري (الملحق، 2) على عينة البحث من الأطفال والمراهقين بالاستعانة ببعض طلبة الدراسات العليا في قسم علم النفس\*، حيث كان يعطى لكل فرد في العينة نسخة من مقياس الوسواس القهري ليحجب عنها، في حين يعطى استبانة تقديرات الأبوين للوسواس القهري إلى أحد الأبوين ليقوم سلوك الابن، وليحجب عن المتغيرات الديموغرافية.

وأما التصحيح، فقد تم إعطاء إجابات أسئلة المقياس العربي للوسواس القهري الدالة على الوسواس (2، 1، 0) للبدائل (نعم، لا أدري، لا) على التوالي، في حين أعطيت الفقرات غير الدالة عليه عكس الميزان السابق والتي تحمل الأرقام (5، 8، 13، 15، 16، 20، 22، 26، 29). وأما استبانة تقدير الأبوين للوسواس القهري فقد أعطيت الدرجات (4، 3، 2، 1) للبدائل (بدرجة كبيرة، بدرجة متوسطة، بدرجة قليلة، غير موجودة) لجميع أسئلة الاستبانة.

### التحليلات الإحصائية:

للإجابة عن أسئلة البحث، تم استعمال الوسائل الإحصائية الآتية المتوافرة في الحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS:

1. التحليل العاملي Factor Analysis.
2. المتوسط الحسابي Mean، والانحراف المعياري SD.
3. معامل ألفا - كرونباخ Cronbach's Alpha.
4. تحليل التباين الثلاثي متعدد المتغيرات Multivariate Three-way ANOVA.
5. معامل ارتباط بيرسون Pearson.

\* يتوجه الباحثان بجزيل الشكر والتقدير للإخوة والأخوات من طلبة الدراسات العليا الذين أسهموا في تطبيق المقياس على عينة البحث.

## النتائج ومناقشتها

## نتائج السؤال الأول:

للإجابة عن السؤال الأول للبحث «ما البنية العاملية للمقياس العربي للوسواس القهري في البيئة العمانية، ولاستبانة تقدير الأبوبين للوسواس القهري؟»، اتبع الباحثان الخطوات الآتية في كل أداة:

## 1 - البنية العاملية للمقياس العربي للوسواس القهري:

تم أولاً فحص مدى ملاءمة البيانات للتحليل العاملي عن طريق اختبار كايزر-ماير-أولكن وبارتلت *KMO & Bartlett's test* وبلغت قيمة اختبار مربع كاي (987.074) وهي دالة عند مستوى (0.001) وبدرجة حرية (435). ودلالة قيمة مربع كاي تعني أن البيانات صالحة للتحليل العاملي. وبناءً على ذلك أُجري تحليل عاملي *factor analysis* بطريقة المكونات الأساسية *principal component analysis*، وتم تدوير العوامل تدويراً متعامداً *orthogonal rotation* بطريقة تعظم التباين التي تُنسب إلى كايزر *Varimax with Kaiser normalization*. أسفر التحليل عن (11) عاملاً جذرها الكامن *eigenvalue* أكثر من واحد (معيار جتمان)، فسّرت (58.081%) من التباين الكلي؛ وعند دراسة محتواها من أجل تسميتها، اتضح أن محتوى معظم العوامل مختلط من جوانب متعددة.

لذلك تم استبعاد الفقرات غير المرتبطة بالمجموع الكلي للوسواس القهري بوساطة معامل ألفا كرونباخ، حيث كانت (17) فقرة فقط تمثل أعلى معامل ثبات يمكن الحصول عليه من الفقرات الثلاثين وهو (0.73).

أُجري تحليل عاملي ثان بنفس المواصفات السابقة، بلغت قيمة مربع كاي لاختبار كايزر-ماير-أولكن وبارتلت (496.773)، وهي دالة عند مستوى (0.001) وبدرجة حرية (136)، وأسفر عن ثلاثة عوامل فسّرت 36.408% من التباين الكلي، وهي نسبة جيدة يمكن اعتمادها إحصائياً وتفسير عواملها وفقاً للمنطق النظري والأدبيات السابقة (فرج، 1988). تشبعت بالعوامل الثلاثة المستخلصة جميع الفقرات الداخلة في التحليل (17 فقرة) بواقع (8، 5، 4) فقرات على التوالي. والجدول (3) يتضمن خلاصة نتائج التحليل العاملي الثاني والأخير للمقياس العربي للوسواس القهري للتشبعات التي لا تقل عن (0.30).

جدول (3) خلاصة نتائج التحليل العاملي الثاني للمقياس العربي للوسواس القهري على الأطفال العمانيين

العامل الثالث	العامل الثاني	العامل الأول	العوامل وفقراتها
<b>العامل الأول: عامل عام للوسواس القهري</b>			
		0.617	17 - أنا شخص دقيق ومرتب ومنظم.
		0.613	10 - أجد نفسي أفكر في أغنية معينة أو شخص ما لفترة طويلة.
		0.544	18 - تسيطر عليّ أفكار مزعجة.
		0.541	12 - تسيطر عليّ أفكار سيئة ولا أستطيع التخلص منها.
		0.537	14 - أحس أن أشياء تافهة أو غير مهمة كثيرة تشغلني.
		0.530	27 - أجد نفسي مضطراً لعمل أشياء لا قيمة لها.
		0.517	25 - عند صعودي السلم (الدرج) أقوم بعد الدرجات.
		0.414	4 - تسيطر عليّ عادات خاصة لا أستطيع تغييرها.
<b>العامل الثاني: الشك والتكرار</b>			
	0.743		6 - أشك في كل عمل أقوم به.
	0.567		19 - أحب أن أعيد الأعمال التي أقوم بها مرات ومرات.
0.410	0.455		24 - لا استمتع بحياتي مثل زملائي.
	0.447	0.398	28 - أنا شخص شكاك (موسوس).
	0.403	0.326	3 - أكرر العبارات التي أتحدث بها مرات عديدة.
<b>العامل الثالث: التردد وعدم الاكتراث</b>			
0.637			30 - تخطر على بالي أسئلة لا أستطيع أن أجيب عليها.
0.572			8 - أنسى الأشياء المزعجة أو المؤلمة بسرعة.
0.514			5 - لا أهتم بما يقوله الناس عني.
0.445			7 - أتردد قبل أن أقوم بأي عمل.
0.42	0.53	0.69	معامل ألفا لجميع الفقرات المنتسبة بالعوامل الثلاثة 0.73
1.304	1.468	3.418	الجزر الكامن
7.668	8.634	20.106	التباين المفسر (36.408%)

يتضح من الجدول (3) أن العوامل المستخلصة من التحليل العاملي مقبولة إحصائياً (من خلال معامل ألفا، ونسبة التباين المفسر، والجزر الكامن لكل عامل)، كما أنها مقبولة منطقياً (من خلال الأسماء التي أعطيت لكل عامل). على أساس هذه العوامل سيتم التحقق من نتائج البحث.

## 2 - البنية العاملية لاستبانة تقدير الأبوين للوسواس القهري :

باتباع نفس خطوات التحليل العاملي السابقة، بلغت قيمة مربع كاي المحسوبة لاختبار كايزر-ماير-أولكن وبارتلت (225.967)، وهي دالة عند مستوى (0.001)، وبدرجة حرية (36). أسفر التحليل عن عاملين فسرا (41.772%) من التباين الكلي، وهي نسبة جيدة يمكن اعتمادها إحصائياً وتفسير عواملها وفقاً للمنطق النظري والأدبيات السابقة (فرج، 1988). تشبعت بالعاملين ثماني فقرات بواقع (3.5) فقرات على التوالي. والجدول (4) يتضمن خلاصة نتائج التحليل العاملي لاستبانة تقدير الأبوين للوسواس القهري للتشبعات التي لا تقل عن (0.30).

جدول (4) خلاصة نتائج التحليل العاملي الثاني للمقياس العربي للوسواس القهري على الأطفال العمانيين

العامل الثاني	العامل الأول	العوامل وفقراتها
<b>العامل الأول: النظام والدقة</b>		
	0.727	7 / التأكد من غلق الأبواب.
	0.632	9 / العد بشكل مستمر حتى رقم معين.
	0.628	8 / اللمس بطريق معينة.
	0.594	2 / التنظيم والدقة الصارمة.
	0.584	6 / غسيل الأيدي أو الأشياء بشكل مبالغ فيه.
<b>العامل الثاني: التكرار والشك</b>		
0.764		5 / تكرار لا إرادي لأصوات أو كلمات معينة.
0.699		4 / السؤال المتكرر عن شيء ما.
0.510		3 / الشكوك الدينية.
0.52	0.64	معامل ألفا لجميع الفقرات المتشعبة (0.65)
1.402	2.537	الجذر الكامن
15.579	26.193	التباين المفسر (41.772%)

يتضح من الجدول (4) أن العاملين المستخلصين من التحليل العاملي مقبولان إحصائياً (من خلال معامل ألفا، ونسبة التباين المفسر، والجذر الكامن لكل عامل)، كما أنهما مقبولان منطقياً (من خلال الأسماء التي أعطيت لكل عامل). وعلى أساس هذين العاملين سيتم التحقق من نتائج البحث.

إن نتائج التحليل العاملي للمقياس العربي للوسواس القهري في هذا البحث تتشابه من حيث عدد العوامل مع نتائج دراسة عبد الخالق وآخرين (Abdel Khalek, Lester, & Barrett, 2002) الذين توصلوا إلى ثلاثة عوامل، ولكنها تختلف مع نتائج الدراسات

الأخرى، فقد توصل كل من توفيق (2000)، وعبد الخالق (Abdel-Khalek, 1998) إلى سبعة عوامل، في حين توصل العنزي (1997) إلى 12 عاملاً، أما من حيث محتوى العوامل، فقد كان محتوى العوامل المستخلصة في هذه الدراسة متسقاً مع محتوى ما توصلت إليه معظم الدراسات السابقة، وإن الفرق يتلخص في شمول عوامل الدراسة الحالية، وهذا راجع إلى قلة عددها، «فالعلاقة عكسية بين عدد العوامل المستخلصة وبين عددها» (فرج، 1988).

إن تشابه محتوى العوامل في الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة يعكس تشابه العادات والتقاليد، ومن ثم السلوكيات في البلدان العربية التي أجريت فيها تلك الدراسات، كما يمكن أن يعكس مستوى التشابه بين مكونات هذا الاضطراب عبر الثقافات، وأما اختلاف عدد العوامل في الدراسة الحالية مقارنة بالدراسات السابقة، فيمكن إرجاعه إلى خصائص العينة في كل دراسة، وإلى طبيعة مفهوم الوسواس القهري، باعتباره سمة (أو اضطراب) من سمات الشخصية.

### نتائج السؤال الثاني:

للإجابة عن السؤال الثاني «ما معدلات انتشار الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين العمانيين؟»، تم حساب النسب المئوية لتكرارات إجابات الأفراد الحاصلين على الدرجات التي تقابل المئين (95) فأعلى، وهذا المئين يشير إلى درجة خام يتفوق بها الفرد على 95% من أفراد العينة، وهو نقطة على التوزيع يقع دونها 95% من الأفراد، كما أن هذا المئين يناظر الدرجة المعيارية (2+) انحراف معياري عن المتوسط، ويستوعب 95% من الدرجات، وما زاد عنه يُعد مبعثداً كثيراً عن الدرجات السوية (Grimm, 1993, p.82)، وتطبيقاً لذلك في مجال قياس الوسواس القهري في هذه الدراسة فإن اتخاذ معيار المئين (95) وما زاد عنه، يُعد مناسباً لتحديد من يبتعد كثيراً عن الدرجات السوية، ومن ثم يمثل الأفراد الذين لديهم وسواس قهري شديد. والجدول (5) يتضمن التكرارات والنسب المئوية لمعدلات انتشار الوسواس القهري بين الأطفال والمراهقين العمانيين.

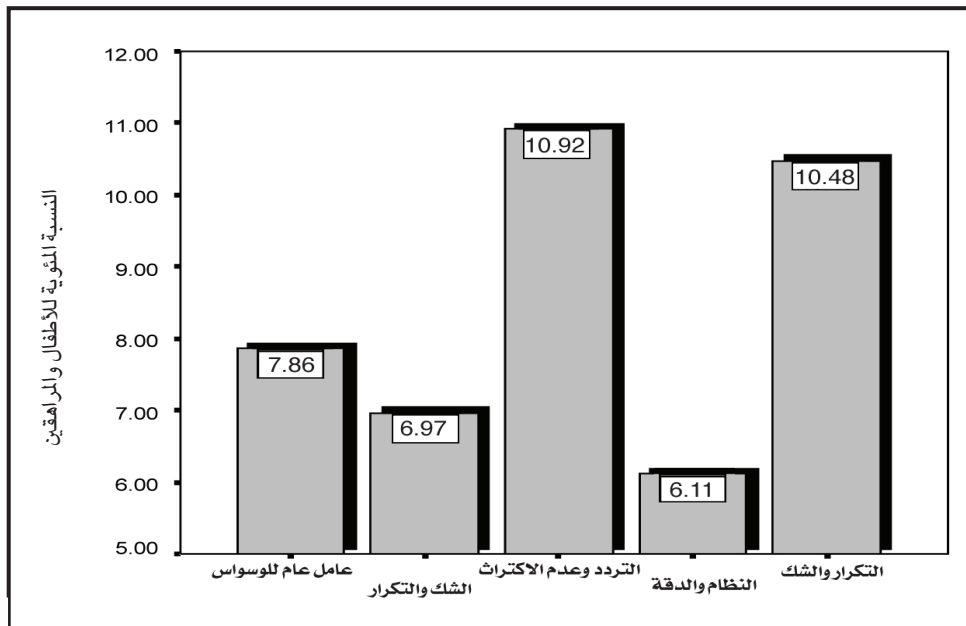


جدول (5) التكرارات والنسب المئوية لمعدلات انتشار الوسواس القهري (ن=229)

%	التكرارات	عوامل الوسواس القهري	
7.86	18	عامل عام للوسواس القهري	جميع أفراد العينة ن=229
6.97	16	الشك والتكرار	
10.92	25	التردد وعدم الاكتراث	
6.11	14	النظام والدقة	
10.48	24	التكرار والشك	
6.49	5	عامل عام للوسواس القهري	الأطفال من 7-12 سنة ن=77
10.39	8	الشك والتكرار	
9.09	7	التردد وعدم الاكتراث	
7.79	6	النظام والدقة	
11.69	9	التكرار والشك	
7.53	11	عامل عام للوسواس القهري	المراهقون من 13-18 سنة ن=146
7.53	11	الشك والتكرار	
12.33	18	التردد وعدم الاكتراث	
5.48	8	النظام والدقة	
9.59	14	التكرار والشك	

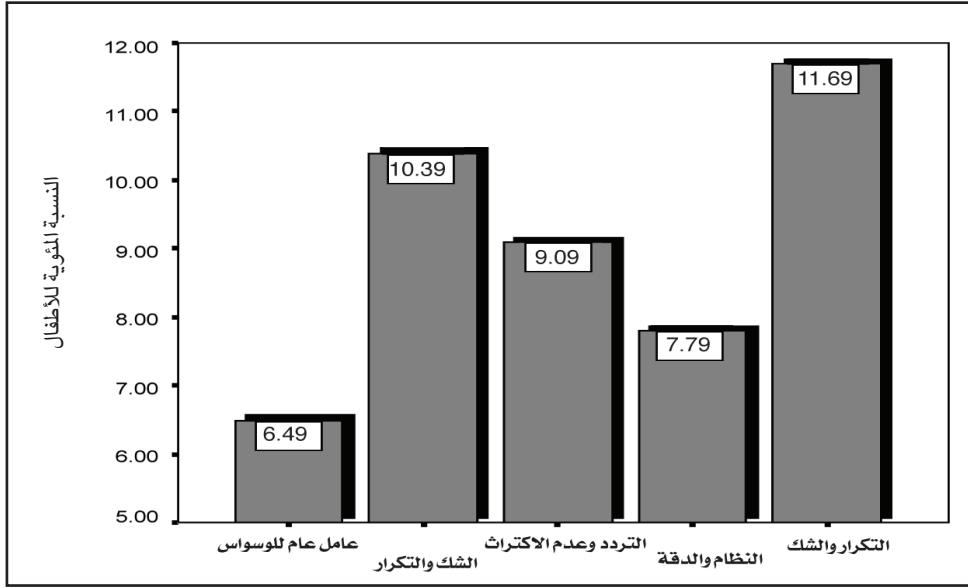
يتضح من الجدول (5) ما يلي:

1. تراوحت معدلات انتشار الوسواس لدى جميع أفراد العينة بين 6.11% (النظام والدقة)، و10.92% (التردد وعدم الاكتراث). والشكل البياني (1) يبين ذلك:



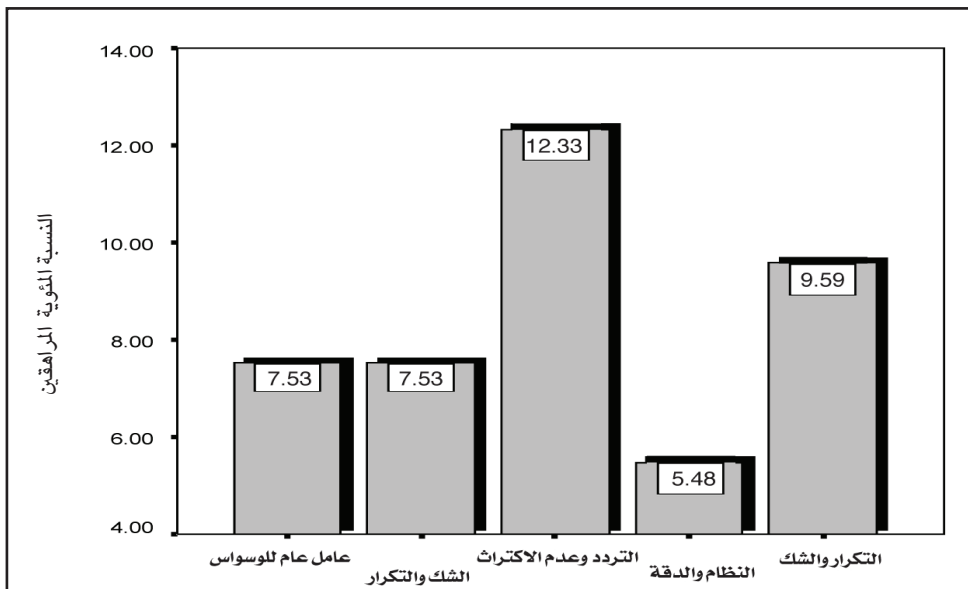
شكل (1) أعمدة بيانية توضح معدلات انتشار الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين العمانيين

2 - تراوحت معدلات انتشار الوسواس لدى الأطفال بين 6.49% (عامل عام للوسواس القهري)، و11.69% (التكرار والشك). والشكل البياني (2) يوضح ذلك:



شكل (2) أعمدة بيانية توضح معدلات انتشار الوسواس القهري لدى الأطفال العمانيين

3 - تراوحت معدلات انتشار الوسواس لدى المراهقين بين 5.48% (النظام والدقة)، و12.33% (التردد وعدم الاكتراث). والشكل البياني (3) يوضح ذلك:



شكل (3) أعمدة بيانية توضح معدلات انتشار الوسواس القهري لدى المراهقين العمانيين

وهكذا فإن مشكلة جميع أفراد العينة تتمثل في التردد وعدم الاكتراث (طبقاً للمقياس العربي للوسواس القهري)، في حين أن مشكلة الأطفال تتمثل في التكرار والشك (طبقاً لاستبانة تقدير الأبوين)، ومشكلة المراهقين تتمثل في التردد وعدم الاكتراث (طبقاً للمقياس العربي للوسواس القهري).

إن هذه النتيجة تتفق مع العديد من الدراسات السابقة (انظر: ACAP, 2003; Douglas, Moffitt, Dar, McGee, & Silva, 1995; Flament, Koby, & Rapoport, 1990; Valleni-Basile, Garrison, & Jackson, 1994)؛ حيث أشارت تلك الدراسات إلى انتشار الوسواس القهري بين صفوف الأطفال والمراهقين بشكل عام، ولكن تعتبر مشكلة التردد وعدم الاكتراث لدى الأطفال والمراهقين العُمانيين هي الأكثر. فمثلاً أشار تمبلر Templer (المذكور في توفيق، 2000) إلى أن نسبة انتشاره تصل إلى 5% من الجمهور العام، بينما أشار إنسل Insell إلى أن النسبة تتراوح بين 1.3 - 2%، في حين أشار ماركس Marks إلى أن النسبة تتراوح بين 1.6 - 2.5%.

### نتائج السؤال الثالث:

ولإجابة عن السؤال الثالث للبحث «ما دور النوع والعمر والدخل في الوسواس القهري؟»، تم استخدام تحليل للتباين الثلاثي متعدد المتغيرات ( $3 \times 3 \times 2$ ) لعوامل الوسواس القهري في المقياس والاستبانة (خمسة عوامل). وللتأكد من دلالة التأثيرات الرئيسية (main effects) (المتغيرات الديموغرافية الثلاثة)، والتأثيرات الثانوية (secondary effects) (التفاعلات الثنائية والتفاعل الثلاثي)، تم اللجوء إلى اختبار ويلكس لمبدأ. والجدول (6) يتضمن خلاصة النتائج:

جدول (6) خلاصة نتائج اختبار ويلكس لمبدأ للمتغيرات الديموغرافية وتفاعلاتها في عوامل الوسواس القهري

الدالة الإحصائية	درجات حرية الخطأ	درجات حرية الفرضية	قيمة "ف" المحسوبة	قيمة ويلكس لمبدأ	مصدر التباين
غير دالة	153	5	1.288	0.960	النوع (أ)
غير دالة	153	5	0.919	0.971	العمر (ب)
0.011	306	10	2.349	0.862	الدخل (ج)
غير دالة	153	5	0.274	0.991	(أ) × (ب)
0.027	306	10	2.069	0.877	(أ) × (ج)
غير دالة	306	10	0.823	0.948	(ب) × (ج)
غير دالة	306	10	0.765	0.952	(أ) × (ب) × (ج)

يتضح من الجدول (6) أن قيم «ف» المحسوبة على قيم ويلكس لمبدأ تشير إلى وجود فروق دالة إحصائية في متغير الدخل، وفي التفاعل الثنائي بين النوع والدخل. ومن أجل تحديد اتجاه الفروق في عوامل الوسواس القهري الدالة، تم استخدام الخطوة الثانية في تحليل التباين الثلاثي متعدد المتغيرات. والجدول (7) يتضمن خلاصة نتائج تحليل التباين الثلاثي:

جدول (7) خلاصة نتائج تحليل التباين الثلاثي متعدد المتغيرات لمعرفة دور الدخل والتفاعل بين النوع والدخل في الوسواس القهري

الدلالة الإحصائية	قيمة ف المحسوبة	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مكونات الوسواس	مصدر التباين
غير دالة	1.627	0.352	2	0.703	عامل عام للوسواس القهري	الدخل
غير دالة	0.494	0.119	2	0.238	الشك والتكرار	
غير دالة	2.960	0.869	2	1.737	التردد وعدم الاكتراث	
0.004	5.815	2.355	2	4.709	النظام والدقة	
غير دالة	0.924	0.340	2	0.681	التكرار والشك	
غير دالة	1.501	0.324	2	0.649	عامل عام للوسواس القهري	النوع × الدخل
غير دالة	0.277	0.067	2	0.133	الشك والتكرار	
غير دالة	1.278	0.375	2	0.750	التردد وعدم الاكتراث	
غير دالة	1.326	0.537	2	1.074	النظام والدقة	
0.008	4.949	1.824	2	3.648	التكرار والشك	
---	---	0.216	157	33.937	عامل عام للوسواس القهري	الخطأ
---	---	0.241	157	37.799	الشك والتكرار	
---	---	0.293	157	46.077	التردد وعدم الاكتراث	
---	---	0.405	157	63.577	النظام والدقة	
---	---	0.369	157	57.863	الشك والتكرار	

يتضح من الجدول (7) وجود تأثير دال إحصائياً للدخل في عامل واحد فقط، وهو: «النظام والدقة»، ووجود تأثير دال إحصائياً للتفاعل بين النوع والدخل في عامل واحد أيضاً وهو: «التكرار والشك». وفيما يلي عرض لاتجاه الفروق في العاملين الدالين:

1. بما أن الدخل بثلاثة مستويات، فقد تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية المتعددة في «النظام والدقة»، وأشارت النتائج إلى أن ذوي الدخل المنخفض لديهم «النظام والدقة» بدرجة أعلى من ذوي الدخل المرتفع، وأن باقي المقارنات غير دالة إحصائياً. والجدول (8) يتضمن خلاصة نتائج اختبار شيفيه:

جدول (8) خلاصة نتائج اختبار شيفيه لمتوسطات النظام والدقة

الدلالة	الاحتمال	الخطأ المعياري	فروق المتوسطات	مستويات الدخل ومتوسطاتها
غير دالة	0.207	0.11099	0.1979	منخفض (2.576) متوسط (2.365)
باتجاه المنخفض	0.001	0.13373	0.5077	منخفض (2.576) مرتفع (2.066)
غير دالة	0.100	0.14339	0.3098	متوسط (2.365) مرتفع (2.066)

2. لتحديد اتجاه الفروق في التفاعل الثنائي بين النوع والدخل في «التكرار والشك»، تم استخدام الرسم البياني، وقد أشارت نتائج التحليل إلى أن خلية (إناث-دخول مرتفع) لديها أعلى مستوى في «التكرار والشك»، وأن خلية (إناث-دخول متوسط) لديها أدنى مستوى. والشكل (4) يبين ذلك:



شكل (4) رسم بياني يوضح التفاعل بين النوع والدخل في «التكرار والشك»

إن النتائج التي توصل إليها السؤال الثالث للبحث في متغيري النوع والعمر تتفق مع ما توصلت إليه دراسة عبد الخالق والدماطي (1995)؛ حيث أشارت إلى أن الفروق في متغيري النوع والعمر الزمني غير دالة إحصائياً، وتختلف مع دراستي العنزي (1997)، وتوفيق (2000) حيث أشارت نتائجها إلى ارتفاع متوسط الإناث عن الذكور. إن عدم وجود تأثير دال إحصائياً لمتغيري النوع والعمر في عوامل الوسواس القهري، يشير إلى قوة تأثير هذه العوامل في السلوك، وعدم تأثرها بتلك المتغيرات الديموغرافية، كما تشير إلى وجود نوع من التجانس بين أفراد العينة في مدى الاستجابة للوسواس القهري؛ حيث يوجد اضطراب الوسواس القهري بدرجة واحدة تقريباً لدى جميع الأطفال والمراهقين الذين خضعوا لهذا البحث، وهذا يتطلب برامج علاجية ووقائية توجه لهم جميعاً دون استثناء.

أما تأثير متغير الدخل فقد ارتبط بالنظام والدقة، وكان الأطفال والمراهقون من ذوي الدخل المنخفض متوسطهم أعلى من باقي فئات الدخل، مما يعكس ما يدور من سلوكيات تشجع على الوسواس القهري ممثلاً بالمبالغة في النظام والدقة داخل الأسر الفقيرة، مقارنة بالأسر المتوسطة الدخل أو الأسر الغنية. كما تفاعل متغير دخل الأسرة مع نوع الطالب في التكرار والشك؛ حيث كان متوسط الإناث من ذوي الدخل المرتفع هو الأعلى مقارنة بباقي الخلايا، في



حين كان متوسط الإناث من ذوي الدخل المتوسط هو الأدنى، وهكذا فإن الإناث فرصتهن أكثر من الذكور للتعرض للوسواس القهري ممثلاً بالتكرار والشك إذا كان مستوى دخل الأسرة مرتفعاً، في حين تكون فرصتهن أقل إذا كان دخل الأسرة متوسطاً.

يمكن أن نستنتج أن الدخل المتوسط هو الأفضل من الدخل المرتفع أو المنخفض في توفير جو يسوده الأمن والاستقرار والدفء والحنان، وهذا ما ينعكس في الحصول على سلوك أكثر سواءً واستقراراً.

### نتائج السؤال الرابع:

للإجابة عن السؤال الرابع للبحث الذي ينص على «ما العلاقة بين الوسواس القهري ومتغير عدد الإخوة، وعدد الأخوات، والترتيب الولادي؟»، تم استعمال معامل ارتباط بيرسون. والجدول (9) يتضمن معاملات الارتباط:

جدول (9) معاملات ارتباط بيرسون بين العوامل الخمسة للوسواس القهري وبعض المتغيرات الديموغرافية

العينة	العوامل / المتغيرات	عدد الإخوة	عدد الأخوات	الترتيب الولادي
ذكور 118	عامل عام للوسواس القهري	0.112-	0.079-	0.147-
	الشك والتكرار	0.013	0.032	0.011
	التردد وعدم الاكتراث	* 0.192-	0.037	0.120 -
	النظام والدقة	0.121	0.095	0.120
	التكرار والشك	0.026	0.115	* 0.197
إناث 104	عامل عام للوسواس القهري	0.137-	0.005	0.116-
	الشك والتكرار	0.060	0.121	0.041
	التردد وعدم الاكتراث	0.107-	0.063-	0.085-
	النظام والدقة	0.072	0.092-	0.136-
	التكرار والشك	0.092-	0.071-	0.047-
العينة الكلية 229	عامل عام للوسواس القهري	0.118	0.034-	0.129-
	الشك والتكرار	0.056	0.076	0.042
	التردد وعدم الاكتراث	* 0.192-	0.007-	0.126-
	النظام والدقة	* 0.142	0.009	0.038
	التكرار والشك	0.018	0.025	0.108
* دال عند مستوى 0.05.				

يتضح من الجدول (9) دلالة أربعة معاملات ارتباط من بين 45 معاملاً. والارتباطات الدالة هي:

1. العلاقة بين «عدد الإخوة الذكور»، وعامل «التردد وعدم الاكتراث» علاقة سالبة ودالة في عينة الذكور وفي العينة الكلية، أي: كلما قل عدد الإخوة ازداد مستوى التردد وعدم الاكتراث.

2. العلاقة بين «الترتيب الولادي» وعامل «الشك والتكرار» علاقة موجبة ودالة في عينة الذكور، أي: أن الشك والتكرار يقل عندما يكون الترتيب صغيراً (الأول أو الثاني)، ويزداد عندما يكون الترتيب كبيراً.
3. العلاقة بين «عدد الإخوة الذكور» وعامل «النظام والدقة» علاقة موجبة ودالة، أي كلما ازداد عدد الإخوة الذكور ارتفع مستوى «النظام والدقة». وهكذا نجد أن عدد الإخوة ليس له علاقة متسقة مع الوسواس القهري.

وعلى الرغم من صعوبة تفسير العلاقة بين عدد الإخوة الذكور والترتيب الولادي من جهة، وبين الوسواس القهري من جهة أخرى، ربما بسبب عدم تناول هذا المتغير في الدراسات السابقة ووضوح دوره في الوسواس القهري، ولكن التفسير الذي يمكن أن يقدمه الباحثان في هذا المجال يربط بين كبر حجم العائلة وكثرة عدد الأطفال فيها، وبين الضغوطات التي يمكن أن يسببها على الأطفال الأكبر، أو الذين يكون ترتيبهم الولادي الأول أو الثاني؛ حيث يتوقع منهم الأهل أن يتحملوا مسؤوليات تفوق مستواهم العمري والعقلي، ويطلب الوالدان منهم المساعدة في الاهتمام بالإخوة الأصغر سناً ورعايتهم، وهذا ما أشارت إليه دراسة الرخاوي (El-Rakhawy, 1992).

#### التوصيات:

إن ارتفاع نسبة انتشار الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين العُمانيين تتطلب من الجهات ذات العلاقة (مثلاً: وزارة التربية والتعليم، ووزارة الصحة، ووزارة التنمية الاجتماعية)، في سلطنة عُمان العمل على وضع برامج وقائية وعلاجية للحد من انتشارها، والتقليل منها، لاسيما أن السلطنة إحدى الدول الموقعة على إعلان الألفية الذي أقرته 189 دولة عام 2000، والذي يتضمن خارطة طريق لمستقبل أفضل يتصدى للفقر المدقع، والجوع المفرط، ولوفيات الأطفال والأمهات، ولمرض فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب (الإيدز)، والأمراض الأخرى النفسية منها والجسمية. تعمل أهداف الألفية كإطار يجعل الرؤية التي يتصورها إعلان الألفية لعالم يسوده السلام والأمن والتضامن والمسؤولية المشتركة واقعاً حقيقياً (اليونيسيف، 2005). وعليه لابد من تعزيز الصحة النفسية للأطفال والمراهقين العُمانيين من خلال:

- 1- إعداد برامج وقائية وعلاجية.
- 2- وجود اختصاصي نفسي - تربوي في المدارس يقوم بتنفيذ البرامج الوقائية والعلاجية.
- 3- متابعة الحالات المتطرفة للأطفال والمراهقين الذين لديهم اضطراب الوسواس القهري من طبيب نفسي متخصص.
- 4- نشر الوعي الصحي عبر وسائل الإعلام المقروءة والمسموعة والمرئية.

#### المقترحات:

- استكمالاً للبحث الحالي، يقترح الباحثان إجراء الدراسات الآتية:
- 1- إجراء دراسة حالة Case Study على الطلبة الحاصلين على درجات عالية في الوسواس القهري.

2. حساب معدلات انتشار الوسواس القهري على عينات كبيرة من الأطفال والمراهقين العُمانيين، حيث إن النتيجة التي توصلت إليها الدراسة الحالية كانت على عينات صغيرة، وهي لا تعطي صورة دقيقة عن معدلات انتشار الظاهرة المدروسة.
3. زيادة حجم عينة الدراسة لتشمل جميع المناطق التعليمية في السلطنة لمعرفة أثر المنطقة على الوسواس القهري.
4. استخدام الانحدار المتعدد كوسيلة إحصائية لمعرفة المتغيرات الديموغرافية القادرة على التنبؤ بالوسواس القهري.
5. التعمق في دراسة تأثير متغير عدد الإخوة، وعدد الأخوات، والترتيب الولادي، على الوسواس القهري، وذلك على عينات أكبر، وباستخدام أدوات قياس أخرى، مثل المقابلة والملاحظة، فضلاً عن المقياس الحالي.

## المراجع

### المراجع العربية:

- إبراهيم، عبد الرحمن (2006). اضطرابات الشخصية. (الكتاب الإلكتروني الرابع). تونس: شبكة العلوم النفسية. [http://www.arabpsynet.com/pass\\_download.asp?file=104](http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=104)
- إبراهيم، محمد عبد الله (2004). إعداد صيغة موضوعية للإجابة عن اختبار تفهم الموضوع الإسقاطي TAT. أطروحة دكتوراه غير منشورة. كلية التربية، جامعة بغداد، العراق.
- أبو هندي، وائل (2003). الوسواس القهري من منظور عربي إسلامي. الكويت: سلسلة عالم المعرفة، العدد 293.
- توفيق، توفيق عبد المنعم (2000). الوسواس القهري: دراسة على عينات بحرينية. مجلة علم النفس، القاهرة، 55، 46، 77.
- سعفان، محمد أحمد إبراهيم (1996). فعالية برنامج علاجي يتكون من إعادة البناء المعرفي والواجبات المنزلية والتغذية الرجعية في علاج الوسواس والأفعال القهرية: دراسة حالة. مجلة كلية التربية بالزقازيق، 27 (ج1)، 95-136.
- شكري، عادل؛ العنزي، فريح (1995). دراسة نمائية لبعض المتغيرات الباثولوجية لدى فئات عمرية متباينة. مركز الدراسات النفسية، 6 (21)، 115-95.
- عبد الخالق، أحمد محمد (1992). المقياس العربي للوسواس القهري. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد الخالق، أحمد محمد؛ الدماطي، عبد الغفار (1995). الوسواس القهري: دراسة على عينات سعودية. دراسات نفسية. تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، 5 (1)، 1-17.
- العنزي، فريح عويد (1997). الوسواس القهري لدى الأطفال الكويتيين. دراسات نفسية-تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، 7 (2)، 181-202.
- فرج، صفوت (1988). التحليل العاملي في العلوم السلوكية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- فرج، صفوت (1999). العلاقة بين سمات الشخصية والوسواس القهري. وقائع مؤتمر الخدمة النفسية والتنمية، ص ص 497-538، الكويت: جامعة الكويت.
- مجمع اللغة العربية (1985). المعجم الوسيط. ج 2. القاهرة: مجمع اللغة العربية.
- منظمة الصحة العالمية (1999). المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض: تصنيف الاضطرابات

النفسية والسلوكية: الأوصاف السريرية والدلائل الإرشادية التشخيصية. القاهرة: المكتب الإقليمي لشرق المتوسط.

اليونيسيف (2005). وضع الأطفال في العالم 2006: المَقْصُون والمحبوبون. عمان: مكتب اليونيسيف الإقليمي للشرق الأوسط وشمال أفريقيا.

### المراجع الأجنبية :

Abdel-Khalek, A. M. (1998). The development and validation of the Arabic obsessive compulsive scale. *European Journal of Psychological Assessment*, 14 (2), 146-158.

Abdel-Khalek, A. M., Lester, D., & Barrett, P. (2002). The factorial structure of the Arabic Obsessive-Compulsive Scale in Kuwaiti and American college students. *Personality and Individual Differences*, 33, 3-9.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), (2003). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Retrieved (September 30, 2003), <http://www.aacap.org/publications/factsfam/ocd.htm>

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV* (4<sup>th</sup> ed.). Washington: APA.

Douglas, H. M., Moffitt, T. E., Dar, R., McGee, R., & Silva, P. (1995). OCD in a birth cohort of 18 years olds: prevalence and predictors. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, (34), 1424-1431.

El-Rakhawy, M. Y. (1992). Some variables related to the obsessional manifestations and symptoms in children attending psychiatric clinics. (Unpublished MA thesis), Cairo University, Egypt.

Flanment, M. F., Koby, E., & Rapoport, J. L. (1990). Childhood obsessive-compulsive disorder: a prospective follow-up study. *Journal of Child Psychological Psychiatry*, (31), 363-380.

Grimm, L. G. (1993). *Statistical Application for the Behavioral Sciences*. New York: John Wiley.

Guggisberg, K. W. (2005). Methodological review and meta analysis of treatments for child and adolescent obsessive-compulsive disorder. *Dissertations Abstracts International (DAI-B)*, 66/02, 1170.

Leonard, H. L., Swedo, S. E., & Lenane, M. (1993). A two to seven years follow-up study of 54 obsessive-compulsive disorder children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry*, (50), 429-439.

Okasha, A. (2001). OCD: A transcultural approach from an Egyptian Islamic perspective. In: Okasha, A. & Maj, M. (Editors). *Images in psychiatry an Arab perspective*. Cairo: WPA, Scientific Book House.

Okashas, A., Raafat, M., Seif Al-Dawla, A., & Effat, S. (1991). Obsessive-compulsive disorder in different cultures: an Egyptian perspective. *Egyptian Journal of Psychiatry*, 14, 15-30.

Sue, D., Sue, D., & Sue, S. (1990). *Understanding abnormal behavior*. Boston: Houghton Mifflin.

Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Hamlin, C., Foa, E. B., & Synodi, D. S. (2002). Attributions for thought suppression failure in obsessive-compulsive disorder, *Cognitive Therapy Research*, 26 (4), 505-517.

Valleni-Basile, L. A., Garrison, C. Z., & Jackson, K. L. (1994). Frequency of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescent. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, (33), 782-791.

بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة السلطان قابوس  
كلية التربية - قسم علم النفس

## ملحق (1)

أعزّاءنا الطلاب والطالبات  
تحية طيبة وبعد....

نرجو قراءة العبارات التالية، والإجابة عنها بما ينطبق على سلوكك اليومي، وذلك بوضع إشارة (✓) في المكان المناسب.  
علما بأن الاستبانة الحالية تتعلق بدراسة علمية، ولا علاقة لها بدرجاتك في المدرسة، لذلك نرجو الإجابة عن جميع الأسئلة، ولكم خالص الشكر والتقدير...

الباحثان

أ. تغريد بنت تركي آل سعيد

د. علي مهدي كاظم

م	الفقرات	نعم	أحياناً	لا
1	أحب أن أعمل الأشياء ببطء حتى أتأكد من إنجازها بطريقة سليمة.			
2	أغسل يداي عدداً كبيراً من المرات كل يوم.			
3	أكرر العبارات التي أتحدث بها مرات عديدة.			
4	تسيطر عليّ عادات خاصة لا أستطيع تغييرها.			
5	لا أهتم بما يقوله الناس عني.			
6	أشك في كل عمل أقوم به.			
7	أتردد قبل أن أقوم بأي عمل.			
8	أنسى الأشياء المزعجة أو المؤلمة بسرعة.			
9	قبل النوم أتأكد عدة مرات من أنني أغلقت الأبواب والشبابيك.			
10	أجد نفسي أفكر في أغنية معينة أو شخص ما لفترة طويلة.			
11	أجد نفسي مضطراً لأن أرتب الأشياء بطريقة معينة.			
12	عندما ارتكب خطأ ولو بسيطاً أحس أن هناك مصائب ستحدث.			
13	لا أحب النظام الصارم الشديد.			
14	أحس أن أشياء تافهة أو غير مهمة كثيرة تشغلني.			
15	لا أهتم بالتفاصيل الدقيقة لأي موضوع أو أي عمل.			
16	أنا غير مجبر على عمل أشياء معينة.			
17	أنا شخص دقيق ومرتب ومنظم.			
18	تسيطر عليّ أفكار مزعجة.			
19	أحب أن أعيد الأعمال التي أقوم بها مرات ومرات.			
20	أحب أن اتخذ القرار بسرعة.			
21	تسيطر عليّ أفكار سيئة ولا أستطيع التخلص منها.			
22	لا أقوم بتكرار عمل شيء دون هدف محدد.			
23	عندما أخطئ أشعر بالضيق ولا أستطيع النوم.			
24	لا أستمتع بحياتي مثل زملائي.			
25	عند صعودي السلم (الدرج) أقوم بعد الدرجات.			
26	أنا متفائل.			
27	أجد نفسي مضطراً لعمل أشياء لا قيمة لها.			
28	أنا شخص شكاك (موسوس).			
29	أستطيع حسم أي أمر من الأمور بسرعة.			
30	تخطر على بالي أسئلة لا أستطيع أن أجيب عليها.			



بسم الله الرحمن الرحيم

ملحق (2)

جامعة السلطان قابوس  
كلية التربية - قسم علم النفس

الأعزاء أولياء أمور الطالب

تحية طيبة وبعد....

نرجو التكرم بإبداء المساعدة الممكنة في سبيل إنجاز دراسة علمية تتعلق ببعض جوانب شخصية الطفل العُماني؛ لذا نرجو أن تتكرموا بالإجابة عن الأسئلة المدرجة أدناه، وإعادة الاستمارة إلى إدارة المدرسة، ومن الله العون والتوفيق.....

الباحثان

د. علي مهدي كاظم  
أ. تغريد بنت تركي آل سعيد

تعليمات الإجابة:

ما درجة توافر الممارسات السلوكية التالية لدى ابنكم / ابنتكم خلال الأسابيع الماضية؟  
يرجى إعطاء درجة واحدة لكل ممارسة سلوكية وفقاً للبدائل الآتية:

بدرجة كبيرة	بدرجة متوسطة	بدرجة قليلة	غير موجودة
4	3	2	1

م	الممارسات السلوكية	درجة التوافر
1	الاهتمام الزائد بالنظافة.	
2	التنظيم والدقة الصارمة.	
3	الشكوك الدينية.	
4	السؤال المتكرر عن شيء ما.	
5	تكرار لا إرادي لأصوات أو كلمات معينة.	
6	غسيل الأيدي أو الأشياء بشكل مبالغ فيه.	
7	التأكد من غلق الأبواب.	
8	اللمس بطريق معينة.	
9	العد بشكل مستمر حتى رقم معين.	

معلومات عامة: (يرجى الإجابة عنها بما هو مناسب)

1. جنس الطفل  ذكر  أنثى
2. العمر الزمني للطفل:  سنة.
3. عدد الإخوة (الذكور):
4. عدد الأخوات (الإناث):
5. ترتيب الطفل بين الإخوة والأخوات:
6. دخل الأسرة ( بما فيه دخل الزوج والزوجة ):  ريالاً عُمانياً .