



إدراك المرض لدى المصابين باضطراب الوسواس القهري (دراسة سيكومترية إكلينيكية)

إعداد

عزه بنت عبدالله بن أحمد المحرزية

رسالة مقدمة استكمالاً لمتطلبات الحصول
على درجة الماجستير في التربية تخصص الإرشاد النفسي

القسم علم النفس

الكلية الآداب والعلوم الإنسانية

جامعة الشرقية

سلطنة عمان

2024 م / 1446 هـ

إدراك المرض لدى المصابين باضطراب الوسواس القهري
(دراسة حالة سيكومترية إكلينيكية)

إعداد:

عزه بنت عبدالله بن أحمد المحرزية

رسالة مقدمة استكمالاً لمتطلبات الحصول

على درجة الماجستير في التربية

تخصص الإرشاد النفسي

لجنة الإشراف

مشرفاً رئيسياً

د. عامر بن سالم الحبسي

مشرف ثان

د. أمينة بن قويدر

2024 م / 1446 هـ

قرار اللجنة المناقشة

إدراك المرض لدى المصابين بالوسواس القهري (دراسة إكلينيكية)

أعدتها الطالبة: عزة بنت عبدالله بن أحمد المحرزي

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ 16 / 10 / 2024م

المشرف الثاني

أمينة بن قويدر

المشرف الرئيس

عامر الحبسي

أعضاء لجنة المناقشة

م	صفته في اللجنة	الاسم	الرتبة الأكاديمية	التخصص	الكلية/ المؤسسة	التوقيع
1	رئيس اللجنة	د. امجد جمعة	أستاذ مشارك	علم النفس التربوي	جامعة الشرقية	
2	المناقش الخارجي	د. رامي طشطوش	أستاذ مشارك	الإرشاد النفسي	جامعة السلطان قابوس	
3	المناقش الداخلي	د. جوخة الصوالي	أستاذ مشارك	الإرشاد النفسي	جامعة الشرقية	
4	المشرف الرئيس	د. عامر الحبسي	أستاذ مساعد	الإرشاد النفسي	جامعة الشرقية	

سُورَةُ النَّاسِ

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قُلْ أَعُوذُ بِرَبِّ النَّاسِ ﴿١﴾ مَلِكِ النَّاسِ ﴿٢﴾ إِلَهِ

النَّاسِ ﴿٣﴾ مِنْ شَرِّ الْوَسْوَاسِ الْخَنَّاسِ ﴿٤﴾ الَّذِي

يُوسَّوِسُ فِي صُدُورِ النَّاسِ ﴿٥﴾

مِنَ الْجِنَّةِ وَالنَّاسِ ﴿٦﴾

إقرار الباحث

أقر بأن المادة العلمية الواردة في هذه الرسالة قد تم تحديد مصدرها العلمي وأن محتوى الرسالة غير مقدم للحصول على أي درجة علمية أخرى، وأن مضمون هذه الرسالة يعكس آراء الباحث الخاصة وهي ليست بالضرورة الآراء التي تتبناها الجهة المانحة.

الاسم: عزة بنت عبدالله بن أحمد المحرزي

التوقيع: 

إهداء

إلى كافة الباحثين في علم النفس، الذين يسعون دومًا لفهم أعماق النفس البشرية، أهدي هذا العمل المتواضع، راجيةً أن يكون لبنة في بناء المعرفة.

إلى أسرتي العزيزة، التي كانت دومًا سندي ودعمي في كل خطوة خطوتها، أهدي هذا الإنجاز.

إلى أُمي الحنونة، التي غرست فيّ حب العلم والسعي نحو الأفضل، أهديك ثمرة جهدك وتضحياتك.

إلى إخوتي الأعزاء، الذين كانوا لي العون والرفيق في مسيرتي، أهديكم هذا النجاح.

إلى زوجي الحبيب، الذي كان لي الدعم والسند في كل لحظة، أهديك هذا العمل تقديرًا لوقوفك بجانبني.

إلى أولادي الأحباء، الذين هم مصدر إلهامي ودافعي نحو التقدم، أهديكم هذا الإنجاز، راجية أن يكون لكم قدوة في السعي نحو تحقيق الأحلام.

أهداء إلى الجميلة الرائعة الصبورة أبنتي الاميرة فاطمة والتي رحلنا سويًا في رحلة علاجها ودراستي وصبرها على دراستي أثناء مرضها أتمنى لها الشفاء التام وبإذن الله تعالى أشوفها في أعلى المراتب.

الباحثة

شكر وتقدير

من لا يشكر الناس لا يشكر الله، لذا أتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى كل من ساهم في إنجاز هذه الرسالة

إلى الدكتور عامر بن سالم الحبسي، مشرف الرسالة، الذي منحني كل الوقت والجهد لمراجعة ومتابعة رسالتي، فلك مني كل الشكر والامتنان على دعمك الدائم ومتابعتي المستمرة لإنجاز هذه الرسالة العلمية

إلى الدكتورة العزيزة أمينة بنت قويدر، التي كانت الداعم والسند لي في هذه الرحلة العلمية، أكن لك كل الشكر والتقدير مهما قلت لن أوفيك حقك بالشكر.

إلى الدكتورة جوخة الصوافية التي كانت موجهي ومرشدي والسند الذي أستند عليه منذ انطلاق رحلة الماجستير.

إلى كافة المرضى المراجعين الذين شاركوني الرحلة البحثية والذين لولاهم لم تتجح رحلتي البحثية أتمنى لكم الشفاء ومزيداً من العطاء فانتم قادرون على التحدي.

إلى كافة الدكاترة في قسم علم النفس، الذين لم يبخلوا عليّ بالنصح والإرشاد، لكم مني كل التقدير والاحترام.

إلى الدكتور أحمد قمصان، طبيب الأمراض النفسية بمركز إبراء الصحي، الذي كان له دور كبير في دعمي ومساندتي، لك مني كل الشكر والعرفان.

إلى الفاضل الدكتور أحمد بن سعيد السعيدي، مدير عام الخدمات الصحية بمحافظة شمال الشرقية، الذي لم يتوان عن تقديم الدعم والمساندة، لك مني كل الشكر.

ملخص الدراسة

إدراك المرض لدى المصابين باضطراب الوسواس القهري

(دراسة سيكومترية إكلينيكية)

الباحثة: عزة بنت عبدالله بن أحمد المحرزي الإشراف: د. عامر بن سالم الحبسي

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على إدراك المرض لدى المصابين باضطراب الوسواس القهري وعلاقته ببعض المتغيرات، ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الباحثة المنهج المختلط (الكمي والكيفي) وعينتين: العينة الأولى مكونة من 210 مصاب بالوسواس القهري، أما العينة الثانية فقد كانت مكونة من خمس حالات تم اختيارهم بالطريقة القصدية من المرضى المشخصين باضطراب الوسواس القهري في عيادة الصحة النفسية بمركز إبراء الصحي في سلطنة عمان. وقد استخدمت الباحثة كل من مقياس بيل براون للوسواس القهري ومقياس إدراك المرض الذي تم تطويره للدراسة. وأظهرت النتائج أن مستوى إدراك عالي نسبياً لأعراض المرض، حيث تراوحت درجات مقياس إدراك المرض بين 158 و182 من أصل 215. يعكس هذا المستوى المرتفع وعياً جيداً لدى المرضى بوجود المشكلة تؤثر على حياتهم اليومية. كما كشفت الدراسة عن تنوع كبير في تفسيرات المرضى لأسباب اضطرابهم، حيث اعتمد 40% منهم على تفسيرات علمية ونفسية، بينما لجأ 60% إلى تفسيرات ثقافية وروحانية. أما فيما يتعلق بالعلاقة بين إدراك المرض والالتزام بالعلاج، أظهرت النتائج أن في 65% من الحالات، ارتبط الفهم العميق للمرض بالالتزام أفضل بالعلاج. أبرزت النتائج أيضاً تأثيراً واضحاً لإدراك المرض على التوجه العلاجي، حيث أن 75% من المرضى الذين فهموا اضطرابهم من منظور طبي ونفسي كانوا أكثر ميلاً للتوجه نحو العلاجات المتخصصة. في المقابل، 80% ممن ربطوا مرضهم بأسباب روحانية فضلوا في البداية العلاجات التقليدية. من

الملاحظات المهمة أن 55% من المرضى تحولوا تدريجياً من العلاجات التقليدية إلى الطبية
والنفسية مع زيادة فهمهم لطبيعة اضطرابهم. كما أظهر 70% من المرضى الذين تلقوا تثقيفاً
صحيحاً تحسناً في توجههم نحو العلاجات الفعالة. أوصت الدراسة بتطوير برامج تثقيفية
مخصصة لمرضى الوسواس القهري تراعي خلفياتهم الثقافية، وإجراء تقييم شامل لإدراك
المريض في بداية العلاج، ودمج تقنيات العلاج المعرفي السلوكي مع الأساليب التي تراعي
الجوانب الثقافية والروحانية للمريض. كما دعت إلى تطوير سياسات صحية تدعم التوعية
المجتمعية وتقليل الوصمة المرتبطة بالاضطرابات النفسية.

الكلمات المفتاحية: إدراك المرض، اضطراب الوسواس القهري، مرضى الوسواس القهري.

Abstract

(Illness perception among people with obsessive–compulsive disorder)

(A psychometric clinical case study)

Researcher: Azza Abdullah Ahmed Al Mahrezi

Supervision: Dr. Amer Salem Al Habsi

This study aimed to identify the perception of illness among people with obsessive-compulsive disorder and its relationship to some variables. To achieve this goal, the researcher used a mixed approach (quantitative and qualitative) and two samples: the first sample consisted of 210 people with obsessive-compulsive disorder. In contrast, the second sample was composed of five selected cases, by intentional method from patients diagnosed with obsessive-compulsive disorder in the mental health clinic at the Ibra Health Center in the Sultanate of Oman. The researcher used both the Bell-Brown Obsessive-Compulsive Scale and the Illness Perception Scale that was developed for the study. The results showed a relatively high level of awareness of the symptoms of the disease, as the scores on the illness awareness scale ranged between 158 and 182 out of 215. This high level reflects patients' good awareness of the existence of the problem affecting their daily lives. The study also revealed a great diversity in patients' explanations for the causes of their disorder, with 40% of them relying on scientific and psychological explanations, while 60% resorted to cultural and spiritual explanations. As for the relationship between awareness of the disease and adherence to

treatment, the results showed that in 65% of cases, a deeper understanding of the disease was associated with better adherence to treatment. The results also highlighted a clear effect of disease perception on treatment orientation, as 75% of patients who understood their disorder from a medical and psychological perspective were more likely to seek specialized treatments. In contrast, 80% of those who linked their illness to spiritual causes initially preferred traditional treatments. An important observation is that 55% of patients gradually switched from traditional to medical and psychological treatments as their understanding of the nature of their disorder increased. Also, 70% of patients who received health education showed an improvement in their orientation towards effective treatments. The study recommended developing educational programs specifically for OCD patients that take into account their cultural backgrounds, conducting a comprehensive assessment of the patient's perception at the beginning of treatment, and integrating cognitive-behavioral therapy techniques with methods that take into account the patient's cultural and spiritual aspects. It also called for developing health policies that support community awareness and reduce the stigma associated with mental disorders. Keywords: awareness of illness, obsessive-compulsive disorder, obsessive-compulsive disorder patients.

"قائمة المحتويات"

الموضوع	الصفحة
ت	قرار لجنة المناقشة
ج	الإقرار
ح	الإهداء
خ	شكر وتقدير
د	ملخص الدراسة
ر	Abstract
ز	قائمة المحتويات
ط	قائمة الجداول
ظ	قائمة الأشكال
ظ	قائمة الملاحق

الفصل الأول: مدخل الدراسة

1

2	المقدمة
6	مشكلة الدراسة
9	أسئلة الدراسة
9	أهداف الدراسة
10	أهمية الدراسة
11	حدود الدراسة

الموضوع	الصفحة
14	الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة
14	الإطار النظري
15	تمهيد
16	المحور الأول: إدراك المرض
16	مفهوم الإدراك
17	مفهوم ادراك المرض
20	أهمية ادراك المرض
23	العوامل المؤثرة في إدراك أعراض المرض
24	مكونات إدراك المرض
26	علاقة إدراك المرض بالعلاج
28	النظريات المفسرة لأدراك المرض
28	النظرية العقلية (الإدراك المجرد)
30	النظرية الحسية التجريبية
33	النظرية الجشالتية (انتظام الأشياء)
35	النظرية الظواهراتية (الفينومينولوجية)
38	المحور الثاني: الوسواس القهري
38	تعريف للوسواس القهري
41	الصورة الإكلينيكية للوسواس القهري

45	أعراض الوسواس القهري
49	أسباب الإصابة بالوسواس القهري
51	طرق تشخيص الوسواس القهري
54	المحور الثالث: النظريات التي فسرت الوسواس القهري
54	نظرية التحليل النفسي
58	النظرية السلوكية
60	النظرية المعرفية
64	نظرية التعلم الاجتماعي
65	علاقة الوسواس القهري بالأمراض الأخرى
67	طرق علاج الوسواس القهري
70	الدراسات السابقة
70	المحور الأول: الدراسات التي تناولت إدراك المرض
76	المحور الثاني: الدراسات التي تناولت الوسواس القهري
84	التعقيب على الدراسات السابقة
87	أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة
88	أوجه التميز في الدراسة الحالية

الصفحة

الموضوعات

89

الفصل الثالث: منهجية الدراسة وإجراءاتها

90

تمهيد

90	منهج الدراسة
90	مجتمع الدراسة
91	عينة الدراسة
92	أدوات الدراسة
100	إجراءات الدراسة
101	الأساليب الإحصائية المستخدمة

الصفحة

الموضوعات

102	الفصل الرابع: الجانب التطبيقي ونتائج الدراسة ومناقشتها
103	تمهيد
103	تحليل وتفسير ومناقشة النتائج السيكومترية
103	السؤال الأول
112	السؤال الثاني
118	تحليل الحالات وتفسير ومناقشة الأسئلة
118	الحالة الأولى
125	الحالة الثانية
132	الحالة الثالثة
139	الحالة الرابعة
146	الحالة الخامسة
152	تحليل وتفسير ومناقشة نتائج الأسئلة
152	السؤال الثالث
157	السؤال الرابع
160	السؤال الخامس

166	مناقشة تحليل جميع نتائج المقاييس المطبقة على الحالات
168	مناقشة نتائج جميع الحالات
172	توصيات الدراسة
173	اقتراحات للدراسات المستقبلية
174	الخاتمة

مراجع الدراسة وملاحقها

175	المراجع باللغة العربية
182	المراجع باللغة الإنجليزية
186	ملاحق الدراسة

فهرس الجداول

الصفحة	العنوان	م
94	توزيع الفقرات على محاور المقياس	1
95	معاملات الارتباط بين الفقرة والدرجة الكلية والمجال التي تنتمي إليه	2
97	ارتباط المحاور مع بعضها ومع الدرجة الكلية للمقياس	3
98	الثبات وفق معامل كرونباخ ألفا وطريقة التجزئة النصفية	4
99	دلالات المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد عينة الدراسة باستخدام مقياس ليكرت الخماسي	5
104	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتبة والمستوى للمقياس ككل	6
104	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحور ادراك أعراض الوسواس القهري	7
106	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحور المعتقدات المرتبطة بالوسواس القهري	8
108	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحور الأسباب	9
113	متوسط الرتب وقيمة مان وتني ومستوى الدلالة لمتغير الجنس	10
113	متوسط الرتب وقيمة كروسكال ودرجة الحرية ومستوى الدلالة بالنسبة لمتغير العمر	11
114	اختبار مان وتني لأجراء المقارنات البعدية بين مستويات العمر	12
118	نتائج المقاييس للحالة الأولى	13
125	نتائج المقاييس للحالة الثانية	14
132	نتائج المقاييس للحالة الثالثة	15
139	نتائج المقاييس للحالة الرابعة	16
146	نتائج المقاييس للحالة الخامسة	17

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	م
42	شكل الدماغ	1

فهرس الملاحق

الصفحة	العنوان	م
187	أستمارة ملاحظة سلوكيات مريض اضطراب وسواس قهري	1
188	دليل المقابلة	2
190	تعهد مشاركة مبحوث	3
192	الصورة الأولية لمقياس ادراك المرض لدى المصابين باضطراب الوسواس القهري	4
198	قائمة المحكمين	5
199	مقياس بيل براون للوسواس القهري	6
204	الصورة النهائية لمقياس ادراك المرض لدى المصابين باضطراب الوسواس القهري	7
210	موافقة وزارة الصحة	8
211	موافقة المركز الوطني للإحصاء والمعلومات	9
212	تسهيل مهمة باحث	10

الفصل الأول مدخل الدراسة

المقدمة
مشكلة الدراسة
أسئلة الدراسة
فرضيات الدراسة
أهداف الدراسة
أهمية الدراسة
حدود الدراسة
مفاهيم الدراسة

1.1 المقدمة

تعد الصحة النفسية غاية ينشدها الجميع أفراداً ومجتمعات، في ظل الأحداث الصعبة والضغط النفسية التي يتعرض لها الأفراد، الأمر الذي يتطلب البحث والتمحيص في الاضطرابات النفسية التي يصاب بها الأفراد في محاولة للتخفيف من أعراضها، وعلاجها، وتفسير أسبابها، بالشكل الذي يسهم في إعادة التوازن للمصابين بها، ويعيدهم إلى دائرة التعافي من جديد، و لعل الوسواس القهري أحد الاضطرابات النفسية التي تهدد الصحة النفسية للفرد، وهو ينتشر في معظم المجتمعات، وتتشابه أعراضه، بل تكاد الصورة الإكلينيكية له تكون واحدة في كل الثقافات.

اضطراب الوسواس القهري (OCD) هو اضطراب نفسي مزمن يسبب أفكاراً ووساوساً غير مرغوب فيهما، وأفعال متكررة (إكراهات) في حياتهم اليومية، والتي لا يمكن تجاهلها بحيث يمكن أن تعطل سير حياتهم، ويعد الوسواس القهري رابع أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً في العالم، ويختلف انتشاره حسب العمر والمناطق وغيرها، كما أنه يصيب الإناث بدرجة أعلى بقليل من الذكور، ويتراوح متوسط العمر لبداية ظهوره بين المراهقة المبكرة منتصف العشرينات، ويقدر معدل انتشار الوسواس القهري مدى الحياة بنسبة تتراوح بين 1,1 إلى 3,3 بمعدل 2,3% (Taher et al., 2023).

يؤثر اضطراب الوسواس القهري بشكل رئيس على أداء الفرد وتوافقه، ويقيد مجاله الحيوي، وقد يؤدي في الحالات الشديدة إلى شلل الإرادة بشكل كبير، حيث إن ثلثي المصابين بالوسواس القهري تصاحبهم معاناة من اضطراب نفسي آخر كالاكتئاب والقلق والمخاوف، كما وجد أن حوالي (40%) من مرضى الوسواس القهري يعانون

من اضطرابات النوم، مما جعل منه أكثر الاضطرابات التي تسبب ألمًا ومعاناة، وتشكل تحديًا كبيرًا للمعالجين النفسيين، مما دفع الكثير من العلماء والباحثين لتقديم نماذج نظرية متجددة لتفسير وعلاج هذا الاضطراب (بلحسيني، 2017). ويظهر مرض الوسواس القهري عادة في الشخصيات التي لديها القابلية للاضطراب والتي تتميز بعدم المرونة، وصعوبة التكيف، والتأقلم مع الظواهر المختلفة، مع تفضيل النظام والروتين، والدقة في جميع الأعمال، كما أن من أهم أعراضه تلك الصور والأفكار التي تسيطر على المريض، وتتردد في تفكيره، وتتمثل في اندفاعه برغبة جامحة إلى القيام بسلوكيات وأعمال لا يرضى عنها، والتي يحاول مقاومتها ولكنه يعجز عن ذلك، وقوة الأفكار واجترار، كما تتنابه أفكار سلبية وأسئلة وتكهنات لا يمكن الإجابة عنها، والمخاوف القهرية، والتي تكون وسيلة للهروب من الموقف القهري الذي يعيشه (عبدالله، 2017).

وبشكل عام فإن الأسباب المؤدية إلى الإصابة بالوسواس القهري غير معروفة بشكل محدد، على وجه الدقة، ولكن توجد العديد من العوامل التي تؤدي إليه، منها: الاستعداد الوراثي، والعوامل البيولوجية، والصراعات النفسية، وعدم الثقة بالنفس، والخوف الشديد، والإحباط المستمر (سلامة، 2015).

كما أشار بيدلي وأخرون (Pedley et al . 2019) إلى أن اضطراب الوسواس القهري عبارة عن مشكلة صحية عقلية خطيرة تسبب ضعفًا كبيرًا وانخفاضاً في جودة الحياة، على الرغم من إن البعض يستفيد بشكل كبير من العلاجات النفسية، إلا أن نسبة كبيرة من الأشخاص الذين يعانون من الوسواس القهري ينسحبون من العلاج أو يفشلون في الاستفادة

منه، وتفترض النماذج النظرية، مثل نموذج الحس السليم، أن إدارة الفرد أمراضه الجسدية تعتمد على إدراكه لها، وحالته الصحية والنفسية والجسدية، وإن تحديد كيفية إدراك الأشخاص الذين يعانون من الوسواس القهري لحالتهم يمكن أن يؤدي إلى رؤية مهمة من شأنها تحسين علاج الوسواس القهري. حيث إن العجز الإدراكي العصبي يمثل أحد صفات المصابين بهذا الاضطراب وهو أحد الصفات الشائعة لدى مرضى اضطراب الوسواس القهري، ويؤثر على عدة جوانب من الأداء المعرفي مثل المرونة المعرفية واتخاذ القرارات والذاكرة التنفيذية. تعد هذه الجوانب المعرفية ذات أهمية حيوية في تحديد فهم المرض وإدارته بين المرضى

(نجيب وهاشم، 2021). ويعتد الإدراك الصحيح للمرض من العوامل المهمة التي تحدد مستوى فاعلية العلاج، حيث إن إدراك الفرد لما يعانيه، ينعكس على تصور وإدراك الفرد حول الوضعية الصحية الجديدة، ونظرًا لأن خوف الفرد الشديد من أعراض معينة مصاحبة لمرضه سواءً أكانت تلك الأعراض نفسية أو جسدية أو اجتماعية تسبب للفرد قلقًا شديدًا، مما يؤثر على التنظيم الذاتي للفرد، وبالتالي ظهور المشاكل الصحية (Alkozei et al., 2015).

حيث إن الاعتقاد بأن الفرد يستطيع إكمال حياته بصورة أحسن له دور كبير في التأثير على تنمية شعوره بالتحكم والمحافظة على وضعه الصحي، كما أن الطريقة التي يدرك بها الفرد صورة المرض واستراتيجية التعامل التي يستخدمها معه، وهما متغيران لهما دور كبير في تكيف المريض مع مرضه وأيضاً مدى الاستجابة الفسيولوجية للعلاج المقدم له (بن سكيريفة وبن زاهي، 2015).

عملية إدراك المريض لمرضه تتشكل نتيجة مجموعة أو سلسلة من المصادر المعرفية أهمها التصورات الذهنية الجماعية تجاه مرضه، بالإضافة إلى المعطيات الطبية التي يقدمها له طاقم الرعاية الصحية، ومجموع خبرات المريض نفسه من معاناته مع المرض (أبركان، 2013).

ووفقاً لنموذج ليفينثال وهو نموذج التنظيم الذاتي للصحة والمرض، والذي تم تطويره لشرح الفروق في السلوك المرتبط بالمرض، فإن إدراك المرض له خمس مكونات متميزة هي: - الهوية - السبب - الجدول الزمني - العواقب، إمكانية التحكم المدركة، حول إدراك المرض لدى الأشخاص الذين يعانون من مجموعة واسعة من مشاكل الصحة الجسدية والعقلية إن طريقة إدراك المرضى لمرضهم لها تأثير كبير على استراتيجيات التعامل مع المرض، وخطة العلاج، والالتزام بها، وتحقيق النتائج (Fernández de la Cruz et al., 2016).

حيث يتكون لدى الفرد الإدراك لمرضه من خلال المعلومات الأساسية المتعلقة بالمرض: فهوية المرض (Identity) أو تصنيفه فتشير إلى اسمه، أما عواقبه (Consequences) وتتضمن الأعراض والمعالجة التي يتطلبها، ومقدار اعتقاد الفرد بأن للمرض تأثيراً على حياته، وتتعلق أسبابه (Causes) بالعوامل التي يعتقد الشخص أنها أدت إلى ظهوره، وتشير ديمومته (Duration) إلى التوقعات المتعلقة بالفترة التي يستمر فيها وجوده ، ويحدد الشفاء (Cure) اعتقاد الفرد بإمكانية الشفاء من المرض عن طريق العلاج المناسب، وتتشكل هذه المفاهيم المرتبطة بالمرض في مرحلة مبكرة من العمر (تايلور، 2008).

وتسمى هذه النظرة الشخصية "تمثيلات المرض"، وتتغير هذه التمثيلات بمرور الوقت وتؤثر بشكل مباشر على استراتيجيات التعامل المستخدمة مع المشاكل والعواطف المرتبطة بالمرض والالتزام بالعلاج (Vélez & Bosch, 2015).

والمريض هنا يخلق انطباعات عامة ومعتقدات معينة حول هذا المرض أو وعلاجه في ذهنه، والمعتقدات التي لدى المرضى حول الخصائص المختلفة لمرضهم (حميداني، 2023).

وتتناول الباحثة في هذه الرسالة موضوع إدراك المرض لدى المصابين باضطراب الوسواس القهري، مستكشفة الطرق التي يفهم بها المرضى حالتهم وكيف يؤثر هذا الإدراك على تجربتهم للمرض واستجاباتهم للعلاج، كما تقوم بتحليل العوامل المختلفة التي تسهم في تشكيل إدراك المرض، بما في ذلك الأبعاد النفسية والاجتماعية والثقافية، وكيف يمكن أن تؤثر هذه العوامل على النتائج العلاجية، وسيتم استعراض الأدبيات السابقة والدراسات الحالية التي تناولت هذا الموضوع، مع التركيز على البحوث التي تم إجراؤها في السياق العربي والإسلامي، لتقديم نظرة شاملة تعكس التجارب المتنوعة لمرضى الوسواس القهري. كما سناقش الأساليب البحثية المستخدمة في هذه الدراسات ومدى فعاليتها في تقديم فهم عميق لإدراك المرض.

1.1 مشكلة الدراسة

تشير الإحصاءات والتقارير السنوية الصادرة عن وزارة الصحة في سلطنة عمان، إلى ارتفاع ملحوظ في عدد المترددين على عيادات الصحة النفسية، بما في ذلك المصابين باضطراب الوسواس القهري، وقد صنف الوسواس القهري في وزارة الصحة العمانية حسب التقرير الصحي الصادر عن وزارة الصحة لعام 2023 م بإجمالي حالات (2737). حسب مستويات محددة من الأعمار وكانت الفئة العمرية (45) سنة فأكثر الأكثر ارتفاعاً (وزارة الصحة، 2023). ويعد إدراك الاضطراب وقلة الإلمام بمعرفته مشكلة تنتشر في كل مكان تحدث في الأفراد الأصحاء وكذلك أولئك الذين يعانون من اضطرابات نفسية

(Dembo, Veen & Widdershoven, 2020).

ويمكن القول إن الغالبية العظمى من الأفراد يعانون من سوء إدراك معرفي للاضطراب في حياتهم بطريقة أو بأخرى، وأن الفرق بينهما فيها هي فروق في درجة الإدراك وليس في نوع (العنزي، 2020).

وفي هذا الصدد قارنت وحللت دراسة دياز وزملاؤه (Dias et al. 2018) الجوانب المختلفة لإدراك المصابين بالوسواس القهري، وقد أشارت النتائج إلى أن مرضى الوسواس القهري يدركون مرضهم، ويرجعونه بشكل أساسي إلى أسباب وراثية وبيولوجية، كما أنهم ينظرون إلى أمراضهم على أنها تقل من خلال سيطرتهم الشخصية، وقد أظهر مرضى الوسواس القهري درجة عليا في القلق، مما يجعلهم لا يدركون العواقب الكارثية لأفكارهم، وأوصت الدراسة بالتعمق في دراسة إدراك مرضى الوسواس القهري مرضهم.

ومتغير إدراك المرض متغير هام حيث يساعد إدراك في تقبل خبراته وفي تعامله مع الكرب ولقد أشارت العديد من الدراسات إلى أن إدراك الأفراد لمرضهم يساعد في التخفيف من الأعراض

والمشاكل الصحية، والتخفيف من الاضطرابات النفسية، بما في ذلك الوسواس القهري (Freeman et al., 2013; Lynch et al., 2013; Baines & Wittkowski, 2013; Chan & Mak, 2016; Fernandez de la Cruz et al., 2015; al., 2016)

كما أشارت الدراسات أيضًا إلى أن إدراك مرضى الوسواس القهري للمرض يساعد في فاعلية العلاج، وإقبالهم عليه، في حين أن ضعف إدراكهم للوسواس القهري كمرض، يقلل من فرص طلبهم للعلاج، ويضعف من تحقيق نتائجه، مثل دراسات

كل من: (Cruz et al) (Fernández de la Cruz et al., 2013; Coles et al., 2016)؛ كما أشارت تلك الدراسات إلى أن ضعف إدراك المريض لمرضه تعتبر عائقًا محتملاً أمام علاج الوسواس القهري.

وليس ذلك فحسب، بل إن إدراك مرضى الوسواس القهري يساعد بشكل رئيس في تحقيق نتائج جيدة من العلاج، وعدم إدراك الفرد لمرضه المتعلق بالوسواس القهري يجعله ينسحب من العلاج، أو يفشل في الاستفادة منه. (Pedley et al., 2019) وبالرغم من وجود تأكيد على أهمية دراسة إدراك المرض لدى المصابين بالوسواس القهري إلا أن الدراسات الأجنبية المنشورة حول هذا الموضوع قليلة، ولم توجد أي دراسة عمانية منشورة - في حدود علم الباحثة- في البيئة العمانية، مع أن إدراك المرض يتأثر بالجوانب الثقافية، وهذا ما يستدعي إجراء المزيد من البحث والتقصي عن إدراك مرضى الوسواس القهري مرضهم. وفي ضوء خبرة الباحثة كأخصائية في عيادة الصحة النفسية، فقد لاحظت بأن أغلب المراجعين يأتون في مرحلة متأخرة حين يصبح اضطراب الوسواس القهري شديد، ويتطلب علاج دوائي في أغلب الأحيان، كما لاحظت الباحثة أن أغلب المصابين بالاضطراب تؤثر نظرتهم وإدراكهم للمرض في توجهاتهم العلاجية كالعلاج الروحاني وهذا ما يؤخر العلاج ويعقد المرض، بالإضافة إلى أن نظرة المرض وإدراكه تؤثر في مدى التزام الشخص في علاجه سواء العلاج النفسي أو العلاج الطبي.

وبناء على ما تم عرضه يمكن طرح التساؤلات التالية:

- 1- ما مستوى إدراك المرض لدى المصابين بالوسواس القهري؟
- 2- هل توجد فروق في مستوى إدراك المرض لدى المصابين بالوسواس القهري تعزى للمتغيرات الآتية: الجنس والعمر؟
- 3- ما طبيعة إدراك المصابين بالوسواس القهري مرضهم من حيث الأعراض والمعتقدات والأسباب (وفقاً للحالات)؟
- 4- هل يؤثر إدراك المرض في الالتزام والامتثال للعلاج النفسي والدوائي لدى المصابين بالوسواس القهري؟
- 5- هل يؤثر إدراك المرض في التوجه العلاجي لدى مرضى الوسواس القهري؟

1.2 أهداف الدراسة

تهدف الدراسة إلى التعرف على الأعراض والمعتقدات، والامتثال للعلاج، والتوجه العلاجي للمرضى، وهي:

1. تحديد مستوى إدراك المرض لدى المصابين باضطراب الوسواس القهري.
2. الكشف عن الفروق ذات الدلالة الإحصائية في مستوى إدراك المرض لدى المصابين بالوسواس القهري تبعاً لمتغيري الجنس والعمر.
3. استكشاف طبيعة إدراك المصابين بالوسواس القهري مرضهم من حيث الأعراض والمعتقدات والأسباب.

4. تحليل تأثير إدراك المرض على الالتزام والامتثال للعلاج النفسي والدوائي لدى المصابين بالوسواس القهري.

5. دراسة تأثير إدراك المرض على التوجه العلاجي لدى مرضى الوسواس القهري.

1.3 أهمية الدراسة

تستمد هذه الدراسة أهميتها من حيث:

الأهمية النظرية

1. تسليط الضوء على فئة معينة من ذوي الاضطرابات النفسية، وهم المصابون باضطراب الوسواس القهري، والذي يعد من أكثر الفئات انتشاراً في سلطنة عمان (وفق إحصائيات وزارة الصحة)، والتي تتطلب التدخل السريع للحد من خطورة هذا الاضطراب، وتقادي أخطاره.
2. تأتي الدراسة الحالية كدراسة عمانية تتناول موضوع إدراك المرض لدى مرضى الوسواس القهري، وهو موضوع لم يسبق تناوله في سلطنة عمان - في حدود علم الباحثة، مما يسد فجوة معرفية مهمة في هذا المجال.
3. توفير فهم شامل ومعمق لمستوى إدراك المرض لدى المصابين بالوسواس القهري، مما يساهم في تطوير النظريات والمفاهيم المتعلقة بهذا الاضطراب.
4. دراسة العلاقة بين إدراك المرض والمتغيرات الديموغرافية مثل الجنس والعمر، مما يضيف بعداً جديداً للفهم النظري لهذا الاضطراب.

الأهمية التطبيقية

- 1- تطوير وبناء مقياس إدراك المرض لدى المصابين باضطراب الوسواس القهري يثري الممارسين النفسيين في المراكز العلاجية في فهم وإدراك المرضى لمرضهم، مما يساهم في سرعة بناء الخطة العلاجية للمريض.
- 2- استكشاف تأثير إدراك المرض على الالتزام بالعلاج والتوجه العلاجي، مما يساهم في تطوير نماذج نظرية لفهم سلوك المرضى تجاه العلاج.
- 3- إمداد المكتبة العربية بإطار نظري حول إدراك مرضى الوسواس القهري لمرضهم، مما يساهم في وضع تصور نظري يفيد في التعامل مع هذه الفئة وطرق علاجها.
- 4- فتح المجال لدراسات مستقبلية تتناول جوانب أخرى من إدراك المرض لدى فئات مختلفة من الاضطرابات النفسية.

1.4 حدود الدراسة

تتمثل حدود الدراسة فيما يلي:

- **الحدود الموضوعية:** تناولت هذه الدراسة إدراك المرض لدى المصابين باضطراب الوسواس القهري (دراسة إكلينيكية سيكومترية)
- **الحدود المكانية:** عيادة الصحة النفسية بمركز إبراء الصحي بمحافظة شمال الشرقية ولاية إبراء بسلطنة عمان، وذلك لكونه مركز يهتم بعلاج الاضطرابات النفسية كالوسواس القهري، وبسبب قربه من مكان سكن المرضى، والاستفادة من التسهيلات الإدارية للباحثة بحكم انتسابها لعيادة الصحة النفسية.

● **الحدود البشرية:** المرضى المصابين باضطراب الوسواس القهري يتم اختيار خمس حالات من المراجعين المصابين باضطراب الوسواس القهري بطريقة قصدية لدراسة الحالة.

● **الحدود الزمانية:** خلال الفترة من (مايو إلى يوليو 2024م).

1.5 مفاهيم الدراسة ومصطلحاتها

إدراك المرض (Illness' Perceptions):

وفقاً لفرنانديز (Fernández de la Cruz et al, 2016) فإن إدراك المرض يشمل خمس مكونات هي: الهوية/ التسمية التي يستخدمها الشخص لوصف المرض مع الأعراض التي يعتبرها جزءاً منه، ومعتقدات الشخص حول سبب (أسباب) مرضه، ومعتقدات الشخص حول مدة مرضه ومساره الزمني (أي حاد أو مزمن أو دوري)، ومعتقدات الشخص حول تأثيرات المرض ونتائجه، ومعتقدات الشخص حول مدى قابلية حالته للعلاج أو السيطرة عليها بنفسه وفريق الرعاية الصحية.

ويمكن تعريفه إجرائياً في الدراسة الحالية بأنه: معتقدات مرضى الوسواس القهري حول مرضهم، والعوامل التي تؤدي دوراً في تكوين هذه المعتقدات، وتأثير هذه المعتقدات على حالتهم النفسية والصحية والاجتماعية، وتتحدد باستجابة أفراد العينة على المقياس المستخدم في الدراسة الحالية لتحديد إدراك مرضى الوسواس القهري حول مرضهم.

الوسواس القهري Obsessive-compulsive disorder:

يعرف اضطراب الوسواس القهري بأنه: "واحد من اضطرابات القلق الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس، ويتميز بوجود إما وساوس أو أفعال قهرية تكون من الشدة

إلى الدرجة التي تستهلك الوقت- تستغرق أكثر من ساعة يومياً- أو تسبب ضيقاً ملحوظاً، أو تؤثر بشكل جوهري على النظام الروتيني لحياة الفرد، أو تتداخل في أدائه الوظيفي أو الأكاديمي أو نشاطاته وعلاقاته الاجتماعية المعتادة، وفي وقت ما من مسار الاضطراب يدرك الفرد أن وساوسه أو أفعاله القهرية زائدة أو غير معقولة" (APA, 2013).

ويمكن النظر إلى الوسواس القهري في الدراسة الحالية بأنها: أفكار وأفعال قهرية، متكررة، وغير مرغوبة يقوم بها الفرد، بحيث تقتحم تفكيره، بشكل خارج عن سيطرته، ويحاول تجاهلها، والتخلص منها، وتتحدد إجرائياً بالأفراد المحددين نفسياً بعيادات الطب النفسي بأنهم مرضى وسواس قهري، ويمكن التعرف عليهم في هذه الدراسة من خلال المقابلة ودراسة الحالة وتطبيق المقاييس المستخدمة في الدراسة (مقياس بيل براون، ومقياس إدراك المرض لدى المصابين باضطراب الوسواس القهري).

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

تمهيد

إدراك المرض

النظريات المفسرة لإدراك المرض

الوسواس القهري

النظريات التي فسرت الوسواس القهري

الدراسات السابقة

1.1 الإطار النظري

1.1.1 تمهيد

تعد الصحة من أهم الأولويات لدى الأفراد، فهي حالة من التوازن النسبي لوظائف أعضاء الجسم، التي تنتج عن ذلك التكيف بين الجسم مع نفسه من جهة وأيضاً ومع العوامل الضارة التي تعترضه من جهة أخرى، فعندما يتم ممارسة مختلف السلوكيات الصحية بالطريقة الصحيحة والسليمة فحتماً ستكون النتيجة مزيداً من الصحة والرفاهية، ففي الآونة الأخيرة كثرت الأدلة الطبية والعلمية التي تشير بوضوح إلى وجود علاقة وثيقة بين تبني الفرد لنمط غير صحي في طريقة عيشه وتعرضه لخطر الإصابة بالأمراض المختلفة، لذا اتجه الباحثون وعلماء النفس إلى محاولة البحث عن تطوير تصورات ومعتقدات لتغيير السلوكيات غير الصحية أو المعرضة للخطر، ونتيجة لذلك تم تطوير العديد من النماذج النظرية بهدف تحديد الأسباب التي تدفع الأفراد إلى ممارسة بعض السلوكيات الصحية الوقائية التي تساعد في التعرف على إدراك المرض. ولعل الوسواس القهري أحد الاضطرابات النفسية التي تهدد الصحة النفسية للفرد، وهو ينتشر في معظم المجتمعات، وتتشابه أعراضه، بل تكاد الصورة الإكلينيكية له أن تكون واحدة في كل الثقافات، كما يعتبر اضطراب الوسواس القهري (OCD) هو اضطراب نفسي مزمن يسبب أفكاراً ووساوساً غير مرغوب فيها، وأفعال متكررة (إكراهات) في حياتهم اليومية، والتي لا يمكن تجاهلها بحيث يمكن أن تعطل سير حياتهم، ويعد الوسواس القهري رابع أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً في العالم، ويختلف انتشاره حسب العمر والمناطق وغيرها.

يتم التطرق في هذا الإطار النظري إلى ثلاثة محاور: حيث يتحدث المحور الأول عن "إدراك المرض"، ويتحدث المحور الثاني عن "الوسواس القهري"، ثم يتطرق المحور الثالث عن الدراسات المتعلقة بالدراسة.

1.1.2 المحور الأول: إدراك المرض

مفهوم الإدراك:

يعود مفهوم العملية الإدراكية بصفة عامة إلى الفيلسوف أفلاطون قبل حوالي (2400) سنة من خلال قوله باننا ندرك الأشياء من خلال الإحساس وبمساعدة العقل من أجل أن نبني العالم في ذهننا، ويجب اكتشاف القوة الفيزيائية من البيئة وتحويلها لرموز محايدة والتي تدعى بالإحساس ويجب أن نختار وننظم ونحول مشاعرنا وهذا ما ندعوه بالإدراك، ويحتاج الإنسان كي يتكيف مع البيئة إلى معرفة ماذا يحدث في العالم من حوله فتقوم الحواس بأخباره عن وجود الموضوعات خارج ذاته ثم يقوم الإدراك بتفسير الموضوعات والتعرف على ماهية الشيء ومكانه، وماذا يعمل ومن خلال عملية التكامل بين الحواس والإدراك معاً يتم الاتصال مع الدماغ لتشكيل التمثيلات العقلية (شمل، 2022). ومن خلال ذلك يمكن توضيح مفهوم الإدراك

على النحو التالي:

الإدراك هو: تفسير ما يحس به الإنسان وإضفاء المعنى عليه، بالمشيرات قد تكون مجموعة من النقاط الضوئية أو النغمات، يدركها الشخص على أنها إلقاء التحية، أو علامة على الإهانة مما يفيد من نوع الاستجابة التي يصدرها ذلك الشخص (زخروفة، 2006).

ويعرف الإدراك على أنه: قدرة المرء على تنظيم التنبهات الحسية الواردة إليه عبر مختلف الحواس، ومعالجتها ذهنياً في إطار الخبرات السابقة والتعرف عليها، وإعطائها معانيها ودلالاتها المعرفية المختلفة (الصبوة، 2013).

كما ينظر إلى الإدراك على أنه: عملية عقلية يتم من خلالها تعرف الفرد على محيطه الخارجي، عن طريق استقبال المنبهات الخارجية بحواسه، ثم تأويلها وتفسيرها حسب الاتجاهات الذاتية (Thomas, 2018).

ويتضح من خلال هذا التعريف إن الإدراك هو عملية عقلية يستخدمها الإنسان بقصد فهم وتفسير العالم من حوله، إذ تعمل أعضائه الحسية على تحسس التنبيهات، ثم بدورها تنقلها إلى الدماغ عبر الأعصاب ليتسنى هناك معالجتها ومن ثم استصدار الاستجابات المناسبة. كما يعرف الإدراك على أنه: "عملية من العمليات النفسية التي يقوم الفرد من خلالها بالتعرف والوصول إلى معاني الأفراد، والأشياء، والمثيرات المختلفة، وفهم دلالاتها، بتنظيم المثيرات الحسية. ومن هنا نستنتج أن الإدراك عملية عقلية يقوم بها الإنسان لإعطاء تفسير وتأييل لما يحيط به إذ يعطيه تصور للعالم الخارجي (حسن، 2019).

ويتضح من خلال التعريفات السابقة، إن الإدراك هو العملية العقلية التي يتم من خلالها تفسير وتأويل المثيرات وصياغتها على نحو يمكن فهمها، ومن ثم الخروج بتصور أو حكم أو قرار.

مفهوم إدراك المرض:

ويعرف أبركان (2013). إدراك المرض على أنه: إعطاء المريض معنى لحالته الجديدة بعد جمعه لكافة المعلومات والمصادر حول وضعيته الصحية باتخاذ تصورات معرفية واجتماعية لمرضه ويعرف إدراك المرض أيضاً على أنه تلك التصورات أو المعتقدات المعرفية لدى المرضى حول الأمراض والحالات الطبية، وهو مؤشر مهم لكيفية تصرف المرضى أثناء تجربتهم المرضية وترتبط ارتباطاً مباشراً بعدد من النتائج الصحية، ولذلك فإن توفير معلومات صحية

كافية مخصصة للمرضى تمكن من التأثير في تكوين تصورات مرضية أكثر إيجابية (Pedro, 2016).

كما ينظر إلى إدراك المرض على أنه: كيفية تجربة الأفراد مع المرض، وفهمه وطريقة إدارته، وتغيير السلوك واعتماده لتحسين الصحة بعد تهديد صحي أو مرض. فعندما يحصل الأفراد على معلومات جديدة حول مرض أو تهديد صحي، فإنهم يقومون بتقييم استراتيجيات لمحاولة تعديل النتائج الصحية، ويتم تبني تمثيلات أو تصورات مرضية جديدة أو التخلص منها أو تكييفها بمرور الوقت، مع تقدم الأفراد في السن يمكن أن تتغير تصورات المرض واستراتيجيات التعامل مع التهديد الصحي بناءً على التجارب السابقة (Khosravi, 2016).

ويعرف الرشيدى (2018) إدراك المرض بأنه: عملية تحفيز الأفراد وإقناعهم لتعلم ممارسة صحية وقائية صحيحة أو عملية ترجمة الحقائق والمفاهيم الصحية والوقائية المعروفة إلى أنماط سلوكية صحية سليمة تؤدي إلى رفع المستوى الصحي والوقائي للأفراد بإتباع الأساليب الوقائية والصحية المتنوعة.

فيما يعرفه أمين (2019) أنه: إدراك العناصر المسببة للإصابة مرض أو مشكلة وتجنب هذه العناصر، وهذا الإدراك يقوم على المعرفة والإحساس والشعور الداخلي، ولذلك إدراك المرض مفهوم يُقصد به إلمام المواطنين بالمعلومات والحقائق الوقائية والصحية، وأيضاً إحساسهم بالمسئولية نحو وقاية صحتهم وصحة غيرهم، وفي هذا الإطار يُعتبر إدراك المرض هو الممارسة الوقائية والصحية عن قصد نتيجة الفهم والاقتران (أمين، 2019).

ويعرف صويلح (2019) إدراك المرض على أنه: المدركات المنظمة عن المرض التي يتم اكتسابها من خلال وسائل الإعلام ومن الخبرة الشخصية ومن الأسرة ومن الأصدقاء الذين

تعرضوا لخبرة الإصابة بمرض معين وتتراوح المخططات الذهنية المتعلقة بالمرض بين الغموض التام وعدم الدقة إلى الشمولية والدقة التامة.

وينظر إلى إدراك المرض على أنه: التصورات أو المعتقدات المعرفية المنظمة التي يكونها المرضى حول مرضهم، وتعتبر كمحددات مهمة للسلوك وترتبط بنتائج صحية مهمة مثل الملائمة العلاجية والتعافي الوظيفي (سرغيني، 2020).

ويوضح حسن (2022)، أن إدراك المرض هو: المعتقدات الخاصة بالمريض حوله مرضه وهي روابط وسيطة ومهمة بين مهددات الصحة وردود الأفعال نحوها، وأن المرضى يشكلون هذه المعتقدات المرضية على أساس ثلاثة مصادر للمعلومات تتمثل من خلال المعلومات الحياتية التي جاءت من التواصل الاجتماعي السابق والمعرفة الثقافية حول المرض، والبيئة الاجتماعية "الخارجية" مثل تصورات الآخرين عن المرض، وتجربة الفرد الحالية مع المرض. وإدراك المرض هو: إعطاء المريض معنى لحالته الصحية الجديدة بعد جمع المعلومات والمصادر حول وضعه الصحي باتخاذ تصورات معرفية واجتماعية لمرضه، ويستدل به من خلال نماذج معرفية لدى الناس حول الأعراض والأمراض والحالات الطبية حيث يقوم المرضى بتكوينها لفهم مرضهم وحالاتهم الطبية والتعامل معها (حميداني، 2023).

وإدراك المرض هو: الكيفية التي يتطور بها الأشخاص فهمهم الخاص للتهديد الصحي بناء على المعلومات المتاحة لديهم، بما في ذلك تجاربهم الشخصية وتجارب الآخرين، ويؤثر في الفهم على كيفية استجاباتهم للتهديد سواء من الناحية العاطفية أو السلوكية (تقي، 2024).

ويتضح من خلال ما تقدم، إن مفهوم إدراك المرض يشير إلى كيفية فهم الناس للمرض وإعطاءه معنى، فعند ظهور الأعراض يسعى الأفراد جاهدين لتفسيرها أو إيجاد تصنيف لها،

وعلى العكس من ذلك عندما يكون المرض بدون أعراض، يحاول الناس أن ينسبوا الأعراض إلى تصنيف معين ويمكن تغيير إدراك الفرد لمرضه مما يوفر فرصة لتحسين تكيفه مع مرضه.

أهمية إدراك المرض:

عند ظهور المرض لدى أي شخص، فإنه يحاول إعطاء المرض صورة واعتقاد خاص به مما يجعله يحاول معاشته، أو مساندة هذا المرض، أو الهروب والاستسلام له، الأمر الذي يجعله يتعامل مع وضعيته الراهنة بعد إصابته بأساليب جديدة محاولة منه للتكيف حسب اعتقاده، أو

تصوره إزاء مرضه، ومن خلال ذلك يمكن توضيح أهمية إدراك المرض على النحو التالي:

1- إدراك المرض له دور مهم في تكوين جوانب شخصية الأفراد، وتوعيتهم بمخاطر الأمراض وأضرارها، وذلك بتعريفهم بطبيعة الأمراض وطريقة ووسائل الوقاية منها؛ وكذلك يساعد في الحكم على سلوكيات وقرارات الأفراد التي يتخذها فيما يتعلق بأمور السلامة والصحة والوقاية من هذه الأمراض.

2- إدراك المرض يساعد في الوقاية من الإصابة بالأمراض التي تصيب الأفراد في مراحل

حياتهم المختلفة، والتدخل السريع حين حدوثها لمنع انتشارها والتقليل من أضرارها.

3- تحسين الصحة العامة للأفراد، وذلك من خلال الاهتمام بتناول المواد الغذائية التي تحسن من

الجهاز المناعي، وتناول الفيتامينات المختلفة التي تساعد في الوقاية من الأمراض.

4- الحفاظ على جودة الحياة للأفراد، وذلك من خلال الدور الوظيفي لإدراك المرض في زيادة

الاهتمام بالتهوية الجيدة للمنزل، وعند الخروج من المنزل، مما يساعد في الحد من خطورة

الأمراض.

5- إدراك المرض لدى أفراد المجتمع له أهمية كبيرة حيث إنه يهدف بشكل عام إلي تحسين

صحة أفراد المجتمع وكذلك توجيههم إتباع العادات الصحية السليمة وغرس القيم الصحية

السليمة التي تساعد في الوقاية من أي أمراض تصيب المجتمع، ومساعدتهم في التخلص من العادات السيئة الضارة، بالإضافة إلى ذلك فإنه يساهم بشكل كبير في خفض معدل الإصابة بأي عدوى، مما يساعدهم في أن يعيشوا حياة خالية من الأمراض

6- إيجاد مجتمع يتبع أفراد الإرشادات والعادات الصحية السليمة في كل تصرفاتهم بدافع من شعورهم ورغبتهم ويشتركون إيجابياً في حل مشكلاتهم الصحية (حلاب، 2018).

7- تساعد عملية إدراك المرض في أن يقوم الأفراد بإنشاء تصورات معرفية وعاطفية لمرضهم لإعطائه معنى ومحاولة إدارة مشكلتهم الصحية، وتعتبر تفسير المعلومات عن المرض وإدراكها هي الخطوة الأولى في عملية طلب المساعدة، والشروع في استراتيجية التعامل واعتماد الرعاية المطلوبة للمرضى.

8- توفير معلومات حول الحالة الجسدية والأعراض، والتي تقوم بناءً على الإدراك الحالي للمرض بالإضافة إلى الخبرة السابقة مع المرض، ويتضمن ذلك معرفة فعالية الأساليب المستخدمة لإدارة الأعراض.

9- تسمح عمليات إدراك المرض بتكوين نظريات ضمنية للمرض، تثير هذه النظريات الفردية أفكاراً حول المرض، هذا يسمح للشخص بإعطاء معنى خاص به للمرض، وتشكيل تمثيل لحالته.

إن النماذج الأولية للأمراض تساعد الناس على تنظيم وتقييم المعلومات المتعلقة بالأحاسيس الجسمية التي لا يمكن تفسيرها بدون هذه النماذج المرضية، في المدركات المنظمة حول المرض يمكن أن تقود إلى تفسير المعلومات الجديدة وهي تؤثر على القرارات التي يتخذها الناس في البحث عن العلاج وتقود الأفراد إلى التغيير أو إلى الفشل في الالتزام بنظام المعالجة، كما أنها تؤثر في توقعاتهم المتعلقة بمستقبلهم الصحي (حميداني، 2023).

- 10- يؤدي إدراك المرض إلى التعبير عن الانفعالات، فيلعب زيادة إدراك المرض دوراً هاماً في تنمية قدرة الفرد على التعبير عن انفعالاته كالإحساس بالألم، أو الحزن، وهذ الانفعالات تخرج في صورة حركة مستخدماً فيها أجزاء جسمه.
- 11- يعمل إدراك المرض على زيادة الوعي الحسي لدى الأفراد، حيث يعتبر الوعي بالجسم محدداً أساسياً الوعي الحسي للفرد (السمع- البصر- اللمس)، لأنه يعمل على نمو الطريقة التي ينظر بها الفرد إلى العلاقات المكانية المحيطة بجسمه.
- 12- يعمل إدراك المرض على زيادة الإدراك الاجتماعي، من خلال التعرف على التعبيرات المختلفة لأجزاء الجسم وتعبيرات الوجه وغيرها التي تساعد على فهم الأفراد المحيطين بالفرد، ويتضح من خلال الدور الوظيفي لإدراك المرض، هناك مستويات تظهر الإدراك الصحي للفرد، تتضح هذه المستويات من خلال المستوى الحسي الحركي (أمين، 2019).
- يتضح مما سبق، أن إدراك المرض له أهمية بالغة في حياة الفرد في جميع مراحل حياته، ذلك لأن الجسم هو مصدر الشعور الداخلي و الانفعال والإحساس المختلف الذي يشعر به الفرد منذ المهد، وهو الوسيلة الأساسية التي يقيس بها الفرد عالمه الداخلي والخارجي، كما أنه يمثل الأداة التي يجرب ويفسر ويتعامل بها، لذا فهو الوسيط بينه وبين هذين العالمين لإدراك الفرد لما حوله، لذا يجب الاهتمام بتنمية إدراك المرض لدى الأفراد عبر مراحل حياتهم المختلفة، بالإضافة إلى توظيف أنشطة الإدراك بالجسم في تنمية مفاهيم ومهارات الأفراد في التعرف على خفض معدل الإصابة من أي أمراض .

العوامل المؤثرة في إدراك المرض:

هناك العديد من العوامل المختلفة التي تؤثر على إدراك المرض، ويمكن توضيح هذه

العوامل على النحو التالي:

(1) الملاحظة: وهي المعلومات والمعارف التي يصل إليها الفرد بذاته والتي تؤثر على خطورة الإصابة بالأمراض.

(2) التجربة: وتكون نتيجة تجارب الأمراض التي تصيب الفرد، وتتشكل لديه المعرفة التي يوظفها في كشف الأمراض المستقبلية من خلال ما تعرض له من أعراض سابقة.

(3) التلقي: حصول الفرد على المعرفة من خلال مصادر أخرى (مراد، 2021).

(4) العوامل الوقائية: وتتمثل هذه العوامل في:

- الوقاية الأولية: تعمل على منع حدوث المرض والاضطرابات الصحية الأخرى، وذلك من خلال إجراءات التربية الصحية وتعديل السلوك الصحي والإجراءات الوقائية الأخرى.
- الوقاية الثانوية: وهي استراتيجية وقائية تعمل على منع انتشار الأمراض والاضطرابات الصحية الأخرى من خلال التشخيص المبكر والإجراءات الوقائية والعلاجية المناسبة التي غالباً ما تستهدف المجموعات الهشة.
- الوقاية من الدرجة الثالثة: وهي تعمل على تقليل المضاعفات الصحية أو العجز الناجم عن الأمراض والإعاقات التي قد تصيب الفرد وذلك من خلال التأهيل الفعال والخدمات الصحية والنفسية والاجتماعية المناسبة. (المرسومي، 2019)

(5) المعارف القبلية المأخوذة من المجتمع قبل الإصابة بالمرض (التصورات الاجتماعية).

6) المعطيات والمعلومات التي يقدمها الأقارب، أو الأسرة، أو المتكفون بالمريض ومن أهمهم الأطقم الطبية والصحية.

7) خبرة المريض للمرض وأعراضه الحالية أو السابقة المخزنة في ذاكرته بما فيها الوسائل والعلاجات وطرق التعامل مع عواقب ومضاعفات المرض خاصة الفعالة منها (حميداني، 2023).

ويتضح من خلال دراسة العوامل المؤثرة في إدراك المرض، أن عملية إدراك المرض، واحدة من أهم المعارف التي يحتاجها أفراد المجتمع؛ لكونها الأساس في الوقاية من مختلف الأمراض، وهذه المعرفة تبدأ من المنزل والمتمثلة بالأسرة وتنتهي بالمؤسسات التربوية التي تركز على أهمية غرس الإدراك والوعي الصحي للأبناء، وتعليمهم الالتزام بالنظافة الشخصية والعامة، وقد اختلفت الآراء حول العوامل المؤثرة في إدراك المرض ولكنها اتفقت على ما ينبغي أن يكتسبه الفرد وهو قدر من المفاهيم والمعلومات والمهارات والاتجاهات والسلوكيات التي يحتاجها الفرد والتي تتعلق بالجوانب الجسمية والنفسية حتى تمكنه من ممارسة السلوك الصحي السليم، من خلال ما يساعد في إدراك المرض.

مكونات إدراك المرض:

يتكون إدراك المرض من عدد من المعتقدات المترابطة حول المرض وما تعنيه حياة المريض، وتشمل المكونات الرئيسية لإدراك المرض كيفية حدوث المرض، ومدة استمراره، وما هي عواقب المرض على حياة المريض، وأعراض المرض وكيفية السيطرة على الحالة أو علاجها. يُعتقد أن الطريقة التي ينظر بها المرضى إلى مرضهم هي عامل رئيسي في نوع رد الفعل النفسي لديهم تجاه المرض، والسلوك اللاحق والمواقف تجاه المرض، ومن خلال ذلك يمكن توضيح المكونات المختلفة لإدراك المرض على النحو التالي:

1) الهوية / علامات أعراض المرض: أول ما يواجهه الفرد هو أعراض المرض، حيث تشير هوية / تسمية الأعراض إلى عملية مطابقة الأحاسيس الجسدية للضرر مع الأفراد التابعين للمخطط، عندما يكتشف الأفراد أحاسيس جسدية معينة، سيبدوون في التساؤل عن أنفسهم: ما الذي يحدث؟ هناك شيء ما صحيح معي؟ هذه الأسئلة تحت الفرد على جمع المعلومات وتحديد مدى جدية هذه الرموز، وتأتي المعلومات بشكل أساسي من ثلاثة مصادر:

- الخبرات السابقة من الآخرين المهمين أو الأفراد أنفسهم
- معلومات موثوقة.
- التجارب الأساسية للأفراد، اعتماداً على المعلومات، حيث يقرر الأفراد ما إذا كان ينبغي عليهم تجاهل الأعراض، واقتراح رأي آخر العملية على أنها مطابقة لمجموعة من الأعراض مع نموذج أولي عام، وقد كان لهذين العرضين نتائج داعمة، كما أن العملية السابقة قد تكون أكثر نشاطاً عند حدوث حلقة غير عادية وقد تكون العملية اللاحقة أكثر هيمنة حيث إن الأحاسيس الجسدية تتطابق بسهولة مع النماذج الأولية (حميداني، 2023)

2) الجدول الزمني للمرض/ المدة: يشير الجدول الزمني إلى معتقدات الأفراد حول مسار المرض والنطاق الزمني للأعراض. كما يشير إلى مدة المرض، وطول نظام العلاج، والوقت اللازم للعلاج/ السيطرة، أو حتى المدة من الأول حتى الموت.

3) أسباب المرض: تمثل الأسباب الشخصية الفردية العوامل المسؤولة عن التسبب في هذا المرض، وقد تشمل هذه الأسباب البيئية والسلوكية والنفسية أو البيولوجية.

4) عواقب المرض: تشير إلى توقعات الفرد أو معتقداته حول التأثيرات التي قد تكون ناجمة عن المرض، وقد تكون هذه العواقب جسدية، أو اجتماعية، أو نفسية، أو مالية

5) السيطرة على المرض/ العلاج: يشير إلى المعتقدات التي يحملها الأفراد فيما يتعلق بإمكانية الإدارة الذاتية الناجحة أو تدخلات الخبراء، يجب أن يشير المرء إلى أن الاعتقاد في السيطرة على المرض / العلاج يختلف عن المفهوم من "موضع السيطرة. يفحص موضع التحكم المعتقدات الشخصية العامة حول التحكم الخارجي والداخلي في حياة المرء. الاعتقاد في السيطرة على المرض هو أكثر تحديداً للأمراض.

ويتضح من خلال ما تقدم، أن هناك مكونات مختلفة لإدراك المرض تتمثل في الهوية، السبب، الجدول الزمني، العواقب وقابلية الشفاء والتحكم، حيث تشير الهوية إلى الحالة الصحية وعلاماتها وأعراضها كما يراها الشخص، ويرجع السبب في ذلك إلى أصل أو سابقة الحالة الصحية التي تستند عادةً إلى الأفكار الذاتية للفرد، المعرفة والخبرات وكذلك المحفزات الوراثية وغيرها من المحفزات الخارجية والداخلية، كما أن القابلية للشفاء والقدرة على التحكم هي معتقدات حول ما إذا كان يمكن علاج الحالة الصحية أو السيطرة عليها من قبل الشخص.

علاقة إدراك المرض بالعلاج:

هناك علاقة بين إدراك المرض والعلاج، العلاج طبياً هو محاولة السيطرة على المرض والتخلص منه وهو المرحلة التي تلي عملية إدراك المرض، والهدف الرئيسي للعلاج هو إزالة جميع الأعراض والمسببات للمرض والوصول لحالة من الاتزان والاستقرار الوظيفي، ومن خلال ذلك يمكن توضيح العلاقة بين إدراك المرض والعلاج على النحو التالي:

- تتضح علاقة إدراك المرض بالعلاج من خلال توفير إدراك المرض معلومات أساسية حول

الحالة الصحية الحالية للمريض، بما في ذلك حالاته الطبية السابقة والأدوية والحساسية

والعمليات الجراحية السابقة، حيث تعتبر هذه المعلومات حاسمة في مساعدة الأطباء على

إجراء تشخيصات دقيقة ووضع خطة العلاج المناسبة (Khosravi, 2016).

- يرتبط إدراك المرض بالعلاج من خلال دور إدراك المرض في تحديد عوامل الخطر المحتملة، مثل التاريخ العائلي لبعض الأمراض، والتي يمكن أن تزيد من احتمالية الإصابة بحالات طبية معينة، ويمكن أن تساعد هذه المعلومات الأطباء على اتخاذ تدابير وقائية لتقليل خطر الإصابة بالأمراض.، بما يساعد في عملية العلاج (Pedro, 2016).

- تتضح العلاقة بين إدراك المرض والعلاج من خلال دور إدراك المرض في مراقبة فعالية العلاجات وتتبع أي تغييرات في صحة المريض، كما أنه يساعد الأطباء على تحديد أي ردود فعل سلبية للأدوية أو العلاجات، مما يضمن حصول المرضى على أفضل رعاية ممكنة، وتحديد خطر الإصابة بأمراض معينة، حيث يُمكن من خلال إدراك المرض معرفة الأشخاص الذين لديهم فرصة أعلى من غيرهم للإصابة بمرض معين، يرتبط ظهور بعض الأمراض باجتماع مجموعة من العوامل الوراثية والظروف البيئية مع نمط الحياة، وهنا تكمن أهمية إدراك المرض في تسليط الضوء على هذه الأمراض الناتجة من طفرة في جين معين، بما يساعد في الوصول إلى العلاج المناسب لها(النحال، 2020).

- تتضح العلاقة بين إدراك المرض والعلاج، حيث إن إدراك المرض يساعد في تغيير بعض العادات الصحيّة والغذائية، وهذا ما يساعد في تقييم خطر الإصابة بمرض معين، وعليه يمكن اتباع نظام غذائي مناسب، وممارسة بعض التمارين الرياضيّة، والإقلاع عن التدخين؛ للتقليل من فرصة الإصابة بأمراض القلب أو السكري مثلاً (Peeters, 2020).

- الحصول على المزيد من الفحوصات المنتظمة أو العلاج المبكر، حيث إن إدراك المرض ينبه أفراد المجتمع بضرورة إجراء الفحوصات الدوريّة التي تساعد في تشخيص المرض مبكراً وبالتالي الحصول على العلاج المناسب (عوف، 2018).

وترى الباحثة أن إدراك المرض يساعد في عملية العلاج، حيث يشكّل الوعي والتثقيف الصحي عنصراً أساسياً في نجاح أي سياسة صحية فاعلة، خاصة أن كثيراً من الأمراض المزمنة يمكن تلافيها من خلال توعية أفراد المجتمع وتثقيفهم بالأسباب التي تؤدي إلى الإصابة بهذه الأمراض، أو من خلال حثهم على اتباع بعض السلوكيات الإيجابية التي من شأنها الارتقاء بأوضاعهم الصحية.

النظريات المفسرة لإدراك المرض:

1. النظرية العقلية (الإدراك المجرد):

يعد بريماك ودروف Premack and Woodruff أول من أطلق مصطلح نظرية العقل سنة 1978م، حيث تحول الاهتمام بنظرية العقل من الإطار الفلسفي إلى إطار علم النفس والاجتماع، ويرى الفلاسفة العقليون ومن بينهم: "ديكارت" و "ألان" بأن العقل هو مصدر الإدراك أي أن الإدراك نشاط عقلي غايته الاتصال بالعالم الخارجي ومعرفته، وقد اعتمدوا في ذلك على مجموعة من الأدلة المختلفة وهي كما يلي:

- التمييز بين الإحساس والإدراك، فالإحساس مرتبط بالبدن لأن المحسوسات هي مجرد تعبيرات ذاتية قائمة في الذات، أم الإدراك فهو مرتبط بالعقل (امتداد خارج الذات).

- الإدراك ليس مجموعة من الإحساسات وإنما هو نشاط وبناء عقلي معقد تساهم فيه عمليات ووظائف عقلية عليا: كالتذكر، التخيل، الحكم، التفسير، التأويل، التحليل والاستنتاج (يحياوي، 2021)

- الإحساس حالة ووظيفة سلبية، فقد تكون المعرفة الحسية خاطئة كما يؤكد "ديكارت"، لأنها تقتصر فقط على شهادة الحواس، كما أن الإحساس خاصة حيوانية فهو عام ومشترك بين الإنسان والحيوان والمعرفة فيه ظنية واحتمالية، قد تكون غامضة ولا تتجاوز ما يتوافر عند

الحيوان، بينما الإدراك يقتضي تعقل الشيء. ومن هنا كانت الأشياء الخارجية امتدادات قابلة للإدراك العقلي.

- الإدراك فعل خاص بالعقل وتظهر فعاليته في مختلف الأحكام التي يطلقها على الأشياء المادية والتي بموجبها يتم إدراكها ومعرفتها معرفة كاملة. يقول "ألان": "وجود الشيء قائم في إدراكي أنا له".

- العقل قدرة ذاتية تتجاوز المعطيات الحسية، أما الإحساس فما هو إلا آلية تنبه العقل لحدوث الإدراك. يرى "ديكارت" بأنه ما دام الإحساس مجرد حالة ذاتية غير ممتدة فإن إدراك شيء ممتد إنما يكون بواسطة احكام عقلية تضفي على الشيء صفاته وكيفيته الحسية". ويعتقد أنصار النظرية العقلية أيضاً إن ادراكاتنا المعرفية ليست كلها نابعة بالضرورة من الإحساس. بل الغالب في هذه الإدراكات أنها صادرة بصورة قبلية عن العقل وما وراء العقل (نظرية المثل لأفلاطون، الأفكار الفطرية لديكارت...). يقول "ألان": "الشيء لا يحس وإنما يعقل" إننا نحس بألوان وطعم وروائح الأشياء لكننا ندرك بعقولنا الأشياء. ويستعمل "ألان" مثال المكعب حيث يبين أن رؤية جميع أوجهه دفعة واحدة مستحيلة ومع ذلك فإننا ندركه ككل وبكامله، وهذا يعني أننا لا ندرك العالم مثلما نحس به. فلا تطابق بين الإحساس والإدراك، فنحن حينما نسمع أصواتاً لا ندرك أصواتاً فحسب، بل نفسرها ونقولها ونمنح لها دلالاتها الموضوعية الواقعية بالتعرف على الأشياء التي تحدثها مع تحديد مكانها وبعدها عنا بالتقريب، فعلى سبيل المثال أن الرضيع مثلاً يرى ما نراه، يسمع الأصوات التي نسمعها لكنه لا يدرك ما ندركه، وما يدعم أكثر نظرية العقلين هو مسألة إدراك المسافات. المسافة علاقة مجردة وليست كيفية حسية مثل اللون أو الرائحة، ولذلك لا يمكن الإحساس بها، بل يتم تقديرها وتحديدها بفضل أحكام واستنتاجات العقل وحده، كما أنه يتم إدراك الشيء بعيداً إذا ظهر في

صورة صغيرة والعكس صحيح، ويتم إدراك أن شيئاً ما أقرب إلينا من شيء آخر، إذا كان الأول يغطي جزءاً من الثاني، مثال ذلك: أن الأفق أكثر بعداً من الأشجار التي نراها أمامنا لأنها تغطي جزءاً منه (الشخص، 2012).

ويتضح من خلال ما تقدم، أنه يتم إرجاع الإدراك إلى العقل وحده ليس له ما يبرره في الواقع، باعتبار أن الإدراك الخالص للموضوع الخارجي لا وجود له، فكل إدراك يحمل في ثناياه بذوراً حسية، وهذا يعني أن الإحساس هو الجسر الذي يعبره العقل في إدراك الأشياء، كما أن أنصار الاتجاه العقلي لم يصيبوا حين ميزوا بين الإحساس والإدراك وفصلوا بين وظيفة كل منهما في المعرفة. بدليل أن هذه الأخيرة أي المعرفة عند الطفل الصغير تبدأ بالجانب الحسي قبل العقلي التجريدي، كذلك ركزوا على الذات المدركة (العقل) وأهملوا الموضوع المدرك (العوامل الموضوعية الخارجية، عامل التنشئة والتربية الاجتماعية، العوامل الاقتصادية، العوامل النفسية كالشعور والميل والرغبة مثلاً...). كما أن المعرفة العقلية ليست يقينية مطلقة واحدة وثابتة، بل هي بدورها نسبية واحتمالية. لأن العقل قد يخطئ، بدليل تطور المعارف العقلية (الرياضيات مثلاً) عبر العصور التاريخية، إذن النظرية العقلية فصلت فصلاً تعسفياً بين الذات المدركة والموضوع المدرك، كما أنها قللت من أهمية ودور الحواس في عملية الإدراك.

2. النظرية الحسية (التجريبية - الإدراك معطى حسي)

من رواد هذه النظرية دافيد هيوم جون استورات ميل، جون لوك، ابن سينا، وتقوم هذه

النظرية على المبادئ التالية:

- تذهب النظرية الحسية الى الفصل بين الإحساس والإدراك، فالإنسان يحس ثم يدرك ما يحسه.

- معارفنا الإدراكية لا مصدر لها سوى الاحساس والتجربة الخارجية والخبرة.

- الحواس هي المصدر الأول للمعرفة وليس العقل.

- الإدراك العقلي مكتسب، فالعقل صفحة بيضاء قبل التجربة. (السمان، 2020).

وفقاً لهذه النظرية، الحواس هي المصدر الأول للمعرفة، وليس العقل، فالطفل الذي يولد كصفحة بيضاء يحس أولاً ثم يدرك ما يحس به. المعرفة الإدراكية تأتي من التجربة الخارجية والخبرة، حيث يتم اكتساب المعاني بالتدرج عن طريق الحواس. ويعتبر "ابن سينا" أن إدراك الأشياء الخارجية يحدث بفعل الأعضاء الحاسة، والإحساس عنده هو قبول صورة الشيء مجرد من مادته فيتصورها الحاس، كما أن عملية الإدراك تحدث نتيجة لتأثر الحواس بالمنبهات الخارجية وبالتالي فالإدراك الحسي عند "ابن سينا" يتمثل في المعاني التي انطبعت في الذهن بفعل الحواس، لكن نظرة الفلاسفة المحدثين للإدراك تختلف عن نظرة القدامى. لأنها تجاوزت فكرة الإحساس واهتمت بطبيعة العلاقة بين الإدراك والذات المدركة. وقد عبر عنها "جون لوك" الذي بين أن أعضاء الحس التي تقابل المحسوسات هي التي تنقل إلى الذهن الانطباعات الحسية المستمدة من الأشياء. كما أن إدراكنا للأشياء الخارجية متوقف على صفتها وكيفية الحسية، وإذا كانت هذه الصفات والكيفيات مترابطة في شيء، فإن الصور التي تحدثها في عقولنا تصل إليها وهي منفصلة، أي تؤدي إلى انطباعات حسية جزئية ولكن العقل هو الذي يربط هذه الانطباعات ويكون منها إدراكاً. يقول "جون لوك": "عن إدراكنا للموضوعات الحسية يتم بناء على الصفات الحسية الموجودة في حواسنا، وبالرغم من وجود هذه المحسوسات منفصلة وغير مترابطة، ومن هنا فإن الحواس والمدارك هما النافذتين اللتان ينفذ منها الضوء إلى هذه الغرفة المظلمة (أي العقل). فبالحس نتفاعل مع العالم الخارجي وبه نتمكن من تحصيل المعارف، كما أن العقل صفحة بيضاء والتجربة تكتب عليه ما تشاء. ولا وجود للأفكار الفطرية القبلية (عبد الوهاب، 2016).

يعتبر "ديفيد هيوم" وهو من أنصار هذا الاتجاه الحسي، أن الإدراك مجرد انطباع المحسوسات نتيجة تأثير الحواس، ودور العقل محصور في تسجيل واستقبال الانطباعات الحسية وما الأفكار إلا صور لهذه الانطباعات، ويؤكد التجريبيون على أن المعرفة تكون عن طريق الحواس ولا دخل للعقل فيها. ومن أنصار هذا الطرح: "كوندياك" الذي تعصب للحواس وجعل منها أداة للمعرفة، غير أن هذه الفكرة قد تجعل المعرفة الإنسانية لا تختلف عن المعرفة عند الحيوان. ما دامت الحواس هي مصدر المعرفة. ويوضح كوندياك على هذا التساؤل بإقامة التمييز بين حواس الإنسان وحواس الحيوان في الدرجة. درجة الإحساس عند الإنسان تسمح بتحويل إحساسات إلى صور ثم معاني أما درجة الإحساس عند الحيوان فلا تسمح له إلا بتحويل إحساسات إلى صور فقط. وهذا ما جعل الإنسان يمتلك المعرفة التي لا توجد عند الحيوان. كما يوضح "جون لوك" أنه: "لا يوجد شيء في الذهن ما لم يوجد من قبل في الحس". ويقول أيضا: "لو سألت إنسانا متى بدأ يعرف لأجابه متى بدأ يحس". كما يوضح "ديفيد هيوم": "إن الألوان والأصوات والحرارة والبرودة كما تبدو لحواسنا لا تختلف عن طبيعة وجودها كما تكون عليه حركة الأجسام وصلابتها". وأكد كذلك علم النفس أن الطفل لا يدرك العالم الخارجي إلا بعد أن نقره له على شكل أشياء ملموسة ومحسوسة كاللعب مثلاً (السمان، 2020).

ويتضح من خلال ما تقدم، أن الحسيين قد أهملوا دور العقل وحصرها مهمته في استقبال وتسجيل الانطباعات الحسية فقط، كما أن الإحساس غالباً ما يمدنا بمعارف ظنية، وقد تكون الحواس سليمة، ولكن عملية الإدراك منعدمة لوجود خلل في القدرات العقلية (البلاهة، الضعف العقلي). والإدراك ليس مجرد ترابط الإحساسات في الذهن إنما هو مسألة أخرى لأن العالم الخارجي له مميزات لم ينتبه لها الحيوان، ولا يمكن إنكار دور الحواس لكن الأخذ بمطلق هذا الرأي الذي يقلل

من شأن العقل والدور الكبير الذي يلعبه، يلغي فائدة الانطباعات الحسية في غياب العقل وهو الذي يفسر ويؤول.

3. النظرية الجشطالتية (انتظام الأشياء):

نظرية الجشتالت هي نظرية ألمانية شهيرة، ظهرت في أوائل القرن العشرين، كرد فعل للمدرسة الفكرية التي تدعو إلى النظر إلى الأشياء بنظرة التبسيط والتجزئ. إذا تتبنى النظرية وجهة نظر معاكسة، يكون فيها الكل أهم من الجزء، وكل شيء ينتمي إلى نظام أكبر لا يمكن فهمه إلا بالنظر إلى التكوين الكلي له لا فقط أجزائه. ومنذ ظهور هذه النظرية وتعدد الآراء وانقسمت حول مؤيد ومعارض، ومن أبرز الرواد بها وأكثرهم تأييدا لهذه النظرية هم: كورت كوفكا، جالغ كوهلر، وماكس فريمر، وهم أكثر الرواد في تلك النظرية، حيث كانوا مؤيدين لنظرية منذ نشأتها وداعمين لها، على الرغم من الانتقادات المقدمة لتلك النظرية وأكثر ما واجهه اعتراض في هذه النظرية، الطريقة المثلى التي اعتمدها تلك النظرية والتي تتحدث عن طرق التعلم لدى الإنسان، وأن من أهم أسباب التعلم هو إدراك المتعلم وتقديره لذاته. وتقوم هذه النظرية على مجموعة من المبادئ المختلفة التي يمكن توضيحها كما يلي:

(1) يرى أنصار هذه النظرية أن الإدراك يمر بثلاث مراحل عن طريقها يتم معرفة العالم الخارجي.

(2) في نظرية الجشتالت، الإدراك يبدأ بالشكل الكلي ثم يتم تفكيكه إلى أجزاء تحليلية، ليعود بعد

ذلك إلى الإدراك الكلي عبر دمج هذه الأجزاء. كمثال: عند النظر إلى الشجرة، يتم إدراكها

ككل في البداية (الشجرة بأكملها). ثم ينتبه الشخص إلى أجزائها المختلفة مثل الأوراق

والفروع والجذع. وبعد التحليل، يعاد تركيب الأجزاء معًا لتكوين الصورة الكلية مرة أخرى.

الإدراك الكلي يسمح بفهم الشجرة كجزء من بيئتها وليس كمجموعة من الأجزاء المنفصلة

فقد ترى المدرسة الجشطالتية أن لكل موضوع شكل وأرضية، وكلما كانت عناصر الشكل منتظمة كلما سهل إدراكه.

(3) الإدراك يعود الى العوامل الموضوعية وعليه فلا يمكن الفصل بين الإحساس والإدراك.

(4) العالم الخارجي الذي ندركه منظم بفعل قوانين موضوعية خارجية وهي التي تؤثر على إدراكنا.

(5) من مبادئ الجشتالت نفي دور العقل في عملية الإدراك لأنه فكرة غامضة (داخلية) لهذا

فالإنسان يدرك الشكل (الكل) قبل إدراكه العناصر الجزئية. فالجزء لا يكتسب معناه إلا

داخل الكل الذي ينتظم وفق قوانين. بالأنغام الموسيقية مثلا لا قيمة لها إلا في

تواصلها(مصباحي،2020).

(6) وضعت المدرسة الجشطالتية قوانين وشروط ينتظم بها العالم الخارجي تعرف بقوانين تنظيم

الإدراك ومنها:

- قانون التقارب والتجاور: ويعني ان الموضوعات المتقاربة والمتجاورة في الزمان والمكان

تكون سهلة الإدراك.

- قانون التشابه: الأشياء المتشابهة في الشكل أو الحجم أو اللون تميل إلى إدراكها كصيغ

مميزة عن غيرها.

- قانون الإغلاق: الأشياء الناقصة تميل الى إدراكها تامة كاملة.

- قانون الانتظام: فالثوب المخطط عموديا قد يزيد من أناقة الفتاة عكس الثوب بخطوط أفقية.

- قانون التباين: كلما كان هناك تباين بين الشكل والأرضية كلما سهل إدراك الشكل.

وهذه هي أهم القوانين التي تنظم الإدراك وهي عندهم لا تصدق على مجال البصر فقط، بل

تصدق على كل المجالات الحسية الأخرى. لهذا يقول بول غيوم: أن الوقائع النفسية صور

أي وحدات عضوية تنفرد وتتحدد في المجال المكاني والزمني للإدراك وتخضع الصور بالنسبة للإدراك لمجموعة من العوامل الموضوعية. ويرفض علماء النفس الجشتالت التمييز بين الإحساس والإدراك. ولا يحق عندهم الحديث عن الإحساس الخالص، كما أن إدراك الشكل معطى مباشر أي أن إدراكه ككل وكبنية يسبق إدراك العناصر المكونة له. ففي حالة التساوي بين الشكل والأرضية في درجة الوضوح والانتظام والبروز ندرك بالتناوب أحدهما شكلاً والآخر خلفية، كما أن كل تغيير في بنية الموضوع المدرك يؤثر في عملية الإدراك (الدبوسي، 2013). ويتضح من خلال ما تقدم، أن الجشتالت قد أبرزت دور الشروط الموضوعية (الخارجية وقللوا من دور العوامل الذاتية المتمثلة في تجارب الفرد الماضية وظروفه الراهنة في تحديد عملية الإدراك، كما أن العوامل الموضوعية وحدها غير كافية وإلا تساوى الإدراك عند جميع المدركين لأن الموضوع واحد، كما أن العقل لا يكون عادة في حالة استقبال سلبي بل يظهر نشاطه في الحكم والتفسير، وقللت من فاعلية الذات ودور الخبرة الشعورية وتأثيرها في الإدراك، وفي كثير من الأحيان قد تتوفر العوامل الموضوعية في الشيء المدرك ولا تتم عملية الإدراك.

4. النظرية الظاهرية (الفينومينولوجية):

هي نظرية فلسفية معاصرة تهتم بدراسة الظواهر وخواصها وتقوم على فلسفة الفينومينولوجيا، وهي فلسفة واقعية تبحث في جوهر الأشياء بما فيها الأنشطة البشرية ودوافع الأحداث، حيث تجعل الإنسان والبيئة كلاً لا يتجزأ، ومن أبسط شروطها أنها تدرس التجربة الإنسانية، والهدف من ذلك هو توضيح الحالات البشرية والمعاني والأحداث التي تحدث بصورة عفوية في مجرى الحياة اليومية (مصطفى، 2017).

وقد جاءت النظرية الظاهرية (الفينومينولوجيا) كرد فعل للفلسفة الوضعية بزعماء إميل دوركايم التي تؤكد على الفصل بين الذات وموضوع البحث واعتبار الموضوع شيئاً منفصلاً

تماماً عن شعور الذات. لقد بدأ بعض علماء الاجتماع المعاصر يشككون في قدرة المناهج الوضعية والإمبريقية على فهم الواقع الاجتماعي، مما دفعهم إلى طرح بعض البدائل المنهجية كالفهم الفينومينولوجي والتحليل الأنتومينيولوجي. ويمكن تحليل نظرية الظاهرانية بأنها نظرية اجتماعية قامت على أنقاض أزمة العلوم الإنسانية التي تتمثل في محاولتها تطبيق منهج العلوم الطبيعية. منهج العلوم الإنسانية المتأثر بالعلوم الطبيعية يبحث في الإنسان وكأنه مادة ويحول إلى أرقام ومعدلات إحصائية. الواقع فيما ترى النظرية الظاهرانية أن الإنسان لا يمكن تنميته في أشكال وفئات كمية حسية. إن هناك حاجة إلى منهج ونظرية اجتماعية تبحث في الإنسان كإنسان. ويقوم منهج نظرية الظاهرانية على الجدلية التي تقوم أن التجربة الإنسانية في الحياة تتشكل من خلال الوعي الذي يمثل أفضل طريقة لمعرفة المعنى الذي يستخلص من هذه التجارب. نشاط الوعي المتمثل في الملاحظة والتفكير والتذكر وما شابه ذلك هو الأسلوب الذي يوضح العلاقة بين الإنسان والعالم المحيط به، حيث يرى هوسرل (Husserl) أن الظواهر التي تهتم بوصفها نظرية الظاهرانية هي ظواهر المعنى وليس ظواهر الأشياء ذاتها. فالمعنى يجب أن يكون هو الشاغل الأول عند المفكر والعالم مؤكداً على أن الأشياء منذ البداية إنما هي معان وأن المعرفة بالأشياء فهم معانيها بواسطة الاستبصار المباشر. ومن أبرز رواد هذه النظرية "إدموند هوسرل"، وهو مؤسس النظرية الظاهرانية، حيث سعى للوصول إلى جوهر المعرفة في الوعي الإنساني عن طريق التفكير والوصف. فالوعي هو مصدر كل المعاني التي تتجسد بعدئذ في الواقع الذي يعيشه الإنسان، ومن أنصار النظرية أيضاً "ميرلوبونتي"، الذي رفض أن يكون الإدراك تابعاً للإحساس أو لنشاط العقل، وبالتالي لا يمكن أن تكون الأشياء الخارجية موضوعاً للإحساس كما يعتقد الحسيون أو موضوعاً لأحكام العقل كما يظن العقليون (سواكري، 2014).

وتقوم النظرية الظاهرية (الفينومينولوجية) على مجموعة من المبادئ المختلفة التي يمكن توضيحها على النحو التالي:

- تهتم النظرية الظاهرية (الفينومينولوجيا) بالفعل الاجتماعي وتركز على التفاعلات الداخلية للعقل البشري والمعاني التي تتشكل لدى الفاعلين حول واقعهم الاجتماعي.
- تهتم النظرية الظاهرية (الفينومينولوجيا) ببنية المعنى التي تتشكل بين أفراد المجتمع الواحد.
- تركز نظرية الظاهرية (الفينومينولوجيا) على الشعور وتستخدمه كمفتاح لفهم معاني الأفعال.
- تؤكد هذه النظرية على أهمية الخبرة الشخصية للإنسان والتي من خلالها يمكن لهم فهم وإدراك حقائق الأشياء.
- لا تولي النظرية الظاهرية (الفينومينولوجيا) اهتماماً كبيراً للنظام الاجتماعي.
- إن إدراك العلم يتوقف على الوعي ولا يتحقق فهم الموضوع إلا بمقدار الوعي به.
- ترفض نظرية الظاهرية (الفينومينولوجيا) فصل الظواهر عن الشعور.
- تهتم نظرية الظاهرية (الفينومينولوجيا) بوصف ظواهر الوعي.
- تؤكد نظرية الظاهرية (الفينومينولوجيا) على صعوبة الفصل بين العالم الاجتماعي وأساليبه وطرق فهمه (حداد، 2021).

وترتبط هذه النظرية بالإدراك من خلال اعتمادها على دراسة الموضوعية أو الواقع كما يعاش ويختبر بشكل ذاتي.

وترى الباحثة أن هذه النظرية ترتبط بإدراك المرض من خلال المنهج العام الذي يبحث في كل ما يتعلق بالشعور، الحدس، الحواس، وإدراك الذات الواعية الماهية في جوهرها ووصفها وتحليلها لإثبات كينونتها وحقيقتها، وبذلك تعمل نظرية

الظواهرية (الفينومينولوجية) على إدراك المرض وتحليلها، والعمل على زيادة وعي الإنسان وتفكيره بماهية المرض وكيفية التعامل معه، ولذلك تعتبر هذه النظرية طريقة من طرق البحث، تساعد في إدراك ما يعيشه الفرد وإدراكه.

1.1.3 المحور الثاني: الوسواس القهري

تعريف الوسواس القهري:

يعرف الوسواس القهري على أنه: وساوس وأفعال قهرية، والوساوس ما هي إلا أفكار مقتحمة ومستمرة وصامدة أو صور ذهنية مقتحمة وغير مرغوب فيها، تستحوذ على الشخص لدرجة أنه لا يمكنه التخلص منها، وتحدث له بشكل قسري وبمعزل عن إرادته، على الرغم من أنه على يقين بأنها من نتاج عقله وليست مفروضة عليه من الخارج، أما الأفعال القهرية ما هي إلا سلوكيات متكررة تحدث بسبب اعتقاد المريض أنها ستمنع أو تقلل الشعور بالضيق والكدر الناجم من الأفكار الوسواسية، كما أنها تتصف بعدم معقوليتها أو المبالغة فيها (اليوسف، 2014).

كما يعرف الوسواس القهري بأنه: جملة الاختلالات العصبية الشديدة والحادة، التي تسلب الإنسان توازنه النفسي والسلوكي، وتعرضه إلى مشاكل جمّة تحول دون انسجامه مع محيطه، وهذا الاختلال وفقدان التوازن له طبيعة علنية واضحة (Tenore, 2018).

ويعرفه البلوي (2018) فكرة متسلطة وسلوك إجباري، يظهر بتكرار وقوة لدى المريض ويلزمه، ويفرض نفسه عليه، ولا يستطيع مقاومته رغم وعي المريض لغرابته وسخفه وعدم فائدته، ويشعر بالقلق والتوتر إذا قاوم ما توسوس به نفسه، ويشعر بالاحاح داخلي للقيام به،

ويتكون الوسواس القهري من شقين

وهما كما يلي:

- الأفكار الوسواسية: هي مجموعة من الأفكار أو الصور المتواصلة والمتسلطة والمستمرة التي تقتحم عقل المريض وتراوده وتلازمه مع عجزه عن دفعها أو طردها أو التخلص منها.
 - الأفعال القهرية: هي أعمال وسلوكيات متكررة جبرية استجابة أفكار وسواسية يقوم بها الفرد لتخفف أو تمنع القلق والإزعاج الناتج عن ذلك، ولا يستطيع المريض مقاومتها، وهي تستحوذ عليه لفترة طويلة، وهو راض عنها ولا يحبها خاصة وهو لا يشعر بفائدة من وراء تكرارها، لكنه مقهور على استمرار عملها والقيام بها (البلوي، 2018).
- ويعرفه Peeters (2020) بأنه نزعات أو خيالات، يخبرها الشخص على الأقل على أنها غير مرغوبة وليس لها معنى، ويحاول الشخص أن يتجاهل أو يكبح هذه الأفكار أو النزعات أو يحاول استبدالها بأفعال وأفكار أخرى، ويعرف الشخص أن أفكاره الوسواسية هي نتاج عقله وليست مفروضة عليه من الخارج.
- يعرف الوحيشي (2019) الوسواس القهري على أنه: أفكار أو نزعات متكررة بصورة مستمرة يشعر صاحبها بأنها دخيلة عليه ولا معنى لها ومضیعة للوقت، أو التي تعوق نظامه اليومي أو علاقته الاجتماعية، وفشل محاولات تجاهلها أو السيطرة عليها أو تحييدها باستخدام أفكاراً وأفعال أخرى والاعتراف بأن الأفكار الوسواسية صادرة منه.
- ويعرف الوسواس القهري بأنه: أفكار متكررة تتدخل في السلوك السوي وتعطل، فتشغل ذهن المريض ويشعر بنوازع تبدو غريبة عنه، ويضطر للقيام بتصرفات لا تجلب له السرور، ولا يملك القدرة للتخلي عنها، والأفكار الوسواسية قد لا يكون لها معنى في ذاتها، وقد لا تعني شيئاً بالنسبة للمريض، وكثيراً ما تكون في منتهى السخف، وهو يحمل الهم دون إرادة منه،

ويظل يتأمل ويفكر، وكأن الأمر يتعلق بالحياة أو الموت بالنسبة له، ولذلك والسلوكيات القهرية تصرفات تكرارية مثل: (غسيل اليدين، الترتيب، التدقيق) أو تصرفات ذهنية مثل (الصلاة أو الدعاء، العد، تكرار كلمات بين المريض ونفسه) والتي يشعر المريض بأنه مدفوع للقيام بها تجاوباً: مع فكرة وسواسية، أو وفقاً لقواعد يجب تطبيقها بصرامة (المتولي، 2019).

بينما يعرفه سويف (2021) أنه فكر متسلط وسلوك جبري يظهر بتكرار لدى المريض ويستحوذ عليه ولا يستطيع المريض مقاومتها رغم علمه بغرابته ويشعر بالتوتر أثناء مقاومته تلك الأفكار رغبة في التخلص من القذارة ويمثل ذلك في تنظيف الطعام، الملابس، المنزل وتجنب الأماكن العامة والعدوى.

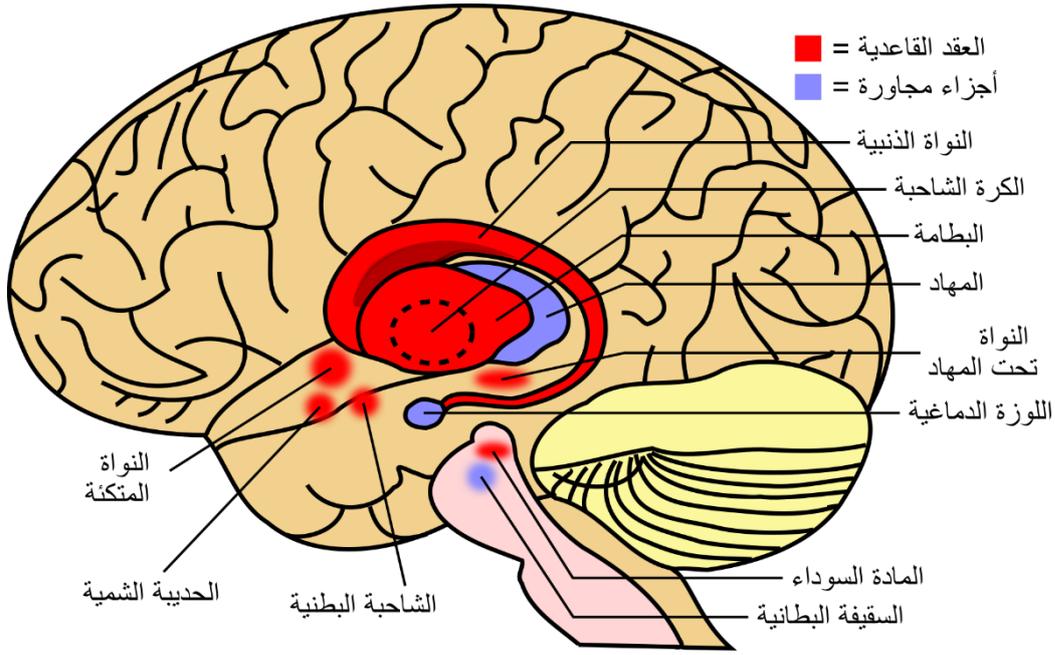
ويرى مصطفى (2024) أن الوسواس القهري هو: مرض نفسي يتسم بالأفكار المتكررة والخائنة والاندفاعات الحركية، مثل الغسل المستمر لليدين مئات المرات، والتفكير في ماهية الله والكون والفرد، والخوف من الجراثيم والميكروبات. بالرغم من إدراك الفرد تماماً الطبيعة التافهة وغير العقلانية لهذه الأفكار والأفعال، ورغم مقاومتها الشديدة لها، إلا أنها تستحوذ عليه وتعطل تحركاته وتسبب له ألماً نفسياً وعقلياً شديداً.

ويتضح من خلال التعريفات السابقة، أن الوسواس القهري هو تسلط فكرة أو عدد من الأفكار لاشعورية على ذهن المريض واستمرار ترددها عليه، وعجزه عن إبعادها أو التخلص منها رغم علمه أنها سخيفة وغير مقبولة، ولا تتفق مع أخلاقها ومشاعره، وتظل ترعجه وتقلق مضجعه وخاصة كلما حاول إبعادها عن ذهنه، ولكن كلما كان المجهود للتخلص منها كبيراً زاد تكرارها، أما الأفعال القهرية فهي تكرار عمل ما دون معنى لإشباع دافع لا شعوري، وبما أن العمل عادة لا يشبع الدافع الحقيقي، فالفرد يكرره بطريقة نمطية، والفرد عادة يقاوم هذه الأفعال، مما يزيد من توتره وقلقه.

الصورة الإكلينيكية للوسواس القهري:

اضطراب الوسواس القهري، كأحد اضطرابات القلق، هو حالة معيقة يمكن أن تستمر طوال حياة الشخص. يصبح الشخص الذي يعاني من الوسواس القهري محاصراً في نمط من الأفكار والسلوكيات المتكررة المزعجة التي لا معنى لها، ولكن من الصعب للغاية التغلب عليها. يحدث اضطراب الوسواس القهري في طيف من خفيف إلى شديد، ولكن إذا كان حاداً وترك دون علاج، يمكن أن يدمر قدرة الشخص على العمل أو في المدرسة أو حتى في المنزل، كما أن الوسواس وهي أفكار غير مرغوب فيها وغير مقبولة تظهر في ذهنك بطريقة غير محظورة. يمكن أن تكون الهواجس أفكاراً بالكلمات، ويمكن أن تكون أيضاً صوراً، أو دوافع، كما لو كان المرء يريد فعل شيء ما، فبعض الناس منزعجون جداً من أفكارهم المتطفلة لدرجة أنهم يرغبون في التوقف عن التفكير فيها تماماً (خليل، 2021).

وتظهر الصورة الإكلينيكية للوسواس القهري من خلال نشاط هرمون السيروتونين باعتباره الناقل العصبي السائد في الوسواس القهري، فهناك نواقل عصبية محددة تقوم بإدارة دوائر التغذية المرتدة، لا سيما السيروتونين وكذلك زميله الدوبامين، ويبدو أن هذا قد حدث إلى حد كبير بسبب انخفاض أعراض الوسواس القهري استجابة مثبطات امتصاص السيروتونين المحددة والتي تزيد من تركيزات السيروتونين المتشابك (Cavedini, 2012).



شكل (1) شكل الدماغ

ويشير تشانسكي (Chansky 2011) إلى ذلك بقوله السيروتونين وهو الناقل العصبي، وهو مادة كيميائية في الدماغ تتمثل مهمتها في نقل المعلومات من خلية عصبية إلى أخرى، إذا لم يكن هناك ما يكفي من السيروتونين، فلن تعمل دوائر الرسائل بشكل صحيح ولن تتوقف الرسالة. يقع أحد مواقع مستقبلات السيروتونين في جزء من الدماغ يسمى العقد القاعدية، وهي المنطقة التي تحتوي على محطة تصفية الفكر. ولذلك، فإن الشخص الذي يعاني من إصابة في العقد القاعدية يصاب بأعراض الوسواس القهري. وهناك مجموعة من الأدوية المستخدمة لعلاج الوسواس القهري وذلك مثل (بيروزاك، زولوفت، باكسيل) تؤثر على مستويات السيروتونين، وتستهدف مثبطات امتصاص السيروتونين (SSRIs) التي تتمثل في مواقع المستقبلات في العقد القاعدية، مما يوفر المزيد من السيروتونين لتوجيه الرسائل بشكل صحيح. ويحدث الوسواس القهري نتيجة الاختلال الكيميائي الحيوي الذي يحدث في المخ، والذي ينتج من الزيادة في معدل نشاط فصوص المخ الأمامية، ومعدل نشاط النواة القاعدية خاصة النواة المدنبة Caudate nucleus وكذلك منطقة الحزام، وهو بدوره يتسبب في إرسال رسائل كاذبة،

وقد يرجع إلى الطريقة التي تعلمها الفرد في خفض الشعور بالقلق أو نتيجة التعرض للأحداث الضاغطة. وأن الأسباب البيولوجية من أهم أسباب إصابة الفرد بالوسواس القهري، حيث وجد أن المورث الناقل للسيروتونين هو المسؤول عن إصابة الفرد بالوسواس القهري، حيث يوجد ارتباط بين نقص السيروتونين والوسواس القهري وحدث تغيير في نشاط المخ، وقد يرجع هذا التغيير إلى ما يلي:

- النواة المذنبة Caudate nucleus: الموجود في منطقة عميقة بمنتصف المخ، وهي تعمل كمرشح للأفكار والتحكم في السلوكيات المعتادة والمتكررة. (الوحيشي، 2019)
 - يعتقد أن نشاط بعض أجزاء قشرة الفص الأمامي للمخ يجعل الفرد قلقاً على الجوانب الاجتماعية، ويصبح الفرد مرتباً وموسوساً ومشغول البال، ولديه خوف مبالغ فيه أن يظهر على نحو غير ملائم.
 - النواة القاعدية The cingulate: هي التي تحفز المريض لأداء الأفعال القهرية، وذلك من أجل خفض القلق.
- وقد ذهب البعض في تفسير مرض الوسواس القهري إلى أن سببه وجود بؤرة كهربائية نشطة في لحاء المخ، وتشمل المناطق المعروفة بالقشرة الأمامية المدارية (Orbital Frontal Cortex)، والجسم المخطط (Striatum)، والمهاد (Thalamus) كما أن البداية المفاجئة لمرض الوسواس القهري قد يكون سببها استئثار بكتيريا لاستربت (Strept)، وتسبب هذه المناطق حسب مكانها في اللحاء فكرة أو حركة أو اندفاعاً، وتستمر هذه البؤرة الكهربائية في نشاطها رغم محاولة مقاومتها، تماماً، كما تتعطل الأسطوانة وتكرر نفس النغمة وتستمر إن لم يحركها الفرد إلى نغمة أخرى، وهذه البؤرة وإن كانت في حالة نشاط مستمر إلا أنها على اتصال دائم بكافة الدوائر الكهربائية في لحاء المخ كافة، ولذا يتبين للمريض عدم صحة هذه

الفكرة لأن بقية اللحاء أو مركز الفكرة تقاوم هذه البؤرة، وقد زاد الاهتمام بالوسواس القهري بعد اكتشاف عدة مصاحبات فسيولوجية وتشريحية بأجهزة تصوير المخ الحديثة، قد وجد بعض التغييرات في العقد القاعدية، وخاصة في النواة المذنبة وصغر حجمها، وكذلك المعدل المرتفع في تمثيل الجلوكوز في الفص الجبهي في المخ (Dittrich, 2011).

ويرى أونين (2013) Onen أنه عند إجراء تخطيط الدماغ لدى مرضى الوسواس القهري، يظهر نمطاً من النشاط مختلف عما يظهر عند الأسوياء، حيث إن النشاط أقل في منطقة من الجهاز الجوفي limbicsystem وتسمى التلفيف الحزامي Cingulate gyrus والمسؤولة عن تشكيل الانفعالات Emotion Formation والتعلم والذاكرة، مما يسبب خللاً في التحكم بالانفعالات، وهذه النتائج قد تساعد في تفسير المشكلات المتعلقة باتخاذ القرارات والانتباه والمشكلات المعرفية الأخرى لدى مرضى الوسواس القهري.

ويتضح من خلال ما تقدم، أن هناك إجماع لدى الباحثين حول وجود شذوذ واضطراب مخي لدى مرضى الوسواس القهري، كما أن هناك دوراً للمناعة العصبية في الإصابة باضطراب الوسواس القهري، ويحدث نتيجة الاختلال الكيميائي الحيوي الذي يحدث في المخ، والذي ينتج من الزيادة في معدل نشاط فصوص المخ الأمامية، ومعدل نشاط النواة القاعدية خاصة النواة المذنبة وكذلك منطقة الحزام، وهو بدوره يتسبب في إرسال رسائل كاذبة، تؤدي إلى حالة معيقة يمكن أن تستمر طوال حياة الشخص، حيث يصبح الشخص الذي يعاني من الوسواس القهري محاصراً في نمط من الأفكار المزعجة التي لا معنى لها، ومن الصعب التغلب عليها.

أعراض الوسواس القهري:

هناك العديد من الأعراض المختلفة للوسواس القهري، ويمكن توضيح هذه الأعراض على النحو التالي:

اضطراب الوسواس القهري (OCD) كما ورد في DSM-5 يتميز بالأعراض التالية:

1- وساوس: أفكار متكررة وغير مرغوبة تسبب قلقاً (مثلاً: مخاوف من التلوث).

2- أفعال قهرية: سلوكيات متكررة (مثل غسل اليدين) أو أفعال عقلية (مثل العد)

تستهدف تقليل القلق.

3- مستهلك للوقت: تستغرق أكثر من ساعة يومياً، وتسبب ضعفاً في الأداء الاجتماعي

أو المهني.

4- لا تُعزى لأسباب أخرى: مثل تعاطي العقاقير أو حالة طبية أخرى.

5- تحديد درجة البصيرة: هل يدرك الفرد أن وساوسه ليست صحيحة؟ (APA, 2013).

وهناك العديد من الأعراض المختلفة للوسواس القهري، ويمكن توضيح هذه الأعراض

على النحو التالي:

- الاندفاعات: ويشعر المريض بإلحاح مسيطر، أو رغبة جامحة، أو باندفاع ليقوم بأعمال لا

يرضى بها ويحاول مقاومتها، ولكن دون جدوى، وبالتالي تسيطر عليه هذه الرغبة الملحة

بقوة، وقد تكون في شكل عدوانية أو انتحارية مثل إيذاء المارة في الشارع، أو إلقاء نفسه من

الأدوار العالية، وأحياناً اندفاعات مضحكة كالغناء في الأماكن المقدسة أو في الأماكن

العامة.

- اجترار الأفكار: تتتاب المريض أفكار وأسئلة ليس لها إجابة، ولكن لا يستطيع

التخلص منها رغم اقتناعه بعدم صحتها، وتتعلق الأسئلة كثيراً بالنواحي الدينية أو

مصاعب الحياة اليومية، وأحياناً تأخذ هذه الأفكار والصور أسئلة لا نهائية وغير ممكن الإجابة عنها (الوحيشي، 2019).

- الأفكار والصورة الوسواسية: وهي سيطرة فكرة خاصة أو صورة لمنظر محدد، ويكون معظمها تشككياً، أو فلسفياً، أو اتهامياً، أو عدوانياً، أو جنسياً، يتسلط ويحرض المريض على القيام بسلوك قهري، وإثبات صورة معينة لمنظر حميد أو كرهه يشغل الفرد ويقلقه، أو نغمة موسيقية أو عمليات حسابية.
- الطقوس الحركية: تعدّ الطقوس الحركية من أكثر الأعراض القهرية شيوعاً، وتظهر على هيئة النزعة الجامحة المسيطرة للقيام بحركات معقدة ومعينة للتخلص من إلحاح الفكرة الخاصة بذلك، كتكرار الوضوء، أو الصلاة، أو غسل اليدين، أو الاستحمام (Shinmei, 2017).
- طقوس التأكد أو الفحص: قد ترجع بداية طقوس المراجعة بشكل تدريجي إلى التنشئة الاجتماعية، حيث تؤدي دوراً بارزاً في تطور هذا الاضطراب على عكس الأفراد الذين لديهم طقوس النظافة التي قد تبدأ أعراضها فجأة.
- طقوس النظافة: وهي أكثر أنواع الأفعال القهرية انتشاراً، حيث يوسوس الفرد حول أمور تتعلق بالتلوث من الميكروبات، والجراثيم، أو النفايات، أو القذارة، أو البول، أو الدم، أو جميعها وغيرها، مما يؤدي إلى قيامه بطقوس النظافة والاعتسالة بشكل متكرر ومعادٍ، وتعدّ الأفعال المتكررة تسلطية، حيث تسبقها أفكار وسواسية بأنهم ملوثون، حيث تصبح هذه الأفعال القهرية مصدر قلق بالغاً إذا توقفوا عن ذلك، أو حاولوا منع أنفسهم من الاستمرار فيها. فهم يدركون أن أفعالهم القهرية مبالغ فيها، وغير معقولة منها غسل اليدين، والتكرار في الاستحمام (صابر، 2020).

- المخاوف القهرية: المخاوف ترتبط دائماً بالأفكار، أو الصور، أو الاندفاعات، أو الطقوس الحركية الملحة، فتكون المخاوف وسيلة للهروب من الموقف القهري الذي تسببه الأعراض، وهناك ارتباط بين الرهاب المخاوف اللامعقوله (الفوبيا) مثل الخوف الشديد من المرض، أو التلوث، أو ركوب السيارة، أو الأماكن الضيقة، أو ركوب الطائرة، أو الخروج من المنزل (جاد، 2019).

- العادات القاهرة: يقوم بعض المصابين باضطراب الوسواس القهري بممارسة عادات وطقوس القاهرة؛ لأنهم يشعرون وبشكل غير قابل للتوضيح أن عليهم القيام بذلك، في حين أن البعض الآخر يقومون بتلك العادات القاهرة لأن ذلك يخفف من حدة القلق المصاحب لأفكار معينة متداخلة على الذهن، يمكن للمصاب أن يشعر أن هذه التصرفات ستقوم بشكل ما بمنع حدث مخيف من الوقوع، أو أنها تدفعهم للتفكير بأمر آخر غير ذلك الحدث. على أي حال، فإن السبب الذي يقدمه المصاب حول الدوافع غالباً ما تكون له خصوصية ذاتية بشكل كبير، أو أن تكون غير واضحة المعالم، مما يؤدي إلى بؤس وانزعاج واضح للمصاب وللمحيطين به، ويعتمد الناس على العادات القاهرة من أجل الهروب من الأفكار الوسواسية رغم أنَّهم يدركون أن الراحة الناجمة من هذه الممارسات ما هي إلا حالة مؤقتة، ومن صور العادات القاهرة قضم الأظافر وبتف الشعر (Tripathi, 2018).

وأضاف خليل (2021) مجموعة من الأعراض الأخرى لاضطراب الوسواس القهري تتمثل فيما يلي:

- الانطواء والاكنتاب والهم وحرمان النفس من أشياء ومتع كثيرة، وسوء التوافق الاجتماعي وقلة الميول والاهتمامات نتيجة التركيز على الأفكار المتسلطة والسلوك القهري.

- الضمير الحي الزائد عن الحد والشعور المبالغ فيه بالذنب والجمود وعدم التسامح والعناد والجدية المفرطة والكمالية والدقة الزائدة.
 - القلق إذا وقع الفرد في المحذور وخرج عن القيود والحدود التي فرضها على نفسه سواء في فكر أو سلوك.
 - الروتين والرتابة والتتابع القهري في السلوك والبطء الزائد في العمل والتردد وعدم القدرة على اتخاذ القرارات.
 - الشك المتطرف في الذات واحتمال الخطأ والتأكد المتكرر من الأعمال والتردد والمراجعة.
- وتستخلص الباحثة من خلال ما تقدم، أن أعراض الوسواس القهري تتمثل في الاتباع الدقيق للقواعد والتعليمات، والتقاليد الاجتماعية البسيطة، وإعطاء أهمية بالغة لدقائق الأمور والصغائر والتفصيلات، مع البطء في الاستجابة ورد الفعل، والخوف من التغيير من خلال كره الغموض، وتجنب مواجهة المواقف الجديدة، وعدم القدرة على اتخاذ القرار والتردد في حسم الأمور، والتشاؤم والشعور بعدم الكفاية، والحساسية والخجل الزائد، والمبالغة في الاتجاهات الأخلاقية، وعدم المرونة والتصلب والانضباط الشديد، والتسوية والمماطلة والتأجيل، والاتكالية الزائدة والقلق تجاه المسؤولية.

أسباب الإصابة بالوسواس القهري:

هناك العديد من الأسباب المختلفة للإصابة بالوسواس القهري، ويمكن توضيح هذه الأسباب على النحو التالي:

1) العامل الوراثي: أوضحت دراسة المتولي (2019) أن العامل الوراثي يلعب دوراً

هاماً في نشأة الوسواس القهري، فقد أشارت إلى أن الجينات تلعب دوراً في تطوير هذا

المرض في حالات كثيرة، حيث إن حوالي (٢٩ %) من أقارب المرضى لديهم

الاضطرابات نفسها، كما أن ظهور الاضطراب نفسه أعلى منه في التوائم الحقيقية وحيدة

العينة من ثنائية العينة.

العامل الفسيولوجي الخاص بالجهاز العصبي: هناك أسباب فسيولوجية خاصة بالجهاز

العصبي وكهربائية نشاط المخ، حيث إن اضطراب الوسواس القهري يتضمن مشكلات في

الاتصال بين الجزء الأمامي من المخ (المسؤول عن الإحساس بالخوف والخطر)،

والتركيبات الأكثر عمقاً للدماغ

(العقد العصبية القاعدية التي تتحكم في قدرة المرء على البدء والتوقف عن

الأفكار)، وتستخدم هذه التركيبات الدماغية الناقل العصبي الكيميائي

(السيروتونين)، ويعتقد أن اضطراب الوسواس القهري يرتبط بنقص في مستوى

السيروتونين (المتولي، 2019، ص76).

يعتبر اضطراب الوسواس القهري هو نتيجة تغير كيميائي في جسم المصاب، أو

في أداء دماغه. وهناك عوامل ترتبط بوجود درجة غير كافية وأقل من اللازم من

السيروتونين في الدماغ مما يسهم في نشوء اضطراب الوسواس القهري، أعراض

الوسواس القهري تنقلص وتخف حدتها لدى الأشخاص الذين يتعاطون عقاقير تزيد من فاعلية السيروتونين (Nelms, 2016).

العوامل الأسرية: يعتقد أصحاب هذا النموذج أن اضطراب الوسواس القهري يرتبط بالظروف الأسرية من مثل الحرمان من الحب والدفء العاطفي ومشاعر الحماية والتقبل بالأخص في مراحل الطفولة المبكرة، فالاتجاهات الوالدية في تنشئة الأولاد تؤدي دوراً محورياً في تكوين الأعراض القهرية لديهم، إذ غالباً ما يشجع الآباء أبناءهم على اكتساب صفاتهم الخاصة، ومن المحتمل أن يشجع الآباء الذين يظهرون سمات قهرية أبناءهم على تعلم هذه الخصائص وتنميتها لديهم، وقد يقومون بذلك بطريقة غير مقصودة حين يشعرون بالارتياح عند ظهور السمات الخاصة بهم في شخصية أبنائهم (البلوي، 2018).

(2) العوامل الاجتماعية: يرى أصحاب هذا النموذج أن هناك أساساً اجتماعياً وثقافياً وراء الإصابة بالوسواس القهري، حيث يعتبر المجتمع مسؤولاً عن ظهور الوسواس القهري حين يفضل وجود بعض السمات القهرية مثل النظافة والتنظيم والدقة والترتيب في الهدام واللباس، وهي سمات مرغوبة، ولكنها تتحول إلى اضطراب عند المبالغة في سمة أو أكثر منها:

-التنشئة الاجتماعية الخاطئة، والتربية المتزمتة الصارمة المتسلطة، الأمرة الناهية القامعة، والقسوة والعقاب، والتدريب الخاطئ المتشدد المتعسف على النظافة والإخراج في الطفولة.

-الإحباط المستمر في المجتمع، والتهديد المتواصل بالحرمان، وفقدان الشعور بالأمن.

-الشعور بالإثم، وعقدة الذنب، وتأنيب الضمير، وسعي المريض لا شعورياً إلى عقاب ذاته،

ويكون السلوك القهري بمثابة تكفير رمزياً وإراحة الضمير، فمثلاً يمكن أن يكون غسل الأيدي القهري رمزاً لغسيل النفس وتطهيرها من الإثم المتصل بخطيئة أو بخبرة مكبوتة (الjasر، 2020).

-الخوف وعدم الثقة في النفس والكبت والصراع بين عناصر الخير والشر، والصراع بين إرضاء الدوافع الجنسية والعدوانية وبين الخوف من العقاب وتأنيب الضمير، ووجود رغبات لا شعورية متصارعة تجد التعبير عنها في صورة الفكر الوسواسي والسلوك القهري، وكذلك الصراع بين التمرد على مطالب الكبار وتقبلها (الوحيشي، 2019).

وبناء على ما تقدم، توضح الباحثة أن أسباب الإصابة بالوسواس القهري تتمثل في الأمراض المعدية الخطيرة والمزمنة، والحوادث والخبرات الصادمة، والصراع بين عناصر الخير والشر والرغبات اللاشعورية المتصارعة، والتعرض للإحباط المستمر في المجتمع، والتشنج الاجتماعي الخاطئة ومنها أساليب التربية الصارمة والملتزمة والمتسلطة والقامعة، والشعور بالإثم وتأنيب الضمير، وتقليد سلوك الوالدين أو الكبار المصابين بالوسواس القهري، وجود بؤرة كهربائية نشطة في لحاء المخ تسبب دوائر كهربائية تؤدي إلى نفس الفكرة أو نفس السلوك.

طرق تشخيص الوسواس القهري:

يمكن تطبيق التشخيص الرسمي من قبل الطبيب النفسي، أو الأخصائي النفسي الإكلينيكي، أو غيرهم من المرخص لهم في مهن الصحة النفسية، ويكون تشخيص الوسواس القهري، من خلال تحديد الهواجس القهرية، أو الدوافع القهرية، أو كليهما، فإن العديد من الخصائص تميز الهواجس والدوافع المهمة سريرياً، مثل الأفكار المتكررة والمستمرة، أو الصور التي تسبب القلق أو الضيق، وهذه الأفكار والدوافع، أو الصور من حيث درجتها أو نوعها تقع خارج النطاق الطبيعي للمخاوف المتعلقة بالمشاكل التقليدية. وعلاوة على ذلك، يجب على الهواجس أو

الدوافع أن تستغرق وقتاً طويلاً تظهر لأكثر من ساعة واحدة يومياً، أو تسبب ضعفاً في الأداء الاجتماعي، أو المهني، أو الدراسي (البلوي، 2018).

كما أن هناك العديد من الطرق المختلفة التي يتم من خلالها تشخيص الوسواس القهري، ويمكن توضيح هذه الطرق على النحو التالي:

- معاودة واستمرارية الأفكار التسلطية أو الاندفاعات أو التخيلات التي كان قد مر بها الفرد في خبراته أثناء أي اضطراب سابق بصورة غير ملائمة، بحيث تزعج المريض وتقتحم عقله، وتسبب له القلق والإزعاج والقلق. والتشويش الذي يعاني منه الفرد لا يرجع إلى تأثيرات فسيولوجية في جوهرها (أدوية، إدمان الكحوليات أو المخدرات) أو أي ظروف طبية أخرى.

- يحاول الشخص أن يتجاهل أو يكبت هذه الأفكار الإقحامية أو الاندفاعات أو التخيلات، أو محاولة تحييدها وإبطالها بأفكار أو أفعال أخرى.

- يعترف الفرد أن هذه الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية من نتاج عقله هو، وليست مفروضة عليه من الخارج، وإنما هي أفكار داخلية ملحة (الوحيشي، 2019).

- لا تكون هذه الأفكار أو الأفعال القهرية أو التصورات بمثابة انشغال على مشكلات الحياة اليومية الحقيقية من مشكلات اقتصادية أو مشكلات العمل أو المدرسة.

وبناء على ما تقدم، يمكن استخدام العديد من المقاييس المختلفة لتشخيص اضطراب الوسواس القهري، بالإضافة إلى تقدير المريض للوقت الذي يستغرقه، وذلك كما يلي:

مقياس بيل براون للوسواس القهري: وهو مقياس لتقديرات الملاحظة يحتوي على عشر فقرات يقيم كل منها على سلم تقييم يتراوح من (0 إلى 5)، حيث تتناول الفقرات الخمس الأولى الأفكار الوسواسية، أما الفقرات الخمس الأخرى تتناول الأفعال القهرية، والدرجة الكلية القصوى

على المقياس هي (50)، حظيت هذه الأداة بشعبية كبيرة بين الأخصائيين في أمريكا، ويستخدم مقياس بيل براون كأداة ملاحظة بشكل كبير في الدراسات العلاجية لاضطراب الوسواس القهري، فهو يساعد كثيراً في استخراج ما لم يحدده المريض وما لم يعتقد أنه ذو علاقة بحياته، ولا يعتبر أداة تشخيصية، وإنما يهدف تطبيقه إلى تحديد شدة الاضطراب كمياً، وكذلك تقييم الاستجابة لطرق العلاج (Borda 2017).

- بطارية لايتون للوسواس القهري: تعد بطارية لايتون للوسواس القهري من أشهر الأدوات وأقدمها، وقد تم تقنينها على أسوياء و مصابين بالوسواس القهري، فهي تميز بشكل جيد بين المجموعتين، وهي تتكون من (99) فقرة، يتعلق (40) فقرة منها بأعراض الوسواس القهري، أما بقية الفقرات فتتعلق بخصائص الشخصية الوسواسية، وجميع الفقرات مطبوعة على بطاقات منفصلة، وعلى المفحوص أن يضع كل بطاقة في أحد صندوقين: أحدهما للإجابة (بنعم) والآخر (بلا)، ومن عيوب بطارية لايتون أنها تستغرق وقتاً طويلاً في تطبيقها، وتأتي الأربعون فقرة المتعلقة بأعراض الوسواس القهري تحت العناوين التالية: الأفكار الطارئة، القذارة والتلوث، والتحقق، والأشياء الخطرة، والنظام، والنظافة، ونظافة وترتيب المنزل، والتكرار، والنظام والروتين، والتردد، وبقطة الضمير المفرطة وعدم الرضا، أما الفقرات الأخرى التي تتعلق بخصائص الشخصية الوسواسية، جاءت تحت عناوين: الإثارة، والبخل، وانحراف المزاج والصحة، والجمود، والنظام، والدقة في المواعيد (Wilson, 2014).

- المقياس العربي للوسواس القهري: استمدت فقرات هذا المقياس من مصدرين رئيسيين هما: المراجع المتخصصة (في علم النفس المرضي والطب النفسي) والتحليلات العالمية للمقاييس المعروفة للوسواس القهري، وتم بناء المقياس أصلاً ليناسب البيئات العربية، وقد خضعت جميع فقراته للتحليلات العالمية، كما أنه اتسم بمعايير ثبات وصدق تلازمي

مرتفعين، وقد صيغت فقرات المقياس وعددها (32) فقرة بلغة عربية فصيحة، وتم تقسيمها إلى تسعة عوامل وهي بالترتيب: عامل عام للوسواس القهري، عامل المراجعة، عامل التدقيق والحسم، عامل التكرار والعد، عامل لوم الذات، والشك، والتردد، عامل السواء مقابل الوسواس، عامل البطء مقابل التحرر من الوسوسة، عامل الخواطر الملحة، عامل الاهتمام بالتفاصيل (البلوي، 2018).

ويتضح من خلال ما تقدم، أنه تشمل خطوات المساعدة على تشخيص اضطراب الوسواس القهري على التقييم النفسي، ويتضمن ذلك التحدث عن أفكار ومشاعر وأعراض وأنماط سلوك المريض لاكتشاف ما إذا كانت لديه هواجس أو سلوكيات قهرية تعوق جودة حياته. وقد يتضمن التقييم أيضاً التحدث إلى عائلة أو أصدقاء المريض لمعرفة تفاصيل الحالة. وقد يتضمن التشخيص الفحص البدني، حيث يساعد الفحص على استبعاد المشكلات الأخرى التي قد تسبب أعراض والتحقق من عدم وجود أي مضاعفات ذات صلة.

1.1.4 المحور الثالث: النظريات التي فسرت الوسواس القهري

هناك العديد من النظريات المختلفة التي فسرت الوسواس القهري، ويمكن توضيح أهم النظريات التي فسرت الوسواس القهري على النحو التالي:

1) نظرية التحليل النفسي:

تعدّ المدرسة التحليلية هي المدرسة التي أعطت التفسيرات النفسية للأمراض النفسية والعقلية. وقد كان سيجموند فرويد هو من فصل الوسواس القهري وجعله مرضاً نفسياً قائماً بذاته عام 1896م، فقد كان قبل ذلك يعدّه عرضاً من الأعراض لحالة نفسية تسمى "الوهن النفسي" وحتى نهاية الستينيات كانت نظرية فرويد تعدّ أعراض الوسواس القهري نتيجة لصراعات داخلية ما حدث في المرحلة الشرجية المرحلة السادية، نتيجة لهذا تقبله مشاعر الجنس والعدوان،

ولهذا فإن أعراض الوسواس الطقوسية تستخدم كوسيلة لخفض القلق وضبطه بهدف منع الاندفاعات المختزنة في اللاشعور من الظهور إلى الشعور، أي أنه تفسير اضطراب الوسواس القهري باعتباره ناتجاً عن الرغبات المكبوتة والخبرات الجنسية المختزنة في اللاشعور، على أنه رموز لا شعورية متصارعة بين الفرد والمجتمع، كان العلاج المقترح هو التحليل النفسي الذي يتعامل مع اضطراب الوسواس القهري، ولهذا يبدأ العلاج من خلال وصول اضطراب الوسواس القهري إلى هذه المناطق اللاشعورية عن طريق تشجيع الفرد على الحديث حول مشكلاته خلال الجلسات العلاجية، ويساعده المعالج في التعرف على العوامل الخفية في المشكلة وفهم أسبابها وإخراجه من حيز اللاشعور إلى حيز الشعور (الوحيشي، 2019).

وتطورت وجهة نظر أصحاب التحليل النفسي في تفسير اضطراب الوسواس القهري خلال الخمسينيات وأوائل الستينيات من القرن العشرين، حيث افترضوا أن مرضى الوسواس القهري يتسمون بضعف في حدود الأنا، وترى نظرية التحليل النفسي أن الأنا في الوسواس القهري تلجأ إلى بعض الوسائل الدفاعية لحماية نفسها من القلق، منها العزل لفصل القلق من النزعات والأفكار القهرية، ومحو الفعل لتخفيف القلق الناشئ عن الأفعال القهرية، ويؤدي هذا إلى اندفاع الاقتحامات المتكررة من الهو إلى مجرى الوعي، كما يفترضون أن الطقوس القهرية لها دور مهم في تقوية حدود الأنا، ولا يجب اعتراض أو منع تلك الطقوس، حتى لا تنهار حدود الأنا ويقع الفرد في شرك الإصابة بالوسواس، وردود الفعل التي تشكل الصفات الظاهرة للشخصية الوسواسية وأعراض اضطراب الوسواس القهري، كالنظافة والغسيل ومن ثم ركز فرويد على الطبيعة المتصلبة للانا الأعلى في اضطراب الوسواس القهري أثر تثبيته على المرحلة الشرجية في نشأته، وأشار فرويد كذلك إلى التناقض (التضاد)

الوجداني لدى المرضى، والحاجة إلى الضبط والتحكم والصراع ضد ما يراه الفرد
رغبات ممنوعة أو محرمة (المتولي، 2019).

مؤسس مدرسة التحليل النفسي "فرويد" يرى أن الجهاز النفسي يتكون من ثلاث
مكونات "الهو" و "الأنا" و "والانا الأعلى"، ويرجع الصراع النفسي إلى اختلاف
أهداف وغايات هذه المكونات الثلاثة، ويعتبر الصراع اللاشعوري بين هذه المكونات
أشد وأخطر أنواع الصراع (الوحيشي، 2019)

ويرى فرويد في كتاباته الأخيرة 1913م أن الدافع المكبوت في الوسواس القهري هو
الدافع الجنسي، ويشير إلى الدور الذي تؤديه الخبرات الجنسية المبكرة في نشأة
الوسواس القهري، حيث ذكر أنها تنشأ نتيجة تعرض الشخص لخبرة جنسية مؤلمة
فيها عدوان أو تحرش جنسي على المريض في طفولته المبكرة، وتقوم الأنا لحماية
نفسها من هذه الفكرة المكبوتة بأنواع من الأفكار أو الأفعال القهرية أو المخاوف
مثل الخوف من النجاسة والخوف من الناس، كما يرى أن السلوك القسري ينشأ عن
التدريب الذي قوامه الإصرار الزائد والمفرط على أمور النظافة في الطفولة المبكرة،
ولذلك أسموها بالشخصية الفمية استناداً إلى اسم المرحلة التي تتكون خلالها، ويرى
فرويد أن المصابين بالوسواس القهري، إذا مُنِعُوا من القيام بأعمالهم وحركاتهم
القهرية مثل غسل اليدين، وكثرة الاستحمام، وتكرار الوضوء فإنهم يشعرون بقلق
شديد، وهم لا يستطيعون تجنب هذا القلق إلا باستئناف القيام بهذه الحركات أو
الأفعال القهرية، وقد لاحظ فرويد من ذلك أن هذه الحركات القهرية تقوم بإخفاء
القلق، فالمرضى يقومون بهذه الحركات لكي يتجنبوا الشعور بقلق، فالأعراض في
الوسواس القهري قد حلت محل القلق (بركات، 2021).

ويتضح من خلال ما تقدم، أن نظرية فرويد لمرض اضطراب الوسواس القهري لا تنفصل عن المبادئ الأساسية للتحليل النفسي، فتركيز "فرويد" على أن الوسواس هو نتيجة خلل في مرحلة من مراحل النمو النفسي الجنسي، وهي المرحلة الشرجية وأثر الخبرات الجنسية التي قام بها المريض بالوسواس القهري بدور سلبي، وقد يرجع إلى أحكام الوالدين والتشدد في هذه المرحلة، أو المرحلة السادية (العدوانية) حيث تظهر فيه النزعة العدوانية في السنوات الأولى تجاه الأب، أو الأم. ومن هذا المنطلق ارتكز "فرويد" على ثلاثة محاور رئيسية هي دور الأنا كجهاز ضبط وتحكم دورها في التوفيق والضبط بين كل من الهو والانا الأعلى، بين غرائز الهو وأوامر الأنا الأعلى المتمتة بالصارمة بفضل التنشئة الاجتماعية الصارمة، وقيود المجتمع. ولكن في حالات الوسواس القهري تكون القوى الوظيفية قد تغيرت بطريقة كبيرة، وعلى هذا الأساس شرح "فرويد" الاتجاه العام لنشأة هذا المرض، ويتلخص في الإشباع البديل في مقابل التخلص من الإحباط، فالأعراض التي كانت تدل من قبل على بعض القيود المفروضة على الأنا أخذت تدل فيما بعد على الإشباع.

فيما فسّر الفريديون الجدد الوسواس القهري بالصراعات الداخلية، فقد رأى أدلر، مؤسس علم النفس الفردي أن الوسواس القهري قد يكون نتيجة الصراعات الداخلية المتعلقة بالشعور بالنقص والرغبة في التفوق، ويعتقد أن السلوك القهري يمكن أن يكون وسيلة فعالة لتحقيق الأهداف الشخصية وتعويض الشعور بالنقص (Ansbacher & Ansbacher, 1956).

بينما لم يركز إريك إريكسون، المعروف بنظرية حول مراحل النمو النفسي بشكل محدد على الوسواس القهري لكنه فسّر الاضطراب في إطار مراحل النمو، قد ينظر إلى الوسواس القهري نتيجة لصراعات غير محلولة في مراحل معينة مثل الكفاءة مقابل النقص أو الهوية مقابل الدور (Erikson, 1950)

كارل يونغ، مؤسس علم النفس التحليلي، قدم فكرة اللاوعي الجمعي والأنماط الأصلية. يمكن تفسير الوسواس القهري من منظور يونغ كصراع بين الأنا والأنماط الأصلية المكبوتة. السلوك القهري قد يكون محاولة من الأنا للتعامل مع الصراعات الداخلية العميقة والمخاوف اللاواعية (Jung, 1968).

كارين هورني، التي انتقدت العديد من أفكار فرويد وطورت نهجًا أكثر تفاؤلاً حول النفس البشرية، رأت أن الوسواس القهري قد ينشأ من مشاعر القلق الأساسية والاحتياجات غير المشبعة للحب والأمان. السلوك القهري يمكن أن يفهم كآلية دفاعية للتعامل مع القلق العميق والشعور بعدم الأمان (Horney, 1950).

(2) النظرية السلوكية:

وهي من أشهر المدارس الأمريكية، ومؤسسها الأول هو واطسون ومع اختلاف اتجاهات باحثي المدرسة السلوكية إلا أنهم يتفقون على أن العصاب سلوك متعلم، أي مكتسب بالفطرة من البيئة، فالمدرسة السلوكية تصف السلوك وتفسيره في تبادل السلوك الذي يمكن إخضاعه للملاحظة. وبالتالي فهم أكثر من غيرهم إيماناً بدور التنشئة الوالدية والمجتمع في اكتساب ذلك السلوك، وصياغة الشخصية كما يتفق سكرن SICNER ودولارد ميللر Dolard Miller بأن الإنسان يتصرف من خلال قوانين واستجابة للقوى الخارجية أو استعدادات وهي تمثل المادة الخام للشخصية وتشكل حسب المثيرات التي يتعرض لها الفرد في البيئة، فجميع أنواع السلوك مكتسبة حسب قواعد التعلم، ويعتمد التفسير السلوكي لاضطراب الوسواس القهري على مبادئ وقوانين ونظريات التعلم وبخاصة التعلم الشرطي، حيث ينظر مؤيدوه إلى الوسواس على أنها تمثل منبهاً شرطياً، فإذا ارتبط الفكر الوسواسي بالمثير غير الشرطي للقلق فإنه يصبح أيضاً مثيراً للقلق، ومن ثم تصبح الموضوعات والأفكار التي كانت محايدة منبهات شرطية قادرة

على إثارة القلق والضيق، أما القهر سيكون بطريقة مختلفة إذ يكتشف الفرد أن فعلاً معيناً يقلل من الاضطراب المرتبط بالأفكار الوسواسية، ولذا تتطور خطط التجنب الفعالة في شكل فعل قهري كالطقوس للسيطرة على القلق بشكل تدريجي، وتفترض النظرية أن مرضى اضطراب الوسواس القهري يوجد لديهم ارتباط بين الأشياء أو الظروف والخوف، ويتعلمون تجنب الأشياء التي يخافون منها وأداء طقوس تساعدهم على خفض التوتر والخوف، وهذا الخوف وسلوك التجنب أو الطقوس قد يبدأ عندما يقع الفرد في مواقف ضغط عاطفي، مثل بداية وظيفة جديدة، أو نهاية علاقة ما (الوحيشي، 2019). وتبنى مورر Mower 1939 النظرية ذات المرحلتين، المرحلة الأولى: اكتساب واستمرار تدعيم الخوف، والمرحلة الثانية: السلوك التجنبي لتفسير المخاوف المرضية (الرهاب) واضطراب الوسواس القهري، وقد أدخل عليها تعديلات في سنة 1960 وتفترض المرحلة الأولى للنظرية أن الحدث المحايد يرتبط أولاً بالمخاوف، نتيجة لاقترانه بمثير يثير بطبيعته الشعور بعدم الارتياح أو القلق. ومن خلال العمليات الشرطية تكتسب الأشياء والأفكار وكذلك الصور القدرة على إثارة الشعور بعدم الراحة. وفي المرحلة الثانية من هذه النظرية تتطور استجابات الهروب أو التجنب لتقليل الشعور بالقلق أو عدم الراحة، الذي تثيره مثيرات شرطية متعددة ويدعمها نجاحها في ذلك. وقد تبني دولارد وميلر نظرية مورر في تفسير الوسواس القهري، فإنه نتيجة للطبيعة المقتحمة للوسواس لا يمكن تجنب العديد من المواقف التي تثير الوسواس فعلاً. ولا تنجح سلوكيات التجنب السلبي (مثل تلك التي يستخدمها مرضى المخاوف) في تخفيف الشعور بالكرب والوسواس. وتطور أنماط الجانب الإيجابي في شكل سلوك طقسي وتثبت، وتستمر نتيجة لنجاحها في تخفيف الشعور بالكرب، للاستزادة حول آثار الخوف والتجنب السلوكي (Thomas, 2018).

ويركز السلوكيون على السلوك القهري أكثر من الوسواس في تفسيرهم وعلاجهم لهذا الاضطراب، فرغم تلقي التفسير السلوكي تدعيماً وتأييداً محدوداً، فإن العلاج السلوكي للأفعال القهرية. قد نجح نجاحاً كبيراً، وساعد في تغيير الصورة العلاجية المتشائمة لاضطراب الوسواس القهري، وتستخدم نموذج العاملين (مورر) وتفترض النظرية أن مثيرات القلق غير الشرطي تصبح مقترنة أو مرتبطة خلال عملية التشريط التقليدي، ببعض الكلمات أو الأفكار والتصورات التي تكتسب فيما بعد خصائص تلك المثيرات، وعندما ترتبط تلك التصورات والأفكار التي هي مثيرات شرطية مع أفكار أخرى، يعمم تأثير التشريط، وتصبح هذه أيضاً مثيرات للقلق. وأي سلوك تجنبني يؤدي إلى تخفيف هذا القلق، وسوف يتم تدعيمه إيجابياً خلال عملية الإشرط الإجرائي، والتدعيم التالي سوف يقوي ويشكل السلوك الذي يصبح عادة قهريا، وهذه السلوكيات التجنبية القهرية قد تكون ذات طبيعة معرفية أو جسمية (المتولي، 2019).

وهكذا طبقاً للسلوكيين فإن الأفراد يعانون من الاضطراب في النهاية، ففي المواقف المثيرة للقلق قد يقعون في عادة غسيل اليد، ويعتقدون أن تصرفاتهم وأفعالهم تجلب لهم الحظ الجيد، وقد يكررون هذه الأفعال مرات ومرات. وعندما يجدون أنفسهم في هذه المواقف الضاغطة والعسيرة (والارتباطات المتكررة من نفس النوع) موقف ضاغط، وغسيل يد متكرر، وحظ جيد. كل هذا يزيد من احتمال أن هؤلاء الأفراد يربطون أفعالاً محددة بتخفيف القلق، ومن ثم تصبح هذه الأفعال هي الطريقة الأساسية لديهم لتجنب أو تخفيف القلق.

3) النظرية المعرفية:

في السنوات الحديثة وضع المعرفيون تفسيرات عديدة لاضطراب الوسواس القهري، وقد بدأت التفسيرات المعرفية لاضطراب الوسواس القهري بافتراض مقدمة منطقية، بأن كل فرد لديه أفكار لا منطقية غير مرغوبة وغير مقبولة و اقتحامية ومتكررة، مثل أفكار بأذى نفسه أو الآخرين،

أو الانغماس في الأفعال الجنسية غير المقبولة أو التلوث بالميكروبات والجراثيم، فبينما يرى معظم الأفراد أن هذه الأفكار غير طبيعية أو أفكار ليس لها معنى، فيكتمونها أو يتجاهلونها بسهولة، حيث إن الذين يظهرون اضطراب الوسواس القهري، يعتقدون أنهم المسؤولون عن مثل هذه الأفكار المرعبة والسيئة ويستحقون اللوم والتوبيخ، بالتالي يزداد لديهم القلق في أن تؤدي مثل هذه الأفكار إلى أفعال أو نتائج ضارة وسيئة، ويرون هذه الأفكار الاقحامية بغیضة ومثيرة للاشمئزاز وضاغطة بشدة ومن ثم يحاولون التخلص منها دون جدوى، أو تجنبها بالتسوية أو التحييد للتفكير أو التصرف بطرق تؤدي إلى تبرير الأفكار غير المقبولة، ويجعلها تنال الرضا من الفرد فهم قد يستخدمون هذه التقنية لينالوا الطمأنينة والتأكيد من الآخرين، فقد يفكرون بتوجس، و يفحصون مصدر الخطر المتوقع، وينظفون أيديهم مراراً ومبالغة لينالوا رضا الآخرين، فضلاً عن الشعور بالارتياح المؤقت، وعندما تنجح هذه التقنية في تخفيف القلق والتوتر تصبح سلوكاً مدعماً، ولذلك فمن المحتمل استخدامها مراراً، وهكذا يصبح فكر سلوك التسوية وسواساً أو قهراً (بركات، 2021).

ويستند النموذج المعرفي في تفسير اضطراب الوسواس القهري إلى بعض الفرضيات منها ما يلي:

- يواجه أفراد غير سريرين (غير المرضى) أفكاراً وسواسية متشابهة في المضمون والشكل للوساوس والأفعال القهرية التي يعاني منها مرضى الوسواس القهري، وترى بأن التفسير الخاطئ والسلبى للأفكار يكون السبب في زيادة الأفكار وكتافتها وتحويلها إلى أفكار وسواسية، وأيضاً وجود معتقدات لاعقلانية لدى المرضى مثل مسؤولية الفرد عن منع الأذى المستقبلي عن نفسه وعن الآخرين، وزيادة مشاعر الذنب لديه.

- ترى أن مرضى الوسواس القهري يعانون من تشوه معرفي والذي يظهر ضمن حلقة مفرغة وبطيئة، والذي ينشط هذه الحلقة هو التحفيز المفرط غير الطبيعي، الذي يجعل المريض في حالة تأهب دائم، مما يدفع إلى القيام بطقوس معينة بشكل قهري، وكسر هذه الحلقة المفرغة يتم عن طريق التعامل مع معتقدات المريض (عوف، 2018).

تفترض النظرية المعرفية أن مرضى الوسواس القهري حينما يوجدون في موقف يحتمل أن تنجم عنه عواقب غير مرغوبة أو مؤذية تظهر لديهم أفكار لا عقلانية ترتبط بمشكلات محددة هي المصدر الأساسي للقلق، وتتضمن هذه الأفكار التقدير غير الواقعي للمواقف والمبالغة المستمرة في الجوانب الخطرة له، ومن هذه الاعتقادات أو الأفكار أن عدم منع الكارثة يسيء بقدر التسبب في وقوعها، وهو ما يضخم الشعور بالمسؤولية، وهذه الأفكار وغيرها تمهد لاجتناب الفعل من أجل اجتناب الخطر، وتُعدّ هذه الأفكار وكذلك الاستعداد النفسي للفرد عوامل مهينة تتفاعل مع خصائص الموقف، ومن هنا فإن المواقف تثير أو تضخم الخوف لدى الشخص، وتؤدي إلى زيادة توقظه، وكلما قوي هذا الاتجاه يصبح من السهل تنشيط الأفكار المتصلة بالخطر وإثارته عن طريق مواقف يصعب تجنبها. كما تشير النظرية المعرفية إلى أن المصابين باضطراب الوسواس القهري يسيئون تفسير أفكارهم حيث يفسر الفرد وساوسه على أنها فاجعة، وتحمل خطراً مبالغاً فيه، وذلك يرجع إلى المعتقدات الخاطئة التي تعلموها مبكراً وفي وقت سابق من الحياة، ومثل هذا التفكير يجعلهم مكتئبين ويزاولون سلوك التجنب أو ممارسة الطقوس القهرية (الوحيشي، 2019).

- أن ذوي الاضطراب لديهم أفكار اندفاعية اقتحامية أكثر من غيرهم، ويظهر هذا الاضطراب بشكل متكرر على الأقل عدة مرات، يستخدمون أسلوب التسوية بشكل واسع وكبير أكثر من غيرهم الذين يحاولون كبت وتوقف الأفكار غير المقبولة، كما أن تقنيات التسوية تقلل بشكل

كبير الضيق وعدم الراحة الذي يشعر به ذوو اضطراب الوسواس القهري ويظهر العجز في شكل التفكير في تنظيم وتكامل الخبرات، وليس في محتواه، وفقاً لذلك فإن الشخص الوسواسي يحاول تعويض هذا العجز من خلال الإصراف في تنظيم حياته مسقطاً لمحددات أو حدود فئوية وعلاقات زمنية، ويرى أن هذا النمط يستخدم بصورة متسقة الوسواس القهري ويؤثر في كل جوانب حياته، إلا أنه يترك الباب مفتوحاً أمام احتمال أن تتفاقم الصعوبات عندما تتضمن المهام محتوى مهدداً (النحال، 2020).

- يمكن تمييز اضطراب الوسواس القهري عن بقية الاضطرابات الأخرى بالخصائص المرضية في عجزهم في قواعد تفسير الاستدلالات المتعلقة بالأذى، فأصحاب الوسواس القهري دائماً ما يفشلون في القيام بخطوات استقرائية من المعلومات المتعلقة بغيبية الخطر. وبالتالي فإن الطقوس التي يقومون بها لخفض احتمالات الخطر لا يمكنها على الإطلاق توفير الأمان يتعين بالتالي تكراره، بالإضافة إلى الآليات الخاصة بمعالجة المعلومات، وإلى محتوى الأفكار (Tenore, 2018).

ويتضح من خلال ما تقدم، أن النظرية المعرفية قدمت عدة تفسيرات لأعراض اضطراب الوسواس القهري، منها أن مرضى الوسواس القهري لديهم توقعات عالية وغير عادية للأحداث، وبالتالي تكون النتائج السلبية، وأنهم يبالغون في تقدير النتائج السلبية للعديد من الأفكار والأفعال والتصرفات. كما أن المرضى لديهم أفكار مشوهة ومعتقدات مضطربة، مثل التقدير المبالغ فيه للخطر، والشعور المتضخم بالمسؤولية، الحاجة إلى السيطرة، والحاجة إلى اليقين والكمالية.

4) نظرية التعلم الاجتماعي:

يرى أصحاب نظرية التعلم الاجتماعي أو التعلم بالنموذج أن الأطفال يتعلمون الكثير عن العالم بتقليد ومحاكاة الوالدين أو الكبار، خاصة لدى الطفل القابل للإصابة بالاضطراب، فتزداد احتمالات الإصابة بالاضطراب الوسواسي القهري. كما أن الحرمان من الحب والعاطفة في فترة الطفولة، وأنواعاً معينة من البيئات الاجتماعية قد تؤدي إلى الإصابة بالوسواس القهري مثل عدم المرونة أو التسامح الشديد حين يخطئ الطفل، والتهديد الدائم بالعقاب ورسم روتين مألوف لا يمكن الخروج عليه للأطفال، كل هذه الأساليب التربوية الخاطئة قد تؤدي إلى الإصابة بالوسواس القهري مستقبلاً (المتولي، 2019).

يتضح من خلال ما تقدم، النظريات المفسرة لاضطراب الوسواس القهري أنها تباينت في الكشف عن الأسباب المؤدية إلى هذا الاضطراب، تبعاً للنظرة السائدة في كل نظرية، فاتجهت نظرية التحليل النفسي نحو التطور في المرحلة الشرجية، والصراعات بين القوى النفسية الثلاث، وآليات الدفاع النفسي. بينما اتجهت السلوكية نحو المثيرات الشرطية على أنها مسبب للوسواس القهري، أما أصحاب النظرية المعرفية فربطوا بين الشخصية الوسواسية ومحتوى الأفكار أو طريقة معالجة المعلومات. ولا يمكن القول بأن نظرية واحدة بعينها هي الكافية في تفسيرها لاضطراب الوسواس القهري، بل إن التكامل بين أكثر من توجه قد يضيف فهماً أفضل وأعمق، وبالتالي تقديم إرشاد وعلاج أنجح لمرضى اضطراب الوسواس القهري، والوصول إلى نتائج فعالة؛ فيجب الأخذ في الاعتبار كل هذه التفسيرات بعين الاعتبار.

علاقة الوسواس القهري بالأمراض الأخرى:

هناك علاقة بين الوسواس القهري والعديد من الأمراض الأخرى، فعلى سبيل المثال لا الحصر هناك علاقة بين الوسواس القهري والاكتئاب، وأيضاً الانتحار، ويمكن توضيح ذلك كما يلي:

1) العلاقة بين الوسواس القهري والاكتئاب:

- يحدث الاكتئاب عادة مع الوسواس القهري، حيث يتشارك كل منهما في عوامل خطر الإصابة، والأشخاص الذين تم تشخيص إصابتهم بالوسواس القهري هم أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب، حيث يشترك الوسواس القهري والاكتئاب في العديد من أوجه التشابه، وتشمل ما يلي:
- يمكن أن يؤثر كل منهما على الحالة المزاجية، وعلاقات المرضى، وقدرته على ممارسة حياته وأنشطته اليومية.
- ترتبط كلتا الحالتين بمعتقدات سلبية عن شخص المريض ونظرته لذاته.
- يمكن أن تسبب كلتا الحالتين أنماط تفكير تؤدي إلى تفاقم الأعراض.
- يمكن عادة علاج الوسواس القهري والاكتئاب من خلال مزيج من العلاج النفسي، والأدوية وخاصة مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية (صعدي، 2021).
- على الرغم من أن الوسواس القهري والاكتئاب يشتركان في العديد من الأعراض، إلا أن هناك بعض الاختلافات المهمة، وتشمل ما يلي:
- يسبب الوسواس القهري شعور المريض بأنه مجبر على تكرار سلوكيات معينة لتقليل القلق والتوتر، لكن الاكتئاب لا يتضمن عادة تكرار السلوكيات القهرية.
- يمكن أن يسبب الوسواس القهري للمريض اضطرابات التشنج اللاإرادي، ولكن لا يوجد أي دليل علمي يشير إلى أن اضطرابات التشنج اللاإرادي تنشأ عن الاكتئاب.
- يصنف الاكتئاب على أنه اضطراب مزاجي وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، بينما تم تصنيف الوسواس القهري على أنه اضطراب قلق (عوف، 2018).
- ويتضح من خلال ما تقدم، أن الوسواس القهري يمكن أن يسبب الإصابة بالاكتئاب، لأن الاكتئاب غالباً ما يبدأ بعد ظهور أعراض الوسواس القهري، حيث إن صعوبات التعايش مع

الوسواس القهري التي يواجهها المريض يمكن أن تؤدي إلى ظهور أعراض الاكتئاب، فيمكن أن يتطور الاكتئاب بسبب طبيعة أفكار المريض القهرية، والصعوبات الناجمة عن الإجراءات القهرية، والمشكلات التي يسببها الوسواس القهري في حياة المريض وعلاقاته.

(2) العلاقة بين الوسواس القهري والانتحار:

إن المصاب بالوسواس القهري يعاني من خلل في طريقة التفكير واستقبال المعلومات، وبالتالي يفكر كثيراً في أمر ما، وهو ما يسبب إزعاج له، لكنه غير قادر على التخلص منه وبالتالي يحدث رد فعل. والوسواس القهري قد يدفع الشخص للانتحار عند يتجاوز الأمر التفكير في الأمور العادية مثل التفكير في "مجرد النظافة"، ويصل إلى حد الأمور الدينية أو الجنسية أو الأفكار غير المنطقية، وهناك مجموعة من العلامات التحذيرية التي تشير إلى أن مريض

الوسواس القهري يفكر بالانتحار، وهي كما يلي:

- فقدان الأمل بالحياة، والشعور بالإحباط واليأس.
- التحدث باستمرار عن الموت والرغبة في الانتحار.
- الاكتئاب والحزن طوال الوقت.
- عدم الاهتمام بمظهره الشخصي.
- الهروب من الواقع، وإدمان المخدرات والكحول.
- فقدان الشهية والرغبة بتناول الطعام.
- تكرار الحديث عن آماله الأخيرة في الحياة.
- كتابة وصيته أو رسالة وداع للعائلة والأصدقاء.
- التخلي عن ممتلكاته الشخصية الثمينة ومنصبه.
- تغييرات جذرية في الشخصية والسلوك (صابر، 2020).

ويتضح من خلال ما تقدم، أنه قد تكون هذه العلامات واضحة، لكن الشخص الذي يرغب بالانتحار لن يطلب المساعدة والاهتمام بشكل واضح، لذا ينبغي عدم إهمال هذه العلامات والتعامل معها بحذر وعلاجها بشكل فعال من خلال التواصل مع طبيب نفسي مختص قادر على مساعدة مريض الوسواس القهري للتخلص من هذه الأفكار الانتحارية.

طرق علاج الوسواس القهري:

هناك العديد من الطرق المختلفة لعلاج الوسواس القهري، منها التالي:

(1) العلاج الطبي:

وذلك باستخدام بعض المهدئات التي تستخدم في مقاومة حدة الاضطراب والتوتر المصاحب للوسواس والقهر، وقد يتم اللجوء إلى الجراحة النفسية (شق الفص الجبهي) كحل أحياناً وذلك في حالة استحالة التخلص من الوسواس والقهر الذي يعطل حياة المريض. وهناك أدوية معينة لمعالجة الأمراض النفسية يُمكن أن تُساعد في السيطرة على الوسواس والسلوكيات القهرية التي تُميز اضطراب الوسواس القهري، ويبدأ علاج الوسواس القهري بمضادات الاكتئاب والتي قد تُفيد في علاج الوسواس القهري، لأنها تعمل على رفع نسبة السيروتونين التي قد تكون منخفضة لدى أشخاص يُعانون من اضطراب الوسواس القهري، ومن أهم مضادات الاكتئاب التي تستخدم في علاج الوسواس القهري كلوميبرامين (Clomipramine)، وفلوفوكسامين (Fluvoxamine)، وفلوكسيتين (Fluoxetine)، وباروكستين (Paroxetine)، وسيرترالين (Sertraline) (عبد القادر، 2015).

العلاج النفسي: ويتضمن على ما يلي:

- العلاج البيئي والاجتماعي: حيث يحتاج المريض أحياناً إلى تغيير مكان العمل أو السكن

حتى يبتعد عن مصدر الوسواس، خاصة إذا كانت له علاقة بالخوف من الأمراض أو

الميكروبات وهو علاج وقائي ومساعد فقط (بن عجمية، 2021).

- **العلاج التحليلي:** يحتاج مريض الوسواس القهري إلى للعلاج النفسي لتفسير طبيعة الأعراض

وتشجيعه وطمأنته بأن حالته بعيدة عن الجنون والتقليل من خوفه على قدراته العقلية مع

محاولة الكشف عن العوامل الدفينة التي أدت إلى هذه الأعراض والمعنى الرمزي أعراضه،

وتعتبر ادعاءات رواد التحليل النفسي متواضعة بالنسبة لعلاج هذا المرض، نظراً لما يواجهه

المحلل من صعوبات مع هؤلاء المرضى كصعوبة عملية الطرح والتغيير المستمر في أعراض

المريض وعدم قدرة المريض على الاسترخاء التام لعملية التداعي الحر (بلحسيني، 2017).

- **العلاج السلوكي:** في العلاج السلوكي يقوم المعالج بأداء السلوك الذي يتجنبها المريض

ويخاف منه، كنوع من إعطاء نموذج للمريض، ومن الممكن أن يعرض المريض للمثيرات

التي تستدعي منه القيام بطقوسه القهرية، ثم يمنع المريض عن ممارسة تلك الطقوس، حيث

يعلم المرضى كيف يمكنهم تصحيح مشاكلهم بشكل مباشر، أي بدون البحث في المشاكل

السابقة والعقد الدفينة عن طريق تعلم الاسترخاء أولاً والتحكم في الأفكار غير المقبولة، ثم

يمكنك استخدام بعض الطرق للتحكم في قلقك أثناء القيام بهدف سهل، وبعد تحقيق نجاحات

متعددة يمكنك أن تضع نفسك بشكل تدريجي في مواقف أكثر صعوبة (أبو هندي، 2019).

العلاج المعرفي: بدأ حديثاً يحقق النجاح في علاج الوسواس القهري، وقد أثبت

فاعليته في علاج المرض، حيث استخلص الباحثون بعض طرق التفكير عند

المرضى، فهناك من رأى أن الأفكار الاقحامية من الممكن أن تمر سريعاً كما

يحدث مع معظم البشر، إلا أن مريض الوسواس القهري يحس بصعوبة هذا الاقتحام، كما يحس بأنه قد تسبب بضرر ضخم، وأنه مسئول عن ذلك، وهذا الإدراك غير العابر لفكرة كان من الممكن أن تكون عابرة، هو ما يتسبب في تثبيتها، وهو ما يعطيها القوة على البقاء، فينتج عن هذه الأفكار التلقائية السلبية التي يعتبر حدوثها، عقب اقتحام الفكرة التسلطية لوعي المريض سبباً في تسلط الفكرة عليه(بن طبال، 2019).

ويتضح من خلال ما تقدم، أن الأدوية أو المعالجة النفسية في بعض الأحيان لا تكون مجدية بما يكفي لمعالجة أعراض اضطراب الوسواس القهري، ويتم الاستعانة في بعض الحالات النادرة بطرق علاج أخرى لاضطراب الوسواس القهري، من بينها: إدخال المريض إلى قسم الأمراض النفسية، والعلاج بالصدمة الكهربائية، والتحفيز المغناطيسي في داخل الجمجمة، التحفيز العميق للدماغ، وقد لا يؤدي علاج اضطراب الوسواس القهري إلى الشفاء منه، لكنه يمكن أن يساعد في السيطرة على الأعراض حتى لا تتحكم في حياة المريض اليومية، واستناداً إلى مدى خطورة اضطراب الوسواس القهري الذي تواجهه، قد يحتاج المريض إلى علاج طويل الأمد أو مستمر أو أكثر كثافة.

1.2 الدراسات السابقة

تم تقسيم الدراسات ذات الصلة بالدراسة الحالية إلى محورين دراسات تناولت إدراك المرض، ودراسات تناولت الوسواس القهري.

1.2.1 المحور الأول: الدراسات السابقة التي تناولت إدراك المرض

تناولت دراسة أبركان (2013) الكشف عن أثر إدراك المرض في اختيار أساليب التدبير لدى عينة من مرضى التكلس الرئوي، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي لتحقيق أهدافها، وقد اشتملت عينة الدراسة على 22 مصابا بالتكلس الرئوي (وكلهم من الذكور)، ولقد تم الاستعانة بأداتين لقياس هما: (مقياس إدراك المرض المعدل لموس موريس، ومقياس أساليب التدبير لبولهان)، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة بين أبعاد إدراك المرض وأساليب التدبير لدى أفراد العينة، ووجود تأثير لإدراك الصور الانفعالية في اختيار كل من أسلوب حل المشكل، وأسلوب البحث عن المساندة الاجتماعية، وأسلوب إعادة التقييم الإيجابي لدى أفراد العينة، كما وجد تأثير لكل من الاعتقاد بفاعلية العلاج، والانسجام مع المرض في اختيار أسلوب التأنيب الذاتي لدى أفراد العينة.

وفي دراسة أخرى قام بها الصالح (2015)، تم استكشاف العلاقة بين إدراك المرض، وأساليب المواجهة، وجودة الحياة لدى المصابين بالمرض المزمن، من خلال تطبيق نموذج المعنى المشترك. شملت العينة 158 شخصاً مصابين بأمراض مزمنة، واستخدم الباحث ثلاثة أدوات لقياس المتغيرات: المقياس المعدل لإدراك المرض، مقياس أساليب المواجهة، ومقياس جودة الحياة. أظهرت النتائج وجود علاقة بين أبعاد إدراك المرض، وأساليب

المواجهة، وجودة الحياة لدى أفراد العينة. كما تبين أن إدراك هوية المرض والعزو لعوامل خارجية وطبية يؤثران على جودة الحياة بشكل ملحوظ في اختيار أساليب المواجهة.

وجاءت دراسة رشيد (2017) للبحث عن جودة الحياة والامتثال للعلاج لدى مرضى الايدز، اعتمدت الدراسة على المقابلة العيادية، واستخدام مقياس جودة الحياة. تمثلت مجموعة البحث في خمس حالات مصابات بمرض الايدز. توصلت نتائج الدراسة إلى أن العلاقة مع الفريق الطبي والشبه طبي تعتبر من أهم العوامل التي تجعل المريض ذو جودة عالية.

وأجرت الصاوي وعبد القوي (2017) دراسة هدفت إلى الوصول إلى المتغيرات الاجتماعية والثقافية المختلفة المؤثرة في تصور وفهم المرض النفسي، من حيث نوعه أو أعراضه وأسباب حدوثه، وبالتالي تحديد الأساليب العلاجية الملائمة، سواء كانت هذه الأساليب حديثة أو قديمة، دينية أو علمانية، علمية أو شعبية، شملت العينة بعض المعالجين، تكونت عينة الدراسة من مجموعة من المعالجين النفسيين من خلفيات ثقافية ودينية وعلمية متنوعة، وكشفت نتائج الدراسة أن أعراض المرض النفسي ومعدل تكراره ومدى خطورته أحد أهم المتغيرات المؤثرة في فهم وتصور المرض، وأن هناك تأثير واضح للجماعة المرجعية حول تصور المرض النفسي لدى المريض وفي اختيار المريض العلاج المناسب، كما تم التوصل لوجود تأثير للظروف الاقتصادية والاجتماعية السيئة على تصور المرض النفسي و أن العناصر الثقافية والدينية بما فيها الثقافة الشعبية، والمستوى التعليمي لدى المرضى متغيرات بالغة الأهمية في تصور المرض وتحديد العلاج المناسب في إطارها.

كما تطرقت دراسة بيلوندي ونوغابي وعلمي (Bilondi, Noghabi & Aalami, 2021). إلى دراسة العلاقة بين إدراك المرض والالتزام بالنظام الطبي لدى المرضى الذين يعانون من داء

السكري من النوع الثاني. وتم إجراء هذه الدراسة المقطعية بين 260 مريضًا مصابًا بداء السكري من النوع الثاني تمت إحالتهم إلى عيادة جونا باد للسكري عن طريق أخذ عينات عشوائية منهجية في عام 2019م. وكانت أدوات جمع البيانات هي الاستبانة الديموغرافي، ومقياس الالتزام بالأدوية المورسكية، واستبيان موجز لتطور المرض. وأظهرت النتائج أن متوسط درجة إدراك مرض السكري من النوع الثاني كان متوسط درجة الالتزام بالأدوية. وأظهرت نتائج اختبار ارتباط بيرسون وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين إدراك المرض والالتزام بالأدوية. كما أظهر نموذج الانحدار أن أبعاد فهم المرض والتحكم الشخصي من إدراك المرض كانت مرتبطة بشكل كبير بالالتزام بالأدوية لدى مرضى السكري من النوع الثاني.

وسعت دراسة حميداني وسومية ابن لمبارك (2021) إلى الكشف عن وجود تأثير لإدراك المرض على جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى الزرع الكلوي. وشملت عينة الدراسة على 40 شخصا مشاركا خاضعين لعملية زراعة الكلية قاطنين بمدينة خنشلة وباتنة، تم اختيارهم بطريقة عرضية. باستخدام المنهج الوصفي، اعتمدت الدراسة على مقياس إدراك المرض المختصر (Brief IPQ) ومقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة (SF36). وقد خلصت الدراسة إلى وجود علاقة بين كل من متغير مدة الزرع، بعد التمثيلات المعرفية، وبعد فهم المرض مع كل من مستويات جودة الحياة (مستوى الأداء النفسي ومستوى الأداء البدني)، كما يوجد تأثير لبعده فهم المرض على مستوى الأداء النفسي، وأيضا هناك تأثير لمتغير مدة الزرع على مستوى الأداء البدني، وأخيرا تأثير متغير مدة الزرع بالاقتران مع بعد فهم المرض على مستوى الأداء البدني.

واستخدمت دراسة اونال وزملاؤه (Ünal et al. 2022) الكشف عن العلاقة بين إدراك المرض وأساليب المواجهة والكفاءة الذاتية لدى مرضى الاضطراب ثنائي القطب، ودراسة تأثير هذه المتغيرات على المسار السريري، وتمثلت مجموعة الدراسة في مجموعة مكونة من (157) شخصًا يعانون من اضطراب ثنائي القطب، وتم قياس إدراك المرض باستخدام النسخة التركية من الاستبيان الموجز لتصوير المرض، وتم تقييم الكفاءة الذاتية باستخدام مقياس الكفاءة الذاتية، وتم تقييم المواجهة باستخدام استبيان طرق المواجهة، وتم اتباع المنهج الوصفي الارتباطي، وأظهرت النتائج وجود علاقة سلبية لإدراك المرض بالكفاءة الذاتية العامة، وكان هناك ارتباط سلبي بين طرق المواجهة لحل المشكلات بطريقة مخططة، وإعادة التقييم الإيجابي، وتجنب الهروب، كما توصلت الدراسة إلى أن التدخلات التي تزيد من تصورات المرض الإيجابية وتقلل من تصورات المرض السلبية قد تؤدي إلى تحسين نتائج المرض.

وأجرت سماهر الحربي (2023) دراسة هدفت إلى تقييم مستوى إدراك المرض والالتزام بالأدوية وعلاقتها بين المرضى البالغين المصابين بالسكري من الدرجة الثانية، في جدة، المملكة العربية السعودية، وتم اتباع منهج البحث الوصفي الارتباطي، على عينة ملائمة من (365) مريضًا يعانون من مرض السكري من الدرجة الثانية، وتمثلت أدوات جمع البيانات في الاستبانة، التي تقيس المجال الاجتماعي والديموغرافي والسريري، واستبانة إدراك المرض الموجز (IPQ). ومقياس الالتزام بالأدوية (8-Morisky MMAS)، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن إدراك المرضى للمرض كان متوسطًا، وكان هناك جزء صغير من العينة إدراكهم للمرض كان منخفضًا، وكان لديهم تصور سلبي فيما يتعلق بفعالية العلاج، وكان هناك ارتباط عكسي كبير بين درجة إدراك المرض والالتزام بالأدوية، وكان لدى 62.2% من المشاركين معدل التزام

منخفض بالدواء، واستخلصت الدراسة أن مستوى إدراك المرض يؤثر على سلوك الالتزام بالأدوية بين المرضى البالغين الذين يعانون من مرض السكري من الدرجة الثانية.

وسعت دراسة الحربي والحفيان والعامري (2023) إلى فحص إدراك المرض والالتزام بالدواء بين المرضى البالغين المصابين بالسكري من الدرجة الثانية. وأجريت الدراسة عام 2021 عبر مراجعة النطاق الدراسات السابقة ذات الصلة، وغطت الدراسة المقالات المنشورة باللغة الإنجليزية في السنوات الخمس الأخيرة. كانت

(PubMed، وMEDLINE، وCINAHL، وScienceDirect) هي محركات البحث الأساسية المستخدمة لإنشاء السجلات العلمية المطلوبة. واستوفى ما مجموعه 20 دراسة معايير الاشتمال. نتائج الدراسة: غطت الدراسات العشرين المختارة لمراجعة النطاق موضوعات مختلفة حول المفهوم العام لإدراك المرض والالتزام بالأدوية، قدمت كل دراسة آثراً فريدة للبحث والتأثير على صنع السياسات المتعلقة بمعالجة أو إدارة داء السكري من النوع الثاني لدى البالغين من مختلف الفئات العمرية. وكشفت الدراسات عن ارتفاع وانخفاض الالتزام بالأدوية لدى البالغين المصابين بداء السكري من النوع الثاني، وأن إدارة الحالة وعلاجها تعتمد على تناول عوامل خفض السكر في الدم عن طريق الفم أو الأنسولين بالإضافة إلى العلاجات الموصى بها لتعزيز النتائج السريرية للمرضى.

وهدف دراسة حميداني (2023) إلى الكشف عن أثر إدراك المرض، وكذا العوامل السوسيوديمغرافية (الاجتماعية الديمغرافية) والمتغيرات العيادية على كل من الالتزام بالعلاج واستراتيجيات التعامل لدى المرضى الخاضعين لعملية زراعة الكلية، وأجريت الدراسة بالمركز

الاستشفائي الجامعي بن فليس التوهامي بولاية باتنة، وتم اتباع المنهج الوصفي، وتم الاعتماد على مقياس إدراك المرض الموجز (Brief-IPQ)، والذي تم تطويره من طرف (Broadbent et al., 2006)، ومقياس الالتزام بالعلاج متعدد الأبعاد الذي أعده (Telles-Correia et al., 2006) ترجمة الباحث، ومقياس استراتيجيات التعامل الموجز Brief-COPE، الذي وضعه (Carver, 1997)، تعريب مفتاح المنصوري، واشتملت العينة على (70) مشاركًا تم اختيارهم بطريقة عرضية، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود إدراك إيجابي تجاه عملية زراعة الكلية لدى أفراد العينة، كما بينت النتائج أن لدى المشاركين في الدراسة مستوى عالي من الالتزام بالعلاج، كما أظهرت النتائج أن أكثر استراتيجية تعامل مستخدمة لدى أفراد العينة هي اللجوء إلى الدين، كما أظهرت النتائج أن هناك تأثير إيجابي لإدراك المرض على كل من الالتزام بالعلاج واستراتيجيات التعامل، في حين لا يوجد تأثير لكل من المتغيرات السوسيوديمغرافية (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، الحالة المدنية، الحالة الاقتصادية، صلة المتبرع)، (والمتغيرات العيادية): مدة التصفية، مدة الزرع، نسبة اليوريا، والكرياتين، الوزن، الضغط الدموي، نسبة السكر، الكوليسترول على كل من الالتزام بالعلاج واستراتيجيات التعامل لدى أفراد العينة.

وجاءت دراسة السعيدان وزملاؤه (2023) إلى تقييم الالتزام بتناول الدواء، وإدراك المرض، ومعرفة مرض السكري، والعوامل المرتبطة به بين المرضى الذين يعانون من داء السكري من النوع الثاني، والذين يراجعون مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCs) في المنطقة الشرقية من المملكة العربية السعودية. وذلك باستخدام نسخة عربية معتمدة من نموذج جمع البيانات. من أجل تحديد المتغيرات المرتبطة بالالتزام بالدواء، وتكونت عينة الدراسة من 390 مريضًا. وتوصلت الدراسة إلى أنه من بين 390 مريضًا تمت دراستهم، كان لدى 21.5% انخفاض

في الالتزام بالأدوية، وكان ذلك مرتبطاً بشكل كبير بالجنس، ومدة مرض السكري، كما وجدت الدراسة علاقة إيجابية كبيرة بين الالتزام بالأدوية وإدراك المرض ومعرفة مرض السكري والالتزام بالأدوية.

وأشارت دراسة ايشيتي وآخرون Eshete et al (2023) إلى دراسة العلاقة بين إدراك المرض والالتزام بتناول الدواء بين المرضى الذين يعانون من داء السكري في منطقة شمال شوا في إثيوبيا. وتم إجراء دراسة مقطعية على مستوى المؤسسة في الفترة من 24 مايو إلى 25 يونيو 2022 في منطقة شمال شوا. شملت الدراسة عينة عشوائية مكونة من 552 فرداً مصاباً بالسكري من أربعة مستشفيات عامة. وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية بين ارتفاع إدراك المرض وزيادة الالتزام بالدواء وممارسته. حيث كشفت نتائج الدراسة أن الالتزام بتناول الدواء كان 64.4%، بينما كان إدراك المرض 54.7%. وكان هناك ارتباط كبير وقوي بين إدراك المرض والالتزام بتناول الدواء. وأظهرت مكونات إدراك المرض وجود ارتباط كبير مع الالتزام بتناول الدواء. وبالمثل، فإن التحكم الشخصي والتمثيل العاطفي لمرض السكري ارتبط أيضاً بشكل كبير بالالتزام بالأدوية لدى مرضى السكري.

1.2.2 المحور الثاني: الدراسات السابقة التي تناولت الوسواس القهري

كشفت دراسة عبد الحميد (2014) إلى الكشف عن الفروق بين مرضى الوسواس القهري والأسوياء في المخططات المعرفية السلبية والقدرة على صنع القرار وحل المشكلات. تكونت العينة من مجموعتين المجموعة الأولى (60) مريضا باضطراب الوسواس القهري، من الذكور وتكونت المجموعة الثانية من (60) فردا من غير المرضى، طبق على العينة عدة اختبارات: قائمة مودزلي لاضطراب الوسواس القهري، اختبار صنع القرار لفلنדרز، وقائمة حل المشكلات، ومقياس عدم تحمل الكرب، واختبار السيطرة على الأفكار، ومقياس دمج الأفكار والأفعال-

المعدل، ومقياس عدم تحمل الغموض، وقائمة الكمالية مستعدة الأبعاد، ومقياس الاتجاهات نحو تحمل المسؤولية، واختبار المعتقدات الوسواسية. كشفت الدراسة عن وجود فروق جوهرية بين مرضى الوسواس القهري والأسوياء في المخططات المعرفية السلبية، في اتجاه مرضى الوسواس القهري، في حين كانت الفروق جوهرية في القدرة على حل المشكلات وصنع القرار في اتجاه الأسوياء.

تناولت دراسة عودة (2015) إلى العلاقة بين العنف الأسري والوسواس القهري لدى طلبة الجامعات الأردنية، تم اختيار العينة عشوائية من طلبة الجامعات الأردنية الذين يدرسون في جامعة العلوم الإسلامية والجامعة الأردنية، تم اختيار الفصل الدراسي الثاني 2014/2013، تكونت العينة من (720) طالب وطالبة. لتحقيق أهداف الدراسة أستخدم الباحث أداتان، ثم تم التحقق من دلالات الصدق والثبات بهما. كشفت نتائج الدراسة عن الدرجة الكلية لمستوى العنف الأسري، ومستوى الوسواس القهري لدى طلبة الجامعات الأردنية كان بدرجة متوسطة، وجود علاقة إيجابية دالة إحصائياً بين العنف الأسري والوسواس القهري لدى الطلبة.

اعتمدت دراسة فرنانديز وزملائه (Fernández de la Cruz et al. 2016) إلى الوقوف على أسباب التفاوت بين إدراك المرض، وعلى الفروق العرقية في الأبحاث، والالتحاق بالخدمات السريرية، لدى المصابين باضطراب الوسواس القهري، وطلب المساعدة، ومعرفة المرض، والسماح السببية التي يمكن أن تساعد في تفسير انخفاض معدل استيعاب علاج الوسواس القهري بين الأقليات العرقية، وتم إجراء الدراسة على عينة تكونت من (293) من الآباء (139 بريطانيًا أبيض، و 61 أفريقيًا أسود، و 46 أسود كاريبي، و 47 هنديًا) من عامة

السكان في جنوب شرق لندن بالمملكة المتحدة، باستخدام منهجية المقالة القصيرة للنص، أكمل المشاركون استطلاعاً يتضمن أسئلة حول إدراك المرض، واتجاهات طلب المساعدة، ومعرفة الوسواس القهري، والسمات السببية، وتوصلت النتائج إلى: أن المجموعات لم تختلف في الخصائص الاجتماعية والديموغرافية والتاريخ العائلي للوسواس القهري، رأى الآباء البريطانيون البيض أن صعوبات الوسواس القهري سيكون لها تأثير سلبي أكبر على أطفالهم وأن العلاج سيكون أكثر فائدة، مقارنة بالأقليات العرقية؛ وقد لوحظت أكبر الاختلافات بين الآباء البريطانيين البيض والهنود، وكانت الأقليات العرقية أكثر ميلاً إلى القول بأنها ستطلب المساعدة من مجتمعاتها الدينية، وكان الآباء الأفارقة السود أكثر تفضيلاً لعدم طلب المساعدة في مواجهة الصعوبات الموصوفة، وبشكل عام، كانوا يرون المزيد من المعوقات العلاجية، يبدو أن الآباء البريطانيين البيض أكثر اطلاعاً على الوسواس القهري من آباء الأقليات العرقية.

كما أجرى (Dias et al. (2018) دراسة بهدف التحقق مما إذا كان مرضى اضطراب الهلع (PD)، واضطراب الوسواس القهري (OCD)، اضطراب القلق الاجتماعي (SAD) يختلفون في إدراك أمراضهم، وما إذا كانت هذه الاختلافات يمكن أن تعزى إلى مستويات حساسية القلق، حيث تم إجراء مقارنة لاستجابات 36 مريضاً مصابون باضطراب الشخصية الحدية، و 38 مريضاً بالوسواس القهري، و 34 مريضاً باضطراب الاكتئاب الشديد في استبيان إدراك المرض والصحة العقلية، وقد لوحظت اختلافات كبيرة بين المجموعات فيما يتعلق بإدراك المرض، حيث أظهر مرضى اضطراب الهلع مستويات أعلى بكثير في حساسية القلق مقارنة بالمجموعات الأخرى، ومع ذلك، حصل المرضى الذين يعانون من اضطراب الهلع على درجات أقل بكثير في "التحكم الشخصي" و"التحكم في العلاج" من المرضى الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي، ولم يختلف مرضى الوسواس القهري بشكل كبير عن كلا

المجموعتين، لمرضى اضطراب الهلع، اضطراب الوسواس القهري، واضطراب القلق الاجتماعي لديهم تصورات مشتركة ومختلفة فيما يتعلق بأمراضهم، ترتبط الاختلافات بين اضطراب الهلع واضطراب القلق الاجتماعي والقدرة على التحكم في الأعراض، ولكن يبدو أنها لا تتوسطها حساسية القلق، كما يجب أن تبحث الدراسات المستقبلية فيما إذا كان إدراك المرض في اضطراب الوسواس القهري واضطرابات القلق لها آثار علاجية.

وركزت دراسة بيدلي Pedley (2018) إلى التعرف على تصورات المرض لدى الأشخاص الذين يعانون من الوسواس القهري (POCD) وأقاربهم، وتطوير مقياسًا جديدًا، واختبار الارتباطات بين تصورات المرض والنتائج المهمة، واشتملت عينة الدراسة على (16) مريضًا بالوسواس القهري، و (14) من أقاربهم، وقد تم تحليل النصوص من المقابلات شبه المنظمة باستخدام التحليل الموضوعي، استنادًا إلى المقابلات مع مرضى الوسواس القهري، كما تم تطوير استبانة جديد لتصورات مرض الوسواس القهري (IPQ-). تضمن مشاركة المريض والجمهور (PPI) وتم إكمال IPQ-O، إلى جانب الاستبيانات الأخرى، بواسطة 348 شخصًا بالغًا من مرضى الوسواس القهري، وأظهرت نتائج الدراسة أن بعض جوانب الفهم ترتبط بالأبعاد الرئيسية لإدراك المرض المحدد في الصحة البدنية، ويرى الأشخاص ذوي اضطراب الوسواس القهري وأقاربهم أن الوسواس القهري "جزء" دائم من شخصياتهم، وأن تصورات أعراض الوسواس القهري يتم النظر إليها على أنها مجموعة من السلوكيات "المعتادة"، وأنها حالة تشبه السمات، كما ارتبطت تصورات المرض بالنتائج العاطفية والسلوكية في الوسواس القهري، وعلى وجه الخصوص، سجل الأشخاص الذين لم يتناولوا دواءً للوسواس القهري درجات أعلى بكثير على مقياس الطيف مقارنة بأولئك الذين تناولوا، واستنتجت الدراسة أنه لتحسين النتائج في علاج الوسواس القهري، قد يكون من المهم تعديل تصورات المرض المرتبطة بسوء التكيف.

كما كشفت دراسة عباره وآخرون (2018) عن مستوى التشوهات المعرفية ومستوى أعراض اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية لدى المراهقين ، ومعرفة ما إذا كان هناك فروق في التشوهات المعرفية وأعراض اضطراب الشخصية الوسواسية تبعاً لمتغيري الجنس والتخصص ، كما أنها هدفت إلى تعرف العلاقة بين التشوهات المعرفية وظهور أعراض اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية شملت عينة الدراسة (389) طالب وطالبة 189 ذكور 200 أنثى في بعض مدارس الثانوية بمدينة حمص . أعد الباحثون مقياس التشوهات المعرفية ومقياس أعراض اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية ، والتحقق من صدقهما وثباتهما . جاءت نتائج الدراسة ، مستوى التشوهات المعرفية مرتفع بشكل عام ، ومستوى أعراض اضطراب الشخصية الوسواسية أيضاً مرتفع بشكل عام ، ولا توجد فروق دالة بين درجات الذكور والإناث على مقياس التشوهات المعرفية ككل وأبعاده الفرعية ، ما عدا بعد المنطق الانفعالي ، توجد فروق لصالح الإناث ، ولا توجد فروق بين طلبة فرع العلمي والادبي في مقياس التشوهات المعرفية ككل وأبعاده الفرعية ما عدا بعدي الاستنتاج العشوائي ، والتعميم الزائد تبين أنه توجد فروق لصالح طلبة الفرع الأدبي ، وعدم وجود فروق بين الذكور والإناث ، وكذلك بين طلبة الفرع العلمي والأدبي في مقياس أعراض اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية . وتوجد علاقة إيجابية دالة بين درجات الطلبة على مقياس التشوهات المعرفية ككل وأبعاده الفرعية ، ودرجاتهم على مقياس أعراض اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية وأبعاده الفرعية .

وأجرى بيدلي وزملائه Pedley et al (2019) دراسة هدفت إلى تحديد وتوصيف التصورات المرضية للأشخاص الذين يعانون من الوسواس القهري، وتم تحليل المقابلات شبه المنظمة المكتوبة لاستكشاف تصورات المرض لدى 16 شخصاً يعانون من الوسواس القهري باستخدام

المنهج التحليلي، وتم استخدام المقابلة شبه المنتظمة مع أفراد العينة للحصول على بيانات الدراسة، وقد تكونت تلك المقابلة من أسئلة حول (المعرفة بالوسواس القهري، وبداية ظهور الأعراض، والأعراض الحالية، والتأثير، وأساليب التكيف، والتوقعات المستقبلية)، وتوصلت النتائج إلى أنه في بعض الحالات، تم إعاقة تحديد الأعراض بسبب الفشل في تفسير التجارب على أنها "أعراض"، وبدلاً من ذلك، فسر هؤلاء الأفراد الأعراض على أنها انحراف في الشخصية، أو كدليل على أنهم أصبحوا منحرفين، ساهمت تصورات الحالة حول الوسواس القهري بأنه جزء من الذات في اعتباره دائماً، وكان الأفراد يشعرون بالقلق إزاء تأثير الوسواس القهري على الأصدقاء والعائلة، وحاولوا التقليل من عواقبه، على سبيل المثال عن طريق إخفاء الأعراض عن أطفالهم، الذين كانوا يخشون أن يصابوا بالوسواس القهري.

واعتمدت دراسة بن عجمية ومكي (2021) إلى الكشف عن دور المعتقد والحمولة الثقافية في تفسير الاضطراب وعلاقته بالتوجه العلاجي من وجهة نظر المصاب بالوسواس والأفعال القهرية، واعتمد البحث على المنهج الإكلينيكي، من خلال دراسة الحالة لحالة تعاني من اضطراب وسواس قهري، تم اختيارها قصدياً، كما تم استخدام مقياس بيل براون للوسواس القهري، واختبار الطب النفسي لحسان المالح، وخلصت الدراسة إلى وجود علاقة بين التفسيرات لأسباب الاضطراب والتوجه العلاجي.

قامت مروة عبد الستار والوكيل (2022) بالكشف عن الدور الوسيط للتعقل في العلاقة بين تحمل الكرب النفسي وتنظيم الانفعالات لدى مرضى الوسواس القهري الذكور، واتبعت الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي، وتكونت عينة الدراسة من ١٢٠ مشاركاً، وانقسمت العينة إلى ٦٠ مشاركاً من مرضى الوسواس القهري الذكور، و ٦٠ مشاركاً من العاديين الذكور، وتكونت أدوات

الدراسة من قائمة مهارات التعلم لدى مرضى الوسواس القهري، وقائمة تحمل الكرب النفسي لدى مرضى الوسواس القهري، وقائمة مهارات تنظيم الانفعالات لدى مرضى الوسواس القهري، وتوصلت النتائج إلى أن التعقل يتوسط العلاقة بين تحمل الكرب النفسي وتنظيم الانفعالات لدى مرضى الوسواس القهري والطبيين من الذكور توسطًا كليًا.

وأشارت دراسة الصبوة ومروة عبد الستار (2022) إلى الكشف عن علاقة التعقل بكل من تحمل الكرب النفسي وتنظيم الانفعالات لدى مرضى الوسواس القهري، كما هدفت إلى استكشاف حجم العلاقات الارتباطية بين متغيرات الدراسة وبين بعضها بعضا لدى مجموعتي الدراسة كل منها على حدة، بالإضافة إلى الوقوف على الفروق بين مرضى الوسواس القهري والطبيين من الذكور في متغيرات الدراسة، واتبعت الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي المقارن. وتكونت عينة الدراسة من 120 مشاركا، تراوح المدى العمري لهم بين (19-43) سنة، وانقسمت العينة إلى 60 مشاركا من مرضى الوسواس القهري الذكور، و60 مشاركا من الطبيعيين الذكور. وتكونت أدوات الدراسة من قائمة مهارات التعلم لدى مرضى الوسواس القهري، وقائمة عدم تحمل الكرب النفسي لدى مرضى الوسواس القهري، وقائمة التنظيم الانفعالي لدى مرضى الوسواس القهري. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة جوهرية بين كل من تحمل الكرب النفسي والتنظيم الانفعالي، والتعقل وتنظيم الانفعالات، والتعقل وتحمل الكرب النفسي لدى مرضى اضطراب الوسواس القهري والطبيين من الذكور. وتبين من النتائج أن متوسطات الذكور الطبيعيين أعلى جوهريا من متوسطات مرضى الوسواس القهري في كل من مهارات التعقل، وتحمل الكرب النفسي، وتنظيم الانفعالات.

وهدفت دراسة صفاء ومنار (2023) إلى التعرف على العلاقة الارتباطية بين الوسواس القهري والأفكار اللاعقلانية لدى تلاميذ البكالوريا، بثانوية أحمد الغازي _ المسيلة _ أستخدم الباحث المنهج الوصفي الارتباطي في هذه الدراسة، تكونت العينة من (100) طالب وطالبة من كل التخصصات الموجودة بالمدرسة، تم اختيار العينة عشوائيا. لتحقيق فرضيات الدراسة استخدم الباحث مقياس الوسواس القهري، مقياس الأفكار اللاعقلانية. توصلت نتائج الدراسة إلي، وجود علاقة ارتباطية بين الوسواس القهري والأفكار اللاعقلانية. وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الشك والتكرار والأفكار اللاعقلانية. وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الشك والتكرار والأفكار اللاعقلانية. وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين العام للوسواس القهري والأفكار اللاعقلانية. عدم وجود فروق في مستوى الوسواس القهري لدى تلاميذ السنة الثالثة ثانوي تبعا لمتغير الجنس. عدم وجود فروق في مستوى الوسواس القهري لدى تلاميذ السنة الثالثة ثانوي تبعا لمتغير التخصص. عدم وجود فروق في مستوى الأفكار اللاعقلانية لدى تلاميذ السنة الثالثة ثانوي تبعا لمتغير الجنس. عدم وجود فروق في مستوى الأفكار اللاعقلانية لدى تلاميذ السنة الثالثة ثانوي تبعا لمتغير التخصص.

قام دار وزملاؤه (Dar et al. 2023)) بتقييم الثقة والإدراك فيما يتعلق بالأداء الفعلي لمرضى الوسواس القهري. وذلك من خلال مراجعة شاملة وتحليل أولى الدراسات التي شارك فيها المشاركون في الوسواس القهري وقام المشاركون في المراقبة غير السريرية بمهام معرفية وابلغوا عن ثقتهم في أدائهم. وتوصلت الدراسة إلى 19 دراسة استوفت معايير إدراجها في مجموعة التحليل الكمي، حيث تتناول جميع الدراسات الذاكرة أو الإدراك. ووجدت الدراسة بأن الأداء والثقة المبلغ عنها أقل في الوسواس القهري مقارنة بالمشاركين في المجموعة الضابطة. وأن الثقة كانت أكثر ضعفاً من الأداء لدى المصابين بالوسواس القهري. وتشير هذه النتائج إلى

أن الأشخاص الذين يعانون من الوسواس القهري أقل ثقة في ذاكرتهم وقدراتهم الإدراكية، مما يشير إلى نقص حقيقي في الثقة في هؤلاء المرضى.

1.2.3 التعقيب على الدراسات السابقة

من حيث الهدف:

تنوعت الدراسات السابقة في أهدافها المتعلقة بإدراك المرض، حيث تناولت أمراضًا نفسية وجسدية متنوعة. على سبيل المثال، هدفت دراسة أبركان (2013) إلى الكشف عن تأثير إدراك المرض على اختيار أساليب التدبير لدى مرضى التكلس الرئوي، بينما ركزت دراسة الصالح (2015) على العلاقة بين إدراك المرض، أساليب المواجهة، وجودة الحياة لدى المصابين بالأمراض المزمنة. كذلك، تناولت دراسة حميداني (2023) أثر إدراك المرض لدى المرضى الخاضعين لعمليات زراعة الكلية. وأشارت دراسة بن عجمية ومكي (2021) إلى دور المعتقدات والثقافة في تفسير الاضطراب والعلاج لدى المصابين بالوسواس القهري. كما هدفت دراسة Ünal et al (2022) إلى الكشف عن العلاقة بين إدراك المرض، أساليب المواجهة، والكفاءة الذاتية لدى مرضى الاضطراب ثنائي القطب. أما دراسة الحربي (2023) ودراسة بيلوندي ونوغابي وعلمي (2021)، فتناولت العلاقة بين إدراك المرض والالتزام بالأدوية لدى مرضى السكري من النوع الثاني، بينما ركزت دراسة حميداني وسومية ابن لمبارك (2021) على تأثير إدراك المرض على جودة الحياة لدى مرضى الزرع الكلوي.

وبالنسبة للوسواس القهري، هدفت دراسة عبد الحميد (2014) إلى دراسة الفروق بين مرضى الوسواس القهري والأشخاص السليمين في المخططات المعرفية والقدرة على صنع القرار. كما تناولت دراسة عودة (2015) العلاقة بين العنف الأسري والوسواس القهري لدى طلاب

الجامعات الأردنية. وركزت دراسات أخرى، مثل دراسة فرنانديز (2016)، على الفروق العرقية في إدراك المرض والالتحاق بالخدمات السريرية. وفي دراسة الصاوي وعبد القوي (2017)، تم استكشاف تأثير المتغيرات الاجتماعية والثقافية في فهم المرض النفسي. بينما تناولت دراسة عباره وآخرون (2018) التشوهات المعرفية لدى المراهقين المصابين بالوسواس القهري. وأظهرت دراسة دياز وزملائه (2018) فروقاً في إدراك المرض بين مرضى الوسواس القهري واضطرابات القلق الأخرى. كما ركزت دراسات أخرى مثل دراسة الصبوة وعبد الستار (2022) ودراسة مروة محمد والوكيل على العلاقة بين التعقل، تحمل الكرب النفسي، وتنظيم الانفعالات لدى مرضى الوسواس القهري. وفي دراسة صفاء ومنار (2023)، تم استكشاف العلاقة بين الوسواس القهري والأفكار اللاعقلانية لدى طلاب البكالوريا.

تشارك الدراسة الحالية مع دراستي Pedley (2018) و Pedley et al (2019) في هدفها المتمثل في فهم إدراك مرضى الوسواس القهري مرضهم، إلا أنها تختلف لكونها تجرى في بيئة ومجتمع دراسي مختلفين.

ومن حيث العينة:

- تنوعت العينة في تلك الدراسات، فكانت دراسة أبركان (2013) على مرضى التكلس الرئوي، ودراسة الصالح (2015) على مرضى الأمراض وكانت دراسة حميداني (2023)، ودراسة حميداني وسومية ابن لمبارك (2021) على المرضى الخاضعين لعملية زراعة الكلية؛ ودراسة (بن عجمية ومكي، 2021) فكانت على المصابين بالوسواس والأفعال القهرية؛ ودراسة (Ünal et al., 2022) فكانت على مرضى الاضطراب ثنائي القطب، ودراسة الحربي (2023)، ودراسة بيلوندي ونوغابي وعلمي Bilondi, Noghbi & Aalami (2021).

- ، ودراسة الحربي والحفيان والعامري (Alharbi, Alhofaian & Alaamri (2023) ،
 ودراسة السعيدان وزملاؤه (Eshete et al. (2023)، ودراسة ايشيتي وآخرون (Eshete
 et al. (2023) فكانت بين المرضى البالغين المصابين بالسكري من الدرجة الثانية.
 - وانتقلت الدراسة الحالية مع دراسة عبد الحميد (2014)، ودراسة عودة (2015)،
 (Dias et al., 2016) (Fernández de la Cruz et al., 2016) (الصاوي وعبد القوي، 2017)؛
 (Pedley et al. 2018)؛ (Pedley, 2018)؛ (، 2018) (، 2018)؛
 ودراسة الصبوة ومروة عبد الستار (2022)، ودراسة صفاء ومنار (2023)، ودراسة دار
 وزملاؤه (Dar et al. (2023) التي استهدفت مرضى الوسواس القهري.

ومن حيث المنهج:

- تنوعت تلك الدراسات في المنهج المختار، ما بين المنهج الوصفي التحليلي، والمنهج الوصفي
 الارتباطي، والمنهج التجريبي والمنهج العيادي.
 - ومن ثم فإن الدراسة الحالية تتبع المنهج الإكلينيكي لمناسبته لهدف الدراسة وهو ما توافق مع
 دراسة بن عجمية ومكي (2021).

ومن حيث النتائج:

- وجود علاقة بين أبعاد إدراك المرض وأساليب التدبير لدى مرضى التكلس الرئوي.
 - وجود إدراك إيجابي تجاه عملية زراعة الكلية لدى مرضى الفشل الكلوي.
 - توجد فروق عرقية في إدراك المرض بين البيض والسود والأفارقة المصابين بالوسواس القهري.
 - أعراض المرض النفسي ومعدل تكراره ومدى خطورته أحد أهم المتغيرات المؤثرة في فهم وتصور
 المرض.

- توجد اختلافات كبيرة بين المجموعات فيما يتعلق بإدراك المرض، تبعاً لنوع المرض ما بين المصابين باضطراب الهلع، وذوي اضطراب القلق الاجتماعي، لمرضى الوسواس القهري.
- بعض جوانب الفهم ترتبط بالأبعاد الرئيسية لإدراك المرض المحدد في الصحة البدنية، ويرى الأشخاص ذوي اضطراب الوسواس القهري وأقاربهم أن الوسواس القهري "جزء" دائم من شخصيتهم.
- توجد علاقة بين تفسير أسباب الاضطراب والتوجه العلاجي لدى المرضى.
- يتوسط التعقل العلاقة بين تحمل الكرب النفسي وتنظيم الانفعالات لدى مرضى الوسواس القهري والطبيين من الذكور توسطاً كلياً.
- توجد علاقة سلبية لإدراك المرض بالكفاءة الذاتية العامة.
- يؤثر مستوى إدراك المرض على سلوك الالتزام بالأدوية بين المرضى البالغين الذين يعانون من مرض السكري من الدرجة الثانية.

1.2.4 أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة

استفادت الباحثة من الدراسات السابقة عدة جوانب، أهمها التعرف على العلاقات التي تؤثر في موضوع الدراسة الحالية، مثل الأسباب المؤدية للوسواس القهري، وسمات الشخصية لدى المصابين باضطراب الوسواس القهري، والتوجهات العلاجية التي يسلكها المريض، كذلك استفادت من بعض الاستراتيجيات التي تعزز الصحة النفسية للمرضى، والطرق والأساليب التي تساهم في علاج اضطراب الوسواس القهري، كما استفادت الباحثة من بعض المقاييس المستخدمة في الدراسات في تفسير نتائج مقاييس الدراسة الحالية. تكمن خصوصية الدراسة الحالية في المنهج المستخدم، حيث إنها استخدمت منهج دراسة الحالة والتي تركز على أبعاد

وتفاصيل موضوع البحث من خلال استخدامها دراسة الحالة كأداة، واستخدام المقابلة الإكلينيكية والملاحظة، واستخدام المقاييس المعدة للدراسة.

1.2.5 أوجه تميز الدراسة الحالية

- تميزت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة بأنها تعمل على ربط المواضيع المهمة ببعضها للتوصل إلى نتائج وعلاقات جديدة، لأنها تدرس إدراك المرض لدى مرضى الوسواس القهري.
- تعتبر الدراسة الأولى على مستوى السلطنة من نوعها في دراسة إدراك المرض لدى مرضى الوسواس القهري والتي تستخدم المنهج الإكلينيكي (دراسة حالة).
- تطوير مقياس خاص بالدراسة.
- التحليل الوصفي للمقابلات.

الفصل الثالث

منهجية الدراسة وإجراءاتها

منهج الدراسة

مجتمع وعينة الدراسة

مجتمع الدراسة

أدوات الدراسة

إجراءات الدراسة

الأساليب الإحصائية المستخدمة

تمهيد

يتناول هذا الفصل الإجراءات المستخدمة التي اتبعتها الباحثة في جمع البيانات اللازمة عن الدراسة، واصفة لمنهجية الدراسة، ومجتمعها، وعينتها، وبناء أداة الدراسة، والإجراءات لتحديد صدقها وثباتها، للتحقق من صلاحيتها وتطبيقها على عينة الدراسة وتحديد متغيراتها.

منهج الدراسة

تعتبر الدراسة الحالية دراسة سيكومترية إكلينيكية حيث هدفت إلى التعرف على مدى إدراك المرض لدى المصابين بالوسواس القهري بشكل عام وبشكل معمق، وبالتالي إختارت الباحثة المنهج المختلط (الكمي والكيفي) لأنه الأنسب لمثل هذا النوع من الدراسات، حيث أجابت على بعض تساؤلات الدراسة (تحديد مستوى إدراك المرض لدى المصابين بالوسواس القهري، والفروق في مستوى الإدراك وفقاً لمتغير السن والجنس) عن طريق المنهج الوصفي على عينة كبيرة الحجم، أما الشق الإكلينيكي فقد استخدمت الباحثة دراسة الحالة حيث وظفت المقابلة والملاحظة الإكلينيكية للإجابة على التساؤلات التي تبحث في مدى تأثير إدراك المرض في التوجه العلاجي للمصاب ومدى التزامه بالمرض.

مجتمع الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من جميع المراجعين الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري، لدى عيادة الصحة النفسية (بمركز إبراء الصحي)، والبالغ عددهم (402) المسجلين بنظام الشفاء المستخدم في مؤسسات وزارة الصحة بسلطنة عمان لعام (2023)، حيث أن عيادة الصحة النفسية بمركز إبراء الصحي تغطي ولايات محافظة شمال الشرقية بالإضافة إلى المراجعين من محافظة الوسطى وعدد من قرى جنوب الشرقية

عينة الدراسة

أجريت الدراسة على ثلاث عينات، وهي موضحة فيما يلي:

العينة الاستطلاعية:

بلغت عينة الدراسة الاستطلاعية (30) مصابا ومصابة من المراجعين المصابين باضطراب الوسواس القهري المراجعين إلى عيادة الصحة النفسية، وقد كان الهدف من إختيار هذه العينة هو التحقق من المؤشرات السيكومترية (الصدق والثبات) لأدوات الدراسة.

العينة السيكومترية:

تكونت عينة الدراسة السيكومترية من 210 مشاركاً من المصابين باضطراب الوسواس القهري، وهي عينة متيسرة (متاحة) من المرضى المراجعين لعيادة الصحة النفسية بمركز إبراء الصحي بمحافظة شمال الشرقية في سلطنة عمان والذين وافقوا على الإجابة على مقاييس الدراسة. وقد تراوحت أعمار المشاركين بين 18 و60 عاماً فأكثر، وتضمنت العينة 130 ذكراً و80 أنثى.

العينة الإكلينيكية:

اشتملت عينة الدراسة الإكلينيكية على (5) حالات ، وهي أيضا عينة متيسرة (متاحة) من بين المراجعين لعيادة الصحة النفسية بمركز إبراء الصحي. تم اختيار هذه الحالات وفقاً للمعايير

التالية:

- تم تشخيصهم طبياً باضطراب الوسواس القهري.
- حصلوا على درجة (متوسط إلى شديد) على مقياس بيل براون للوسواس القهري.
- أعمارهم تتجاوز 18 سنة.

• وافقوا على المشاركة في الدراسة البحثية.

• تتم متابعتهم الصحية في عيادة الصحة النفسية بمركز إبراء الصحي.

تم إجراء دراسة حالة معمقة لكل من هذه الحالات الخمس باستخدام المقابلات الإكلينيكية والملاحظة المباشرة، بالإضافة إلى تطبيق المقاييس النفسية المستخدمة في الدراسة.

أدوات الدراسة:

استخدمت الباحثة العديد من أدوات وهي:

الملاحظة:

أستخدمت الباحثة الملاحظة في إطار المقابلة الإكلينيكية حيث سلطت الباحثة الضوء على كل ما يتعلق بالمظهر الخارجي للمريض وتعبيرات وجهه وطريقة كلامه.....الخ ، من خلال استمارة ملاحظة مريض مصاب باضطراب الوسواس القهري. (أنظر الملحق رقم 1).

مقياس بيل براون للوسواس القهري

يتكون المقياس من 10 أبعاد تقيس الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية، وكل بعد يتكون من 5 عبارات تتدرج العبارات من (0-7) تعني أعراض وسواس قهري خفيفة جدا و(8-15) أعراض خفيفة والتي من المحتمل أن تتعارض مع حياتك بطرق ملحوظة، (16-23) أعراض متوسطة، (24-31) أعراض ملحوظة والتي من المحتمل تعقد نوعية حياتك بصورة كبيرة (32-40) أعراض شديدة والتي من المحتمل تسبب عجزا بالغا قد تحتاج الي علاج من قبل اختصاصي في الوسواس القهري.

لحساب الخصائص السيكومترية لمقياس بيل براون تم التطبيق على عينة استطلاعية مكونة من 30 مريضا ومريضة تم حساب الصدق والثبات على النحو الآتي:

أولاً: الصدق:

صدق المحكمين: تم عرض المقياس على خمسة من الأطباء والمختصين بالصحة النفسية وأفادوا بصلاحيته المقياس لقياس الوسواس القهري.

الصدق الداخلي: تم حساب معاملات الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية للأبعاد، وكانت معاملات الارتباط محصورة بين (0.435 و 0.870) وجميعها دالة إحصائياً مما يدل على الاتساق الداخلي (الثبات) لجميع العبارات.

كما تم حساب معاملات الارتباط بين درجات الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس. كانت قيمة معاملات الارتباط محصورة بين (0.751، 0.893) وجميعها دالة إحصائياً مما يدل على ثبات الأبعاد.

ثانياً الثبات:

تم حساب معامل ألفا كرونباخ لأبعاد المقياس وامتدت معاملات ألفا للأبعاد بين (0.620، 0.915) وجميعها مرتفعة وكانت قيمة معامل ألفا للمقياس ككل تقريبا 0.920 وهذا يدل على ثبات المقياس ككل.

مقياس إدراك المرض لدى المصابين باضطراب الوسواس القهري.

قامت الباحثة بتطوير (مقياس إدراك المرض لدى المصابين باضطراب الوسواس القهري) استناداً إلى الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس (DSM) وعلى عدد من الدراسات السابقة (دراسة Pedley بيديلي 2018، ودراسة أخرس 2016، ودراسة أبو جراد، دراسة عليان 2021) الخ.

ويشمل المقياس في جملة على (43) فقرة تقيس إدراك المرض، موزعة على ثلاثة أبعاد كما هو موضح في الجدول (1).

جدول (1). توزيع الفقرات على محاور المقياس

عدد العبارات	المحور
10	إدراك أعراض الوسواس القهري
22	المعتقدات المرتبطة بالوسواس القهري
11	أسباب الوسواس القهري
43	المجموع

الخصائص السيكومترية لمقياس إدراك المرض لدى المصابين باضطراب الوسواس القهري

أولاً: الصدق

الصدق الظاهري: بعد الانتهاء من إعداد الأداة تم عرضها على مجموعة من المحكمين البالغ عددهم (10) محكمين متخصصين في الصحة وعلم النفس التربوي والإرشاد النفسي والطب النفسي (أنظر الملحق رقم 5) وبعد ذلك تم إجراء التعديلات المناسبة في ضوء ملاحظات المحكمين وتوجيهاتهم.

الصدق الداخلي:

تم التحقق من صدق بناء المقياس من خلال حساب معامل الارتباط (بيرسون) بين كل من درجة الفقرة والدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه، والدرجة الكلية للمقياس، أيضاً تم حساب معاملات الارتباط (بيرسون) بين الدرجات على الأبعاد والدرجات على المقياس ككل ويوضح الجدول (2) نتائج معاملات الارتباط بين الدرجة على الفقرة والدرجة على المحور التي تنتمي إليه وكذلك مع الدرجة الكلية للمقياس ككل.

جدول (2)

جدول (2). معاملات الارتباط بين الفقرة والدرجة الكلية والمجال التي تنتمي إليه

معامل الارتباط مع المقياس	معامل الارتباط مع المجال	رقم الفقرة	المحور
0,76	0,86	A1	
0,39	0,56	A2	
0,69	0,77	A3	
0,71	0,82	A4	إدراك
0,58	0,82	A5	أعراض
0,60	0,80	A6	الوسواس
0,56	0,81	A7	القهري
0,73	0,80	A8	
0,60	0,80	A9	
0,75	0,85	A10	
0,52	0,49	B1	
0,67	0,67	B2	
0,53	0,58	B3	
0,37	0,45	B4	
0,49	0,50	B5	
0,50	0,56	B6	المعتقدات
0,43	0,54	B7	المرتبطة
0,44	0,40	B8	بالوسواس
0,45	0,58	B9	القهري
0,40	0,51	B10	
0,61	0,64	B11	

معامل الارتباط مع المقياس	معامل الارتباط مع المجال	رقم الفقرة	المحور
0,47	0,36	B12	
0,41	0,51	B13	
0,34	0,49	B14	
0,30	0,40	B15	
0,66	0,49	B16	
0,40	0,47	B17	
0,40	0,51	B18	
0,44	0,53	B19	
0,49	0,49	B20	
0,50	0,50	B21	
		B22	
0,53	0,35		
0,67	0,57	C1	
0,39	0,68	C2	
0,50	0,56	C3	
0,48	0,64	C4	
0,61	0,69	C5	أسباب
0,53	0,70	C6	الوسواس
0,67	0,57	C7	القهري
0,39	0,68	C8	
0,50	0,56	C9	
0,48	0,64	C10	
0,61	0,69	C11	

نلاحظ من الجدول (2) إن معاملات الارتباط بين الفقرات ومحاورها تراوحت بين (0,35) - (0,86)، وبين الفقرات والدرجة الكلية للمقياس تراوحت بين (0,30 - 0,76)، وكلها أكبر من 0.3 وبالتالي تم الاحتفاظ بكل الفقرات. كما يوضح الجدول (3) نتائج ارتباط المحاور مع بعضها ومع الدرجة الكلية للمقياس.

جدول (3). ارتباط المحاور مع بعضها ومع الدرجة الكلية للمقياس

المحور	إدراك أعراض الوسواس القهري	المعتقدات المرتبطة بالوسواس القهري	أسباب الوسواس القهري	المجموع لكلي
إدراك أعراض الوسواس القهري	-	0,65	0,46	0,80
المعتقدات المرتبطة بالوسواس القهري	0,65	-	0,46	0,93
أسباب الوسواس القهري	0,46	0,67	-	0,81

يوضح الجدول (3) إن قيم الارتباطات بين المجالات مع بعضها البعض تراوحت بين (0,46, 0,67) ومع الدرجة الكلية تراوحت بين (0,80, 0,93) للمقياس وكانت كلها أكبر من (0,30) .

ثبات مقياس ادراك المرض لدى المصابين باضطراب الوسواس القهري:

تم فحص ثبات أداة الدراسة باستخدام معادلة (ألفا كرونباخ) للاتساق الداخلي، وطريقة التجزئة النصفية والجدول (4) يوضح ذلك.

جدول (4) الثبات وفق معامل كرونباخ ألفا وطريقة التجزئة النصفية

المقياس	المحور	عدد الفقرات	معامل ثبات كرونباخ ألفا	طريقة التجزئة النصفية
	إدراك أعراض الوسواس القهري	10	0,92	0,93
	المعتقدات المرتبطة بالوسواس القهري	22	0,85	0,72
	أسباب الوسواس القهري	11	0,85	0,99
	الكلية	43	0,93	0,75

يوضح الجدول (4) إن معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ لمحاور الدراسة تراوحت بين

(0,85, 0,92) وبلغت قيمة الثبات الكلية (0,93) وهي قيم ممتازة وهي ، كما وضح الجدول

إن قيمة معامل الثبات لتجزئة النصفية بين فقرات المقياس تراوحت بين (0,72, 0,99)

وبلغت قيمة التجزئة الكلية للمقياس (0,75) وهي تعتبر قيم جيدة، مما يشير إلى ثبات عالي

للمقياس.

تصحيح الأداة:

اعتمدت الباحثة في تصحيح الأداة على المعيار التالي والموضح في الجدول (5).

جدول (5). دلالات المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد عينة الدراسة باستخدام مقياس ليكرت الخماسي

م	فئات المتوسط الحسابي	المستوى
1	1.80-1.00	منخفض جدا
2	2.60-1.81	منخفض
3	3.40-2.61	متوسط
4	4.20-3.41	مرتفع
5	5.00-4.21	مرتفع جدا

المقابلة الإكلينيكية النصف موجهة: الهدف منها التعرف على مدى إلتزام وإمتثال المريض بالعلاج، بالإضافة إلى توجيهه العلاجي، وتكون مع المصاب نفسه ومع الطبيب أو المختص في العيادة بالإضافة إلى الأسرة، تم بناء دليل للمقابلة، بعد الرجوع للإطار النظري والدراسات السابقة تم إعداد الدليل، وبعد الانتهاء تم عرضه على مجموعة من المحكمين البالغ عددهم (6) محكمين متخصصين في الصحة وعلم النفس التربوي والإرشاد النفسي والطب النفسي (أنظر الملحق رقم 2)، وذلك بعد إجراء التعديلات المناسبة في ضوء ملاحظات المحكمين وتوجيهاتهم. ويحتوي الدليل على سبع محاور تضمنت:

- 1- بيانات أولية عن الحالة (اسم المفحوص، العمر، الجنس، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، الوضع الاقتصادي).
- 2- معلومات عن الاضطراب.
- 3- التوجه إلى العلاج.
- 4- مدى الإلتزام بالعلاج
- 5- تأثير الأهل والمقربين في معتقدات المريض.

6- المقابلة مع الأهل.

7- المقابلة مع المختص أو الطبيب.

مدة المقابلة (120) دقيقة.

إجراءات الدراسة

اتبعت الباحثة الخطوات التالية لتحقيق أهداف الدراسة.

1- إعداد الإطار النظري، والدراسات السابقة.

2- تطوير (مقياس إدراك المرض لدى المصابين باضطراب الوسواس القهري) استنادا إلى الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس (DSM) وعلى عدد من الدراسات السابقة.

3- الحصول على الموافقات اللازمة من الجامعة ووزارة الصحة والمركز الوطني للإحصاء والمعلومات لتطبيق أدوات الدراسة.

4- اختيار العينة وفقا لتشخيصها الطبي والدرجات المتحصل عليها في مقياس بيل براون.

5- تطبيق أدوات الدراسة على العينة الدراسة الاستطلاعية المتمثلة في 30 مريض ومريضة من المصابين باضطراب الوسواس القهري.

6- تطبيق مقاييس الدراسة على العينة السيكمترية.

7- مقابلة الحالات الخمس وتطبيق الاختبارات.

8- إجراء عمليات التحليل المناسبة لكل عينة.

9- الإجابة عن أسئلة الدراسة ومناقشتها.

10- إعداد ملخص النتائج وتقديم التوصيات والمقترحات.

الأساليب الإحصائية المستخدمة

في الدراسة الحالية أستخدمت العديد من الأساليب الإحصائية باستخدام الحزمة الإحصائية في العلوم الاجتماعية (SPSS) كالتالي:

أولاً: للتأكد من صدق الاستبانة المستخدمة في الدراسة الحالية وثباتها أستخدم

- معامل ارتباط بيرسون لتأكد من الاتساق الداخلي لأبعاد المقياس وعبارته.
- معامل ثبات ألفا كرونباخ لتأكد من ثبات درجات أبعاد المقياس وأبعاد الفرعية.
- دلالات المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد عينة الدراسة باستخدام مقياس ليكرت الخماسي.

- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتبة والمستوى للمقياس ككل.
- متوسط الرتب ومجموع الرتب وقيمة مان وتني ومستوى الدلالة لاستجابات أفراد عينة الدراسة، باستخدام اختبار مان ويتني ((Mann-Whitney test) لتحديد الفروق بين متوسط استجابات أفراد عينة الدراسة لمتغير الجنس.

- متوسط الرتب ومجموع الرتب وقيمة كروسكال ودرجة الحرية ومستوى الدلالة لاستجابات أفراد عينة الدراسة، باستخدام اختبار كروسكال ويلز (Kruskal-Wallis Test) لتحديد الفروق بين متوسط استجابات أفراد عينة الدراسة، وفقاً لمتغير الجنس أفراد عينة الدراسة، وفقاً لمتغير العمر.

- اختبار مان ويتني لأجراء المقارنات البعدية بين مستويات العمر.

الفصل الرابع

الجانب التطبيقي ونتائج الدراسة ومناقشتها

تمهيد

عرض النتائج السيكومترية وتفسيرها ومناقشتها

تحليل الحالات ونتائجها وتفسيرها ومناقشتها

توصيات الدراسة

مقترحات الدراسة

تمهيد

يهدف هذا الفصل إلى عرض وتحليل النتائج التفصيلية للدراسة الحالية حيث يسعى إلى تقديم صورة شاملة ومتمعمة لكيفية إدراك المرضى لاضطرابهم، وتأثير هذا الإدراك على حياتهم اليومية وتوجهاتهم العلاجية. وقد تم تنظيم النتائج بطريقة منهجية تتيح فهماً متدرجاً وشاملاً لظاهرة المدروسة، حيث بدأت الباحثة بالتحليل السيكومتري لمعرفة مستوى ادراك المرض لدى مرضى الوسواس القهري ومعرفة الفروق ذات الدلالة الإحصائية من حيث متغير الجنس والعمر. ثم قامت الباحثة بعرض لنتائج الحالات بعد عرض الحالات الفردية، انتقلت الباحثة إلى التحليل المقارن بين الحالات، حيث سلطت الضوء على أوجه التشابه والاختلاف في إدراك المرض بين المرضى بهدف استخلاص الأنماط والعوامل المشتركة التي تؤثر على إدراك المرض لدى مرضى الوسواس القهري. بعد ذلك، تمت الإجابة على أسئلة الدراسة الرئيسية، استناداً إلى البيانات التي تم جمعها وتحليلها، ثم تمت مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الدراسات السابقة والإطار النظري للبحث.

أولاً تحليل وتفسير ومناقشة نتائج الأسئلة السيكومترية:

يتناول هذا القسم نتائج التحليل الاحصائي بهدف الإجابة على الأسئلة السيكومترية الرئيسية للدراسة، تم تحليل البيانات باستخدام البرنامج الاحصائي (SPSS)، تم إجراء التحليلات الآتية:

السؤال الأول: ما مستوى إدراك المرض لدى المصابين بالوسواس القهري؟

للإجابة على هذا السؤال، تم تحليل البيانات واستخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري

والرتبة والمستوى كما هو موضح في الجدول (6):

جدول (6). المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتبة والمستوى للمقياس ككل

م	المحاور	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	المستوى
1	إدراك اعراض الوسواس القهري	4,32	0,76	1	مرتفع جدا
2	المعتقدات المرتبطة بالوسواس القهري	3,90	0,62	2	مرتفع
3	الأسباب	3,41	0,77	3	مرتفع
	المتوسط العام	3,87	0,61	-	مرتفع

يتضح من الجدول (6) إن متوسط الحسابي العام لمقياس إدراك المرضى لدى مرضى الوسواس القهري بلغ (3,87) بمستوى مرتفع. حيث كان محور ادراك اعراض الوسواس القهري المرتبة الأولى بمتوسط حسابي بلغ (4,32) بمستوى مرتفع جدا، ثم يليه محور المعتقدات المرتبطة بالوسواس القهري في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي بلغ (3,90) بمستوى مرتفع، بينما كان في المرتبة الثالثة محور الأسباب بمتوسط حسابي بلغ (3,41) بمستوى مرتفع. وفيما يلي تفصيل كل محور على حده:

المحور الأول: إدراك اعراض الوسواس القهري

جدول (7). المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحور إدراك اعراض الوسواس القهري

م	محور إدراك اعراض الوسواس القهري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	المستوى

مرتفع جدا	2	0,98	4,40	تسيطر على ذهني أفكار ثابتة	1
مرتفع جدا	1	0,89	4,46	أشعر بأن هناك شيئاً ما يدفعني.	2
مرتفع جدا	3	0,93	4,38	تأتي في ذهني صور متكررة	3
مرتفع جدا	6	1,11	4,25	لدي سلوكيات متكررة (غسل اليدين، الترتيب، التأكد.... الخ)	4
مرتفع جدا	8	1,15	4,16	أمارس نشاطات ذهنية معينة مثل (العد، تكرار الكلمات بصمت الخ)	5
مرتفع جدا	2	0,93	4,40	الأفكار التي تتكرر في ذهني تشعرني بالقلق الشديد	6
مرتفع جدا	2	0,95	4,40	أشعر بالخوف والقلق من الأفكار التي تتكرر في ذهني	7
مرتفع جدا	5	0,99	4,27	أحاول باستمرار قمع الأفكار والاندفاعات المزعجة التي تقتحم مجال تفكيري	8
مرتفع جدا	4	0,92	4,32	أكرر سلوكيات لكي أمانع حدوث شيء مكروه لي أو لعائلتي	9
مرتفع جدا	7	1,15	4,22	أعراض الوسواس القهري استهلكت كل وقتي	10
مرتفع جدا	-	0,76	4,32	المتوسط العام	

يتضح من الجدول (7) إن المتوسط الحسابي لمحور إدراك مرض الوسواس القهري بلغت قيمته (4,32) والانحراف المعياري (0,76) مما يشير إلى إن مستوى إدراك المرض لدى المصابين بالوسواس القهري جاء بمستوى مرتفع جدا ككل. وبالنسبة لفقرات هذا المحور تراوح المتوسط الحسابي لها بين (4,16 - 4,46) بانحراف معياري تراوح بين (1,15 - 0,89)

وجاءت بمستوى مرتفع جدا ومرتفع، وجاءت في المرتبة الأولى الفقرة التي تنص على " أشعر بأن هناك شيئاً ما يدفعني "بمتوسط حسابي (4,46)، وانحراف معياري قدره (0,89) بمستوى مرتفع جدا.

المحور الثاني: المعتقدات المرتبطة بالوسواس القهري

جدول (8). المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحور المعتقدات المرتبطة بالوسواس القهري

م	محور المعتقدات المرتبطة بالوسواس القهري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	المستوى
1	يلازمني دوما شعور بأن الوسواس القهري سيستمر معي لمدة طويلة	4,04	1,15	11	مرتفع
2	عندما أشعر بالتعب تعود لي أعراض الوسواس القهري	4,20	1,02	6	مرتفع
3	الوسواس القهري يجعلني أشعر بأنني بدون قيمة	4,20	1,04	6	مرتفع
4	الوسواس القهري يجعلني أشعر بالخوف والقلق.	4,31	0,97	4	مرتفع جدا
5	أصبح الوسواس القهري يشكل جزءاً من هويتي	4,12	1,06	7	مرتفع
6	تؤثر أعراض الوسواس القهري على صحتي	4,32	0,99	3	مرتفع جدا
7	يزداد الوسواس القهري سوءاً عندما ألجأ إلى إخفاء أعراضه.	4,06	1,09	10	مرتفع
8	تزداد الأعراض التي أعاني منها عندما أكون في أماكن معينة.	4,09	1,04	8	مرتفع
9	تزداد أعراض الوسواس القهري عندما يتغير روتيني اليومي.	4,08	1,13	9	مرتفع
10	لدي صورة واضحة عن حالتي	3,52	1,23	16	مرتفع
11	إن الوسواس القهري الذي أعاني منه يجعلني أشعر بالخجل أو الإحراج	4,12	1,13	7	مرتفع

مرتفع جدا	2	0,81	4,36	إذا شفيت من الوسواس القهري فأصبح شخص آخر	12
مرتفع	12	0,95	4,03	تتغير أعراض الوسواس القهري تبعاً لظروفي	13
مرتفع	13	1,06	3,93	مجرد السماع أو الحديث عن الوسواس القهري يؤدي إلى ظهور أعراض جديدة.	14
مرتفع	15	1,07	3,77	أنواع أعراض الوسواس القهري التي أعاني منها تتغير حسب ما يحدث في حياتي وقتها	15
مرتفع	17	1,18	3,41	مسار الوسواس القهري يعتمد عليّ	16
مرتفع جدا	5	1,09	4,25	الوسواس القهري الذي أعاني منه يسبب صعوبات مع الآخرين	17
متوسط	19	1,36	3,18	أعتقد أن إصابتي بالوسواس القهري حالة ميؤوس منها	18
مرتفع	14	1,07	3,79	يمكن للعلاج الذي أتلّقه أن يقضي على أعراض الوسواس القهري.	19
متوسط	17	1,16	3,40	يمكنني فعل الكثير للتحكم في الوسواس القهري.	20
منخفض	20	1,45	2,27	الوسواس القهري الذي أعانيه ليس له تأثير كبير على حياتي	21
مرتفع جدا	1	1,06	4,37	يمنعني الوسواس القهري من إنجاز أمور هامة في حياتي	22
مرتفع	-	0,62	3,90	المتوسط العام	

يتضح من الجدول (8) إن المتوسط الحسابي لمحور المعتقدات المرتبطة بالوسواس القهري بلغت قيمته (3,90) والانحراف المعياري (0,62) مما يشير إلى إن مستوى إدراك المرض لدى المصابين بالوسواس القهري للمعتقدات المرتبطة بالوسواس القهري جاءت بمستوى مرتفع ككل. وبالنسبة لفقرات هذا المحور تراوح المتوسط الحسابي لها بين (2,27 - 4,37) بانحراف معياري تراوح بين (1,06 - 1,45) وجاءت بمستوى مرتفع جدا ومتوسط ومنخفض، وجاءت في المرتبة الأولى الفقرة

التي تنص على "يمنعني الوسواس القهري من إنجاز أمور هامة في حياتي
"بمتوسط حسابي (4,37)، وانحراف معياري قدره (1,06) بمستوى مرتفع جدا.

المحور الثالث: الأسباب

جدول (9). المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحور الأسباب

م	محور الأسباب	المتوسط	الانحراف	الرتبة	المستوى
		الحسابي	اف المعياري		
1	ترجع حالتي إلى خلل كيميائي أو هرموني	3,07	1,35	9	متوسط
2	أصبحت بالوسواس القهري لأنني لا أجد التعامل مع المواقف الضاغطة	3,76	1,26	5	مرتفع
3	الأحداث المؤلمة في حياتي هي السبب في إصابتي بالوسواس القهري	3,87	1,20	3	مرتفع
4	اكتسبت الوسواس القهري من عائلتي	3,83	1,41	4	مرتفع
5	يعود الوسواس القهري الذي أعاني منه إلى أسباب وراثية	2,60	1,30	11	منخفض
6	الوسواس القهري هو بسبب العين والمس أو السحر	3,71	1,18	6	مرتفع
7	طبيعة شخصيتي هي سبب إصابتي بالوسواس القهري	4,06	1,21	1	مرتفع
8	قلة الدعم الاجتماعي في حياتي هو الذي جعلني أصاب بالوسواس القهري	3,66	1,32	7	مرتفع
9	الأحداث التي مررت بها في طفولتي هي سبب إصابتي بالوسواس القهري	3,31	1,38	8	متوسط
10	أصبحت بالوسواس القهري لأنني شاهدت أمرا سيئا يحدث لغيري	2,71	1,34	10	متوسط
11	شعوري بأن حياتي خارج السيطرة هو سبب إصابتي بالوسواس القهري	4,01	1,11	2	مرتفع
	المتوسط العام	3,41	0,77	-	مرتفع

يتضح من الجدول (9) إن المتوسط الحسابي لمحور الأسباب بلغت قيمته (3,41) والانحراف المعياري (0,77) مما يشير إلى أن مستوى إدراك المرض لدى المصابين بالوسواس القهري لمحور الأسباب جاءت بمستوى مرتفع ككل. وبالنسبة لفقرات هذا المحور تراوح المتوسط

الحسابي لها بين (2,60-4,06) بانحراف معياري تراوح بين (1,30-1,21) وجاءت بمستوى مرتفع ومتوسط ومنخفض، وجاءت في المرتبة الأولى الفقرة التي تنص على " طبيعة شخصيتي هي سبب إصابتي بالوسواس القهري "بمتوسط حسابي (4,06)، وانحراف معياري قدره (1,21) بمستوى مرتفع.

مناقشة السؤال الأول:

1- إدراك أعراض الوسواس القهري

من خلال البيانات، يتضح أن مستوى إدراك الأعراض لدى المرضى مرتفع جداً، حيث بلغ المتوسط الحسابي (4.32) بمستوى "مرتفع جداً". معظم المرضى يعون جيداً الأعراض التي تميز اضطراب الوسواس القهري، مثل الأفكار المتكررة، السلوكيات القهرية، والقلق المرتبط بهذه الأعراض. جاءت الفقرة التي تشير إلى الشعور بوجود دافع قوي يدفع المرضى للقيام بسلوكيات معينة في المرتبة الأولى، مما يعكس الطبيعة القهرية للاضطراب حيث يشعر المرضى بأنهم مجبرون على القيام بتصرفات معينة لتخفيف قلقهم حيث أن ارتفاع هذا المحور يعود إلى طبيعة اضطراب الوسواس القهري الذي يتميز بوجود أفكار ودوافع قهرية تسيطر على المريض وتدفعه للقيام بسلوكيات معينة. يتوافق هذا مع ما أشارت إليه دراسة عبد الحميد (2014) حول وجود أفكار متسلطة ودوافع قوية لدى مرضى الوسواس القهري. وجاء في المرتبة الأخيرة للمحور التي تنص على " أمارس نشاطات ذهنية معينة مثل (العد، تكرار الكلمات بصمت الخ)" بمتوسط حسابي بلغ (4,16)، وانحراف معياري قدره (1,15) وبمستوى مرتفع، وقد يرجع ذلك إلى أن هذه الأنشطة الذهنية، رغم شيوعها بين مرضى الوسواس القهري، قد تكون أقل وضوحاً للمريض مقارنة بالأعراض الأخرى الأكثر ظهوراً.

يتماشى هذا مع نتائج دراسة بيدلي وزملائه (2019) التي أشارت إلى أن بعض أعراض الوسواس القهري قد تكون أقل وضوحاً للمريض نفسه.

2- المعتقدات المرتبطة بالوسواس القهري

بلغ المتوسط الحسابي لمحور المعتقدات المرتبطة بالوسواس القهري (3.90)، وهو مستوى "مرتفع". يشير هذا إلى أن المرضى لديهم فهم جيد لكيفية تأثير الاضطراب على حياتهم، خاصة فيما يتعلق بتأثيره السلبي على الأداء اليومي والشعور بالخجل أو الإحراج. من أبرز النتائج، جاءت الفقرة التي تتحدث عن تأثير الوسواس القهري على إنجاز الأمور الهامة في المرتبة الأولى، مما يعكس مدى تأثير الوسواس القهري على حياة المرضى الاجتماعية والعملية. حيث يشير ارتفاع هذا المحور إلى الطبيعة المعيقة لاضطراب الوسواس القهري، حيث يستهلك وقتاً وجهداً كبيرين من المريض، مما يؤثر سلباً على أدائه اليومي وإنجازاته. يتوافق هذا مع ما أشارت إليه دراسة عبد الله (2017) حول التأثير السلبي للوسواس القهري على الأداء الوظيفي والاجتماعي للمريض. وجاء في المرتبة الأخيرة الفقرة التي تنص على " الوسواس القهري الذي أعانيه ليس له تأثير كبير على حياتي " بمتوسط حسابي بلغ (2,27)، وانحراف معياري قدره (1,45) وبمستوى منخفض، وقد يرجع ذلك إلى وعي المرضى العميق بتأثير الاضطراب على حياتهم، وإدراكهم لحجم المعاناة التي يسببها. يتماشى هذا مع نتائج دراسة بيدلي وزملائه (2019) التي أكدت على إدراك مرضى الوسواس القهري للتأثير السلبي الكبير للاضطراب على جوانب حياتهم المختلفة.

3- إدراك أسباب الاضطراب

جاء إدراك المرضى لأسباب الوسواس القهري بمستوى مرتفع أيضاً، حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.41). على الرغم من ذلك، يظهر تباين في فهم المرضى لأسباب اضطرابهم. إذ أظهر

التحليل أن المرضى يميلون إلى ربط أسباب الوسواس القهري بطبيعة شخصياتهم، مثل الكمالية أو السيطرة، أكثر من العوامل الوراثية. الفقرة التي تشير إلى أن الوسواس القهري يعود إلى أسباب وراثية جاءت في المرتبة الأخيرة، مما يعكس قلة وعي المرضى بالعوامل البيولوجية المرتبطة بالاضطراب.

حيث يشير ارتفاع هذه الفقرة إلى ميل المرضى لربط اضطرابهم بسمات شخصية معينة، مثل الكمالية والميل للسيطرة. يتوافق هذا مع ما أشارت إليه دراسة عبد الله (2017) حول ارتباط بعض سمات الشخصية بالوسواس القهري. وجاء في المرتبة الأخيرة الفقرة التي تنص على " يعود الوسواس القهري الذي أعاني منه إلى أسباب وراثية " بمتوسط حسابي بلغ (2,60)، وانحراف معياري قدره (1,30) وبمستوى منخفض، وقد يرجع ذلك إلى قلة وعي المرضى بالعوامل الوراثية المرتبطة بالاضطراب، أو تفضيلهم لتفسيرات أخرى أكثر وضوحاً لهم. يتماشى هذا مع نتائج دراسة فرنانديز وزملائه (2016) التي أشارت إلى تباين في فهم المرضى لأسباب الوسواس القهري، مع ميل لتبني تفسيرات شخصية أو بيئية أكثر من العوامل الوراثية. إجمالاً، يمكن القول إن مستوى إدراك المرض لدى المصابين بالوسواس القهري جاء مرتفعاً، خاصة فيما يتعلق بالأعراض والمعتقدات المرتبطة بالاضطراب. يظهر أن المرضى يدركون تأثير الوسواس القهري الكبير على حياتهم اليومية ويعانون من الأفكار والسلوكيات القهرية بشكل واضح. أما بالنسبة للأسباب، فيميل المرضى إلى تفسيرات تعتمد على الشخصية والبيئة أكثر من العوامل الوراثية، مما يعكس أهمية تعزيز وعي المرضى بالعوامل البيولوجية المرتبطة بالاضطراب لتقديم صورة شاملة لهم حول طبيعة المرض وطرق علاجه المختلفة.

يمكن أن يكون لإدراك المرض دور حاسم في توجيه العلاج والتعامل مع المرض. المرضى الذين يدركون تماماً أعراضهم وتأثير الاضطراب قد يكونون أكثر استعداداً لقبول العلاج

والانخراط فيه، وهو ما يشير إلى أهمية التوعية وتعزيز الفهم الصحيح للمرض كجزء من الاستراتيجيات العلاجية.

السؤال الثاني: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0,05) في مستوى إدراك المرض لدى المصابين بالوسواس القهري تعزى للمتغيرات الآتية: الجنس والعمر؟

للإجابة على السؤال الثاني تم التحقق من التوزيع الطبيعي للبيانات، حتى يتم تحديد الطريقة المناسبة للإجابة على أسئلة الدراسة، وأظهرت نتيجة الاختبار الاحصائي (Kolmogorov-Samirnov) لأن حجم العينة أكبر من (50)، كما أن قيمة مستوى الدلالة بلغت (0,001) وهي أقل من قيمة مستوى الدلالة (0.05) لذلك البيانات لا تتبع التوزيع الطبيعي، لهذا سيتم استخدام الطرق اللامعلمية للإجابة عن أسئلة الدراسة. حيث تمت الإجابة عن السؤال باستخدام اختبار مان ويتني (Mann-Whitney test)، اختبار كروسكال ويلز (Kruskal-Wallis Test).

حيث تم حساب متوسط الرتب ومجموع الرتب وقيمة مان وتني ومستوى الدلالة بالنسبة لمتغير الجنس، وحساب متوسط الرتب وقيمة كروسكال (H) ودرجة الحرية ومستوى الدلالة بالنسبة لمتغير العمر.

أولاً: متغير الجنس:

تم حساب متوسط الرتب ومجموع الرتب وقيمة مان وتني ومستوى الدلالة لاستجابات أفراد عينة الدراسة، باستخدام اختبار مان ويتني ((Mann-Whitney test) لتحديد الفروق بين متوسط استجابات أفراد عينة الدراسة، وفقاً لمتغير الجنس كما في الجدول (10).

جدول (10) متوسط الرتب ومجموع الرتب وقيمة مان وتني ومستوى الدلالة لاستجابات أفراد عينة الدراسة، باستخدام اختبار مان ويتني ((Mann-Whitney test لتحديد الفروق بين متوسط استجابات أفراد عينة الدراسة، وفقاً لمتغير الجنس

الجنس	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "U"	مستوى الدلالة
ذكر	130	109,82	14276	4639	0,18
أنثى	80	98,49	7879		

تشير النتائج الواردة في الجدول (10) إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة

($\alpha \leq 0.05$) بين مستوى إدراك المرض لدى المصابين بالوسواس القهري تعزى لمتغير الجنس، حيث بلغت قيمة مستوى الدلالة (0,18).

ثانياً: العمر

تم حساب متوسط الرتب وقيمة كروسكال (H) ودرجة الحرية ومستوى الدلالة بالنسبة لمتغير العمر باستخدام اختبار كروسكال ويلز (Kruskal-Wallis Test) لتحديد الفروق بين متوسط استجابات أفراد عينة الدراسة، وفقاً لمتغير العمر كما في الجدول (11).

جدول (11). متوسط الرتب ومجموع الرتب وقيمة كروسكال ودرجة الحرية ومستوى الدلالة لاستجابات أفراد عينة الدراسة، باستخدام اختبار كروسكال ويلز (Kruskal-Wallis Test) لتحديد الفروق بين متوسط استجابات أفراد عينة الدراسة، وفقاً لمتغير الجنس أفراد عينة الدراسة، وفقاً لمتغير العمر

العمر	العدد	متوسط الرتب	قيمة كروسكال (U)	درجة الحرية	مستوى الدلالة
30-18 سنة	54	81,71	35,47	4	0,001
40-31 سنة	59	98,10			
50-41 سنة	52	144,76			
60-51 سنة	41	92,73			
60 فأكثر	4	156,25			
الكلي	210				

تشير النتائج الواردة في الجدول (11) إلى وجود فروق ظاهرية ذات دلالة إحصائية في مستوى إدراك المرض تعزى الي متغير العمر بين الفئات العمرية للعينه في مستوى إدراك المرض لدى المصابين بالوسواس القهري، حيث كان العمر (60 سنة فأكثر) أعلى إدراكاً للمرض، يليها العمر (41-50 سنة)، ثم يليها العمر (31-40 سنة)، ثم العمر (51-60 سنة)، وأخيراً العمر (18-30 سنة). ولفحص دلالة هذه الفروق نقوم بإجراء مقارنات ثنائية بين كل مجموعتين باستخدام اختبار مان ويتني كما هو موضح في الجدول (12).

نتائج اختبار مان ويتني لأجراء المقارنات البعدية بين مستويات العمر كما هو موضح في الجدول (12).

جدول (12). اختبار مان ويتني لأجراء المقارنات البعدية بين مستويات العمر

العمر	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (U)	مستوى الدلالة
30-18 سنة	54	52,24	2821	1336	0,63
40-31 سنة	59	61,36	3620		
40-31 سنة	59	44,13	2603,50	833,500	0,001
50-41 سنة	52	69,47	3612,50		
50-41 سنة	52	56,32	2928,50	581,500	0,001
60-51 سنة	41	35,18	1442,50		
60-51 سنة	41	21,85	896	35	0,06
60 فأكثر	4	34,75	139		
30-18 سنة	54	27,97	1510,50	25,500	0,01
60 فأكثر	4	50,13	200,50		
30-18 سنة	54	37,59	2030	545	0,001
50-41 سنة	52	70,02	3641		
30-18 سنة	54	46,41	2506	1021	0,51
60-51 سنة	41	50,10	2054		
40-31 سنة	59	51,82	3057,50	1131,50	0,58
60-51 سنة	41	48,60	1992,50		
40-31 سنة	59	30,80	1817	47	0,04
60 فأكثر	4	49,75	199		
50-41 سنة	52	28,45	1479,50	101,500	0,93
60 فأكثر	4	29,13	116,50		

نلاحظ من الجدول (12) والذي يوضح المقارنات البعدية بين كل مجموعتين من مستويات العمر توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين 18-30 سنة وأكثر من 60 سنة لصالح أكثر من 60 سنة الأعلى في المتوسط الرتبي، وتوجد فروق بين 18-30 سنة و41-50 سنة لصالح العمر 41-50 سنة الأعلى متوسط رتبي. كذلك توجد فروق بين 31-40 سنة و41-50 سنة لصالح 41-50 سنة الأعلى متوسط رتبي، وتوجد فروق مع العمر 60 فأكثر لصالح 60 سنة فأكثر

مناقشة السؤال الثاني:

يمكن تنقسم المناقشة إلى محورين:

المحور الأول: متغير الجنس

استناداً إلى النتائج التي أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين (الذكور والإناث) في مستوى إدراك المرض، يمكن مناقشة هذا المحور كالتالي:

- تأثير متغير الجنس على إدراك المرض:

بناءً على التحليل الإحصائي باستخدام اختبار مان ويتني، تبين أن الجنس لا يؤثر بشكل كبير على مستوى إدراك المرض لدى المصابين بالوسواس القهري، حيث بلغ مستوى الدلالة 0.18 وهو أعلى من مستوى الدلالة المقبول (0.05).

قد يُفسر هذا بأن اضطراب الوسواس القهري بطبيعته يؤثر على الأفراد من كلا الجنسين بنفس الطريقة، وبالتالي، فإن الفروق في إدراك المرض لا تعتمد بالضرورة على الجنس بقدر ما تعتمد على عوامل أخرى. كما أن كلا الجنسين قد يكون لديهم نفس الفرص للوصول إلى

المعلومات المتعلقة بحالتهم الصحية، سواء من خلال الدعم العائلي أو الرعاية الصحية، مما يجعل إدراك المرض أكثر تقارباً بينهما.

هذه النتيجة تتماشى مع بعض الدراسات السابقة، مثل دراسة عباره وآخرون (2018) ، التي أظهرت عدم وجود فروق بين الجنسين في أعراض اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية. ومع ذلك، فإنها تختلف مع نتائج دراسة المتولي (2019) التي أظهرت وجود فروق دالة إحصائياً بين الجنسين، مع ارتفاع نسبة الإصابة وإدراك المرض لدى الإناث. قد يُعزى هذا التباين بين الدراسات إلى اختلاف السياقات الثقافية أو حجم العينة أو المنهجية المستخدمة. يمكن تفسير عدم وجود فروق في إدراك المرض بين الجنسين بأن العوامل الأخرى مثل شدة الأعراض، الخلفية الثقافية، التعليم، والخبرات السابقة قد تكون لها دور أكبر في التأثير على مستوى إدراك المرض من متغير الجنس نفسه. قد يكون من المفيد البحث في كيفية تفاعل الأفراد مع الوسواس القهري على المستوى الفردي وليس الجنس فقط، حيث أن كل فرد قد يكون لديه تجارب وخبرات مختلفة تؤثر على إدراكه للمرض.

المحور الثاني: متغير العمر

بالنسبة لمتغير العمر، أظهرت النتائج فروقاً ذات دلالة إحصائية بين الفئات العمرية، مع ميل واضح لارتفاع مستوى إدراك المرض مع التقدم في العمر. يمكن مناقشة هذا المحور كما يلي:

- تأثير العمر على إدراك المرض:

أظهرت النتائج أن الفئات العمرية الأكبر، وخاصة الفئة التي تتجاوز 60 سنة، كانت الأعلى إدراكاً للمرض. ويبدو أن هناك نمطاً متكرراً يشير إلى أن التقدم في العمر يرتبط بزيادة في

مستوى الإدراك، حيث أن الأشخاص الأكبر سناً يكون لديهم خبرة أطول مع المرض، مما يساهم في تطوير فهم أعمق لأعراضه وطرق التعامل معه.

على سبيل المثال، الفئة العمرية (41-50 سنة) أيضاً أظهرت مستوى مرتفعاً من إدراك المرض مقارنة بالفئات الأصغر. هذا قد يشير إلى أن فترة منتصف العمر قد تكون مرحلة حاسمة لتطوير فهم أفضل للاضطراب، ربما نتيجة لتراكم الخبرات الحياتية والمعلومات الطبية.

- المقارنات البعدية بين الفئات العمرية:

من خلال المقارنات البعدية باستخدام اختبار مان ويتني، أظهرت النتائج فروقاً دالة إحصائياً بين عدة فئات عمرية. على سبيل المثال، كانت هناك فروق بين الفئة العمرية (18-30 سنة) والفئة (60 فأكثر) لصالح الفئة الأكبر.

يمكن تفسير هذه الفروق بأن الأفراد الأصغر سناً قد يكونون أقل خبرة في التعامل مع المرض أو أقل اهتماماً بالبحث عن المعلومات المتعلقة بحالتهم الصحية مقارنة بالفئات الأكبر سناً. الفئات الأكبر قد تكون أكثر انفتاحاً على البحث عن المعلومات والتثقيف حول المرض، وقد يساهم ذلك في زيادة مستوى إدراكهم للوسواس القهري.

هذه النتائج تتوافق مع دراسات مثل دراسة فرنانديز وزملائه (2016) التي أشارت إلى وجود اختلافات في إدراك المرض تبعاً للفئة العمرية، وكذلك مع نتائج دراسة بيدلي وزملائه (2019) التي أشارت إلى أن الفهم الأعمق للوسواس القهري يرتبط غالباً بالتجربة الطويلة مع المرض. يمكن أيضاً الإشارة إلى أن التغيرات النفسية والاجتماعية التي تحدث مع التقدم في العمر، مثل زيادة الاستقلالية والمسؤوليات الشخصية، قد تؤثر على كيفية تعامل الأفراد مع الوسواس القهري، مما يساهم في زيادة إدراكهم لأعراضهم واحتياجاتهم العلاجية.

بناءً على ما سبق، يمكن القول أن مستوى إدراك المرض لدى المصابين بالوسواس القهري يتأثر بالعمر بشكل أكبر من تأثيره بالجنس. التقدم في العمر يرتبط بفهم أعمق للاضطراب نتيجة للتجربة الحياتية الطويلة والتعرض المستمر للمرض، بينما يبدو أن الجنس لا يلعب دوراً كبيراً في تحديد مستوى الإدراك.

على الرغم من ذلك، يظل من المهم أخذ العوامل الأخرى مثل شدة الأعراض، الخلفية الثقافية، والتعليم في الاعتبار عند تحليل إدراك المرض لدى هذه الفئة من المرضى، لضمان تقديم تدخلات علاجية ملائمة ومخصصة.

ثانياً تحليل الحالات وتفسير ومناقشة نتائج الأسئلة:

تحليل الحالات الفردية

فيما يلي توصيف لكل حالة من الحالات التي تم استهدافها ضمن الدراسة.

الحالة الأولى

الملاحظة: المريضة تبدو عليها علامات الخوف والتوتر والقلق وعدم قدرتها على الجلوس بشكل متواصل، كانت كثيراً ما تقبض على يديها بشدة وتكره لمس حتى الكرسي الذي كانت تجلس عليه كانت متقرزه منه، لم ترض حتى لمس القلم للكتابة، طلبت القراءة لها والكتابة عنها.

نتائج المقاييس للحالة :

جدول (13) نتيجة المقاييس للحالة الأولى.

المستوى	الدرجة الكلية	المحور الثالث	المحور الثاني	المحور الأول	المقياس	الحالة الأولى ن
شديد	37		19	18	بيل براون للوسواس القهري	
مرتفع	171	32	91	48	مقياس ادراك المرض لدى المصابين باضطراب الوسواس القهري	

تصنف حالة المريضة حسب مقياس بيل براون للوسواس القهري على أنها أعراض شديدة والتي من المحتمل إن تسبب عجزاً بالغاً. قد تحتاج إلى علاج يقوم به اختصاصي في اضطراب الوسواس القهري. كما تشير نتيجة مقياس إدراك المرض لدى مرضى اضطراب الوسواس القهري إلى أن المريضة لديه إدراك جيد لحالتها، وهو أمر إيجابي قد يساعد في عملية العلاج.

• تقديم الحالة

تناولت المقابلة الأولى حالة (ن، ا)، امرأة مغربية تبلغ من العمر 31 عاماً، متزوجة من رجل عماني منذ عام واحد، وهي حامل حالياً (في توقيت تنفيذ الدراسة). تحمل الحالة شهادة البكالوريوس في التربية، وتنتمي إلى أسرة ذات وضع اقتصادي متوسط. وتتميز الحالة بمزاج مضطرب وقلق، مع علاقة جيدة مع زوجها وأسرته الأصلية، لكنها تعاني من صعوبات في الاندماج مع أسرة زوجها بسبب اختلافات في نمط الحياة والبيئة الاجتماعية، تظهر المريضة علامات واضحة على اضطراب المزاج والقلق، مما يؤثر بشكل كبير على حياتها اليومية وعلاقتها الاجتماعية، كما تعاني الحالة من اضطراب الوسواس القهري الشديد، حيث حصلت على درجة مرتفعة (37 من 40) على مقياس بيل براون للوسواس القهري. وتتمحور أعراضها حول هواجس النظافة بشكل رئيسي، مع وجود أفكار وسواسية حول الموت. وقد أدت هذه الأعراض إلى تقرح يديها من كثرة الغسيل وقضاء ساعات طويلة في دورة المياه. كما تظهر الحالة درجة عالية من إدراك المرض، حيث حصلت على درجة 169 من 215 على مقياس إدراك المرض. مما يشير إلى أن المريضة تدرك وجود المشكلة وتأثيرها على حياتها. هذا الإدراك قد يكون عاملاً إيجابياً في العملية العلاجية، حيث إن وعي المريض بحالته يمكن أن يساعد في تحفيزه على الالتزام بالعلاج.

تشير الحالة إلى أن بداية الأعراض تعود إلى مرحلة الطفولة، حيث كانت تمارس سلوكيات تنبئ بإصابتها بالوسواس القهري، مثل الاهتمام المفرط بالنظافة والتقزز من الأشياء غير النظيفة. وقد تفاقمت هذه الأعراض بشكل ملحوظ منذ عام 2021، بعد زواجها وانتقالها إلى بيئة جديدة. تقول الحالة: "كنت أقول لوما الوسواس (كنت حياتي زوينة بالزاف)"، مما يشير إلى إدراكها لتأثير الاضطراب على حياتها.

يتضح من خلال عرض الحالة أن اضطراب الوسواس القهري قد أثر بشكل كبير على حياتها اليومية وعلاقاتها الاجتماعية. فهي تجد صعوبة في القيام بالأعمال المنزلية، والخروج من المنزل، والمشاركة في المناسبات الاجتماعية. كما أن الاضطراب يؤثر على تواصلها مع الآخرين، حتى مع زوجها وأهلها، حيث تقول: "حتى زوجها وأهلها لا تستطيع الرد على اتصالهم لأنها لا تستطيع لمس الهاتف". هذا التغيير في الظروف الحياتية قد يكون عاملاً مساهماً في تفاقم الاضطراب، حيث إن التغييرات الكبيرة في الحياة غالباً ما تكون محفزات لظهور أو تفاقم الاضطرابات النفسية، هذا التأثير الشديد على الوظائف اليومية يعكس مدى خطورة الحالة وحاجتها الملحة للتدخل العلاجي.

• التوجه إلى العلاج

بدأت الحالة في التوجه للعلاج منذ عام 2022، حيث لجأت في البداية إلى العلاج التقليدي والروحاني قبل اللجوء إلى العلاج النفسي والدوائي. يظهر هذا التوجه نمطاً شائعاً في المجتمعات العربية والإسلامية، حيث يميل الأفراد إلى البحث عن تفسيرات روحية أو غيبية للاضطرابات النفسية قبل اللجوء إلى الطب النفسي الحديث.

تقول الحالة: "كنت أتوجه سابقاً الي الرقاة لأنه يمكن يكون عندي سحر، ذهبت إلى راقبي كنت أخاف من الرقاة، ولكنني كنت محتاجة إليهم يمكن يفيدوني ويخف عني

الوسواس". وهنا يعكس هذا الاقتباس الصراع الداخلي الذي تعيشه الحالة بين الخوف من العلاج التقليدي واعتقادها بإمكانية فعاليته.

ورغم لجوئها إلى العلاج التقليدي، لم تكن الحالة مقتنعة تماماً بفعاليتها، تقول: "لم أكن مقتنعة بالعلاج 100% ولكني كنت محتاجة". هذا الاقتباس يشير إلى حالة من اليأس والحاجة الملحة للعلاج، مما دفعها للجوء إلى أي وسيلة ممكنة للتخفيف من معاناتها.

حالياً، تتلقى الحالة العلاج السلوكي المعرفي، لكنها تجد صعوبة في الالتزام به بسبب أعراض الوسواس القهري. كما أن الطبيب اقترح عليها العلاج الدوائي، لكنها تخشى من استخدامه، خاصة مع حملها الحالي. هذا الموقف يعكس التحديات التي تواجهها في الالتزام بالعلاج النفسي والدوائي، مما قد يؤثر سلباً على فرص تحسن حالتها، فيما يتعلق بتصور المريضة لأسباب اضطرابها، فإنها تميل إلى الاعتقاد بأن العين والسحر والحسد هي الأسباب الرئيسية. هذا الاعتقاد قد يكون مرتبطاً بالخلفية الثقافية للمريضة، حيث تنتشر مثل هذه المعتقدات في بعض المجتمعات. ومع ذلك، فإن هذا التصور قد يشكل عائقاً أمام الالتزام بالعلاج الطبي والنفسي التقليدي.

• مدى الالتزام بالعلاج

يتضح من خلال المقابلة أن الحالة تواجه صعوبات كبيرة في الالتزام بالعلاج، سواء كان دوائياً أو نفسياً. فيما يتعلق بالعلاج الدوائي، تقول الحالة: "لم أستطيع أخذ العلاج الدوائي لأنني اتقزز من أي شيء ولا أحب المسه أو أقربه من فمي، قد تكون الصيدلانية لمستته بيدها وأنا حامل وأخاف أخذ دواء لا أعرفه". هذا الاقتباس يوضح كيف أن أعراض الوسواس القهري نفسها تشكل عائقاً أمام التزام الحالة بالعلاج الدوائي.

أما فيما يخص العلاج النفسي، فنقول الحالة: *ليس كثيرا اتقزز من الخروج من المنزل ولمس الأشياء المعالج النفسي يطلب مني واجبات وانا لا أحب المس الأشياء. إذا كنت ملتزمة يمكن كنت أستفيد أكثر.* " هذا يشير إلى وعي الحالة بأهمية الالتزام بالعلاج، لكنها تجد صعوبة في تجاوز أعراض الوسواس القهري للقيام بذلك.

يبدو أن عدم فهم المحيطين لطبيعة مرضها يؤثر سلباً على التزامها بالعلاج. تقول الحالة: *المحيطين حولي لا يفهموا طبيعة مرضي هم يحسبوني أنني متكبرة لأنني لا أجلس على الأرض، ولكني انا اعاني انا اتقزز شيء يلمس جسدي انا أقول لهم فيني حساسية.* " هذا الاقتباس يوضح التحديات الاجتماعية التي تواجهها الحالة في التعامل مع مرضها والتي قد تؤثر على قدرتها على الالتزام بالعلاج.

• تأثير الاهل والمقربين في معتقدات المريض

يظهر من خلال المقابلة أن للأهل والمقربين تأثيراً كبيراً على معتقدات الحالة حول مرضها وطرق علاجه. تقول الحالة: *اهلي يعتقدون أنني أصبت بالعين والحسد يقولون لي أنت متبوعة بالعين لأنني تزوجت من عماني فالكل يحسني.* " هذا الاعتقاد في الأسباب الغيبية للمرض يمكن أن يؤثر على توجهات الحالة نحو العلاج وتقبلها له.

كما أن الأهل يلعبون دوراً في توجيه الحالة نحو أنواع معينة من العلاج. تقول الحالة: *أقترح على أهلي العلاج بالرقية والعلاج الشعبي والروحاني، ولكني لم أستفيد وبعدها شجعوني أذهب إلي الدكتور لعل تكون حالتي أفضل.* " ويبدل هذا القول إلى تطور في موقف الأهل تجاه العلاج، حيث انتقلوا من تفضيل العلاج التقليدي إلى تشجيع العلاج الطبي النفسي.

رغم ذلك، يبدو أن الدعم العاطفي من الأهل يلعب دوراً إيجابياً في حياة الحالة. تقول: *أهلي فقط دعموني خصوصا ماما وبابا واخواني يفكروا بي (بالزاف) خصوصا أنا بعيدة عنهم وحامل*

ومريضه . " هذا الدعم قد يكون عاملاً مهماً في مساعدة الحالة على التعامل مع مرضها والسعي للعلاج.

• وجهة نظر الأهل

يقدم زوج الحالة وصفاً دقيقاً لتطور حالتها منذ بداية علاقتها. يقول: "عندما تعرفت عليها كانت شخص آخر تهتم في نفسها وأناقتها وجمالها وملابسها كانت تعمل وملتزمة بعملها وتطلع مع صديقاتها وتعيش حياتها طبيعية . " ويشير هذا الوصف إلى التغيير الكبير الذي طرأ على حياة الحالة بعد الزواج والانتقال إلى بيئة جديدة.

يلاحظ الزوج تفاقم الأعراض بعد الزواج والانتقال إلى عمان، حيث يقول: "ذهبت الي العرس ورجعنا الي عمان وتغيرت كل حياتها أصبحت قبل تتأخر في الحمام وكل مره يزيد مدة دخولها للحمام لدرجة كانت تجلس أكثر من 12 ساعة باليوم في الحمام . " هذا يؤكد على دور التغيرات الحياتية الكبيرة في تفاقم أعراض الوسواس القهري.

فيما يتعلق بأسباب المرض، يشارك الزوج الاعتقاد في الأسباب الغيبية، حيث يقول: "كل هذا بسبب العين التي أصابتها في بلادها هناك في المغرب كثير السحر معهم . " هذا الاعتقاد قد يؤثر على توجهات الأسرة نحو العلاج وقد يتعارض مع الأساليب العلاجية الحديثة، رغم ذلك، يبدو أن الزوج يدرك أهمية العلاج الطبي والنفسي، يقول: فضل ان تأخذ العلاج الدوائي لكي ترتاح وأرتاح، ولكنها ترفضه . " هذا الموقف يشير إلى وعي الزوج بأهمية العلاج الدوائي، لكنه يواجه صعوبة في إقناع زوجته بتقبله. يلعب الدعم الاجتماعي دوراً مهماً في حالة المريضة. فبينما يبدو أن زوجها وعائلتها في المغرب يدعمونها ويشجعونها على العلاج، إلا أن علاقتها مع عائلة زوجها تبدو متوترة. هذا التباين في الدعم الاجتماعي قد يؤثر على حالتها النفسية وقدرتها على التكيف مع وضعها الجديد في بلد غريب.

• وجهة نظر الطبيب أو المختص

يصف الطبيب المعالج حالة المريضة بأنها صعبة وغير ملتزمة بالعلاج. يقول: "غير ملتزمة تأخذ العلاج من العيادة لكنها من توصل المنزل تتخلص منه، لا نلاحظ تحسن في حالتها بسبب عدم تعاونها واستخدام العلاج الدوائي والنفسي". هذا يشير إلى التحدي الكبير الذي يواجهه الفريق الطبي في علاج الحالة.

يرى الطبيب أن شدة الاضطراب قد أثرت بشكل كبير على حياة المريضة، حيث يقول "شدة الاضطراب أثر على حياتها اليومية وجعلتها خاضعة لسلوكيات وممارسات ومعتقدات تؤثر عليها". هذا التقييم يؤكد على مدى تأثير الوسواس القهري على جوانب متعددة من حياة الحالة، مما يستدعي تدخلاً علاجياً شاملاً ومتعدد الأبعاد.

يشير الطبيب أيضاً إلى أهمية الدعم الاجتماعي في علاج الحالة، خاصة في ظل وضعها كمغتربة. يقول: "المريضة تحتاج إلى دعم أكثر وتشجيع أكثر من أهلها وزوجها خصوصاً أنها مغتربة خارج وطنها وهذا يساهم في استفحال حالتها". هذا يلفت الانتباه إلى أهمية مراعاة السياق الاجتماعي والثقافي للمريضة في خطة العلاج.

من الملاحظات الإضافية التي قدمها الطبيب، يتضح أن الحالة تواجه صعوبات في التعاون مع الخطة العلاجية الموضوعة لها. هذا يشير إلى الحاجة إلى تطوير استراتيجيات علاجية تراعي خصوصية حالة المريضة وتساعد على تجاوز العوائق التي تمنعها من الالتزام بالعلاج.

في ضوء هذه المعلومات، يمكن استنتاج أن حالة المريضة تمثل تحدياً علاجياً معقداً يتطلب تعاوناً وثيقاً بين الفريق الطبي والمريضة وأسرته. كما يتضح أهمية مراعاة العوامل الثقافية

والاجتماعية في تصميم وتنفيذ الخطة العلاجية، وضرورة العمل على تعزيز وعي المريضة وأسرته بطبيعة الاضطراب وأهمية العلاج النفسي والدوائي.

تمثل هذه الحالة نموذجاً لاضطراب الوسواس القهري الشديد، مع تعقيدات إضافية ناتجة عن التغيرات الحياتية الكبيرة (الزواج والانتقال إلى بلد جديد) والمعتقدات الثقافية حول أسباب المرض وطرق علاجه. تحتاج المريضة إلى خطة علاجية شاملة تأخذ في الاعتبار جميع هذه العوامل، مع التركيز على بناء الثقة في العلاج الطبي والنفسي، وتعزيز الدعم الاجتماعي، ومعالجة المخاوف المتعلقة بالعلاج الدوائي، خاصة مع وجود الحمل. كما يجب العمل على تثقيف المريضة وعائلتها حول طبيعة الاضطراب وأهمية الالتزام بالعلاج لتحقيق تحسن ملموس في حالتها.

الحالة الثانية

الملاحظة: المريض يعاني من الخوف الشديد، يعاني من حموضه مستمرة يشبهها بالنار في جوفه قلق جدا وخائف أن يحدث له وأولاده مكروه غير متقائل وكأنه ينتظر أخبار مفجعة.

نتائج المقاييس للحالة :

جدول (14) نتيجة المقاييس للحالة الثانية

الدرجة الكلية	المحور الثالث	المحور الثاني	المحور الاول	المقياس	الحالة الثانية ع
شديد 34		19	15	بيل براون للوسواس القهري	
مرتفع 160	25	89	46	مقياس ادراك المرض لدى المصابين باضطراب الوسواس القهري	

تصنف حالة المريض حسب مقياس بيل براون للوسواس القهري على أنها أعراض شديدة والتي من المحتمل إن تسبب عجزا بالغا. قد تحتاج إلي علاج يقوم به اختصاصي في اضطراب

الوسواس القهري. كما تشير نتيجة مقياس إدراك المرض لدى مرضى اضطراب الوسواس القهري إلى أن المريض لديه إدراك جيد لحالته، وهو أمر إيجابي قد يساعد في عملية العلاج.

• تقديم الحالة

يعرض هذا التحليل حالة المريض (ع، ع)، رجل عماني يبلغ من العمر 41 عاماً، متزوج ولديه أطفال. يتميز المفحوص بمستوى تعليمي متوسط، حيث أنهى الصف الأول الإعدادي. يعاني الحالة من وضع اقتصادي متدهور بسبب عدم قدرته على العمل نتيجة لاضطرابه النفسي.

يعاني المفحوص من اضطراب الوسواس القهري الشديد، حيث حصل على درجة مرتفعة (34 من 40) على مقياس بيل براون للوسواس القهري. تتمحور أعراضه حول الخوف من

قيادة السيارة خشية التسبب في حوادث، بالإضافة إلى صعوبات في النوم بسبب الأفكار الوسواسية المتكررة. كما يعاني من أعراض جسدية مصاحبة مثل الخفقان وآلام الرأس وألم في القولون. يقول المفحوص بأنه يعاني المريض من اضطراب الوسواس القهري منذ فبراير

2105، متمثلة في خوف قلق خفقان صداع بالرأس (نفضه) ألم بالقولون انتفاخ بالبطن

ضغط". بدأت الأعراض بشكل مفاجئ بعد تناول فاكهة الكيوي، حيث يصف المفحوص

تجربته قائلاً: "بدأت الأعراض كنت في بيت خالتي ومحطوط فواله وسبحان الله جت عيني

على الكيوي وقشرته وعطيت ولدي النصف وأنا أكلت النصف سبحان الله من دخل الشوب

في بطني كأنه جمر كلت حرقان حرقان، ما قدرت أجلس ولا أنام ولا أكل رحت المستشفى

عطوني سقايات وشوي خف". هذه التجربة المفاجئة أدت إلى تطور الأعراض الوسواسية

والقلق المرتبط بها، هذه الحادثة، التي قد تبدو بسيطة للوهلة الأولى، أطلقت سلسلة من

الأعراض الجسدية والنفسية التي استمرت وتفاقت مع مرور الوقت،

يصف المفحوص مشاعره تجاه هذه التجربة بقوله "مشاعري سيئة حسيت أحد يشيل قلبي خوف خوف حكره داخلي كأنك تبغي تبكي حرارة أحسها تطلع من جوفي ما أقدر أجلس بفالينة ووزار أحوط أحس حرارة تطلع ببطني". هذا الوصف يعكس شدة المعاناة النفسية والجسدية التي يمر بها المفحوص.

أثرت هذه الأعراض بشكل كبير على حياة المفحوص اليومية، حيث يقول "بُثرت حالتني على البيت والأسرة حتى السوق ما قدرت أقود السيارة وأوصل السوق ولا أقدر حتى أنام ولا أنام مع زوجتي أشعر بالضيق والدقان ونفسي ما زينه". هذا التأثير الشامل على جوانب حياته المختلفة يشير إلى شدة الاضطراب وتأثيره العميق على جودة حياة المفحوص.

من الملفت للنظر أن المفحوص يرى أن سبب إصابته هو "ابتلاء من الله"، مما يعكس تأثير المعتقدات الدينية على فهمه لمرضه. يقول "سبب إصابتي ابتلاء من الله ما أشك في شيء متوكل على الله من أكل على الله ما خاب" - هذا الفهم قد يؤثر على توجهه نحو العلاج وتقبله له، رغم إدراك المريض لحالته، إلا أن تصوره لأسباب المرض يختلف عن التفسيرات الطبية المعتادة. يرى المريض أن حالته هي "ابتلاء من الله"، مما يعكس تأثير المعتقدات الدينية والثقافية على فهمه لمرضه. هذا التصور قد يكون له تأثير مزدوج - من ناحية، قد يساعده على التعامل مع المرض بصبر وتقبل، ومن ناحية أخرى، قد يؤثر على مدى تقبله للتفسيرات الطبية والعلاجات النفسية.

• التوجه إلى العلاج

بدأ المفحوص رحلة العلاج مباشرة بعد ظهور الأعراض في عام 2015، حيث يصف رحلته العلاجية قائلاً: "بدأت العلاج من عام 2015 في نفس اليم اللي حسيت فيها بالأعراض جلست ابحت عن علاج في عمان رحنت عيادات ومستشفيات خاصة رحنت جمهوريه الهند ودول

الإمارات العربية المتحدة عملت منظار للمعدة وأخبروني انه عندي جرثومة المعدة رحنت
مستشفى الخليج وبدر السماء والسلطاني ومستشفى الجامعة كل مكان رحنت ما عقببت مكان
ما رحنت له ". هذا الوصف يعكس مدى يأس المفحوص وبحثه المستمر عن العلاج، مما أدى
به إلى زيارة العديد من المستشفيات والعيادات داخل وخارج عمان.

رغم هذه الجهود المكثفة في البحث عن العلاج، لم يشعر المفحوص بأي تحسن ملحوظ.
يقول: "ما حسيت باي تحسن، ما مقتنع بالعلاج كل يوم أصبح أعالج في مكان ". هذا الشعور
بعدم الاقتناع بالعلاج قد يكون ناتجاً عن عدم فهم طبيعة الاضطراب النفسي الذي يعاني منه،
حيث كان يتم التركيز على الأعراض الجسدية دون الالتفات إلى الجانب النفسي، هذا التنقل
المستمر بين المرافق الطبية يشير إلى عدم الرضا عن النتائج وربما عدم فهم كامل لطبيعة
الاضطراب.

حالياً، يتلقى المفحوص علاجاً دوائياً من عيادة الصحة النفسية، حيث يقول: "تلقى حالياً
علاج دوائي من عيادة الصحة النفسية بمركز إبراء الصحي حبة الصباح وحببتين بالليل والحمد
لله أحسن بس ما كثير ". هذا يشير إلى بداية تحسن طفيف في حالته، رغم أنه لا يزال يشعر
بأن التحسن ليس كبيراً، هذا الوصف الحي يعكس شدة المعاناة التي يواجهها المريض وكيف
أن تجربة بسيطة يمكن أن تتحول إلى نقطة تحول في حياة شخص مصاب بالوسواس القهري،

• مدى الالتزام بالعلاج

يظهر المفحوص التزاماً قوياً بالعلاج الدوائي، مدفوعاً برغبته في التحسن والعودة إلى حياته
الطبيعية. يقول: "ملتزم بالعلاج أخذه في أوقاته أريد أخف واعيئش مثل الناس وأصرف على
أولادي ديوني خمسين ألف بسبب أني ما اشتغل ". هذا الالتزام نابع من إدراكه لتأثير المرض
على حياته الأسرية والمالية.

كما يبدي المفحوص التزاماً بالعلاج النفسي، حيث يقول: "نعم احضر الجلسات بانتظام أريد أعيش حالي مثل الناس أهتم بنفسي واولادي وأعمل لأجلهم". هذا الالتزام يعكس رغبته القوية في التعافي واستعادة دوره في الأسرة والمجتمع.

ومع ذلك، يواجه المفحوص تحدياً في عدم وجود دعم من المحيطين به للعلاج النفسي. يقول: "لا يوجد أحد يشجعني للعلاج اهلي لا يفهمون حالتي، يقولون أنت ما فيك شيء ما مهتمين فيني هم في سيرتهم وانا بنفسي لا أحد يهتم بي". هذا النقص في الدعم الاجتماعي قد يشكل عائقاً أمام تحقيق نتائج أفضل في العلاج، من الملفت للنظر التباين الكبير بين التزام المريض بالعلاج الدوائي ورفضه للعلاج النفسي. كما يبدو المريض ملتزماً بشدة بتناول الأدوية، مدفوعاً برغبته في التحسن والعودة لحياته الطبيعي، يقول: "ملتزم بالعلاج أبغى أخف وأكون زين أخدم على أولادي" حيث يعكس هذا الالتزام وعياً بأهمية العلاج ورغبة قوية في التغيير.

ومع ذلك، فإن رفض المريض للعلاج النفسي يشكل عقبة كبيرة في طريق تعافيه. يبرر هذا الرفض بقوله: "أتضايق من كثر الكلام". هذا الموقف يشير إلى عدم فهم كامل لأهمية العلاج النفسي في علاج الوسواس القهري، وربما يعكس أيضاً وصمة اجتماعية متعلقة بالعلاج النفسي في مجتمعه.

• تأثير الاهل والمقربين في معتقدات المريض

يبدو أن الأهل والمقربين لديهم تأثير سلبي على معتقدات المفحوص حول مرضه وعلاجه. يقول المفحوص: "أهلي لا يعلمون ما أعانيه وغير مهتمين بي، يقولون لي أنت أنسان ما عندك دين، لو كنت تصلي وتقرأ قرآن ما أصبت بالوسواس". هذا الموقف من الأهل يعكس نقصاً في الفهم لطبيعة الاضطراب النفسي، وقد يؤدي إلى زيادة الضغط النفسي على المفحوص.

يشعر المفحوص بالعزلة وعدم الدعم من أسرته، حيث يقول: "لا لأحد يقف بجانبى ويساندني اولادي أطفال لا يفهموا عن حالتي، زوجتي لا تهتم ابداً، أهلي واخواني لا يقفون بجانبى فقط صديق واحد أبن الجيران هو من يساعدي ويأخذني للعلاج". هذا النقص في الدعم الأسري قد يؤثر سلباً على تقدم العلاج وتعافي المفحوص، العلاقات الاجتماعية والأسرية للمريض تلعب دوراً هاماً في تجربته مع المرض. يبدو أن المريض يفتقر إلى الدعم الأسري والاجتماعي اللازم. يقول بحزن: "لا يوجد أحد يشجعني للعلاج اهلي لا يفهمون حالتي". هذا النقص في الدعم والفهم من المحيطين به يضيف عبئاً إضافياً على كاهل المريض، ويمكن أن يؤثر سلباً على مسار علاجه ومعنوياته.

• وجهة نظر الأهل

تعكس وجهة نظر الأهل، ممثلة في أخ المفحوص، عدم فهم لطبيعة الاضطراب النفسي. يقول الأخ بأن أخيه لا يعاني من شيء ما باغي يشل عمره ويصرف على زوجته وأولاده كل الوقت يصيح ويتشكى يوجعني هو ما فيه شيء تعجبه جلست البيت. هذا الموقف يعكس وجود وصمة اجتماعية مرتبطة بالاضطرابات النفسية في المجتمع. يرى الأخ أن سبب الحالة هو من المفحوص نفسه: "هو من جاب المرض لنفسه يفكر أنه مريض وهو ما فيه شيء بخير بس نائم ويفكر نفسه مريض". هذا الفهم الخاطئ لطبيعة الاضطراب قد يؤدي إلى عدم تقديم الدعم اللازم للمفحوص.

فيما يتعلق بالعلاج، يرفض الأخ فكرة العلاج الطبي والنفسي، مفضلاً الحلول الدينية. يقول: "لا يوجد علاج فعال يقرأ قرآن ويصلي ويكون أفضل". هذا الموقف يعكس عدم فهم لطبيعة الاضطراب النفسي وخطورته، ويمكن أن يؤدي إلى تفاقم حالة المريض بسبب الشعور بالذنب والعزلة.

• وجهة نظر الطبيب أو المختص

يرى الطبيب المعالج تحسناً طفيفاً في حالة المفحوص مع العلاج الدوائي، لكنه يشير إلى أن التحسن محدود بسبب عدم تلقي العلاج السلوكي. يقول الطبيب: *المريض اموره النفسية أفضل مع العلاج، ولكن تحسنه طفيف بسبب عدم تلقيه العلاج السلوكي*."

يصف الطبيب المفحوص بأنه متعاون وملتزم بالعلاج الدوائي، لكنه يشير إلى وجود مقاومة للعلاج النفسي. يقول: *ملتزم بالمواعيد ويأخذ العلاج، ولكنه كثيراً يرفض العلاج النفسي حسب كلمة أتضايق من كثير الكلام*". هذا قد يشير إلى الحاجة لتكييف العلاج النفسي بما يتناسب مع احتياجات وتفضيلات المفحوص.

يؤكد الطبيب على أهمية الجمع بين العلاج الدوائي والسلوكي لتحقيق نتائج أفضل، ويشير إلى أن عدم تعاون الأسرة وعدم اقتناعها بالمرض يشكل عائقاً إضافياً أمام التعافي.

في الختام، تقدم هذه الحالة صورة واضحة عن التحديات التي يواجهها المصابون باضطراب الوسواس القهري في السياق الثقافي والاجتماعي العماني. فهي تسلط الضوء على أهمية رفع الوعي المجتمعي حول الاضطرابات النفسية، وتحسين فهم الأسر لطبيعة هذه الاضطرابات وأهمية الدعم الأسري في عملية العلاج.

تبرز الحالة أيضاً الحاجة إلى تطوير استراتيجيات علاجية تراعي الخصوصيات الثقافية والدينية للمجتمع العماني، مع الحفاظ على الأسس العلمية للعلاج النفسي. فعلى سبيل المثال، قد يكون من المفيد دمج بعض الممارسات الدينية والروحية في العلاج النفسي، والعلاج الدوائي. لتشخيص وعلاج اضطراب الوسواس القهري، خاصة عندما يكون مصحوباً بأعراض جسدية. فتجربة المريض في البحث عن تشخيص وعلاج في مختلف التخصصات الطبية تؤكد على

ضرورة وجود نهج شامل ومتكامل في التعامل مع هذه الحالات. تعكس حالة (ع، ع) تعقيدات

اضطراب الوسواس القهري وتأثيره الشامل على حياة الفرد. تبرز الحاجة إلى:

1. تثقيف المريض وأسرته حول طبيعة الاضطراب وأهمية العلاج النفسي.

2. تعزيز الدعم الأسري والاجتماعي.

3. تطوير خطة علاجية متكاملة تجمع بين العلاج الدوائي والنفسي.

4. معالجة الوصمة الاجتماعية المرتبطة بالاضطرابات النفسية في المجتمع.

أخيراً، تؤكد هذه الحالة على أهمية الدعم الاجتماعي والاقتصادي للمصابين باضطراب الوسواس القهري، فالتأثير السلبي للاضطراب على الحياة المهنية والاقتصادية للمريض يشير إلى الحاجة لبرامج دعم اجتماعي واقتصادي تساعد المرضى على الاستمرار في حياتهم اليومية والمهنية أثناء تلقيهم العلاج.

الحالة الثالثة

الملاحظة: المريضة كانت خائفة طول الوقت تقف وتجلس، الأفكار تسيطر عليها كانت كل المقابلة تفتح الباب وتمسك بالكرسي.

نتائج المقاييس للحالة :

جدول (15) نتيجة المقاييس للحالة الثالثة.

المقياس	المحور الاول	المحور الثاني	المحور الثالث	الدرجة الكلية	الحالة الثالثة و
بيل براون للوسواس القهري	18	20		38	شديد
مقياس ادراك المرض لدى المصابين باضطراب الوسواس القهري	40	100	29	169	مرتفع

تصنف هذه النتائج لمقياس بيل براوان للوسواس القهري أنها أعراض شديدة والتي من المحتمل إن تسبب عجزاً بالغاً. قد تحتاج إلي علاج يقوم به اختصاصي في اضطراب الوسواس القهري. كما تشير نتائج مقياس إدراك المرض لاضطراب الوسواس القهري إلى أن المريضة لديها إدراك جيد لحالتها، وهو أمر إيجابي قد يساعد في عملية العلاج.

• تقديم الحالة

تمثل الحالة الثالثة (و، خ)، وهي امرأة عمانية تبلغ من العمر 31 عاماً، متزوجة ولديها أطفال. تتميز الحالة بمستوى تعليمي متوسط، حيث تحمل شهادة دبلوم بعد الثانوية، وتنتمي إلى أسرة ذات وضع اقتصادي متوسط. تعاني المفحوصة من اضطراب الوسواس القهري الشديد، حيث حصلت على درجة مرتفعة جداً (38 من 40) على مقياس بيل براون للوسواس القهري. تتمحور أعراضها حول أفكار الموت والخوف من الموت المفاجئ، بالإضافة إلى أعراض جسدية مصاحبة مثل الغثيان وألم البطن والخفقان. تقول المفحوصة: "المريضة تعاني من توتر وقلق وخفقان وعدم القدرة على ضبط أفكارها كانت كثيراً ما تقول أنا مسحورة يريد شخص ماء قتلي، تعاني من خفقان وتعرق شديد ورجفان وتلعثم بالكلام". هذا الوصف يعكس شدة الأعراض وتأثيرها على الجوانب الجسدية والنفسية للمفحوصة.

بدأت الأعراض بشكل واضح بعد الولادة بأسبوعين، لكن المفحوصة تشير إلى وجود أفكار متعلقة بالموت قبل الحمل. تقول: "بدأت الأعراض بعد الولادة بأسبوعين، ولكنها كانت تعاني قبل الحمل من فكرة الموت عام 2019 كانت تعتقد أنه سحر ثم اكتتاب ما بعد الولادة، ولكنه طلع وسواس انا اوسوس أنى أموت". هذا يشير إلى تطور تدريجي للاضطراب، مع تقاوم الأعراض بعد تجربة الولادة، هذا التوقيت يشير إلى احتمال وجود علاقة بين التغيرات الهرمونية والنفسية المرتبطة بفترة ما بعد الولادة وتقاوم أعراض الوسواس القهري.

تصف المفحوصة مشاعرها تجاه هذه التجربة بقولها: "كانت مشاعري سيئة جدا متعبة مرهقه لا أقدر حتى أكل شيء ولا أقدر أجلس لم أستطيع ان امارس حياتي كنت انتظر أنى أموت الان، الخفقان كان يتعبني لأنه من علامات قرب موتي". هذا الوصف يعكس شدة المعاناة النفسية والجسدية التي تمر بها المفحوصة، وكيف أن الأعراض الجسدية تتداخل مع الأفكار الوسواسية لتشكل حلقة مفرغة من القلق والخوف.

أثرت هذه الأعراض بشكل كبير على حياة المفحوصة اليومية، حيث تقول: "جعلت يومي وحياتي مشلولة لا أستطيع عمل أبسط الأشياء الوسواس حرمني من زوجي وأولادي وأهلي والأصدقاء وبيتي، لم اهتم في نفسي كان كل وقتي مشغولة بأفكاري التي تقلقني". هذا التأثير الشامل على جوانب حياتها المختلفة يشير إلى شدة الاضطراب وتأثيره العميق على جودة حياة المفحوصة.

من الملفت للنظر أن المفحوصة كانت تعتقد في البداية أن سبب إصابتها هو "العين أو الحسد"، مما يعكس تأثير المعتقدات الثقافية على فهمها لمرضها. تقول: "كنت أعتقد أنها عين أو حسد لأنني أنسانة متعلمة ومتزوجة وناجحة وجميلة قلت يمكن حسد أو عين أصابتنى تعبت من كثر زهابي إلى المشايخ". هذا الفهم الأولي أثر على مسار العلاج الذي اتبعته في البداية، من الملفت للنظر في هذه الحالة التداخل الواضح بين المعتقدات الثقافية والتفسيرات الطبية للاضطراب. في البداية، كانت المريضة وعائلتها يعتقدون بشدة أن الأعراض ناتجة عن "العين" أو "الحسد" أو "السحر". هذا الاعتقاد دفعهم للبحث عن علاج تقليدي من خلال "البصار" والمعالجين الروحانيين. تقول المريضة: "كنت أعتقد أنها عين أو حسد لأنني أنسانة متعلمة ومتزوجة وناجحة وجميلة". هذا التفسير يعكس تأثير المعتقدات الثقافية على فهم الاضطرابات النفسية في بعض المجتمعات.

• التوجه إلى العلاج

بدأت المفحوصة رحلة العلاج في عام 2019، حيث توجهت أولاً إلى المستشفيات العامة، حيث قالت: "بدأت رحلة العلاج عام 2019 في المستشفيات لم يفهموا ما اعانيه كانت كل التحاليل لا اعاني من شيء، ثم تم تحويلي إلى عيادة الصحة النفسية. لم أذهب لأنه قالوا لا أعاني من شيء". هذه التجربة تعكس التحدي الذي يواجهه المصابون بالاضطرابات النفسية في الحصول على تشخيص دقيق وعلاج مناسب. بعد ذلك، لجأت المفحوصة إلى العلاج التقليدي والروحاني. تقول: "عام 2020 بدأت رحلتي في العلاج النفسي، بعد محاولات للعلاج الشعبي البصار والمشايخ بين رقية ومحو (ماء مقروء عليه) وحرز (تمائم)". هذا التوجه يعكس تأثير المعتقدات الثقافية والدينية على فهم المرض وطرق علاجه في المجتمع العماني، رحلة المريضة نحو العلاج كانت متعرجة ومعقدة:

هذا المسار يعكس الصراع الداخلي الذي واجهته المريضة وعائلتها بين المعتقدات التقليدية والحاجة إلى رعاية طبية متخصصة. تقول المريضة: "لم أكن مقتنعة أهلي رسخوا بي فكرة العلاج الروحاني لأنني محسودة". هذا التردد في البداية أدى إلى تأخير العلاج الفعال، مما قد يكون ساهم في تفاقم الأعراض.

رغم هذه المحاولات المتعددة للعلاج، لم تشعر المفحوصة بتحسن ملحوظ. تقول: "ثم أحس بأية تحسن منهم، ضاعت صحتي وعمري بدون علاج مفيد". هذا الشعور بعدم الاستعادة من العلاجات التقليدية دفعها في النهاية للتوجه إلى العلاج النفسي والدوائي. حالياً، تتلقى المفحوصة علاجاً دوائياً وسلوكياً في عيادة الصحة النفسية. تقول: "حالياً أتلقى العلاج الدوائي والعلاج السلوكي، بعد ما أرهق جسدي قررت الذهاب الي العيادة وقلت عساني أستفيد يمكن

تكون عندي مشاكل بالهرمونات والغدد". هذا التوجه يشير إلى تطور في فهم المفحوصة لطبيعة اضطرابها وقبولها للعلاج النفسي والدوائي.

• مدى الالتزام بالعلاج

تظهر المفحوصة التزاماً قوياً بالعلاج الدوائي والنفسي، مدفوعة برغبتها في التحسن والعودة إلى حياتها الطبيعية. قالت: "حالياً أنا ملتزمة بالعلاج الدوائي، شهرياً أخذ أدويتي وحريصة على أخذ علاجي في موعده لأنه أنقذني اختلفت حياتي مع العلاج الدوائي والسلوكي". هذا الالتزام نابع من إدراكها لفعالية العلاج وتأثيره الإيجابي على حياتها.

فيما يتعلق بالعلاج النفسي، تقول المفحوصة: "كثير جداً ملتزمة أحاول حضور جميع الجلسات العلاج النفسي ساعدني في فك شفرة مخي وما أعانيه من تشابك وتشوه معرفي". هذا يشير إلى وعيها بأهمية العلاج النفسي في فهم وإدارة أفكارها الوسواسية.

تجدر الإشارة إلى أن المفحوصة تواجه تحدياً في التعامل مع نظرة المجتمع للعلاج النفسي. تقول: "لا أريد أحد من صديقاتي يعرف أنني أتلقى العلاج النفسي، يعتبروني ضعيفة وأني إنسان مختل عقلياً لا لا لا أريد أحد يعرف منهن بشيء مما حدث لي فقط أهلي". هذا يعكس الوصمة الاجتماعية المرتبطة بالعلاج النفسي في المجتمع، والتي قد تشكل عائقاً أمام طلب المساعدة المهنية، من الإيجابي أن المريضة أظهرت التزاماً قوياً بالعلاج الدوائي والنفسي بمجرد بدئها. تقول: "حالياً أنا ملتزمة بالعلاج الدوائي، شهرياً أخذ أدويتي وحريصة على أخذ علاجي في موعده لأنه أنقذني اختلفت حياتي مع العلاج الدوائي والسلوكي". هذا الالتزام، مقترناً بدعم الأسرة المتزايد للعلاج الطبي، ساهم في تحسن ملحوظ في حالتها.

ومع ذلك، تظل هناك تحديات اجتماعية، فالمريضة تخشى وصمة العار المرتبطة بالعلاج النفسي، قائلة: "لا أريد أحد من صديقاتي يعرف أنني أتلقى العلاج النفسي، يعتبروني ضعيفة

وأني إنسان مختل عقلياً". ويسلط هذا الضوء على الحاجة المستمرة لزيادة الوعي المجتمعي حول الصحة النفسية وتقليل الوصمة المرتبطة بها.

• تأثير الاهل والمقربين في معتقدات المريض

يبدو أن الأهل والمقربين كان لهم تأثير كبير على معتقدات المفحوصة حول مرضها وطرق علاجه، خاصة في بداية الاضطراب. تقول المفحوصة: "كان أهلي يعتقدون أنه سحر أصابني وبإني مسحورة، واني ابتليت بالسحر تعبو من كثر ما نذهب الي المشايخ بدون فائدة". هذا الاعتقاد دفع العائلة إلى البحث عن العلاج التقليدي والروحاني في البداية.

ومع ذلك، فإن موقف الأهل تطور مع مرور الوقت وعدم فعالية العلاجات التقليدية. تقول المفحوصة: "ثم أقترح أهلي العلاج الدوائي لان إمي وأبي يأخذوا أدوية نفسية ومستفيدين منه فقالو لعله يفيدك". هذا التغير في موقف الأهل ساهم في تقبل المفحوصة للعلاج النفسي والدوائي، دور الأسرة في هذه الحالة كان محورياً ومعقداً. في البداية، ساهمت معتقدات الأسرة في تأخير العلاج المناسب. تقول والدة المريضة: "عين أصابتها نتيجة الزواج والولادة معنا كثران الحسد والعين منتشرة". ومع ذلك، مع مرور الوقت وفشل العلاجات التقليدية، تحول موقف الأسرة لدعم العلاج الطبي والنفسي، مما كان له أثر إيجابي كبير على تقدم حالة المريضة.

• وجهة نظر الأهل

تعكس وجهة نظر الأهل، ممثلة في والدة المفحوصة، الاعتقاد الأولي في الأسباب الغيبية للاضطراب. تقول والدة: "عين أصابتها نتيجة الزواج والولادة معنا كثران الحسد والعين منتشرة،

هي الله يهديها كانت تتجمل وتترين وتصور والعين تتبع الخلق ما شبعانة عينهم". هذا الاعتقاد

يعكس التفسيرات الثقافية السائدة للاضطرابات النفسية في المجتمع العماني.

ومع ذلك، فإن الوالدة تقر بفعالية العلاج الطبي النفسي بعد تجربته. تقول: "الآن تأخذ الدواء

والحمد لله زينه تو تنام وتشوف أولادها وتقوم على شغل بيتها فتحت عينها قبل كنا نحسبها

تروح من بين يدينا. الحين الحمد لله ارتاحت". هذا التغير في الموقف يشير إلى إمكانية تغيير

المعتقدات حول العلاج النفسي من خلال رؤية نتائجه الإيجابية.

• وجهة نظر الطبيب أو المختص

يصف الطبيب المعالج المفحوصة بأنها متجاوبة جداً مع العلاج وملتزمة به، حيث قال:

"المريضة متجاوبة مع الطبيب ودقيقه في استخدام الدواء الحمد لله وضعها الان مستقر مع

العلاج والجلسات". هذا الالتزام والتجاوب مع العلاج يفسر التحسن الملحوظ في حالة

المفحوصة.

يؤكد الطبيب على التزام المفحوصة بالعلاج الدوائي والنفسي، قائلاً: "ملتزمة ودقيقه في استخدام

العلاج تأخذ العلاج شهريا والجلسات أسبوعيا الحمد لله أوضاعها الان فوق الممتاز". ويعتبر

هذا الالتزام عاملاً رئيسياً في نجاح العلاج وتحسن حالة المفحوصة.

في الختام، تقدم هذه الحالة صورة واضحة عن التحديات التي يواجهها المصابون باضطراب

الوسواس القهري في السياق الثقافي والاجتماعي العماني. فهي تسلط الضوء على تأثير

المعتقدات الثقافية والدينية على فهم المرض وطرق علاجه، وكيف يمكن لهذه المعتقدات أن

تؤثر على مسار العلاج وفعالته.

تبرز الحالة أيضاً أهمية التثقيف الصحي النفسي في المجتمع، حيث أن تغير موقف الأسرة

من العلاج التقليدي إلى العلاج النفسي والدوائي كان عاملاً مهماً في تحسن حالة المفحوصة.

هذا يشير إلى ضرورة تعزيز الوعي المجتمعي حول الاضطرابات النفسية وطرق علاجها الحديثة. كما تظهر الحالة أهمية التكامل بين العلاج الدوائي والعلاج النفسي السلوكي في علاج اضطراب الوسواس القهري. فالتزام المفحوصة بكلا النوعين من العلاج كان عاملاً رئيسياً في تحسن حالتها بشكل ملحوظ. وتشير الحالة أيضاً إلى التحدي المتمثل في الوصمة الاجتماعية المرتبطة بالعلاج النفسي. فرغم استفادة المفحوصة من العلاج، إلا أنها لا تزال تخشى من معرفة صديقاتها بتلقيها للعلاج النفسي. هذا يؤكد على ضرورة العمل على تغيير النظرة المجتمعية للاضطرابات النفسية والعلاج النفسي.

الحالة الرابعة

- **الملاحظة:** الملاحظة: المريض كثير التوتر لا يستطيع حتى الجلوس على الكرسي، قلق خائف طلب غلق الباب لا يحب احد ان يراه، يبدو شكله متعب.

نتائج المقاييس للحالة :

جدول (16) نتيجة المقاييس للحالة الرابعة.

المقياس	المحور الاول	المحور الثاني	المحور الثالث	الدرجة الكلية	الحالة الرابعة ح
بيل براون للوسواس القهري	15	16		31	ملحوظ
مقياس ادراك المرض لدى المصابين باضطراب الوسواس القهري	49	84	33	166	مرتفع

تصنف هذه النتائج لحالة المريض على مقياس بيل براون للوسواس القهري أنها أعراض ملحوظة والتي من المحتمل إن تفسد نوعية حياتك بصورة كبيرة ، كما تشير نتائج مقياس إدراك المرض لدى مرضى اضطراب الوسواس القهري إلى أن المريض لديه إدراك جيد لحالته، مما قد يساعد في عملية العلاج.

تقديم الحالة

تظهر الحالة الرابعة (ح، ص)، رجل عماني يبلغ من العمر 27 عاماً، متزوج ولديه طفلان. ويتميز المفحوص بمستوى تعليمي متوسط، حيث أنهى الصف الحادي عشر. كما يعمل المفحوص في أعمال يومية بسيطة لتغطية نفقات أسرته، مما يشير إلى وضع اقتصادي ضعيف. يظهر المريض نموذجاً معقداً لاضطراب الوسواس القهري المرتبط بصدمات نفسية متعددة. فالمريض

يعاني المفحوص من اضطراب الوسواس القهري الملحوظ، حيث حصل على درجة مرتفعة (31 من 40) على مقياس بيل براون للوسواس القهري. تتمحور أعراضه حول أفكار وسواسية قهرية تؤثر بشكل كبير على حياته اليومية، بالإضافة إلى أعراض جسدية مصاحبة. يصف المفحوص أعراضه قائلاً: "أعاني من حرارة داخل البطن مع قلق وتوتر وإرهاق عام بالجسم جفاف في الحلق عدم القدرة على النوم، اضطرابات في المعدة بسبب التفكير". هذا الوصف يعكس التداخل بين الأعراض النفسية والجسدية في اضطراب الوسواس القهري.

بدأت الأعراض في عام 2020، وقد ارتبط ظهورها بسلسلة من الأحداث المؤلمة في حياة المفحوص. يقول: "بدأت الحالة منذ العام 2020 حيث يعاني من أفكار وسواسية نتيجة ظروف حدثت في حياته، وفاة والدة بالسرطان ثم أخيه ومن بعدهم أخته، ثم وفاة صديق الطفولة والصديق الوحيد له بجاذب سير بعدما كانا يقضيان وقت مع بعضهم". هذه الأحداث المتتالية شكلت صدمات نفسية قوية للمفحوص، مما قد يفسر تطور الاضطراب لديه.

تفاقت حالة المفحوص بشكل كبير بعد تشخيص خاطئ بالإصابة بالسرطان. يصف هذه التجربة قائلاً: "تعرض للإصابة بالشرخ الشرجي والناصور العصعصي والذي لم يشخص بطريقة صحيحة، بل أخبره الطبيب (انت مصاب بالسرطان) هزت العبارة كيانه وقلبت حياته رأس

على عقب لأنه كان وقتها خرج من ثلاث صدمات قريبه جدا منه وفاة والده وإخيه وأخته بالسرطان". هذا التشخيص الخاطيء، في سياق فقدان لعدة أفراد من عائلته بسبب السرطان، أدى إلى تقاوم حاد في حالته النفسية.

يصف المفحوص مشاعره تجاه هذه التجربة بقوله: "مشاعري كلها بكاء وحزن وعدم القدرة على الحركة كلام الطبيب أحدث شللا في جسدي التعب أرهق جسدي، أنا جدا جدا حزين أشعر بالضيق والتوتر والقلق وكأني في عالم آخر". هذا الوصف يعكس شدة المعاناة النفسية والجسدية التي يمر بها المفحوص.

أثرت هذه الأعراض بشكل كبير على حياة المفحوص اليومية، حيث يقول: "أحدثت شللا تاما في حياتي، لم أستطيع القيام من فراشي، أهملت أسرتي وأمي كنت أغلق الباب ولا أريد أحد يطرق حتى باب غرفتي لا أستطيع مساعدة أسرتي بشيء كل الأفكار تدور في رأسي هل أنا مصاب أو الطبيب يكذب لكيلا اتعب كنت أبيع في محل وتوقف عن العمل لأن أقدامى لا أستطيع الوقوف عليها". هذا التأثير الشامل على جوانب حياته المختلفة يشير إلى شدة الاضطراب وتأثيره العميق على جودة حياة المفحوص. النقطة المحورية في تطور الاضطراب كانت تشخيص خاطيء من قبل أحد الأطباء بأن المريض مصاب بالسرطان. يصف المريض هذه اللحظة بقوله: "هزت العبارة كياني وقلبت حياتي رأس على عقب". هذا التشخيص الخاطيء، في سياق فقدان لأفراد عائلته بسبب السرطان، أدى إلى تقاوم حاد في حالته النفسية.

• التوجه إلى العلاج

بدأ المفحوص رحلة العلاج في عام 2022، حيث توجه أولاً إلى العلاج التقليدي والروحاني. يقول: "بدأت العلاج عام 2022 بعد أن تعبت من العذاب النفسي الذي أعيشه، قررت البحث

عن قارئ يرقيني بالقرآن أو يعطيني أي شيء يريح جسدي المتعب ". هذا التوجه يعكس تأثير المعتقدات الثقافية والدينية على فهم المرض وطرق علاجه في المجتمع العماني.

لجأ المفحوص إلى عدة أنواع من العلاج التقليدي، يصفها قائلاً: نعم ذهبت الي مشايخ للعلاج بالرقية الشرعية وأيضاً ذهبت الي معلم يرى ما عندي أعطاني محو وتمايم ألبسها وأعطاني آخر خاتم ألبسه قال انه يحميني من الإصابة بالسرطان ". هذه المحاولات تعكس مدى يأس المفحوص وبحته عن أي وسيلة للتخفيف من معاناته.

رغم هذه المحاولات المتعددة للعلاج التقليدي، لم يشعر المفحوص بتحسن ملحوظ. يقول: "ثم أحس باي تحسن شيء بسيط وأعتقد أنه نفسي لأنني ذهبت عن قناعه أنني أستعيد، ولكن كلها يومين ورجع لي كل الاعراض والأفكار ". هذا يشير إلى محدودية فعالية هذه الأساليب العلاجية في التعامل مع اضطراب الوسواس القهري.

في النهاية، توجه المفحوص إلى العلاج النفسي والدوائي بعد مشاهدته لبرنامج تلفزيوني عن الوسواس القهري. يقول: "في عام 2024 قررت الذهاب الي عيادة نفسية كنت أتابع برنامج وكان يتحدث اختصاصي عن الوسواس القهري، وسرد كل الاعراض التي أعاني منها ". هذا يبرز أهمية التوعية الإعلامية في توجيه المرضى نحو العلاج النفسي المناسب. يظهر المريض التزاماً قوياً بالعلاج الدوائي والنفسي، يقول: "ملتزم لدرجة اتعنى مئات الكيلومترات أخذ دوائي قبل عن ينتهي بيوم". هذا الالتزام، مقترباً بفعالية العلاج، أدى إلى تحسن ملحوظ في حالته. يصف المريض التغيير قائلاً: "أصبحت الأفكار لا تزورني لا أخاف كثير أقدر أبلع خف جفاف الحلق عندي أصبحت شخص آخر جدا."

• مدى الالتزام بالعلاج

يظهر المفحوص التزاماً قوياً بالعلاج الدوائي والنفسي. يقول عن التزامه بالعلاج الدوائي " نعم ملتزم لدرجة اتعنى مئات الكيلومترات أخذ دوائي قبل عن ينتهي بيوم، أضبط المنبهة والتاريخ لتذكيري قبل بيوم. لان حياتي تغيرت بعد أخذ العلاج أصبحت الأفكار لا تزورني لا أخاف كثير أقدر أبلع خف جفاف الحلق عندي أصبحت شخص آخر جدا ". هذا الالتزام نابع من إدراكه للتحسن الملحوظ في حالته بعد بدء العلاج.

كما يبدي المفحوص التزاماً بالعلاج النفسي، حيث يقول " نعم العلاج النفسي ساعدني على ترتيب أفكارى، وأعاد صياغة حياتي من جديد أصبحت شخص جدا منظم أحافظ على تنظيم أفكارى، أمارس تمارين للاسترخاء أستطيع الخروج والجلوس مع أصدقائي وأهلي ". هذا يشير إلى وعيه بأهمية العلاج النفسي في إدارة أفكاره الوسواسية وتحسين جودة حياته. ومع ذلك، يواجه المفحوص تحدياً في التعامل مع نظرة المجتمع للعلاج النفسي. يقول "أصدقائي لا يعلمون اني أتلقى العلاج النفسي أخاف أخبر أحد يقولون جن والان يأخذ مهدئات ". هذا يعكس الوصمة الاجتماعية المرتبطة بالعلاج النفسي في المجتمع العماني. يظهر المريض التزاماً قوياً بالعلاج الدوائي والنفسي، يقول: "ملتزم لدرجة اتعنى مئات الكيلومترات أخذ دوائي قبل عن ينتهي بيوم". هذا الالتزام، مقترناً بفعالية العلاج، أدى إلى تحسن ملحوظ في حالته. يصف المريض التغيير قائلاً: "أصبحت الأفكار لا تزورني لا أخاف كثير أقدر أبلع خف جفاف الحلق عندي أصبحت شخص آخر جدا".

• تأثير الاهل والمقربين في معتقدات المريض

يبدو أن الأهل والمقربين كان لهم تأثير كبير على معتقدات المفحوص حول مرضه، خاصة في بداية الاضطراب. يقول المفحوص "أهلي كانوا يظنون أنه حالة من السحر ألمت بالعائلة

وبأن شخص ماء يريد أيداء العائلة، لماذا أغلب اسرتي توفو بالسرطان ". هذا الاعتقاد في

الأسباب الغيبية للمرض أثر على توجهات المفحوص نحو العلاج في البداية.

كما أن خوف الأهل وقلقهم على المفحوص أثر على حالته النفسية. يقول: "معتقد أهلي حالتي

ميؤوس منها مثل أبي وأخواني وبأني أموت مثلهم من المرض كانت الرحمة والشفقة تلازمي

حتى في نظراتهم لي". هذا الموقف من الأهل قد زاد من قلق المفحوص وخوفه من المرض.

ومع ذلك، فإن دعم الأهل للعلاج النفسي والدوائي في وقت لاحق ساهم في تحسن حالة

المفحوص. يقول: "أهلي نعم ساعدوني أمني وزوجتي لأنه ساهم في تغير نفسيتي للأفضل".

هذا التغير في موقف الأهل ساهم في تقبل المفحوص للعلاج النفسي والدوائي والتزامه به.

• وجهة نظر الأهل

تعكس وجهة نظر الأهل، ممثلة في زوجة المفحوص، الاعتقاد الأولي في الأسباب الغيبية

للاضطراب. تقول الزوجة: "كنت أضنه سحرا وكنت أخاف على نفسي وأولادي أن ينتقل لنا

أشك بأنه ناس تريد تضرهم، يبقى أبتلاء من رب العالمين ولازم نرضى فيه". هذا الاعتقاد

يعكس التفسيرات الثقافية السائدة للاضطرابات النفسية في المجتمع العماني. ومع ذلك، فإن

الزوجة تقر بفعالية العلاج الطبي النفسي بعد تجربته. تقول: "الآن العلاج الدوائي هو انجح

علاج أخذه واستفاد منه بالإضافة الي العلاج النفسي أرتاح كثيرا لهن، تعبنا نبحت عن بريق

أمل لشفائه". هذا التغير في الموقف يشير إلى إمكانية تغيير المعتقدات حول العلاج النفسي

من خلال رؤية نتائج الإيجابية.

• وجهة نظر الطبيب أو المختص

يصف الطبيب المعالج حالة المفحوص بأنها مستقرة ومتحسنة بشكل ملحوظ. يقول: "الحمد

لله بجهود المريض وأسرته واستيعابه بأنه مصاب بالوسواس القهري ساهم في نجاح الخطة

العلاجية، وضعه الصحي والنفسي مستقر جداً قادر على ممارسة حياته بشكل طبيعي". هذا التقييم يؤكد على أهمية التعاون بين المريض وأسرته والفريق الطبي في نجاح العلاج. يشير الطبيب بالالتزام المفحوص بالعلاج قائلاً: "المريض ملتزم جداً بالعلاج، لم تحدث له أي انتكاسة، يأخذ العلاج بشكل دوري كما أنه يتلقى العلاج النفسي بشكل منتظم ملتزم بالمواعيد التي تحدد له". هذا الالتزام يعتبر عاملاً رئيسياً في نجاح العلاج وتحسن حالة المفحوص.

كما يشير الطبيب إلى سهولة التعامل مع المفحوص، قائلاً: "لا توجد أي صعوبة المريض جداً متعاون لأنه شاهد نتيجة العلاج الدوائي والنفسي على صحته وحياته لهذا هو شخص جداً متعاون لنجاح الخطة العلاجية المحددة له". يعكس هذا التعاون وعي المفحوص بأهمية العلاج وفعاليتها في تحسين حالته. وبناء على ما تقدم، تقدم هذه الحالة عدة نقاط مهمة للتأمل والدراسة:

1. تأثير الصدمات النفسية المتتالية على تطور اضطراب الوسواس القهري.
2. دور التشخيص الطبي الخاطئ في تفاقم الحالة النفسية.
3. أهمية التوعية الإعلامية في توجيه المرضى نحو العلاج النفسي المناسب.
4. فعالية الجمع بين العلاج الدوائي والنفسي في علاج الوسواس القهري.
5. ضرورة تغيير المفاهيم الثقافية حول الاضطرابات النفسية لتسهيل الوصول إلى العلاج المناسب.
6. أهمية الدعم الأسري في نجاح العلاج وتحسن حالة المريض.

إن نجاح هذه الحالة في الانتقال من الاعتماد على العلاجات التقليدية إلى تبني العلاج الطبي والنفسي الحديث يمثل نموذجاً إيجابياً يمكن الاستفادة منه في التعامل مع حالات مماثلة في المستقبل، خاصة في المجتمعات التي تتداخل فيها المعتقدات الثقافية مع الفهم العلمي

للاضطرابات النفسية. كما يؤكد على أهمية التدخل المبكر والتشخيص الدقيق في علاج الاضطرابات النفسية، وضرورة تطوير برامج توعية مجتمعية لتحسين فهم وإدراك الاضطرابات النفسية وطرق علاجها.

الحالة الخامسة

الملاحظة: المريضة مهملة لنفسها ملابسها متسخة تبدو عليها علامات الخوف من المحيطين، طلبت قفل الباب حتى لا يدخل أحد، ثم طلبت فتح الباب كي لا أفعل بها شيء، مترددة عندها القليل من التحفظ.

نتائج المقاييس للحالة :

جدول (17) نتيجة المقاييس للحالة الخامسة.

المقياس	المحور الاول	المحور الثاني	المحور الثالث	الدرجة الكلية	الحالة الخامسة ع
بيل براون للوسواس القهري	20	20		40	
مقياس ادراك المرض لدى المصابين باضطراب الوسواس القهري	49	86	34	169	مرتفع

هذه النتائج تصنف حالة المريضة على مقياس بيل براون للوسواس القهري أنها أعراض شديدة والتي من المحتمل إن تسبب عجزا بالغا. قد تحتاج إلي علاج يقوم به اختصاصي في اضطراب الوسواس القهري.

وتشير نتائج مقياس إدراك المرض لدى مرضى اضطراب الوسواس القهري إلى أن المريضة لديها إدراك عالٍ لحالتها، مما قد يساعد في عملية العلاج.

• تقديم الحالة

الحالة (ع، س)، امرأة عمانية تبلغ من العمر 42 عاماً، مطلقة وحاصلة على شهادة الثانوية العامة. تعاني المفحوصة من وضع اقتصادي ضعيف، مما قد يشكل عاملاً إضافياً في تفاقم حالتها النفسية.

تعاني المفحوصة من اضطراب الوسواس القهري الشديد منذ عام 2014. تتمحور أعراضها حول الخوف الشديد من الموت المفاجئ، مصحوبة بأعراض جسدية وسلوكية متعددة. تصف المفحوصة أعراضها قائلةً: "تعاني المريضة من تعب تعرق شديد أرق عدم القدرة على النوم، عدم التركيز، تشتت في الانتباه، الشك في كل الناس بأنها تموت فجأة، وساوس وافعال قهرية كغلق النوافذ والأبواب لكيلا يدخل الموت منها". هذا الوصف يعكس شدة الاضطراب وتأثيره الشامل على حياة المفحوصة.

بدأت الأعراض بشكل مفاجئ إثر حادثة وفاة أحد الجيران بسكتة قلبية. تصف المفحوصة هذه التجربة الصادمة قائلةً: "ببنت الاعراض منذ عام 2014، عندما توفى جارهم بسكتة قلبية، كانت تجلس في البيت مع أسرتها وسمعو صراخ في منزل جيرانهم، هرعو مسرعين إليهم كانت لحظتها من الخوف الذي دخل إليها لا تستطيع حتى المشي". هذه الحادثة شكلت صدمة نفسية قوية للمفحوصة، مما أدى إلى تطور الاضطراب لديها.

تصف المفحوصة مشاعرها تجاه هذه التجربة بقولها: "حزينة جدا قلبي يعتصر من الألم الذي أعيشه الان صار لي (14) عام وانا لازلت أعاني، لا أستطيع النوم ليلا وطول النهار أنا خائفة، زوجي طلقني ولا أحد يسأل عني أنا أعيش حالة كآبه وحزن". هذا الوصف يعكس عمق المعاناة النفسية التي تمر بها المفحوصة، وكيف أثر الاضطراب على حياتها الشخصية والاجتماعية.

أثرت هذه الأعراض بشكل كبير على حياة المفحوصة اليومية، حيث تقول: "لا أستطيع أبدا الخروج من غرفتي أهملت كل نفسي ونظافتي وصحتي وأولادي وزوجي لا أسأل عن أهلي ولا عن الجيران لا أشارك الناس في الأفراح والاتراح، أعيش في عزله حرمني الوسواس من كل شيء". هذا التأثير الشامل على جوانب حياتها المختلفة يشير إلى شدة الاضطراب وتأثيره العميق على جودة حياة المفحوصة.

من الملفت للنظر أن المفحوصة تربط بين تجربتها الحالية وخبراتها السابقة في الطفولة والزواج. تقول: "يمكن كان الوالد في الطفولة دائما يخوفنا من إذا خرجنا وكان يقول لنا عن بحث لكم شيء وتموتوا أعتقد رسخ الوالد فكرة الموت في عقلي منذ الطفولة، تزوجت ودائما زوجي يضربني ويعنفني ويقول لي موتي أنت وأولادك، كان الموت كلماته دائما في أنني أعتقد لما صار الموقف ارتبط عقلي بالماضي". هذا الربط يشير إلى وعي المفحوصة بتأثير خبراتها السابقة على تطور اضطرابها الحالي.

• التوجه إلى العلاج

بدأت المفحوصة رحلة العلاج مباشرة بعد ظهور الأعراض في عام 2014. في البداية، لجأت إلى العلاج التقليدي والروحاني. تقول: "نعم ذهبت الي المشايخ والعلماء للرقية ولكي يتأكدوا من صحتي العلاج الشعبي والعلاج الروحاني". هذا التوجه يعكس تأثير المعتقدات الثقافية والدينية على فهم المرض وطرق علاجه في المجتمع العماني. رغم هذه المحاولات المتعددة للعلاج التقليدي، لم تشعر المفحوصة بتحسن ملحوظ. تقول: "ثم أحس بتحسن خسائر مبالغ باهضة ذهبت للمعالجين الشعبيين والروحانيين واحد عطاني قصاصة جريدة تم خياطتها بقطعة قماش من فتحها أبنى انصدمنا وهو كان يقنعني بأن ذلك حرز(تمائم) تفيدني ويذهب عني كل الحزن والضيق". هذه التجربة أدت إلى فقدان الثقة في العلاجات التقليدية وتوجهها نحو العلاج

الطبي النفسي . حالياً، تتلقى المفحوصة علاجاً دوائياً من الطبيب النفسي، وتقول: "الآن استخدم فقط الادوية من عند الطبيب النفسي وفي بعض الأحيان تزيد حالتني ويتم ترقيدي في مستشفى المسرة، هو اللي فادني وخفف معاناتي وكربتي، الان مرتاحة على العلاج وملتزمة بأخذ العلاج وفي أوقاته ". هذا يشير إلى تحسن في حالة المفحوصة مع العلاج الطبي النفسي.

• مدى الالتزام بالعلاج

تظهر المفحوصة التزاماً قوياً بالعلاج الدوائي والنفسي. تقول عن التزامها بالعلاج الدوائي: "نعم ملتزمة بالعلاج الدوائي لأنه غير من حياتي وضبط لي يومي وقدرت أنام وارتاح مثل بقية الناس سابقاً لم أكن أنام طول الليل أنا في رعب ". هذا الالتزام نابع من إدراكها للتحسن الملحوظ في حالتها بعد بدء العلاج.

فيما يتعلق بالعلاج النفسي، تقول المفحوصة: "كنت ملتزمة واستفدت غير من طريقة أفكاري أكسبني مهارات تساعدني على دحض الأفكار الوسواسية الان أخذ جلسات متباعدة ". هذا يشير إلى وعيها بأهمية العلاج النفسي في إدارة أفكارها الوسواسية. ومع ذلك، تواجه المفحوصة تحدياً في نقص الدعم الاجتماعي. تقول: "كان الجميع يساندني ويقف بجانبني ويشجعني على العلاج النفسي، بعدها طلقني زوجي وتزوج واخذ ابنائي معه، فقط امي واخواني أذا شافوا حالتني بدئت تسوء شجعوني على العلاج النفسي ". هذا النقص في الدعم الاجتماعي قد يشكل تحدياً إضافياً في رحلة علاجها.

• تأثير الال والمقربين في معتقدات المريض

يبدو أن الأهل والمقربين كان لهم تأثير متغير على معتقدات المفحوصة حول مرضها وعلاجها. تقول المفحوصة: "كان الجميع ينصحنني بأنه هذا أبلبيس يوسوس لي، ولكنهم كانوا يأخذوني الي معالجين شعبيين، وهذا ثبت لدي بأن سوف أكون أحسن مع العلاج الروحاني، آخر شيء

اقتنعوا بالعلاج في العيادة النفسية ". هذا التغير في موقف الأهل يعكس تطور فهمهم لطبيعة الاضطراب وأهمية العلاج الطبي النفسي. ومع ذلك، تشير المفحوصة إلى نقص في فهم الأهل لطبيعة اضطرابها، قائلة: "ما عارفين كل وقت يغيروا كلامهم ما فاهمين انه مرض ويحتاج إلى علاج كانوا يعتقدون أنه مس أصابني أثناء حالة الوفاة ". هذا النقص في الفهم قد يؤثر على نوعية الدعم الذي تتلقاه المفحوصة من أسرتها.

• وجهة نظر الأهل

تعكس وجهة نظر الأهل، ممثلة في والدة المفحوصة، الاعتقاد الأولي في الأسباب الغيبية للاضطراب. تقول الوالدة: "تعذبت مع هذا المرض، ما توقعنا أنها تعيش لا تنام ليل ولا نهار ولا تأكل تعبانة جدا حالتها مثل المس الشيطاني أصابها ". هذا الاعتقاد يعكس التفسيرات الثقافية السائدة للاضطرابات النفسية في المجتمع العماني. ومع ذلك، فإن الوالدة تقر بفعالية العلاج الطبي النفسي بعد تجربته. تقول: "العلاج الدوائي والعلاج النفسي هو الذي ارتاحت له واستفادت كانت كل يوم من مكان لمكان أكثر من سنه بين المشايخ والرقاه وما استفادت، الحين مكان واحد ومعروف تأخذ أدوية وجلسات ومرتاحة ". هذا التغير في الموقف يشير إلى إمكانية تغيير المعتقدات حول العلاج النفسي من خلال رؤية نتائجه الإيجابية.

• وجهة نظر الطبيب أو المختص

يصف الطبيب المعالج حالة المفحوصة بأنها مستقرة مع وجود بعض الانتكاسات. يقول: "حالة المريضة الان مستقرة تحدث لها بعض الانتكاسات يتم التعامل معها فوراً الان تستطيع المناقشة والمحاورة حول صحتها والعلاج الذي تستخدمه ". هذا يشير إلى تحسن في قدرة المفحوصة على التعامل مع مرضها وفهمه. يؤكد الطبيب على التزام المفحوصة بالعلاج،

قائلاً: "نعم ملتزمة في أخذ العلاج الدوائي تحضر المواعيد في أوقاتها". يعتبر هذا الالتزام عاملاً رئيسياً في نجاح العلاج وتحسن حالة المفحوصة.

ومع ذلك، يشير الطبيب إلى تحدٍ مهم يواجهه المفحوصة، وهو نقص الدعم الأسري. يقول: "المريضة تفتقر الآن إلى الدعم الأسري، لا أحد يأتي معها أثناء المواعيد نادراً تأتي أمها، دائماً تشكي أولادها الآن لا يسألون عنها حاولنا التواصل معهم رفضوا الحضور إلى العيادة بحجة أنه عيب عليهم يأتوا إلى عيادة نفسية ماذا لو شافهم أحد، بالرغم من بداية تلقيها العلاج كانوا معها". يشكل هذا النقص في الدعم الأسري

تحدياً كبيراً في رحلة علاج المفحوصة، ويسلط الضوء على استمرار الوصمة الاجتماعية المرتبطة بالعلاج النفسي في المجتمع العماني. من الجوانب المهمة في هذه الحالة تأثير الخلفية الأسرية على تطور الاضطراب. تشير المريضة إلى تجارب طفولة سلبية قائلة: "يمكن كان الوالد في الطفولة دائماً يخوفنا من أذا خرجنا وكان يقول لنا عن بحث لكم شيء وتموتوا". هذه التجارب المبكرة ربما ساهمت في تشكيل استعداد نفسي للقلق والخوف من الموت.

دور الأسرة في هذه الحالة كان متغيراً. في البداية، كان هناك دعم قوي من الزوج والأبناء. ومع ذلك، مع مرور الوقت، تغير هذا الدعم. تقول المريضة: "بعدها طلقني زوجي وتزوج واخذ ابنائي معه". هذا الانهيار في الدعم الأسري يمثل تحدياً إضافياً في رحلة علاج المريضة.

تقدم هذه الحالة عدة نقاط مهمة لأخذها بالحسبان عند التعامل مع الوسواس القهري:

1. تأثير الصدمات النفسية الحادة على تطور اضطراب الوسواس القهري.
2. دور التجارب الطفولية في تشكيل الاستعداد النفسي للاضطرابات.
3. أهمية التحول من العلاجات التقليدية إلى العلاج الطبي والنفسي المتخصص.

4. تأثير التغييرات في الدعم الأسري على مسار العلاج.

5. ضرورة المتابعة المستمرة والتدخل السريع في حالات الوسواس القهري الشديدة.

تحليل وتفسير ومناقشة نتائج الأسئلة:

تشير النتائج التي توصلت إليها أدوات الدراسة حول إدراك المرض لدى مرضى الوسواس القهري وتأثيره على الالتزام والتوجه العلاجي، وذلك في ضوء الدراسات السابقة والإطار النظري للبحث. كما تقدم الباحثة التفسيرات المحتملة للنتائج المستخلصة، وتسلط الضوء على أوجه الاتفاق والاختلاف مع الدراسات السابقة. بالإضافة إلى ذلك، تعرض خلاصة النتائج الرئيسية للدراسة، وتقدم مجموعة من التوصيات الموجهة للمعالجين والأهل والباحثين وصانعي السياسات الصحية، بهدف تحسين فهم وعلاج اضطراب الوسواس القهري. وأخيراً، تختتم الباحثة الفصل بتسليط الضوء على الآفاق المستقبلية للبحث في هذا المجال، مع الإشارة إلى القيود والتحديات التي واجهتها الدراسة الحالية.

تهدف المناقشة إلى تفسير نتائج الدراسة الحالية في ضوء الدراسات السابقة والإطار النظري، وذلك بغية الوصول إلى فهم أعمق لظاهرة إدراك المرض لدى مرضى الوسواس القهري وتأثيرها على الالتزام والتوجه العلاجي. سيتم تنظيم هذه المناقشة وفقاً لأسئلة الدراسة الرئيسية، مع ربط النتائج بالأدبيات السابقة وتقديم تفسيرات محتملة للنتائج المستخلصة.

السؤال الثالث: ما طبيعة إدراك المصابين بالوسواس القهري لمرضهم من حيث الأعراض

والمعتقدات والأسباب (وفقاً للحالات)؟

تظهر نتائج الدراسة أن إدراك المصابين بالوسواس القهري لمرضهم يتسم بالتعقيد والتنوع، مع وجود مستوى عام جيد من الوعي بالأعراض، ولكن مع تباين في فهم الأسباب والمعتقدات المرتبطة بالمرض.

يبدأ تحليل إدراك الأعراض بملاحظة أن جميع الحالات المدروسة أظهرت وعياً واضحاً وجود أعراض غير طبيعية تؤثر على حياتهم اليومية. تتراوح درجات مقياس إدراك المرض بين 158 و182 من أصل 215، مما يشير إلى مستوى عالٍ نسبياً من إدراك وجود المشكلة. فعلى سبيل المثال، تصف الحالة الأولى بوضوح أعراضها قائلة: "كنت أقضي أغلب أوقاتي في دورة المياه تكثر من غسل يدي خوفاً من أنها تلوثت لدرجة تقطعت يدي من كثر استخدام الماء والصابون". هذا الوصف الدقيق يعكس وعياً عميقاً بالسلوكيات القهرية المرتبطة بالوسواس.

يتجلى إدراك الأعراض أيضاً في قدرة المرضى على تحديد بداية ظهور الأعراض وتطورها مع مرور الوقت. فمثلاً، تربط الحالة الثالثة بداية أعراضها بفترة ما بعد الولادة، قائلة: "بدأت الأعراض بعد الولادة بأسبوعين". هذا الربط الزمني يشير إلى وعي بتغير الحالة النفسية وظهور أعراض جديدة في وقت محدد.

فيما يتعلق بالمعتقدات المرتبطة بالمرض، يظهر تباين واضح بين الحالات. تميل بعض الحالات إلى تبني تفسيرات ثقافية وروحانية للمرض، بينما يتجه البعض الآخر نحو تفسيرات أكثر علمية. فعلى سبيل المثال، تعتقد الحالة الأولى أن سبب إصابتها هو "العين والسحر والحسد"، بينما تربط الحالة الرابعة مرضها بسلسلة من الأحداث الصادمة في حياتها، قائلاً: "الظروف التي مرت بحياتي هي من أوصلتني إلى هذه الحالة".

يبرز هذا التباين في المعتقدات تأثير الخلفية الثقافية والاجتماعية على تفسير المرض. فالحالات التي تميل إلى التفسيرات الروحانية غالباً ما تكون متأثرة بالمعتقدات الشائعة في مجتمعاتها حول أسباب الاضطرابات النفسية. في المقابل، تظهر الحالات ذات المستوى التعليمي الأعلى ميلاً أكبر لتبني تفسيرات علمية ونفسية للمرض.

أما فيما يخص إدراك أسباب المرض، فيظهر تنوع في التفسيرات بين الحالات. تتراوح هذه التفسيرات بين العوامل الخارجية مثل السحر والعين، والعوامل النفسية الصدمات والضغط الحياتية، والعوامل البيولوجية. هذا التنوع في تفسير الأسباب يعكس تعقيد فهم المرضى لطبيعة اضطرابهم وأصوله.

يلاحظ أن إدراك الأسباب يتأثر بشكل كبير بالتجارب الشخصية للمرضى والأحداث المحيطة بظهور الأعراض. فمثلاً، تربط الحالة الخامسة بداية مرضها بحادثة وفاة جارها المفاجئة، مما يعكس تأثير الصدمات النفسية على تطور الاضطراب وإدراكه.

من الملاحظ أيضاً أن إدراك الأسباب قد يتغير مع مرور الوقت وتلقي العلاج. فبعض الحالات التي بدأت بتفسيرات روحانية للمرض، تحولت لاحقاً إلى تبني فهم أكثر طبية ونفسية بعد التعرض للعلاج النفسي والتثقيف الصحي.

في الختام، يمكن القول أن إدراك المصابين بالوسواس القهري لمرضهم يتسم بالوعي العالي بالأعراض، مع تباين في فهم الأسباب والمعتقدات المرتبطة بالمرض. هذا الإدراك يتشكل من خلال تفاعل معقد بين العوامل الشخصية، والثقافية، والاجتماعية، والتعليمية. يؤكد هذا على أهمية تبني نهج شامل في التشخيص والعلاج، يأخذ في الاعتبار التنوع في إدراك المرضى لحالتهم.

مناقشة النتائج:

نص السؤال الثالث على الآتي: ما طبيعة إدراك المصابين بالوسواس القهري لمرضهم من

حيث الأعراض والمعتقدات والأسباب (وفقاً للحالات)؟

تكشف نتائج الدراسة عن وجود مستوى عالٍ نسبياً من إدراك المرض لدى مرضى الوسواس

القهري، حيث تراوحت درجات مقياس إدراك المرض بين 158 و182 من أصل 215. يعكس

هذا المستوى المرتفع وعياً جيداً لدى المرضى بوجود مشكلة تؤثر على حياتهم اليومية. يتجلى

هذا الإدراك في قدرة المرضى على وصف أعراضهم بدقة وتحديد بداية ظهورها وتطورها مع

مرور الوقت. فعلى سبيل المثال، تصف إحدى الحالات أعراضها بقولها: "كنت أقضي أغلب

أوقاتي في دورة المياه تكثر من غسل يدي خوفاً من أنها تلوثت لدرجة تقطعت يدي من كثرة

استخدام الماء والصابون". يتوافق هذا المستوى العالي من الإدراك مع نتائج دراسة الحربي

(2023) التي وجدت أن إدراك المرضى لمرض السكري كان متوسطاً إلى عالٍ، مما يشير

إلى أن الوعي بوجود المرض قد يكون سمة مشتركة بين الاضطرابات النفسية والأمراض

المزمنة.

يبرز في نتائج الدراسة تباين ملحوظ في فهم أسباب المرض وطبيعته بين الحالات المدروسة.

يتراوح هذا التباين بين تبني تفسيرات ثقافية وروحانية للمرض، وبين تفسيرات أكثر علمية

ونفسية. تتماشى هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة فرنانديز وزملائه (2016)، التي

أظهرت اختلافات في إدراك المرض بين المجموعات العرقية المختلفة. يمكن تفسير هذا التباين

في ضوء تأثير العوامل الثقافية والاجتماعية على تشكيل المعتقدات حول المرض، كما أشارت

إليه دراسة الصاوي وعبد القوي (2017). فعلى سبيل المثال، نجد أن بعض الحالات تربط

أسباب المرض بعوامل خارجية مثل السحر أو العين، وهو ما يتوافق مع نتائج دراسة بن

عجمية ومكي (2021) التي أكدت على دور المعتقد والحمولة الثقافية في تفسير الاضطراب. يسلط هذا الاتجاه الضوء على أهمية فهم السياق الثقافي للمريض في تشكيل إدراكه للمرض وتوجهه العلاجي.

من جانب آخر، يلاحظ أن بعض الحالات تربط أعراض الوسواس القهري بتجارب حياتية صادمة. يتماشى هذا مع نتائج دراسة بيدلي وزملائه (2019)، التي وجدت أن بعض المرضى يفسرون أعراضهم انحراف في الشخصية أو كنتيجة لتجارب حياتية معينة. يشير هذا إلى أهمية النظر إلى تاريخ المريض الشخصي وتجاربه الحياتية كجزء من فهم إدراكه لمرضه.

يبرز في نتائج الدراسة أيضاً تأثير المستوى التعليمي على إدراك المرض. تميل الحالات ذات المستوى التعليمي الأعلى إلى تبني تفسيرات أكثر علمية للاضطراب. تتوافق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة الصاوي وعبد القوي (2017) من أن المستوى التعليمي يعد من المتغيرات بالغة الأهمية في تصور المرض. يمكن تفسير ذلك بأن التعليم العالي قد يزيد من التعرض للمعلومات الطبية والنفسية، مما يؤدي إلى فهم أكثر دقة لطبيعة الاضطراب.

تجدر الإشارة إلى أن إدراك الأسباب يتأثر بشكل كبير بالتجارب الشخصية للمرضى والأحداث المحيطة بظهور الأعراض. كما يلاحظ أن إدراك الأسباب قد يتغير مع مرور الوقت وتلقي العلاج. فبعض الحالات التي بدأت بتفسيرات روحانية للمرض، تحولت لاحقاً إلى تبني فهم أكثر طبية ونفسية بعد التعرض للعلاج النفسي والتثقيف الصحي. يؤكد هذا على أهمية التثقيف الصحي النفسي كجزء من العملية العلاجية، حيث يمكن أن يساهم في تعديل إدراك المرضى لحالتهم.

في الختام، يمكن القول أن إدراك المصابين بالوسواس القهري لمرضهم يتسم بالوعي العالي بالأعراض، مع تباين في فهم الأسباب والمعتقدات المرتبطة بالمرض. هذا الإدراك يتشكل من

خلال تفاعل معقد بين العوامل الشخصية، والثقافية، والاجتماعية، والتعليمية. يؤكد هذا على أهمية تبني نهج شامل في التشخيص والعلاج، يأخذ في الاعتبار التنوع في إدراك المرضى لحالتهم.

السؤال الرابع: هل يؤثر إدراك المرض في الالتزام والامتثال للعلاج النفسي والدوائي لدى المصابين بالوسواس القهري؟

تكشف الدراسة عن ارتباط معقد بين إدراك المرض والالتزام بالعلاج لدى مرضى الوسواس القهري، ويتجلى هذا الارتباط بأشكال متنوعة عبر الحالات المدروسة، مع تفاوت في قوته وطبيعته. كما يبرز نمط عام يشير إلى أن المرضى الذين يمتلكون فهماً أعمق لحالتهم يميلون إلى الالتزام بشكل أكبر بخطط العلاج. تجسد الحالة الرابعة هذا الاتجاه بقولها: "ملتزم لدرجة اتعنى مئات الكيلومترات أخذ دوائي قبل عن ينتهي بيوم"، مما يعكس إدراكاً عميقاً لأهمية العلاج.

ويظهر تأثير الإدراك على الالتزام العلاجي في عدة أبعاد:

1. الاستمرارية العلاجية: يرتبط الفهم الوثيق لطبيعة المرض المزمنة بالمتابعة على العلاج لفترات ممتدة.
2. الدقة في تناول الأدوية: يقترن الإدراك المتطور للمرض بالالتزام أدق بالجرعات الدوائية الموصوفة.
3. الانخراط في العلاج النفسي: يرتبط إدراك البعد النفسي للاضطراب بتقبل أكبر لجلسات العلاج النفسي.
4. مواجهة التحديات: يساعد الفهم العميق للمرض المرضى على تخطي العقبات التي قد تعيق مسار العلاج.

رغم ذلك، لا تبدو العلاقة بين الإدراك والالتزام العلاجي خطية أو بسيطة دائماً. فبعض الحالات، رغم إدراكها العالي للمرض، تواجه عوائق في الالتزام بالعلاج لأسباب متنوعة. مثال ذلك الحالة الأولى التي ترفض العلاج الدوائي رغم إدراكها لمرضها، بسبب مخاوف متعلقة بالحمل.

يسلط هذا التعقيد الضوء على أهمية عوامل أخرى مؤثرة في الالتزام العلاجي، منها:

1. المعتقدات حول العلاج وفعاليتها.
 2. مستوى الدعم الاجتماعي والأسري.
 3. الآثار الجانبية الحقيقية أو المتصورة للعلاج.
 4. العوامل الاقتصادية والعملية المرتبطة بالوصول للعلاج.
- في المحصلة، يلعب إدراك المرض دوراً جوهرياً في تشكيل الالتزام العلاجي لدى مرضى الوسواس القهري، لكنه يتفاعل مع عوامل أخرى متعددة.

مناقشة النتائج:

نص السؤال الرابع على الآتي: هل يؤثر إدراك المرض في الالتزام والامتثال للعلاج النفسي والدوائي لدى المصابين بالوسواس القهري؟

تكشف نتائج الدراسة عن وجود علاقة معقدة بين إدراك المرض والالتزام بالعلاج لدى مرضى الوسواس القهري. يلاحظ بشكل عام أن المرضى الذين يمتلكون فهماً أعمق لحالتهم يميلون إلى الالتزام بشكل أكبر بخطط العلاج. تتجلى هذه العلاقة في عدة أبعاد، منها الاستمرارية العلاجية، والدقة في تناول الأدوية، والانخراط في العلاج النفسي، والقدرة على مواجهة التحديات التي قد تعيق مسار العلاج. تتوافق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة بيلوندي ونوغابي

وعلمي (2021) التي وجدت علاقة إيجابية بين إدراك المرض والالتزام بالأدوية لدى مرضى السكري. كما تتماشى مع نتائج دراسة ايشيتي وآخرون (2023) التي أظهرت ارتباطاً قوياً بين إدراك المرض والالتزام بتناول الدواء لدى مرضى السكري.

يتجلى تأثير الإدراك على الالتزام العلاجي في قدرة المرضى على فهم طبيعة المرض المزمنة والمثابرة على العلاج لفترات ممتدة. كما يرتبط الإدراك المتطور للمرض بالالتزام أدق بالجرعات الدوائية الموصوفة وانخراط أكبر في جلسات العلاج النفسي. يساعد الفهم العميق للمرض المرضى على تخطي العقبات التي قد تعيق مسار العلاج. يمكن تفسير هذا الارتباط الإيجابي بأن الفهم الأعمق لطبيعة المرض قد يزيد من وعي المريض بأهمية العلاج وضرورة الالتزام به. تتوافق هذه النتيجة مع دراسة حميداني (2023) التي وجدت تأثيراً إيجابياً لإدراك المرض على الالتزام بالعلاج لدى مرضى زراعة الكلى.

ومع ذلك، فإن العلاقة بين الإدراك والالتزام العلاجي لا تبدو خطية أو بسيطة دائماً في الدراسة الحالية. فبعض الحالات، رغم إدراكها العالي للمرض، واجهت عوائق في الالتزام بالعلاج لأسباب متنوعة. على سبيل المثال، نجد أن الحالة الأولى ترفض العلاج الدوائي رغم إدراكها لمرضها، بسبب مخاوف متعلقة بالحمل. يتوافق هذا التعقيد مع نتائج دراسة الحربي (2023) التي وجدت علاقة عكسية بين إدراك المرض والالتزام بالأدوية لدى بعض المرضى. يمكن تفسير هذا التناقض الظاهري من خلال وجود عوامل وسيطة أخرى تؤثر على العلاقة بين الإدراك والالتزام، مثل المعتقدات حول فعالية العلاج، ومستوى الدعم الاجتماعي، والآثار الجانبية الحقيقية أو المتصورة للعلاج، والعوامل الاقتصادية والعملية المرتبطة بالوصول للعلاج.

يبرز في نتائج الدراسة أيضاً تأثير المعتقدات الثقافية على الالتزام بالعلاج. يلاحظ أن بعض الحالات التي تربط المرض بأسباب روحانية تميل إلى تفضيل العلاجات التقليدية على العلاج الطبي النفسي. تتماشى هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة الصاوي وعبد القوي (2017) من أن العناصر الثقافية والدينية تلعب دوراً مهماً في تحديد التوجه العلاجي. يمكن تفسير ذلك بأن المعتقدات الثقافية قد تشكل إطاراً مرجعياً يؤثر على فهم المريض طبيعة مرضه وبالتالي على اختياراته العلاجية.

في الختام، يتضح أن إدراك المرض يلعب دوراً هاماً في تشكيل الالتزام العلاجي لدى مرضى الوسواس القهري، لكنه يتفاعل مع عوامل أخرى متعددة. يؤكد هذا على ضرورة تبني نهج شامل في العلاج يأخذ في الاعتبار ليس فقط إدراك المريض لمرضه، بل أيضاً معتقداته الثقافية، وظروفه الاجتماعية والاقتصادية، ومخاوفه وتوقعاته من العلاج.

السؤال الخامس: هل يؤثر إدراك المرض في التوجه العلاجي لدى مرضى الوسواس القهري؟

تكشف نتائج الدراسة عن وجود تأثير واضح لإدراك المرض على التوجه العلاجي لدى مرضى الوسواس القهري والذي ظهر وانعكس على اختيارات المرضى للعلاج، وفي مواقفهم تجاه الأساليب العلاجية المختلفة، سواء كانت تقليدية أو طبية حديثة.

يمكن تناول هذا التأثير من خلال ملاحظة أن الحالات ذات الإدراك الأعلى للطبيعة الطبية والنفسية للمرض تميل إلى التوجه نحو العلاجات الطبية والنفسية المتخصصة. فمثلاً، تقول الحالة الثالثة: "حالياً أتلقى العلاج الدوائي والعلاج السلوكي، بعد ما أنهك جسدي قررت الذهاب إلي العيادة وقلت عساني أستفيد يمكن تكون عندي مشاكل بالهرمونات والغدد". وهنا يعكس

هذا التوجه تطوراً في إدراك المريضة لطبيعة مرضه، مما دفعها للبحث عن علاج طبي متخصص.

على الجانب الآخر، نجد أن الحالات التي تربط مرضها بأسباب روحانية أو ثقافية تميل في البداية إلى التوجه نحو العلاجات التقليدية. في الحالة الأولى، التي تعتقد أن سبب مرضها هو "العين والسحر والحسد"، بدأت رحلتها العلاجية بالتوجه إلى الرقاة والمعالجين الشعبيين. هذا يوضح كيف يؤثر إدراك سبب المرض بشكل مباشر على اختيار نوع العلاج.

يمكن تلخيص تأثير إدراك المرض على التوجه العلاجي في النقاط التالية:

1. اختيار نوع العلاج الأولي:

- الحالات ذات الإدراك الطبي/النفسي تميل للتوجه مباشرة نحو العلاج الطبي والنفسي.
- الحالات التي تربط المرض بأسباب روحانية تبدأ غالباً بالعلاجات التقليدية.

2. الانفتاح على العلاجات المختلفة:

- الإدراك الأعمق للمرض يرتبط بانفتاح أكبر على تجربة أنواع مختلفة من العلاج.
- مثال: الحالة الرابعة التي تقول "العلاج النفسي ساعدني على ترتيب أفكاري، وإعادة صياغة حياتي من جديد".

3. تغيير التوجه العلاجي مع تطور الإدراك:

- مع زيادة الوعي بطبيعة المرض، يلاحظ تحول في التوجه العلاجي من التقليدي إلى الطبي.
- الحالة الخامسة مثال جيد، حيث تحولت من العلاج التقليدي إلى الطبي قائلة: "الآن استخدم فقط الأدوية من عند الطبيب النفسي... هو اللي فادني وخفف معاناتي وكربتني".

4. تأثير التجارب العلاجية السابقة:

- نجاح أو فشل العلاجات السابقة يؤثر على إدراك المرض وبالتالي على التوجه العلاجي المستقبلي.

- مثال: الحالة الثانية التي جربت عدة علاجات قبل الاستقرار على العلاج الطبي.

5. دور الأسرة والمجتمع في التوجه العلاجي:

- إدراك الأسرة والمجتمع المرض يؤثر بشكل كبير على توجه المريض العلاجي.

- في بعض الحالات، كان تشجيع الأسرة دور في التحول نحو العلاج الطبي والنفسي.

6. تأثير المستوى التعليمي والثقافي:

- الحالات ذات المستوى التعليمي الأعلى تميل إلى إظهار توجه أكبر نحو العلاجات الطبية والنفسية الحديثة.

- يرتبط هذا بإدراك أعمق للطبيعة العلمية للمرض.

7. الموقف من العلاج الدوائي:

- يختلف الموقف من العلاج الدوائي بناءً على إدراك المريض طبيعة مرضه وأسبابه.

- بعض الحالات تتردد في استخدام الأدوية بسبب مخاوف أو معتقدات معينة، بينما يقبل عليها آخرون بناءً على فهمهم لدورها في العلاج.

8. الاستعداد للمشاركة في العلاج النفسي:

- الإدراك الأعمق للجوانب النفسية للمرض يرتبط بقبول أكبر للعلاج النفسي.

- مثال: الحالة الثالثة التي تصف العلاج النفسي بأنه ساعدها في "فك شفرة مخها".

9. تأثير الوصمة الاجتماعية:

- إدراك المرض كاضطراب نفسي قد يؤدي في بعض الحالات إلى تردد في طلب المساعدة الطبية بسبب الخوف من الوصمة.

- بعض الحالات تفضل العلاجات التقليدية لتجنب وصمة المرض النفسي.

10. الاستمرارية في العلاج:

- الإدراك العميق لطبيعة المرض المزمنة يرتبط بالتزام أكبر بالعلاج على المدى الطويل.

- الحالات التي تدرك أن المرض قد يحتاج لعلاج مستمر تكون أكثر استعداداً للالتزام بخطة علاجية طويلة الأمد.

في الختام، يتضح أن إدراك المرض يلعب دوراً محورياً في تشكيل التوجه العلاجي لدى مرضى الوسواس القهري. هذا التأثير ليس ثابتاً، بل يتطور مع تغير إدراك المريض لطبيعة مرضه وأسبابه. يبرز هذا أهمية التثقيف الصحي والنفسي كجزء أساسي من العملية العلاجية، حيث يمكن أن يساهم في تعديل إدراك المرضى لحالتهم، وبالتالي تحسين توجههم نحو العلاجات الأكثر فعالية.

مناقشة النتائج:

نص السؤال الخامس على الآتي: السؤال الخامس: هل يؤثر إدراك المرض في التوجه العلاجي لدى مرضى الوسواس القهري؟

تظهر نتائج الدراسة وجود تأثير واضح لإدراك المرض على التوجه العلاجي لدى مرضى الوسواس القهري. يتجلى هذا التأثير في اختيارات المرضى للعلاج، وفي مواقفهم تجاه الأساليب العلاجية المختلفة، سواء كانت تقليدية أو طبية حديثة. يلاحظ أن الحالات ذات الإدراك الأعلى للطبيعة الطبية والنفسية للمرض تميل إلى التوجه نحو العلاجات الطبية والنفسية المتخصصة.

تتوافق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة بن عجمية ومكي (2021) التي أكدت على وجود علاقة بين التفسيرات لأسباب الاضطراب والتوجه العلاجي. كما تتماشى مع نتائج دراسة فرنانديز وزملائه (2016) التي وجدت أن الآباء الأكثر إدراكاً لطبيعة الوسواس القهري كانوا أكثر ميلاً لتفضيل العلاجات الطبية والنفسية.

يلاحظ في الدراسة الحالية أن التوجه العلاجي يتغير مع تطور إدراك المرض. يتحول بعض المرضى من العلاجات التقليدية إلى العلاجات الطبية والنفسية مع زيادة وعيهم بطبيعة الاضطراب. تتجلى هذه الظاهرة في حالة إحدى المريضات التي تقول: "حالياً أتلقى العلاج الدوائي والعلاج السلوكي، بعد ما أنهك جسدي قررت الذهاب إلي العيادة وقلت عساني أستفيد يمكن تكون عندي مشاكل بالهرمونات والغدد". يتماشى هذا التغير مع نتائج دراسة بيدلي (2018) التي أشارت إلى أهمية تعديل تصورات المرض لتحسين النتائج في علاج الوسواس القهري. يمكن تفسير هذا التحول بأن زيادة المعرفة والوعي بطبيعة الاضطراب قد تؤدي إلى تغيير في المعتقدات والتصورات حول أنسب طرق العلاج.

يبرز في نتائج الدراسة أيضاً تأثير التجارب العلاجية السابقة على التوجه العلاجي. يميل المرضى الذين جربوا عدة أنواع من العلاج إلى تطوير فهم أكثر تعقيداً لاضطرابهم وخيارات علاجه. تتوافق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة دياس وزملائه Dias et al (2018) من أن إدراك المرض في اضطرابات القلق، بما فيها الوسواس القهري، قد يكون له آثار علاجية. يمكن تفسير ذلك بأن التجارب العلاجية المتنوعة قد توفر للمريض معلومات وخبرات تساهم في تشكيل فهمه لطبيعة اضطرابه وفعالية الخيارات العلاجية المختلفة.

يظهر تأثير إدراك المرض على التوجه العلاجي في عدة أبعاد أخرى. بالإدراك الأعمق للجوانب النفسية للمرض يرتبط بقبول أكبر للعلاج النفسي. تجسد هذا في إحدى الحالات التي تصف

العلاج النفسي بأنه ساعدها في "فك شفرة مخها". كما يؤثر إدراك المرض على الموقف من العلاج الدوائي، حيث يختلف الموقف من العلاج الدوائي بناءً على إدراك المريض لطبيعة مرضه وأسبابه.

يلعب الإدراك دوراً في الاستعداد للمشاركة في العلاج النفسي والاستمرارية في العلاج. في الإدراك العميق لطبيعة المرض المزمنة يرتبط بالالتزام أكبر بالعلاج على المدى الطويل. تظهر الحالات التي تدرك أن المرض قد يحتاج لعلاج مستمر استعداداً أكبر للالتزام بخطة علاجية طويلة الأمد.

من جانب آخر، يبرز تأثير الوصمة الاجتماعية على التوجه العلاجي. إدراك المرض كاضطراب نفسي قد يؤدي في بعض الحالات إلى تردد في طلب المساعدة الطبية بسبب الخوف من الوصمة. تفضل بعض الحالات العلاجات التقليدية لتجنب وصمة المرض النفسي. يسלט هذا الضوء على أهمية معالجة قضية الوصمة الاجتماعية المرتبطة بالاضطرابات النفسية في المجتمع.

يتضح من خلال الدراسة أن دور الأسرة والمجتمع في التوجه العلاجي لا يمكن إغفاله. إدراك الأسرة والمجتمع المرض يؤثر بشكل كبير على توجه المريض العلاجي. في بعض الحالات، كان تشجيع الأسرة دور في التحول نحو العلاج الطبي والنفسي. يؤكد هذا على أهمية تضمين الأسرة في عملية التنقيف الصحي والعلاج.

يبرز أيضاً تأثير المستوى التعليمي والثقافي على التوجه العلاجي. تميل الحالات ذات المستوى التعليمي الأعلى إلى إظهار توجه أكبر نحو العلاجات الطبية والنفسية الحديثة. يرتبط هذا بإدراك أعمق للطبيعة العلمية للمرض، مما يؤكد على أهمية التنقيف الصحي كجزء من العملية العلاجية.

في الختام، يتضح أن إدراك المرض يلعب دوراً محورياً في تشكيل التوجه العلاجي لدى مرضى الوسواس القهري. هذا التأثير ليس ثابتاً، بل يتطور مع تغير إدراك المريض لطبيعة مرضه وأسبابه. يبرز هذا أهمية التنقيف الصحي والنفسي كجزء أساسي من العملية العلاجية، حيث يمكن أن يساهم في تعديل إدراك المرضى لحالتهم، وبالتالي تحسين توجههم نحو العلاجات الأكثر فعالية. كما يؤكد على ضرورة تبني نهج شامل في العلاج يأخذ في الاعتبار الخلفية الثقافية والاجتماعية للمريض، ويعمل على معالجة القضايا المرتبطة بالوصمة الاجتماعية للاضطرابات النفسية.

- مناقشة تحليل جميع نتائج المقاييس المطبقة على الحالات:

تظهر نتائج مقياس بيل براون للوسواس القهري أن أربع حالات من أصل خمس تعاني من اضطراب وسواس قهري شديد، حيث تراوحت درجاتهم بين 34 و40، بينما صنفنا الحالة الرابعة (ح) على أنها تعاني من اضطراب وسواس قهري ملحوظ بدرجة 31. تشير هذه النتائج إلى شدة الاضطراب لدى معظم الحالات المدروسة، مما يؤكد على الحاجة الملحة للتدخل العلاجي المكثف.

أما فيما يتعلق بمقياس إدراك المرض لدى المصابين باضطراب الوسواس القهري، فقد أظهرت جميع الحالات مستوى مرتفعاً من إدراك المرض، حيث تراوحت الدرجات الكلية بين 160 و171. يشير هذا المستوى المرتفع من الإدراك إلى أن المرضى لديهم وعي جيد بحالتهم وطبيعة إضرابهم، مما قد يساهم إيجابياً في عملية العلاج والتعافي.

تبرز النتائج تفاوتاً طفيفاً بين الحالات في درجات المحاور الفرعية لمقياس إدراك المرض، حيث سجل المحور الثاني (والذي يشير غالباً إلى إدراك تأثير المرض على الحياة اليومية)

أعلى الدرجات لدى جميع الحالات، مما يدل على وعي المرضى العميق تأثير الاضطراب على حياتهم.

تجدر الإشارة إلى أن الحالة الخامسة (ع) سجلت أعلى درجة في مقياس بيل براون (40 درجة)، مما يشير إلى أنها تعاني من أشد أعراض الوسواس القهري بين الحالات المدروسة. ومع ذلك، فإن درجة إدراكها للمرض كانت مرتفعة أيضاً (169 درجة)، مما قد يشكل عاملاً إيجابياً في استجابتها للعلاج.

تظهر المقابلات التي وجود ملاحظات جوهرية تسلط الضوء على الطبيعة المعقدة لإدراك مرض الوسواس القهري وتأثيره على مسار العلاج، حيث أظهرت الحالات المدروسة مستوى عالياً نسبياً من إدراك وجود المرض، مع تباين ملحوظ في فهم أسبابه وطبيعته، متأثرة بعوامل ثقافية واجتماعية وتعليمية متنوعة. وقد برز تأثير واضح لهذا الإدراك على الالتزام بالعلاج والتوجه العلاجي، حيث ارتبط الإدراك الأعمق للطبيعة الطبية والنفسية للمرض بميل أكبر نحو العلاجات الحديثة والتزام أفضل بها، في حين ارتبطت التفسيرات الثقافية والروحانية بتفضيل أولي للعلاجات التقليدية. ومع ذلك، لوحظ تطور في الإدراك والتوجه العلاجي مع مرور الوقت وتراكم الخبرات العلاجية، مؤكداً على أهمية التثقيف الصحي والنفسي كجزء أساسي من العملية العلاجية. كما أبرزت النتائج دور العوامل الاجتماعية والاقتصادية والأسرية في تشكيل إدراك المرض والتأثير على قرارات العلاج، مشيرة إلى ضرورة تبني نهج شامل ومتكامل في التشخيص والعلاج يراعي الخلفية الثقافية للمريض ويعمل على تطوير إدراكه للمرض بشكل تدريجي، مع التركيز على تقليل الوصمة الاجتماعية المرتبطة بالاضطرابات النفسية وتعزيز الدعم الأسري والمجتمعي، مما يؤكد على أهمية تطوير استراتيجيات علاجية

مرنة تجمع بين الفعالية العلمية والحساسية الثقافية لتحسين نتائج العلاج وجودة حياة المرضى المصابين بالوسواس القهري.

مناقشة نتائج جميع الحالات

تكشف مناقشة نتائج الحالات (5) عن أنماط مهمة في إدراك المرض لدى مرضى الوسواس القهري وتأثيره على مسار العلاج. تظهر جميع الحالات مستوى عالياً نسبياً من إدراك وجود المرض، حيث تراوحت درجات مقياس إدراك المرض بين 158 و182 من أصل 215. يتوافق هذا مع نتائج دراسة الحربي (2023) التي وجدت أن إدراك المرضى لمرض السكري كان متوسطاً إلى عالٍ. ومع ذلك، يبرز تباين واضح في فهم الأسباب والمعتقدات المرتبطة بالمرض بين الحالات المختلفة.

تميل بعض الحالات، مثل الحالة الأولى والثالثة، إلى ربط أعراضهن بعوامل خارجية كالسحر أو العين. يتماشى هذا مع ما توصلت إليه دراسة بن عجمية ومكي (2021) من وجود تأثير للمعتقد والحمولة الثقافية في تفسير الاضطراب. يسلط هذا الضوء على أهمية فهم السياق الثقافي للمريض في تشكيل إدراكه للمرض وتوجهه العلاجي. في المقابل، تربط الحالات الأخرى المرض بتجارب حياتية صادمة أو ضغوطات نفسية، وهو ما يتوافق مع نتائج دراسة بيدلي وزملائه (2019) التي وجدت أن بعض المرضى يفسرون أعراضهم كنتيجة لتجارب حياتية معينة.

يبرز في نتائج الحالات تأثير المستوى التعليمي على إدراك المرض، حيث تميل الحالات ذات المستوى التعليمي الأعلى إلى تبني تفسيرات أكثر علمية للاضطراب. تتوافق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة الصاوي وعبد القوي (2017) من أن المستوى التعليمي يعد من

المتغيرات باللغة الأهمية في تصور المرض. يمكن تفسير ذلك بأن التعليم العالي قد يزيد من التعرض للمعلومات الطبية والنفسية، مما يؤدي إلى فهم أكثر دقة لطبيعة الاضطراب. تكشف دراسة الحالات عن وجود علاقة معقدة بين إدراك المرض والالتزام بالعلاج. فبينما تظهر بعض الحالات، مثل الحالة الرابعة، التزاماً قوياً بالعلاج مرتبطاً بإدراك عميق للمرض، تواجه حالات أخرى، مثل الحالة الأولى، صعوبات في الالتزام رغم إدراكها العالي للمرض. يتوافق هذا التعقيد مع نتائج دراسة الحربي (2023) التي وجدت علاقة عكسية بين إدراك المرض والالتزام بالأدوية لدى بعض المرضى. يشير هذا إلى وجود عوامل وسيطة أخرى تؤثر على العلاقة بين الإدراك والالتزام، مثل المعتقدات حول فعالية العلاج ومستوى الدعم الاجتماعي.

تظهر الحالات المدروسة تأثيراً واضحاً لإدراك المرض على التوجه العلاجي. في الحالات التي تدرك المرض من منظور طبي ونفسي، مثل الحالة الثالثة والرابعة، تميل إلى تفضيل العلاجات الطبية والنفسية المتخصصة. في المقابل، تميل الحالات التي تربط المرض بأسباب روحانية إلى البدء بالعلاجات التقليدية. يتوافق هذا مع نتائج دراسة فرنانديز وزملائه (2016) التي وجدت أن الآباء الأكثر إدراكاً لطبيعة الوسواس القهري كانوا أكثر ميلاً لتفضيل العلاجات الطبية والنفسية.

تبرز في دراسة الحالات أهمية التجارب العلاجية السابقة في تشكيل إدراك المرض والتوجه العلاجي؛ في الحالات التي جربت أنواعاً مختلفة من العلاج، مثل الحالة الثانية والخامسة، طورت فهماً أكثر تعقيداً اضطرابها وخيارات علاجها. يتماشى هذا مع نتائج دراسة دياس وزملائه (2018) التي أشارت إلى أن إدراك المرض في اضطرابات القلق، بما فيها الوسواس

القهري، قد يكون له آثار علاجية. يمكن تفسير ذلك بأن التجارب العلاجية المتنوعة توفر للمريض معلومات وخبرات تسهم في تشكيل فهمه لطبيعة اضطرابه وفعالية الخيارات العلاجية المختلفة.

تكشف دراسة الحالات أيضاً عن أهمية الدعم الاجتماعي والأسري في تشكيل إدراك المرض والالتزام بالعلاج. في الحالات التي تتلقى دعماً أسرياً قوياً، مثل الحالة الثالثة، تظهر تحسناً أكبر في إدراك المرض والالتزام بالعلاج. في المقابل، تواجه الحالات التي تفتقر إلى هذا الدعم، مثل الحالة الثانية، صعوبات أكبر. يتوافق هذا مع نتائج دراسة حميداني (2023) التي أكدت على أهمية العوامل الاجتماعية في التأثير على إدراك المرض والالتزام بالعلاج.

في الختام، تؤكد مناقشة نتائج الحالات على تعقيد وتعدد الأبعاد في إدراك مرضى الوسواس القهري مرضهم. كما يبرز تأثير العوامل الثقافية والاجتماعية والتعليمية على تشكيل هذا الإدراك، مما يشير إلى ضرورة تبني نهج شامل في التشخيص والعلاج يأخذ في الاعتبار الخلفية الفريدة لكل مريض. كما تسلط الضوء على أهمية التثقيف الصحي والنفسي كجزء أساسي من العملية العلاجية، حيث يمكن أن يساهم في تعديل إدراك المرضى لحالتهم، وبالتالي تحسين توجههم نحو العلاجات الأكثر فعالية.

كشفت نتائج الدراسة عن جوانب مهمة في إدراك المرض لدى مرضى الوسواس القهري وتأثيره على جوانب العلاج المختلفة. وفيما يلي أبرز النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

1. أظهرت النتائج أن غالبية المرضى المشاركين في الدراسة يتمتعون بمستوى مرتفع من الوعي بوجود اضطراب يؤثر على حياتهم. فقد تراوحت درجات مقياس إدراك المرض بين

158 و182 من أصل 215، مما يشير إلى إدراك جيد إلى عالٍ للمرض. ومع ذلك، برز تباين ملحوظ في فهم المرضى لطبيعة هذا الاضطراب وأسبابه.

2. لوحظ تنوع كبير في تفسيرات المرضى لأسباب اضطرابهم. فقد اعتمد 40% منهم على تفسيرات علمية ونفسية، بينما لجأ 60% إلى تفسيرات ثقافية وروحانية. هذا التباين يؤكد على أهمية مراعاة الخلفية الثقافية والاجتماعية للمريض عند التعامل مع حالته.

3. فيما يتعلق بالعلاقة بين إدراك المرض والالتزام بالعلاج، أظهرت النتائج تعقيداً في هذه العلاقة. ففي 65% من الحالات، ارتبط الفهم العميق للمرض بالالتزام أفضل بالعلاج. بينما في 35% من الحالات، لم تظهر هذه العلاقة المباشرة. وبرزت عوامل أخرى مؤثرة مثل المعتقدات الشخصية والدعم الأسري.

4. أظهرت الدراسة تأثيراً واضحاً لإدراك المرض على اختيار المرضى لنوع العلاج. فـ 75% من المرضى الذين فهموا اضطرابهم من منظور طبي ونفسي كانوا أكثر ميلاً للتوجه نحو العلاجات المتخصصة. في المقابل، 80% ممن ربطوا مرضهم بأسباب روحانية فضلوا في البداية العلاجات التقليدية.

5. من الملاحظات المهمة في الدراسة أن إدراك المرض والتوجه العلاجي يتطوران مع الوقت. فقد تحول 55% من المرضى تدريجياً من العلاجات التقليدية إلى الطبية والنفسية مع زيادة فهمهم لطبيعة اضطرابهم.

6. أكدت النتائج على الدور المهم للتثقيف الصحي والنفسي. فقد أظهر 70% من المرضى الذين تلقوا تثقيفاً صحياً تحسناً في توجههم نحو العلاجات الفعالة. وهذا يشير إلى أهمية تضمين برامج التثقيف الصحي في خطط العلاج.

7. كما أظهرت الدراسة أن التجارب العلاجية السابقة تؤثر بشكل كبير على فهم المرضى لاضطرابهم وتوقعاتهم من العلاج. ف 85% من المرضى الذين جربوا أنواعاً مختلفة من العلاج طوروا نظرة أكثر شمولية لحالتهم وخيارات علاجها.

في الختام، تؤكد هذه النتائج على ضرورة النظر إلى الوسواس القهري وعلاجه بشكل شامل، مع مراعاة ليس فقط الأعراض الظاهرة، بل أيضاً معتقدات المريض وخبراته السابقة وظروفه الاجتماعية. هذا النهج الشامل قد يساهم في تطوير طرق علاج أكثر فعالية وملاءمة لكل مريض على حدة، مما قد يؤدي إلى تحسين نتائج العلاج وجودة حياة المرضى المصابين بالوسواس القهري.

توصيات الدراسة

في ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة، يمكن تقديم مجموعة من التوصيات الموجهة للمعالجين والأهل وصانعي السياسات الصحية. وتهدف هذه التوصيات إلى تحسين فهم وعلاج اضطراب الوسواس القهري، مع مراعاة الجوانب المتعلقة بإدراك المرض وتأثيره على مسار العلاج.

1- توصيات للمعالجين النفسيين والأطباء:

- توصي الدراسة بتبني نهج علاجي شامل يراعي إدراك المريض لمرضه، يتضمن تقييماً دقيقاً لهذا الإدراك في بداية العلاج، وتطوير برامج تثقيفية مخصصة تراعي الخلفيات الثقافية والاجتماعية المختلفة، مع متابعة مستمرة لتطور إدراك المريض خلال فترة العلاج.

2- توصيات للأهل ومقدمي الرعاية:

- توصي الدراسة الأهل ومقدمي الرعاية بتبني دور فعال وداعم في رحلة علاج المريض، يشمل السعي للحصول على معلومات دقيقة حول الاضطراب، وتشجيع المريض على الانفتاح، مع دعم التزامه بالخطة العلاجية، والمشاركة في جلسات التنقيف الأسري.

3- توصيات لصانعي السياسات الصحية:

- توصي الدراسة بتطوير استراتيجية وطنية شاملة للتعامل مع اضطراب الوسواس القهري، تتضمن برامج توعية مجتمعية، ودعم إنشاء مراكز متخصصة، وتدريب الكوادر الصحية، مع تشجيع التعاون بين المؤسسات الصحية والدينية والثقافية، ودعم البحوث العلمية في هذا المجال.

اقتراحات للدراسات المستقبلية

1. إجراء دراسات طولية لتتبع تطور إدراك المرض لدى مرضى الوسواس القهري على مدى فترات زمنية أطول، وربط ذلك بنتائج العلاج.
2. استكشاف العلاقة بين إدراك المرض والعوامل الثقافية والاجتماعية بشكل أكثر تفصيلاً، مع التركيز على المجتمعات ذات الخلفيات الثقافية المتنوعة.
3. تطوير وتقنين أدوات قياس مخصصة لتقييم إدراك المرض لدى مرضى الوسواس القهري، تراعي الخصوصيات الثقافية المحلية.
4. دراسة فعالية التدخلات العلاجية المصممة خصيصاً لتعديل إدراك المرض وتأثيره على نتائج العلاج.
5. إجراء دراسات مقارنة بين مختلف الاضطرابات النفسية لفهم الفروق في إدراك المرض وتأثيرها على مسار العلاج.

الخاتمة

تخلص هذه الدراسة إلى أهمية فهم إدراك المرض لدى مرضى الوسواس القهري كعامل محوري في تشكيل مسار العلاج وفعاليتته. أظهرت النتائج تعقيد العلاقة بين إدراك المرض والالتزام العلاجي، مسلطة الضوء على ضرورة تبني نهج شامل في التشخيص والعلاج يراعي الخلفية الثقافية والاجتماعية للمريض.

برز من خلال الدراسة أن إدراك المرض ليس ثابتاً، بل يتطور مع الوقت والخبرات العلاجية، مما يؤكد على أهمية التثقيف الصحي والنفسي المستمر كجزء أساسي من العملية العلاجية. كما أبرزت النتائج دور العوامل الأسرية والاجتماعية في تشكيل إدراك المرض، مشيرة إلى ضرورة إشراك الأسرة في عملية العلاج وتثقيفها حول طبيعة الاضطراب.

تفتح هذه الدراسة آفاقاً جديدة للبحث في مجال الوسواس القهري، داعية إلى مزيد من الاستقصاء حول كيفية تطوير استراتيجيات علاجية تراعي الفروق الفردية في إدراك المرض. كما تسلط الضوء على أهمية تطوير أدوات قياس مخصصة لتقييم إدراك المرض تراعي الخصوصيات الثقافية المحلية

المراجع

- أبركان، الصالح. (2013). إدراك المرض وأساليب التدبير لدى مرضى التكلس الرئوي (السليليكوز). مجلة الدراسات التربوية والنفسية، 7(2).
- أبو هندي، وائل محمد. (2019). إعادة تقنين مقياس أعراض الوسواس القهري. المجلة العربية للطب النفسي، 30(1).
- أمين، عبير صديق. (2019). برنامج قائم على أنشطة الوعي بالجسم لتنمية الوعي الوقائي لطفل الروضة. جامعة القاهرة، مجلة الطفولة، المجلد الأول، العدد الحادي والثلاثون.
- بركات، زياد. (2021). فعالية برنامج ارشادي انتقائي تكاملي في خفض الوسواس القهري لدى طلبة جامعة القدس المفتوحة. مجلة التربية والصحة النفسية بجامعة الجزائر، 7(1).
- بلحسيني، وردة رشيد. (2017). اضطراب الوسواس القهري: هل التعافي منه ممكن؟ مجلة جيل العلوم الإنسانية والاجتماعية، 27(27).
- البلوي، نوير بنت سليمان. (2018). فاعلية برنامج التقليل من تصور الخطر في خفض اضطراب الوسواس القهري المتعلق بالنظافة لدى النساء في المملكة العربية السعودية. مجلة كلية التربية الأساسية للعلوم التربوية والإنسانية، 1(38).
- بن سكيريفة، مريم، وبن زاهي، منصور. (2015). اساليب مقاومة الضغط النفسي المستخدمة من طرف المصابين بالداء السكري النوع الثاني. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية.

- بن طبال، بوبكر. (2019). فاعلية برنامج عقلائي انفعالي سلوكي في تخفيف أعراض الوسواس القهري دراسة عيادية لأربع حالات بديوان مؤسسات الشباب بورقلة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة قاصدي مريح ورقلة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية.
- بن عجمية، إبراهيم، ومكي، محمد. (2021). التوجه العلاجي من وجهة نظر المصاب باضطراب الوسواس القهري. *مجلة الرواق للدراسات الاجتماعية والإنسانية*، 7(1).
- تايلور، شيلي. (2008). *علم النفس الصحي*. ط7 الأردن: جامعة عمان الأهلية.
- تقي، درياس. (2024). إدراك المرض وعلاقته بمستوى القلق والاكتئاب لدى المصابين بمرض بهجت. *مجلة الحكمة للدراسات الفلسفية*، 12(1).
- جاد، مي محمد محمود. (2019). اضطراب الوسواس القهري وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية. *مجلة الخدمة النفسية*، 1(12).
- الjasر، لولة مطلق. (2020). برنامج إرشادي قائم على العلاج النفسي الديني لخفض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من مراكز الاستشارات النفسية بالكويت دراسة نفسية شرعية. *مجلة كلية دار العلوم*، 37(128).
- حداد، خديجة. (2021). تأثيرات الفلسفة الظاهراتية في نظرية التلقي. *مجلة العلامة*، 6(3).
- الحربي، سماهر فيصل. (2023). إدراك المرض والالتزام بالأدوية بين مرضى السكري من النوع 2 في المملكة العربية السعودية (رسالة ماجستير غير منشورة). كلية التمريض، جامعة الملك عبد العزيز.
- حسن، سمير محمد. (2019). دراسة مقارنة لمظاهر الإدراك الاجتماعي للأطفال بالمؤسسات الإيوائية ونموذج مقترح من منظور خدمة الفرد لتنميتها. *مجلة الخدمة الاجتماعية*، 6(62).

حسن، نضال سهيم. (2022). إدراك المرض وعلاقته بالتعافي النفسي لدى المصابات بجائحة كورونا من طالبات قسم رياض الأطفال. مركز البحوث النفسية، المؤتمر العلمي الدولي السنوي الرابع والعشرون، المنعقد في الفترة من 30-31 مارس.

حلاب، رباب. (2018). مستوى الوعي الصحي وكيفية الحصول على المعلومات الصحية لدى طلبة جامعة محمد بوضياف بالمسيلة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة محمد بوضياف، كلية العلوم الإنسانية.

حميداني، موسى. (2023). إدراك المرض وأثره على الالتزام بالعلاج واستراتيجيات التعامل لدى المرضى الخاضعين لعملية زراعة الكلية: دراسة ميدانية بالمركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التوهامي ولاية باتنة (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة باتنة -1.

حميداني، موسى، وابن لمبارك، سومية. (2021). إدراك المرض وتأثيره على جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى الزرع الكلوي. مجلة المقدمة للدراسات الإنسانية والاجتماعية، 6(2).

خليل، صموئيل تامر. (2021). تقنية الحرية النفسية لعلاج اضطراب الوسواس القهري دراسة حالة. مجلة دراسات في الإرشاد النفسي والتربوي، 4(3).

الدبوسي، سارة مصطفى. (2013). إعداد التصميم المتعدد الأجزاء بالإفادة من النظرية الجشتالتية. مجلة بحوث التربية النوعية، 1(29).

الرشيدي، عايش عيد. (2018). التربية الوقائية ومتطلبات الوعي الصحي بمدارس التعليم العام بدولة الكويت رياض الأطفال نموذجاً. الكويت: مجلة العلوم التربوية، المجلد الأول، العدد الثاني.

زخروفة، كودري. (2006). الإدراك الاجتماعي لكل من المعالج النفسي والمعالج بالرقية لدى عينة من فئات المجتمع دراسة مقارنة على عينة من سكان مدينة ورقلة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، كلية الآداب والعلوم الإنسانية.

سرغيني، يونس. (2020). إدراك المرض وعلاقته بنوعية الحياة لدى حاملي الصمامة القلبية الاصطناعية. مجلة دراسات في علم نفس الصحة، 5(2).

سلامة، أحمد. (2015). علم الأمراض النفسية والعقلية. بيروت: دار القلم.

السمان، هدة إبراهيم. (2020). فاعلية برنامج قائم على التكامل الحسي في تنمية بعض المفاهيم العلمية والفنية لطفل الروضة. مجلة العلوم التربوية، 3(2).

سواكري، الطاهر. (2014). التفسير الظاهراتي (الفينومينولوجي) للجريمة والانحراف. مجلة عالم التربية، 15 (45).

سوييف، صابرين محمد. (2021). فاعلية تقنية الحرية النفسية والعلاج المعرفي السلوكي في علاج الوسواس القهري المتعلق بالنظافة. مجلة كلية التربية بجامعة أسيوط، 4(4).

الشخص، عبد العزيز السيد. (2012). مقياس مفاهيم نظرية العقل. جامعة عين شمس، مجلة كلية التربية، 1 (36).

شمل، شيماء عباس. (2022). العمليات الإدراكية وعلاقتها بالاستعداد المدرسي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية. مجلة ديالي للبحوث الإنسانية، 1(91).

صابر، ياسمين محمود. (2020). الخصائص السيكومترية لمقياس اضطراب الوسواس القهري. مجلة الإرشاد النفسي، 1(61).

الصالح، أبركان. (2015). إدراك المرض، أساليب المواجهة وجودة الحياة لدى المصاب بالمرض

المزمن [رسالة دكتوراه منشورة]. جامعة الحاج لخضر - باتنة

الصاوي، رانيا، وعبد القوي، عبده. (2017). المتغيرات الاجتماعية والثقافية لتصور المرض النفسي وأساليب علاجه. مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، 2(51).

الصبوة، محمد نجيب. (2013). كفاءة إدراك الوجوه وتذكرها لدى مرضى الفصام الهذائي وغير الهذائي والأسوياء في ضوء نظريات معالجة الملامح في مقابل معالجة النسب. *المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي*، 1(2).

الصبوة، محمد نجيب، وعبد الستار، مروة محمد. (2022). علاقة التعقل بكل من تحمل الكرب النفسي وتنظيم الانفعالات لدى مرضى الوسواس القهري والطبيعيين. *المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي*، 10(3).

صعدي، إبراهيم بن عبده. (2021). البنية العاملية لمقياس الوسواس القهري في البيئة السعودية: دراسة سيكومترية على المترددين على العيادات النفسية. *مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية*، 1(61).

صفاء، منار. (2023). *الوسواس القهري وعلاقة بالأفكار اللاعقلانية لدى تلاميذ السنة الثالثة ثانوي*. [رسالة ماجستير منشورة، جامعة محمد بوضياف _ المسيلة].

صويلح، سمية. (2019). إدراك وتسيير المرض العضوي المزمن: مرض الباركنسون نموذجاً. *مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية*، 1(17).

عبارة، هاني. (2018). *التشوهات المعرفية وعلاقتها بظهور أعراض اضطراب الشخصية الوسواسية*. *المجلة الأردنية في العلوم التربوية*، (14).

عبد الخالق، أحمد محمد. (1992). *المقياس العربي للوسواس القهري*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

عبد الحميد، نجلاء. (2014). *الفروق بين مرضى الوسواس القهري والأسوياء في المخططات*

المعرفية السلبية والقدرة على صنع القرار وحل المشكلات. *المجلة المصرية لعلم النفس*

الإكلينيكي والإرشادي، 2(3).

عبد الستار، مروة محمد، والوكيل، سيد أحمد. (2022). التعقل بوصفه عملية وسيطة بين تحمل الكرب النفسي وتنظيم الانفعالات لدى مرضى الوسواس القهري. *المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي*، 10(1).

عبد القادر، أبو بكر ساسي. (2015). الوسواس القهري بين الأسباب والعلاج. *مجلة المعرفة*، 1(3).

عبدالله، إيمان الصادق. (2017). الدلالات التشخيصية لاختبار بقع الحبر لدى مرضى الوسواس القهري بمستشفى التجاني الماحي. *مجلة الدراسات العليا*، 8(29).

عبد الوهاب، أحمد كمال. (2016). فاعلية برنامج تدخل مبكر قائم على التكامل الحسي في تنمية التواصل غير اللفظي لدى عينة من أطفال التوحد، *مجلة كلية التربية بأسيوط، المجلد الرابع، العدد (32)*.

العنزي، مريم. (2020). درجة التشوهات المعرفية لدى المرشدات في محافظة القريات بالسعودية وعلاقته بقلق المستقبل لديهن. *دراسات العلوم التربوية، الجامعة الأردنية*، 47(1).

عوده، سليم. (2015). العنف الأسري وعلاقته بالوسواس القهري لدى طلبة الجامعات الأردنية. *مجلة الزرقاء للبحوث والدراسات الإنسانية*، 15(1).

عوف، عبير محمد عبدالخالق. (2018). ورقة عمل عن العلاج المعرفي السلوكي ومرض الوسواس القهري. *مجلة الإرشاد النفسي*، 1(54).

المتولي، طارق أحمد. (2019). اضطراب الوسواس القهري لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد. *المجلة العلمية لكلية رياض الأطفال*، 6(2) (ص، 76).

مراد، سهام السيد. (2021). تصور مقترح لقياس درجة الوعي بمخاطر جائحة فيروس كورونا المسبب لمرض Covid-19 المستجد، لدى طالبات كلية التربية جامعة حائل من وجهة نظر الخبراء والمختصين. *جامعة عين شمس، مجلة كلية التربية، المجلد الرابع، العدد الخامس والأربعون*،

المرسومي، ليلي يوسف. (2019). الوعي الصحي لدى معلمات الروضة. الجامعة المستنصرية، مجلة كلية التربية الأساسية، المجلد الأول، عدد خاص.

مصباحي، علي. (2020). النظرية الجشطالتيّة ورؤيتها للإبداع الفني. مجلة الباحث، المجلد الحادي عشر، العدد الرابع.

مصطفى، رانيا ضياء الدين. (2024). فاعلية برنامج قائم علي علاج المخططات في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الجامعة. مجلة العلوم التربوية، 1(58)، 365-398.

مصطفى، علا محمد. (2017). النظرية الظاهرية فينومينولوجيا العمارة كأساس لمفهوم التصميم الداخلي البيوقلي. مجلة العمارة والفنون والعلوم الإنسانية، العدد الخامس، ص 241-265.

نجيب، سارة حمدي، وهاشم، دعاء فاروق. (2021). الفروق في المخططات المعرفية اللاتكيفية والتشوهات المعرفية لدى مرضى الاكتئاب ومرضى الوسواس القهري واضطراب الشخصية الوسواسية. مجلة كلية التربية، 37(11).

النحال، سماح إبراهيم. (2020). البروفيل النفسي لعينة من ذوي اضطراب الوسواس القهري: دراسة إكلينيكية. رسالة ماجستير غير منشورة، غزة، الجامعة الإسلامية.

وزارة الصحة، سلطنة عمان، (2023). التقرير الصحي السنوي. المديرية العامة للتخطيط والدراسات، دائرة المعلومات والأحصاء.

يحياوي، وردة. (2021). نظرية العقل. مجلة طلبة للدراسات العلمية الأكاديمية، المجلد الرابع، العدد الثاني.

اليوسف، نجلاء عبد الحميد. (2014). الفرق بين مرضى الوسواس القهري والأسوياء في المخططات المعرفية السلبية والقدرة على صنع القرار وحل المشكلات. المجلة المصرية لعلم النفس

الإكلينيكي والإرشادي، 2(3).

- Alharbi, S., Alhofaian, A., & Alaamri, M. M. (2023). Illness Perception and Medication Adherence among Adult Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: A Scoping Review. *Clinics and practice*, 13(1).
- Alkozei, A., Creswell, C., Cooper, P. J., & Allen, J. J. (2015). Autonomic arousal in childhood anxiety disorders: Associations with state anxiety and social anxiety disorder. *Journal of Affective Disorders*, 175.
- Alsaidan, A.A., Alotaibi, S.F., Thirunavukkarasu, A., ALruwaili, B.F., Alharbi, R.H., Arnous, M., & et al. (2023). Medication Adherence and Its Associated Factors among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus Attending Primary Health Centers of Eastern Province, Saudi Arabia. *Medicina*, 59.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th text revision). Washington, DC: APA.
- Ansbacher, H. L., & Ansbacher, R. R. (Eds.). (1956). *The individual psychology of Alfred Adler*. Basic Books.
- Baines, T., & Wittkowski, A. (2013). A systematic review of the literature exploring illness perceptions in mental health utilizing the self-regulation model. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20(3), 263-274.
- Bilondi, S., Noghabi, A., & Aalami, H. (2021). The Relationship between illness perception and medication adherence in patients with diabetes mellitus type II: Illness perception and medication adherence. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 62(4). <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2021.62.4.2277>
- Borda, T., & Neziroglu, F. (2017). Overvalued ideation in adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 255.
- Cavedini, P. (2012). The Somatic Marker Affecting Decisional Processes in Obsessive-Compulsive Disorder. *Cognitive Neuropsychiatry*, 17(2).
- Chan, R. C. H., & Mak, W. W. S. (2016). Common sense model of mental illness: Understanding the impact of cognitive and emotional representations of mental illness on recovery through the mediation of self-stigma. *Psychiatry Research*, 246.
- Chansky, T. (2011). *Freeing your child from obsessive-compulsive disorder: A powerful, practical program for parents of children and adolescents*. Harmony.

- Cohen, J. N., Potter, C. M., Drabick, D. A. G., Blanco, C., Schneier, F. R., Liebowitz, M. R., & Heimberg, R. G. (2015). Clinical presentation and pharmacotherapy response in social anxiety disorder: The effect of etiological beliefs. *Psychiatry Research*, 228(1).
- Coles, M. E., Heimberg, R. G., & Weiss, B. D. (2013). The public's knowledge and beliefs about obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*, 30(8), 778–785.
- Dar, R., Sarna, N., Yardeni, G., & Lazarov, A. (2022). Are people with obsessive-compulsive disorder under-confident in their memory and perception? A review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 52.
- Dembo, J., Veen, S., & Widdershoven, G. (2020). The influence of cognitive distortions on decision-making capacity for physician aid in dying. *International Journal of Law and Psychiatry*, 72. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101627>
- Dias, R. V., Stangier, U., Laurito, L. D., Vigne, P., Loureiro, C. C., Dos-Santos-Ribeiro, S., ... & Fontenelle, L. F. (2018). Illness perceptions across obsessive-compulsive disorder, social anxiety disorder, and panic disorder patients. *International Journal of Cognitive Therapy*, 11.
- Didonna, F. (2019). Mindfulness and obsessive-compulsive disorder: Developing a way to trust and validate one's internal experience. In *Clinical Handbook of Mindfulness*. Springer New York.
- Dittrich, W. (2011). Cognitive performance and specific deficits in OCD symptom dimensions: Decision-making and impairments in risky choices. *German Journal of Psychiatry*.
- Ebel, R. (1972). *Essentials of educational measurement*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. Norton.
- Eshete, A., Getye, B., Aynaddis, G., Tilaye, B., Mekonnen, E., & Taye, B. (2023). Association between illness perception and medication adherence in patients with diabetes mellitus in North Shoa, Zone: Cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1214725>
- Fernandez de la Cruz, L., Kolvenbach, S., Vidal-Ribas, P., Jassi, A., Llorens, M., Patel, N., ... & Mataix-Cols, D. (2016). Illness perception, help-seeking attitudes, and knowledge related to obsessive-compulsive disorder across different ethnic groups: A community survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.
- Freeman, D., Dunn, G., Garety, P., Weinman, J., Kuipers, E., Fowler, D., ... et al. (2013). Patients' beliefs about the causes, persistence and control of psychotic experiences predict take-up of effective cognitive behaviour therapy for psychosis. *Psychological Medicine*.

- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. 11.0 update (4th ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Horney, K. (1950). *Neurosis and human growth: The struggle toward self-realization*. Norton.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Pine, D. S., Klein, D. F., Kasen, S., & Brook, J. S. (2000). Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *Jama*.
- Jung, C. G. (1968). *The archetypes and the collective unconscious*. Princeton University Press.
- Khosravi, Mahmood. (2016). Illness Perception, Depression, Anxiety and Quality of Life in Older Adults Post Coronary Heart Disease Event. Dissertation submitted in partial satisfaction of the requirement for the degree of Doctor of Philosophy in the Nursing. University of California, San Francisco.
- Lam, D. C., & Salkovskis, P. M. (2007). An experimental investigation of the impact of biological and psychological causal explanations on anxious and depressed patients' perception of a person with panic disorder. *Behavior Research and Therapy*.
- Lynch, J., Moore, M., Moss-Morris, R., & Kendrick, T. (2015). Do patients' illness beliefs predict depression measures at six months in primary care: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*.
- Nelms, J. A., & Costed, L. (2016). A systematic review and meta-analysis of randomized and non-randomized trials of clinical emotional freedom techniques for the treatment of depression. *The Journal of Science and Healing*.
- Onen, S. (2013). The relationship between metacognitions and insight in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*.
- Pedley, R. (2018). Illness perceptions in people with obsessive-compulsive disorder and their close significant others. (Unpublished Master Thesis). The University of Manchester, United Kingdom.
- Pedley, R., Bee, P., Wearden, A., & Berry, K. (2019). Illness perceptions in people with obsessive-compulsive disorder: A qualitative study. *PloS One*.
- Pedro, Ricardo. (2016). Adherence to immunosuppressive therapy in kidney transplant recipients: Integrative literature review. Série IV - n.º 8.
- Peeters, N. (2020). Schema therapy with exposure and response prevention for the treatment of chronic anxiety with comorbid personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*.

- Pozza, A., Ferretti, F., & Coluccia, A. (2019). The perception of physical health status in obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH*.
- Shinmei, I., et al. (2017). Pilot study of exposure and response prevention for Japanese patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*.
- Taher, T., Al-Fadhul, S., Abutiheen, A., Ghazi, H., & Abood, N. (2023). Prevalence of obsessive-compulsive disorder (OCD) among Iraqi undergraduate medical students in the time of COVID-19 pandemic. *Middle East Current Psychiatry*.
- Tenore, K. (2018). A theoretical integration of schema therapy and cognitive therapy in OCD treatment: Conceptualization and rationale (Part II). *Psychology*.
- Thomas, G. A. (2018). The role of stress in the pathogenesis and maintenance of obsessive-compulsive disorder.
- Tripathi, A., & Avasthi. (2018). Gender differences in obsessive-compulsive disorder: Findings from a multicentric study from India. *Asian Journal of Psychiatry*.
- ÜNAL, G. Ö., AKTAŞ, G. Ç., İŞCAN, G., & İnci, A. T. A. Y. (2022). Investigation of the relationship between illness perception and clinical characteristics, coping, self-efficacy in cases diagnosed with bipolar disorder. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*.
- Velez, E., & Bosch, R. (2015). Illness perception, coping, and adherence to treatment among patients with chronic kidney disease. *Original Research: Empirical Research – Quantitative*.
- Waikar, S. V., Bystritsky, A., Craske, M. G., & Murphy, K. (1994). Etiological beliefs and treatment preferences in anxiety-disordered patients. *Anxiety*.
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology & Health*.
- Wilson, Reid. (2014). A new model for the initiation of treatment for obsessive–compulsive disorder: An exploratory study. *Journal of Obsessive Compulsive and Related Disorders*.

الملاحق

ملحق (1)

أستمارة ملاحظة سلوكيات مريض

اضطراب وسواس قهري

العمر:

الاسم:

التاريخ

الملف الطبي:

	المظهر العام
	السلوك أثناء الزيارة
	السلوكيات القهرية
	المزاج والعواطف
	ملاحظات إضافية

ملاحظة : كتابة وضع المريض في يوم الزيارة

ملحق (2)

دليل مقابلة مريض الوسواس القهري

المحور الأول: معلومات أساسية:

اسم المفحوص:

العمر:

الجنس:

المستوى التعليمي:

الحالة الاجتماعية:

الوضع الاقتصادي:

المحور الثاني: معلومات عن الاضطراب

التاريخ الطبي للحالة (وفقا للملف الطبي):

ما هي الاعراض التي تعاني منها تحديدا؟

متى بدأت هذه الأعراض؟

صف لنا مشاعرك تجاه هذه التجربة.

كيف أثرت هذه الأعراض على حياتك اليومية؟

من وجهة نظرك ماهي أسباب الإصابة؟

المحور الثالث: التوجه نحو العلاج

متى بدأت العلاج؟

هل كانت لك محاولات للعلاج وما أنواعها؟

هل أحسست بتحسن ما؟

هل كنت مقتنع بالعلاجات التي قدمت لك وما هي؟

ما هي العلاجات التي تتلقاها حاليًا؟

المحور الرابع: مدى الالتزام بالعلاج

ما الذي دفعك لطلب المساعدة الطبية؟

هل أنت ملتزم بالعلاج الدوائي؟ ولماذا

هل أنت ملتزم بالعلاج النفسي؟ ولماذا

نصائح المحيطين بك (الأهل/الأصدقاء) هل كانت تدعم العلاج النفسي أم لا؟ ولماذا؟

المحور الخامس: تأثير الأهل والمقربين في معتقدات المريض:

كيف يصف أهلك إصابتك بالوسواس القهري؟

هل اقترح عليك الأهل علاج معين؟

هل دعمك المقربون عند إصابتك بالوسواس القهري؟

المحور السادس: المقابلة مع الأهل

كيف تصف إصابة المفحوص؟

ماهي أسبابها من وجهة نظرك؟

ماهي العلاجات التي تراها مناسبة بالنسبة لك؟

هل ترى إن العلاج الطبي والنفسي الذي يتلقاه المفحوص فعال؟

المحور السابع: المقابلة مع المختص أو الطبيب

كيف تصف الوضع الحالي للمفحوص؟

هل هو ملتزم بالعلاج الذي يتلقاه؟

هل هناك صعوبات في التعامل مع المفحوص؟

أي ملاحظات إضافية عن وضع المفحوص

ملحق (3)

تعهد مشارك



جامعة الشرقية
كلية الآداب والعلوم الانسانية
قسم علم النفس

تعهد مشارك في دراسة بحثية

2024 / / م

أنا الموقع أدناه:

أفيد بموافقتي على المشاركة في الدراسة البحثية، المنفذة من قبل جامعة الشرقية (كلية الآداب والعلوم الإنسانية) قسم علم النفس التي تحمل عنوان [إدراك المرض لدى مرضى الوسواس القهري].

أدرك وأفهم تمامًا النقاط التالية:

1. طبيعة الدراسة:

- تم تزويدي بمعلومات شاملة حول أهداف الدراسة، المنهجية المتبعة، والنتائج المتوقعة.
- أدرك إن مشاركتي تطوعية ويمكنني الانسحاب في أي وقت دون أي تأثير سلبي عليّ.

2. الخصوصية والسرية:

- أفهم إن جميع المعلومات التي سأقدمها ستُستخدم لأغراض البحث العلمي فقط.
- يلتزم الباحثون بالحفاظ على سرية المعلومات الشخصية ولن تُستخدم أو تُنشر دون موافقتي الصريحة.

3. حقوقى كمشارك:

- لدي الحق في طرح أي أسئلة حول الدراسة والحصول على إجابات واضحة.
- أبلغت بأنني لن أتحمّل أي مخاطر غير معقولة أو غير مبررة نتيجة مشاركتي.

4. الموافقة على استخدام البيانات:

- أوافق على استخدام البيانات التي سأقدمها في الدراسة، بما في ذلك في التحليلات والنشر العلمي، بشرط عدم الكشف عن هويتي.

5. التزامي بالمشاركة:

- أتعهد بالالتزام بتعليمات الباحثين خلال فترة الدراسة.
- أوافق على توفير المعلومات بدقة وأمانة.

6. الموافقة المستتيرة:

- أؤكد أنني تلقيت معلومات كافية حول الدراسة وأنتني أفهم جميع البنود المذكورة أعلاه.
- أوافق على المشاركة في الدراسة بكامل إرادتي ودون أي ضغوط.

توقيع المشارك:

توقيع الباحث:

ملحق (4)

الصورة الأولية لفقرات المقياس قبل التحكيم

تحكيم مقياس إدراك المرض لدى المصابين باضطراب الوسواس القهري

الفاضل الدكتور (ة)

المحترم.....

السلام عليكم ورحمة الله تعالى وبركاته

تقوم الباحثة بدراسة بعنوان: "أدراك المرض لدى المصابين باضطراب الوسواس القهري"، وذلك للحصول على درجة الماجستير في التربية، تخصص (الإرشاد النفسي) بجامعة الشرقية.

ونظرا لخبرتكم الواسعة في المجال، يشرفني أن أضع بين يديكم أداة الدراسة في صورته الأولية، بهدف تحكيمها وإبداء الرأي وبيان مدى مناسبة العبارات وانتمائها للبعد ومدى ملائمتها للبيئة العمانية، علما بأن الباحثة قامت بتطوير وإعادة بناء مقياس (إدراك المرض لدى المصابين باضطراب الوسواس القهري) استنادا على دراسة 2018 (Rebecca E Pedle) ريبيكا إي بيدلي وعلى الدليل التشخيصي الخامس DSM وعلى عدد من الدراسات السابقة .

شاكرة لكم حسن تعاونكم في تحكيم المقياس بما يخدم البحث العلمي في السلطنة.

وتقبلوا منا فائق الاحترام والتقدير

البيانات الشخصية للمحكم:

الاسم الدرجة العلمية:

.....

المسمى الوظيفي..... مكان العمل:

.....

التوقيع:

مقياس إدراك المرض لدى المصابين باضطراب الوسواس القهري (OCD)

المحور الأول إدراك أعراض الوسواس:							
م	الفقرات	الملاءمة للبيئة		الانتماء للمجال		الصياغة اللغوية	تعديلات مقترحة
		ملائمة	غير ملائمة	تنتمي	لا تنتمي	واضحة	
1	تقتحم ذهني أفكار ثابتة						
2	تقتحم ذهني أفكار ثابتة						
3	أحس بالاندفاع						
4	تأتي في ذهني صور متكررة						
5	لدي سلوكيات متكررة (غسل اليدين، الترتيب، التأكد)						
6	أمارس افعال عقلية مثل (الصلاة، العد، تكرار الكلمات بصمت)						
7	الأفكار التي تتكرر في ذهني تشعرني بالقلق الشديد						
8	أكرر سلوكيات معينة لكي أقلل من القلق الذي أحس به						
9	أحاول باستمرار قمع الأفكار والاندفاعات المزعجة التي تقتحم مجال تفكيري						
10	أكرر سلوكيات لكي أمنع حدوث شيء مكروه لي أو لعائلتي						

							أعراض الوسواس القهري استهلكت كل وقتي	11
المحور الثاني: المعتقدات المرتبطة بالوسواس القهري:								
تعديلات مقترحة	الصياغة اللغوية		الانتماء للمجال		الملاءمة للبيئة		الفقرات	م
	واضحة	غير واضحة	لا تنتمي	تنتمي	غير ملائمة	ملائمة		
							أشعر بأن الوسواس القهري سيستمر معي لمدة طويلة	12
							أعراض الوسواس القهري القديمة تعود للظهور عندما أشعر بالتعب.	13
							الوسواس القهري يجعلني أشعر بأنني بدون قيمة	14
							الوسواس القهري يجعلني أشعر بالخوف والقلق	15
							لقد أصبح الوسواس القهري جزءًا من هويتي	16
							أعراض الوسواس القهري تؤثر على صحتي الجسدية وعلى رفاهيتي	17
							يزداد الوسواس القهري سوءًا عندما أُلجأ إلى إخفاء أعراضه	18

							تتفاقم الأعراض التي أعاني منها عندما أكون في أماكن معينة	19
							تزداد أعراضي سوءًا عندما يحتاج روتيني اليومي إلى التغيير.	20
							لدي صورة واضحة عن حالتي	21
							إن الوسواس القهري الذي أعاني منه يجعلني أشعر بالخجل أو الإحراج	22
							إذا شفيت من الوسواس القهري فهذا سيغير مني كشخص	23
							أنواع أعراض الوسواس القهري التي أعاني منها تتغير حسب ما يحدث في حياتي وقتها	24
							إن سماع أو الحديث عن الوسواس القهري يؤدي إلي ظهور أعراض جديدة	25
							أنواع أعراض الوسواس القهري التي أعاني منها تتغير حسب ما يحدث في حياتي وقتها	26
							مسار الوسواس القهري الخاص بي يعتمد عليّ	27
							الوسواس القهري الذي أعاني منه يسبب صعوبات مع الآخرين.	28
							حالتي ميؤوس منها.	29
							يمكن للعلاج الذي أتلناه أن يسيطر على أعراض الوسواس القهري.	30
							يمكنني فعل الكثير للتحكم في الوسواس القهري.	31

							الوسواس القهري الذي أعانيه ليس له تأثير كبير على حياتي	32
							إن الوسواس القهري الذي أعاني منه يعيقني في إنجاز أمور هامة في حياتي.	33

المحور الثالث الأسباب :

تعديلات مقترحة	الصياغة اللغوية	الانتماء للمجال		الملاءمة للبيئة		الفقرات		
		واضحة	لا تنتمي	تنتمي	غير ملائمة	ملائمة		
	غير واضحة	واضحة	لا تنتمي	تنتمي	غير ملائمة	ملائمة		
							تقتحم ذهني أفكار ثابتة	34
							ترجع حالتي إلى خلل كيميائي أو هرموني	35
							أصبت بالوسواس القهري لأنني لا أجيد التعامل مع المواقف الضاغطة	36
							الأحداث المؤلمة في حياتي هي السبب في إصابتي بالوسواس القهري	37
							تعلمت الوسواس القهري من عائلتي	38

								يعود الوسواس الذي أعاني منه إلى أسباب وراثية	39
								الوسواس القهري هو بسبب العين والمس أو السحر	40
								شخصيتي هي سبب إصابتي بالوسواس القهري.	41
								قلة الدعم الاجتماعي في حياتي هو الذي جعلني أصاب بالوسواس القهري.	42
								الأحداث التي مررت بها في طفولتي هي سبب إصابتي بالوسواس القهري.	43
								أصبت بالوسواس القهري لأنني شاهدت أمرا سيئا يحدث لغيري.	44
								شعوري بأن حياتي خارج السيطرة هو سبب إصابتي بالوسواس القهري.	45

ملحق (5)

يتضمن أسماء المحكمين لمقياس (إدراك المرض لدى المصابين باضطراب الوسواس

القهري

م	أسم المحكم	الرتبة العلمية والتخصص	مكان العمل
1	عصام بن عبد المجيد اللواتي	أستاذ مشارك علم النفس التربوي	جامعة الشرقية
2	شريف السعودي	أستاذ مشارك في القياس والتقييم	جامعة الشرقية
3	جوخة بنت محمد الصوافي	أستاذ مشارك في الارشاد النفسي	جامعة الشرقية
4	عبد العزيز المزروعى	أستاذ مساعد في علم النفس	جامعة صحار
5	نوال بوكصاصة	أستاذ محاضر في علم النفس الإكلينيكي	جامعة ابن خلدون تيارت الجزائر
6	نسيمة أكتوف	أستاذ محاضر في علم النفس الإكلينيكي	المعهد الوطني للتكوين العالي لإطارات الشباب الجزائر
7	عزه بنت محمد الهنائي	استشارية طبية نفسية	المجلس العماني للاختصاصات الطبية المجلس العربي للاختصاصات الطبية للصحة النفسية
8	أحمد باسل إبراهيم	زمالة المجلس العربي للطب النفسي	مستشفى سناو
9	صفية بنت هلال البوسعيدي	أخصائي أمراض نفسية	مستشفى المسرة
10	أحمد محمد قمصان	طبيب نفسي	مركز إبراء الصحي

ملحق (6)

مقياس بيل براون للوسواس القهري

مقياس بيل براون للوسواس القهري

Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (Y_BOCS)

أسم المريض:

الملف.....التاريخ.....

رجاء.. ضع علامة (✓) على يمين الجملة التي توضح معدل حدوث كل بند خلال السبعة أيام الماضية بما فيها وقت الجلسة.

1- مقدار الوقت الذي تستغرقه الأفكار الوسواسية

0	لا شيء	
1	أقل من ساعة في اليوم، أو تتكرر أحيانا (بمعدل 8 مرات فأقل يوميا)	
2	من ساعة إلى 3 ساعات في اليوم، أو تتكرر كثيرا (أكثر من 8 مرات في اليوم لكن معظم ساعات خالية من الأفكار الوسواسية).	
3	من 3 إلى 8 ساعات في اليوم، أو تحدث بشكل كثير جدا (تحدث أكثر من 8 مرات في اليوم وفي معظم ساعات اليوم)	
4	أكثر من 8 ساعات في اليوم، أو تحدث بشكل دائم (أكثر من تحملها ونادرا ما تمر ساعة بدون وساوس كثيرة)	

2- مقدار التعارض الذي تحدثه الأفكار الوسواسية مع نشاطاتك الاجتماعية والعملية.

0	لا يوجد	
---	---------	--

1	تعارض خفيف مع النشاطات الاجتماعية أو العملية، ولكن النشاط العام لا يتأثر.
2	تعارض واضح في النشاطات الاجتماعية أو العملية، ولكن يمكن السيطرة عليه.
3	تسبب خلا كبيرا في أداء النشاطات الاجتماعية أو العلمية.
4	تسبب خلا بليغا.

3- مقدار التوتر والقلق المصاحب للأفكار الوسواسية.

0	لا يوجد
1	خفيف (أحيانا)، ليس مزعجا.
2	متوسط (غالبا) ومزعجا، ولكن يمكن السيطرة عليه.
3	شديد (أغلب الوقت) ومزعج جدا.
4	توتر بليغ (دائم) لحد الإعاقاة تقريبا.

4- مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفكار الوسواسية (بغض النظر عن نجاحك في المقاومة).

0	لا أبذل جهدا حتى أقاوم دائما (أو إن الأفكار قليلة جدا بحيث لا حاجة للمقاومة).
1	أحاول إن أقاوم معظم الوقت.
2	أبذل بعض الجهد حتى أقاوم.
3	أستسلم لكل الأفكار الوسواسية بدون محاولة للسيطرة عليها، وإن حاولت السيطرة فيكون بعد تردد.
4	أستسلم كلية وبارادتي للأفكار الوسواسية كلها.

5- مقدار سيطرتك على الأفكار الوسواسية

0	سيطرة تامة.
1	سيطرة كبيرة، عادة يمكنني إن أوقف أو أصرف انتباهي عن الوسواس عند بذل بعض الجهد والتركيز.
2	سيطرة متوسطة، بعض الأحيان أستطيع إيقاف أو صرف انتباهي عن الوسواس،
3	سيطرة قليلة، نادرا ما أنجح في إيقاف الوسواس، أستطيع فقط صرف الانتباه وبصعوبة.
4	لا سيطرة، نادرا ما أستطيع صرف الانتباه عن الوسواس ولو للحظات قليلة.

مجموع الدرجات = ()

6- مقدار الوقت الذي تمضيه في القيام بالأفعال القهرية

0	لأشياء
1	أقل من ساعة في اليوم، أو تقوم بالأفعال أحيانا (لا تزيد عن 8 مرات في اليوم)
2	من ساعة إلى ثلاث ساعات في اليوم، أو تقوم بالأفعال كثيرا (أكثر من 8 مرات في اليوم، ولكن معظم الساعات تخلو من الأفعال القهرية)
3	أكثر من ثلاث ساعات في اليوم، أو تقوم بالأفعال كثيرا جدا (أكثر من 8 مرات في اليوم وخلال معظم ساعات اليوم)
4	أكثر من 8 ساعات في اليوم أو تقوم بالإفعال بشكل دائم (أكثر من 8 مرات في اليوم ونادرا ما تمر ساعة لا تقوم فيها بالأفعال)

7 - مقدار التعارض الذي تحدته الأفعال القهرية في نشاطاتك الاجتماعية والعملية

0	لا يوجد
1	تعارض خفيف مع النشاطات الاجتماعية أو العملية، ولكن النشاط العام لا يتأثر
2	تعارض واضح مع النشاطات الاجتماعية أو العملية، ولكن يمكن السيطرة عليه
3	تسبب خلا كبيرا في أداء النشاطات الاجتماعية أو العملية
4	تسبب عجزا كبيرا

8 - مقدار التوتر والقلق الناتج في حال الامتناع عن القيام بالأفعال القهرية

0	لا يوجد
1	قلق بسيط عند الامتناع عن القيام بالأفعال
2	يظهر القلق لكن يمكن تحمله
3	قلق واضح ومزعج للغاية
4	قلق شديد يسبب عجزا بليغا

9- مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفعال القهرية (بغض النظر عن مدى نجاحك في المقاومة)

0	أبذل جهدا حتى أقاوم دائما (أو إن الأفعال القهرية قليلة بحيث لا حاجة للمقاومة)
1	أحاول إن أقاوم معظم الوقت
2	أعمل بعض المحاولات للمقاومة
3	استسلم لكل الأفعال القهرية بدون محاولة للسيطرة عليها، وإن حاولت السيطرة فيكون بعد تردد
4	أستسلم كلية وبارادتي لكل الأفعال القهرية

10 - مقدار سيطرتك على الأفعال القهرية

0	سيطرة تامة
1	عادة ما أوقف الأفعال القهرية بصعوبة
2	أحيانا أستطيع إيقاف الأفعال القهرية بصعوبة
3	أستطيع بصعوبة إن أؤخر - فقط - الأفعال القهرية لكن يجب على القيام بها حتى النهاية
4	نادرا ما أستطيع إن أؤخر القيام بالأفعال القهرية ولو للحظات.

مجموع الدرجات = ()

مجموع الدرجات الكلي = ()

التصحيح

ماذا يعني تقييمك في مقياس بيل - براون للوسواس القهري

شدة اضطراب الوسواس القهري	المعدل في مقياس بيل - براون للوسواس القهري
خفيف جدا	7 - صفر
خفيف	8 - 15
متوسط	16 - 23
ملحوظ	24 - 31
شديد	32 - 40

صفر - 7: أعراض وسواس قهري خفيفة جدا في الغالب لا تحتاج إلي العلاج إلا إذا كان معدلا قليل لأنك تتجنب مواقف كثيرة أو لديك أفعال قهرية فقط أو وسواس فقط.

8 - 15: أعراض خفيفة والتي من المحتمل إن تتعارض في حياتك بطرق ملحوظة. (إذا كان لديك وسواس أو أفكار فهذا يعني شدة متوسطة)

16 - 23: أعراض متوسطة، إحراز 16 نقطة هو الحد الأدنى المطلوب لدخول دراسات علاج اضطراب الوسواس القهري.

24-31: أعراض ملحوظة والتي من المحتمل إن تفسد نوعية حياتك بصورة كبيرة.

32 - 40: أعراض شديدة والتي من المحتمل إن تسبب عجزا بالغا. قد تحتاج إلي علاج يقوم به اختصاصي في اضطراب الوسواس القهري.

ملحق (7)

الصورة النهائية

لمقياس إدراك المرض لدى المصابين باضطراب الوسواس القهري

إعداد الباحثة: عزة بنت عبدالله المحرزي

مقياس إدراك المرض لدى المصابين باضطراب الوسواس القهري

A measure of illness perception among people with obsessive-compulsive disorder (OCD)

رقم

الاسم:

التاريخ

الملف

1: إدراك أعراض الوسواس القهري

نرجو منك تحديد موقفك عن الأعراض التي عايشتها منذ إصابتك بالوسواس القهري

م	العبارات	مرتفع جداً	مرتفع	متوسط	منخفض	منخفض جداً
1	تسيطر على ذهني أفكار ثابتة					
2	أشعر بأن هناك شيئاً ما يدفعني.					
3	تأتي في ذهني صور متكررة					
4	لدي سلوكيات متكررة (غسل اليدين، الترتيب، التأكد.... الخ)					

					5	أمارس نشاطات ذهنية معينة مثل (العد، تكرار الكلمات بصمت الخ)
					6	الأفكار التي تتكرر في ذهني تشعرني بالقلق الشديد
					7	أشعر بالخوف والقلق من الأفكار التي تتكرر في ذهني
					8	أحاول باستمرار قمع الأفكار والاندفاعات المزعجة التي تقتحم مجال تفكيري
					9	أكرر سلوكيات لكي أمانع حدوث شيء مكروه لي أو لعائلتي
					10	أعراض الوسواس القهري استهلكت كل وقتي

2- المعتقدات المرتبطة بالوسواس القهري

نرجو تحديد موقفك من العبارات التالية:

م	العبارات	مرتفع جدًا	مرتفع	متوسط	منخفض	منخفض جدًا
1	يلازمني دوما شعور بأن الوسواس القهري سيستمر معي لمدة طويلة					
2	عندما أشعر بالتعب تعود لي أعراض الوسواس القهري.					
3	الوسواس القهري يجعلني أشعر بأنني بدون قيمة					

					4 الوسواس القهري يجعلني أشعر بالخوف والقلق
					5 أصبح الوسواس القهري يشكل جزءًا من هويتي
					6 تؤثر أعراض الوسواس القهري على صحتي
					7 يزداد الوسواس القهري سوءًا عندما ألبأ إلى إخفاء أعراضني.
					8 تزداد الأعراض التي أعاني منها عندما أكون في أماكن معينة.
					9 تزداد أعراض الوسواس القهري عندما يتغير روتيني اليومي.
					10 لدي صورة واضحة عن حالتي
					11 إن الوسواس القهري الذي أعاني منه يجعلني أشعر بالخلج أو الإحراج
					12 إذا شفيت من الوسواس القهري فأصبح شخص آخر.
					13 تتغير أعراض الوسواس القهري تبعًا لظروفي
					14 مجرد السماع أو الحديث عن الوسواس القهري يؤدي إلى ظهور أعراض جديدة.
					15 أنواع أعراض الوسواس القهري التي أعاني منها تتغير حسب ما يحدث في حياتي وقتها
					16 مسار الوسواس القهري يعتمد عليّ
					17 الوسواس القهري الذي أعاني منه يسبب صعوبات مع الآخرين.

					18	أعتقد إن إصابتي بالوسواس القهري حالة ميؤوس منها.
					19	يمكن للعلاج الذي أتلناه إن يقضي على أعراض الوسواس القهري.
					20	يمكنني فعل الكثير للتحكم في الوسواس القهري.
					21	الوسواس القهري الذي أعانيه ليس له تأثير كبير على حياتي
					22	يمنعني الوسواس القهري من أنجاز أمور هامة في حياتي

3: الأسباب

إليك مجموعة من الأسباب التي تتعلق بالوسواس القهري حدد موقفك منها:

م	العبارات	مرتفع جدًا	مرتفع	متوسط	منخفض	منخفض جدًا
1	ترجع حالتي إلى خلل كيميائي أو هرموني.					
2	أصبت بالوسواس القهري لأنني لا أجد التعامل مع المواقف الضاغطة.					
3	الأحداث المؤلمة في حياتي هي السبب في إصابتي بالوسواس القهري.					

					4	اكتسبت الوسواس القهري من عائلتي.
					5	يعود الوسواس القهري الذي أعاني منه إلى أسباب وراثية.
					6	الوسواس القهري هو بسبب العين والمس أو السحر.
					7	طبيعة شخصيتي هي سبب إصابتي بالوسواس القهري.
					8	قلة الدعم الاجتماعي في حياتي هو الذي جعلني أصاب بالوسواس القهري.
					9	الأحداث التي مررت بها في طفولتي هي سبب إصابتي بالوسواس القهري.
					10	أصبت بالوسواس القهري لأنني شاهدت أمرا سيئا يحدث لغيري.
					11	شعوري بأن حياتي خارج السيطرة هو سبب إصابتي بالوسواس القهري.

طريقة التصحيح وتفسير النتائج:

يتكون المقياس من ثلاث ابعاد:

1: إدراك أعراض الوسواس القهري

2- المعتقدات المرتبطة بالوسواس القهري

3- الأسباب

جدول توزيع الفقرات على أبعاد المقياس

أسم البعد	الفقرات
إدراك اعراض الوسواس القهري	10
المعتقدات المرتبطة بالوسواس القهري	22
الأسباب	11
المجموع	43

تصحيح المقياس:

ميزان العلامة الكلية للمقياس : (215)

كيف تم تقسيم الدرجات

الدرجة على مقياس ادراك المرض لدى مرضى الوسواس القهري	شدة الادراك للاضطراب
صفر - 43	منخفض جداً
44 - 86	منخفض
87 - 129	متوسط
130 - 172	مرتفع
173 - 215	مرتفع جداً

اعلى درجة يحص عليها المستجيب (215) وأقل درجة يحصل عليها المستجيب (43) الدرجة (129) هي درجة القطع بين إدراك المريض لمرض الوسواس القهري

- مدة تطبيق المقياس (30) دقيقة .

ملحق (8)

موافقة وزارة الصحة

Sultanate of Oman
Ministry of Health
Directorate General of Planning & Studies
Centre of Studies and Research



سلطنة عمان
وزارة الصحة
المؤسسة العامة للتخطيط والدراسات
مركز الدراسات والبحوث

Ref.: ...MoH/DGPS/CSR/PROPOSAL_APPROVED/122/2024

Date: 29/09/2024

الرقم:
التاريخ:
الطرف:

Azza Abdullah Al-Mahrazi
Principal Investigator

Study Title: Perception of illness in patients with obsessive-compulsive disorder.

Proposal ID: MoH/CSR/24/ 28704

After compliments,

We are pleased to inform you that your research proposal '**Perception of illness in patients with obsessive-compulsive disorder**' has been approved by the Health Studies and Research Approval Committee (HSRAC), Ministry of Health.

The HSRAC should be notified in case of any changes or significant deviation from the approved proposal, otherwise this approval will be deemed invalid. On completion of the study, you are required to provide a copy of the final report within 2 months to the Centre of Studies and Research in Ministry of Health.

Regards,

Dr Issa Al-Salmi
Acting Chairperson
Health Studies and Research Approval Committee (HSRAC)
Ministry of Health, Sultanate of Oman



Cc: Day file

الموقع الإلكتروني: www.mohcsr.gov.om

ملحق (9)

موافق المركز الوطني للإحصاء



رقم القيد : 244223071

التاريخ: ٨ / ربيع الأول/ 1446هـ

الموافق: ١١ / سبتمبر/ 2024م

الفاضلة / عزة بنت عبدالله بن أحمد الحرزبية المحترمة
طالبة ماجستير – جامعة الشرقية
تحية طيبة وبعد...

الموضوع: مقياس إدراك المرض لدى المصابين بأضطراب الوسواس القهري

إشارة إلى طلبكم رقم (2024-1031) حول الموافقة على الموضوع أعلاه، يسرنا إفادتكم بعدم ممانعة المركز من إجراء الدراسة، مع تأكيدنا عليكم بضرورة المحافظة على سرية البيانات الفردية للمشاركين ونتائج الدراسة، واستخدامها لأغراض الدراسة فقط وليس للنشر العام على أي مستوى آخر، مع ضرورة الالتزام والتقيد بكافة الأحكام الواردة بقانون الإحصاء والمعلومات ولانحته التنفيذية.

وننوه أيضاً إلى أن هذه الموافقة سارية حتى 08 مارس 2025م، وفي حال رغبتكم في إعادة تنفيذ هذه الدراسة مستقبلاً أو أي دراسات أخرى تتطلب جمع بيانات من المجتمع يرجى التكرم بالتقدم بطلب جديد.

وقد أعطيت لكم هذه الموافقة دون تحمل المركز أدنى مسؤولية أو تبعات قانونية ناجمة عن قيامكم بهذه الدراسة.

وتفضلوا بقبول فائق التقدير والاحترام،،

عن / محفوظ بن سالم المشرفي
مدير دائرة قياس الرأي العام بالسندب

المركز الوطني
للإحصاء
والمعلومات
عمان
سلطنة عمان

NATIONAL CENTRE
FOR STATISTICS
& INFORMATION
Enhancing Knowledge
SULTANATE OF OMAN

INFO@NCSI.GOV.OM
097777430 00 00 04

NATIONAL CENTRE FOR STATISTICS & INFORMATION
P.O. BOX 848, MUSCAT 131 | SULTANATE OF OMAN
Tel: +968) 80076274

المركز الوطني للإحصاء والمعلومات
ص ب 848، مسقط رب 131، سلطنة عمان
هاتف: 80076274 (+968)

ملحق (10)

مهمة تسهيل باحث



جامعة الشرقية
ASHARQIYAH UNIVERSITY

كلية الآداب والعلوم الإنسانية

التاريخ: 2024/6/2م

إلى من يهمه الأمر

تحية طيبة... وبعد

الموضوع/ تسهيل مهمة باحث

يرجى التكرم بتسهيل مهمة الطالبة/ عزة بنت عبدالله بن أحمد المحرزية، الرقم الجامعي (2112090)، والمسجلة في برنامج الماجستير في التربية تخصص الإرشاد النفسي لدراساتها المعنونة "إدراك المرض لدى مرضى الواسوس القهري دراسة إكلينيكية".

وذلك خلال العام الدراسي 2024/2023م، ضمن متطلبات التخرج من البرنامج والحصول على درجة الماجستير.

شاكرين ومقدرين تعاونكم الدائم.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير،

د. محمد بن خلفان الصقري
عميد كلية الآداب والعلوم الإنسانية

