

# مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية

مجلة علمية فصلية محكمة

العدد الحادي والستون

شوال ١٤٤٢هـ



[www.imamu.edu.sa](http://www.imamu.edu.sa)  
[e-mail.humanitiesjournal@imamu.edu.sa](mailto:e-mail.humanitiesjournal@imamu.edu.sa)

البنية العاملية لمقياس الوسواس القهري في البيئة السعودية  
دراسة سيكومترية على المترددين على العيادات النفسية

د. إبراهيم بن عبده سعدي

قسم علم النفس - كلية العلوم الاجتماعية

جامعة جدة



## البنية العاملية لمقياس الوسواس القهري في البيئة السعودية دراسة سيكومترية على المترددين على العيادات النفسية

د. إبراهيم بن عبده سعدي

قسم علم النفس - كلية العلوم الاجتماعية

جامعة جدة

تاريخ قبول البحث: ٢٠/٦/١٤٤٢هـ


تاريخ تقديم البحث: ١٩/١٠/١٤٤١هـ

### ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن خصائص البنية العاملية لمقياس الوسواس القهري في البيئة السعودية، والتحقق من الصدق البنائي لمقياس أبعاد الوسواس القهري. كما هدفت أيضاً لحساب معامل التشابه العاملي لأبعاد المقياس بعد ترجمته للبيئة السعودية مقارنة مع البيئات الأخرى المتاحة، وذلك لتوفير أداة تقرير ذاتي لمقياس اضطراب الوسواس القهري. وتكونت عينة الدراسة من ثلاث مجموعات، المجموعة الأولى من مرضى الوسواس القهري وعددهم (ن = ١٢٧) مريضاً، والمجموعة الثانية من الأسوياء وعددهم (ن = ١٢٧) تراوحت أعمارهم بين (١٨ - ٦٠) عاماً. والمجموعة الثالثة من المجتمع العام وعددهم (ن = ٢٧٥٨) تراوحت أعمارهم بين (١٨ - ٦٠) عاماً. وتكونت أدوات الدراسة من مقياس أبعاد الوسواس القهري. وأشارت نتائج الدراسة إلى صدق البناء العاملي للمقياس، ووجود معامل تشابه عاملي بين مقبول ومرتفع بين النتائج الحالية ونتائج الدراسات السابقة. كما أظهرت نتائج التحليل العاملي التوكيدي ملاءمة النموذج المقترح من أربعة عوامل للبيانات التي تم الحصول عليها من العينة المجتمعية. كما جاءت نتائج الثبات من حيث الاتساق الداخلي والثبات عبر الوقت مرتفعة. وأيضاً كان للمقياس قدرة مرتفعة على التمييز الدقيق بين المرضى والأسوياء. كما أظهرت نتائج الانتشار نسبة كلية مرتفعة حيث كانت (٧٪) فيما بين المجتمع العام، وكانت نسبتها في الذكور (٤.٩٪)، وفي الإناث (٩٪).

**الكلمات المفتاحية:** اضطراب الوسواس القهري، التشابه العاملي، التحليل العاملي

الاستكشافي والتوكيدي، منحني الحساسية والتحديد، الخصائص السيكومترية.



The Factorial Structure of the Obsessive-Compulsive Scale in the Saudi Environment: A Psychometric Study on Psychiatric Clinic outpatients


**Dr. Ibrahim A Saadi**

Department of Psychology -Social Sciences College - University of Jeddah

**Abstract:**

The present study aims to investigate the structural validity of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale (DOCS). In addition, estimating the factor congruency of the Saudi-Arabic translation of the scale with other available studies. That for make availability of a valid measurement of the Obsessive- Compulsive Disorder (OCD) in the current culture. The present study sample included three groups, the first and the second groups consisted of both OCD patients and healthy individuals (the healthy group as a controller group). Every group included 127 participants and their ages ranged between 18 and 60 years old. The third group recruited from the general population (n= 2758; ages ranged from 18 to 60 years old). the DOCS was utilized to assess the symptoms of the OCD among all the study sample. The results indicated that there was a validity of the factorial structure of the DOCS beside the acceptable and excellent factor congruency values with the relevant studies. In addition, the CFA results showed fair and significant fit indices of the four-factor model. Reliability analysis based on the internal consistency and the test-retest methods, appeared high values. Receiver Operating Characteristic (ROC) curve analysis showed that the DOCS has a high ability in discriminant diagnosis.

**Keywords:** Obsessive- Compulsive Disorder (OCD), Factor congruency, exploratory and confirmatory factor analysis, ROC curve, psychometric properties.



## المقدمة:

إن الوسواس القهري من الاضطرابات العقلية الشديدة التي تتسبب في معاناة كبيرة لدى الشخص المضطرب. فمعظم الناس يُعانون من أفكار مُزعجة أو سلوكيات مُلحة، وعندما تُصبح هذه الأفكار والسلوكيات مُتكررة بشكل مُبالغ فيه لتتعارض مع الأنشطة اليومية العادية، يُصبح التشخيص هنا مُرتبط بشكل كبير باحتمالية وجود اضطراب الوسواس القهري، هذا التشخيص تتراوح نسبته بين (٢.٥٪ : ٣٪) من المجتمع العام، كما يُشكل هذا الاضطراب عبئاً صحياً على المجتمع (Pittenger, 2017).

ويُعد الشكل الأساسي في اضطراب الوسواس القهري هو أفكار وسواسية أو أفعال قهرية. وتتكون الأفكار الوسواسية من خلال أفكار أو صور تقتحم تفكير المريض مراراً وتكراراً بشكل نمطي. وتضغط هذه الأفكار المريض بشكل مستمر، ويُحاول المريض أن يُقاوم هذه الأفكار ولكنه لا يستطيع التخلص منها. أما الأفعال القهرية فهي عبارة عن سلوكيات وعادات يومية متكررة ونمطية. هذه الأفعال ليست بغرض الاستمتاع أو تنفيذ مهام يومية ذات فائدة، ولكنها تكون مجرد محاولة للتخلص من القلق. وعند منع حدوث هذه الأفعال القهرية تزداد حالة المريض سوءاً (WHO, 1992). يُعرف غانم (٢٠٠٤) اضطراب الوسواس القهري "بأنه أفكار تراود الفرد وتعاوده وتلازمه ولا يستطيع التخلص منها، على الرغم من غرابتها وعدم واقعيتها؛ أما الأفعال القهرية فهي أفعال حركية روتينية غير مفيدة، ولا يوجد معنى منطقي لها". كما يُعرف بأنه أفكار وسلوكيات أو أفعال عقلية اقتحامية متكررة لا يمكن السيطرة عليها. فالوسواس Obsessions هي الأفكار أو الصور أو

النبضات الاقترامية المتكررة غير العقلانية التي لا يمكن السيطرة عليها. أما الأفعال القهرية فهي السلوكيات أو الأفعال العقلية المتكررة التي تظهر للحد من التوتر الذي تسببه الأفكار الوسواسية أو لمنع حدوث خطر ما (كربنج وآخرون، ٢٠١٥).

وقد تناولت نظريات علم النفس الوسواس القهري من جوانب عدة، ووضعت تفسيرات عديدة حول أسباب ظهور اضطراب الوسواس القهري: فمثلاً أشارت نظرية التحليل النفسي إلى أن سبب الإصابة بالوسواس القهري هو قوة رقابة الأنا الأعلى على سلوك الفرد بشكل مبالغ فيه، نتيجة لأساليب التنشئة الخاطئة التي تعتمد على اللوم والتأنيب، بالإضافة إلى أهمية مراحل النمو وبالأخص إجراءات النظافة المتبعة عند تعليم الطفل التحكم في الإخراج. مما ينتج عنه لوم ذات وتأنيب بشكل متكرر في صورة أفكار تسلطية (إمام والرمادي، ٢٠٠١). ومن وجهة النظر الاجتماعية، فإن من سمات الشخص ذوي الوسواس القهري عبارة عن تعلم سلوكيات وممارستها بما يقلل من القلق أو الانفعالات السلبية الأخرى، حيث يعجز الآباء عن خلق جو من المرح والتلقائية، بل قد يعاقبون الطفل على قيامه بهذه الأشياء. كما يسعى الآباء لإلزام الطفل بتنفيذ أوامرهم وحفظ القواعد المتوقعة (عيسوي، ٢٠٠٤). بينما ترى النظرية المعرفية أن الأفكار التسلطية تكون على المستوى المعرفي، ويرافقها الشعور بالتوتر والقلق المتزايد نتيجة نوع الفكرة وخرابتها. ويولد هذا القلق رغبة ملحة لدى الفرد تدفعه إلى الحد منه، ومن هنا يبدأ الفرد بالقيام بالفعل القهري حتى يشعر بالراحة والهدوء. ولكن لا يدوم هذا الإحساس لأن الفعل لا يُزيل الفكرة التسلطية. بل يؤدي إلى إحساس بعدم

كفاية الفعل القهري، مما ينتج عنه زيادة التوتر والقلق. وهكذا تستمر الدورة النفسية بين الفكرة التسلطية والفعل القهري. كما يتسم ذوي الوسواس القهري بتحيز معرفي يجعلهم يُفسرون أفكارهم العابرة تفسيراً كارثياً، ويرافق ذلك إضفاء معاني سلبية على الشخص، فيحاول كبح هذه الأفكار، مما يؤدي بدوره إلى زيادة القلق والتوتر (بشري وعبد الظاهر، ٢٠٠٩). ومن وجهة النظر السلوكية، فإن الوسواس القهري يرجع إلى الاشراف بين الأفكار التسلطية والقلق، وما بين الأفعال القهرية والشعور بالراحة المؤقتة. حيث يصبح الوسواس منبهاً شرطياً للتوتر والقلق، وتصبح الأفكار المحايدة منبهات شرطية قادرة على استثارة القلق، ثم يتوصل الشخص أن فعلاً معيناً هو الذي يقلل القلق المرتبط بالأفكار التسلطية، لذلك تتطور خطط التجنب الفعالة على شكل أفعال قهرية للسيطرة على هذا القلق، وتصبح خطط التجنب ثابتة بكونها أنماطاً متعلمة للسلوك القهري (عبد الخالق ورضوان، ٢٠٠٢). وأن الأفعال القهرية يتكرر فعلها الإلزامي للحد من القلق. وتكرار هذه الأفعال مرتبط بعدم الثقة في الذاكرة (كرينج وآخرون، ٢٠١٥). كما تشير التفسيرات العصبية إلى أن الإصابة بالوسواس القهري ترجع إلى النشاط غير العادي في ثلاث مناطق بالمخ، وهي: القشرة الأمامية المدارية، والنواة المذنبة، والمنطقة الحزامية الأمامية، كما تُسهم الوراثة بنسبة تتراوح من (٣٠ - ٥٠٪) في الإصابة باضطراب الوسواس القهري (كرينج وآخرون، ٢٠١٥). ويرى زهران (٢٠٠١) أن العوامل البيولوجية التي تؤدي إلى تغيرات كيميائية تحدث نتيجة وجود بؤرة كهربائية نشطة في لحاء المخ تسبب تكرار الفكرة أو السلوك، كما أن النقص في الناقل العصبي الكيميائي في المخ (السيروتونين) يؤدي إلى



ظهور الوسواس القهري. هذا بالإضافة إلى العوامل الوراثية التي تنقل المرض من الآباء إلى الأبناء ، خاصة إذا كان لديهم الاستعداد الوراثي للمرض.

## ويوضح (DSM-5) الدليل الاحصائي والتشخيصي للأمراض النفسية معايير أو محكات اضطراب الوسواس القهري على النحو التالي

(أ) وساوس أو أفعال قهرية أو كليهما

- تحدد الوسواس بما يلي :

- ١) أفكار مستمرة ومتكررة أو صور ذهني. تكون هذه الصور أو الأفكار غير مرغوب فيها ، وتقتحم عقل الشخص رغماً عنه ، وتسبب له القلق.
- ٢) يحاول الشخص تجاهل أو كبت هذه الأفكار والصور.

- تحدد الأفعال القهرية بما يلي :

- ١) ممارسة سلوكيات متكررة مثل (غسل اليدين - ترتيب وفحص الأشياء) أو أفعال عقلية (تكرار العد - تكرار كلمات بدون صوت).
- ٢) يكون الغرض من السلوكيات والأفعال الحد من القلق والتوتر ، وتكون غير واقعية وغير مرتبطة بالواقع.

(ب) تلك الوسواس والأفعال القهرية تستهلك الوقت ، كما تؤثر سلباً على جوانب الحياة الاجتماعية العمل.

(ج) لا تكون هذه الأعراض ناتجة عن تأثيرات فسيولوجية لعقار طبي معين.

(د) قد يكون المريض مستبصراً أو غير مستبصر بأعراض الاضطراب ، أو قد يكون مصحوباً بضلالات أو أوهام (APA, 2013).

## مشكلة الدراسة

يُعد بناء مقياس يتمتع بخصائص سيكومترية لتقييم الاضطرابات النفسية مثل الوسواس القهري بطريقة التقرير الذاتي للمستجيب أمراً في غاية الأهمية؛ نظراً لتعدد أعراض هذا النوع من الاضطرابات النفسية وتنوعها بين الأفراد.. ووجد أن العديد من مقاييس الوسواس القهري محدودة من حيث اتساقها التجريبي ووضوح المفاهيم حول تقييم شدة أعراض هذا الاضطراب. على سبيل المثال بعض المقاييس تقيس شدة الأعراض بعبارات تقيس أعراضاً مختلفة لا يوجد بينها ترابط. وبناءً على ما سبق فإن استخدام مقياس أبعاد الوسواس القهري هو محاولة للتغلب على مشاكل مقاييس التقرير الذاتي السابقة (Melli et al., 2015 a). ويُعد قياس الوسواس القهري وتشخيصه أمراً مهماً في مجال القياس النفسي والمجال الإكلينيكي، وذلك لزيادة معدلات انتشاره، حيث تُقدر نسب الانتشار وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس، في الولايات المتحدة (١.٢) وعالمياً بين (١.١ : ١.٨)، وتكون النسبة أعلى لدى الإناث مقارنة بالذكور في مرحلة الرشد، والعكس في مرحلة الطفولة. ويبدأ ظهور الاضطراب عند (١٩.٥) عاماً و(٢٥٪) من الحالات يبدأ عند عمر (١٤) عاماً، ونادراً ما يظهر الاضطراب بعد عمر (٣٥) عاماً (APA, 2013). وفي الإسكندرية يُعاني واحد من (٤٠) بالغاً، وواحد من كل (٢٠٠) طفل من اضطراب الوسواس القهري (سالم، ٢٠٠٨). وفي محافظة القاهرة (جمهورية مصر العربية) نجد أن نسب انتشار اضطراب الوسواس القهري تمثل (١٠٪) من المرضى المترددين على العيادات النفسية، حيث يأتي في المرتبة الرابعة بعد اضطراب المخاوف، والاكتئاب، والاضطرابات الناتجة

عن المخدرات (عكاشة، ٢٠٠٣). وفي دراسة لحساب انتشار الوسواس القهري في (محافظة عسير) جنوب المملكة العربية السعودية تم استخدام النسخة العربية من القائمة المراجعة للوسواس القهري بسختها المختصرة (Obsessive – Compulsive Inventory Revised (OCI-R). أظهرت النتائج أن نسبة الانتشار الكلية للوسواس القهري تمثل (٣,٤٪) (Alsubaie et al., 2020).

ومما سبق عرضه يمكن تحديد مشكلة الدراسة من خلال التساؤلات التالية:

- ١) هل تتشابه العوامل المستخرجة من مقياس أبعاد الوسواس القهري في الثقافة السعودية مع العوامل المستخرجة من ثقافات أخرى؟
- ٢) ما مكونات البيئة العاملة لمقياس الوسواس القهري على العينة المجتمعية؟
- ٣) ما دلالات القدرة التشخيصية لمقياس الوسواس القهري لاضطراب الوسواس القهري؟
- ٤) ما دلالات الصدق والثبات لمقياس الوسواس القهري لدى أفراد الدراسة؟
- ٥) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) في نسب انتشار اضطراب الوسواس القهري يعزى للمتغيرات (النوع، العمر، التعليم، المستوى الاقتصادي، الحالة الاجتماعية، مكان الإقامة).

## أهداف الدراسة :

١. التعرف إلى أي مدى تتشابه العوامل المستخرجة من مقياس أبعاد الوسواس القهري في الثقافة السعودية مع العوامل المستخرجة من ثقافات أخرى.
٢. التعرف على مكونات البيئة العاملة لمقياس الوسواس القهري على العينة المجتمعية.
٣. الكشف عن دلالات القدرة التشخيصية لمقياس الوسواس القهري لاضطراب الوسواس القهري.
٤. استكشاف دلالات الصدق والثبات لمقياس الوسواس القهري لدى أفراد الدراسة.
٥. التحقق من وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) في نسب انتشار اضطراب الوسواس القهري يعزى للمتغيرات (النوع، العمر، التعليم، المستوى الاقتصادي، الحالة الاجتماعية، مكان الإقامة).

## الأهمية النظرية والتطبيقية للدراسة.

- ١) تبرز أهمية الدراسة من أهمية اضطراب الوسواس القهري، الذي يؤثر سلباً على تكيف الفرد مع جوانب الحياة بكل أشكالها.
- ٢) توفير مراجعات حديثة لمفهوم الوسواس القهري.
- ٣) توفير أداة علمية للباحثين الإكلينكيين مقننة على البيئة المحلية.
- ٤) التيسير على الباحثين القيام بدراسات لهذا الاضطراب تعتمد على مقياس يتمتع بكفاءة سيكومترية عالية.

٥) ترجمة وحساب الخصائص السيكومترية لمقياس لتقييم اضطراب الوسواس القهري يمثل أهمية في العمل الإكلينيكي ليلائم البيئة السعودية.

٦) تُعد هذه الدراسة أساساً علمياً لوضع برامج التأهيل وإعادة التأهيل، والتي تهتم للارتقاء بالحالة الصحية والنفسية للأشخاص ذوي الوسواس القهري.

### مصطلحات الدراسة :

#### اضطراب الوسواس القهري

الوسواس القهري هو عبارة عن وجود وساوس قهرية وأفعال قهرية. فالوساوس هي أفكار متكررة أو صور ذهنية غير مرغوب فيها تقتحم عقل المريض. أما الأفعال القهرية فهي سلوكيات مُتكرر يقوم بها الفرد، ويشعر أنه مدفوع لفعلها وفقاً لقواعد صارمة لا يستطيع التخلص منها (APA, 2013).

ويُعرف الوسواس القهري إجرائياً في الدراسة الحالية بأنه اضطراب عقلي يظهر على شكل خوف من التلوث (العدوى) أو حدوث كوارث مفاجئة (توقع السوء دون مبرر لذلك) أو صوراً ذهنية تقتحم العقل (تخيلات مزعجة بالرغم من معرفته عدم صحتها) أو عدم تحمل فعل الأشياء الا بمثابة مفردة. قد يكون هذا الخوف أفكاراً أو يصل لأفعال لتجنب هذه الأفكار. كلما زاد معدل تكرار تلك الأفكار والأفعال ونجم عن ذلك إضاعة وقت ومجهود الشخص كلما كانت الحياة أكثر صعوبة واعتبر هذا اضطراباً إكلينيكياً يتداخل مع حياة الفرد اليومية مما يؤثر سلباً على حياته الاجتماعية والمهنية والدراسية.

## التشابه العاملي

يُعرف التشابه العاملي بأنه استخدام معامل توكر للتشابه العاملي Toker's Factor Congruence بغرض التحقق من تشابه بنيه عاملية تم استخراجها بالتحليل العاملي الاستكشافي على عينة ما مع بنية عاملية أخرى تم استخراجها بنفس الطريقة ونفس عدد العوامل لعينة أخرى، قد تكون عبر ثقافية او لعينات مختلفة داخل نفس الثقافة، كأن تكون عينة اكلينيكية وأخرى مجتمعية (Lorenzo-Seva & Ten Berge, 2006). ويمكن استخراج هذا المعامل بطريقة يدوية أو إلكترونية باستخدام برامج الإحصاء، وحاليا هذه الطريقة متاحة باستخدام لغة البرمجة R (Revelle, 2017) وموضح بالجدول (٣) في جزء النتائج الكود الخاص بهذه الطريقة.

### حدود الدراسة:

**الحدود الزمانية:** طبقت أداة الدراسة الحالية على العينة المستهدفة في

الدراسة بين شهري ديسمبر ٢٠١٩ ويناير ٢٠٢٠م.

**الحدود البشرية والمكانية:** تتضمن الحدود البشرية في مجموعتين هما: عينة

إكلينيكية من الذكور والإناث (مرضى الوساس القهري،  $n=127$ ) من

المتريدين على العيادات الخارجية في مستشفى للصحة النفسية بمدينة جدة،

وقسم الصحة النفسية بمستشفى الملك عبد العزيز بمكة المكرمة، ومستشفى

الأمل للصحة النفسية بجازان. بالإضافة إلى عينة مجتمعية من الذكور والإناث

( $n=2758$ ).

**الحدود الموضوعية:** التحقق من التشابه العاملي لمقياس أبعاد الوسواس

القهري مع ثقافات أخرى، بالإضافة للتحقق من صدق وثبات المقياس.

## الإطار النظري :

كان يُعد اضطراب الوسواس القهري من الاضطرابات النادرة الحدوث والتي يصعب علاجها (Kringlen, 1965). وخلال الخمسون عاماً السابقة، تم تحديد مجموعات الأعراض التي أظهرت أن الاضطراب شائع ويُصيب ما يقرب (١.٢٪ : ٣٪) من المجتمع العام (Ruscio, Stein, Chiu, & Kessler, 2010; Yuki, Meinschmidt, Gloster, & Lieb, 2012). يُعاني مريض الوسواس القهري من مشكلات كبيرة تؤثر سلباً وبشكل دال على حياته العلمية والاجتماعية (Markarian et al., 2010). وبسبب تلك الأعراض التي تؤثر سلباً على حياة الشخص بشكل عام، وبالنظر لانتشار الاضطراب في المجتمع العام، فإن الحاجة لتطوير علاج فعال لاضطراب الوسواس القهري كانت من الأمور التي حظيت باهتمام كبير من قِبَل الباحثين نتج عما سبق وجود اتجاهين أساسيين لعلاج اضطراب الوسواس القهري الأول: وهو العلاج النفسي باستخدام العلاج المعرفي السلوكي، والثاني: أدوية مضادات الاكتئاب. علماً بأن العلاج المعرفي السلوكي هو صاحب التأثير الأكبر في علاج اضطراب الوسواس القهري (McKay et al., 2015). أما أدوية مضادات الاكتئاب، فكان حجم تأثيرها أقل في علاج اضطراب الوسواس القهري (Fineberg et al., 2015).

وبالرغم من فاعلية العلاج النفسي، وأيضاً العلاج الدوائي، إلا أن الأمر ليس مثالياً. حيث إن (٣٠٪) من المرضى لا يستجيبون للعلاج، وقد تم إرجاع ذلك لعدة أسباب منها شدة الأعراض أو وجود اضطراب نفسي مُصاحب كالاكتئاب أو اضطراب كرب ما بعد الصدمة أو الحالة الصحية العامة

للشخص. أيضاً قد يكون سوء التقييم للحالة المرضية (عملية التشخيص) وعدم مراعاة الخلفية الثقافية كلها عوامل تُسهم في عدم استجابة المريض للعلاج (McKay, Arocho, & Brand, 2014).

أيضاً أثبتت الأبحاث أن هناك بعض الأعراض تكون أقل استجابة للعلاج عن غيرها (Abramowitz, Franklin, Schwartz, & Furr, 2003). تضمنت معايير الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس لاضطراب الوسواس القهري مجموعة واسعة من الأعراض، كما لاحظ الباحثون أن كل مجموعة من الأعراض استجابة مختلفة لأنواع محددة من العلاج. ولقد قام الباحثون بتحديد مجموعات الأعراض هذه لعمل تجارب علاجية على كل مجموعة بشكل مستقل لقياس فاعلية العلاج (Hollander, 1993). تبقى مشكلة تشخيص وتحديد أعراض اضطراب الوسواس القهري هي أول خطوة لتحديد ووضع برنامج علاجي ناجح للاضطراب نظراً لتشعب الأعراض وتداخلها (Storch, Abramowitz, & Goodman, 2008).

ومن المسببات البيئية لاضطراب الوسواس القهري. نجد أن الدراسات التي أُجريت على التوائم وجدت اختلافات في أعراض الوسواس القهري بين التوائم، وذلك ناتج عن دور العوامل البيئية غير الجينية مما يؤكد على أهمية دور البيئة في تشكيل أعراض هذا الاضطراب (Russell, Fawcett, & Mazmanian, 2013). أيضاً، أحداث الحياة الضاغطة والصارمة التي يمر بها الشخص في الطفولة تكون بمثابة سبباً في ظهور أعراض اضطراب الوسواس القهري سواء في مرحلة الطفولة أو ما بعد البلوغ (Lafleur et al., 2011). وفي الراشدين تحديداً قد يكون أسباب الاضطراب متنوعة فمنها ضغوط الحمل،



الأحداث الصادمة، سوء استخدام العقاقير (Russell et al., 2013). أما عن الأسباب الجينية وما يتعلق بالوراثة لاضطراب الوسواس القهري، أظهرت الدراسات التي أُجريت على التوائم ارتفاع نسب الانتشار بين الأقارب، وأيضاً، الدراسات التي أُجريت على العائلات أظهرت نتائج انتشار هذا الاضطراب في عائلات محددة بشكل ملحوظ (Fontenelle & Hasler, 2008).

وفي الثمانينيات نشر المعهد الوطني للصحة العقلية الأمريكي نتائج دراسة طولية أُجريت على عينة مجتمعية على طلاب المدارس من الصف التاسع حتى الصف الثاني عشر. حيث بلغ عدد المشاركون (٥٥٩٦) طالباً وطالبة. وذلك وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي آنذاك (الإصدار الثاني). حيث بلغ معدل الانتشار (١.٩٪). مما أكد أن هذا الاضطراب ليس نادراً كما أوضح الباحثون أيضاً أن احتمالية أن تكون النسب الواقعية أكبر مما ظهرت في نتائج الدراسة، حيث إن الحالات الشديدة من الممكن أنها لم تذهب إلى المدرسة (Flament, 1988). وفي دراسة أخرى أُجريت على عينة مجتمعية ما بين عامي (١٩٨٦ : ١٩٨٨) وتضمنت تلك العينة عبي (٣٠٠٠) مراهق من أربع مدارس. أظهرت أن نسبة الانتشار بلغت (٣٪) وأن العراض الغربية للاضطراب كانت منتشرة بنسبة (١٩٪) (Valleni-Basile et al., 1994). أما عن نسب الانتشار الأكثر حداثة فسيتم عرضها في جزء الدراسات السابقة.

واتفقت نتائج الدراسات على أن المرضى البالغين على وجود أربعة عوامل لاضطراب الوسواس القهري تضمنت النظام، والأفكار الوسواسية، والنظافة، والادخار (Bloch, Landeros-Weisenberger, Rosario, 2008).

دراسات لاحقة، ولكن على عينات من الأطفال، حيث تم اثبات أيضاً نموذج الأربعة عوامل (Scahill et al., 1997). وفيما يلي عرض للدراسات السابقة المعاصرة، وذلك كمحاولة لتحديد المقاييس المستخدمة حالياً وكيفية حساب خصائصها السيكومترية للخروج بمقياس يتمتع بخصائص سيكومترية مرتفعة، ويمكن استخدامه في البيئة السعودية، وذلك بهدف تقييم اضطراب الوسواس القهري.

### الدراسات السابقة :

وأكدت عديد من الدراسات على الآثار السلبية الناجمة عن وجود أعراض الوسواس القهري، والتي قد تسببه في حياة الفرد، حيث وجد أن الوسواس القهري يؤثر سلباً وبشكل دال على جودة الحياة، مما يؤدي إلى معاناة كبيرة في حياة الشخص الاجتماعية والمهنية. ولهذا السبب العديد من مقاييس التقرير الذاتي تم بنائها لتقييم شدة وتكرار أعراض هذا الاضطراب (Angelakis et al., 2016). وإذا تم تتبع عملية البحث العلمي في مجال الوسواس القهري، يظهر اهتماماً متزايداً عربياً وأجنبياً بدراسة الوسواس القهري، وبالأخص بناء وفحص صدق وثبات أدوات القياس الخاصة باضطراب الوسواس القهري، وفيما يلي عرض للدراسات السابقة التي اهتمت بحساب الصدق البنائي (العالمي) لأكثر المقاييس تداولاً في المجتمع العلمي العربي والدولي، من عام ٢٠٠٩ وحتى عام ٢٠٢٠م.

هدفت دراسة عيد والنيال وعبد الخالق (٢٠٠٩) للتحقق من صدق مقياس الوسواس القهري وثباته على طلاب جامعة الكويت حيث (ن=

٤٤٦) طالباً. وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود عامل عام واحد للمقياس ، تشبعت فيه أغلب بنود مقياس الوسواس القهري ، ولم تظهر تقديرات مقبولة لصدق بناء المقاييس الفرعية. ويُنظر لهذا المقياس بوصفه أحادي العامل. كما هدفت دراسة ميلي وآخرون (Melli et al., 2015 a) لفحص الخصائص السيكومترية للنسخة الإيطالية من مقياس أبعاد الوسواس القهري The Dimensional Obsessive – Compulsive Scale (DOCS)، مع تحديد ارتباطها بالخصائص الديموجرافية – الاجتماعية ، وذلك على عينات من المجتمع العام ، مع حساب التشابه العملي على عينات إكلينيكية وغير إكلينيكية ، حيث تكونت العينة الأساسية من (٣١٥) مشاركاً من المجتمع العام (٤٢٪ ذكور ، ٥٨٪ إناث) ، وكانت أعمارهم (م = ٣٨.٧٠ ، ع = ١٤.٥١) عاماً. وأكدت نتائج الدراسة على نموذج الأربعة عوامل ، وذلك لكل من العينات الإكلينيكية وغير الإكلينيكية. بالإضافة لوجود تشابه عملي بين العينات مع الاتفاق على الأربعة عوامل المستخرجة. وفي دراسة أخرى قام بها ميلي وآخرون (Melli et al., 2015b) حيث هدف إلى فحص الخصائص السيكومترية للنسخة الإيطالية لمقياس يال- برون للوسواس القهري Yale-Brown Obsessive – Compulsive Scale (Y-BOCS). وتكونت عينة الدراسة من (١٣٧) مريضاً بالوسواس القهري ، تراوحت أعمارهم بين (١٨ - ٥٧) عاماً (م = ٣٣.٣٨ ، ع = ١٠.٢٣). وتمت ترجمة المقياس للإيطالية وتطبيقه مع مقاييس أخرى للقلق والاكتئاب. وأظهرت النتائج وجود عاملين تم استخلاصهم مختلفين عما تم استخلاصه في الدراسة الأصلية لمقياس يال - برون للوسواس القهري ، بالإضافة إلى وجود صدق تقاربي جيد مع المقاييس الأخرى ، وثبات اتساق داخلي مرتفع.

وهدفت دراسة بيكيراس وآخرون ((Piqueras et al., 2015)) إلى فحص إذا ما كان المقياس المختصر للوسواس القهري يصلح لتقييم الاضطراب في مدى كبير من الأعمار من الطفولة للمراهقة. مع حساب الخصائص السيكومترية للمقياس. وتكونت العينة من (٩٤) مريضاً تراوحت أعمارهم بين (٩ - ١٩) عاماً، بالإضافة إلى مجموعة مناظرة من العاديين (ن=٨٨٠) مشاركاً. باستخدام المقياس المختصر لاضطراب الوسواس القهري Short Obsessive - Compulsive Disorder Screen (SOCS). وأشارت النتائج إلى وجود عامل واحد للمقياس، وأنه متماثل عبر مجموعات الدراسة. بالإضافة لوجود ثبات مرتفع من خلال الاتساق الداخلي وإعادة الاختبار.

وهدفت دراسة يورلماز وآخرون (Yorulmaz et al., 2015) إلى حساب الخصائص السيكومترية للنسخة التركيبية لقائمة الوسواس القهري - المراجعة (OCI-R) (Obsessive - Compulsive Inventory Revised) على عينة (ن=٣١٩) من طلاب الجامعة الأتراك (٦٧٪ من الطالبات) (م=٢١,٥، ع=٠,٢). أظهرت نتائج التحليل العاملي أن المقياس يتكون من ستة عوامل. وأيضاً أظهر المقياس صدقاً تقاربياً مع المقاييس الأخرى التي تقيس نفس البنية، كما يؤكد على صلاحية المقياس للاستخدام في البيئة التركية.

أما دراسة انجلاكس وآخرون ((Angelakis et al., 2016)) هدفت إلى حساب صدق النسخة اليونانية لقائمة الوسواس القهري - المراجعة (OCI-R). وتكونت عينة الدراسة من (١٣٧٩) مشاركاً من البالغين (٦٩٪ إناث، ٣١٪ ذكور) بمدى عمري (١٨ : ٨٣) عاماً حيث (م=٢٧,٤، ع=١٠,٧)، وتضمنت كلاً من طلاب الجامعة وبالغين من المجتمع العام. وأظهرت نتائج

التحليل العاملي أن المقياس يتكون من ستة عوامل. وهذه النتيجة مطابقة لنتائج مُعد المقياس الأصلي. وفي دراسة أسدي وآخرون (Asadi et al., 2016) تم استكشاف البنية العاملية لمقياس يال - برون للوسواس القهري (Y-BOCS) على عينة من مرضى الوسواس القهري الإيرانيين. وتكونت عينة الدراسة من (٢١٦) (١٤٦ أنثى، ٧٠ ذكراً) مريضاً من العيادة الخارجية بمستشفى الإمام حسين بشرق طهران (إيران)، حيث (م=٣٣.٧٠، ع=١٠.٢٥). وقد أظهرت نتائج التحليل العاملي استخلاص خمسة عوامل تمثل العوامل المستخرجة من المقياس الأصلي. وهذا يعكس الفروق الثقافية لاضطراب الوسواس القهري في إيران عن الدول الأخرى.

وفي دراسة جرسيا - دلجار وآخرون (Garcia-Delgar et al., 2016) هدفت لتقييم النسخة الأسبانية من مقياس يال - برون للوسواس القهري على عينة من الأطفال والمراهقين. وتكونت عينة الدراسة من (٩٧) من الأطفال والمراهقين ذوي اضطراب الوسواس القهري، حيث تم اختيار العينة من وحدة الأطفال والمراهقين بمستشفى برشلونة. وتم التشخيص من خلال اثنين من الأطباء النفسيين ذوي الخبرة. وقد تراوحت أعمار المشاركين بين (٧ - ١٧) عاماً (٤٨ ذكراً، ٤٩ أنثى). وأظهرت النتائج معامل اتساق داخلي مرتفع، ولكنه كان أقل مما كان عليه في الدراسات التي أجريت على عينات البالغين. كما أشارت نتائج التحليل العاملي إلى وجود خمسة عوامل وهي (العدوانية - الجنس - النظافة - التناسق - الادخار).

وهدفت دراسة هوشجاراد وآخرون (Højgaard et al ٢٠١٦) للتحقق من البنية العاملية لاضطراب الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين.

وتكونت عينة الدراسة من جنسيات من الأطفال والمراهقين، حيث:  
بالولايات المتحدة (ن=٤٠٠)، والسويد (ن=١٨٤)، والنرويج (ن=١١١)،  
والدنمارك (ن=١٠١)، وهولندا (ن=٥٨) من الأطفال والمراهقين الذي تم  
تشخيصهم باضطراب الوسواس القهري وفقاً لمحاكات تشخيص الدليل  
التشخيصي والإحصائي الرابع. وقد تراوحت أعمارهم بين (٧- ١٨) عاماً  
(م=١٢.٢٩، ٥٣٪ من الذكور). وتم استخدام مقياس يال -برون للوسواس  
القهري. وأيضاً تم استخدام التحليل العملي الاستكشافي والتوكيدي للتحقق  
من البنية العاملية المثلى للمقياس. وأظهرت نتائج التحليل العملي أن نموذج  
الثلاثة عوامل هو الأكثر ملاءمة (عامل التلوث/ النظافة - عامل الإيذاء/  
الجنس - عامل التنظيم/ الإدخار).

ودراسة بارك وآخرون (Park et al., 2016) هدفت إلى إعداد مقياس  
جديد للوسواس القهري (مقياس تورونتو) - Toronto Obsessive -  
Compulsive Scale (TOCS). وتكونت عينة الدراسة من (١٦٧١٨) طفلاً  
ومراهقاً تراوحت أعمارهم بين (٦- ١٧) عاماً، حيث تم الاختيار من  
المجتمع العام. وأشارت النتائج إلى وجود اتساق داخلي مرتفع للمقياس الكلي  
حيث (ألفا= ٠.٩٤)، بالإضافة إلى وجود صدق تقاربي مع مقاييس أخرى.  
وأن المقياس صالح بشكل عام لقياس اضطراب الوسواس القهري للأطفال  
والمراهقين. وهدفت دراسة "واو" وآخرون (Wu et al., 2016) إلى فحص  
الخصائص السيكومترية للإصدار الثاني من مقياس يال - برون للوسواس  
القهري. وتكونت عينة الدراسة من (٦١) مريضاً من ذوي اضطراب  
الوسواس القهري (٤٤٪ ذكور) تم اختيارهم من العيادة الخارجية من المنطقة

الجنوبية الغربية بالولايات المتحدة الأمريكية، حيث كانت أعمارهم (م= ٣٥,٢٧، ع= ١٤,٩١). وأشارت النتائج إلى وجود اتساق داخلي مقبول لبُعدي المقياس، كما أظهرت النتائج وجود صدق تقاربي للمقياس الحالي مع المقاييس الأخرى التي تقيس نفس المكون. وقام أخرس (٢٠١٧) بدراسة بعنوان "إعداد مقياس للوسواس القهري على البيئة الأردنية"، وذلك على عينة إكلينيكية ن= (٢٠٠) حيث (٥٠٪) من الإناث (م= ٣٥,٩، ع= ٧,١) مريضاً خارجياً بالوسواس القهري بالمركز الوطني للصحة النفسية بالأردن. وعينة من الأسوياء ن= (٢٠٠) حيث (٥٠٪) من الإناث (م= ٣٧,٦، ع= ٦,٤) عام. تم حساب الصدق التمييزي، كما تم حساب الصدق التلازمي للعينة الإكلينيكية مع مقياس يل - براون، ووصل معامل الارتباط بين المقياسين إلى (٠,٦٩). وكان معامل الثبات (٠,٨٩) للأسوياء و(٠,٨٨) للمرضى، بالإضافة إلى وجود فروق دالة في اتجاه الذكور مرضى الوسواس القهري، في حين لم تظهر فروق بين الذكور والإناث الأسوياء على مقياس الوسواس القهري. وفي دراسة الرتسن وآخرون (Eilertsen et al., 2017)) تم عمل نسخة مختصرة من مقياس الوسواس القهري The Dimensional Obsessive - Compulsive Scale Short-Form (DOCS-SF)، وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين: مجموعة مرضى الوسواس القهري (ن= ٢٠٤) حيث (٧٠,٦٪ إناث، ٢٩,٤٪ ذكور) بمدى عمري (١٨ - ٦٥) عاماً، حيث (م= ٣١، ع= ١٠,٥)، ومجموعة من المجتمع العام للمقارنة (ن= ٢١١) حيث (٧١,٦٪ إناث، ٢٨,٤٪ ذكور) بمدى عمري (١٨ - ٧٤) عاماً، حيث (م= ٣١,٢، ع= ١١,٥). وأشارت النتائج إلى وجود ثبات الاتساق الداخلي

والصدق التقاربي بالإضافة لقدرة المقياس على التشخيص الدقيق والتميز بين المجموعتين. كما أن نتائج هذه الدراسة كانت متسقة مع الدراسات الأخرى التي أُجريت على هذا المقياس في ثقافات أخرى. ودراسة سفاك وآخرون (Safak et al., 2017) هدفت إلى حساب الخصائص السيكومترية لمقياس أبعاد الوسواس القهري (DOCS)، وذلك على عينة تركيبة تكونت من (٩٦) مريضاً باضطراب الوسواس القهري (٢٦ ذكراً، ٧٠ أنثى)، تراوحت أعمارهم بين (١٨- ٦٥) عاماً (م = ٢٧,٢١، ع = ٨,٠٦). وأظهرت نتائج التحليل العاملي وجود أربعة عوامل دالة للمقياس، بالإضافة إلى وجود ثبات اتساق داخلي مرتفع للمقياس الكلي حيث ألفا = (٠,٨٧٤)، ومرتفع جداً للمقاييس الفرعية الأربعة حيث تراوحت ألفا بين (٠,٩٢١ و ٠,٩٤٨). وهدفت دراسة الجين وآخرون (Algin et al., 2018) إلى حساب صدق مقياس أبعاد الوسواس القهري، بالإضافة لعمل التكيف الثقافي للمقياس في البيئة البنغالية. وتكونت عينة الدراسة من (١٠٠) مريض من ذوي اضطراب الوسواس القهري (٦٥ ذكراً، ٣٥ أنثى) تم اختيارهم من العيادة الخارجية بكلية طب جامعة "شيخ مجيب" (Sheikh Mujib). وأظهرت النتائج أن المقياس يتكون من أربعة عوامل تم تدويرهم بطريقة فارماكس. وكان الاتساق الداخلي للمقياس الكلي مرتفع، حيث ألفا = (٠,٩٣) وللعوامل الأربعة تراوحت ألفا بين (٠,٩١ و ٠,٩٤). وفي دراسة بورتون وآخرون (Burton et al., 2018) تم إعداد مقياس لتقييم أعراض الوسواس القهري للمراهقين، وذلك لمقياس ترونوتو للوسواس القهري (TOCS)، وقد تم استخدام المقياس لتقييم سمات الاضطراب على عينة مكونة من (١٦٧١٨) مراهقاً تراوحت



أعمارهم بين (٦ - ١٨) عاماً بمتوسط عمري (١١.١)، ومثل الذكور نسبة (٥٠.٥٪) حيث تم اختيارهم من مركز تورونتو للعلوم ومتحف العلوم (تورنتو، كندا). وأظهرت نتائج التحليل العاملي أن المقياس يتكون من ستة عوامل، أول خمسة عوامل كانت تحت متغير كامن واحد، ولكن العامل السادس (الادخار القهري - الاكتناز) كانت تحت متغير كامن آخر. وهدفت دراسة جروفر وآخرون (Grover et al., 2018) إلى تقييم البنية العاملية للظهور المبكر والمتأخر لاضطراب الوسواس القهري باستخدام مقياس يال - برون. وقد تم اختيار (٣٤٥) مشاركاً مقسمين إلى مجموعتين، المجموعة الأولى ن= (٩١) ظهور مبكر (٦٨ ذكراً، و٢٣ أنثى) كانت أعمارهم (م= ٢٤.٨، ع= ٨.٧). والمجموعة الثانية ن= (٢٨٤) ظهور متأخر (١٢٨ ذكراً، ١٢٦ أنثى) أعمارهم (م= ٣٤.٥، ع= ٩.٩). وأظهرت نتائج التحليل العاملي ثلاثة عوامل للمجموعتين، حيث كانت (الأول= الادخار - السيمترية/ والثاني= النظافة/ والثالث= الوسواس الدينية والجنسية). حيث أكدت نتائج الدراسة أن العوامل متشابهة بين المجموعتين. وهدفت دراسة فيرجوس وآخرون (Fergus et al., 2019) إلى فحص الصدق العاملي لمقياس المعتقدات الوسواسية (Obsessive Beliefs Questioner) (OBQ-20). وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين الأولى (١٢١٠) مشارك (٥٣٪ إناث) من طلاب جامعة Midwestern U.S University، حيث كانت أعمارهم (م= ١٩.٤، ع= ٢.٥)، في حين تكونت المجموعة الثانية من (١٣٤٢) مشاركاً (٥٧.٤٪ إناث) من المجتمع العام حيث كانت أعمارهم (م= ٣٣.١، ع= ١١.٣). وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود عامل عام للمقياس بالإضافة لأربعة عوامل

فرعية، وهي (التهديد - المسؤولية - الأهمية / التحكم في الأفكار - المثالية / التأكيد). وتأكدت هذه النتائج من خلال المجموعتين، مما يؤكد على الصدق العملي للمقياس. كما هدفت دراسة ترينيو دي لا جاززا وآخرون (٢٠١٩) (Treviño-de la Garza et al., ٢٠١٩) لعمل تكيف ثقافي لمقياس أبعاد الوسواس القهري (DOCS)) على عينة مكسيكية، بالإضافة إلى حساب البنية العاملية للمقياس. وتكونت عينة الدراسة من (٤٥٧) بالغاً (٧٧,٥٪ إناث)، وأغلبهم من طلاب الجامعة (٩٥,٨٪) حيث (م = ٢٠,٣٩، ع = ٢,٥٥). وأشارت نتائج التحليل العملي التوكيدي إلى تأكيد نموذج الأربعة عوامل (التلوث - المسؤولية نحو الذات - الأفكار المفاجئة - التناقض). بالإضافة لذلك أظهرت نتائج الثبات وجود معامل اتساق داخلي مرتفع للمقياس الكلي والمقاييس الفرعية. في حين هدفت دراسة هوشيلد وآخرون (Hauschildt et al., 2019) إلى حساب التشابه بين نسختي مقياس يال - برون للوسواس القهري (نسخة الملاحظة الإكلينيكية - نسخة التقدير الذاتي) وذلك عبر ثلاثة قياسات (قياس قبلي - بعدي - متابعة بعد ستة شهور). وتكونت عينة الدراسة من (١٢٨) مشاركاً (٤٢ ذكراً، ٨٦ أنثى) كانت أعمارهم (م = ٣٩,٠٢، ع = ١٠,٧٦) حيث تم تقييمهم باستخدام مقياس يال - برون النسختين المذكورتين سلفاً. وأظهرت النتائج وجود ارتباط من متوسط وحتى قوي بين نسخة الملاحظة الإكلينيكية ونسخة التقدير الذاتي. وأيضاً كانت تقييمات التقدير الذاتي للاضطراب أقل من تقييم ملاحظة الإكلينيكين. وأخيراً هدفت دراسة خوسرافاني وآخرون (Khosravani et al., 2020) للتحقق من البناء العملي لمقياس أبعاد الوسواس القهري (DOCS) النسخة الفارسية، وذلك على عينة

من مرضى الوسواس القهري (ن=٧٤٦). وقد تم تشخيصهم بمحكات تشخيص الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع. وأيضاً تم استخدام مقياس يال - برون ، ومقياس فانكوفر بالإضافة لقائمة الوسواس القهري - المراجعة ، وذلك للتحقق من الصدق التقاربي. وتراوحت أعمار العينة بين (١٥-٧٨) عاماً بمتوسط عمري (٣٥) عاماً. وأظهرت نتائج التحليل العاملي أن النسخة الفارسية من المقياس تكونت من أربعة عوامل ، كما هو في المقياس الأصلي ، بالإضافة إلى ثبات اتساق داخلي مرتفع للمقياس وأبعاده الفرعية. هذا ، ويمكن تلخيص ما سبق عرضه من دراسات منشورة دولياً فيما يتعلق بتكرار المقاييس الأكثر تداولاً لتقييم اضطراب الوسواس القهري في جدول (١).

جدول (١) تكرار استخدام مقاييس الوسواس القهري في الدراسات السابقة المنشورة.

SOCS	OBQ	OCI-R	TOCS	DOCS	Y-BOCS	الدراسات/المقياس المستخدم
				/		Melli et al., (2015 a)
					/	Melli et al., (2015 b)
/						Piqueras et al., (2015)
		/				(Yorulmaz, et al., (2015
		/				Angelakis et al., (2016)
				/		Asadi et al., (2016)
				/		Garcia-Delgar et al., (2016)
				/		..Højgaard et al (٢٠١٦)
			/			Park et al., (2016)
				/		(Wu et al., (2016
				/		(Eilertsen et al., (2017
				/		(Safak et al., (2017
				/		Algin et al., (2018)

SOCS	OBQ	OCI-R	TOCS	DOCS	Y-BOCS	الدراسات/المقياس المستخدم
			/			Burton et al., (2018)
					/	Grover et al., (2018)
	/					Fergus et al., (2019)
				/		Treviño-de la Garza et al., (2019)
					/	Hauschildt et al., (2019)
				/		Khosravani et al., (2020)
١	١	٢	٢	٦	٧	التكرار

من خلال جدول (١) اتضح أن أكثر المقاييس تكرارا تنازليا هما مقياسي يال - برون ومقياس أبعاد الوسواس القهري. وسوف تستخدم الدراسة الحالية مقياس أبعاد الوسواس القهري، وذلك لعدة أسباب: أن المقياس من أكثر المقاييس استخداماً، سهولة تطبيقه نظراً لقلّة عدد عباراته ووضوحها، الدراسات التي قامت بفحص هذا المقياس هي الأحداث نسبياً، كما أن المقياس لم يترجم حتى الآن في اللغة العربية، رغم ترجمته في العديد من الثقافات الأخرى.

### فروض الدراسة:

١. تتشابه العوامل المستخرجة من مقياس أبعاد الوسواس القهري في الثقافة السعودية مع العوامل المستخرجة من ثقافات أخرى.
٢. تتكون البيئة العاملية لمقياس الوسواس القهري على العينة المجتمعية من أربعة عوامل.
٣. يُميز مقياس الوسواس القهري بين المرضى والأسوياء بشكل دال إحصائياً.

٤. يتميز مقياس الوسواس القهري بمعاملات صدق وثبات مرتفعة لدى أفراد الدراسة.

٥. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) في نسب انتشار اضطراب الوسواس القهري يعزى للمتغيرات (النوع، العمر، التعليم، المستوى الاقتصادي، الحالة الاجتماعية، مكان الإقامة).

### المنهج

اعتمدت الدراسة بشكل أساسي على المنهج السيكمومتري التقليدي، بالإضافة لمنهج التحليل العملي بشكل خاص، للتحقق من البناء العملي للمقياس الحالي ومدى تشابهه مع ثقافات أخرى استخدمت نفس المقياس (Revelle, 2017; Muthén & Muthén, 2015).

### عينة الدراسة وإجراءاتها:

لاختيار مجموعات عينة الدراسة، تم اتباع الآتي، أولاً: اختيار مجموعة المرضى، وذلك من المترددين على العيادات الخارجية بمستشفى للصحة النفسية بمدينة جدة، وقسم الصحة النفسية بمستشفى الملك عبد العزيز بمكة المكرمة، ومستشفى الأمل للصحة النفسية بجازان. حيث تم تشخيصهم باضطراب الوسواس القهري وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي. تم تطبيق مقياس أبعاد الوسواس القهري على ١٢٧ مريضاً ممن تم اختيارهم من المراكز سالفة الذكر، وذلك لحساب التحليل العملي الاستكشافي، والتشابه العملي مع نتائج الدراسات الأخرى، بالإضافة لحساب ثبات إعادة الاختبار بطريقة إعادة التطبيق بفاصل زمني أسبوع. ثانياً: تم إطلاق المقياس من خلال رابط إلكتروني لنماذج جوجل الجاهزة، وذلك عبر وسائل التواصل

الاجتماعي الإلكتروني (مثال: الواتس آب، والفيسبوك، وغيرها) وذلك للحصول على عينة مجتمعية، وتم تحديد مدة زمنية للتطبيق تنتهي بقله عدد الاستجابات، حيث تم غلق الرابط عند الوصول لعدد ٢٧٥٨ مشاركاً. كان الهدف من اختيار هذه العينة هو حساب التحليل العاملي التوكيدي والاتساق الداخلي لمقياس أبعاد الوسواس القهري، بالإضافة لحساب انتشار الاضطراب فيما بين المشاركين. ثالثاً: تم اختيار عينة مناظرة للعينة المرضية من العينة المجتمعية، وكان الاختيار بطريقة إحصائية، حيث الحفاظ على التناظر بين المجموعتين في الخصائص الديموجرافية، مع عدم وجود أية أعراض تشير لوجود اضطراب الوسواس القهري، وتم اختيار هذه العينة بغرض حساب قدرة المقياس على التمييز والتشخيص الدقيق بين المرضى والأسوياء (جدول (٢) يوضح الإحصاء الوصفي لمجموعات عينة الدراسة).

### معايير التضمن والاستبعاد:

معايير التضمن بالنسبة للمضطربين كانت انطباق محكات تشخيص الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية بإصداره الخامس لاضطراب الوسواس القهري، أما معايير الاستبعاد فكانت وجود أيًا من الاضطرابات الذهانية، واضطرابات الاكتئاب، واضطرابات القلق. أما معايير التضمن بالنسبة لعينة العاديين فكانت عدم ظهور أيًا من أعراض الاضطرابات الذهانية، واضطرابات الاكتئاب، واضطرابات القلق، بالإضافة لاضطراب الوسواس القهري، وفقاً لمحكات تشخيص الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية بإصداره الخامس، والاستبعاد كان بسبب وجود أي من هذه الاضطرابات سالف الذكر.

جدول (٢) المتغيرات الديموجرافية لعينات الدراسة.

المتغير	مجموعة الوسواس القهري (ن=١٢٧)		المجموعة المناظرة (ن=١٢٧)		العينة المجتمعية (ن=٢٧٥٨)	
	ن	%	ن	%	ن	%
النوع	ذكور	٦٠	٦٠	٤٧.٢%	١٢٠٦	٤٣.٧%
	إناث	٦٧	٦٧	٥٢.٨%	١٥٥٢	٥٦.٣%
كأ <sup>٢</sup> للنوع	كأ <sup>٢</sup> (١) = ٠.١٣٩ بدلالة = ٠.٩٩٩					
العمر	١٨-٢١	٧٨	٦٢	٤٨.٨%	١٦١٧	٥٨.٦%
	٢٢-٢٩	٣٩	٥٢	٤٠.٩%	٨٦٧	٣١.٤%
	٣٠-٣٩	٤	٧	٥.٥%	١٥٠	٥.٤%
	٤٠-٤٩	٣	٣	٢.٤%	٨٧	٣.٢%
	٥٠-٥٩	٣	٣	٢.٤%	٣١	١.١%
	٦٠ فأكثر	—	—	—	٦	٠.٢%
	كأ <sup>٢</sup> لفئات العمر	كأ <sup>٢</sup> (٤) = ٤.٥٠٤ بدلالة = ٠.٣٤٢				
التعليم	يقرأ ويكتب	٣	١	٨.٠%	٥٧	٢.١%
	تعليم متوسط	٣٥	٤٠	٣١.٥%	٧٥١	٢٧.٢%
	تعليم عالي	٨١	٨١	٦٣.٨%	١٨٢٧	٦٦.٢%
	ماجستير	٨	٣	٢.٤%	٨٥	٣.١%
	دكتوراة	٠	٢	١.٦%	٣٨	١.٤%
	كأ <sup>٢</sup> للتعليم	كأ <sup>٢</sup> (٤) = ٥.٦٠٦ بدلالة = ٠.٢٣١				

المتغير	مجموعة الوسواس القهري (ن=١٢٧)		المجموعة المناظرة (ن=١٢٧)		العينة المجتمعية (ن=٢٧٥٨)		
	ن	%	ن	%	ن	%	
الحالة الاجتماعية	أعزب	١٠٣	٨.٥%	١٠٣	٨.١%	٢١٥٨	٢.٧٨%
	متزوج	٢٢	١٧.٣%	٢٤	١٨.٩%	٥٦٠	٢.٠%
	مطلق	٠	٠%	٠	٠%	٢٧	٠.١%
	أرمل	٢	١.٦%	٠	٠%	١٣	٠.٥%
كا <sup>٢</sup> للحالة الاجتماعية							٢.٠٨٧ = (٣) كا <sup>٢</sup> بدلالة = ٠.٣٥٢
المستوى الاقتصادي	منخفض جدا	١	٠.٨%	٢	١.٦%	٤٣	١.٦%
	منخفض	٩	٧.١%	١٠	٧.٩%	١٩٩	٢.٧%
	متوسط	٩١	٧١.٧%	٨١	٦٣.٨%	١٨٨٠	٦.٨%
	مرتفع	٢٤	١٨.٩%	٢٩	٢٢.٨%	٥٣٠	١.٩%
	مرتفع جدا	٢	١.٦%	٥	٣.٩%	١٠٦	٠.٣٨%
كا <sup>٢</sup> للمستوى الاقتصادي							٢.٧٢٥ = (٤) كا <sup>٢</sup> بدلالة = ٠.٦٠٥
مكان الإقامة	ريف	٧٥	٥٩.١%	٧٤	٥٨.٣%	١٤٦٦	٥.٣%
	حضر	٥٢	٤٠.٩%	٥٣	٤١.٧%	١٢٩٢	٤.٦%
كا <sup>٢</sup> لمكان الإقامة							٠.٠١٦ = (١) كا <sup>٢</sup> بدلالة = ٠.٨٩٩



## أدوات الدراسة :

مقياس أبعاد الوسواس القهري. المكون من (٢٠) عبارة موزعة على أربعة أبعاد، هي: التلوث، والمسئولية، والأفكار، والنظام، حيث يتضمن كل بعد خمس عبارات. ويطبق المقياس بشكل فردي وجماعي بطريقة التقرير الذاتي. حيث يتم التقييم بمدرج ليكرت خماسي (١=أبدأ : ٥=دائمًا) حيث إن الدرجة المرتفعة (١٠٠) تُشير إلى شدة الاضطراب.

وقام "أبرامويتز" (Abramowitz, et al., 2010) ببناء هذا المقياس في البداية على ثلاث مجموعات: مجموعة مرضى الوسواس القهري (ن=٣١٥)، ومجموعة مرضى القلق (ن=١٩٨)، ثم مجموعة العاديين من طلاب الجامعة (ن=١٠٤٤). وتم حساب التحليل العاملي. وأشارت نتائج التحليل العاملي الاستكشافي إلى وجود الأربعة عوامل المذكورة سلفاً. كما أكدت نتائج التحليل العاملي التوكيدي على مطابقة هذا النموذج على عينات أخرى (RMSEA= 0.059, TLI=0.99, & CFI= 0.96). بالإضافة إلى حساب ثبات المقياس بعدة طرق، منها الاتساق الداخلي باستخدام ألفا كرونباخ (٠.٩٣) للمقياس الكلي، و (٠.٨٣) لبعء التلوث، و (٠.٨٦) لبعء مسئولية الإيذاء، و (٠.٨٨) للأفكار القهرية، (٠.٨٩) للنظام، كما تم حساب الثبات عن طريق إعادة الاختبار (٠.٦٦) للمقياس الكلي، و (٠.٥٨) لبعء التلوث، و (٠.٥٦) لبعء مسئولية الإيذاء، و (٠.٥٥) للأفكار القهرية، (٠.٦٦) للنظام. كما تم حساب دقة التشخيص للمقياس بين العاديين ومرضى الوسواس القهري، وبين مرضى الوسواس القهري ومرضى القلق. وأشارت النتائج في المجمل إلى

أن المقياس قادر بشكل ممتاز بين المرضى والعاديين. وبشكل مقبول بين مرضى الوسواس القهري، ومرضى القلق (Area Under Curve)  $AUC = 0.86$ .

### الترجمة والتكيف الثقافي للمقياس:

وفقاً للقواعد الإرشادية لجويلمن (Guillemin, 1993)، تم إجراء الخطوات الثلاث التالية: (١) ترجمة المقياس إلى اللغة العربية: حيث تم اختيار اثنين من المترجمين على علم بالغرض من الدراسة لإجراء الترجمة. حيث قام كل مترجم بالترجمة منفصلاً عن الآخر. ونتج عن هذا الإجراء إصداران من المقياس باللغة العربية. (٢) الترجمة إلى اللغة الأصلية (الإنجليزية): حيث تم اختيار اثنين آخرين من المترجمين ليسوا على دراية بالغرض من البحث لإجراء الترجمة للغة الأصلية. ونتج عن هذا الإجراء إصداران للمقياس باللغة الإنجليزية. (٣) الحصول على النسخة النهائية للمقياس: تم فحص الإصدارات الأربعة للمقياس، من حيث المعنى والمصطلحات. ونتج عن هذه الإجراءات السابقة النسخة النهائية لمقياس اضطراب الوسواس القهري (DOCS) باللغة العربية.

### رابعاً: أساليب التحليل الإحصائي:

للتحقق من فروض الدراسة، تم استخدام طريقة البنية العاملية البسيطة Very Simple Structure لتحديد عدد العوامل الممكن استخراجها باستخدام لغة البرمجة R الحقيبة (Psych (Revelle, 2017). ثم التحليل العاملي الاستكشافي باستخدام برنامج (M plus (Muthén & Muthén, 2015)، ومعامل توكر للتشابه العاملي Tucker's Factor Congruency باستخدام لغة البرمجة R الحقيبة (Psych (Revelle, 2017). أيضاً تم استخدام ثبات إعادة

الاختبار وثبات الاتساق الداخلي ، بالإضافة إلى منحني التحديد والحساسية و كلاً لدلالة الفرق للتكرارات باستخدام برنامج SPSS. وللتأكد من نموذج الـ ٤ - عوامل للمقياس الحالي ، تم استخدام التحليل العاملي التوكيدي باستخدام برنامج Amos الإصدار (٢١) (Byrne, 2010).

### نتائج الدراسة :

**الفرض الأول:** ينص على " تتشابه العوامل المستخرجة من مقياس أبعاد الوسواس القهري في الثقافة السعودية مع العوامل المستخرجة من ثقافات أخرى". وللتحقق من صحة هذا الفرض ، تم تحديد مجموعة من الخطوات :  
١. تحديد الدراسات السابقة التي اهتمت بدراسة عوامل المقياس وهي أربع دراسات فقط ، من خلال إجراء التحليل العاملي الاستكشافي ، واتفقوا جميعهم على وجود أربعة عوامل ( Algin et al., 2018; Khosravani et al., 2017; Melli et al., 2015 a; Safak et al., 2020).

٢. تم استخراج أربعة عوامل ، وذلك لمقارنتها عبر ثقافياً مع أربع مصفوفات عاملية متاحة من أربع دراسات سابقة. والمقصود بالدراسة عبر الثقافية ليست مقارنة الدرجات الخام لعينات من مجتمعات مختلفة ، ولكن مقارنة نتائج التحليل العاملي الاستكشافي لعينات مختلفة.

٣. وباستخدام معامل التشابه العاملي لتوكر ( Lorenzo-Seva & Ten Berge, 2006 ) ، تم حساب مدى تقارب المصفوفة العاملية الحالية مع المصفوفات الأخرى كما في الجداول (٣ : ٦). وتم استخدام معامل التشابه العاملي لتوكر من خلال برنامج R الحقيبة Psych ، كما في جدول (٣).

**جدول (٣) الكود الخاص ببرنامج R ، ونتائج التشابه العاملي.**

R version 3.4.1 (2017-06-30) -- "Single Candle"  
Copyright (C) 2017 The R Foundation for Statistical  
Computing

Platform: x86\_64-w64-mingw32/x64 (64-bit)  
> library(readxl)  
package 'readxl' was built under R version 3.4.4

```
> library(psych)
> fa.congruence(S, M)
      m1 m2 m3 m4
F1 0.86 0.20 0.08 -0.20
F2 0.41 0.80 -0.11  0.20
F3 0.11 0.18  0.91  0.24
F4 0.18 0.19  0.19  0.94
> fa.congruence(SS, F)
      S1 S2 S3 S4
F1 0.96 0.00 0.00 0.00
F2 0.00 0.93 0.00 0.00
F3 0.00 0.00 0.93 0.00
F4 0.00 0.00 0.00 0.97
> fa.congruence(SS, A)
      A1 A2 A3 A4
F1 0.96 0.00 0.00 0.00
F2 0.00 0.91 0.00 0.00
F3 0.00 0.00 0.97 0.00
F4 0.00 0.00 0.00 0.98
> fa.congruence(S, K)
      K1 K2 K3 K4
F1 0.85 0.30 0.19 -0.11
F2 0.51 0.80 0.05  0.28
F3 0.26 0.31 0.94  0.33
F4 0.32 0.29 0.32  0.97
```

(f1: f4) هي العوامل المستخرجة من الدراسة الحالية، s = الدراسة الحالية  
بكامل تحميلات البنود على العوامل، SS = الدراسة الحالية بتحميلات بنود  
كل عامل فقط، M = دراسة ميلي وآخرون، ٢٠١٥، S = دراسة سافاك

واخرون، ٢٠١٧، A = دراسة الجين، ٢٠١٨، K = دراسة خوسرافاني، ٢٠٢٠.

وقد أظهرت النتائج قيم تشابه عاملي تتراوح من مقبولة لمرتفعة. حيث كان التشابه العاملي مع دراسة ميلي وزملائه (Melli et al., 2015 b) جيدة بالنسبة للعامل الأول، ومنخفضة في العامل الثاني، ومرتفعة في العاملين الثالث والرابع، كما في جدول (٤).

جدول (٤) التشابه العاملي بين الدراسة الحالية ودراسة ميلي، (2015 b).

العامل الأول		العامل الثاني		العامل الثالث		العامل الرابع	
الدراسة الحالية	دراسة Melli et al. 2015b	الدراسة الحالية	دراسة Melli et al. 2015b	الدراسة الحالية	دراسة Melli et al. 2015b	الدراسة الحالية	دراسة Melli et al. 2015b
٤٠٥.٠	٩٠٠.٠	٠٦٧.٠	-	٠٦٢.٠	٠٢٠.٠	١١٠.٠	-
٥٠٤.٠	٨٨٠.٠	٠٣٦.٠	-	١٨٩.٠	٠٤٠.٠	-	-
٧١٥.٠	٩٥٠.٠	٠٥٥.٠	-	٢٠٧.٠	٠٤٠.٠	-	-
٥٠٨.٠	٩٦٠.٠	٠٢٩.٠	٠٣٠.٠	٠٦٧.٠	٠٠٠.٠	٠١٠.٠	٠٣٠.٠
٨٤٢.٠	٩٦٠.٠	١٢٦.٠	٠٣٠.٠	٠٦٤.٠	٠٧٠.٠	٠٤٠.٠	-
-	٠٠٠.٠	٩٢٠.٠	٩٤٥.٠	١٩٧.٠	٠٤٠.٠	١١٠.٠	٢٥٢.٠
١٣٩.٠	٠٦٠.٠	٣٠٧.٠	٨١٠.٠	٠٦٨.٠	٢١٠.٠	٠١٠.٠	١٣٦.٠

العامل الرابع		العامل الثالث		العامل الثاني		العامل الأول		
دراسة Melli et al. 2015b	الدراسة الحالية	دراسة Melli et al. 2015b	الدراسة الحالية	دراسة Melli et al. 2015b	الدراسة الحالية	دراسة Melli et al. 2015b	الدراسة الحالية	
٠٤٠.٠ -	٠٤٣.٠	٠٠٠.٠	١٣٦.٠	٩٨٠.٠	٣٨٤.٠	١١٠.٠ -	٢٠٣.٠	٨ع
١٢٠.٠	١٢٥.٠	٠٨٠.٠ -	٠٦٦.٠	٩٨٠.٠	٧٠٤.٠	٠٤٠.٠	٢٠٠.٠	٩ع
٠٠٠.٠	١٤١.٠	٠٣٠.٠	٠٧٣.٠	٩٥٠.٠	٦٧٥.٠	٠٣٠.٠ -	٢٨٥.٠	١٠ع
٠٤٠.٠ -	٢٠٦.٠	٨٩٠.٠	٤٢٩.٠	٠٥٠.٠	١٨٩.٠	٠٦٠.٠	٠٩٢.٠ -	١١ع
٠٣٠.٠	٠٩٦.٠	٨٨٠.٠	٣٨٧.٠	٠٢٠.٠	١٩٦.٠ -	٠٢٠.٠	٠١٤.٠	١٢ع
٠٠٠.٠	٠٦٩.٠	٩٧٠.٠	٨٢٧.٠	٠٨٠.٠ -	٢٢٦.٠ -	٠٠٠.٠	١٤٥.٠	١٣ع
٢١٠.٠	١٦٧.٠	٨٦٠.٠	٩٤٤.٠	٠١٠.٠ -	١٠٤.٠ -	٠٣٠.٠	١٠١.٠	١٤ع
٠١٠.٠	١١٦.٠	٩٣٠.٠	٩٣١.٠	٠٥٠.٠	١١٢.٠ -	٠١٠.٠	١١٨.٠	١٥ع
٩٠٠.٠	٥٧٩.٠	٠٣٠.٠	٠٣٨.٠	٠٥٠.٠	٢٨٧.٠	٠٣٠.٠	١٨٧.٠ -	١٦ع
٨٤٠.٠	٥٤٢.٠	٠٢٠.٠	٠٩٤.٠	٠٤٠.٠	١٧١.٠	٠٠٠.٠	٠٠٨.٠	١٧ع
٨٨٠.٠	٩٣٤.٠	٠٦٠.٠	٠٩٧.٠	٠٣٠.٠	٠٦٣.٠	٠٢٠.٠	٣١٨.٠ -	١٨ع
٩٤٠.٠	٨٦٤.٠	٠٠٠.٠	٣٠٤.٠	٠١٠.٠ -	٠٩٠.٠	٠٧٠.٠	٠٩٨.٠ -	١٩ع
٩٧٠.٠	٨٣٥.٠	٠١٠.٠	١٦٦.٠	١٣٠.٠	٠٧٩.٠	٠٢٠.٠	١٩١.٠ -	٢٠ع
								معامل
								توكر
								للتشابه
								العالمي

في حين كانت قيم التشابه العالمي مع دراسة Safak, 2017 مرتفعة في الأربعة عوامل مع الدراسة الحالية، كما في جدول (٥).

جدول (٥) التشابه العملي بين الدراسة الحالية ودراسة سافاك، ٢٠١٧.

العامل الرابع		العامل الثالث		العامل الثاني		العامل الأول		
دراسة Safak, 2017	الدراسة الحالية	دراسة Safak, 2017	الدراسة الحالية	دراسة Safak, 2017	الدراسة الحالية	دراسة Safak, 2017	الدراسة الحالية	
٠٦٢.٠		٠٦٧.٠		٣٦١.٠		٩٠٢.٠	٤٠٥.٠	١ع
١٨٩.٠		٠٣٦.٠		٠٥٥.٠		٩٠٢.٠	٥٠٤.٠	٢ع
٢٠٧.٠		٠٥٥.٠		٢٣٧.٠		٨٧٩.٠	٧١٥.٠	٣ع
٠٦٧.٠		٠٢٩.٠		٣٥٨.٠		٨٤٩.٠	٥٠٨.٠	٤ع
٠٦٤.٠		١٢٦.٠		٥٤٥.٠		٨٢٩.٠	٨٤٢.٠	٥ع
١٩٧.٠		٢٥٢.٠		٩١٨.٠	٩٤٥.٠		٠٥٧.٠-	٦ع
٠٦٨.٠		١٣٦.٠		٩١٠.٠	٣٠٧.٠		١٣٩.٠	٧ع
٠٤٣.٠		١٣٦.٠		٨٨١.٠	٣٨٤.٠		٢٠٣.٠	٨ع
١٢٥.٠		٠٦٦.٠		٨٢٩.٠	٧٠٤.٠		٢٠٠.٠	٩ع
١٤١.٠		٠٧٣.٠		٧٧٢.٠	٦٧٥.٠		٢٨٥.٠	١٠ع
٢٠٦.٠	٩٤٢.٠	٤٢٩.٠			١٨٩.٠		٠٩٢.٠-	١١ع
٠٩٦.٠	٩٢٩.٠	٣٨٧.٠			١٩٦.٠-		٠١٤.٠	١٢ع
٠٦٩.٠	٩٢٠.٠	٨٢٧.٠			٢٢٦.٠-		١٤٥.٠	١٣ع
١٦٧.٠	٩٠١.٠	٩٤٤.٠			١٠٤.٠-		١٠١.٠	١٤ع
١١٦.٠	٧٩٢.٠	٩٣١.٠			١١٢.٠-		١١٨.٠	١٥ع
٩٢٥.٠	٥٧٩.٠		٠٣٨.٠		٢٨٧.٠		١٨٧.٠-	١٦ع
٨٨٥.٠	٥٤٢.٠		٠٩٤.٠		١٧١.٠		٠٠٨.٠	١٧ع
٨٦٨.٠	٩٣٤.٠		٠٩٧.٠		٠٦٣.٠		٣١٨.٠-	١٨ع
٨١٦.٠	٨٦٤.٠		٣٠٤.٠		٠٩٠.٠		٠٩٨.٠-	١٩ع
٧٧٢.٠	٨٣٥.٠		١٦٦.٠		٠٧٩.٠		١٩١.٠-	٢٠ع
								معامل
								توكر
								للتشابه
								العملي
٩٧.٠		٩٣.٠		٩٣.٠		٩٦.٠		

أما بالنسبة للتشابه مع عوامل دراسة (Algin 2018)، فقد كانت قيم التشابه العملي مرتفعة أيضاً في الأربعة عوامل، انظر (جدول ٦).

جدول (٦) التشابه العملي بين الدراسة الحالية ودراسة الجاين، ٢٠١٨.

العامل الأول		العامل الثاني		العامل الثالث		العامل الرابع	
دراسة Algin et al. (2018)	الدراسة الحالية	دراسة Algin et al. (2018)	الدراسة الحالية	دراسة Algin et al. (2018)	الدراسة الحالية	دراسة Algin et al. (2018)	الدراسة الحالية
٨٨٠.٠	٤٠٥.٠	٦٧.٠	٠٦٢.٠	٣٦١.٠	٠٥٥.٠	١٨٩.٠	١٤ع
٨٠٠.٠	٥٠٤.٠	٠٣٦.٠	٢٠٧.٠	٠٥٥.٠	٢٣٧.٠	٢٠٧.٠	٢ع
٨١٠.٠	٥٠٨.٠	٠٢٩.٠	٠٦٧.٠	٣٥٨.٠	٨١٠.٠	٠٦٧.٠	٣ع
٨٢٠.٠	٨٤٢.٠	١٢٦.٠	٠٦٤.٠	٥٤٥.٠	٨٢٠.٠	٠٦٤.٠	٤ع
٠٥٧.٠ -	٠٥٧.٠ -	٢٥٢.٠	١٩٧.٠	٦٥٠.٠	٩٤٥.٠	١٩٧.٠	٥ع
١٣٩.٠	١٣٩.٠	١٣٦.٠	٠٦٨.٠	٨٣٠.٠	٣٠٧.٠	٠٦٨.٠	٦ع
٢٠٣.٠	٢٠٣.٠	١٣٦.٠	٠٤٣.٠	٨١٠.٠	٣٨٤.٠	٠٤٣.٠	٧ع
٢٠٠.٠	٢٠٠.٠	٠٦٦.٠	١٢٥.٠	٨٢٠.٠	٧٠٤.٠	١٢٥.٠	٨ع
٢٨٥.٠	٢٨٥.٠	٠٧٣.٠	١٤١.٠	٨١٠.٠	٦٧٥.٠	١٤١.٠	٩ع
٠٩٢.٠ -	٠٩٢.٠ -	٤٢٩.٠	٢٠٦.٠	١٨٩.٠	١٨٩.٠	٢٠٦.٠	١٠ع
٠١٤.٠	٠١٤.٠	٣٨٧.٠	٠٩٦.٠	١٩٦.٠ -	١٩٦.٠ -	٠٩٦.٠	١١ع
١٤٥.٠	١٤٥.٠	٨٢٧.٠	٠٦٩.٠	٢٢٦.٠ -	٢٢٦.٠ -	٠٦٩.٠	١٢ع
١٠١.٠	١٠١.٠	٩٤٤.٠	١٦٧.٠	١٠٤.٠ -	١٠٤.٠ -	١٦٧.٠	١٣ع
١١٨.٠	١١٨.٠	٩٣١.٠	١١٦.٠	١١٢.٠ -	١١٢.٠ -	١١٦.٠	١٤ع
١٨٧.٠ -	١٨٧.٠ -	٠٣٨.٠	٨٣٠.٠	٢٨٧.٠	٢٨٧.٠	٨٣٠.٠	١٥ع
٠٠٨.٠	٠٠٨.٠	٠٩٤.٠	٧٧٠.٠	١٧١.٠	١٧١.٠	٧٧٠.٠	١٦ع
٣١٨.٠ -	٣١٨.٠ -	٠٩٧.٠	٨٧٠.٠	٠٦٣.٠	٠٦٣.٠	٨٧٠.٠	١٧ع
٠٩٨.٠ -	٠٩٨.٠ -	٣٠٤.٠	٧٩٠.٠	٠٩٠.٠	٠٩٠.٠	٧٩٠.٠	١٨ع
١٩١.٠ -	١٩١.٠ -	١٦٦.٠	٧٨٠.٠	٠٧٩.٠	٠٧٩.٠	٧٨٠.٠	١٩ع
١٩١.٠ -	١٩١.٠ -	١٦٦.٠	٧٨٠.٠	٠٧٩.٠	٠٧٩.٠	٧٨٠.٠	٢٠ع
معامل توكر							
٩٦.٠		٩٧.٠		٩١.٠		٩٨.٠	
للتشابه العملي							



ومع دراسة Khosravani, 2020 كانت قيم التشابه العاملية جيدة في العامل الأول، ومنخفضة في العامل الثاني، ومرتفعة في العاملين الثالث والرابع، انظر (جدول ٧).

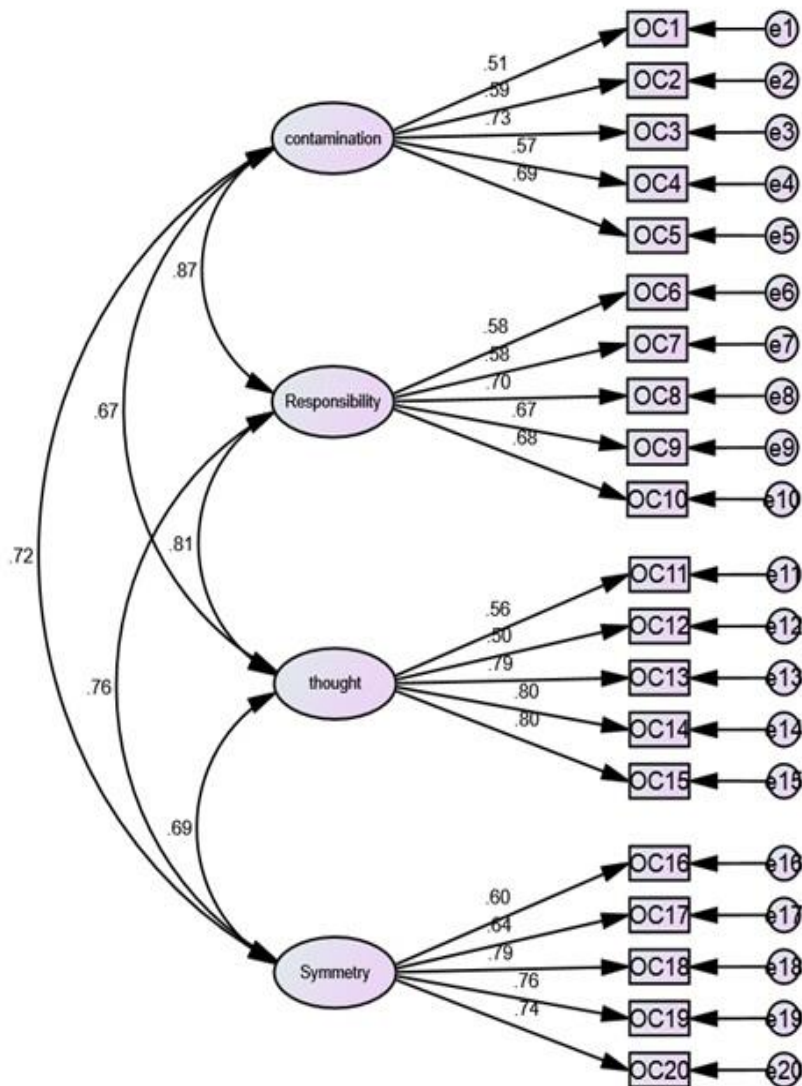
جدول (٧) التشابه العاملية بين الدراسة الحالية ودراسة خورسافاني، ٢٠٢٠.

العامل الأول		العامل الثاني		العامل الثالث		العامل الرابع		
الدراسة الحالية	دراسة Khosravani, 2020	الدراسة الحالية	دراسة Khosravani, 2020	الدراسة الحالية	دراسة Khosravani, 2020	الدراسة الحالية	دراسة Khosravani, 2020	
٤٠٥.٠	٨١٠.٠	٦٧.٠	١١٠.٠	٣٠.٠	٠٤٠.٠	٦٢.٠	٠٤٠.٠	١ع
٥٠٤.٠	٨٠٠.٠	٣٦.٠	١٥٠.٠	٠٤٠.٠	٠٥٥.٠	١٨٩.٠	٠٥٠.٠	٢ع
٧١٥.٠	٧٤٠.٠	٥٥.٠	٠٧٠.٠	١٤٠.٠	٢٣٧.٠	٢٠٧.٠	٠٧٠.٠	٣ع
٥٠٨.٠	٧٦٠.٠	٢٩.٠	٠٩٠.٠	١٠٠.٠	٣٥٨.٠	٠٦٧.٠	٠٩٠.٠	٤ع
٨٤٢.٠	٧٤٠.٠	١٢٦.٠	٠٨٠.٠	١٢٠.٠	٥٤٥.٠	٠٦٤.٠	٠٧٠.٠	٥ع
٥٥٧.٠	١٣٠.٠	٢٥٢.٠	٨٤٠.٠	٠٨٠.٠	٩٤٥.٠	١٩٧.٠	٠٤٠.٠	٦ع
١٣٩.٠	١٠٠.٠	١٣٦.٠	٩٠٠.٠	٠٦٠.٠	٣٠٧.٠	٠٦٨.٠	٠٨٠.٠	٧ع
٢٠٣.٠	٠٤٠.٠	١٣٦.٠	٧٨٠.٠	١١٠.٠	٣٨٤.٠	٠٤٣.٠	١٥٠.٠	٨ع
٢٠٠.٠	١٠٠.٠	٠٦٦.٠	٧٣٠.٠	١٤٠.٠	٧٠٤.٠	١٢٥.٠	١٥٠.٠	٩ع
٢٨٥.٠	١٧٠.٠	٠٧٣.٠	٨١٠.٠	١٣٠.٠	٦٧٥.٠	١٤١.٠	٠٩٠.٠	١٠ع
٠٩٢.٠	١٦٠.٠	٤٢٩.٠	١٠٠.٠	٧٧.٠	١٨٩.٠	٢٠٦.٠	٠٨٠.٠	١١ع
٠١٤.٠	١٢٠.٠	٣٨٧.٠	٠٧٠.٠	٧٨٠.٠	١٩٦.٠	٠٩٦.٠	٠٦٠.٠	١٢ع
١٤٥.٠	١٣٠.٠	٨٢٧.٠	١٨٠.٠	٧٩٠.٠	٢٢٦.٠	٠٦٩.٠	١٠٠.٠	١٣ع
١٠١.٠	٠٩٠.٠	٩٤٤.٠	٠٨٠.٠	٨٤٠.٠	١٠٤.٠	١٦٧.٠	١٥٠.٠	١٤ع
١١٨.٠	١٠٠.٠	٩٣١.٠	٠٩٠.٠	٨٠٠.٠	١١٢.٠	١١٦.٠	١٢٠.٠	١٥ع
-	١٢٠.٠	٠٣٨.٠	٠٩٠.٠	٠٣٠.٠	٢٨٧.٠	٥٧٩.٠	٦٦٠.٠	١٦ع
١٨٧.٠	١١٠.٠	٠٩٤.٠	١٢٠.٠	١٥٠.٠	١٧١.٠	٥٤٢.٠	٧٩٠.٠	١٧ع
-	٠٨٠.٠	٠٩٧.٠	١٣٠.٠	١٥٠.٠	٠٦٣.٠	٩٣٤.٠	٨٣٠.٠	١٨ع
٣١٨.٠	١٦٠.٠	٣٠٤.٠	٠٩٠.٠	١٦٠.٠	٠٩٠.٠	٨٦٤.٠	٧٥٠.٠	١٩ع
-	٠٩٨.٠	١٦٦.٠	٠٦٠.٠	٠٥٠.٠	٠٧٩.٠	٨٣٥.٠	٨٣٠.٠	٢٠ع
١٩١.٠	٨٥.٠	٨٠.٠	٩٤.٠	٩٧.٠	٨٠.٠	٩٧.٠	٩٧.٠	معامل
								توكر
								للتشابه
								العاملية

ومن خلال (٤، ٥، ٦، ٧، ٨)، تشير نتائج الدراسة الحالية إلى تحقق الفرض الأول، حيث ثبات المقياس عبر الثقافات المختلفة، والتي تضمنتها هذه الدراسة. وأن مقياس الوسواس القهري يتكون من أربعة عوامل هي (التلوث، المسؤولية، التفكير، التنظيم). ويدل ذلك على أن البنية العاملية للمقياس قوية ولا تتأثر بدرجة كبيرة بالفروق الثقافية، ولم يظهر هذا التأثير إلا في العامل الثاني لهذه الدراسة مع دراستين (Khosravani et al., 2020 & Melli et al., 2015b)، بالرغم من أن القيم تُعد مقبولة.

**الفرض الثاني:** ينص على "تتكون البيئة العاملية لمقياس الوسواس القهري على العينة المجتمعية من أربعة عوامل". وللتحقق من بنية المقياس في تقييم أعراض الاضطراب، تم فحص نموذج الأربعة عوامل، باستخدام التحليل العائلي التوكيدي، على العينة المجتمعية للدراسة الحالية. أظهرت نتائج التحليل العائلي التوكيدي أنه لا يوجد فرق دال بين النموذج المقترح وبين البيانات المستمدة من عينة التطبيق، إذ كانت مؤشرات ملاءمة النموذج المقترح كالتالي: مؤشر جودة الملاءمة (Goodness of Fit Index) (GFI) = (886,0)، ومؤشر الملاءمة المعياري (Normed Fit Index) (NFI) = (880,0)، ومؤشر الملاءمة المتزايد (Incremental Fit Index) (IFI) = (888,0)، ومؤشر الملاءمة المقارن (Comparative Fit Index) (CFI) = (885,0)، وجذر متوسط مربع الخطأ للتقارب (Root Mean Square Error of Approximation) (RMSEA) = (07,0). أشارت النتائج السابقة إلى أن المقياس الحالي يعكس نموذجاً لأربعة عوامل تتناول اضطراب الوسواس

القهري بشكل جيد. وأظهرت النتائج أيضاً أن المقياس صالح للتطبيق في البيئة السعودية. ويظهر من الشكل التالي الرزمة المسارية للتحليل العاملي للمقياس شكل (١).



شكل (١) التحليل العامل التوكيدي لمقياس أبعاد الوسواس القهري.

ملحوظة: OC1-OC20 = عبارات المقياس ، Contamination = التلوث ،

Responsability = المسئولية ، Thought = التفكير ، Symmetry = التنظيم

**الفرض الثالث:** ينص على " يُميز مقياس الوسواس القهري بين المرضى

والأسوياء بشكل دال إحصائياً". وللتحقق من ذلك تم استخدام منحنى

التحديد والحساسية (Receiver operating characteristic (ROC لفحص

دقة التشخيص لمقياس أبعاد الوسواس القهري ، وللتحقق من قدرة المقياس

على التحديد الدقيق والتمييز بين مجموعة المضطربين ومجموعة الأسوياء ن =

(٣٨٤) ؛ (١٩٢) مشاركاً من ذوي اضطراب الوسواس القهري ،

و(١٩٢) مشاركاً من الأسوياء). أظهرت النتائج أن المقياس يتميز بحساسية

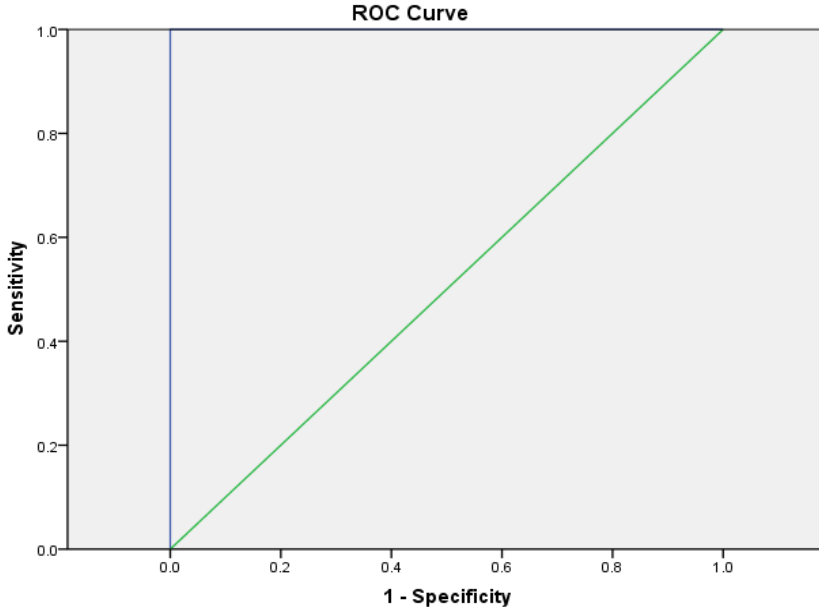
وتحديد مرتفعين ، حيث كانت المنطقة تحت المنحنى = (٠.٩٩٩) ، عند

احتمالية > (٠.٠١٠) ، بفترة ثقة (٩٥٪) شكل (٢) ، وبنقطة فصل  $\leq$  (٥٣)

الجدول (٨). وتشير النتائج السابقة إلى أن المقياس قادر بشكل دال على

التمييز بين مجموعة الوسواس القهري ، ومجموعة الأسوياء ، ويوضح جدول

(٨) نتائج هذا التحليل.



شكل (٢) منحنى التحديد والحساسية.

جدول (٨) نقطة الفصل (من الدرجات الخام) على مقياس أبعاد

الوسواس القهري.

التحديد	الحساسية	الدرجة الخام
٠,٩٨٦	٠,٩٩٩	٥٢
٠,٩٩٩	٠,٩٩٩	٥٣
٠,٩٩٩	٠,٨٩٦	٥٤

ملحوظة: الصف المظلل هو نقطة الفصل، حيث أعلى

نقطة في الحساسية والتحديد.

الفرض الرابع: ينص على " يتميز مقياس الوسواس القهري بمعاملات

صدق وثبات مرتفعة لدى أفراد الدراسة ". وللتحقق من ذلك بالنسبة للعينة

الإكلينيكية، ن = (١٢٧) تم استخدام إعادة التطبيق بفارق أسبوع بين التطبيقين. وباستخدام معامل ارتباط بيرسون أظهرت النتائج ثباتاً مرتفعاً للمقياس حيث  $r = (٠.٨٩٧)$ ، عند مستوى دلالة  $> (٠.٠١)$ ، أما بالنسبة للعينة المجتمعية، ن = (٢.٧٥٨) تم التحقق من ثبات المقياس بطريقة الاتساق الداخلي، حيث تم استخدام كل من معامل ألفا، وارتباط البند - البند، وارتباط البند بالدرجة الكلية. وذلك للمقياس الكلي، والمقاييس الفرعية، وقد أظهرت النتائج قيم ثبات مرتفعة للمقياس، جدول (٩).

جدول (٩) تحليل ثبات الاتساق الداخلي للمقياس.

المقياس	الكلي	عامل التلوث	عامل المسؤولية	عامل التفكير	عامل التنظيم
معامل ألفا	٠.٩١٩	٠.٧٥١	٠.٧٧٩	٠.٨٠٩	٠.٨٣١
م ارتباط ع - ع	٠.٣٦١	٠.٣٧٦	٠.٤١٤	٠.٤٦١	٠.٤٩٥
م ارتباط ع - ك	٠.٥٩٠	٠.٦٠٢	٠.٦٢٥	٠.٦٤٠	٠.٦٦٦

ملحوظة: م = متوسط، ع = عبارة، ك = الدرجة الكلية

ويُظهر الجدول (٩) أيضاً أن قيم معامل الارتباط بين العبارات وبعضها وبين العبارات والدرجة الكلية تعكس اتساقاً داخلياً مرتفعاً، حيث يُعد المتوسط المقبول لارتباط البنود بعضها ببعض، يتراوح بين (٢.٠، و٤.٠) وارتباط البنود بالدرجة الكلية يتراوح بين (٠.٤، و٠.٦) (Piedmont, 2014) حتى لا تعتبر البنود غير متسقة أو تعتبر مجرد تكرار لبعضها البعض. وتشير

النتائج السابقة إلى أن المقياس متسق من حيث البنود، ولا يوجد به بنود مكررة، أن بنود المقياس تمثل نفس البنية التي تقيسها.

**الفرض الخامس:** ينص على "توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) في نسب انتشار اضطراب الوسواس القهري يعزي للمتغيرات (النوع، العمر، التعليم، المستوى الاقتصادي، الحالة الاجتماعية، مكان الإقامة).

أظهرت نتائج الدراسة الجدول (١٠) أن نسبة الانتشار الكلية لاضطراب الوسواس القهري كانت (٧٪). وأن الانتشار والحدوث وفقاً للنوع. كانت نسبته في الإناث أعلى من نسبتها في الذكور بشكل دال إحصائياً حيث (كا<sup>٢</sup>) (١) = (٠,٢٨,١٨)، عند احتمالية > (٠,٠٠١). أما عن الانتشار والحدوث وفقاً للعمر، أظهرت النتائج أن الاضطراب أكثر انتشاراً في الفئة العمرية (١٨ - ٢١) عاماً، كما أظهرت نتائج (كا<sup>٢</sup>) أن هذه الفروق في نسبة الانتشار للاضطراب غير دالة إحصائياً حيث (كا<sup>٢</sup>) (٥) = (٣٨١,٢)، عند احتمالية = (٠,٧٩٤). وفيما يتعلق بالانتشار والحدوث وفقاً للتعليم، أظهرت النتائج أن الاضطراب أكثر انتشاراً وفقاً لمستوى التعليم الجامعي، كما أظهرت نتائج (كا<sup>٢</sup>) أن هذه الفروق في نسبة الانتشار للاضطراب غير دالة إحصائياً حيث (كا<sup>٢</sup>) (٤) = (١٣٦,١)، عند احتمالية = (٠,٨٨٨). أيضاً كان الانتشار والحدوث وفقاً للحالة الاجتماعية أكثر فيما بين المطلقين، كما أظهرت نتائج (كا<sup>٢</sup>) أن هذه الفروق في نسبة الانتشار للاضطراب دالة إحصائياً حيث (كا<sup>٢</sup>) (٣) = (٧٥٦,١٠)، عند احتمالية = (٠,٠١٣). أما الانتشار والحدوث وفقاً للمستوى الاقتصادي، فقد أظهرت النتائج أن الاضطراب أكثر انتشاراً في

المستوى الاقتصادي المرتفع جداً ثم المنخفض جداً، كما أظهرت نتائج (كأ) أن هذه الفروق في نسبة الانتشار للاضطراب دالة إحصائياً حيث (كأ) (٤) = (٦٤٩,٣)، عند احتمالية = (٠,٠٥٦). وأخيراً تحديد نسب انتشار اضطراب الوسواس القهري وفقاً لمكان الإقامة، فقد أظهرت النتائج أن انتشار الاضطراب في الحضر أعلى من الريف، ولكن أظهرت نتائج (كأ) أن هذه الفروق في نسبة الانتشار للاضطراب لم تكن دالة إحصائياً حيث (كأ) (١) = (٢٧٤,٢)، عند احتمالية = (٠,١٣٢).

جدول (١٠) نسب انتشار اضطراب الوسواس القهري في العينة المجتمعية.

المتغير	عاديون		مضطربون	
	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية
النوع	ذكور	١٣٠٣	٦٧	٩,٤%
	إناث	١٢٦٣	١٢٥	٠,٩%
العمر	١٨ - ٢١	١٤٩٨	١١٩	٤,٧%
	٢٢ - ٢٩	٨٠٩	٥٨	٧,٦%
	٣٠ - ٣٩	١٤٠	١٠	٧,٦%
	٤٠ - ٤٩	٨٣	٤	٦,٤%
	٥٠ - ٥٩	٣٠	١	٢,٣%
	٦٠ فأكثر	٦	٠	٠,٠%
	يقرأ ويكتب	٥٣	٤	٠,٧%
	تعليم متوسط	٧٠٢	٤٩	٥,٦%
التعليم	تعليم جامعي	١٦٩٥	١٣٢	٢,٧%
	ماجستير	٨١	٤	٧,٤%
	دكتوراة	٣٥	٣	٦,١%



أعزب	٢٠١١	%٢.٩٣	١٤٧	%٨.٦	الحالة الاجتماعية
متزوج	٥٢١	%٠.٩٣	٣٩	%٠.٧	
مطلق	٢١	%٨.٧٧	٦	%٢.٢٢	
أرمل	١٣	%١٠٠	٠	%٠.٠	
منخفض جدا	٣٩	%٧.٩٠	٤	%٣.٩	المستوى الاقتصادي
منخفض	١٨٩	%٠.٩٥	١٠	%٠.٥	
متوسط	١٧٥٩	%٦.٩٣	١٢١	%٤.٦	
مرتفع	٤٨٣	%١.٩١	٤٧	%٩.٨	
مرتفع جدا	٩٦	%٦.٩٠	١٠	%٤.٩	
قرية	١٣٧٤	%٧.٩٣	٩٢	%٣.٦	مكان الإقامة
مدينة	١١٩٢	%٣.٩٢	١٠٠	%٧.٧	
النسبة الكلية	٢٥٦٦	%٠.٩٣	٢٩٢	%٠.٧	

## المناقشة

هدفت الدراسة الحالية إلى حساب الخصائص السيكومترية للنسخة السعودية لمقياس أبعاد الوسواس القهري. بالإضافة إلى التحقق من بنية المقياس عبر ثقافات أخرى، ومن خلال عينة مجتمعية، أكدت النتائج الحالية على نموذج الأربعة عوامل والتي تتفق مع نتيجة الدراسة الأصلية للمقياس (Abramowitz et al., 2010)، كما تم التحقق من ذلك في الدراسة الإيطالية (Melli et al., 2015 a)، والتركية (Safak et al., 2017)، والبنغالية (Algin et al., 2018)، والإيرانية (Khosravani et al., 2020).

نتائج التحليل العاملي الاستكشافي في هذه الدراسة دعم الأربعة عوامل المتوقعة، وذلك على العينة الإكلينيكية. وبخصوص التشابه العاملي مع

الدراسات الأخرى ، نجد أنه مع دراستي ( Khosravani et al., 2020; Melli et al., 2015 a) كانت نتائج العامل الأول (التلوث) مقبولة من حيث التشابه مع العامل الأول في الدراسة الحالية. ولكن كانت ضعيفة في العامل الثاني (المسئولية). أما العاملين الثالث (الأفكار الوسواسية) والرابع (التنظيم المثالي) كانت قيم معامل التشابه العملي مرتفعة. أما مع دراستي ( Algin et al., 2017; Safak et al., 2018) فكانت قيم التشابه العملي مع الدراسة الحالية مرتفعة في الأربعة عوامل. وتشير تلك النتائج في المجمل (في ضوء العينات الإكلينيكية) إلى أن المقياس بينته العملية الحالية يعكس جيداً أربعة عوامل لاضطراب الوسواس القهري لا تختلف من ثقافة إلى أخرى.

وبخصوص العينات غير الإكلينيكية (التي تم اشتقاقها من المجتمع العام) حيث كان الهدف من اختيار تلك العينة هو التأكد من صدق البنية العملية للمقياس على عينات غير إكلينيكية. وجاءت نتائج التحليل العملي التوكيدي مُتسقة مع الدراسة الأصلية ، والتي استخدمت نفس الطريقة حيث التأكد من البنية العملية للمقياس على مجموعة من الطلاب ممن تم اختيارهم بشكل عشوائي ، وجاءت النتائج أيضاً بمؤشرات ملائمة وتوافق مرتفعة (Abramowitz et al., 2010). واتفقت نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (Treviño-de la Garza et al., 2019) ، التي أجريت على عينة مكسيكية ، حيث تم استخدام التحليل العملي التوكيدي ، والتأكد من ملائمة نموذج الأربعة عوامل للبيانات المستمدة من العينة المكسيكية. والتي أظهرت نتائجها ملائمة نموذج الأربعة عوامل لمقياس أبعاد الوسواس القهري. بالإضافة لما أظهرته نتائج التحليل العملي التوكيدي ، والتي أجريت على عينة إيرانية ،

حيث أكدت أيضاً على ملاءمة نموذج الأربعة عوامل بمؤشرات ملاءمة مرتفعة (Khosravani et al., 2020) واتفقت تلك البنية أيضاً مع نتائج التحليل العاملي التوكيدي للدراسة الحالية.

ولفحص قدرة المقياس الحالي على التشخيص الدقيق، حيث إن الفرض الأساسي من تعريبه هو استخدامه في المجال الإكلينيكي، فلقد تم استخدام منحني الحساسية والتحديد، لتحديد إلى أي مدى تكون درجات المقياس قادره على التمييز بين المرضى والأسوياء، حيث إن القيمة (1) تساوي قدرة (100٪) على التشخيص، سواء بمؤشر الحساسية أو مؤشر التحديد، وأن قيمة (0,50) تمثل الصدفة. جاءت نتيجة هذه الدراسة متفقه مع الدراسة الأصلية للمقياس، حيث كانت المساحة تحت المنحنى في الدراسة الأصلية = (0,86) (Abramowitz et al., 2010). وبالإضافة للدراسة الأصلية، فقد جاءت نتائج عديد من الدراسات بعد ذلك متفقه مع تقييم الدراسة الحالية. حيث كانت المساحة تحت المنحنى في العينة الإيطالية = (0,87) (Melli et al., 2015 a). وللصورة المختصرة للمقياس، كانت المساحة تحت المنحنى = (0,97) (Eilertsen et al., 2017). وتشير تلك النتائج، التي تتفق مع نتائج الدراسة الحالية إلى التأكيد على قدرة المقياس التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري، وذلك في الثقافة السعودية.

أظهرت نتائج الدراسة الحالية ثباتاً مرتفعاً للمقياس الحالي، سواء باستخدام طريقة ثبات إعادة الاختبار، و معامل الاتساق الداخلي (ألفا - كرونباخ). في الدراسة الأصلية لمقياس أبعاد الوسواس القهري وباستخدام ثبات إعادة الاختبار أظهرت النتائج معامل ثبات حيث  $r = (0,60)$

(Abramowitz et al., 2010) وهي نتيجة أقل مما هي عليه في الدراسة الحالية، ويمكن إرجاع ذلك إلى أن الفترة التي وقعت بين التطبيقين في الدراسة الأصلية كانت (١٢) أسبوعاً، مما أثر سلباً على قيمة معامل الارتباط. كما اتفقت نتائج الاتساق الداخلي مع نتائج الدراسة الأصلية، حيث كانت قيم معامل ألفا في الدراسة الأصلية تتراوح بين (٠.٨٣ - ٠.٩٣) للعينة غير الإكلينيكية (Abramowitz et al., 2010). كما اتفقت نتائج الدراسة الحالية من حيث الاتساق الداخلي للمقياس مع العديد من الدراسات السابقة (Algin et al., 2018; Eilertsen et al., 2017; Treviño-de la Garza et al., 2019; Khosravani et al., 2020; Melli et al., 2015 a; Safak et al., 2017).

وبخصوص نتائج نسبة الانتشار الكلية للدراسة الحالية، تعتبر هذه النسبة كبيرة مقارنة بما تم طرحه من قبل رابطة الطب النفسي الأمريكية، إذ أشارت إلى أن نسب الانتشار عالمياً تتراوح بين (١.١٪) وبين (١.٨٪)، كما أشارت أيضاً إلى نسبة انتشار الاضطراب في الولايات المتحدة الأمريكية تصل لـ (١.٢٪) (APA, 2013). ولكن تلك النسب تم حسابها وتقريرها في عام (٢٠١٣م). أيضاً وفي دراسة سالم (٢٠٠٨) أظهرت نتائج الدراسة أن النسبة الكلية لانتشار اضطراب الوسواس القهري تعد (٢.٥٪) فيما بين البالغين بمدينة الإسكندرية (جمهورية مصر العربية) وهي نسبة لا زالت أقل مما ظهرت في الدراسة الحالية، وفي دراسة عكاشة (٢٠٠٣)، حيث قام بحساب نسبة الانتشار لاضطراب الوسواس القهري، ولكن فيما بين العينات الإكلينيكية من المترددين على العيادات الخارجية بمستشفيات الصحة النفسية (محافظة

القاهر؛ جمهورية مصر العربية) حيث أشارت نتائج الدراسة لوجود نسبة انتشار تقدر بـ (١٠٪). ومؤخراً نشرت دراسة سعودية حيث أجريت في جنوب المملكة العربية السعودية، وذلك لحساب انتشار اضطراب الوسواس القهري، وأظهرت نتائجها أن نسبة الانتشار (٣,٤٪)، وهي أقل مما أشارت إليه نتائج الدراسة الحالية. ويرجع الباحث الفرق الكبير في نسبة الانتشار الكلية التي أظهرتها الدراسة الحالية وبين نسب الانتشار الأقل التي أشارت إليها نتائج الدراسات السابقة لعدة أسباب. أولها، أن الدراسة الحالية وبالأخص التطبيق على العينة المجتمعية، تم في توقيت كانت أعداد انتشار مصابي فيروس كورونا في ازدياد مما قد يؤثر على نتائج الدراسة الحالية في اتجاه ازدياد نسبة انتشار اضطراب الوسواس القهري. السبب الثاني، هو حداثة الدراسة الحالية، إذ من الممكن أن تكون النسب التي ذكرت في الدراسات السابقة لم تعد كما هي الآن، بل أصبحت مختلفة زيادة أو نقصاناً. والسبب الثالث، أن نسبة كبيرة من العينة من المتعلمين بما يسهم في ارتفاع نسب انتشار اضطراب الوسواس القهري. والسبب الرابع، هو طريقة اشتقاق العينة وعددها، وقد يؤثر كلاهما على نتائج الانتشار.

وفيما يتعلق بالانتشار والحدوث وفقاً للنوع، تتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة عبد الخالق ورضوان (٢٠٠٢) وعبد المنعم (٢٠٠٠) في أن الوسواس القهري أكثر انتشاراً لدى الإناث عن الذكور، كما تتفق هذه النتيجة مع أكثر الدراسات حداثة في البيئة السعودية (Alsubaie et al., 2020). وتختلف مع دراسة عبد الخالق وآخرون (١٩٩٥) والعنزي (١٩٩٧) حيث أشاروا إلى عدم وجود فروق بينهم في الوسواس القهري. ونجد أن اضطراب الوسواس

القهري أكثر انتشاراً بين الإناث مقارنة بالذكور (كرينج وآخرون، ٢٠١٥). ويرجع ذلك إلى طبيعة الإناث، حيث يغلب عليهن الأفعال القهرية، لحرصهن على التأكد والتدقيق من إتمام أعمالهن بشكل مثالي، وبالتالي الإحساس بالقلق تجاه إنجاز العمل بشكل أفضل وأدق (عبد المنعم، ٢٠٠٠). بالرغم من عدم دلالة الفروق بين الفئات العمرية في نتائج هذه الدراسة، إلا أن نسبة الانتشار كانت أعلى في الفئة العمرية المرتبطة بطلاب الجامعة (من ١٨ - ٢١) عاماً، ويمكن تفسير ذلك كون أغلب العينة كانت من طلاب الجامعة، وأن هذه الفئة ينتشر فيها أعراض اضطراب الوسواس القهري، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة السباعي (Alsubaie et al., 2020) وتتسق النتيجة مع أن الانتشار كان أكثر فيما بين طلاب الجامعة (بالرغم من عدم وجود دلالة إحصائية) بالإضافة لما ذكره السباعي عن هذه الفئة فنجد أيضاً أن هذه النتيجة تتفق ذلك مع نتيجة دراسة (عبد الخالق ورضوان، ٢٠٠٢)، حيث أشار إلى أن الوسواس القهري أكثر شيوعاً لدى من تلقوا تعليماً أرقى. وقد يرجع ذلك إلى الروتين المتعلق بحياتهم الجامعية، التي تتطلب بذل الجهد والوقت مما يؤدي إلى زيادة التوتر والقلق وقلة الاستقرار؛ مما يؤدي بدوره إلى ظهور سمات هذا الاضطراب. بالإضافة لما سبق أظهرت الدراسة أن اضطراب الوسواس القهري ينتشر أكثر فيما بين المطلقين بدلالة إحصائية عن الفئات الأخرى من المتزوجين وغير المتزوجين والأرامل. ولم تكن هناك دلالة للفرق في حدوث اضطراب الوسواس القهري في كل من المستوى الاجتماعي - الاقتصادي ومكان الإقامة إلا أن الانتشار كان أعلى في المستويات الاجتماعية - الاقتصادية المرتفعة جداً والمنخفضة جداً، وهو ما يتفق جزئياً

مع نتائج دراسة عبد الخالق (٢٠٠٢) حيث أشار إلى أن الوسواس القهري يكون أكثر شيوعاً بين الطبقات الاجتماعية الأعلى ، أما في هذه الدراسة انتشر الوسواس القهري بشكل كبير في المستويات المنخفضة جداً ، وهو ما يشير في الثقافة الحالية إلى أن التطرف في المستوى الاجتماعي -الاقتصادي مرتبط بظهور أعراض اضطراب الوسواس القهري. وبخصوص مكان الإقامة (قرية -مدينة) ، فقد أظهرت نتائج الدراسة أن اضطراب الوسواس القهري منتشر بشكل أكبر بين سكان الحضر ، وتتفق النتيجة مع نتائج دراسة الرماوي والرماوي (٢٠١٤) على عينة من طلاب جامعة القدس. ويرى الباحث أن انتشار اضطراب الوسواس القهري فيما بين سكان المناطق الحضرية هو أمر منطقي ربما لما يعانيه هؤلاء السكان من ضغوط يومية ، وأحياناً افتقار للدعم الاجتماعي والتنافسية في مجالات الحياة اليومية.

\* \* \*

## المراجع العربية:

- أخرس، نائل (٢٠١٧). إعداد مقياس للوسواس القهري على البيئة الأردنية. مجلة العلوم التربوية والنفسية، ٢٥(٢)، ١٦٧-١٨٥.
- إمام، حنفي، والرمادي، نور (٢٠٠١). علم نفس الشواذ. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- بشري، صمويل، وعبد الظاهر، عبد الله (٢٠٠٩). اضطراب الوسواس القهري. مجلة كلية التربية، جامعة الإسكندرية، ١٩(٣)، ٢٧٥-٣١٨.
- الرمادي، عمر، والرمادي، أميرة (٢٠١٤). الوسواس القهري وعلاقته بإبعاد الشخصية العصابية والانبساطية لدى طلبة جامعة القدس. المجلة الدولية التربوية المتخصصة، ٣(٥)، ٨٩-١٠٣.
- زهران، حامد (٢٠٠١). الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة: عالم الكتب.
- سالم، محمد (٢٠٠٨). الوسواس القهري: دليل علمي للمريض والأسرة والأصدقاء. ط (٥)، الإسكندرية: دار العقيدة.
- عبد الخالق، أحمد (٢٠٠٢). الوسواس القهري التشخيص والعلاج. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد الخالق، أحمد والدماطي، عبد القادر (١٩٩٥). الوسواس القهري لدى طلبة المدارس الثانوية وطلبة الجامعة في مدينة الرياض بالملكة العربية السعودية، مجلة دراسات نفسية، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، ١٥(١)، ١-١٧.
- عبد الخالق، أحمد، ورضوان، سامر (٢٠٠٢). مدى صلاحية المقياس العربي للوسواس القهري على عينات سورية. مجلة دراسات نفسية، ١٢(١)، ٤٣-٦١.
- عبد المنعم، توفيق (٢٠٠٠). الوسواس القهري دراسة على عينات بحرينية. مجلة علم النفس، ١٤(٥٥)، ٦٤-٧٧.
- عكاشة، أحمد (٢٠٠٣). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.



العنزي، فريج (١٩٩٧). الوسواس القهري لدى الأطفال الكويتيين. مجلة دراسات نفسية، ٧(٢)، ١٨١-٢٠٢.

عيد، غادة، ونيال، مايسة، وعبد الخالق، أحمد (٢٠٠٩). الخصائص السيكومترية والتحليل العاملي التوكيدي لمقياس أعراض الوسواس القهري لعينة من طلاب جامعة الكويت. مجلة العلوم التربوية والنفسية، ١٠(٣)، ١١١-١٤٠.

عيسوي، عبد الرحمن (٢٠٠٤). الصحة النفسية من منظور القانون. لبنان: منشورات المجلة الحقوقية.

غانم، محمد (٢٠٠٤). الوسواس القهري. الإسكندرية: المكتبة المصرية للطباعة.

كاظم، علي، وآل سعيد، تغريد (٢٠٠٨). الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين العمانيين. مجلة الطفولة العربية، الكويت، ٩(٣٦): ٨-٣١.

كرينج، آن، وجونسون، شيري، ونيال، جون، ودافيسون، جيرالد (٢٠١٥). علم النفس المرضي. (ترجمة: أمثال الحويلة وفاطمة عياد وهناء شويخ وملك الرشيد ونادية الحمدان)، القاهرة: الأجلو المصرية.

\* \* \*

## المراجع الأجنبية:

Abramowitz, J., Franklin, M., Schwartz, S., & Furr, J. (2003). Symptom presentation and outcome of cognitive-behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1049–1057.

Abramowitz, J., Deacon, B. J., Olatunji, B., Wheaton, M., Berman, N. C., Losardo, D., & Hale, L. R. (2010). Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: Development and evaluation of the dimensional obsessive-compulsive scale. *Psychological Assessment*, 22(1): 180-198.

Algin, S., Nahar, J., Sajib, M. & Arafat, S. (2018). Dimensional obsessive-compulsive scale-bangla version. *PsycTESTS Dataset*.

Alsubaie, S., Almathami, M., Abouelyazid, A., Alqahtani, M. M., Alshehri, W. and Alamri, A. (2020). Prevalence of obsessive-compulsive disorder: A Survey with Southern Saudi Arabian samples. *J Psychiatry Depress Anxiety*, 6, 031.

American Psychiatric Association (APA) (2013). *Obsessive-Compulsive & Related Disorders*. In: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 (235-263)*. Arlington, VA: Author.

Angelakis, I., Panagioti, M. & Austin, J. (2016). Factor structure and validation of the obsessive-compulsive inventory-revised (OCI-R) in a Greek non-clinical sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 39(1), 164-175.

Asadi, S., Daraeian, A., Rahmani, B., Kargari, A., Ahmadiani, A. & Shams, J. (2016). Exploring yale-Brown obsessive-compulsive scale symptom structure in Iranian OCD patients using item-based factor analysis. *Psychiatry Research*, 245, 416-422.

Bloch, M., Landeros-Weisenberger, A., Rosário, M., Pittenger, C., & Leckman, J. (2008). Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive

disorder.

*American Journal of Psychiatry*, 165, 1532–1542.

Burton, C. L., Park, L. S., Corfield, E. C., Forget-Dubois, N., Dupuis, A., Sinopoli, V., & Arnold, P. (2018). Heritability of obsessive–compulsive trait dimensions in youth from the general population. *Translational Psychiatry*, 8(1).

Byrne, B. M. (2010). *Structural Equation Modeling with AMOS: Basic Concepts, Applications, and Programming* (2<sup>nd</sup> Ed.). New York, NY: Routledge, Taylor & Francis Group.

Eilertsen, T., Hansen, B., Kvale, G., Abramowitz, J., Holm, S. & Solem, S. (2017). The dimensional obsessive-compulsive scale: Development and validation of a short form (DOCS-SF). *Frontiers in Psychology*, 8,1503.

Fergus, T., Latendresse, S. & Wu, K. (2019). Factor structure and further validation of the 20-Item short form of the obsessive beliefs questionnaire. *Assessment*, 26(6): 984-1000.

Fineberg, N. A., Regunandan, S., Simpson, H. B., Phillips, K. A., Richter, M. A., Matthews, K., Stein, D. J., Sareen, J., Brown, A., & Sookman, D. (2015). Obsessive-compulsive disorder (OCD): Practical strategies for pharmacological and somatic treatment in adults. *Psychiatry Research*, 227, 114–125.

Flament, M. F., Whitaker, A., Rapoport, J. L., Davies, M., Zaremba Berg, C., Kalikow, K., Shaffer, D. (1988). Obsessive compulsive disorder in adolescence: An epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 764–771.

Fontenelle, L. F., & Hasler, G. (2008). The analytical epidemiology of obsessive-compulsive disorder: Risk factors and correlates. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 32(1), 1–15.

Garcia-Delgar, B., Ortiz, A., Morer, A., Alonso, P., Do Rosário, M. & Lázaro, L. (2016). Validation of the Spanish version of the dimensional Yale–Brown obsessive–compulsive scale (DYBOCS) in children and adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 68, 156-164.

Grover, S., Sarkar, S., Gupta, G., Kate, N., Ghosh, A., Chakrabarti, S. & Avasthi, A. (2018). Factor analysis of symptom profile in early onset and late onset OCD. *Psychiatry Research*, 262, 631-635.

Guillemin, F. (1995). Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. *Scandinavian journal of rheumatology*, 24(2), 61-63.

Hauschildt, M., Dar, R., Schröder, J. & Moritz, S. (2019). Congruence and discrepancy between self-rated and clinician-rated symptom severity on the Yale–Brown obsessive-compulsive scale (Y-BOCS) before and after a low-intensity intervention. *Psychiatry Research*, 273, 595-602.

Højgaard, D., Mortensen, E. L., Ivarsson, T., Hybel, K., Skarphedinsson, G., Nissen, J., & Thomsen, P. (2016). Structure and clinical correlates of obsessive–compulsive symptoms in a large sample of children and adolescents: a factor analytic study across five nations. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(3): 281-291.

Hollander, E. (1993). *Obsessive Compulsive Related Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Khosravani, V., Abramowitz, J., Samimi Ardestani, S., Sharifi Bastan, F & Kamali, Z. (2020). The Persian version of the dimensional obsessive-compulsive scale (P-DOCS): A psychometric evaluation. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 25: 100522.

Kringlen, E. (1965). Obsessional neurotics: Long-term outcome. *British Journal of Psychiatry*, 111, 709–722.

Lafleur, D. L., Petty, C., Mancuso, E., McCarthy, K., Biederman, J., Faro, A., ... & Geller, D. A. (2011). Traumatic events and obsessive compulsive disorder in children and adolescents: Is there a link? *Journal of Anxiety Disorders*, 25(4), 513–519.

Lorenzo-Seva, U. & Ten Berge, J. (2006). Tucker's congruence coefficient as a meaningful index of factor similarity. *Methodology*, 2(2), 57-64.

Markarian, Y., Larson, M. J., Aldea, M. A., Baldwin, S. A., Good, D., Berkeljon, A., Murphy, T. K., Storch, E. A., & McKay, D. (2010). Multiple pathways to functional impairment in obsessive compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 30, 78–88.

McKay, D., Arocho, J., & Brand, J. (2014). Cognitive-behavior therapy for anxiety disorders: When intervention fails. In P. M. G. Emmelkamp & T. Ehring (Eds.), *International Handbook of Anxiety Disorders* (Vol. II) (pp. 1197–1214). Chichester: Wiley.

McKay, D., Sookman, D., Neziroglu, F., Wilhelm, S., Stein, D., Kyrios, M., Mathews, K., & Veale, D. (2015). Efficacy of cognitive-behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 225, 236–246.

Melli, G., Avallone, E., Moulding, R., Pinto, A., Micheli, E. & Carraresi, C. (2015a). Validation of the Italian version of the Yale–Brown obsessive compulsive scale–second edition (Y-BOCS-II) in a clinical sample. *Comprehensive Psychiatry*, 60, 86-92.

Melli, G., Chiorri, C., Bulli, F., Carraresi, C., Stopani, E. & Abramowitz, J. (2015b). Factor congruence and psychometric properties of the Italian version of the dimensional obsessive-compulsive scale (DOCS) across non-clinical and clinical samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 37(2), 329-339.

Muthen, L. K. & Muthen, B. (2015). *Mplus: Statistical Analysis with Latent Variables: User's Guide*. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.

Park, L., Burton, C., Dupuis, A., Shan, J., Storch, E., Crosbie, J. & Arnold, P. D. (2016). The Toronto obsessive-compulsive scale: Psychometrics of a dimensional measure of obsessive-compulsive traits. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(4), 310-318.

Piedmont, R. (2014). Inter-item correlations. In: A. C. Michalos (Ed.), *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research* (1<sup>st</sup> ed., p. 3304). Springer Netherlands.

Piqueras, J., Rodríguez-Jiménez, T., Ortiz, A., Moreno, E., Lázaro, L. & Godoy, A. (2015). Validation of the short obsessive-compulsive disorder screener (SOCS) in children and adolescents. *BJPsych Open*, 1(1), 21-26.

Pittenger, C. (Ed.). (2017). *Obsessive-compulsive disorder: phenomenology, pathophysiology, and treatment*. Oxford University Press.

Revelle, W. (2017). *How to Use the Psych Package for Factor Analysis and Data Reduction*. Evanston, IL: Northwestern University, Department of Psychology

Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R.C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey. *Molecular Psychiatry*, 15, 53–63.

Russell, E., Fawcett, J., & Mazmanian, D. (2013). Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74(4), 377–385.

Safak, Y., Say Ocal, D., Ozdel, K., Kuru, E. & Orsel, S. (2017). Dimensional approach to obsessive-compulsive disorder: Dimensional obsessive-compulsive scale with Turkish psychometric properties. *Turkish Journal of Psychiatry*. 29 (2) 122-130.

Scahill, L., Riddle, M., & McSwiggin-Hardin, M. (1997). Children's Yale-Brown obsessive-compulsive scale: Reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 844–852.

Storch, E., Abramowitz, J., and Goodman, W. (2008). Where does obsessive-compulsive

disorder belong in DSM-V? *Depression and Anxiety*, 25, 336–347.

Valleni-Basile, L., Garrison, C., Jackson, K., Waller, J., McKeown, R., Addy, C., & Cuffe, S. (1994). Frequency of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 782–791.

Treviño-de la Garza, B., Berman, N., Fisak, B., Ruvalcaba-Romero, N. & Gallegos-Guajardo, J. (2019). Validation of the dimensional obsessive-compulsive scale for Mexican population. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 21: 13-17.

World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.

Wu, M. S., McGuire, J., Horng, B. and Storch, E. (2016). Further psychometric properties of the Yale–Brown obsessive-compulsive scale — Second edition. *Comprehensive Psychiatry*, 66, 96-103.

Yorulmaz, O., Inozu, M., Clark, D. & Radomsky, A. (2015). Psychometric properties of the obsessive-Compulsive inventory-Revised in a Turkish analogue sample. *Psychological Reports*, 117(3): 781-793.

\* \* \*