



عمادة الدراسات العليا

جامعة القدس

الوسواس القهري لدى مرضى الكلى والسرطان في محافظة الخليل

عماد عزات محمود طنينه

رسالة ماجستير

القدس - فلسطين

1438هـ - 2017م

الوسواس القهري لدى مرضى الكلى والسرطان في محافظة الخليل

إعداد:

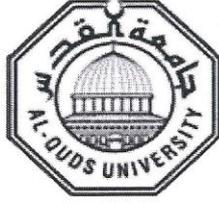
عماد عزات محمود طنينه

بكالوريوس تربية ابتدائية وعلم النفس - جامعة الخليل - فلسطين

المشرف: د. عمر الريماوي

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي من عمادة الدراسات العليا / كلية العلوم التربوية/ جامعة القدس

1438 هـ - 2017 م



جامعة القدس
عمادة الدراسات العليا
كلية العلوم التربوية

إجازة الرسالة

الوسواس القهري لدى مرضى الكلى والسرطان في محافظة الخليل

إعداد الطالب: عماد عزات محمود طنينه

الرقم الجامعي: 21420247

المشرف: د. عمر الريماوي

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ: 9 / 8 / 2017 م، من أعضاء لجنة المناقشة المدرجة أسماؤهم وتوقيعهم:

- | | | |
|----------------------|--------------------|--------------|
| 1. د. عمر الريماوي | رئيس لجنة المناقشة | التوقيع..... |
| 2. د. علا حسين | ممتحناً داخلياً | التوقيع..... |
| 3. د. ابراهيم المصري | ممتحناً خارجياً | التوقيع..... |

القدس - فلسطين

1438 هـ - 2017 م

الاهداء

إلهي لا يطيب الليل إلا بشكرك ولا يطيب النهار إلا بطاعتك ولا تطيب اللحظات إلا بذكرك.

إلى من بلغ الرسالة وأدى الأمانة.. ونصح الأمة، إلى نبي الرحمة ونور العالمين سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم.

إلى من كلله الله بالهبة الوقار.. إلى من علمني العطاء بدون انتظار.. إلى من أحمل اسمه بكل افتخار... والدي الحبيب لك الرحمة.

إلى من ركع العطاء أمام قدميها وأعطتنا من دمها وروحها وعمرها حبا وتصميما ، إلى من كان دعاؤها سر نجاحي وحنانها بلسم جراحي إلى أغلى الحبايب.. أمي الحبيبة لك الرحمة.

إلى من أخذت بيدي ورسمت الأمل في كل خطوة مشيتها، أريد أن أشكرك على مواقفك النبيلة.. إلى من تطلعت لنجاحي بنظرات الأمل.. زوجتي الغالية.

إلى من بهم أكبر وعليهم اعتمد.. إلى من بوجودهم أكتسب قوة ومحبة لا حدود لها.. إلى من عرفت معهم معنى الحياة.. أخوتي وأخواتي.

إلى من أرى السعادة في ضحكاتهم.. إلى شعلة الذكاء والنور.. إلى الوجوه المفعمة بالبراءة.. لمحبتكم ازهرت أيامي.. أولادي (مجد، ميس، محمد، ميرا).

إلى التي لم تدهم أمي إلى من تحلو بالإخاء وتميزوا بالوفاء والعطاء، أولى ينابيع الصدق الصافي إلى من برفقتهم في دروب الحياة الحلوة والحزينه سرت، إلى من عرفت كيف أجدهم وعلموني أن لا أضيعهم.. زملائي وميلائي.

إلى الوطن المسلوب فوق حائط الكراهية.. إلى كل أرواح الشهداء الأبرار.

الباحث

عماد عزات محمود طنينه

إقرار:

أُقر أنا مقدم الرسالة أنها قدمت لجامعة القدس لنيل درجة الماجستير وأنها نتيجة أبحاثي الخاصة باستثناء ما تمت الإشارة إليه حيثما ورد وأن هذه الرسالة أو أي جزء منها لم يقدم لنيل أي درجة عليا لأي جامعة أو معهد.

الإسم: عماد عزات محمود طنينه

التوقيع:.....

التاريخ: 2017/ 8 /9

شكر وتقدير

الحمد لله حمد الشاكرين والصلاة والسلام على رسوله الكريم سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين.

بداية أحمد الله وأشكر فضله الذي من علي لإنجاز هذا العمل المتواضع ويسر لي طريقه من غير حول مني ولا قوة.

وانطلاقاً من العرفان بالجميل، فإنه ليسرني ويثلج صدري أن أتقدم بالشكر والامتنان إلى أستاذي، ومشرفي الدكتور عمر الريماوي الذي مدني من منابع علمه بالكثير، والذي ما توانى يوماً عن مد يد المساعدة لي، وحمداً لله بأن يسره في دربي ويسر به أمري وعسى أن يطيل عمره ليبقى نبراساً متألئناً في نور العلم والعلماء.

كما أتقدم بجزيل الشكر إلى أساتذتي أعضاء لجنة النقاش الموقرين على ما تكبدوه من عناء في قراءة رسالتي المتواضعة وإغنائها بمقترحاتهم القيمة.

ولم ولن أنسى أن أتقدم بفائق الشكر والتقدير والعرفان إلى كل من أشعل شمعة في دروب علمنا وإلى من وقف على المنابر وأعطى من حصيلة فكره لينير دربنا إلى الأساتذة الكرام.

كما لا يفوتني التقدم بجزيل الشكر والتقدير لجميع صديقاتي اللاتي لم يدخرن وسعاً في نصائحهن ومساعدتهن لي في إنجاز هذه الرسالة.

المخلص:

هدفت هذه الدراسة الى التعرف على مستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلى والسرطان في محافظة الخليل، وكذلك معرفة إن كان هناك فروقاً في متوسطات الوسواس القهري تبعاً لمتغيرات نوع المرض والجنس، والمؤهل العلمي، والحالة الاجتماعية، من أجل تحقيق أهداف الدراسة قام الباحث باستخدام المنهج الوصفي (المقارن)، وتكونت عينة الدراسة من (345) مريضاً منهم (202) مريضاً من مرضى الكلى و(143) مريضاً من مرضى السرطان تم اختيارهم بطريقة العينة (المتيسرة)، واستخدم الباحث المقياس العربي للوسواس القهري في صيغته العربية لجمع البيانات اللازمة وتم التحقق من ثبات الاداة من خلال حساب ثبات الدرجة الكلية لمعامل الثبات، حسب معامل الثبات كرونباخ الفاء، وكانت الدرجة الكلية (0.842)، وتبين أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية جاء بدرجة متوسطة.

توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج كان من أهمها:

إن مستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلى في محافظة الخليل جاء بدرجة متوسطة، وإن مستوى الوسواس القهري لدى مرضى السرطان في محافظة الخليل جاء بدرجة متوسطة، كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق في مستوى الوسواس القهري في محافظة الخليل يعزى لمتغير نوع المرض (كلى - سرطان)، ولا توجد فروق في مستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلى في محافظة الخليل تعزى لمتغيرات الجنس، والمؤهل العلمي، والحالة الاجتماعية، ولا توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى الوسواس القهري لدى مرضى السرطان تعزى لمتغير الجنس، والمؤهل العلمي، والحالة الاجتماعية. باستثناء مجال (الشكوك الوسواسية والاهتمام بالتفاصيل) على متغير المؤهل العلمي، حيث تبين وجود فروق لصالح (توجيهي-بكالوريوس).

وفي ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة اقترح الباحث مجموعة من التوصيات تمثل أهمها في العمل على دعم وتعزيز المرضى لإدراكاتهم وقدراتهم وكفاءتهم الذاتية، وتغيير معتقداتهم السلبية المتعلقة بالمرض والعلاج، إضافة إلى اعداد برامج توعية حول المرض وعلاجه.

The Level of Obsessive-Compulsive Disorder Among Kidney and Cancer Patients in Hebron Governorate

Prepared by: Imad Izat Mahmoud Tanineh

Supervisor: Dr. Omar Rimawi

Abstract

This study aimed to identify the level of obsessive-compulsive disorder among kidney and cancer patients in Hebron governorate , as well as to know if there are differences in the obsessive-compulsive disorder averages according to gender, scientific qualification and social status variables , in order to achieve the objectives of the study, the researcher using the descriptive approach (comparative) .

The sample of the study consisted of (345) patients, including (202) of kidney patients and (143) of cancer patients who were selected in the sample method (available). The researcher used the Arabic standard of obsessive compulsive disorder in its Arabic version to collect the necessary data. It has been verified that the stability of the tool was determined by calculating the stability of the total degree of reliability coefficient, according to the stability of Cronbach alpha equation, and the total score was (0.842)), It has turned out that the arithmetic mean of the total score was found to be in a medium degree.

This study has reached a set of results, the most important of which were :

The level of obsessive-compulsive disorder at kidney patients in Hebron Governorate was found to be in a medium degree and the level of obsessive-compulsive disorder at cancer patients in Hebron Governorate was found to be in a medium degree

the results showed that there were no differences in the level of obsessive-compulsive disorder in Hebron governorate due to the variable type of disease (kidney - cancer) and there were no differences in the level of obsessive-compulsive disorder among kidney patients in Hebron governorate due to gender, scientific qualification and social status variables

There were no statistically significant differences in the level of obsessive-compulsive disorder among cancer patients due to the gender, scientific qualification, and social status variables, except in the area of (obsession doubts and attention to details) on scientific qualification variable , where it was found that there were differences in favor of (high school certificate (Altawjihe) - bachelor)

In light of the findings that the study has reached , the researcher suggested a set of recommendations which represented in:

The need to support and enhance patients' perceptions, abilities and self-efficacy, also to change their negative beliefs about the disease and treatment , in addition to awareness programs about the disease and how to treat it.

الفصل الأول:

الإطار العام للدراسة:

1.1 المقدمة

ان تاريخ الوسواس القهري قديم ، فقد ذكر في القران الكريم في قوله تعالى: { من شر الوسواس الخناس (4) الذي يوسوس في صدور الناس (5) } .

يعد اضطراب الوسواس القهري من اكثر الاضطرابات النفسية جذبا لأهتمام الباحثين في مجال علم النفس الاكلينيكي في الاونة الاخيرة ، وقد شهد علاج الوسواس القهري اهتماما بالغا من الباحثين والاختصاصيين الاكلينكيين في هذا المجال خلال العقدين الماضيين ، مما فتح الطريق الى توجه متفائل بشأن تحسن الاعراض المرضية ، حيث طور علماء النفس اساليب سلوكية للتدخل في هذا الاضطراب اتسمت بالفاعلية المتزايدة في مساعدة المرضى على التغلب على صعوباتهم .

يُعد اضطراب الوسواس القهري أحد الاضطرابات النفسية، وهو أحد التصنيفات الفرعية المندرجة تحت فئة اضطرابات القلق ضمن تصنيف الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للطب النفسي ويشمل هذا الاضطراب ظهور أفكار، أو صور، أو دوافع في ذهن الفرد بشكل متكرر رغماً عنه ويؤدي ذلك إلى

ارتفاع مستوى التوتر لدى الفرد، ومحاولة إبعاد تلك الأفكار، مما يؤدي إلى تكرار الإنسان لأعمال معينة، وبصورة قهرية نجد السلوك القهري، دون أن تلي الأفكار الوسواسية القيام بالطقوس، وبخاصة مع الشك الوسواسي ويختلف معدل انتشار اضطرابات الوسواس القهري باختلاف المرحلة العمرية المختلفة وكذلك باختلاف الجنس حيث يبدأ هذا الاضطرابات في سن المراهقة أو بداية البلوغ، وتظهر أعراضه مبكراً لدى الذكور عنها لدى الإناث، وأحياناً يظهر عند الأطفال (American Psychiatric Association, 1994).

ان اضطراب الوسواس القهري من الاضطرابات ذات الانتشار بين افراد المجتمع لكن لا توجد احصاءيات دقيقة حول حجم انتشاره ، اذ يقدر وجوده بنسبة 3% في المجتمع العصابي وبنسبة 0.05% في المجتمع العام (pollak:1987) .

ويتضمن هذا المرض وجود وساوس فكرية وأعراض قهرية وقد يعاني المريض في بعض الأحيان من أحد العرضين دون الآخر، والوسواس القهري هو نوع من التفكير - غير المعقول وغير المفيد - الذي يلزم المريض دائماً ويحتل جزءاً من الوعي والشعور مع اقتناع المريض بسخافة هذا التفكير مثل تكرار ترديد جمل نابية أو التفكير في كيف بدأت الحياة (سعيد، 2014)

ويعتبر اضطراب الوسواس القهري مرضاً سلوكياً، ويتميز هذا الاضطراب برغبة قوية من الشخص للسيطرة على دوافعه وأفعاله، وكذلك وجود أفكار مكررة، لا يرغبها الشخص، وتأتي رغماً عنه، حتى بعد محاولته إبعادها والتخلص منها، ويعلم الشخص أن هذه الأفكار هي أفكاره، ويقوم الشخص المصاب بهذا المرض بعمل أفعال قهرية لا يستطيع الامتناع عنها نظراً لأن هذه الأفعال تخفف قلقه، وهذا القلق يخف لفترة محدودة ثم يعود مرة أخرى مما يستدعي المريض بالوسواس القهري إلى تكرار أفعال بصورة مبالغ بها قد تؤدي إلى إضاعة وقته وخسارته المعنوية والمادية إضافة إلى أن بعض الأعمال القهرية تؤدي إلى الضرر البدني (الأغا، 2009).

ظهرت مشاكل الصحة والمرض بظهور الإنسان حيث كان يستعمل طرقاً فكرية ووسائل علاجية بسيطة لعلاج الأمراض تتلاءم ووضعية الحياة الاجتماعية التي كان يعيشها، ويتطور التفكير العلمي المبني على القواعد التجريبية والحسية، ابتعد الفرد عن الطرق الميتافيزيقية في تفسيره للظواهر الصحية والمرضية التي كانت تهدده من جهة، ومن جهة أخرى تعقدت الحياة الصحية للفرد، مما أدى إلى ظهور الأمراض باختلاف تصنيفها أمراض معدية، وأمراض حادة، وأمراض مزمنة، ومن بينها مرض السكري وضغط الدم والسرطان والقصور الكلوي المزمن وبعد الحرب العالمية الثانية، نتيجة التطور الصناعي الهائل الذي شهده العالم، مما أدى إلى تدهور صحة الأفراد ونتج عنه الأمراض السالفة الذكر، ويمثل القصور الكلوي المزمن شكلاً من أشكال الأمراض المزمنة التي كانت وما زالت تهدد حياة الكائن البشري لتصل درجة خطورتها إلى الموت خاصة إذا تهاون الفرد المصاب في طلب المساعدة الطبية، علماً أن هذا المرض قد يصيب مختلف الفئات الاجتماعية باختلاف جنسهم وأعمارهم، ومستواهم الثقافي والاقتصادي والاجتماعي والتعليمي (نوال، 2009).

1.2 مشكلة الدراسة

لقد وجد الباحث اهتماماً كبيراً في أمراض الأورام السرطانية والكلية باعتبارهما من الأمراض المهددة للحياة، وما يصاحبها من تأثيرات وخصوصاً من الزاوية النفسية، وعلى ضوء ذلك فإن الباحث يرى أن الأمر يستدعي ضرورة دراستها بشكل أعمق ، ومنها المجتمع الفلسطيني، وأن أول تلك الجهود لا بد أن يركز على تكوين معلومات وصفية موضوعية حول معدل الانتشار لتلك الأعراض النفسية أوسواسيه في أوساط مرضى السرطان والكلية على مختلف أنواعه، وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات مثل الجنس والمؤهل العلمي والحالة الاجتماعية، ومن هنا أراد الباحث أن يقوم بدراسة لمعرفة مستوى الوسواس القهري لدى مرضى السرطان والكلية في محافظة الخليل، ومعرفة أهم الأعراض النفسية أوسواسيه

التي يعاني منها مرضى السرطان والكلية. من هنا جاءت مشكلة الدراسة للكشف عن مستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلية والسرطان في محافظة الخليل.

1.3 أهداف الدراسة

1. معرفة الفروق في مستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلية والسرطان في محافظة الخليل.
2. معرفة مستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلية تبعاً لمتغير (الجنس، العمر، المؤهل العلمي).
3. معرفة مستوى الوسواس القهري لدى مرضى السرطان تبعاً لمتغير (الجنس، العمر، المؤهل العلمي).

1.4 أسئلة الدراسة

1. ما مستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلية في محافظة الخليل؟
2. ما مستوى الوسواس القهري لدى مرضى السرطان في محافظة الخليل؟
3. هل يختلف مستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلية في محافظة الخليل حسب متغيرات الجنس والمؤهل العلمي، والحالة الاجتماعية؟
4. هل يختلف مستوى الوسواس القهري لدى مرضى السرطان في محافظة الخليل حسب متغيرات الجنس والمؤهل العلمي، والحالة الاجتماعية؟
5. هل يختلف مستوى الوسواس القهري في محافظة الخليل حسب متغير نوع المرض؟

1.5 فرضيات الدراسة

1. " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلية في محافظة الخليل يعزى لمتغير الجنس ".
2. " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلية في محافظة الخليل يعزى لمتغير المؤهل العلمي ".

3. " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى الوسواس

القهري لدى مرضى الكلى في محافظة الخليل يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية".

4. " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى الوسواس

القهري لدى مرضى السرطان في محافظة الخليل يعزى لمتغير الجنس".

5. " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى الوسواس

القهري لدى مرضى السرطان في محافظة الخليل يعزى لمتغير المؤهل العلمي".

6. " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى الوسواس

القهري لدى مرضى السرطان في محافظة الخليل يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية".

7. " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى الوسواس

القهري في محافظة الخليل يعزى لمتغير نوع المرض".

1.6 أهمية الدراسة

تتبع أهمية الدراسة من خلال الموضوع الذي تناوله، حيث تتناول مستوى الوسواس القهري لدى مرضى السرطان والكلى في محافظة الخليل، كما أنها اهتمت بفئة تعاني من مرض مزمن وخطير يهدد حياتهم ويؤثر على استقرارهم النفسي، ألا وهو مرض الكلى ومرض السرطان، كما وتوضح أهمية الدراسة في شقيها النظري والتطبيقي، حيث يتطلب درجة أكبر من الاهتمام، وذلك لما تمثله هذه الشريحة الكبيرة من أهمية.

الأهمية النظرية:

1. تكمن أهميتها في موضوع أصبح هاجس الكثير من الناس وكونهما يعتبران مرضي العصر،

وكذلك نظراً لما يسببانه من عذاب كبير للمريض والأفراد المحيطين به وذلك نتيجة للآلام النفسية

والجسدية التي ترافقه.

2. أنها دراسة حديثة تسلط الضوء على فئة مرضى الفشل الكلوي المزمن والمقيدين بالعلاج بالغسيل الكلوي والمرض بالسرطان والذين يعانون من وساوس قهريه في ضوء بعض المتغيرات، حيث أن هذه الفئة لم تحظ من قبل بالشكل المطلوب من الدراسات السابقة حسب علم الباحث، وبالتالي محاولة إضافة رصيد معرفي عن الوسواس القهري لدى هذه الفئة والمتغيرات المرتبطة بهما.
3. يتوقع الباحث أن تسد هذه الدراسة ثغرة في التراث البحثي وتضيف إلى المعرفة المتوافرة فيما يتعلق بالاستجابات النفسية المرضية للأعراض الجسمية والفروق الفردية بين المرضى وبين غير المرضى، والفروق بين الذكور والإناث، ومدى تأثير نوع الإصابة بالسرطان والكلية في حدة الأعراض النفسية، وهي مجالات تحتاج إلى الكثير من الدراسات لتمحيص المعلومات المتوافرة من قبل، والإضافة إليها، واقتراح المزيد من الدراسات والبحوث.
4. إثراء المكتبة العربية بمثل هذه الدراسة النادرة التي ستكون مرجعا للأخصائيين والمرشدين النفسيين.

الأهمية التطبيقية:

1. تتعلق بما قد يستفيد المتخصصون في علم الأورام وفي مجال العلاج والإرشاد النفسي والمهتمون بالتعامل مع مرضى السرطان من مثل هذه الدراسات في معرفة الأعراض النفسية التي تعترهم وكيفية التعامل مع أولئك المرضى من الناحية النفسية لزيادة كفاءة التأهيل والعلاج، وهذا ما ينطبق على مرضى الكلية أيضاً.
2. قد تلفت نتائج الدراسة نظر وزارة الصحة وصانعي القرار إلى التركيز على الجانب النفسي، وذلك نحو الاهتمام بتدريب الطاقم الطبي، أو تعيين مختصين وأطباء نفسيين داخل أقسام الغسيل الكلوي ومرضى السرطان خاصة، وأقسام المستشفيات عامة.

3. قد يستفيد منها العاملون في المجال النفسي، وذلك من خلال التعرف على الحالة النفسية التي

يكون عليها مرضى الكلى والسرطان، والتعرف على العوامل المؤثرة في الوسواس القهري.

4. قد يستفاد من نتائج الدراسة من خلال توظيفها بطريقة يستفاد منها في علاج وتأهيل مرضى

الكلى والسرطان.

1.7 حدود الدراسة

الحدود المكانية: محافظة الخليل.

الحدود الزمانية: العام الدراسي 2016 / 2017.

الحدود البشرية: مرضى الكلى والسرطان في محافظة الخليل.

الحدود المفاهيمية: اقتصرت الحدود المفاهيمية على المفاهيم والمصطلحات الواردة بالدراسة

الحدود الإجرائية: اقتصرت على أدوات الدراسة ودرجة صدقها وثباتها، وعلى عينة الدراسة

وخصائصها والمعالجة الإحصائية المستخدمة

1.8 مصطلحات الدراسة

الوسواس القهري: هي نوع من الامراض النفسية يتميز باضطراب بأن يبدي آراء ورغبات أو يقوم

بأعمال وحركات رغما عنه، وبغير إرادته وهو مع معرفته أنها لا تتفق والمنطق مع قواعد المجتمع

العام، فإنه لا يقدر على عدم إيذائها أو التحرر من القيام بها (دويدار، 2005).

الفشل الكلوي: هو تدهور تدريجي لا رجعة فيه في وظيفة الكلية، حيث لا يستطيع الجسم التخلص

من مخلفات عمليات الايض وغير قادر على المحافظة على توازن الماء والاحماض والمواد الكيميائية

في المعدل الطبيعي وبالتالي تزيد من مستوى اليوريا والنيتروجين والكارباتينين بالدم (مقداد، 2015).

مرض السرطان: هو عبارة عن مجموعة من الأمراض التي تزيد عن المئة مرض، يجمع بينها عدد

من العوامل المشتركة ، وينجم السرطان عن خلل في المادة الوراثية الجسينية (D N A) التي تتمثل

في خلايا الانسان الجزء المسؤول عن السيطرة على نمو الخلايا وتكاثرها، فخلايا جسم الانسان تتكاثر بشكل منتظم وبطيء لكن في حالة السرطان يحدث خلل في المادة الوراثية (D N A) إما يؤدي الى تصارع زائد في نموها وانتشارها ومن المعروف أن الخلايا السرطانية بعكس خلايا الجسم الاخرى، وإما الى استنزاف طاقاتها وإمكانياتها (تايلور، 2008).

الفصل الثاني:

الإطار النظري والدراسات السابقة:

2.1 الوسواس القهري

تعددت آراء علماء النفس حول تعريف الوسواس القهري، يمكن أن نأخذ بعض هذه التعريفات ومنها: يعرف المرجع العاشر للتصنيف الدولي للأمراض النفسية (ICD/10) الوسواس القهري بأنه أفعال قهرية متكررة، والأفكار الوسواسية هي أفكار أو صور أو اندفاعات تطرأ على ذهن الشخص بشكل متكرر ونمطي، وغالبا ما تثير الانزعاج، ويحاول المريض عادة مقاومتها بدون جدوى، ومع ذلك فإنها تعتبر أفكاره الخاصة رغم كونها لا إرادية وغالبا كريهة، أما الأفعال أو الطقوس القهرية فهي سلوكيات نمطية متكررة ولا تحمل في ذاتها متعة ولا يترتب عليها انجاز مهام مفيدة في حد ذاتها، ويقوم المريض بها غالبا كوقاية من حدث ما لا يحتمل وقوعه. وغالبا ما يدرك المريض بأن سلوكه لا معنى ولا تفسير له وبيذل محاولات كثيرة لمقاومته (ICD/10).

2.1.1 تعريف الوسواس القهري:

2.1.1.1 معنى الوسواس في اللغة العربية:

إذا أردنا معرفة المعنى اللغوي لكلمة " وسواس " في معاجم اللغة العربية، وجدنا أن الوسوسة، لغة، هي حديث النفس، فيقال وسوست إليه نفسه " وسوسة " و " وسواساً) " بكسر الواو (أما " الوسواس ("بفتح الواو) فهو الاسم من الأصل " وس " أو " وسوس " وحسب مختار الصحاح (محمود ناصر) ، والقاموس المحيط (مجد الدين الفيروز آبادي) فإن "وسواس " بالفتح تقال بصوت الحلي، وهي أيضاً اسم الشيطان، وبضيف القاموس المحيط معنى آخر للوسواس هو: العوض، وكذلك همس الصياد وهو يتربص بفريسته ، وفي المعجز الوسيط، يضاف أن الوسواس مرض يحدث من غلبه السوداء، يختلط معه الذهن، كما يضاف معنى آخر للفعل " وسوس " وهو كلم كلاماً خفياً كأن يقال :وسوس فلان فلاناً أي كلمة كلاماً خفياً (أبو هندي، 2003).

2.1.1.2 معنى الوسواس القهري اصطلاحاً:

يعرف الاغا(2009) الوسواس القهري بأنه أفكار متكررة تتداخل في السلوك السوي وتعطله، فتشغل ذهن المريض ويشعر بنوازع تبدو غريبة عنه، ويضطر للقيام بتصرفات لا تجلب له السرور، ولا يملك القدرة على التخلي عنها، والأفكار الوسواسية قد لا يكون لها معنى في ذاتها، وقد لا تعنى 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.

الوسواس القهري: هو نوع من التفكير غير المعقول وغير المفيد الذي يلزم المريض دائماً، ويحتل جزءاً من الوعي والشعور مع اقتناع المريض بسخافة هذا التفكير، مثل تدوين جمل نابية أو كلمات كفر في ذهن المريض (الدفاعي،2009).

ويعرف الخالدي (2006) الوسواس القهري: بأنه تبادل الطاقة النفسية في سلوك قهري حصاري اضطراب يتميز بأفكار وأفعال متكررة غريبة على الأنا، وتستخدم كدفاع ضد تأرجح تناقض الوجدان، يؤدي إلى العجز عن اتخاذ القرارات، ولا يفهم الشخص الدلالة الحقيقية لأفكاره وأفعاله القهرية.

ويعرفه محمد (2004) بأنه شخص يعاني من وساوس تجبره على القيام بطقوس فكرية أو أفعال ظاهرة معينة كغسل اليدين في محاولة لخفض مستوى القلق الذي ولدته الأفكار الحصارية غير السارة. الوسواس القهري: هي عبارة عن صور وافكار متعاقبة وملحة واندفاعات تغزو الأنا بطريقة قهرية، أما الافعال القهرية فهي سلوكيات هادفة ومتكررة تؤدي طبقا لقواعد رئيسية أو إشكال نمطية يشعر الفرد أنه مجبر عليها(سعفان،2003).

الوسواس القهري: -يمثل اضطراب الوسواس القهري مشكلة كبيرة للأفراد المصابين بهذه الاضطرابات ولا يتوقف الأمر عند الحد، بل يؤثر هذا الاضطراب على الأفراد المحيطين بالمصابين بهذا الاضطراب ، وهو يحدث نتيجة لصراعات داخلية وخارجية، وهذا الاضطراب، يحول حياة الأفراد المصابين به جحيماً لا يطاق ،ويستنفد طاقتهم في أفكار وأفعال لا فائد منها (أبو هندي،2003)

الوسواس القهري: فكرة متسلطة وسلوك إجباري، تظهر بتكرار وقوة لدى المريض وتلازمه وتستحوذ عليه، وتفرض نفسها عليه، ولا يستطيع مقاومتها رغم وعيه، وتبعده لغرابته وسخفه، ولا معنوية مضمونه لديه ويشعر بعدم فائدته ويشعر بالقلق والتوتر إذا قاوم ما توسوس به نفسه، ويشعر بالحاح داخلي للقيام به (جبل،2002).

2.1.2 صفات مرضى الوسواس القهري:

تسبب أعراض الوسواس القهري القلق والتوتر وتستغرق وقتاً طويلاً أكثر من ساعة في اليوم، وتحول بشكل كبير بين قيام الفرد بعمله وتؤثر في حياته الاجتماعية أو في علاقاته بالآخرين، ويدرك معظم الأفراد المصابين بالوسواس القهري أن وساوسهم تأتي من عقولهم ووليدة أفكارهم، وأنها ليست حالة قلق زائد بشأن مشاكل حقيقية في الحياة، وأن الاعمال القهرية التي يقومون بها هي اعمال زائدة عن الحد وغير معقولة، وعندما لا يدرك الشخص المصاب بالوسواس القهري أن مفاهيمه وأعماله غير عقلانية يسمى هذا المرض بالوسواس القهري المصحوب بضعف البصيرة، وتميل أعراض الوسواس القهري إلى التراجع والضعف مع مرور الوقت، وبعضها لا يعدو كونه بعض الخواطر الخفيفة التي لا تعيق التفكير والعمل، بينما تسبب بعض الأعراض الأخرى ضغطاً شديداً على المريض، وفي بعض الأحيان قد يكون هذا المرض مصاحباً لأعراض نفسية كثيرة ومن أهمها الاكتئاب والقلق اللذان قد يسبقها أو يليهما الوسواس وأيضا أمراض التوحد، وأمراض اضطرابات الأكل والإدمان والعنف (الدفاعي، 2009)

2.1.3 مظاهر اضطراب الوسواس القهري:

كما ولوحظ أن أغلب كتب علم النفس العيادي (الإكلينيكي) تعتمد في وصف أعراض الوسواس القهري على ما يلاحظه الأطباء النفسيون أثناء معالجة ودراسة الحالات المرضية النفسية، حيث أن أغلب أعراض هذا المرض تتسم بطابع التفكير وعقاب الذات، فالإسراف في غسل اليدين يقترن عادة بخوف شاذ من القذارة والتلوث، مما يمكن تفسيره بأن هذا الاغتسال تطهير رمزي لدوافع ورغبات آثمة مكبوتة، وبذا يكون الاغتسال حيلة تكفيرية للتخفيف من شعور خفي بالذنب، أما عقاب الذات فيبدو أن المصابين بهذا العصاب يميلون إلى حرمان أنفسهم من مباحج الحياة، أو يسرفون في إقامة الشعائر والعبادات أو ينسحبون من الحياة وينقطعون للتنسك (راجح، 2009).

وكذلك تتضمن أعراض الوسواس القهري أيضاً التردد والحيرة وعدم القدرة على اتخاذ القرار بسرعة أو في الوقت المناسب، وكذلك الارتباب والشك الزائد في نوايا الآخرين، والمثالية والتمسك المتصلب بالفضيلة والقيم، والالتزام الصارم بالقواعد والمعايير، والرغبة الشديدة في الكمال كما تتضمن سيطرة فكرة معينة على المريض كأن يعتقد بأنه إنسان فذر، مما يؤدي الى الاندفاع والرغبة الجامحة القهرية للقيام بعمل ما، كغسل اليدين باستمرار والقيام بحركات معقدة وطقوس حركية معينة كأن يغسل اليد اليسرى قبل اليمنى، و كذلك من أعراض الوسواس أيضا المخاوف المرضية والخوف من المرض، والشعور بعدم الطمأنينة والشعور بعدم الكفاية في علاقاته بالآخرين، يغلب عليه أن يكون كثير العناية بالتفصيلات(رضوان،2007).

2.1.4 أشكال الوسواس القهري:

أ- الأفكار الوسواسية التي تعاود الحدوث للفرد بإصرار وإلحاح وفي الغالب ما تكون أفكار غير سارة بل أفكار مزعجة.

ب- أفعال قهرية أو قسرية أو استحواذية يجد الفرد نفسه مساقاً إلى تكرار بعض الأفعال أو خليط من الأفكار الوسواسية مع الأفعال الاستحواذية أو القهرية كاعتقاد الفرد أنه يحمل جرائم المرض، مع الميل القهري لغسل اليد باستمرار (محمد، 2004).

ت- وساوس الخوف من أشياء خاصة تنتاب المصاب بالاضطراب التسلطي أحياناً وساوس شديدة قوامها أن يخشى أشياء خاصة، ولا يحب أن يلمسها أو يقربها أو يراها رؤية العين، فمثلاً إذا رأى سكيناً ألح أن يرفعها من أمامه على الفور، لأنه يشعر أنه مضطر لأن يصيب به أحد الحاضرين أو يعمد إلى الانتحار بها (دويدار، 2005).

لقد كشفت بعض الدراسات الحديثة عن الأشكال التي يتخذها الوسواس والقهر، بالنسبة للوسواس وهي:

1. **الشكوك الوسواسية**: وهي عبارة عن أفكار عن العمل الذي أتمه الفرد ما زال غير تام، أو أنه غير دقيق، ولقد وجد هذا الوسواس عند 75% من مجموع المرضى، كأن يغلق الباب ثم يعود ليتساءل هل هو أغلقه أم لا.

2. **التنكر الوسواسي** : وهو عبارة عن سلسلة لامتناهية من الأفكار في الغالب ما تتركز حول أحداث المستقبل، وجد هذا النوع عند 34% من مجموع المرضى.

3. **الدوافع الوسواسية** : وجد هذا النوع عند 17% ومؤداه وجود دافع قوي للقيام بعمل ما، تتراوح هذه الأعمال ما بين الأعمال البسيطة والتافهة إلى الأعمال الخطيرة والاجرامية.

4. **المخاوف الوسواسية** : وتوجد عند 26% من مجموع العينة حيث كانوا يخافون من فقدان السيطرة، والقيام بعمل أشياء سوف تسبب لهم الحرج الاجتماعي.

5. **الصور الوسواسية** : وهي عبارة عن صور ذهنية لأحداث وقعت أو أحداث متخيلة ، ويوجد عند 5% من العينة (العيسوي،2004).

الأشكال السابقة يعود ضررها على صاحبها ولا تقوده إلى الجريمة في العادة، وهناك أفعال قهرية يعود ضررها على المجتمع وتسمى بالأفعال القهرية المضادة للمجتمع، ومن هذه الأشكال ما يؤدي إلى ذلك:

1. السرقة القهرية:

يقوم بها الشخص الذي يشعر دائماً بالخطر والحيرة والاضطراب الحاد وأنه تحت تأثير هذه المشاعر يميل إلى إيقاع الأذى بالآخرين، فيقع المصاب به فريسة لفكرة خاصة تسيطر عليه وتجعله يقدم على السرقة كلما أتاحت له الفرصة من غير أن يدري سبباً لذلك أو حقيقة الواقع الذي يدفعه، ومن غير أن يكون في حاجة لما يسرقه، وفي كثير من الأحيان يكون المصابون بهذا المرض من الأغنياء الذين

تتوافر لديهم الإمكانيات للحصول على الأشياء التي يسرقونها ومن أوساط اجتماعية لا يتصور أحد أن يقدم أحد أفرادها على السرقة (الاعا، 2009)

2. إشعال الحرائق القهرية:

وهي كالسرقة القهرية يقوم بها المريض دون معرفة للدافع أو الهدف منها ويشعر بالراحة والسرور بعد إتيانها بالرغم مما حقق من أذى للآخرين (احمد، 2003).

2.1.5 أسباب الوسواس القهري:

تتباين الأسباب الكامنة وراء نشأة اضطراب الوسواس القهري، حيث يذهب فريق من العلماء الى ان أسبابه وراثية وفريق آخر يرى أن العوامل البيئية هي السبب في تكوين هذا الاضطراب، فالفرد يمكن أن يتعلم هذه المسالك القهرية، وفريق ثالث يرى أن نشأة الوسواس القهري يرجع إلى عوامل وراثية كالاستعداد المرضي من ناحية، وإلى عوامل بيئية وقد اتفق مجموعة من العلماء على أن هناك مجموعة من الأسباب للوسواس القهري يمكن ذكرها على النحو التالي (سعفان، 2003).

2.1.5.1 أسباب وراثية:

أوضحت دراسات عديدة وجود تأثير واضح للوراثة في ظهور اضطراب الوسواس القهري أن للعامل الوراثي دور أساسي للإصابة به، حيث أن الوراثة تظهر كسبب رئيسي في 90% من الحالات المصابة بالوسواس القهري، كما أثبتت الدراسات أن نسبة الإصابة بالوسواس القهري بين أفراد عائلة المريض أعلى منها بين أفراد المجتمع العادي، حيث تصل نسبة الاضطراب إلى 35 % مقارنة بنسبة 1 % إلى 3% بين أفراد المجتمع (سعفان، 2003).

2.1.5.2 أسباب بيئية:

يرى الكثير من الباحثين أن ظهور الوسواس القهري يرتبط بظروف اجتماعية وثقافية تتعلق بالحياة الأسرية كالحرمان من الحب والدفء العاطفي ومشاعر التقبل والحماية، خاصة في فترة الطفولة

المبكرة، حيث أن الاتجاهات الوالدية لتثنية الأبناء تلعب دوراً كبيراً في تكوين الأعراض القهرية لدى الطفل. فالآباء غالباً ما يشجعون أبناءهم على اكتساب صفاتهم الخاصة، ومن المحتمل أن يشجع الآباء الذين يظهرون سمات قهرية أبناءهم على تعلم هذه السمات وتنميتها لديهم، وقد يقومون بذلك بطريقة غير مقصودة حيث يشعرون بالارتياح حين تظهر السمات الخاصة في شخصية أبنائهم، ويرى لافلن ان المجتمع الحديث مسؤول عن ظهور الوسواس القهري، حيث إنه يفضل وجود بعض السمات القهرية مثل التنظيم والنظافة والدقة والتدقيق في الهندام، وهي أمور مرغوبة، وتتحول هذه السمات إلى اضطراب عندما يبالغ الشخص في سمة أو أكثر بصورة تتقلب فيها السمة وتصبح مضيعة للوقت والجهد بدلاً من أن تكون مفيدة (الخالدي،2006).

2.1.5.3 أسباب وراثية-بيئية:

يجمع فريق من الباحثين بين الاتجاهين الوراثي والبيئي في منشأ الوسواس القهري، حيث يرجحون أن السبب الرئيسي للوسواس القهري يكمن في تكوين الفرد، وأنه ليس من السهل الفصل بين ما هو وراثي وما هو بيئي، فالمريض لا يرث المرض عن والديه، لكنه ينغمس في الانفعالات القهرية نتيجة تعلمه منهم، وبنفس الوقت يلاحظ أن المرضى أفراد غير ناضجين انفعالياً، حيث يواجه الفرد بضعفه الوراثي وعدم نضجه تلك الظروف الخارجية المؤثرة، وتسبب الإصابة بهذه الاضطرابات (البنائي،2011).

2.1.6 أعراض الوسواس القهري:

وطبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع الصادر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية فإن تشخيص اضطراب الوسواس القهري يتطلب وجود وساوس أو دفاعات قهرية، وتعرف الوسواس بأنها مقترحة وغير ملائمة، وتسبب قلقاً ملحوظاً أو شعوراً بالكرب، أما الدفاعات القهرية فتتعرف على أنها سلوكية متكررة، أو أفعال عقلية يجد الشخص نفسه: مدفوعاً لأدائها أو استجابة لوسواس، أو طبقاً لقواعد متصلبة (جودة،2005)

2.1.7 سمات الشخصية الوسواسية:

يظهر على الشخص المصاب بعصاب الوسواس المتسلطة أو الأفعال القسرية مظاهر بارزة في بعض سمات الشخصية، فلهذه غالباً شعور بعدم الطمأنينة، والشعور بعدم الكفاءة في علاقاته مع الآخرين، ويغلب أن يكون كثير العناية بالتفاصيل، وألا يقبل بسهولة الانحراف عن مخطط معروف أو مقبول، لصلة ذلك بشعوره بعدم الطمأنينة يسعى المصاب وراء صداقات الآخرين ولكنه كثيراً ما يزعجهم بعناده ويقواعده الكثيرة الصارمه ويغلب عليه الشك والحذر والتوجس وضعف القدرة في اتخاذ القرارات والتأرجح والتردد، وقد نرى الانحراف فيه أحياناً على شكل مثالية عالية، تبدو واضحة في ملاطفة المتطرف على الآخرين، ولكنه يكون مقصراً في بعض واجباته تجاه أهله وأولاده، وقد يجهد نفسه في العمل دون جزاء، ويلقى عنثاً كبيراً من محاسبة الضمير ويقظته البالغة ويميل لحرمان النفس من مباحج الحياة دون مبرر، وفي هذا الصدد يقول أولبر " : إن الوسواسين قوم فضلاء لكنهم غير سعداء، وهذا يوضح أن الخلق الرفيع ليس دائماً دليلاً على صحة الفرد النفسية (مياسا، 1997).

2.1.8 علاقة الأفعال القهرية بالأفكار التسلطية:

أما علاقة الأفعال القهرية بالأفكار التسلطية فإن الغالبية العظمى أكثر من (90% - 95%) من حالات الأفعال القهرية تكون مصحوبة بأفكار تسلطيه والعكس أيضاً صحيح، ففعل غسل الأيدي مثلاً يكون مصاحباً لأفكار تسلطية متعلقة بالنظافة أو التلوث، ويكون غسل الأيدي المتكرر هو السبيل الوحيد ليستريح المريض، ولو قليلاً من تلك الأفكار وأفعال إعادة التأكد التحقق القهرية تكون مصاحبة لأفكار وشكوك تتعلق بإتمام فعل ما على أتم وجه ، وإعادة التأكد أو التحقق هنا هي أيضاً السبيل الوحيد للتقليل من حدة وإلحاح الشكوك على وعي المريض، ولكن الرابطة بين الفعل القهري والأفكار التسلطية لا تكون دائماً متممة بشيء من المنطق، وإن كانت منطقية الرابطة مبالغاً فيها ، بل يحدث أحياناً ألا يكون هناك أي نوع من الربط المنطقي بين الظاهرتين كأن يجد المريض نفسه

مضطراً إلى البقاء واقفاً على أطراف أصابع قدميه طوال الليل لكي لا تغرق السفينة التي يسافر فيها أولاده في ظلام البحر، وكذلك هناك حالات تكون الأفعال القهرية فيها غير مصحوبة بأفكار تسلطية، ولا يكون لدى المريض تفسير لأفعاله إلا أنها تعطيه شيئاً من الراحة ، وأما ما يعرضه المريض من اضطراب الوسواس القهري على الطبيب النفسي من أعراض قهرية فإن النسب تكون كما يلي:

1. أفكار تسلطية فقط في نسبة 99.28% من المرضى.
2. أفعال قهرية فقط في نسبة 11.31% من المرضى.
3. أفعال قهرية وأفكار تسلطية في الوقت نفسه في نسبة 40% من المرضى.

ونستطيع تقسيم مرضى اضطراب الوسواس القهري على أساس نوعية الأعراض من ناحية كونها أفكاراً تسلطية فقط أو أفعال قهرية فقط أو القسمين معاً (وليس ما يذهب المريض بسببه إلى الطبيب النفسي كما في دراسة عكاشة) وذلك حسب الدراسات الغربية إلى: -

1. مرضى يعانون من أفكار تسلطية فقط وتبلغ نسبتهم 9% .
2. مرضى يعانون من أفعال قهرية فقط وتبلغ نسبتهم 1% .
3. مرضى يعانون من أفكار تسلطية وأفعال قهرية وتبلغ نسبتهم 90% (ابو هندي، 2003).

2.1.9 اقسام اضطراب الوسواس القهري حسب تصنيف منظمة الصحة العالمية ICD\10 كما

يلي:

1. اضطرابات قهرية تغلب عليها أفكار أو نزوات لإتيان فعل بعينة وهي تتباين كثيراً في مضمونها، ولكنها دائماً تقريباً مزعجة بالنسبة إلى الشخص ، فقد تتعذب امرأة على سبيل المثال بالخوف من أنها قد تفشل يوماً ما في مقاومة الاندفاع لقتل طفلها الذي تحبه ، أو بواسطة المضمون غير اللائق والغريب عنها بصورة ذهنية متكررة ، وأحياناً تكون الأفكار مجرد أفكار لا طائل من ورائها تتناول تفكيراً لا نهائياً وشبه فلسفي في احتمالات عسيرة التقدير ، وهذا التفكير غير الحاسم في

البدائل يعتبر عنصراً مهماً في اجترارات وسواسية أخرى كثيرة ، وعادة يصاحبه انعدام القدرة على اتخاذ قرارات بسيطة ولكن ضرورية في الحياة اليومية ،والعلاقة بين الاجترارات الوسواسية والاكنتاب علاقة وثيقة بشكل خاص ، وتعطى الأولوية لتشخيص اضطراب وسواسي قهري فقط في الحالات التي تظهر فيها الاجترارات أو تستمر في غياب اضطراب اكتتابي(ICD/10)

2. اضطرابات قهرية تغلب عليها أفعال قسرية (طقوس وسواسية) تدور أغلبية الأفعال القهرية حول النظافة (خاصة غسل اليدين) أو التحقق المتكرر من تأمين وضع معين يحتمل أن ينجم عنه خطر، أو التحقق من النظام والترتيب ، ووراء هذا السلوك الواضح يوجد خوف يكون عادة من خطر يصدر ضد الشخص أو منه ، وتكون هذه الطقوس محاولات غير مؤثرة أو رمزية لمنع هذا الخطر، وقد تستغرق أفعال الطقوس القهرية ساعات طويلة كل يوم، ويصاحبها أحياناً تردد وبطء شديدان ،وهي بصفة عامة تشيع بشكل متساو بين الجنسين، وإن كانت طقوس غسل اليدين نشيع أكثر بين النساء في حين يشيع البطء ، دون تكرار أكثر بين الرجال(ICD/10)

2.1.10 علاج الوسواس القهري:

2.1.10.1 العلاج العضوي:

عن طريق استخدام الوسائل الطبية اللازمة، وفقاً لما يقرره الطبيب المختص من نوعية العلاج وبالجرعة التي يحددها، وذلك للسيطرة على أعراض الاضطراب وتخفيض مستوى التوتر والقلق أو الاكنتاب المصاحب له، وزيادة شعور المريض بالاسترخاء العقلي والعضلي، وزيادة كفاءته وصحته الجسمية، ومن بين هذه الوسائل (القريطي، 2003).

1- العلاج بالعقاقير

تفيد العقاقير المضادة للقلق والاكنتاب في التقليل من التوتر والاكنتاب المصاحبين للوسواس، مما يجعل المريض قادراً على مقاومته، ويرغب في الاستمرار بنشاطه الاجتماعي، وقد استطاعت هذه

العقاقير أن تخفض آلام الكثير من المرضى وتجعلهم يتكيفون اجتماعياً، وقد ظهرت حديثاً العقاقير المضادة للاكتئاب، والتي لها خاصية زيادة الموصل العصبي السيروتونين (انافرنيل، بروزاك، فافرين، لسترال)، وقد أثبتت فاعليتها في علاج الوسواس القهري مقارنة بالعقاقير الأخرى المضادة للاكتئاب، ولكن الأعراض الوسواسية غالباً ما تعاود الظهور عندما يوقف المرضى استعمالها الحجار (الخالدي، 2006).

2- العلاج الكهربائي:

ويستخدم غالباً مع الحالات التي تصاحب فيها الاضطرابات العصائية أعراضاً اكتئابية حادة وأفكاراً سودائية أو انتحارية (القريطي، 2003).

3- العلاج الجراحي:

ويستخدم في حالات القلق المزمن والوسواس القهري والاكتئاب الشديد، وذلك بعد استنفاد كافة أنواع العلاج النفسية والكيميائية والكهربائية دون جدوى، ويتم العلاج الجراحي بقطع الألياف العصبية الموصلة بين الفص الجبهي في المخ والثلاموس، مما يؤدي إلى توقف الدائرة الكهربائية الخاصة بالانفعال (القريطي، 2003).

2.1.10.2 العلاج النفسي:

أ) العلاج بالتحليل النفسي

يرى أصحاب هذه النظرية أن مرضى الوسواس القهري يحتاجون لفترة طويلة من العلاج بسبب جمود دفاعاتهم، وقد يواجه المعالج بالكراهية أو حشد للدفاعات، وقوة ميكانيزمات الأفكار ومحاولات رفض، وغالباً ما يواجه المعالج العديد من الصعوبات عند علاج مرضى الوسواس القهري كالتغير المستمر في أعراض المريض وتداخل المرض مع شخصيته بشكل كبير وتمركز المريض حول مثاليته بحيث

يصعب إقناعه بالتنازل .وبالتالي يستخدم هذا العلاج في نطاق ضيق، ويستخدم من قبل البعض أماً في تخفيف الأعراض والتقليل من آلام المريض (البنائي،2011).

ب) العلاج السلوكي المعرفي

يمكن القول إن العلاج الأنجح هو العلاج السلوكي المعرفي حيث وجدت الدراسات أن حوالي 70% من المرضى يتحسنون عند خضوعهم للعلاج يهدف هذا النوع من العلاج إلى تعديل السلوك القهري باستخدام العديد من التقنيات عن طريق التصور، بالإضافة إلى أسلوب التعريض وخاصة أسلوب الإفازة القائم على تعريض المريض للموقف الاستجابة الذي يثير طقوس القهر، كالاتساح بعد الغسيل، وفي الوقت نفسه يتم إعاقة أو منعه من القيام بطقوس التجنب المعتادة كالتنظيف (رضوان، 2009).

2.1.11 النظريات المفسرة للوسواس القهري:

2.1.11.1 المدرسة التحليلية:

يرى فرويد أن الخبرات الجنسية المبكرة تلعب دوراً في نشأة الوسواس القهري أو - كما أطلق عليه - العصاب القهري، ويربط بين الشخصية الوسواسية والغرائز الجنسية الشرجية التي تتميز بالنظام والبخل والعناد، كما يربط فرويد بين العصاب القهري والرجسية، فيذهب إلى أن للصور التي يتخذها العصاب القهري أهمية كبيرة لأنها تقوم بإشباع رجسي لا يمكن أن يقبله الأنا في غير هذه الصورة فتقوم الوسواس التي يحكيها المريض بإرضاء حبه لذاته لأنها تجعله يشعر بأنه أحسن من غيره، بكونه نظيفاً جداً أو حساساً جداً، وتنقسم أعراض العصاب القهري عند فرويد إلى مجموعتين كل منهما تتناقض مع الأخرى، فهي إما أن تكون حالات من التحريمات والاحتياطات والتكفيرات -أي تكون في صورة سلبية - وإما أن تكون إشباعاً بديلاً يظهر غالباً تحت ستار رمزي (سعفان، 2003).

وقد وصف فرويد الشخصية الوسواسية بأنها ذات مستوى خلقي رفيع وضمير حي، وبأنه على درجة من الاستقامة، وقد ناقش فرويد في كتاباته الأخيرة عام 1913 الدور الذي تلعبه الخبرات الجنسية المبكرة في نشأة العصاب القهري، حيث ذكر أنها تحدث نتيجة تعرض الشخص لخبرة جنسية فيها عدوان جنسي على المريض في طفولته المبكرة، وعندما يصل إلى النضج الجنسي فإنه يكبت ذكريات تلك الخبرات الجنسية المبكرة، وتقوم الذات بحماية نفسها من هذه الفكرة المكبوتة بأنواع من الأفكار أو الأفعال القهرية أو المخاوف مثل: الخوف من النجاسة، والخوف من الناس، والخوف من الجروح والدم (البنائي، 2011).

حيث أن الأعراض القهرية هي صور مبالغ فيها للضبط والنقد الذاتي، تنشأ بسبب الاتجاهات الوالدية غير السوية التي تميل إلى تحميل الطفل المسؤوليات والقرارات منذ طفولته المبكرة، مما يعمل على شعوره بالذنب، ومن ثم حاجته إلى التكفير فتتطور ميوله العصابية، وكذلك أن العوامل الاجتماعية والثقافية تلعب دورا في ظهور وتنمية الأعراض القهرية لدى الأبناء، ويؤكد أن انشغال الفكر وتحمل المسؤوليات في فترة الطفولة يجعل الفرد طيعا للتطور القهري، لذلك فإن الوسواس القهري ينشأ لدى الفرد بسبب الظروف الاجتماعية والثقافية، وعلى وجه الخصوص تلك العوامل البيئية التي تعوق النمو النفسي السليم للطفل (الخالدي، 2006)

ويذكر أن " فرويد " عزل الوسواس القهري عن بقية الأمراض في عامي 1894، 1895، كمرض قائم بذاته ويتضمن السلوك القهري لدى فرويد، على نحو نموذجي، الإتيان المتكرر بشكل نمطي طقوس لطائفة في السلوك اليومي، كالذهاب للسرير، وغسل اليدين، وتغيير الملابس الخ.

وفي ضوء نظرية التحليل النفسي فإن هناك ميكانيزمات ترتبط باضطراب الوسواس القهري، حيث وصف " فرويد " ثلاث آليات (حيل) دفاعية تحدد شكل وكيفية الوسواس القهري والتي تمثلت في العزل، والأبطال، والتكوين العكسي، وهذه الميكانيزمات ضرورية للدفاع ضد الدفاعات الشرجية السرية، وهكذا

يتضح أن الوسواس والسلوك القهري لدى النظرية التحليلية ما هي إلا أعراض لصراعات نفسية داخلية المنشأ، نتيجة خبرات الفرد في المرحلة الشرجية يجد الفرد فيها طريقة آمنة نسبياً للتعبير عن أفكاره ومساغيه المكبوتة (جودة، 2005).

2.1.11.2 منظور المدرسة السلوكية:

الاشتراط الاجرائي

ترجع جذور الاشتراط الإجرائي إلى عالم النفس سكنر ويركز على ما يحدث بعد السلوك، فالاشتراط يتم بين الاستجابة والنتائج المترتب عليها، وفي ضوء، الاشتراط الإجرائي، إذا نجح أي فعل في خفض الخوف أو القلق فإنه يعززه، ويتم تثبيت هذا السلوك وتكراره وقد تبنى ماورر Mowrer عام 1939 النظرية ذات المرحلتين (اكتساب واستمرار تدعيم الخوف والسلوك التجنبي) لتفسير المخاوف المرضية واضطراب الوسواس القهري، وقد أدخل عليها تعديلات عام 1960، وتفترض هذه النظرية أن الحدث المحايد يرتبط أولاً بالخوف، نتيجة اقترانه 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 العملية، تتطور استجابات الهروب أو التجنب لتقليل الشعور بالقلق وعدم الراحة الذي تثيره مثيرات شرطية متعددة، ويدعمها نجاحها (البنائي، 2011).

السلوك الاجتماعي

في ضوء اتجاه التعلم الاجتماعي لدى روتر الذي نشأ من نظرية التعلم الشخصية، يفسر روتر السلوك من خلال الدافعية والمعرفة والموقف السيكولوجي الذي تحدث فيه هذه المتغيرات. وبالتالي يؤكد روتر على أهمية التفاعل الاجتماعي خلال الموقف لأن السلوك يحدث في بيئة مليئة بالمعاني ويكتسب الفرد مغزى لهذه البيئة من خلال الخبرات السابقة والتي تؤثر على بعضها البعض، ومن خلال

الحاجات التي يسعى إلى إشباعها. وقد أكد باندورا على دور القدوة وملاحظة الآخرين في تفسير السلوك. وفي ضوء هذا الاتجاه يمكن تفسير السلوك الوسواسي القهري على أنه مكتسب ومتعلم ويرجع في الغالب إلى الخبرات الأولى من الطفولة، وتلعب سمات الوالدين مثل التصلب والتردد دورا هاما في نشأة الأعراض. بالإضافة إلى ذلك فإن تأثيرات الوالدين لها الدور الرئيسي في تكوين هذه الأعراض من خلال ميل الآباء إلى استخدام أساليب تنشئة اجتماعية معينة، مثل القسوة والنقد والحماية الزائدة بالإضافة إلى تحميل الأبناء مسؤولية زائدة. ويرى راتشمان أن الأحداث البيئية تساهم في تطور اضطراب الوسواس القهري، حيث لوحظ أن الأفعال القهرية تظهر أكثر في الأسر التي يكون للوالدين نزوع إلى أن يمتلكا معايير مرتفعة، ويكونان أكثر تحكما وأكثر شعورا وأكثر نقدا ثم تنشئتهما على التشديد والتدقيق على الأشياء المهمة والتأفة على السواء (سعفان، 2003)

النظرية السلوكية

يفسر السلوكيون اضطراب الوسواس القهري في ضوء نظرية التعلم في المبادئ التي تفسر السلوك السوي هي نفسها المبادئ التي تفسر السلوك غير السوي، والوسواس القهري شأنه شأن أي سلوك فتعلم من البيئة تحت شروط التدعيم ، وبالتالي فإن الأفكار الوسواسية تكون لها القدرة على إثارة القلق، أي نمط جديد من السلوك قد تم تعلمها، والاعمال القهرية تحدث عندما يكتشف الشخص أن عملاً معيناً مرتبطاً بالأفكار الوسواسية قد يخفف من القلق وتدرجياً وبسبب الفائدة في تخفيف القلق ، فإن هذا الفعل يصبح ثابتاً من خلال النموذج المتعلم للسلوك تعتمد النظرية السلوكية على نظرية التعلم في تفسير الوسواس القهري ، حيث تنظر هذه المدرسة إلى الوسواس على أنها تمثل منبهاً شرطياً للقلق أصبح مرتبطاً بالخوف أو القلق خلال عملية الاشتراط بعدما كان في السابق منبهاً محايداً (الاغا، 2009).

2.1.11.3 المنظور الفسيولوجي:

تفسر الوسواس والأفعال القهرية في ضوء النظرية الفسيولوجية على أساس وجود بؤرة كهربائية تؤدي إلى تكرار نفس الفكرة أو الحركة أو الاندفاع، تماما كما تتعطل الاسطوانة وتكرر نفس النغمة إن لم يحركها الفرد إلى نغمة أخرى وهذه البؤرة الكهربائية في حالة نشاط مستمر، وتكون على اتصال بكافة الدوائر الكهربائية في قشرة المخ، ولذا يتبين للمريض عدم صحة هذه الفكرة لأن بقية القشرة تقاوم هذه البؤرة وترى الدراسات أن هناك عدة براهين تثبت دور العوامل الفسيولوجية وهي وجود تاريخ لمرضى الوسواس القهري بالإصابة أثناء الولادة، وأن بعض مرضى الصرع تظهر لديهم أعراض تشبه الوسواس، وأن دراسات النشاط الأيضي لمناطق الدماغ في مرضى الوسواس القهري كشفت عن زيادة النشاط الأيضي في بعض المناطق عن غيرها بالإضافة إلى وجود العديد من الشذوذات غير النوعية في نمط تخطيط الدماغ لهؤلاء المرضى (حمودة، 2007)

2.1.11.4 النظرية المعرفية

قدمت عدة تفسيرات معرفية لأعراض الوسواس القهري، فيرى كار أن لمرضى الوسواس القهري توقعات عالية غير عادية للنتائج السلبية، وأنهم يبالغون في تقدير النتائج السلبية لعديد من الأفعال والتصرفات الوسواس يرتبط بالخطر ويظهر في صورة شك أو حيطة، فالمرضى يساوره الشك مما إذا قد أدى عملا ضروريا كإطفاء الغاز مثلا، أو أنه سيتمكن من أداء عمل كما ينبغي، أما الطقوس القهرية فهي عبارة عن محاولات لتهدئة الشكوك والوسواس عن طريق الفعل ويرى أن هناك ثالث متلازم وهو الرهاب (الخوف المرضي) والوسواس والطقس القهري (بيك، 2000).

ويرى كل من ماكفول وولرشن Mcfall & Wollershein أن مرضى الوسواس القهري يتمسكون بأفكار خاطئة، مثل اعتقادهم أن الشخص يجب أن يملك الكفاءة التامة في جميع الحالات، لكي

يصبح جديراً بالاهتمام، ومن الأفكار الخاطئة الأخرى الاعتقاد أن الفاشل في تحقيق الكمال يجب أن يعاقب، وأن الكوارث يمكن منعها بطقوس سحرية معينة (بيان وآخرون، 1990).

ويرى سالكوفسكس أن الأفكار الوسواسية المقتحمة تعمل كمنبهات تثير أنماطاً معينة من الأفكار التلقائية السلبية. وبالتالي فإن هذه الأفكار المقتحمة تؤدي إلى اضطراب مزاجي خاصة إذا ما تعارضت مع معتقدات الفرد. ويعد كل من الشعور بالمسؤولية ولوم الذات للمحركتان الأساسيان لمعتقدات مريض الوسواس القهري، حيث أن الأفكار التي يعتقد المريض بأنها قد تكون مسؤولة عن وقوع أضرار (Salkovskis, 1985).

ويشير أصحاب النظرية المعرفية إلى أن العوامل المعرفية ذات أهمية أساسية في اضطراب الوسواس القهري، فاضطراب الوسواس القهري ما هو إلا مظهر لنمط معين، كما قدم بارلد عام 1988 تصوراً نظرياً لأسباب اضطراب الوسواس القهري فيه يلعب إدراك الشخص للسيطرة دوراً مهماً وتبدأ نظريته بالاعتراف بأن معظم الأسوياء تراودهم أفكار متطفلة لا تصبح لوحدة أو مزعجة ، ولكنها قد تهيء المسرح لنمو اضطراب الوسواس القهري إذا تضافرت عدة عوامل في الوقت نفسه ، وبالتالي يشخص اضطراب الوسواس القهري في ضوء النظرية المعرفية على أية أفكار مشوشة ، ومزعجة ، ومضخمة وتحدث مصادفة ، وتكون محرضة لتصبح طبيعية وحقيقية أما السلوك القهري ، فهو سلوك علني ممثل تكرار الاغتسال ، أو إعادة الفحص ، ويأخذ شكلاً من السلوك المعرفي، وهذا التابع من الأفكار والسلوك يقود إلى آلام ، وبؤس ، واضطراب ، ويؤدي إلى السلوك المزعج، بالإضافة إلى الأفكار الانهزامية، و سلسلة من الخسائر المستمرة (بيك وآخرون، 1989).

من خلال العرض السابق للنظريات المفسرة لاضطراب الوسواس القهري، وكما هو الحال عند تفسير غالبية الاضطرابات النفسية، نجد أن كل نظرية حاولت تفسير الاضطراب من وجهة نظر خاصة وفقاً للأساس الذي اعتمدت عليه في بناء نظريتها، فنجد أن بعض النظريات ركزت على أهمية العوامل

النفسية وخبرات الطفولة، بينما ركزت النظريات الأخرى على أهمية العوامل البيئية والاجتماعية والوراثية والفسولوجية، وفسرته نظريات أخرى على أساس وجود قصور معرفي لدى المرضى. ففي الوقت الذي ترى فيه النظرية التحليلية أن السبب يعود إلى التثبيت في المرحلة الشرجية يلاحظ أن النظرية السلوكية ترجع السبب إلى المنبه الشرطي في إطار نظرية التعلم، أما النظرية المعرفية فإنها تعزو أسباب اضطراب الوسواس القهري إلى العوامل المعرفية (جودة، 2005).

وتساعد التفسيرات التي أوردتها كل نظرية على تقديم فهم جزئي للاضطراب، والاعتماد على نظرية واحدة وإغفال النظريات الأخرى لا يعد كافياً لإعطاء صورة مكتملة عن الاضطراب والأسباب الكامنة وراءه، ولا بد من الاهتمام بجميع وجهات النظر عند محاولة تفسير الاضطراب لتحقيق فهم أفضل له.

2.2 الفشل الكلوي

يعد مرض الفشل الكلوي من الأمراض المزمنة في فلسطين، والتي تشكل خطورة على حياة المرضى، وتسبب في غالب الأحيان الوفاة للمريض، إذا لم يتم التعامل معها بعناية واتباع توصيات الأطباء المختصين في هذا المجال، حيث ينتج الفشل الكلوي عن فشل في وظائف الكلية وبالتالي عدم قدرتها على أداء وظائفها بالشكل الطبيعي، من ترشيح الدم والتخلص من المواد الضارة، وبالتالي تتراكم في الدم المواد والأملاح الزائدة، التي تؤدي في نهاية المطاف إلى إتلاف الأنسجة وأعضاء الجسم المختلفة، ويصارع مرضى الفشل الكلوي الموت (مقداد، 2015).

ويضيف (Bayat,et.al,2012) على ذلك مرضى الفشل الكلوي المزمن المقيدون بالعلاج بالغسيل الكلوي، يتولد عندهم مشاكل فسيولوجية "عضوية" ومشاكل نفسية مختلفة، حيث يؤثر هذا المرض على الترابط الأسري لدى عوائل المرضى، فإذا تأثر الدعم الاجتماعي المقدم للمريض من قبل أسرته، فإن ذلك يشعره بالدونية وقله الاحترام وتقدير الذات، وبالتالي يترتب على ذلك اضطرابات نفسية مثل

القلق والاكتئاب والعجز والوحدة ، وهذا ما وضحته نتائج دراسة (Moran,et.al,2013:90) والتي كان هدفها الكشف عن الخبرات التي يمر بها مرضى الفشل الكلوي المزمن خلال عملية الغسيل الكلوي ، حيث أثبتت أنهم مصابون بالقلق بدرجة لا تسمح لهم بتأدية متطلباتهم الحياتية مستقبلاً بالشكل المطلوب ، كما أن أملهم في الحياة يقل، فالقلق لدى هؤلاء المرضى من المستقبل شيء وارد، لما يترتب على هذا المرض من أبعاد خطيرة تؤثر على مجريات حياتهم الصحية والشخصية والاجتماعية والاقتصادية والمهنية، حيث تسير حياة المريض في طريق مجهول نهايتها كما يعتقد الموت، ويذكر (Wang,et.al,2012,217) الآثار النفسية السائدة عند مرضى الفشل الكلوي المزمن هو الاكتئاب - القلق - الإجهاد - انخفاض في جودة الحياة - وزيادة خطر الانتحار، مضيفاً إلى أن ذلك يؤدي إلى تغيرات في التفاعلات والأدوار الاسرية للمرضى، وقدرتهم على العمل، مصحوباً ذلك بمشاعر فقدان السيطرة والخوف من الموت، وبمعنى آخر فقلق المستقبل يعتبر نوعاً من أنواع القلق الذي يدهم المرضى ويشكل لها خطراً على صحتهم واستقرارهم النفسي وتقدمهم في الحياة، وهو نتاج لضغوطات الحياة يؤدي الى اضطراب في البناء النفسي للمرضى، ويؤثر على قدراتهم ووظائفهم المعرفية والعقلية.

2.2.1 أنواع الفشل الكلوي

2.2.1.1 الفشل الكلوي الحاد :

يعرف **الفشل الكلوي الحاد** بأنه مجموعة من الأعراض الطبية التي تتصف بهبوط سريع في وظائف الكلى، مع زيادة مضطربة في مجموعة المركبات النيتروجينية بالدم مثل اليوريا والنتروجين وزيادة الكرياتينين، يحدث الفشل الكلوي الحاد في ساعات أو أيام وممكن أن يكون مصحوباً أو غير مصحوب بإفراز كمية قليلة من البول وغالباً ما يحدث الفشل الكلوي الحاد نتيجة هبوط حاد وشديد في ضغط الدم لفترة طويلة، أو نزيف شديد يؤدي إلى نقص كمية الدم بكمية كبيرة أو التعرض للصيق

لنفرونات الكلى للمواد السامة على الرغم من أن الفشل الكلوي الحاد يمكن الشفاء منه تمامًا، إلا أنه بعكس ما هو متوقع يظل معدل الوفيات به عاليًا بالرغم من تقدم العلاج (أبو فايدة، 2010)

ويعرف مطر (2004) **الفشل الكلوي المزمن** بأنه زيادة مستمرة ومضطردة في فقد وظائف نفرونات الكلى، والتي تؤدي إلى فقد الكلى لوظيفتها في ترشيح وحفظ التوازن بالدم .

والفشل الكلوي يمكن أن يكون حادًا أو مزمنًا، الفشل الكلوي الحاد غالبًا يحدث بطريقة سريعة، على العكس الفشل الكلوي المزمن يكون عادة في تطور مستمر بطيء ويتطلب بدء الغسيل الدموي أو زرع الكلية لإعطاء فترة إعاشة أطول (أبو فايدة، 2010).

يعرف (السنيدي، 2010) **الفشل الكلوي الحاد** :عبارة عن توقف مفاجئ وشبه كامل لوظائف الكلى، يتميز بارتفاع في مستويات النيتروجين واليوريا الكرياتينين في الدم، وعدم مقدرة الكلى على حفظ توازن وتنظيم الماء والأحماض والمواد الكيميائية مثل الصوديوم والبوتاسيوم، ويحدث هذا الفشل المفاجئ خلال عدة ساعات أو أيام، ويختلف عن الفشل المزمن في أنه يمكن علاجه إذا ما تم تشخيصه مبكرًا ومعرفة أسباب حدوثه، وإلا فإنه يؤدي إلى الوفاة إذا تم إهماله، وبالتالي فإن أسباب الفشل الكلوي الحاد تنقسم إلى:

1. أسباب ما قبل الكلى

يحدث نتيجة قلة التروية الدموية **الشديدة** للكلى وبالتالي يتسبب تلف النفرون، من أمثلة ذلك: النقص الشديد في حجم السوائل، والنزف الشديد (عمليات جراحية كبيرة، القرحة في الإثنا عشر، الكسور والحوادث، الحروق، حالات هبوط القلب والجلطات أو الانخفاض الشديد في ضغط الدم والتي تؤدي إلى ما يعرف بالصدمة.

2. أسباب في الكلى

وسببه تلف في الغشاء الحشوي للكلى ، مما يؤدي لعدم قدرة الكلى على تجميع وتركيز البول والتخلص من المخلفات النيتروجينية، وفي هذه الحالة يكون تلف النيفرون نتيجة خلل أو نقص في تروية أنسجة الكلى، نخر في الأنابيب الكلوية الحاد، التهاب حاد في الكبيبات "الكلوية، تعرض الكلى لبعض الأدوية أو المضادات الحيوية "الأمينوجليكوسيد - التتراسيكلين مشتقات السلفا" أو الأدوية السرطانية ، التصوير بالأشعة أو الصبغات المستخدمة في الفحوصات، الصدمات ، الاورام ، ارتفاع ضغط الدم، ، تسمم الدم أثناء الحمل، ارتفاع مستوى الكالسيوم في الدم (مقداد،2015).

3. أسباب بعد الكلى

وفي هذه الحالة تكون الإصابة نتيجة انسداد مجرى البول (المثانة أو الحالبين معاً) وهذا الانسداد ناتج عن تكون حصوة في مجرى البول-الجلطات- ورم سرطاني- حدوث تليف أو تضخم في البروستاتة - تجلط في الأوردة المغذية للكلى- عيب خلقي في مجرى البول، كما أن الفشل الكلوي الحاد يؤدي إلى ارتفاع منسوب البوتاسيوم في الدم، والذي بدوره يسبب حالة تسمى اليوريميا (خلل في توازن الماء والهرمونات والأحماض في الدم)، والتي تؤثر سلباً على جهاز المناعة في جسم الإنسان .
(Robinson,J.et,al,2012)

2.2.1.2 الفشل الكلوي المزمن:

يؤثر الفشل الكلوي المزمن على جميع أعضاء الجسم، وذلك نتيجة تعدد وظائف الكلى بالإضافة إلى وظيفتها الأساسية في تنقية وإخراج البول، والأعراض كثيراً ما تكون مضللة فقد تكون غير مصحوبة بألم بالكليتين أو تغيير واضح بالبول، وتظهر أولاً في أعضاء مختلفة من الجسم كاختلال في السوائل والأملاح، ويؤدي ذلك إلى زيادة في السوائل في الجسم، وأحياناً تورم في الساقين أو ارتشاح في الرئة أو الغشاء البلوري المحيط بالرئة، كما يحدث خلل واضح في تركيز أملاح الصوديوم والبوتاسيوم

والكالسيوم والفسفور والبيكربونات بالدم و اختلال في وظائف الغدد، يؤدي إلى ضعف بالعظام نتيجة نقص فيتامين (د) وكذلك القلب والدورة الدموية، يشكو المريض من ارتفاع بضغط الدم وقد يصاحب ذلك هبوط بالقلب وما يتبع ذلك من ضيق بالتنفس وتورم بالساقين كما يحدث ألم شديد في الصدر نتيجة التهاب غشاء التامور المحيط بالقلب (الباز، 2003).

2.2.2 طرق علاج الفشل الكلوي المزمن:

الهدف من علاج الفشل الكلوي هو إعاشة المريض في أفضل صورة صحية متاحة، وتمكينه من تحمل مسؤولياته تجاه الأسرة والمجتمع، والتمتع بحياة أقرب ما تكون إلى الطبيعية لأطول فترة ممكنة.

وتنقسم طرق علاج الفشل الكلوي إلى ثلاثة أنواع:

أولاً: العلاج التحفظي: ويعنى أن المرض لم يصل بعد إلى مرحلة الفشل الكلوي النهائي وأنه لا

لا يحتاج إلى عمل غسيل كلوي ويتمثل العلاج في خطوات:

نظام غذائي دقيق يقوم على خفض نسبة البروتينات التي يتناولها المريض في الوجبات، أدوية لعلاج الأنيميا المصاحبة للفشل الكلوي كالحديد والفيتامينات، وعلاج ضغط الدم والمحافظة على نسبة الكالسيوم في الجسم، وتحديد كمية السوائل التي يمكن للمريض تناولها يوميًا، والابتعاد عن تناول الأطعمة الغنية بالبوتاسيوم، وقد ينجح العلاج التحفظي في وقف أو إبطاء تطور المرض، ولكن كثيرًا ما يتطور المرض إلى مرحلة الفشل الكلوي المزمن النهائي الذي يستلزم التدخل بوسائل أخرى مثل زرع الكلى أو استخدام الكلية الصناعية أو الغسيل البريتوني (عفيفي، 2003).

ثانيًا: العلاج بالكلية الصناعية: يوجد منها نوعان:

أ) الغسيل البريتوني:

تتم هذه العملية عن طريق حقن لتر أو لترين من محلول الاستصفاء البريتوني داخل تجويف البطن (الغشاء البريتوني) عن طريق إدخال أنبوب لين في تجويف البريتون تحت مخدر موضعي ويبقى

طرفه الآخر خارج البطن مع وجود عدة ثقوب في طرف الأنبوبة داخل البطن ليدخل ويخرج منها المحلول المستخدم في الغسيل، ويمكن إجراء هذه العملية في المستشفى أو في المنزل بعد تدريب المريض أو أحد أفراد العائلة على الخطوات الصحيحة التي تضمن عدم دخول أي ميكروبات في تجويف البطن (أبو فايدة، 2010).

ب) الاستصفاء الدموي:

وتتم هذه العملية عندما يقرر الطبيب أن حالة مريض الفشل الكلوي قد أصبحت فشلاً كلياً نهائياً، وأنه يجب أن يقوم بعمل استصفاء دموي، وفي هذه العملية يتم الحصول على الدم من المريض ثم يبقى في الماكنة ويعاد إلى المريض مرة ثانية وذلك عن طريق خراطيم (انابيب) تتصل بالمريض بإحدى طرق ثلاثة:

أ- **طريقة فستولا:** وهي الطريقة العادية التي تسمح للمريض بالحركة بين الغسلات، وتكون بوضع إبرتين للمريض إحداها لسحب الدم من المريض، والأخرى لإعادته مرة أخرى إليه، وهاتان الإبرتان متصلتان بالخراطيم التي تحمل الدماء من وإلى الغسيل وتجري هذه العملية لاستحداث وعاء دموي يتحمل تلك العملية، وبدون هذا الوعاء الدموي لا يمكن أن يتم الغسيل حيث إن الأوعية الدموية العادية لا يمكن لها تحمل تلك العملية وبدون هذا الوعاء لا يمكن عمل الغسيل الدموي (أبو زيد، 2006).

ب- **طريقة الوصلة الوريدية الشريانية:** وهي عبارة عن وصلة صناعية دائمة بين الشريان والوريد، سواء في اليد أو الرجل وهذه الوصلة توصل بخراطيم آلة الغسيل ثم يوصل الشريان بالوريد مرة أخرى بعد الغسيل وتقل بعد الاستعمال (أبو رية، 2002).

ت- **طريقة أنبوية تحت الترقوة**: وهى غرس أنبوية لينة تحت عظمة الترقوة، وتترك في مكانها وتنفل على سطح الجلد في حالة عدم استعمالها، وتستعمل فقط في حالة الطوارئ إذا فشلت الوصلة الوريدية الشريانية (خضر، 1994).

2.2.3 السرطان: Cancer

يعد مرض السرطان من بين أكثر الامراض خطورة وفتكا بالجنس البشرى حتى إن البعض يطلق عليه اسم المرض الخبيث اذ من الصعب اكتشاف هذا المرض إلا في حالاته المتأخرة بعد أن يكون قد استشرى في الجسم، وأصبح من غير المأمول علاجه، وعادة ما يبدأ السرطان على مستوى خلية واحدة يطرأ عليها تغير بسيط في عملها وطريقة تحكمها فيه ، وتنجح الخلية في النمو والانقسام على حساب الخلايا الاخرى ، وفى هذه المرحلة يمكن رؤية الورم ميكروسكوبيا ، بعد أن يكون قد تطور وكبر حجمة اذا لم يعالج واستمر في النمو وتدمير الأنسجة المجاورة وربما ينتشر إلى أعضاء بعيدة ولعل الخطر في هذا المرض هو خاصية الانتشار التي تتمتع بها الخلية السرطانية وقدرتها على التغلغل في الانسجة المجاورة ، وليس ذلك فحسب بل إن لها القدرة على الانتقال من مكانها الأصلي إلى الأعضاء الأخرى بالجسم ، وفى المكان الجديد تبدأ الخلية الخبيثة بدورها الخطر المدمر ،حيث تنقسم عشوائيا مكونة ورما جديدا يقوم بإتلاف العضو والتأثير على وظائفه وبذلك يصبح من غير الممكن حصر المرض والقضاء عليه من مكان ظهوره الاولى (الجريسي ،2003).

ويعتبر السرطان مرضاً شائعاً، بل هو شديد الشيوع، وفي عام 2008، شُخص المرض لدى ما يقرب من 12.7 مليون نسمة، توفي منهم 7.9 ملايين شخص، فشكّلوا ما يقرب من 13% من إجمالي الوفيات في ذلك العام، وبالرغم من الاعتقاد أن السرطان مرض يصيب كبار السن في البلدان صاحبة الاقتصاد الأكثر ثراءً، فإن حوالي 70% من تلك الوفيات وقعت في البلدان ذات الدخل المنخفضة أو المتوسطة، وبصيب السرطان كلا الجنسين وجميع الأعراق، الغنية منها والفقيرة على السواء، يخشى

الناس من تشخيص المرض، إذ يعتبره المصابون به (وكثيراً ما يكون هذا الافتراض صائباً) حكماً بالإعدام، والمرض ذاته وعلاجه من الأسباب الكبرى للألم والاكتئاب، فعلاج السرطان عبء هائل على أنظمة الرعاية الصحية في جميع أنحاء العالم، ويعد المرض من الأسباب الرئيسية لفقدان القدرة الإنتاجية في القوى العاملة نتيجة للوفاة المبكرة (جيمس، 2013).

السرطان اسم شامل لمجموعة من الأمراض تتميز بوجود ورم خارج عن السيطرة في الخلايا، وهي بنيات صغيرة تتركب منها الأعضاء والأنسجة في الجسم، وتعمل هذه الخلايا بشكل مختلف، لكنها تتجدد بطريقة متشابهة، عن طريق الانقسام ومن أجل معالجة الانسجة المتضررة أو بنائها، فإن الأبحاث العلمية المتقدمة تشير إلى العلاقة بين مرض السرطان والمادة الجينية المنتقلة بالوراثة وقد توصلت الأبحاث العلمية إلى وجود مجموعتين من الجينات، الجينات المثبطة للسرطان، وهي جينات تقينا من السرطان، والجينات المكوّنة للسرطان الموجودة عادة في حالة سبات، وعندما تستيقظ الجينات المكوّنة للسرطان في الخلية، نتيجة للتدخين، التعرض غير المراقب للشمس وما شابه ذلك، فإنها تحوّل الخلية الطبيعية إلى خلية سرطانية، والسرطان مصطلح عام يشمل مجموعة من الأمراض يمكنها أن تصيب كل أجزاء الجسم، ويُشار إلى تلك الأمراض أيضاً بالأورام والأورام الخبيثة. ومن الصفات التي تحدد السرطان التكاثر السريع لخلايا شاذة (نمو غير طبيعي) يمكنها النمو خارج حدودها المعروفة وغزوها أجزاء الجسم المجاورة وانتشارها إلى أعضاء الجسم الأخرى، ويعتبر من أسباب الوفاة الرئيسية في جميع أنحاء العالم، وفي فلسطين يعتبر السبب الثالث للوفاة بعد أمراض القلب وأمراض الأوعية الدموية حيث تصل نسبة الوفاة بسبب السرطان إلى 11٪ من إجمالي الوفيات (وزارة الصحة الفلسطينية، 2010).

2.2.3.1 تعريف مرض السرطان CancerDisease:

السرطان: هو عبارة عن مجموعة من الامراض التي تزيد عن المائة مرض، يجمع بينها عدد من العوامل المشتركة، وينجم السرطان عن خلل في المادة الوراثية الجينية (DNA) التي تتمثل في خلايا الانسان الجزء المسؤول عن السيطرة على نمو الخلايا وتكاثرها، فخلايا جسم الانسان تتكاثر بشكل منتظم وبطيء، لكن في حالي السرطان يحدث خلل في المادة الوراثية (DNA)، مما يؤدي الى تسارع زائد في نموها وانتشارها، ومن المعروف ان الخلايا السرطانية، بعكس خلايا الجسم الاخرى، تستنزف طاقات الانسان وامكاناته (تايلور، 2008).

مرض السرطان: عبارة عن مجموعة من الامراض، والتي تتميز بزيادة في النمو المضطرب وغير السوي للخلايا، بحيث تنقسم الخلية الواحدة الى اثنتين ثم أربعة وهكذا الخ، كما أن الخلايا المتسرطنة تتميز بالعدائية اتجاه الانسجة والاعضاء المحيطة بها ثم الى جميع أنحاء الجسم، مشكلة مستعمرات سرطانية جديدة تعمل على حساب الجسم المصاب (كرسوع، 2012)

السرطان: هو التغييرات التي تحدث في الخلية الحية في أي عضو من أعضاء الجسم يجعلها تنقسم بدون أدنى تحكم من الجسم عليها نتيجة لعدة عوامل خارجية (مثل الاشعاعات وبعض الاصابات الفيروسية والتدخين وتناول الكحوليات وبعض العوامل الغذائية)، وتنمو هذه الخلايا السرطانية موضعيا أو تنتشر في الجسم مسببة في كثير من الاحيان وفاة المصابين اذا لم يتم علاجها بالطرق الصحيحة في الوقت المناسب (خالد، 2007).

2.2.3.2 تعريف الورم (السرطاني):

الورم: هو تشكل نسيجي أو خلوي جديد لديه الميل للاستمرار والنمو وقد لا يخضع للقوانين الطبيعية للنمو (أبو زينة، 2000).

الأورام: يتألف من خلايا خرجت عن التوازن الطبيعي للجسم للتكاثر بصورة منفصلة وهذه الأورام يصعب السيطرة عليها لأنها ناتجة عن خلايا غير طبيعية خرجت عن نظام التوازن في جسم المصاب بها وأصبحت لا تؤدي وظيفتها الأساسية (السيد، 2011).

2.2.3.3 أنواع الأورام: (الورم الحميد، الورم الخبيث)

2.2.3.4 الأورام الحميدة: (BeuiguTumour)

تتألف من خلايا تظل معزولة عن مجموعات الخلايا المحيطة بها وتتمو ضمن كبسولة محيطة بها والورم الحميد يشبه مجموعة من الناس يعيشون داخل أسوار مستديرة ومحاطة من جميع الجهات، وتدل كلمة حميد على كل نوع من التورم غير المؤذي، ولكنه ما دام يحتل فسحة من الجسم، فإنه يسبب متاعب جانبية عن طريق الضغط على مجموعات الأنسجة المحيطة به، ربما يقوم بإفراز مواد فعالة مثل الهرمونات، والتورم الدهني الذي يظهر تحت الجلد مباشرة على شكل فقاعة صغيرة هو من هذا النوع (السيد، 2011).

صفات الأورام الحميدة:

1. أورام موضعية يكون نمو خلاياها بطيئا وقد يتوقف نموها فجأة عند حد معين.
2. تكون محدودة ومحاطة من خلايا بغلاف يحددها تحديدا واضحا من الأنسجة المحيطة بها.
3. يكون نسيج الورم يشبه نسيج الام (أي النسيج الذي حدث فيه الورم).
4. لا تجتاح الأورام الحميدة الخلايا السليمة في الأنسجة المجاورة.
5. لا تتسرب إلى الدم فهي لا تنتشر في الغدد اللمفاوية.
6. لا تعود بعد الاستئصال (ابو زينة، 2000).

2.2.3.5 الأورام الخبيثة:

تتألف من خلايا تنمو بكثرة وبتوسع وتغزو مجموعات الأنسجة المحيطة بها أو تنتشر عن طريق الدم ولا تبقى محصورة، وهذا النوع يسمى السرطان.

وتتميز الأورام الخبيثة بسرعة معدل النمو، وبأنها قد تعود بعد الاستئصال، وبأنها قد تنتشر موضعيا (Local spread)، أو تنتشر انتشارا عاما (Systemic spread) في الجسم عن طريق الأوعية اللمفاوية أو الدموية، مما يؤدي إلى حدوث أورام ثانوية (Metastatic tumor) في أماكن أخرى من الجسم ومن أشهر هذه الأماكن الرئة والكبد والمخ والعظام (السيد، 2011).

صفات الأورام الخبيثة:

تختلف خلاياها من حيث التكوين بشكل عميق عن الخلايا العادية أي أنها لا تشبه النسيج الذي حدث فيه الورم (أورام غير متميزة) أو أنها غير ناضجة، وتجتاح خلايا الورم للأنسجة المحيطة، وتكون خلايا الورم الخبيث سريعة النمو والتكاثر وقد تبلغ حجما كبيرا في وقت قصير ذات حدود غير واضحة غير مغلفة من الخارج باي غلاف لذلك يكون نموها غير محدود، وتنتقل الخلايا الخبيثة بواسطة الدم أو المادة اللمفاوية إلى أعضاء أخرى من الجسم حيث تتوقف وتتكاثر مسببة ورما يشبه الورم الأول ويعرف هذا الانتشار باسم الانبثاث (Metastase) يعود الورم ثانية بعد الاستئصال بعملية جراحية إذا بقيت هناك خلايا مريضة لم يتم استئصالها تسبب اضطرابا خطيرا في وظائف أعضاء الجسم (ابو زينة، 2000)

طرق انتقال الأورام الخبيثة

تنتشر الأورام الخبيثة بثلاث طرق وهي كما يلي:

1. الطريق الدموي.

2. الطريق اللمفاوي.

3. الانتشار الموضعي في الأنسجة المجاورة (ابو زينة ،2000).

2.2.3.6 العوامل المساعدة للإصابة بالسرطان:

كان الاعتقاد السائد في الماضي أن السرطان نتيجة خطأ وراثي؛ أما الآن فتشير التقديرات الى أن (80%) على الأقل من جميع حالات السرطان يلعب فيها العامل البيئي دورا ما ؛ اذ يحدث هذا العامل التغييرات التي تسبب تحول الخلايا الطبيعية إلى سرطانية ، وهذا الفهم للتأثير الهائل للعوامل البيئية تطور مشجع لأنه يشير إلى أن الاهتمام يجب أن يتركز على تحديد العوامل التي تعرض للإصابة بالسرطان كي يتم تجنبها ، ونعنى بالعوامل المساعدة الظروف والحالات التي تزيد احتمالات ظهور السرطان ، ويمكننا تصنيف هذه العوامل فيما يلي :

1 . العوامل الفيزيائية:

إن التعرض المفرط لضوء الشمس هو من العوامل العامة للتعرض للإصابة بسرطان الجلد، كما ان التعرض للإشعاعات الأيونية من أنواع مختلفة يزيد إلى حد بعيد من خطر الإصابة بالسرطان، فوجود اللوكيميا (سرطان مجموعات خلايا الدم البيضاء) ازداد بشكل هائل بين الناجين من القنبلة الذرية، وقد ظهر بينهم المرض في فترة السنوات الثلاث إلى الخمس التي تبعت الانفجار (Beers,2008)

2 . العوامل الكيميائية:

يعرف عن الكثير من المواد الكيميائية الصناعية أنها تعرض للإصابة بالسرطان فقطران الفحم ومستحضرات الكريبوسوت (سائل زيتي تستحضر بتقطير القطران) يسببان سرطان الجلد، وكذلك تعتبر المستحضرات الزرنيخية فهي أيضا تسبب سرطان الجلد حتى وإن أخذت عن طريق الفم، كذلك فأصباغ الانالين قد تؤدي الى الإصابة بسرطان المثانة في حالة ما إذا تعرض لها الشخص باستمرار، ويفترض في هذه الحالة ان المثانة هي العضو المعرض للإصابة لأن المواد المسببة للسرطان يتم التخلص منها عن طريق البول، وقد ظهر مؤخرا اهتمام كبير بسبب الأدلة المتزايدة على استعمال

هرمون الاستروجين الصناعي من قبل النساء المريضات يزيد احتمال إصابتهن بسرطان المهبل، وعنق الرحم، ومما أيد هذا الاهتمام ملاحظة كون البنات المراهقات اللواتي تلقى أمهاتهن الاستروجين الصناعي خلال أشهر الحمل الثلاثة الأولى معرضات أكثر من غيرهن للإصابة بسرطان المهبل وعنق الرحم، وهكذا يبدو أن هناك انتقال في التأثير من جيل إلى جيل، أما المشروبات الكحولية فمن الصعب تحديد التأثير الدقيق لها لأسباب عديدة، أولها أن الأشخاص الذين يتناولونها غالباً ما يكونون من مدخني السجائر، وهكذا فإنه عندما يظهر السرطان لا يعود باستطاعتنا الجزم فيما إذا كان بسبب الكحول أو السجائر، وتدخين السجائر مسؤول عن (90%) على الأقل من حالات الإصابة بسرطان الرئة الذي يسبب عدداً أكبر من الوفيات بين الرجال؛ مما يسبب نوعاً من أنواع السرطان (Beers,2008)

3 . العوامل البيولوجية (الفيروسات):

هناك احتمال كبير في إمكانية حدوث السرطان نتيجة فيروس ما أو مجموعة فيروسات؛ فالفيروس الحلبي البشري (HPV) يمكن أن ينتقل من خلال العلاقات الجنسية ويسبب سرطان عنق الرحم، كما نجد فيروس التهاب الكبد (C) الذي يسبب سرطان الكبد، أما فيروس (EBV) فهو يسبب سرطان الجهاز اللمفاوي أو ما يعرف بداء بورلين (Beers,2008).

4 . العوامل النفسية والاورام السرطانية:

ظهر فرع جديد من الطب وهو الطب السيكوسوماتي الذي يتناول تأثير الضغوط أو الانفعالات على الاختلال الوظيفي أو المرضى ، ويرى "ولف" (Wolf) أن الامراض السيكوسوماتية ترجع غالباً لضغوط المواقف المختلفة في الحياة ، وهذه الضغوط التي لا تتفق مع تكريس الفرد الفسيولوجي أو النفسي ، وهي مواقف يحدث فيها ما يضغط على نفسية الفرد ، ويثير قلقه وتوتره حتى تؤثر على

أحشائه وإفرازات غدد من الهرمونات والعصارات وغيرها ؛ مما يجعل الحالة الانفعالية الحوشية تأخذ صفة الاستمرار بما لا تتحملة الآليات الجسمية الداخلية فتضطرب الوظائف أو تصاب الأعضاء . ويرى الباحثون أن العامل النفسي لا يعمل وحدة؛ وإنما إلى جانب التغير الهرموني ويعتبره البعض العامل الغالب والفعال والمباشر في إحداث الأذى للعضو، ومن ثم فإن هذه الاضطرابات تؤثر على الجهاز العصبي والهرموني والحالة الجسمية للفرد بصفة عامة، وإن تفاعل العامل النفسي مع العامل الوراثي والبيولوجي له أثر كبير في احداث الاضطرابات الجسمية (عبد الله ورأفت، 1995).

2.2.3.7 سمات الشخصية للمصابين بالسرطان:

إن الشخصية التي تتعرض للسرطان هي شخصية من النمط "ج" (Typec)، وهي شخصية تتسم وتستجيب للتوتر والضغوط وأحداث الحياة من خلال الاكتئاب واليأس وانعدام الأمل، والانفعالات السلبية؛ فالأشخاص الذين يرتفع اليأس لديهم يكون لهم تاريخ طويل من انخفاض الفاعلية والخضوع للأحداث بدون شعور بالنجاح أو المتعة مع انخفاض الشعور بالمسؤولية تجاه الانجاز، وقابلية شديدة للفشل، وتشير البحوث إلى أن الافراد الذين يتفق سلوكهم مع هذه الصورة الخاصة باليأس وانعدام الأكل أكثر عرضة للإصابة بالسرطان(قواجلية، 2013)

2.2.3.8 أعراض السرطان:

مهما تكن الاشارات المنبئة بالمرض ومهما كانت الجداول العادية فان تشخيص السرطان لا يمكن أن يكون الا مرضاً تشريعياً، لكن هناك بعض التظاهرات الوظيفية التي تجعله يظهر في أعراض على شكل تناذرات فتجلب الانتباه وتدفع صاحبها الى طلب الفحص ونذكر منها:

1 . تناذر (انف . حنجرة . بلعوم): الذي قد يظهر:

أ- اضطرابات البلع.

ب-صعوبة في حركة اللسان مع الأم حادة.

2 . تناذر رئوي: قد يكون مرتبطا:

أ- بالسعال.

ب- ضيق في التنفس.

وخاصة رعاف أو نفث دم متكرر الذي هو وحدة عرض يستوجب دق ناقوس الخطر.

3 . قد نجد تناذر هضمي:

أ- غثيان أو تقيؤ.

ب- نزيف هضمي.

ت- إمساك متناوب مع إسهال.

ث- الام في البطن.

4 . تناذر تناسلي ويشمل:

أ- الام على مستوى الحوض.

ب- سيلان متفرح من حلمة الثدي.

. خاصة نزيف الرحم الذي مهما كان بسيطا لابد ان يشك في امكانية الاصابة بسرطان تناسلي.

5 . تناذر عصبي نجد:

أ- الام بين الاضلاع.

ب- الام على مستوى الفقرات القطنية.

6 . اعراض ناتجة عن فقدان وظيفة العضو المصاب:

ان الخلايا السرطانية لا تؤدي وظائفها الطبيعية انما تؤديها بشكل مضطرب على هيئة:

أ- زيادة غير طبيعية في معدلات العمل مثل: الافراز الزائد لبعض الغدد كالغدة الدرقية او

البنكرياس.

ب-نقص في الاداء او توقفه بشكل كامل مثلما يحدث بالفشل الكلوي او الرئوي او قصور الكبد، او

تحلل مكونات الدم.

ت-القيء، السعال.

ث-قد تجمع هذه الخلايا بسبب النمو السريع مشكلة كتلة تحتل حيزا ليس لها فتعرقل عمل العضو

المصاب، كان تتشكل كتلة في الامعاء فتحدث بها انسدادا او كتلة داخل الراس تضغط على

المناطق الاخرى فتعطلها (قواجلية ،2013)

2.4 الدراسات السابقة:

يتناول هذا الجزء من الدراسة مجموعة من الدراسات السابقة المتعلقة بموضوع هذه الدراسة.

2.4.1 الدراسات العربية:

حيث قسم الباحث الدراسات السابقة الى ثلاثة محاور وهي :

دراسات حول الوسواس القهري :

وقامت الريموي (2014): بدراسة هدفت إلى الكشف عن الوسواس القهري وعلاقته بأبعاد الشخصية العصابية والانبساطية لدى طلبة جامعة القدس في ضوء المتغيرات المستقلة الآتية: الجنس، والكلية، والسكن، باستخدام المنهج الوصفي الارتباطي، ولتحقيق أهداف الدراسة طبق الباحثان مقياس أبعاد الشخصية العصابية والشخصية الانبساطية، ومقياس الوسواس القهري على عينة عشوائية طبقية بلغت (132) طالبا وطالبة من طلبة جامعة القدس، وأظهرت النتائج وجود علاقة عكسية دالة إحصائيا بين الوسواس القهري وبعد الانبساطية (139) ووجود علاقة طردية دالة إحصائيا بين الوسواس القهري وبعد العصابية (390)، وعدم وجود دلالة إحصائية للوسواس القهري وأبعاد الشخصية العصابية والشخصية الانبساطية لكل من المتغيرين الجنس والكلية، في حين أظهرت فروقا ذات دلالة إحصائية للوسواس القهري وأبعاد الشخصية العصابية والانبساطية لمتغير السكن وكانت لصالح المدينة، وفي ضوء هذه النتائج يوصي الباحثان بإجراء المزيد من الدراسات والبحوث العلمية التي تعنى بتعرف الوسواس القهري وعلاقته بأبعاد الشخصية العصابية والشخصية الانبساطية ولعينات أخرى مختلفة في مجتمع الجامعات الفلسطيني.

أجرت البنائي(2010): بدراسة هدفت إلى التعرف على التجميع والتخزين القهري وعلاقته بالوسواس القهري في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية لدى عينة إكلينيكية وغير إكلينيكية، حيث تكونت عينة

الدراسة من 41 مريضة بالوسواس القهري (العينة الاكلينيكية) و 233 طالبة من جامعة أم القرى (العينة غير الاكلينيكية) وقد تم تطبيق كل من مقياس التخزين والمقياس العربي للوسواس القهري، وقد استخدمت الدراسة المنهج الوصفي للتحقق من فروضها، وبعد استخدام الأساليب الإحصائية المختلفة (التكرارات النسب المئوية ، معامل ارتباط بيرسون، اختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه، اختبارات)، حيث توصلت النتائج الى أنه ينتشر التجميع والتخزين القهري بين أفراد العينة الاكلينيكية بنسبة 41.5%، وبين أفراد العينة غير الإكلينيكية بنسبة 15.5%، وكذلك وجود علاقة ارتباطيه بين مقياس التخزين المعدل بجميع أبعاده والدرجة الكلية لمقياس الوسواس القهري عند مستوى دلالة (0.01) لدى أفراد عينة الدراسة، وكذلك وجود علاقة ارتباطيه دالة بين التجميع والتخزين القهري بجميع أبعاده و معظم أعراض الوسواس القهري عند مستوى دلالة (0,01) و(0.05) لدى افراد عينة الدراسة، حيث أظهرت وجود فروق دالة إحصائيا بين أفراد عينة الدراسة (الاكلينيكية وغير الاكلينيكية) المصابين وغير المصابين بالتجميع والتخزين القهري على مقياس الوسواس القهري لصالح الأفراد المصابين به، حيث أظهرت النتائج أن الفروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0.01)، وكذلك عدم وجود فروق في النسبة للمتغيرات (العمر والحالة الاجتماعية والمستوى الاقتصادي) وتوصي الدراسة بضرورة الكشف عن أعراض التجميع والتخزين القهري لدى مرضى الوسواس القهري في العيادات النفسية حيث أن منحى العلاج يختلف عند ظهوره ، كما توصي أيضا بنشر الوعي بهذا الاضطراب في الندوات العلمية ووسائل الإعلام المختلفة وتوعية الأباء والامهات بهذا الاضطراب وحثهم على بذل الجهود المختلفة لتقديم المساعدة اللازمة للمرضى.

وقام عيد (2009): بدراسة هدفت إلى التعرف على الخصائص السيكومترية والتحليل العالمي التوكيدي لمقياس أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب جامعة الكويت، وقد اختيرت عينة قوامها (446) من طلاب جامعة الكويت من الجنسين، وتراوحت معاملات ثبات ألفا

للمقياس بين (0.49-0.86) وتعد معاملات ثبات ألفا مقبولة في ستة مقاييس فرعية فقط، في حين تعد معاملات ثبات إعادة التطبيق مقبولة فقط في خمسة مقاييس فرعية ، وأسفرت نتائج التحليل العالمي الاستكشافي عن (21) عاملاً، جذرها الكامن $0 \leq 0.1$ ، ولكن كل هذه العوامل، ما عدا الأول، اشتملت على أقل من ثلاثة بنود، ذات تشبعات أعلى من (0.3)، وكشفت النتائج عن وجود عامل واحد عام، تشبعت به غالبية بنود مقياس الوسواس القهري، واستوفي جميع المحكات المستخدمة في الدراسة، مما يؤكد أن هذا المقياس أحادي العامل، ومن ثم استخدم التحليل العاملي التوكيدي مرتين : في الأولى استخدام النموذج ذو الأربعة عشر عاملاً، وبينت نتائج المؤشرات الأربعة المستخدمة في اختبار حسن المطابقة، وهي :مؤشر المطابقة المقارن، ومؤشر حسن المطابقة، ومؤشر المطابقة المعياري، ومؤشر جذر متوسط مربع خطأ التقريب، أنها كلها لا تقدم تقديرات مقبولة لصدق البناء للمقاييس الفرعية المكونة لمقياس الوسواس القهري؛ إذ تؤكد عدم جودة هذه المطابقة، ومن ثم استخدم التحليل العاملي التوكيدي للمقياس، بوصفه أحادي العامل، ونتج عن هذا النموذج مؤشرات مقبولة، ويمكن أن نخلص من هذه الدراسة إلى أن هذا المقياس يفضل النظر إليه بوصفه أحادي العامل.

وقام الدفاعي (2009): بدراسة هدفت الى التعرف على أثر برنامج علاجي سلوكي مختصر في خفض اضطراب الوسواس القهري، وبلغت عينة البحث (20) فرداً مصابا (14) منهم ذكور و(2) أناث قسمت العينة على مجموعتين تجريبية وأهملت الضابطة، واستخدم في البحث أداتان الأولى قائمة بادو (PI) للوسواس القهرية التي كيفها للبيئة العراقية (جياوك)، 2000 والأداة الثانية هي البرنامج العلاجي السلوكي المختصر، وتوصلت نتائج الدراسة إلى ان البرنامج العلاجي المختصر قد أحدث تغييراً واضحاً في أعراض الوسواس القهرية لدى أفراد المجموعة التجريبية التي طبق عليها، إذ بلغت قيمة اختبار مان وتني (0.035) وهي أصغر من القيمة الجدولية التي تساوي 0.05 عند مستوى دلالة 0.05 وهذا يدل على فاعلية البرنامج العلاجي السلوكي المختصر في خفض أعراض

الوساوس القهرية لدى أفراد المجموعة التجريبية في حين بقت الأعراض كما هي لدى أفراد المجموعة الضابطة التي لم يطبق عليها البرنامج العلاجي المختصر، واستنتج من النتائج، أن أسلوب العلاج السلوكي المختصر بما يحتويه من فنيات قد أحدث أثراً فاعلاً في خفض أعراض الوسواس القهرية، أما التوصيات التي توصل إليها البحث الحالي فهي تطبيق الأسلوب العلاجي السلوكي المختصر في الوحدات الإرشادية للجامعات من أجل التصدي لأعراض الوسواس القهرية.

قام الاغا(2009): بدراسه هدفت إلى سمات شخصية مرضى الوسواس القهري في البيئة الفلسطينية باستخدام برنامج تدريبي علاجي، تم استخدام المقياس العربي للوسواس القهري ، وقد قام الباحث بتطبيق هذه الأدوات على عينة الدراسة ، E.P.Q واستخبار آيزنك للشخصية المكونة من (20) مريض من مرضى الوسواس القهري موزعين على (10) مرضى مصابين باضطراب وسواس الأفكار القهري ، و(10) آخرين مصابين باضطراب وسواس الأفعال القهري ، وقد قام الباحث باستخدام المنهج التجريبي والذي يعتمد على مقارنة القياس القبلي بالقياس البعدي ، كذلك استخدم الأساليب الإحصائية التالية للوصول إلى النتائج فاستخدم اختبار ويلو لكسون Wilcox on Test وذلك بهدف معرفة الدلالة الإحصائية للفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية في مقاييس الدراسة، وقد توصلت الدراسة إلى أن متوسط بعد الانبساط (الانطواء) عند المرضى بلغ 8.7 درجة وبانحراف معياري 3.8 ووزن نسبي (41.2 %) ، وأن متوسط بعد الشخصية العصابية عند مرضى الوسواس القهري بلغ 16. درجة وبانحراف معياري 2.7 ، ووزن نسبي (63.8 %) ، وأن متوسط بعد الشخصية، الذهانية عند المرضى بلغ 18.6 درجة وبانحراف معياري 3.9 ، ووزن نسبي (80.9%) تبين أن متوسط بعد الكذب (الجاذبية الاجتماعية) عند المرضى بلغ 9.12 درجة وبانحراف معياري 4.2 ، ووزن نسبي (61.2%) ، وأشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات المقياس البعدي في مقياس الوسواس القهري، كذلك

توصلت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات ،القياس القبلي ودرجات المقياس البعدي في مقياس الوسواس القهري، والفروق كانت لصالح القياس البعدي.

وقام كاظم وال سعيد(2008): بدراسة هدفت الى التعرف على الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين العمانيين، وأثر النوع والعمر والدخل في الوسواس القهري، وعلاقته بعدد الأخوة وعدد الأخوات والترتيب الولادي، ولأجل ذلك تم تكييف الصورة المعدلة من المقياس العربي للوسواس القهري، كما صممت استبانة لتقدير الأبوين للوسواس القهري، حيث تكونت عينة الدراسة من 121 طالباً و 107 طالبات من مدراس محافظة مسقط ومنطقة الباطنة التعليمية، متوسط أعمارهم 12.59 سنة، بانحراف معياري مقدار 2.60 وباستعمال العاملي ، والمتوسط الحسابي والانحراف المعياريين وتحليل التباين الثلاثي متعدد المتغيرات، ومعامل ارتباط بيرسون، تم التوصل الى بنية عامليه للمقياس العربي تتكون من ثلاثة عوامل(عامل الوسواس القهري، والشك والتكرار، والتردد وعدم الاكتراث)، وعاملين لاستبانة تقدير الابوين(النظام والدقة، والتكرار والشك)وأما معدلات انتشار الوسواس القهري فقد كان عامل (التردد، وعدم الاكتراث) مرتفعاً لدى جميع العينة (10.92%)، ولدى المراهقين(12.33%)، في حين كان التكرار والشك منتشر لدى الأطفال(11.69)، حيث أظهرت وجود وسواس لدى الأطفال المراهقين والأطفال، وخرجت الدراسة بتوصيات أهمها اعداد برامج وقائية وعلاجية، وجود اختصاصي ونفسي- تربوي في المدارس يقوم بتنفيذ البرامج الوقائية والعلاجية، ومتابعة الحالات المتطرفة للأطفال والمراهقين الذين لديهم اضطراب الوسواس القهري من طبيب نفسي متخصص ،ونشر الوعي الصحي عبر وسائل الاعلام المقروءة والمسموعة والمرئية.

وقام الطلوح(2006): بدراسة هدفت الى التعرف على السمات الشخصية ذات الارتباط بالوسواس القهري، ودراسة مدى الوجود في العلاقة بينهما"، للوصول لمعرفة السمات الشخصية ذات الارتباط بالوسواس القهري، ودراسة مدى الوجود في العلاقة بينهما، والتعرف بصورة منهجية على خصائص

الشخصية لحالات اضطراب الوسواس القهري، وبالتحديد علاقة الأبعاد المنبثقة من نظرية العوامل الخمسة الكبرى للشخصية (الانبساطية، العصابية، الانفتاح على الخبرة، التفاني، الوداعة) باضطراب الوسواس القهري. وقد استخدم الباحث المنهج الوصفي الارتباطي كما استخدم الأدوات التالية: المقياس العربي للوسواس القهري من إعداد أحمد عبد الخالق، وقائمة عوامل الشخصية الخمسة (الصورة السعودية للذكور) من إعداد (الرويتع، تحت النشر)، على عينة من المضطربين باضطراب الوسواس القهري من مراجعي العيادات الخارجية بمجمع الأمل للصحة النفسية، وقد تكونت عينة الدراسة من (64) من الذكور. وبعد معالجة تلك الفروض إحصائياً، أسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة سالبة دالة إحصائياً عند مستوى (0.01) بين العصابية والدرجة الكلية للوسواس القهري، وجود علاقة سالبة دالة إحصائياً عند مستوى (0.01) بين الانبساطية والدرجة الكلية للوسواس القهري، ولا توجد علاقة بين التفاني والدرجة الكلية للوسواس القهري، وجود علاقة سالبة دالة إحصائياً عند مستوى (0.01) بين الوداعة والدرجة الكلية للوسواس القهري، وجود علاقة سالبة دالة إحصائياً عند مستوى (0.01) بين الانفتاح على الخبرة والدرجة الكلية للوسواس القهري، عدم وجود اختلاف في درجات الوسواس القهري باختلاف العمر، عدم وجود اختلاف في درجة الوسواس القهري باختلاف المستوى التعليمي، عدم وجود اختلاف في درجة الوسواس القهري باختلاف الحالة الزوجية.

وقام جودة (2004): بدراسة هدفت التعرف على الوسواس القهري على عينات فلسطينية، تهدف إلى تحديد المكونات الأساسية لاضطراب الوسواس القهري، كما تهدف إلى الكشف عن الفروق في اضطراب الوسواس القهري وما قد تتطوي عليه من عوامل طائفية بين الجامعات الفلسطينية وتكونت عينة الدراسة من 200 طالب وطالبة، وقد اختير أفراد العينة بالطريقة العشوائية) وتم استخدام المقياس العربي للوسواس القهري الذي أعده عبد الخالق، واعتمد المنهج الوصفي التحليلي لمعرفة معدلات الوسواس القهري لدى الطلاب، وقد أسفرت نتائج الدراسة على أن الإناث أكثر عرضة من الذكور

للسواس والأفعال القهرية كما أظهرت النتائج عن فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.001 لمتغير التخصص لصالح القسم العلمي كما أشارت النتائج إلى أنه يمكن تطبيق هذا الاختبار على البيئة الفلسطينية.

وقام سغفان(2002): بدراسة هدفت الى التعرف على فعالية برنامج إرشادي انتقالي في خفض الوسواس والأفعال القهرية المرتبطة بالشعور بالذنب"، إلى التعرف على طبيعة العلاقة الارتباطية بين الشعور بالذنب والوسواس والأفعال القهرية، وقد تم اختيار عينة عشوائية من طلاب الدبلومة المهنية (من الجنسين) بلغ حجمها (164) ، وقد استخدم الباحث في الدراسة الحالية اختيار "بادو" للوسواس والأفعال القهرية ومقياس الشعور بالذنب ، قام الباحث في هذه الدراسة باستخدام أسلوب الإرشاد الجماعي، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية ايجابية دالة إحصائياً بين الشعور بالذنب والوسواس والأفعال القهرية، كما بينت النتائج أن التدخل الإرشادي القائم على اعادة الفهم والموجة، إلى خفض الشعور بالذنب كان له فعالية في خفض الشعور بالذنب، كما بينت أن التدخل الإرشادي القائم على وقت الأفكار والتعريض والموجة، لخفض الوسواس والأفعال القهرية كان له فعالية في خفض الوسواس والأفعال القهرية، كما أسفرت النتائج أن البرنامج الإرشادي الانتقالي والقائم على إعادة الفهم ووقف الأفكار والتعريض كان فعالاً أثناء الجلسات الإرشادية في خفض الوسواس والأفعال القهرية والشعور بالذنب.

وقام جياووك (2000): بدراسة هدفت إلى التعرف على أثر برنامج جمعي في تعديل السلوك لخفض بعض اشكال الوسواس القهرية"، الى بناء برنامج جمعي في تعديل السلوك لخفض بعض أشكال الوسواس القهرية لدى المصابين ب (أوق) ، وتكونت عينة الدراسة من (10) اشخاص كل (5) منهم في مجموعة، وقد تم استخدام التصميم التجريبي ذي المجموعتين ذات الاختبار القبلي و البعدي

وأُسفرت نتائج البحث عن انخفاض أعراض (أوق) لدى المجموعة التجريبية بظهور فروق ذات دلالة بين المجموعتين لصالح المجموعة التجريبية.

دراسات حول الفشل الكلوي :

أجرى مقدار (2015) دراسة هدفت للتعرف على مستوى قلق المستقبل لدى مرضى الفشل الكلوي المزمّن في ضوء بعض المتغيرات، حيث تم تطبيق أدوات الدراسة التالية (اختبار قلق المستقبل، اختبار المساندة الاجتماعية، اختبار الصبر، اختبار التذكر)، وهي من إعداد الباحث، وقد أجريت الدراسة على عينة عشوائية قوامها (144) مريضاً، واستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي.

وقد توصلت الدراسة الى أن مستوى الشعور بقلق المستقبل لدى مرضى الفشل الكلوي المزمّن كان مرتفعاً (73%) ومستوى المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المرضى أيضاً كانت مرتفعة (82.2%)، حيث احتل بعد المساندة الأسرية المرتبة الأولى (90.4%)، يليه بعد الطاقم الطبي (82.2%)، وأخيراً بعد الأصدقاء (63.8%)، كما أن مستوى الصبر لديهم كان مرتفعاً جداً (96.2%)، والتذكر كان بدرجة متوسطة (55.9%)، كما أظهرت عدم وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين قلق المستقبل وبين المساندة الاجتماعية وأبعادها (الأسرة، الأصدقاء، الطاقم الطبي) لدى مرضى الفشل الكلوي، وعدم وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين قلق المستقبل وبين الصبر لدى هذه الفئة، وقد تبين وجود علاقة طردية موجبة ذات دلالة إحصائية بين قلق المستقبل وبين التذكر، كما أظهرت عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات قلق المستقبل والمساندة الاجتماعية والصبر والتذكر لدى مرضى الفشل الكلوي يعزى للنوع، والحالة الاجتماعية، والحالة الوظيفية، والعمر، ومدة المرض، بينما أظهرت وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجة الشعور بقلق المستقبل لدى المرضى يعزى لعدد مرات الغسيل الكلوي (مرتان - ثلاث مرات)، والفروق كانت لصالح الذين يغسلون ثلاث مرات في الأسبوع.

أجرى الصديقي وبن عمر(2014): بدراسة هدفت الى التعرف على القلق النفسي لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي، حيث قام الباحثان باختيار عينة قوامها " 60 " مريضاً " في جمهورية الجزائر، بالطريقة القصدية واتبع المنهج الوصفي، وطبق مقياس تايلور الصريح لقياس القلق و كانت أهم النتائج أنه يوجد مستوى مرتفع من القلق النفسي لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي، توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة القلق النفسي حسب متغير الجنس (ذكور ، إناث) ، وهذا لصالح الذكور، لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة القلق النفسي حسب متغير.

وقام السيد (2011): بدراسة هدفت الى التعرف على دور بعض المتغيرات النفسية في التنبؤ بالرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي، حيث تكونت عينة الدراسة من " 240 " مفعوصاً " في جمهورية مصر "أعمارهم " 22سنة، موزعين على 3 مجموعات كالتالي 80 :مريضاً فشل كلوي حاد ، 80 مريضاً فشل كلوي ،وعينة من الأصحاء قوامها 80 فرداً، وتم تطبيق مقياس المساندة الاجتماعية- مقياس التدين - مقياس الصلابة النفسية - مقياس استراتيجيات المواجهة - مقياس الرضا عن الحياة، وكانت أهم النتائج :أن الأصحاء أعلى من مرضى الفشل الكلوي في كل من المساندة الاجتماعية والرضا عن الحياة والصلابة النفسية، ولا توجد فروق بينهما في كل من التدين واستراتيجيات المواجهة، كما أنه لا توجد فروق بين مرضى الفشل الكلوي الحاد والمزمن في كل من المساندة الاجتماعية والتدين واستراتيجيات المواجهة، كما أظهرت أن الإناث أعلى من الذكور في التدين ، ولا توجد فروق تعزى للجنس في كل من الرضا عن الحياة والمساندة الاجتماعية واستراتيجيات المواجهة.

دراسات حول مرض السرطان :

قام محمود (2013): بدراسة هفت إلى معرفة أوضاع عوائل المرضى المصابين بمرض السرطان، وتحديد الآثار النفسية والاقتصادية والاجتماعية والصحية للمرض على المريض وعائلته، حيث أجريت الدراسة على عينة قصدية منتظمة، اقتصرت على تسع حالات فردية من مدينة الموصل، واعتمد الباحث المقابلة كأداة رئيسية لجمع المعلومات.

أظهرت النتائج أن هناك بعض المصابين بمرض السرطان ممن يعانون من الاستسلام للمرض أو الهزيمة النفسية، فضلاً عن الوسواس القهري والقلق والتوتر، والاضطرابات الذي ينتاب المريض وأفراد عائلته، وأن تكاليف العلاج والأدوية الكيماوية والذرية عالية جداً مما يثقل كاهل عوائل المصابين في حال عدم توفرها في المستشفيات ، بالمقابل يخلق المرض نوعاً من التكاثر والتماسك الاجتماعي والألفة بين أفراد عائلة المريض بالسرطان لدعمه صحياً ونفسياً واجتماعياً.

أجرى العرب (2011): دراسة هدفت إلى التعرف على الخصائص الاجتماعية لمرضى السرطان ومعرفة درجة الشعور بقلق الموت بين الأفراد المصابين بمرض السرطان، كذلك معرفة مدى تأثير متغيرات الجنس والعمر ونوع الورم السرطان على مستوى قلق الموت على مرضى السرطان، واستخدم منهج المسح الاجتماعي، حيث أجريت الدراسة على عينة مكونة من (100) مريضاً بالسرطان تم اختيارهم بالطريقة القصدية وهم مراجعون للمستشفيات الحكومية والخاصة، وتم استخدام مقياس قلق الموت الذي أعده عوض (2009) بعد تقنين المقياس.

توصلت الدراسة إلى أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين سرطان الثدي وسرطان القولون، وجاءت الفروق لصالح سرطان الثدي، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لأثر متغير الجنس، وجاءت الفروق لصالح الإناث، وأظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لأثر متغير العمر.

وقام جبر (2004): بدراسة هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين تقدير الذات والوجود الأفضل لدى مرضى السرطان مقارنة بالأصحاء، وللتحقق من هذا الهدف تم تطبيق مقياس تطبيق الذات والوجود الأفضل على عيني الدراسة التي شملت (247) مريضاً من المصابين بأنواع مختلفة من السرطان، و (259) شخصاً من الأصحاء الذين لم يسبق لهم الإصابة بأية أمراض مزمنة. توصلت الدراسة بوجه عام أن الأصحاء أكثر تقديراً للذات وشعوراً بالوجود الأفضل من مرضى السرطان، وأن العلاقة بين تقدير الذات والوجود الأفضل ايجابية، ولم يتبين وجود فروق جوهرية بين العينات الفرعية لمرضى السرطان باستثناء مرضى سرطان البروستاتا.

2.4.2 الدراسات الأجنبية :

دراسات حول الوسواس القهري :

أجرى لاك وآخرون (Lack et al,2007):- بدراسة هدفت الى التعرف على الفروق بين مرضى الوسواس القهري المصابين وغير المصابين بالتجميع والتخزين القهري في التشخيص الإكلينيكي، وقد طبقت الدراسة على مجموعة من الأطفال والمراهقين بلغ عددهم 80 شخصاً تراوحت أعمارهم بين 7 و 17 عام، وقد أكمل هم وأباؤهم مجموعة من مقاييس الوسواس القهري، وبالمقارنة مع غير المصابين بالتجميع والتخزين القهري، وجدت الدراسة أن المصابين به كانوا أقل استبصاراً بمشكلاتهم، وقد أظهروا وسواس متعلقة بأفكار سحرية وأفعال قهرية تدور حول الترتيب، كما أظهروا درجات أعلى في القلق والعدوان ونوبات الهلع والاضطرابات جسدية الشكل. وقد توافقت نتائج هذه الدراسة مع نتائج الدراسات التي أجريت على البالغين، وترى الدراسة أن هؤلاء المرضى يظهرون أعراضاً إكلينيكية خاصة بهم تميزهم عن مرضى الوسواس القهري، وتقتح الدراسة تصنيف الاضطراب كاضطراب مستقل عن الوسواس القهري.

قام نيس وآخرون (Nic et al., 2007) بدراسة هدفت إلى التعرف على ارتباط الذاكرة العاملة المكانية عند الأفراد مضطربي الوسواس القهري، وأجريت الدراسة على 18 مريض من ذوي اضطراب الوسواس القهري طبقاً لـ DSM-IV وطبقوا مقياس Yale-Brown للوسواس القهري ومهام الذاكرة العاملة ذات الكثافة المرتفعة والمنخفضة وتم تدريبهم على هذه المهام، وانتهت الدراسة إلى أن هناك اختلافاً في الأداء بين مرتفعي ومنخفضي الوسواس القهري في كلا من زمن رد الفعل ومستوى الكثافة بالنسبة لمهام الذاكرة العاملة لصالح منخفضي الوسواس القهري، وبالنسبة للمناطق التي اشترك فيها الأفراد في الذاكرة العاملة المكانية لم تختلف بين مجموعات الدراسة، وإن مجموعات الدراسة نشطت لديها نفس مناطق الدماغ أثناء الأداء على مهام الذاكرة العاملة وكانت مستندة على مجموعة صغيرة من (الفوكسل) (Voxel) هو عنصر في الجسم ثلاثي الأبعاد وعادة ما يستخدم في التمثيل التصويري ثلاثي الأبعاد والتحليل في الاستخدامات الطبية والعلمية، ويتم الحصول على المعلومات ثلاثية الأبعاد من خلال الماسح المغناطيسي MRI

قام إلى وآخرون (Ali, et al., 2007) بدراسة هدفت إلى فحص الذاكرة وما وراء الذاكرة عند مضطربي الوسواس القهر، وأجريت الدراسة على عينة من طلاب الجامعة بلغ قوامها 68 فرداً وتم تطبيق مهام مرحلية (استطردية، عرضية) وفحصت هذه الدراسة مهام ذاكرة المعاني الخاصة باسترجاع المعلومات من الذاكرة طويلة الأمد وتم التشخيص من قبل أطباء نفسيين على أساس المقابلات العلاجية وطبقوا دليل التشخيص DSM-IV للمعايير الخاصة بالوسواس القهري وطبقوا قائمة مودساي للوسواس القهري والتي تتكون من 30 عبارة وتتم الإجابة عليها بنعم ولا، وتشتمل القائمة معايير (النظافة، التدقيق، الشك في، البطء) وبينت النتائج أن الأفراد ذوي اضطراب الوسواس القهري اظهروا أداء منخفض في المهام الخاصة بالذاكرة وما وراء الذاكرة واطهروا كذلك أداء منخفض

حول قدرتهم على تذكر المعلومات في المستقبل وبينت النتائج أن الأفراد مضطربي الوسواس القهري يشكون في الذاكرة وقد يكون هذا الشك نتيجة العجز الحقيقي في الذاكرة

قام **تولن واخرون (Tollin, et al,2007)** : بدراسة هدفت الى التعرف على تأثير التجميع والتخزين القهري على أفراد أسرة المريض، وتكونت العينة من 665 اسرة مصاب احد افرادها بالاضطراب، وقد أكملوا استبيان قاموا بالإجابة عليه عبر الانترنت ،وقد أشارت النتائج إلى التأثير الواضح للاضطراب على أفراد الأسرة، وتظهر المشاكل في الأسرة منذ طفولة المريض حيث يشتكي الأهل من مواقف الرفض عند الطفل بسبب عدم استبصاره لمشكلته وتسببه في فوضى تسبب للأهل الضيق والإجهاد.

وأجرى **سامويلز وآخرون (Samuels et al, 2006)**: دراسة هدفت إلى التعرف على الفروق بين مرضى الوسواس القهري المصابين وغير المصابين بالتجميع والتخزين القهري .وقد أجريت الدراسة على عينة من مرضى الوسواس القهري تم توزيعهم كالتالي ،245 مصاباً بالتجميع والتخزين القهري و389 غير مصاب به، وقد وجدت الدراسة أن التجميع والتخزين القهري يرتبط غالباً بأفعال قهرية تتعلق بوساوس التماثل والتكرار والعد والترتيب .وترى الدراسة أنه لا يوجد لدى المرضى المصابين بالتجميع والتخزين القهري استبصاراً بمشكلتهم، وأن لديهم صعوبات في بدء وإكمال المهمات، كما تنتشر بينهم المخاوف الاجتماعية والقلق المتعمم واضطرابات الشخصية وخاصة الشخصية الاتكالية والوسواسية، كما وجدت الدراسة أن هناك خمس صفات تميز شخصيتهم وهي البخل والانشغال بالتفاصيل وصعوبة اتخاذ القرارات وغرابة التصرفات والمظهر والتفكير المتعلق بالسحر، وترى الدراسة أن اضطراب التجميع والتخزين القهري يندرج تحت تصنيف الوسواس القهري وأنه يظهر في الأسر المصابة بالوسواس القهري.

وقام سامويلز وآخرون (Samuels et al, 2002): بدراسة هدفت إلى التعرف على التجميع والتخزين القهري، لدى عينة مكونة من 126 مريضاً بالوسواس القهري، وقد وجدت الدراسة أن الاضطراب ينتشر بنسبة 30% ، وأنه يظهر عند الرجال أكثر من النساء بضعفين، كما أظهرت الدراسة أن 39 % فقط من أفراد العينة سبق لهم الزواج بالمقارنة مع بقية أفراد العينة. وبالمقارنة بين مرضى الوسواس القهري المصابين وغير المصابين بالتجميع والتخزين القهري، وجدت الدراسة أن الوسواس القهري يظهر في سن أبكر لدى المجموعة المصابة بالتجميع والتخزين القهري، وأن أعراضه تكون أشد من المجموعة الأخرى، وأنه غالباً ما يرتبط بالأفعال القهرية التي تدور حول وساوس التماثل والعد والترتيب، كما تنتشر بين هذه المجموعة المخاوف الاجتماعية واضطرابات الشخصية وبعض العادات المرضية كنتف الجلد وقضم الأظافر، وترى الدراسة انه قد يصعب علاج التجميع والتخزين القهري في حال ظهوره مع اضطرابات نفسية أخرى. وترى أيضاً أنه يظهر عند الأقارب من الدرجة الأولى وأنه ينتقل بين الأسر المصابة بالوسواس القهري، واقترحت تصنيفه ضمن الوسواس القهري كاضطراب له خصائصه الإكلينيكية المميزة له.

دراسات حول الفشل الكلوي :

كما قام باتل (Patel, 2002): بدراسة هدفت إلى بحث العلاقات بين المعتقدات الدينية والعوامل النفسية الاجتماعية والطبية، حيث طبقت الدراسة على عينة مكونة من (53) من المرضى الذين يتلقون غسيلاً دموياً، وتضمنت المتغيرات النفسية الاجتماعية والطبية إدراك أهمية الإيمان (جانب روحاني) ونسبة الحضور للخدمات الدينية (المشاركة الدينية)، استخدمت قائمة بيك (Back) للاكتئاب، واستبيان آثار المرض، والمقياس متعدد الأبعاد للدعم الاجتماعي المدرك ودرجات استبيان ماكجيل عن جودة الحياة، ومقياس كارنوفسكي، وجرعة الغسيل، ومستويات الهيموجلوبين والألبومين قبل الغسيل.

توصلت الدراسة أن 87% من المشاركين الأمريكيين الإفريقيين من الجنسين وحصل الرجال على درجات أعلى في الاكتئاب، وكان إدراكهم للدعم الاجتماعي أقل وكانت مشاركتهم الدينية أعلى في الدرجة من النساء، ولم تكن هناك اختلافات في المقاييس الأخرى بين الجنسين، ولم يرتبط إدراك الجانب الروحاني والديني بالعمر أو بدرجات مقياس كارنوفسكي أو بجرعة الغسيل أو بمستوى الهيموجلوبين أو الألبومين، وارتبط ازدياد إدراك الجوانب الروحانية والدينية بازدياد إدراك الدعم الاجتماعي وجودة الحياة وإدراك سلبي أقل لآثار المرض والاكتئاب.

قام زافر واخرون (Zavvar, R, et al, 2014): بدراسة هدفت إلى تقييم القلق والاكتئاب لدى مرضى الغسيل الكلوي، واعتمدت منهجية الدراسة على أخذ عينة قوامها (45) مريضاً من مستشفى علي بن أبي طالب في رافسنجاني بإيران الوسط الحسابي لأعمارهم 56.20 حيث كانت نسبة الذكور إلى الإناث في العينة 22:23، واستخدم مقياس بيك للاكتئاب (Beks Depression Inventory) ومقياس هاملتون لحساب معامل الاكتئاب (Hamilton Depression Rating scale)، حيث توصلت الدراسة إلى 22 مريضاً أي ما يعادل 6.7% من العينة كان لديهم أفكار انتحارية، وأن جميع المرضى بلا استثناء يعانون من القلق، ومحصلة الدراسة تقول إنه ليس هناك علاقة هامة بين حدوث القلق والجنس، وبرنامج الغسيل الكلوي، والحالة الاجتماعية، والمستوى العلمي، وكذلك ليس هناك علاقة هامة بين حدوث الاكتئاب والعوامل التي ذكرت سابقاً.

وقام مابي بي واخرون (Mahboubi, M, et al, 2014): بدراسة هدفت للكشف عن العلاقة بين الخوف من الموت بسبب الفشل الكلوي والتجارب الروحانية التي يتلقاها المرضى خلال اليوم، وكانت منهجية الدراسة باختيار عينة مقطعية تحليلية، قوامها (50) مريضاً (48%) من أفراد العينة إناث، و (52%) ذكور خلال شهر واحد من المتردين على مركز الغسيل الكلوي في مستشفى إمام كرمانشا في إيران، ومتوسط أعمارهم 48 عاماً، واستخدم مقياسان أحدهما مقياس الخوف من الموت، والآخر

مقياس التجارب الروحانية اليومية، وكانت النتائج أنه لا توجد فروقات بين معدل الخوف من الموت بين الذكور والإناث، كما أن العمر لا يعتبر مؤثر في الخوف من الموت لدى هذه الفئة، ولوحظ أنه لا يوجد علاقة بين العمر والتجارب والروحانية، ولا توجد علاقة دالة بين المستوى العلمي والمعتقدات الدينية والتجارب الروحانية لهؤلاء المرضى، كما أظهرت أن هناك علاقة سالبة بين التجارب الرومانية اليومية والخوف من الموت لدى مرضى الغسيل الكلوي، وتدلل الدراسة أن الالتزام الديني والروحاني يساعد على تقليل المخاوف من الموت، ويجب تعزيز الجوانب الدينية والروحانية في علاج هذه الفئة.

كما قام **تن فير واخرون (Tanvir, S & et al, 2013)**: بدراسة هدفت إلى معرفة معدل انتشار القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي، واعتمدت منهجية الدراسة على أخذ عينة مقطعية مقدارها (135) (105 ذكور، 30 إناث) من قسم الكلى بمستشفى إسلامبول الطبي في باكستان، (29) مريضاً من العينة غير متعلمين، و (17) مريضاً لهم تجارب نفسية، و (89) مريضاً أجروا مقياس القلق والاكتئاب، وكانت النتائج أن 51 من 89 يعانون من الاكتئاب على النحو التالي (20 من الـ 51 يعانون من اكتئاب بسيط)، و 29 من 51 يعانون من اكتئاب متوسط، و 7 من 51 يعاني من اكتئاب حاد، كما أوضح مقياس القلق أن 38 من 89 يعانون من اضطراب القلق على النحو التالي 18 يعانون من قلق بسيط، و 11 من قلق متوسط، و 9 يعانون من قلق حاج، ومحصلة الدراسة تقول أن القلق والاكتئاب يعتبران من أكثر الأمراض انتشاراً لدى مرضى الغسيل الكلوي.

قام **بيات واخرون (Bayat, A& etal, 2012)**: بدراسة هدفت الى التعرف على التقييم النفسي لدى مرضى الغسيل الكلوي، واعتمدت منهجية الدراسة على أخذ عينة مقطعية قوامها 218 مريضاً يخضعون للغسيل الكلوي في مدينة أصفهان خلال شهر أبريل في عام 2011، 138 (63.3%) من العينة ذكور، والوسط الحسابي لأعمارهم 58 سنة، وتم تطبيق المقاييس التالية: مقياس القلق والاكتئاب المعد من قبل المستشفى و مقياس الشخصية

والمزاج ومقياس المساندة الاجتماعية: النتائج الأهم كانت أن 95 (43.6%) مريض يعانون من الاكتئاب و94 (43.1%) يعانون من القلق، علماً أن غالبية المرضى كان معدل المساندة الاجتماعية لديهم عالٍ (المساندة الأسرية - مساندة الأصدقاء)، و يرجع ذلك إلى الثقافة الإسلامية للمجتمع الإيراني.

أجرى با سبلا واخرون (Bossobla, M, et al, 2012): بدراسة هدفت إلى تقييم التغييرات الحادثة على مقياس بيك للاكتئاب، ومقياس هاملتون للقلق، على مر الوقت، والعوامل المصاحبة لتلك التغييرات لدى مرضى الغسيل الكلوي، واعتمدت منهجية الدراسة على أخذ عينة مقطعية مقدارها 80 مريضاً من مستشفى الجامعة الكاثوليكية في إيطاليا الوسط الحسابي لأعمارهم (58.4) سنة، و 15 (39.4%) من المرضى هم من الإناث، يحث طبق عليهم مقياس بيك للاكتئاب (BDI) ومقياس هاملتون للقلق (HARS)، ومقياس الوظائف المعرفية من خلال مقياس (Mini- Mental State Examination, MMSE)، وكانت أهم النتائج كالتالي: كانت درجات 42 مريض على مقياس بيك للاكتئاب مؤشراً إلى (BDI>14)، وكانت درجات (38) مريض على مقياس بيك للاكتئاب أيضاً مؤشراً إلى (BDI<14) بمعنى أن (19) من المرضى تقل درجة الاكتئاب أو يبقى ثابتاً، و(19) الآخرين يزداد عندهم درجة الاكتئاب، أما بالنسبة لمؤشر (HARS) فإنه يقل أو يبقى ثابتاً لدى (25)، ويزداد لدى الـ 13 الآخرين، كما أن هناك ارتباط بين معدل حدوث الاكتئاب والقلق على مقياس بيك والاضطرابات المعرفية عند هؤلاء المرضى.

كما قام كوتسوبولو (Koutsopoulou, 2002): بدراسة هدفت إلى التعرف على أبعاد الشخصية لدى مرضى الفشل الكلوي الذين يتلقون غسيلاً دموياً وبحث العلاقة بين المرض الذي أدى إلى الفشل الكلوي وما يعقب ذلك من حاجة إلى الغسيل الدموي وبين شخصية مريض الفشل الكلوي، حيث أجريت الدراسة على عينة مكونة من (103) مريض تم تحليل بياناتهم ومقارنتهم بمرضى المجموعة

الضابطة المكونة من (138) مريضاً، مع التوفيق بين المجموعات حسب العمر والجنس ومكان الإقامة، تم إجراء الدراسة باستخدام استبيان الشخصية لأيزنك EPQ.

توصلت الدراسة بعد أن تم مقارنة نتائج الاستبيان المستخدم في فئات المرض الثلاثة المسببة للفشل الكلوي وهي التهاب أنسجة الكلى ومرض المثانة وأمراض الأوعية الدموية إلى أن غسل الدم بشكل منتظم له أثر على المقاييس الثلاثة لاضطراب الشخصية لدى المرضى، وسجل المرضى الذكور درجات أعلى في العصابية بينما سجل المرضى الإناث درجات أعلى في السيكوباتية، وتأثرت اضطرابات الشخصية تأثراً كبيراً بالمرض الكلوي وهو العامل المسؤول عن الفشل الكلوي والحاجة إلى الغسيل الدموي.

كما قام **موك وتام (Mok & Tam, 2001)**: بدراسة هدفت إلى تحديد الضغوط وطرق التوافق لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن حيث تم استكشاف العلاقات بين الضغوط المتعلقة بالعلاج وطرق التوافق وطول المدة المنقضية في الغسيل الدموي، حيث أجريت على عينة مكونة من (50) مبحثاً قام بإتمام مقياس ضغوط الغسيل الدموي (HHS) ومقياس جالوي للتوافق (JCS).

كشفت النتائج أن قلة السائل (الدم) كان هو في الغالب أكثر ما تم تحديده من ضغوط، يعقبه بعد ذلك القصور في التغذية والإرهاق والتكاليف (والحكة الجلدية)، وتمثلت معظم طرق التوافق الشائعة فيما يلي: إنني أتقبل الموقف لأنني لا حيلة لي في ذلك، ويليه أقول لنفسي لا تقلق لأن كل الأمور سوف تسير على ما يرام، وأقول لنفسي إن المشكلة في الواقع ليست بهذه الأهمية. وأكدت نتائج الدراسة على أنه من الممكن أن تسهل قدرة الممرضات الممارسات على تقديم الدعم والمعلومات والحلول المتبادلة لمساعدة المرضى للتوافق مع الغسيل الدموي طويل المدى.

وقام **وورث وتوتو (Wuerth & Toto, 2001)**: بدراسة هدفت إلى تقدير عدد المرضى الذين يعانون من الاكتئاب ومحاولة تقديم العلاج لهم، حيث أجريت على عينة مكونة من (136) مريضاً

ينتقلون غسل كلوي، وتم استخدام مقياس بيك للاكتئاب معهم، ومقياس هاملتون للاكتئاب، وكان المرضى الذين يحصلون على درجات من 11 فأعلى يحولون إلى طبيب نفسي وبلغ عدد المرضى الذين حصلوا على 11 درجة أو أكثر عدد (67) مريضاً وبلغ عدد المرضى الذين يعانون من الاكتئاب الإكلينيكي (23) مريضاً و (22) آخرين كانوا مؤهلين لتلقي العلاج المضاد للاكتئاب بناء على ما حصلوا عليه من درجات في مقياس هاملتون للاكتئاب وأثناء المقابلات الشخصية.

توصلت الدراسة إلى أن الاكتئاب يعد انتشاره واسعاً بين مرضى الغسيل البريتوني المزمن، وأن مقياس أو قائمة بيك للاكتئاب تعد أداة مفيدة للتعرف على الاكتئاب، وأن الاكتئاب الإكلينيكي يمكن علاجه بالأدوية في هذه الفئة من المرضى.

2.4.3 تعقيب على الدراسات السابقة:

حرص الباحث على أصالة الدراسة التي يقوم بها بدافع من الشعور بالمسؤولية، ولأهمية موضوعها كعامل مهم في تحقيق التنمية البشرية، إذ قدم الباحث في هذا الفصل عدداً من الدراسات السابقة المحلية والعربية والأجنبية المتعلقة بموضوع الدراسة الحالية، وكان ذلك حصيلة معاناة شديدة في البحث في المكتبات المحلية والعربية، والعالمية، ولاحظ الباحث أن عدد الدراسات المتعلقة بالوسواس القهري كان قليلاً؛ ولم نجد أي دراسة تبحث في الوسواس القهري لدى مرضى الكلى والسرطان، بذلك لم تتعرض أي من الدراسات السابقة لموضوع الوسواس القهري لدى مرضى الكلى والسرطان - حسب علم الباحث- لتكون الدراسة الحالية الأولى في موضوعه.

قدمت الدراسات السابقة للباحث مساعدة كبيرة في دراسته، فيما يتعلق بتحديد مشكلة الدراسة، وأهدافها وأهميتها، ومجمل الإطار النظري، وبناء أداة الدراسة، وقد قام الباحث بمناقشة تلك الدراسات من خلال ثلاثة محاور:

1. **مجال وحجم العينة:** تنوعت الدراسات المتعلقة بالوسواس القهري لدى مرضى الكلى والسرطان منهم الطلاب، ومنهم المرضى عند اختيار عينة الدراسة، ووجد الباحث تبايناً واضحاً في حجم العينات المستخدمة في الدراسات السابقة، إذ بلغ أصغر حجم عينة (9) أفراد في دراسة (محمود، 2013)، بينما كان أكبر حجم عينة عشوائية في دراسة (عيد، 2009) بلغت (446) طالب وطالبة.

2. **أدوات الدراسة:** استخدمت غالبية الدراسات المتعلقة بالوسواس القهري ومرضى الكلى والسرطان عدة مقاييس منها من إعداد الباحث أو من إعداد باحثين آخرين.

النتائج: أكدت نتائج جميع الدراسات التي تناولت مفهوم الوسواس القهري أن التدخل الإرشادي القائم على وقت الأفكار والتعريض والموجه لخفض الوسواس والأفعال القهرية كان له فعالية في خفض الوسواس والأفعال القهرية، كما أسفرت النتائج عن أن البرنامج الإرشادي الانتقائي والقائم على إعادة الفهم ووقف الأفكار والتعريض كان فعالاً أثناء الجلسات الإرشادية في خفض الوسواس والأفعال القهرية والشعور بالذنب

ويمكن الإشارة إلى بعض أوجه التشابه والاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة، كما يأتي:

أ) أوجه التشابه بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة:

1. استخدام الوسواس القهري كمتغير مستقل في الدراسة الحالية، كما هو في غالبية الدراسات السابقة.

2. استخدام المنهج الوصفي التحليلي، وهذا ما تم استخدامه في معظم الدراسات السابقة.

3. استخدام الاستبانة أداة للدراسة

ب) أوجه الاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة:

1. تركيز الدراسة الحالية على أهمية الوسواس القهري لدى مرضى الكلى والسرطان.

2. أهم ما يميز الدراسة الحالية هو تطبيقها على عينة من المجتمع الفلسطيني (محافظة الخليل) لتكون الأولى فلسطينياً وعربياً حسب اطلاع الباحث، والتي تتناول موضوع الوسواس القهري لدى مرضى الكلى والسرطان في محافظة الخليل. وهي الدراسة الأولى التي طبقت على المرضى بالكلية والسرطان في محافظة الخليل.

3. شمل مجتمع العينة جميع مرضى الكلى والسرطان في محافظة الخليل، واستخدمت العينة العشوائية.

الفصل الثالث:

الطريقة والإجراءات:

يتناول هذا الفصل وصفاً مفصلاً للخطوات التي اتبعتها الباحثة في تنفيذ الدراسة، ومن ذلك تعريف منهج الدراسة، ووصف مجتمع الدراسة، وتحديد عينة الدراسة، وإعداد أداة الدراسة (الاستبانة)، والتأكد من صدقها وثباتها، وبيان إجراءات الدراسة، والأساليب الإحصائية التي استخدمت في معالجة النتائج، وفيما يلي وصف لهذه الإجراءات.

3.1 منهج الدراسة

من أجل تحقيق أهداف الدراسة قام الباحث باستخدام المنهج الوصفي (المقارن). ويعرف بأنه المنهج الذي يدرس ظاهرة أو حدثاً أو قضية موجودة حالياً يمكن الحصول منها على معلومات تجيب عن أسئلة البحث دون تدخل من الباحث فيها. والتي يحاول الباحث من خلالها وصف الظاهرة موضوع الدراسة، وتحليل بياناتها، وبيان العلاقة بين مكونات والآراء التي تطرح حولها، والعمليات التي تتضمنها والآثار التي تحدثها، وهو أحد أشكال التحليل والتفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة أو مشكلة، وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسات الدقيقة بالفحص والتحليل.

3.2 مجتمع الدراسة وعينتها

تكون مجتمع الدراسة من معظم مرضى الكلى والسرطان في محافظة الخليل، واشتملت عينة الدراسة على (345) من مرضى الكلى والسرطان في محافظة الخليل وتم اختيارهم بالعينة المتيسرة، لطبيعة هذه الدراسة حيث اشتملت عينة الدراسة على (202) من مرضى الكلى و(143) من مرضى السرطان حيث طبقت على المرضى من المحافظة في مستشفى الخليل الحكومي ومستشفى الاهلي ومستشفى بيت جالا الحكومي .

3.3 وصف متغيرات أفراد عينة الدراسة

يبين الجدول (1.3) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس، ويظهر ان نسبة 47.5% للذكور، ونسبة 52.5% للإناث. ويبين متغير نوع المرض أن نسبة 58.6% للكلى، ونسبة 41.4% للسرطان. ويبين متغير المؤهل العلمي أن نسبة 60.6% لأقل من توجيهي، ونسبة 34.8% من توجيهي-بكالوريوس، ونسبة 4.6% لأعلى من بكالوريوس. ويبين متغير الحالة الاجتماعية أن نسبة 20.6% للعزاب، ونسبة 74.8% للمتزوجين، ونسبة 4.6% للمطلقين.

جدول (3.1): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيرات الدراسة.

المتغير	المستوى	العدد	النسبة المئوية
الجنس	ذكر	164	47.5
	أنثى	181	52.5
نوع المرض	الكلى	202	58.6
	السرطان	143	41.4
المؤهل العلمي	أقل من توجيهي	209	60.6
	من توجيهي-بكالوريوس	120	34.8
	أعلى من بكالوريوس	16	4.6
الحالة الاجتماعية	أعزب/عزباء	71	20.6
	متزوج/ة	258	74.8
	مطلق/ة	16	4.6

3.4 اداة الدراسة:

تم استخدام المقياس العربي للوسواس القهري في صيغته العربية، وللمقياس خواص سيكومترية جيدة في عدد من البلاد العربية والولايات المتحدة حيث طبقت قائمة الوسواس القهري مع قائمة " مودسلي الوسواس القهري " من وضع " هودجسون " Hodgson " وريخمان " Rachman,s" وقام بتعريبها أحمد عبد الخالق. وتكون المقياس من (26) بنداً. ويتميز المقياس بسهولة وفهم العبارات بالنسبة للأفراد ، كما أنه سهل التطبيق والتصحيح ويوفر الجهد والوقت (عبد الخالق، رضوان، (2002)؛ عبد الخالق وعبد الغفار الدماطي،(1995)؛ Abdel-Khalek & Lester, 2000). وحتى يتم تحديد درجة متوسطات استجابة أفراد عينة الدراسة تم استخدام المعيار الإحصائي، باستخدام المعادلة الآتية:

$$1.33 = \frac{4}{3} = \frac{1-5}{3} = \frac{\text{الحد الأعلى} - \text{الحد الأدنى (للتدرج)}}{\text{عدد الفئات المفترضة}}$$

فكانت المستويات ثلاثة كالتالي:

- $2.33 = 1.33 + 1$ ، وبذلك تكون الفقرات التي يتراوح متوسطها الحسابي بين (1- وأقل من 2.33)، تعني أن مستوى الوسواس القهري جاء بمستوى منخفض.
- $3.67 = 1.33 + 2.34$ ، وبذلك تكون الفقرات التي يتراوح متوسطها الحسابي بين (2.34- وأقل من 3.67)، تعني أن مستوى الوسواس القهري جاء بمستوى متوسط.
- $5 = 1.33 + 3.68$ ، وبذلك تكون الفقرات التي يتراوح متوسطها الحسابي بين (3.68- 5)، تعني أن مستوى الوسواس القهري جاء بمستوى مرتفع.

3.5 صدق الأداة:

تم التحقق من صدق أداة الدراسة بعرضها على المشرف ومجموعة من المحكمين، وتم

إخراج الاستبانة بصورتها النهائية

من ناحية أخرى تم التحقق من صدق الأداة أيضاً بحساب معامل الارتباط بيرسون لفقرات الاستبانة

مع الدرجة الكلية للأداة، واتضح وجود دلالة إحصائية في جميع فقرات الاستبانة وبذلك على أن

هناك التصاق داخلي بين الفقرات. والجدول التالي يبين ذلك:

جدول (2.3): نتائج معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات

مستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلى والسرطان في محافظة الخليل

الرقم	قيمة R	الدالة الإحصائية	الرقم	قيمة R	الدالة الإحصائية	الرقم	قيمة R	الدالة الإحصائية
1	0.536**	0.000	10	0.524**	0.000	19	0.582**	0.000
2	0.425**	0.000	11	0.621**	0.000	20	0.569**	0.000
3	0.642**	0.000	12	0.526**	0.000	21	0.654**	0.000
4	0.425**	0.000	13	0.529**	0.000	22	0.465**	0.000
5	0.423**	0.000	14	0.509**	0.000	23	0.595**	0.000
6	0.592**	0.000	15	0.524**	0.000	24	0.536**	0.000
7	0.562**	0.000	16	0.624**	0.000	25	0.628**	0.000
8	0.542**	0.000	17	0.526**	0.000	26	0.569**	0.000
9	0.586**	0.000	18	0.643**	0.000			

. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

3.6 ثبات الدراسة

قام الباحث بالتحقق من ثبات الأداة، من خلال حساب ثبات الدرجة الكلية لمعامل الثبات، لمجالات الدراسة حسب معادلة الثبات كرونباخ الفا، وكانت الدرجة الكلية لمستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلى والسرطان في محافظة الخليل (0.842)، وهذه النتيجة تشير الى تمتع هذه الاداة بثبات يفي بأغراض الدراسة. والجدول التالي يبين معامل الثبات للمجالات والدرجة الكلية.

جدول (3.3): نتائج معامل الثبات للمجالات

المجالات	معامل الثبات
عامل عام للوسواس والقهر	0.784
التكرار والنظام	0.768
الشكوك الوسواسية والاهتمام بالتفاصيل	0.796
الدرجة الكلية	0.842

3.7 إجراءات الدراسة

قام الباحث بتطبيق الأداة على أفراد عينة الدراسة، وبعد أن اكتملت عملية تجميع الاستبيانات من أفراد العينة بعد إجابتهم عليها بطريقة صحيحة، تبين للباحث أن عدد الاستبيانات المستردة الصالحة والتي خضعت للتحليل الإحصائي: (345) استبانته.

3.8 المعالجة الإحصائية

بعد جمع الاستبيانات والتأكد من صلاحيتها للتحليل تم ترميزها (إعطاؤها أرقاماً معينة)، وذلك تمهيداً لإدخال بياناتها إلى جهاز الحاسوب الآلي لإجراء المعالجات الإحصائية المناسبة، وتحليل البيانات وفقاً لأسئلة الدراسة بيانات الدراسة، وقد تمت المعالجة الإحصائية للبيانات باستخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل فقرة من فقرات الاستبانة، واختبار (ت) (t- test)، واختبار تحليل

التباين الأحادي (one way ANOVA)، ومعامل ارتباط بيرسون، ومعادلة الثبات كرونباخ ألفا
(Cronbach Alpha)، وذلك باستخدام الرزم الإحصائية (SPSS) (Statistical Package For)
(Social Sciences).

الفصل الرابع:

نتائج الدراسة:

4.1 تمهيد

تضمن هذا الفصل عرضاً لنتائج الدراسة، التي توصل إليها الباحث عن موضوع الدراسة وهو " مستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلى والسرطان في محافظة الخليل " وبيان أثر كل من المتغيرات من خلال استجابة أفراد العينة على أداة الدراسة، وتحليل البيانات الإحصائية التي تم الحصول عليها. وحتى يتم تحديد درجة متوسطات استجابة أفراد عينة الدراسة تم اعتماد الدرجات

التالية:

الدرجة	مدى متوسطها الحسابي
منخفضة	2.33 فأقل
متوسطة	2.34-3.67
عالية	3.68 فأعلى

4.2 نتائج أسئلة الدراسة

4.2.1 النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:

ما مستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلى في محافظة الخليل ؟

للإجابة عن هذا السؤال قام الباحث بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مجالات الاستبانة التي تعبر عن مستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلى في محافظة الخليل.

جدول (4.1): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمجالات

مستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلى في محافظة الخليل

الرقم	المجالات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
1	عامل عام للوسواس والقهر	3.150	0.722	متوسطة
3	الشكوك الوسواسية والاهتمام بالتفاصيل	2.926	0.737	متوسطة
2	التكرار والنظام	2.810	0.749	متوسطة
	الدرجة الكلية	2.950	0.585	متوسطة

يلاحظ من الجدول السابق الذي يعبر عن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلى في محافظة الخليل أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية (2.95) وانحراف معياري (0.585) وهذا يدل على أن مستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلى في محافظة الخليل جاء بدرجة متوسطة. ولقد حصل مجال عامل عام للوسواس والقهر على أعلى متوسط حسابي ومقداره (3.15)، يليه مجال الشكوك الوسواسية والاهتمام بالتفاصيل، يليه مجال التكرار والنظام .

وقام الباحث بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات الاستبانة التي تعبر عن مجال عامل عام للوسواس والقهر.

جدول (4.2): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمجال عامل عام للوسواس والقهر مرتبة حسب أهميتها على الدرجة الكلية للمقياس

الرقم في الاستبانة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
5	أضطر للقيام بأشياء لا قيمة لها	3.87	1.179	عالية
2	تشغلني أشياء تافهة	3.81	1.252	عالية
3	تسيطر علي أفكار سيئة	3.31	1.423	متوسطة
4	لا أستطيع السيطرة على افكاري	3.17	1.361	متوسطة
1	تطاردني الأفكار المزعجة	3.02	1.433	متوسطة
8	لدي أسئلة مهمة لا أستطيع الإجابة عنها	2.90	1.400	متوسطة
6	أشعر بانني لا أستمتع بحياتي	2.77	1.435	متوسطة
7	أستطيع القدرة على الحسم بين الأمور	2.36	1.247	متوسطة
	الدرجة الكلية	3.150	0.722	متوسطة

يلاحظ من الجدول السابق الذي يعبر عن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مجال عامل عام للوسواس والقهر أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية (3.15) وانحراف معياري (0.722) وهذا يدل على أن مجال عامل عام للوسواس والقهر جاء بدرجة متوسطة. كما وتشير النتائج في الجدول رقم (4.2) إلى أن فقرتين جاءتا بدرجة عالية، و(6) فقرات جاءت بدرجة متوسطة. وحصلت الفقرة " أضطر للقيام بأشياء لا قيمة لها " على أعلى متوسط حسابي (3.87)، يليها فقرة " تشغلني أشياء تافهة " بمتوسط حسابي (3.81). وحصلت الفقرة " أستطيع القدرة على الحسم بين الأمور " على أقل متوسط حسابي (2.36)، يليها الفقرة " أشعر بانني لا أستمتع بحياتي " بمتوسط حسابي (2.77).

وقام الباحث بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات الاستبانة التي تعبر عن مجال التكرار والنظام .

جدول (4.3): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمجال التكرار والنظام مرتبة حسب أهميتها على الدرجة الكلية للمقياس

الرقم في الاستبانة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
16	أشعر أنني مجبرٌ على فعل أشياء معينة	3.44	1.326	متوسطة
14	أعود للمنزل للتأكد من غلق الأبواب	3.31	1.441	متوسطة
15	أشعر بانني أكرر أشياء معينة	3.18	1.297	متوسطة
13	أميل إلى تكرار الأشياء أو العبارات	3.06	1.327	متوسطة
10	تسيطر علي نظام معينة	3.00	1.236	متوسطة
18	أشعر بأنني مضطر إلى ترتيب الأشياء	2.63	1.423	متوسطة
11	أتفقد البيت باستمرار	2.47	1.432	متوسطة
9	أغسل يدي عدة مرات	2.38	1.318	متوسطة
12	أتأكد قبل النوم من إغلاق الأبواب	2.34	1.434	متوسطة
17	أحب النظام الصارم	2.30	1.390	منخفضة
	الدرجة الكلية	2.810	0.749	متوسطة

يلاحظ من الجدول السابق الذي يعبر عن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مجال التكرار والنظام أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية (2.81) وانحراف معياري (0.749) وهذا يدل على أن مجال التكرار والنظام جاءت بدرجة متوسطة.

كما وتشير النتائج في الجدول رقم (4.3) أن (9) فقرات جاءت بدرجة متوسطة وفقرة واحدة جاءت بدرجة منخفضة. وحصلت الفقرة " أشعر أنني مجبرٌ على فعل أشياء معينة " على أعلى متوسط حسابي (3.44)، يليها فقرة " أعود للمنزل للتأكد من غلق الأبواب " بمتوسط حسابي (3.31). وحصلت الفقرة " أحب النظام الصارم " على أقل متوسط حسابي (2.30)، يليها الفقرة " أتأكد قبل النوم من إغلاق الأبواب " بمتوسط حسابي (2.34).

وقام الباحث بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات الاستبانة التي تعبر عن مجال الشكوك الوسواسية والاهتمام بالتفاصيل.

جدول (4.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمجال الشكوك الوسواسية والاهتمام بالتفاصيل مرتبة حسب اهميتها على الدرجة الكلية للمقياس

الدرجة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الفقرات	الرقم في الاستبانة
متوسطة	1.20	3.64	أعد الأشياء غير الهامة	24
متوسطة	1.38	3.56	أشك في كل الأمور حولي	19
متوسطة	1.41	3.16	الأفكار السلبية تشغلني	20
متوسطة	1.37	3.03	أنجز الأعمال ببطء شديد	22
متوسطة	1.35	2.75	أأخذ قراراتي بسرعة	21
متوسطة	1.29	2.61	تلح على خاطري افكار معينة	26
متوسطة	1.32	2.39	أتضايق بشدة عندما تصدر عني بعض الأفكار	23
منخفضة	1.27	2.26	أهتم بالتفاصيل في حياتي	25
متوسطة	0.73	2.92	الدرجة الكلية	

يلاحظ من الجدول السابق الذي يعبر عن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مجال الشكوك الوسواسية والاهتمام بالتفاصيل أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية (2.92) وانحراف معياري (0.73) وهذا يدل على أن مجال الشكوك الوسواسية والاهتمام بالتفاصيل جاء بدرجة متوسطة.

كما وتشير النتائج في الجدول رقم (4.4) أن (7) فقرات جاءت بدرجة متوسطة وفقرة واحدة جاءت بدرجة منخفضة. وحصلت الفقرة " أعد الأشياء غير الهامة " على أعلى متوسط حسابي (3.64)، يليها فقرة " أشك في كل الأمور حولي " بمتوسط حسابي (3.56). وحصلت الفقرة " أهتم بالتفاصيل في حياتي " على أقل متوسط حسابي (2.26)، يليها الفقرة " أتضايق بشدة عندما تصدر عني بعض الأفكار " بمتوسط حسابي (2.39).

4.2.2 النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:

ما مستوى الوسواس القهري لدى مرضى السرطان في محافظة الخليل ؟

للإجابة عن هذا السؤال قام الباحث بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مجالات الاستبانة التي تعبر عن مستوى الوسواس القهري لدى مرضى السرطان في محافظة الخليل.

جدول (4.5): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمجالات مستوى الوسواس القهري لدى مرضى السرطان في محافظة الخليل

الرقم	المجالات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
1	عامل عام للوسواس والقهر	3.04	0.797	متوسطة
3	الشكوك الوسواسية والاهتمام بالتفاصيل	2.877	0.758	متوسطة
2	التكرار والنظام	2.802	0.799	متوسطة
	الدرجة الكلية	2.901	0.630	متوسطة

يلاحظ من الجدول السابق الذي يعبر عن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مستوى الوسواس القهري لدى مرضى السرطان في محافظة الخليل أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية (2.90) وانحراف معياري (0.630) وهذا يدل على أن مستوى الوسواس القهري لدى مرضى السرطان في محافظة الخليل جاء بدرجة متوسطة. ولقد حصل مجال عامل عام للوسواس والقهر على أعلى متوسط حسابي ومقداره (3.04)، يليه مجال الشكوك الوسواسية والاهتمام بالتفاصيل، يليه مجال التكرار والنظام.

وقام الباحث بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات الاستبانة التي تعبر عن مجال عامل عام للوسواس والقهر.

جدول (4.6): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمجال

عامل عام للوسواس والقهر مرتبة حسب أهميتها على الدرجة الكلية للمقياس

الرقم في الاستبانة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
2	تشغلني أشياء تافهة	3.58	1.329	متوسطة
5	أضطر للقيام بأشياء لا قيمة لها	3.55	1.325	متوسطة
8	لدي أسئلة مهمة لا أستطيع الإجابة عنها	2.97	1.264	متوسطة
4	لا أستطيع السيطرة على افكاري	2.92	1.327	متوسطة
6	أشعر بانني لا أستمتع بحياتي	2.92	1.338	متوسطة
1	تطاردني الأفكار المزعجة	2.90	1.490	متوسطة
3	تسيطر علي أفكار سيئة	2.85	1.436	متوسطة
7	أستطيع القدرة على الحسم بين الأمور	2.72	1.313	متوسطة
	الدرجة الكلية	3.049	0.797	متوسطة

يلاحظ من الجدول السابق الذي يعبر عن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد

عينة الدراسة على مجال عامل عام للوسواس والقهر أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية (3.04)

وانحراف معياري (0.797) وهذا يدل على أن مجال عامل عام للوسواس والقهر جاء بدرجة متوسطة.

كما وتشير النتائج في الجدول رقم (4.6) أن جميع الفقرات جاءت بدرجة متوسطة. وحصلت الفقرة "

تشغلني أشياء تافهة " على أعلى متوسط حسابي (3.58)، يليها فقرة " أضطر للقيام بأشياء لا قيمة

لها " بمتوسط حسابي (3.55). وحصلت الفقرة " أستطيع القدرة على الحسم بين الأمور " على أقل

متوسط حسابي (2.72)، يليها الفقرة " تسيطر علي أفكار سيئة " بمتوسط حسابي (2.85).

وقام الباحث بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على

فقرات الاستبانة التي تعبر عن مجال التكرار والنظام .

جدول (4.7): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمجال التكرار والنظام مرتبة حسب أهميتها على الدرجة الكلية للمقياس.

الرقم في الاستبانة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
16	أشعر أنني مجبرٌ على فعل أشياء معينة	3.26	1.346	متوسطة
15	أشعر بانني أكرر أشياء معينة	3.16	1.367	متوسطة
14	أعود للمنزل للتأكد من غلق الأبواب	3.07	1.432	متوسطة
13	أميل إلى تكرار الأشياء أو العبارات	3.02	1.286	متوسطة
10	تسيطر علي نظم معينة	2.85	1.229	متوسطة
18	أشعر بأنني مضطر إلى ترتيب الأشياء	2.69	1.301	متوسطة
11	أتفقد البيت باستمرار	2.66	1.404	متوسطة
17	أحب النظام الصارم	2.57	1.325	متوسطة
12	أتأكد قبل النوم من إغلاق الأبواب	2.46	1.357	متوسطة
9	أغسل يدي عدة مرات	2.28	1.258	متوسطة
	الدرجة الكلية	2.80	0.79	متوسطة

يلاحظ من الجدول السابق الذي يعبر عن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد

عينة الدراسة على مجال التكرار والنظام أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية (2.80) وانحراف

معياري (0.79) وهذا يدل على أن مجال التكرار والنظام جاءت بدرجة متوسطة.

كما وتشير النتائج في الجدول رقم (4.7) أن (9) فقرات جاءت بدرجة متوسطة وفقرة واحدة جاءت

بدرجة منخفضة. وحصلت الفقرة " أشعر أنني مجبرٌ على فعل أشياء معينة " على أعلى متوسط

حسابي (3.26)، ويليهما فقرة " أشعر بانني أكرر أشياء معينة " بمتوسط حسابي (3.16). وحصلت

الفقرة " أغسل يدي عدة مرات " على أقل متوسط حسابي (2.28)، يليها الفقرة " أتأكد قبل النوم من

إغلاق الأبواب " بمتوسط حسابي (2.46).

وقام الباحث بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات الاستبانة التي تعبر عن مجال الشكوك الوسواسية والاهتمام بالتفاصيل.

جدول (4.8): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمجال الشكوك الوسواسية والاهتمام بالتفاصيل مرتبة حسب أهميتها على الدرجة الكلية للمقياس.

الرقم في الاستبانة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
24	أعد الأشياء غير الهامة	3.19	1.27	متوسطة
19	أشك في كل الأمور حولي	3.16	1.40	متوسطة
22	أنجز الأعمال ببطء شديد	3.03	1.23	متوسطة
20	الأفكار السلبية تشغلني	2.97	1.37	متوسطة
26	تلح على خاطري افكار معينة	2.83	1.26	متوسطة
21	أخذ قراراتي بسرعة	2.71	1.26	متوسطة
23	أتضايق بشدة عندما تصدر عني بعض الأفكار	2.62	1.27	متوسطة
25	أهتم بالتفاصيل في حياتي	2.50	1.24	متوسطة
	الدرجة الكلية	2.87	0.75	متوسطة

يلاحظ من الجدول السابق الذي يعبر عن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مجال الشكوك الوسواسية والاهتمام بالتفاصيل أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية (2.87) وانحراف معياري (0.75) وهذا يدل على أن مجال الشكوك الوسواسية والاهتمام بالتفاصيل جاء بدرجة متوسطة.

كما وتشير النتائج في الجدول رقم (4.8) أن جميع الفقرات جاءت بدرجة متوسطة. وحصلت الفقرة " أعد الأشياء غير الهامة " على أعلى متوسط حسابي (3.19)، يليها فقرة " أشك في كل الأمور حولي " بمتوسط حسابي (3.16). وحصلت الفقرة " أهتم بالتفاصيل في حياتي " على أقل متوسط حسابي (2.50)، يليها الفقرة " أتضايق بشدة عندما تصدر عني بعض الأفكار " بمتوسط حسابي (2.62).

4.2.3 النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث:

هل يختلف مستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلى في محافظة الخليل حسب متغيرات الجنس

والمؤهل العلمي، والحالة الاجتماعية ؟

وللاجابة عن هذا السؤال تم تحويله للفرضيات التالية:

نتائج الفرضية الأولى:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى الوسواس

القهري لدى مرضى الكلى في محافظة الخليل يعزى لمتغير الجنس "

تم فحص الفرضية الأولى بحساب نتائج اختبار "ت" والمتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة

الدراسة في مستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلى في محافظة الخليل حسب لمتغير الجنس.

جدول (4.9): نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة في مستوى الوسواس

القهري لدى مرضى الكلى في محافظة الخليل حسب متغير الجنس

المجال	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "t"	مستوى الدلالة
عامل عام للوسواس والقهر	ذكر	106	3.147	0.668	0.061	0.951
	انثى	96	3.153	0.781		
التكرار والنظام	ذكر	106	2.798	0.74258	0.254	0.800
	انثى	96	2.825	0.760		
الشكوك الوسواسية والاهتمام بالتفاصيل	ذكر	106	2.916	0.735	0.204	0.839
	انثى	96	2.937	0.744		
الدرجة الكلية	ذكر	106	2.941	0.563	0.227	0.820
	انثى	96	2.960	0.611		

يتبين من خلال الجدول السابق أن قيمة "ت" للدرجة الكلية (0.227)، ومستوى الدلالة (0.820)، أي أنه لا توجد فروق في مستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلى في محافظة الخليل تعزى لمتغير الجنس، وكذلك للمجالات. وبذلك تم قبول الفرضية الأولى.

نتائج الفرضية الثانية:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى الوسواس

القهري لدى مرضى الكلى في محافظة الخليل يعزى لمتغير المؤهل العلمي "

تم فحص الفرضية الثانية بحساب نتائج اختبار "ت" والمتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في مستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلى في محافظة الخليل حسب لمتغير المؤهل العلمي.

جدول (4.10): نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة في مستوى الوسواس

القهري لدى مرضى الكلى في محافظة الخليل حسب متغير المؤهل العلمي

المجال	المؤهل العلمي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
عامل عام للوسواس والقهر	أقل من توجيهي	140	3.137	0.688	0.516	0.607
	من توجيهي - بكالوريوس	61	3.194	0.796		
التكرار والنظام	أقل من توجيهي	140	2.760	0.709	1.483	0.140
	من توجيهي - بكالوريوس	61	2.931	0.833		
الشكوك الوسواسية والاهتمام بالتفاصيل	أقل من توجيهي	140	2.870	0.711	1.667	0.099
	من توجيهي - بكالوريوس	61	3.065	0.783		
الدرجة الكلية	أقل من توجيهي	140	2.910	0.526	1.601	0.111
	من توجيهي - بكالوريوس	61	3.053	0.695		

يتبين من خلال الجدول السابق أن قيمة "ت" للدرجة الكلية (1.601)، ومستوى الدلالة (0.111)، أي أنه لا توجد فروق في مستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلى في محافظة الخليل تعزى لمتغير المؤهل العلمي، وكذلك للمجالات. وبذلك تم قبول الفرضية الثانية.

نتائج الفرضية الثالثة:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى الوسواس

القهري لدى مرضى الكلى في محافظة الخليل يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية"

ولفحص الفرضية الثانية تم حساب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلى في محافظة الخليل يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

جدول (4.11): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى

الوسواس القهري لدى مرضى الكلى في محافظة الخليل يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الحالة الاجتماعية	المجال
0.832	3.056	40	أعزب/عزباء	عامل عام للوسواس والقهر
0.686	3.188	153	متزوج/ة	
0.807	2.916	9	مطلق/ة	
0.710	2.960	40	أعزب/عزباء	التكرار والنظام
0.748	2.774	153	متزوج/ة	
0.928	2.766	9	مطلق/ة	
0.686	2.909	40	أعزب/عزباء	الشكوك الوسواسية والاهتمام بالتفاصيل
0.749	2.945	153	متزوج/ة	
0.785	2.680	9	مطلق/ة	
0.608	2.974	40	أعزب/عزباء	الدرجة الكلية
0.581	2.954	153	متزوج/ة	
0.581	2.786	9	مطلق/ة	

يلاحظ من الجدول رقم (4.11) وجود فروق ظاهرية في مستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلى في محافظة الخليل يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (one way ANOVA) كما يظهر في الجدول رقم (4.12):

جدول(4.12): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلى في محافظة الخليل يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
عامل عام للوسواس والقهر	بين المجموعات	1.071	2	0.535	1.026	0.360
	داخل المجموعات	103.877	199	0.522		
	المجموع	104.948	201			
التكرار والنظام	بين المجموعات	1.109	2	0.555	0.987	0.374
	داخل المجموعات	111.827	199	0.562		
	المجموع	112.936	201			
الشكوك الوسواسية والاهتمام بالتفاصيل	بين المجموعات	0.610	2	0.305	0.558	0.573
	داخل المجموعات	108.779	199	0.547		
	المجموع	109.389	201			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	0.267	2	0.134	0.388	0.679
	داخل المجموعات	68.568	199	0.345		
	المجموع	68.835	201			

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية(0.388) ومستوى الدلالة (0.679) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلى في محافظة الخليل يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، وكذلك للمجالات، وبذلك تم قبول الفرضية الثالثة.

4.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع:

هل يختلف مستوى الوسواس القهري لدى مرضى السرطان في محافظة الخليل حسب متغيرات الجنس والمؤهل العلمي، والحالة الاجتماعية ؟

وللجابة عن هذا السؤال تم تحويله للفرضيات التالية:

نتائج الفرضية الأولى:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى الوسواس القهري لدى مرضى السرطان في محافظة الخليل يعزى لمتغير الجنس "

تم فحص الفرضية الأولى بحساب نتائج اختبار "ت" والمتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في مستوى الوسواس القهري لدى مرضى السرطان في محافظة الخليل حسب لمتغير الجنس.

جدول (4.13): نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة في مستوى الوسواس القهري لدى مرضى السرطان في محافظة الخليل حسب متغير الجنس

مستوى الدلالة	قيمة "t"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الجنس	المجال
0.669	0.429	0.767	3.015	58	ذكر	عامل عام للوسواس والقهر
		0.821	3.073	85	انثى	
0.359	0.920	0.802	2.727	58	ذكر	التكرار والنظام
		0.797	2.852	85	انثى	
0.324	0.989	0.702	2.801	58	ذكر	الشكوك الوسواسية والاهتمام بالتفاصيل
		0.793	2.929	85	انثى	
0.328	0.982	0.617	2.838	58	ذكر	الدرجة الكلية
		0.639	2.944	85	انثى	

يتبين من خلال الجدول السابق أن قيمة "ت" للدرجة الكلية (0.982)، ومستوى الدلالة (0.328)، أي أنه لا توجد فروق في مستوى الوسواس القهري لدى مرضى السرطان في محافظة الخليل تعزى لمتغير الجنس، وكذلك للمجالات. وبذلك تم قبول الفرضية الأولى.

نتائج الفرضية الثانية:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى الوسواس

القهري لدى مرضى السرطان في محافظة الخليل يعزى لمتغير المؤهل العلمي "

ولفحص الفرضية الثانية تم حساب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى الوسواس القهري لدى مرضى السرطان في محافظة الخليل يعزى لمتغير المؤهل العلمي.

جدول (4.14): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى

الوسواس القهري لدى مرضى السرطان في محافظة الخليل يعزى لمتغير المؤهل العلمي

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المؤهل العلمي	المجال
0.830	3.032	69	أقل من توجيهي	عامل عام للوسواس والقهر
0.771	3.120	59	من توجيهي - بكالوريوس	
0.754	2.850	15	أعلى من بكالوريوس	
0.836	2.766	69	أقل من توجيهي	التكرار والنظام
0.821	2.864	59	من توجيهي - بكالوريوس	
0.504	2.720	15	أعلى من بكالوريوس	
0.764	2.800	69	أقل من توجيهي	الشكوك الوسواسية والاهتمام بالتفاصيل
0.760	3.053	59	من توجيهي - بكالوريوس	
0.564	2.541	15	أعلى من بكالوريوس	
0.673	2.859	69	أقل من توجيهي	الدرجة الكلية
0.619	3.001	59	من توجيهي - بكالوريوس	
0.378	2.705	15	أعلى من بكالوريوس	

يلاحظ من الجدول رقم (4.14) وجود فروق ظاهرية في مستوى الوسواس القهري لدى مرضى السرطان في محافظة الخليل يعزى لمتغير المؤهل العلمي، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (one way ANOVA) كما يظهر في الجدول رقم (4.15):

جدول(4.15): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى الوسواس القهري لدى مرضى السرطان في محافظة الخليل يعزى لمتغير المؤهل العلمي

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
عامل عام للوسواس والقهر	بين المجموعات	0.916	2	0.458	0.717	0.490
	داخل المجموعات	89.401	140	0.639		
	المجموع	90.317	142			
التكرار والنظام	بين المجموعات	0.417	2	0.208	0.323	0.724
	داخل المجموعات	90.313	140	0.645		
	المجموع	90.729	142			
الشكوك الوسواسية والاهتمام بالتفاصيل	بين المجموعات	3.915	2	1.957	3.527	0.032
	داخل المجموعات	77.693	140	0.555		
	المجموع	81.608	142			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	1.291	2	0.645	1.639	0.198
	داخل المجموعات	55.134	140	0.394		
	المجموع	56.425	142			

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية(1.639) ومستوى الدلالة (0.198) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الوسواس القهري لدى مرضى السرطان في محافظة الخليل يعزى لمتغير المؤهل العلمي، وكذلك للمجالات ما عدا مجال الشكوك الوسواسية والاهتمام بالتفاصيل، وكانت الفروق لصالح من توجيهي-بكالوريوس. وبذلك تم قبول الفرضية الثانية.

نتائج الفرضية الثالثة:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى الوسواس

القهري لدى مرضى السرطان في محافظة الخليل يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية"

ولفحص الفرضية الثانية تم حساب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى

الوسواس القهري لدى مرضى السرطان في محافظة الخليل يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

جدول (4.16): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى

الوسواس القهري لدى مرضى السرطان في محافظة الخليل يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الحالة الاجتماعية	المجال
0.980	2.806	31	أعزب/عزباء	عامل عام للوسواس والقهر
0.730	3.133	105	متزوج/ة	
0.725	2.875	7	مطلق/ة	
0.841	2.709	31	أعزب/عزباء	التكرار والنظام
0.801	2.836	105	متزوج/ة	
0.613	2.700	7	مطلق/ة	
0.697	2.754	31	أعزب/عزباء	الشكوك الوسواسية والاهتمام بالتفاصيل
0.787	2.932	105	متزوج/ة	
0.441	2.607	7	مطلق/ة	
0.742	2.753	31	أعزب/عزباء	الدرجة الكلية
0.600	2.957	105	متزوج/ة	
0.442	2.725	7	مطلق/ة	

يلاحظ من الجدول رقم (4.16) وجود فروق ظاهرية في مستوى الوسواس القهري لدى مرضى

السرطان في محافظة الخليل يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل

التباين الأحادي (one way ANOVA) كما يظهر في الجدول رقم (4.17):

جدول(4.17): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى الوسواس

القهري لدى مرضى السرطان في محافظة الخليل يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
عامل عام للوسواس والقهر	بين المجموعات	2.782	2	1.391	2.225	0.112
	داخل المجموعات	87.535	140	0.625		
	المجموع	90.317	142			
التكرار والنظام	بين المجموعات	0.460	2	0.230	0.357	0.701
	داخل المجموعات	90.270	140	0.645		
	المجموع	90.729	142			
الشكوك الوسواسية والاهتمام بالتفاصيل	بين المجموعات	1.298	2	0.649	1.131	0.326
	داخل المجموعات	80.311	140	0.574		
	المجموع	81.608	142			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	1.225	2	0.613	1.554	0.215
	داخل المجموعات	55.200	140	0.394		
	المجموع	56.425	142			

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية(1.554) ومستوى الدلالة (0.215) وهي أكبر من مستوى الدلالة

($0.05 \geq \alpha$) أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الوسواس القهري لدى مرضى السرطان

في محافظة الخليل يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، وكذلك للمجالات. وبذلك تم قبول الفرضية

الثالثة.

4.2.5 النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس:

هل يختلف مستوى الوسواس القهري في محافظة الخليل حسب متغيرات نوع المرض ؟

وللاجابة عن هذا السؤال تم تحويله للفرضية التالية:

نتائج الفرضية الأولى:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى الوسواس

القهري في محافظة الخليل يعزى لمتغير نوع المرض "

تم فحص الفرضية الأولى بحساب نتائج اختبار "ت" والمتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في مستوى الوسواس القهري في محافظة الخليل حسب لمتغير نوع المرض.

جدول (4.18): نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة في مستوى الوسواس القهري في محافظة الخليل حسب متغير نوع المرض

المجال	نوع المرض	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "t"	مستوى الدلالة
عامل عام للوسواس والقهر	الكلية	202	3.150	0.722	1.219	0.224
	السرطان	143	3.049	0.797		
التكرار والنظام	الكلية	202	2.810	0.749	0.104	0.917
	السرطان	143	2.802	0.799		
الشكوك الوسواسية والاهتمام بالتفاصيل	الكلية	202	2.926	0.737	0.598	0.550
	السرطان	143	2.877	0.758		
الدرجة الكلية	الكلية	202	2.950	0.585	0.747	0.456
	السرطان	143	2.901	0.630		

يتبين من خلال الجدول السابق أن قيمة "ت" للدرجة الكلية (0.747)، ومستوى الدلالة (0.456)، أي أنه لا توجد فروق في مستوى الوسواس القهري في محافظة الخليل تعزى لمتغير نوع المرض، وكذلك للمجالات. وبذلك تم قبول الفرضية الأولى.

الفصل الخامس:

مناقشة النتائج والتوصيات:

5.1 مناقشة نتائج الدراسة

يتضمن هذا الفصل مناقشة النتائج، التي أسفرت عنها الدراسة، حول مستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلى والسرطان في محافظة الخليل وعدد من التوصيات بناء على ما أسفرت عنه نتائج الدراسة من معطيات.

5.1.1 مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الرئيس:

والذي نصه: ما مستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلى في محافظة الخليل؟

أظهرت النتائج بأن الدرجة الكلية لجميع فقرات الدراسة حول مستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلى كانت متوسطاً، حيث بلغ قيمة المتوسط الحسابي لهذه الفقرات (2.95) وانحراف معياري (0.59). ويعزو ذلك الى أن هؤلاء المرضى لديهم الاستعداد القوي للتخلص من هذه الأفكار وأنهم متعاونون بصورة كبيرة ولكنهم يؤكدون على عدم قدرتهم على التخلص من هذه الفكرة ولو لبعض الوقت فان البعض منهم قد لا تفارقه الأفكار بجزء قليل من الوقت .

أما من حيث المجالات فقد أظهرت الدراسة أن مستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلى نحو عامل عام الوسواس والقهر كان متوسطاً فقد جاء بالمرتبة الأول، حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.15) وبتحرف معياري (0.72) ، وتليها أيضاً في المرتبة الثانية مجال الشكوك الوسواسية والاهتمام بالتفاصيل فقد أظهرت الدراسة أن مستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلى نحو الشكوك الوسواسية والاهتمام بالتفاصيل كانت متوسطاً حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.93) وبتحرف معياري (0.74)، تليها في المرتبة الثالث مجال التكرار والنظام ، فقد أظهرت الدراسة أن مستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلى نحو التكرار والنظام كان متوسطاً حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.81) وبتحرف معياري (0.75).

ويعزو الباحث هذه النتيجة الى طبيعة وخطورة هذه المرض، كونه مرضاً مزمناً غير قابل للشفاء بشكل كامل ومؤثر على عضو رئيسي وهام من أعضاء الجسم وله أبعاد الخطيرة والسلبية على المكونات الأساسية لحياة مرضى الكلى ، فنظرة مرضى الكلى في طبيعة تفكيرهم وعدم قدرتهم على التركيز والشك في قدراتهم نحو مواجهة الصعاب والتغلب عليها والتكيف مع الواقع الجديد، فهم يعتقدون أن الحياة قد انتهت ولا مجال لتحقيق الأهداف من خلال وسواسهم الداخلي، ويضيف أيضاً أن الوسواس القهري يظهر هنا كردة فعل طبيعية نتيجة العجز الذي تسبب به هذه المرض، حيث يصبح المريض عاجزاً عن تأدية ما عليه من متطلبات واحتياجات نحو أسرته والأخرين وهذا يدفعه إلى التوجه والاعتماد على الآخرين لمساعدته في تلبية هذه الاحتياجات والرغبات وهذا يجعله يشعر بالحرج والضيق والضرر.

أما بالنسبة للفقرات فقد أظهرت بعض الفقرات مستويات عالية إيجابية ومنها الفقرة رقم (5) جاءت في المقام الاول من حيث الأهمية ونصت على (أضطر للقيام بأشياء لا قيمة لها)، وتلاها في المقام الثاني الفقرة رقم (2) ونصت على (تشغلني أشياء تافهة). ثم جاءت الفقرة رقم (24) في المقام الثالث

والتي نصت على (أعد الأشياء غير الهامة)، ثم جاءت الفقرة رقم(19) في المقام الرابع والتي نصت على (أشك في كل الأمور حولي).

ويعزو الباحث إلى أن الوسواس القهري يدور حول محاور توضح طبيعة هذا المتوسط ووجهته فتتشكل لدى المرضى نظرة سلبية وتشاؤمية نحو مستقبلهم

اتفقت هذه الدراسة مع دراسة الصديقي وبن عمر (2014) وكذلك مع دراسة البنائي (2011) وكذلك مع دراسة كاظم وأل سعيد(2008) وكذلك مع دراسة الطلوحى (2006) وكذلك مع دراسة بيات واخرون(Bayat, A& etal, 2012)

اختلفت هذه الدراسة مع دراسة الريماوي(2014).

ويعزو الباحث ارتفاع درجات الوسواس القهري إلى طبيعة هؤلاء المرضى الذين يعانون معاناة شديدة في التكيف والتأقلم مع المحيط الاسري والمجتمع الذين يعيشون فيه، وذلك لأن مرض الكلى يقيد تصرفاتهم وحركاتهم ويجعلهم غير قادرين على ممارسة حياتهم بصورة تجاري ثقافة المجتمع المحيط بهم، ونضيف أيضاً بأن اضطراب الوسواس القهري بحد ذاته يتمثل في أفكار ونزعات وصور ذهنية متكررة ومتواصلة تقتحم ذهن مريض الكلى باستمرار فإرضةً نفسها عليه بإلحاح دون رغبة منه ومحاولة مقاومته أو السيطرة عليها بل هو يعتبرها دخيلة ، سخيفة، ساذجة ، شاذة ومرعبة وهذا يسبب له الأم نفسية شديدة بالرغم من مرضه ،وقد تكون هذه الوسواس أفكاراً تدور حوله بسبب مرضه.

5.1.2 مناقشة نتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:

ما مستوى الوسواس القهري لدى مرضى السرطان في محافظة الخليل؟

أظهرت النتائج بأن الدرجة الكلية لجميع فقرات الدراسة حول مستوى الوسواس القهري لدى مرضى السرطان كانت متوسطاً، حيث بلغ قيمة المتوسط الحسابي لهذه الفقرات(2.90) وانحراف معياري(0.63).

أما من حيث المجالات فقد أظهرت الدراسة أن مستوى الوسواس القهري لدى مرضى السرطان نحو عامل عام للوسواس والقهر كان متوسطاً ،فقد جاء بالمرتبة الأولى حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.05) وبانحراف معياري(0.80) ويليها أيضاً في المرتبة الثانية مجال الشكوك الوسواسية والاهتمام بالتفاصيل، فقد أظهرت الدراسة أن مستوى الوسواس القهري لدى مرضى السرطان نحو الشكوك الوسواسية والاهتمام بالتفاصيل كان متوسطاً حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.88) وبانحراف معياري(0.76)، ويليها في المرتبة الثالثة مجال التكرار والنظام ، فقد أظهرت الدراسة أن مستوى الوسواس القهري لدى مرضى السرطان نحو التكرار والنظام كانت متوسطاً حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.80) وبانحراف معياري(0.80).

يفسر الباحث هذه النتيجة إلى أن طبيعة هؤلاء المرضى الذين يعاونون معاناة شديدة في التأقلم والتكيف مع المحيط الأسري والمجتمع الذي يعيشون فيه، وذلك لطبيعة هذا المرض الذي يقيد تصرفات المريض ويجعله غير قادر على ممارسة حياته بصورة تجاري ثقافة المجتمع المحيط به، إن التعامل مع مرضى الوسواس القهري للأفكار ، وكذلك الأفكار الوسواسية تلازم المريض لساعات أطول بكثير خلال اليوم ، وكذلك تكون أشد حدة ، وهنا يستشهد الباحث بقول إحدى المريضات بالوسواس القهري للأفكار إن الأفكار الوسواسية تبدأ بمطاردتها منذ اللحظة الأولى التي تفتح فيها عينيها صباحاً إلى أن تغمض عينيها ليلاً عند النوم ، هذا يدل بأن وسواس الأفكار أشد وقعاً في نفس المريض بالوسواس القهري، ، وهذه النتيجة هي نتيجة طبيعية في ظل الوضع الذي يعيشه هذا الصنف من الناس ، وكما هو معروف أن الأشخاص العاديين ليس من السهل تغيير مفاهيمهم وقناعاتهم واعتقاداتهم خلال فترة قصيرة من الزمن وقد يستغرق مجرد تغيير مفهوم أو اعتقاد شخص أو حتى طفل فترة طويلة من الزمن.

اما بالنسبة للفقرات فقد اظهرت بعض الفقرات مستويات عالية إيجابية ومنها الفقرة رقم (2) جاءت في المقام الأول من حيث الاهمية ،ونصت على (تشغلي أشياء تافهة)، وتلاها في المقام الثاني الفقرة رقم (5) ونصت على (أضطر للقيام بأشياء لا قيمة لها). ثم جاءت الفقرة رقم(16) في المقام الثالث والتي نصت على (أشعر أنني مجبرٌ على فعل أشياء معينة)، ثم جاءت الفقرة رقم(15) في المقام الرابع والتي نصت على (أشعر أنني أكرر أشياء معينة).

اتفقت هذه الدراسة مع دراسة الصديقي وبن عمر (2014)

لا يوجد اختلاف مع دراسات أخرى.

ويفسر الباحث ذلك بأن اضطراب الوسواس القهري بحد ذاته يتمثل في أفكار ونزعات وصور ذهنية متكررة ومتواصلة تقتحم ذهن المريض باستمرار فراضةً نفسها عليه بإلحاح دون أي رغبة منه ومحاولته مقاومتها أو السيطرة عليها، بل هو يعتبرها دخيلة، سخيفة، ساذجة، شاذة، مرعبة أو كريهة، وهذا يسبب له آلام نفسية شديدة بالإضافة إلى حالة من التوتر والقلق والانزعاج وتؤثر سلباً على حياته المهنية والأسرية والاجتماعية، قد تكون هذه الوسواس عبارة عن أفكار تدور غالباً حول التلوث والتشكك والقلق والجنس والدين. فمثلاً هاجس التلوث بالقاذورات أو التعرض للجراثيم والأمراض يدفع المريض لكي يبالغ في الاغتسال أو تنظيف الملابس أو أوعية الطعام والشراب، أو الامتناع عن مصافحة الآخرين أو استعمال أنيتهم أو مشاركتهم طعامهم أو شربهم. ويتجنب زيارة المستشفيات أو المرضى خوفاً من التعرض للعدوى ، مثلاً إعادة التدقيق عند القيام بعمليات حسابية أو التأكد من أحكام الأقفال في المنزل أو أزرار الكهرباء والغاز .وكذلك تكرار عمليات الغسل والنظافة والوضوء والصلاة وترتيب وتنظيم الأغراض مما يكون سبباً في التأخير وإضاعة الوقت.

5.1.3 مناقشة نتائج المتعلقة بالسؤال الثالث:

هل يختلف مستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلى في محافظة الخليل حسب متغيرات الجنس والمؤهل العلمي، والحالة الاجتماعية؟

ولإجابة عن هذا السؤال تم تحويله للفرضيات التالية:

مناقشة نتائج الفرضية الأولى التي كان نصها:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى الوسواس

القهري لدى مرضى الكلى في محافظة الخليل يعزى لمتغير الجنس

أظهرت هذه النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى

الوسواس القهري لدى مرضى الكلى في محافظة الخليل يعزى لمتغير الجنس، وكذلك للمجالات وبذلك

تم قبول الفرضية الأولى.

اتفقت هذه الدراسة مع دراسة السيد (2011) دراسة الريماوي (2014)

اختلفت هذه الدراسة مع دراسة الصديقي وبن عمر (2014) ودراسة جودة (2004)

مناقشة نتائج الفرضية الثانية التي كان نصها:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى الوسواس القهري

لدى مرضى الكلى في محافظة الخليل يعزى لمتغير المؤهل العلمي "

أظهرت هذه النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى

الوسواس القهري لدى مرضى الكلى في محافظة الخليل يعزى لمتغير المؤهل العلمي، وكذلك

للمجالات وبذلك تم قبول الفرضية الثانية.

اتفقت مع دراسة الطلوي (2006) لم تظهر هذه الدراسة أي اختلاف مع الدراسات السابقة، وذلك

لعدم وجود المتغير في الدراسات السابقة ويعزو الباحث ذلك إلى أن مرضى الكلى وبغض النظر عن

المؤهل العلمي فإنهم يواجهون نفس الواقع ونفس ظروف الحياة التي يعيشها الشعب الفلسطيني، وهم يطبق عليهم نفس الأنظمة والقوانين واللوائح التي تفرضها المستشفيات، وهم يتلقون نفس العلاج.

مناقشة نتائج الفرضية الثالثة التي كان نصها:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى الوسواس القهري

لدى مرضى الكلى في محافظة الخليل يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية

أظهرت هذه النتائج لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلى في محافظة الخليل يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، وكذلك للمجالات وبذلك تم قبول الفرضية الثالثة.

انفتحت هذه الدراسة السيد (2011) ودراسة البنائي(2010) ودراسة الطلوح(2006)

ويفسر الباحث أن الوسواس الذي يكون عند المريض بغض النظر عن المستوى الاجتماعي وقيمه عند الناس فهو يخبر الإنسان عن شيء بخلاف الحقيقة، ويكون إما بتزييف الحقائق جزئياً أو كلياً أو خلق روايات وأحداث جديدة، لتحقيق هدف معين وقد يكون مادياً ونفسياً واجتماعياً، فالوسواس قد يكون بسيطاً ولكن إذا تطور ولزم الفرد فعند ذاك يكون الفرد مصاباً بالوسواس بغض النظر عن المستوى الاجتماعي الذي يكون فيه المريض، والحفاظ على المكانة الاجتماعية، وعدم الظهور بمظهر العاجز، ثم بعد فترة تصبح هذه السمة سمة أساسية بحيث يجري الاعتياد عليها، أي أنهم يسعون دائماً إلى الظهور أمام الآخرين بصورة تختلف عن الواقع الذي يعيشونه من خلال القيام بأشكال الوسواس القهري، وقد يكون هذا الارتفاع ناتجاً عن المكانة الاجتماعية والتي لا يقصد بها خداع الآخرين أو إيقاع الضرر بهم بقدر ما هي حيلة دفاعية تعويضية تظهر محاسن الفرد أمام نفسه وأمام الآخرين، حتى يشعر بالثقة والرضا وتقدير الذات ولو بصورة مؤقتة، وليكون مرغوباً من الآخرين.

5.1.4 مناقشة النتائج المتعلقة السؤال الرابع

هل يختلف مستوى الوسواس القهري لدى مرضى السرطان في محافظة الخليل حسب متغيرات الجنس والمؤهل العلمي، والحالة الاجتماعية؟

وللإجابة عن هذا السؤال تم تحويله الفرضيات التالية:

مناقشة نتائج الفرضية الأولى التي كان نصها:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى الوسواس

القهري لدى مرضى السرطان في محافظة الخليل يعزى لمتغير الجنس

أظهرت هذه النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى

الوسواس القهري لدى مرضى السرطان في محافظة الخليل يعزى لمتغير الجنس، وكذلك للمجالات

وبذلك تم قبول الفرضية الأولى. لم تظهر هذه الدراسة أي اتفاق أو اختلاف مع الدراسات السابقة،

وذلك لعدم وجود المتغير في الدراسات السابقة. ويعزو الباحث أن مرضى السرطان سواء أكان ذكراً أم

انثى فهم يعانون من نفس الوسواس ولهم المشاعر نفسها، وكذلك لا تميز في تعاملها بين الذكور

والإناث من حيث المرض، وعليه فقد يرجع ذلك إلى عدة عوامل يمكن أن نذكر منها انتماء أفراد

العينة إلى ثقافة واحدة حيث تلعب دوراً رئيسياً في تكوين التصورات الاجتماعية للفرد، وهذه الثقافة

تكتسب من الأسرة والمدرسة و دور العبادة وسائل الإعلام وغيرها... فأينما كانت مصادر هذه الثقافة،

سواءً كانت رئيسية أم فرعية فهي تفرض التكيف مع القيم والمبادئ السائدة، وهذه التصورات التي

تتشكل لها فالوسواس نفسه عند جميع المرضى.

مناقشة نتائج الفرضية الثانية التي كان نصها:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى الوسواس القهري

لدى مرضى السرطان في محافظة الخليل يعزى لمتغير المؤهل العلمي "

أظهرت هذه النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الوسواس القهري لدى مرضى السرطان في محافظة الخليل يعزى لمتغير المؤهل العلمي، وكذلك للمجالات ما عدا مجال الشكوك الوسواسية والاهتمام بالتفاصيل، وكانت الفروق لصالح من توجيهي- بكالوريوس وبذلك تم قبول الفرضية الثانية. لم تظهر هذه الدراسة أي اتفاق أو اختلاف مع الدراسات السابقة، وذلك لعدم وجود المتغير في الدراسات السابقة. وهو ما قد يرجع إلى تأثير متغيرات أخرى كالثقافة الاجتماعية التي لها دور في ترسيخ الوسواس ذات الطابع العامي لدى المرضى بالسرطان وبصفتهم ينتمون لنفس المجتمع وهو المجتمع الفلسطيني الذي لديه نفس القيم والأفكار والمعتقدات والمعارف الاجتماعية، وبالتالي تتكون لديهم نفس التصورات تجعل المريض في حالة وسواس دائم وهو شكل من المعرفة الخاصة أو المعرفة العامة وبشكل أوسع تعبير عن "الفكر الاجتماعي".

مناقشة نتائج الفرضية الثالثة التي كان نصها:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى الوسواس القهري

لدى مرضى السرطان في محافظة الخليل يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية

أظهرت هذه النتائج لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الوسواس القهري لدى مرضى السرطان في محافظة الخليل يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، وكذلك للمجالات وبذلك تم قبول الفرضية الثالثة. لم تظهر هذه الدراسة أي اتفاق أو اختلاف مع الدراسات السابقة، وذلك لعدم وجود المتغير في الدراسات السابقة. ويذكر الباحث بأن وجود تجربة سابقة سيئة مع السرطان، وخاصة الحالة الاجتماعية بين الناس تؤدي أيضاً إلى سوء التوافق الأسري، وهذا يؤكد أن ذوي المستوي التعليمي الأعلى لديهم القدرة على استيعاب الأعراض الجسمية، حيث إن زيادة العلم والمعرفة يمكن أن تقلل من الألم والأعراض الجسمية المصاحبة إذا ما تم توعية المريض بالمضاعفات والنتائج المترتبة على الإصابة بالمرض، وهذا ما يفترض معرفته من قبل ذوي التعليم الأعلى، حيث تظهر ردود أفعال الناس

لمرض السرطان تجعل الناس يتجنبون مناسبة الأشخاص المرضى لانهم معرضون للموت في أي لحظة .

5.1.5 مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس:

هل يختلف مستوى الوسواس القهري في محافظة الخليل حسب متغيرات نوع المرض ؟

وللإجابة عن هذا السؤال تم تحويله للفرضية التالية:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى الوسواس القهري في محافظة الخليل يعزى لمتغير نوع المرض.

أظهرت هذه النتائج لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الوسواس القهري في محافظة الخليل يعزى لمتغير نوع المرض، وكذلك للمجالات وبذلك تم قبول الفرضية. ويعزو ذلك إلى أن مرض السرطان ومرض الكلى لا يرجى شفاؤه فالوسواس عبارة عن أفكار وشعور ومخاوف استحواذية، تدخلية، غير منطقية، مزعجة، غير مرغوب فيها وتتطفل على عقل المريض بصورة متكررة، ويتبع هذا الوسواس انهماك المريض بتصرفات وسلوكيات وطقوس متكررة وواعية، غير أنها قهرية إجبارية، وهذه التصرفات قد تكون عبارة عن نشاط جسدي أو عقلي بصورة متكررة، هدفها التخلص من الشعور والأفكار المزعجة لذلك تسيطر على أي مريض حتى وان لم يكن معها أي مرض.

2.5 توصيات الدراسة

في ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسة الحالية من معطيات، صاغ الباحث عددا من التوصيات لدراسات مستقبلية على النحو الآتي:

1. ضرورة دعم وتعزيز ادراكات المريض لقدراته وكفاءته الذاتية، وتغيير معتقداته السلبية المتعلقة بالمرض والعلاج.
2. إجراء دراسة تضم مجموعة أكبر من مرضى الوسواس القهري للحصول على نتائج أدق، بالإضافة إلى تطبيق الدراسة على عينات مختلفة عن الدراسة الحالية.
3. الاهتمام بهذه الشريحة من المرضى وتقديم الدعم النفسي اللازم لها وذلك من خلال عمل برامج تهتم بخفض أو علاج أعراض هذا المرض.
4. ينبغي توفير تدريب خاص للأشخاص العاملين مع مرضى السرطان والكلى من ناحية نفسية.
5. وضع برامج التوعية حول مشكلة المرضى المصابين بالمرض ومدى الضغوط التي يتعرض لها هؤلاء المرضى ليتسنى لهم التعامل معهم بطريقة سليمة وممنهجة.
6. توفير أعداد كافية من الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين المؤهلين والمدربين للتعامل مع المرضى في جميع مراكز وأقسام الصحة النفسية بمحافظة الخليل، بهدف توفير الدعم النفسي والاجتماعي لهم.

المصادر والمراجع

المراجع العربية

1. أبو السعيد، عماد (1992). السرطان ما هو وانواعه ومحايرته، ط1،: دار الهدى،الجزائر، الجزائر.
2. أبو رية، سامي (2002). الفشل الكلوي الوقاية والعلاج، سلسلة اقرأ،:دار المعارف، القاهرة، مصر.
3. أبو زيد، محمود (2006). الفشل الكلوي، الوقاية والعلاج : دار المعارف، القاهرة، مصر.
4. أبو زينة، سامح (2000). موسوعة الامراض الشائعة، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
5. أبو فايدة، ريم محمود يوسف (2010). فاعلية برنامج ارشادي لتخفيف حدة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي، رسالة ماجستير، كلية التربية الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
6. أبو هندي، وائل (2003). الوسواس القهري من منظور عربي إسلامي، الكويت: عالم المعرفة، العدد 293 .
7. أحمد عبد الخالق وعبد الغفار الدماطي (1995). الوسواس القهري: دراسة على عينات سعودية. دراسات نفسية، 5-1(12-17).
8. أحمد، سهير (٢٠٠٣). سيكولوجية الشخصية ، شركة الجلال للطباعة، القاهرة، مصر.
9. الأغا، بشار جبارة (2009). دراسة سمات شخصية مرضى الوسواس القهري في البيئة الفلسطينية باستخدام برنامج تدريبي علاجي، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

10. الباز، زكريا (2003). *الجمعية المصرية لرعاية مرضى الكلى*، سلسلة مطبوعات للتوعية الصحية، القاهرة، مصر.
11. البنائي، أروى بنت فيصل حسن (2011). *التجميع والتخزين القهري وعلاقته بالوسواس القهري في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية لدى عينة اكلينيكية وغير اكلينيكية*، رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
12. بيان، مارتى وآخرون (1990). *سيكوسوماتيك الهستيريا والوسواس*، ترجمة غزوي نابلسي، دار النهضة، بيروت، لبنان.
13. بيك، ارون (2000). *العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية*، ترجمة عادل مصطفى، الافاق العربية، القاهرة، مصر.
14. بيك، ارون وآخرون (1989). *العلاج المعرفي والممارسة الاكلينيكية*. ترجمة حسن عبد المعطي، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، مصر.
15. تايلور، شيلي (2008). *علم النفس الصحي*، ترجمة وسام درويش بريك وآخرون، ط1، دار الحامد للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
16. جبر، جبر محمد (2004). *تقدير الذات وعلاقته بالوجود الأفضل لدى مرضى السرطان مقارنة بالأصحاء*، دراسات عربية في علم النفس، مج (3)، ع (3)، ص 11-89.
17. جبل، فوزي محمد (2002). *محاضرات في الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية*، ط1، الإسكندرية: المكتبة الجامعية، القاهرة، مصر.
18. الجريسي، محمد عبد العزيز (2003). *الاكتئاب النفسي لدى مرضى السرطان الرئة بمحافظات غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات*، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية غزة.

19. جودة، أمال عبد القادر (2005). الوسواس القهري وقد أعيانه على الصحة النفسية، مجلة جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني، العدد 365 ، مطبعة الأمل، القدس ، فلسطين.
20. جودة، عبد القادر (2004). الوسواس القهري على عينات فلسطينية، مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، مكتبة زهراء الشرق، العدد29.
21. جياووك، عبد الله صالح (2000). أثر برنامج جمعي في تعديل السلوك لخفض بعض اشكال الوسواس القهرية، رسالة ماجستير، جامعة الازهر، غزة، فلسطين.
22. جيمس، نيكولاس (2013) . السرطان مقدمة قصيرة، ط1، مؤسسة هنداوي للتعليم والثقافة، القاهرة، مصر.
23. حمودة، محمود عبد الرحمن (2007) .أمراض النفس، حقوق الطبع محفوظة للمؤلف، القاهرة، مصر.
24. خالد، حسين (2007). طعامك والسرطان وقاية وأسلوب وعلاج، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، مصر.
25. الخالدي، أديب محمد (2006) . مرجع في علم النفس الاكلينيكي المرضي الفحص والعلاج، دار وائل للنشر، عمان، الأردن.
26. خضر، عصام محمد (1994) .أمراض الكلى، دار أخبار اليوم، القاهرة، مصر.
27. الدفاعي، كاظم علي هادي (2009). أثر برنامج علاجي سلوكي مختصر في خفض اضطراب الوسواس القهري، دار المنظومة، مجلة كلية التربية، العدد 2، 397-417.
28. دويدار، عبد الفتاح (2005) .في علم النفس الطبي والمرضي والإكلينيكي ، دار المعرفة الجامعية، مصر.
29. راجح، أحمد عزت (2009). أصول علم النفس، ط7، دار الفكر، عمان، الأردن.

30. رضوان، سامر جميل (2007). **الصحة النفسية**، ط2، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
31. رضوان، سامر جميل (2009). **علم النفس الاكلينيكي، أشكال من الاضطرابات النفسية في سن الرشد**، دار الكتاب الجامعي، غزة، فلسطين.
32. الريماوي، أميرة، الريماوي، عمر (2014). **الوسواس القهري وعلاقته بأبعاد الشخصية العصابية والانبساطية لدى طلبة جامعة القدس، المجلد الدولية المتخصصة، 3(5)**، ص89-103.
33. سعفان، احمد (2003) **اضطرابات الوسواس والأفعال القهرية**، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، مصر.
34. سعفان، محمد أحمد (2002). **فعالية برنامج إرشادي انتقالي في خفض الوسواس والأفعال القهرية المرتبطة بالشعور بالذنب، مجلة كلية التربية وعلم النفس، جامعة عين شمس، العدد السابع والعشرون، الجزء الرابع، مكتبة زهراء الشرق، مصر.**
35. سعيد، إيهاب (2014). **تخفيني كثيراً فكرة خنق أحد، النفس المطمئنة، العيادات الطبية، العدد 108، ص18**. <http://www.elazayem.com/>
36. السنيد، محمد (2010) . **الفشل الكلوي وكيفية التعامل معه، مجلة بلسم-جمعية، العدد426، ص17-19**.
37. السيد، فاطمة خليفة (2011). **دور بعض المتغيرات النفسية في التنبؤ بالرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي**، رسالة دكتوراه، قسم علم النفس، الجامعة المنوفية.
38. الصديقي، صباح، وبن عمر، وهيبة (2014). **القلق النفسي لدى المرضى المصابين بالفصام الكلوي**، رسالة ماجستير، قسم علم النفس، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر.

39. الطلوجي، محمد غسان (2006). السمات الشخصية ذات الارتباط بالوسواس القهري رسالة ماجستير (غير منشورة) كلية التربية الجامعة الإسلامية، فلسطين.
40. عبد الخالق، احمد محمد؛ النيال، مایسة (1990). الوسواس القهري وعلاقتها بكل من القلق والمخاوف، والاكنتئاب، مجلة كلية الآداب، جامعة الإسكندرية، العدد38، ص543-575.
41. عبد الخالق، محمد؛ رضوان، سامر (2002): مدى صلاحية المقياس العربي للوسواس القهري على عينات سورية، مجلة دراسات نفسية، تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين (رانم)، 12، (1) ، 43 - 61.
42. عبد الله، ورأفت، عبد الفتاح (1995). العوامل النفسية في إمراض السرطان، دراسة ميدانية في أحداث الحياة والشخصية لدى مرضى السرطان، مجلة علم النفس، مصر، العدد9.
43. العرب، أسماء ربحي خليل (2011). قلق الموت لدى المصابين بمرض السرطان وعلاقته بمتغيرات الجنس والعمر ونوع السرطان، مجلة الاجتماعية، الجمعية السعودية لعلم الاجتماع والخدمة الاجتماعية، السعودية، ع(4)، ص 78-116.
44. عفيفي، عادل (2003). الهلال الطبي، دار المعارف، القاهرة، مصر.
45. عيد، غادة خالد (2009). الخصائص السيكومترية والتحليل العالمي التوكيدي لمقياس أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب جامعة الكويت، مجلة العلوم التربوية والنفسية، 10(2)، ص111-140.
46. العيسوي، عبد الرحمن (2004). الصحة النفسية من منظور القانون ، ط1 ، بيروت ، منشورات الجلة الحقوقية، لبنان.
47. القريطى، عبد المطلب (2003). في الصحة النفسية ، ط1، دار الفكر، القاهرة، مصر.
48. قواجلية، آية .(2013). قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان، رسالة ماجستير، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد خيضر ، الجزائر.

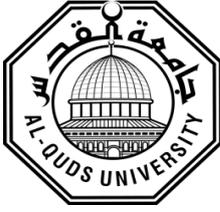
49. كاظم، علي مهدي، وال سعيد، تغريد بنت تركية (2008). الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين العُمانيين، مجلة الطفولة العربية، قسم علم النفس كلية التربية جامعة السلطان قابوس سلطنة عُمان، ص8-31.
50. كرسوع، مريم عيس حسين (2012). مرض السرطان في قطاع غزة، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، فلسطين.
51. محمد ، محمد جاسم (2004). مشكلات الصحة النفسية ، الطبعة الأولى ، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، عمان،الأردن.
52. محمود، عبد الرزاق (2013). الانعكاسات الاجتماعية لمرض السرطان على عوائل المصابين " دراسة اجتماعية ميدانية في مدينة الموصل"، دراسات موصلية، العدد 41، ص 89.
53. مطر، كوثر محمد . (2004) سلسلة مطبوعات الجمعية المصرية لرعاية مرضى الكلى، القاهرة،مصر .
54. مقداد، غالب راضون ذياب (2015). قلق المستقبل لدى مرضى الفشل الكلوي وعلاقته ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية غزة، فلسطين.
55. منظمة الصحة العالمية . (1999) . المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (ICD10).
56. مياسا ، محمد (1997) . الصحة النفسية والأمراض النفسية والعقلية وقاية وعلاجاً ، ط1، دار الجبل ، بيروت، لبنان.
57. نوال، باشا (2009). تسيير مرض الفشل الكلوي المزمن وأثره على العلاقة الاجتماعية للمصابين، رسالة ماجستير، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر.
58. وزارة الصحة الفلسطينية (2010). السرطان بالوقاية والكشف المبكر نحى أنفسنا من خطر مرض السرطان، فلسطين.

1. Abdel-Khalek, A.M. & Laster, D. (2000). Obsession – compulsion , Locus of control, depression and hopelessness: A construct validity of the Arab obsessive–Compulsive Scale in American and Kuwait students. **Psychological Reports**. 86,1187–1188.
2. Ali I,T., Volkan ,T., Burcu,K (2007). Memory and metamemory for semantic information in obsessive–compulsive disorder, **Behaviour Research and Therapy**, 45,2164–2172.
3. American Psychiatric Association. (1994). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. (4th ed.) DSM-TV. Washington: DC: Author.
4. Bayat, A. ,Kazemi, R., et.al (2012)" Psychological Evaluation in Hemodialysis Patients" **J, Pak, Med, Assoc**,Vol.62,No.3.
5. Beers,M–H.(2008).Encyclopédie médicale. Italie :**Edition la Tipografica Varese**.
6. **Bossobla**, M. Ciciarelli, C. et al (2012). Symptoms of Depression and Anxiety Over Time in Chronic Hemodialysis Patients. **J, Nephrol**, 25(5), 689–695.
7. Koutsopoulou, A(2002). **Personality Dimensions of Haemodialysis Patients related to initial renal disease**. Haemodialysis, Greece: Ednta–Erca.

8. Lack,C.W., Storch,E., Merlo,L., Geffken,G., Jacob,M., Murphy,T. &Goodman,W. (2007).**clinical features of children and adolescents with obsessive compulsive disorder and hoarding symptoms.** *Comprehensive Psychiatry*, 48, 3130 – 318.
9. Mahboub, M,. Ghahramani, F. et al (2014). Relationship Between Daily Spiritual Experience And Fear of Deah In Hemodialysis Patients. **J, Biol, Todays World**, 3(1), 7–11.
10. Mok, & Tam, B (2001). **Stressors and Coping Methods Among Chronic Haemodialysis Patients in Hong Kong.** Department of Nursing and Health Sciences, the Hong Kong University, Kowloon, 10, 4.
11. Moran, A ,et.al(2013)" The Experience of Anxiety for patients on Hemodialysis Therapy", **Canadian J of Humanities and . Social Science** , 3(1),88–100
12. Nic J.A. van der Wee, Nick F. Ramsey, Harold J.G.M. van Megen Damiaan Denys, Herman G.M. Westenberg, Rene´ S. Kahn. (2007). spatial working memory in obsessive—compulsive disorder improves with clinical response: A functional MRI study. **European Neuro psychopharmacology** 17, 16 23
13. Patel, S. (2002). Psychosocial Variables, Quality of life, and religious beliefs in patients treated with hemodialysis, George Washington University, **Jornal Kidney– Dis**, 40, 5.

14. Pollk, Jerrold (1987) Relationship of obsessive–Compulsive personality to obsessive–Compulsive Disorder : A Review of The Literature, **The Journal Of Psychology** .
15. Robinson, J., et.al (2012):" **Lippincott Williams & Wilkin. :Medical–Surgical Nursing**"3rd ed.
16. Salkovskis, P. M. (1985). **Obsessional compulsive problems: A cognitivebehavioral analysis.** . Behaviour Research and Therapy, 25, 517–583.
17. Samuels, J., Bienvenu,O., Riddle, M., Cullen, B., Geados, M., & Liang,K. (2002). **Hoarding in obsessive compulsive disorder: result from a case control study.** Behaviour Research and Therapy, 40, 517–520
18. Samuels,J., Bienvenu,O., pinto,A., fyer,A., McCracken,J., Rauch,S., Murphy,D., Grados,M., Greenberg,B., et al.(2006). **Hoarding in obsessive – compulsive disorder: result from The OCD collaborative genetic study.**Behaviour Research and Therapy, 45, 673–686.
19. Tanvir, S, Butt, G., et al (2013). Prevalence of Depression and Anxiety in Chronic Kidney Disease Patients on Hemodialysis. **Ann, Pak. Ins. Med. Sc.** 9(2), p 64– 67.

20. Tollin,D.F., Frost,R.O., Steketee,G., Fitch,K.(2007). **Family burden of compulsive hoarding: Results of an internet survey.** Behaviour Research and Therapy, 46, 334–344.
21. Wang, L., et.al (2012)" The Psychological Impact of Hemodialysis . Patients with Chronic Renal Failure", **Intech–Renal Failure –. The Facts**,217–236.
22. Wuerth, D. Toto, H(2001). Identification and Treatment of Depression in a Cohort of Patients Maintained on Chronic Peritoneal Dialysis, New Haven capd, New Haven, **USA. A.–J–Kidney– Dis**, Vol. 37.5.
23. Zavvare, R, Ravary, A., et al (2014). Evaluation of Anxiety And Depression In Dialysis Patients, **Int, J, Surg.** 2(1), 70– 74.



الملحق رقم (1): أداة الدراسة

بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة القدس

تحية طيبة وبعد،،،

يقوم الباحث بإجراء دراسة حول " الوسواس القهري لدى مرضى الكلى والسرطان في محافظة الخليل "، وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي. لذا أرجو من حضرتكم التكرم بتعبئة الاستبانة بصدق وموضوعية، علماً أنه سيتم الحفاظ على سرية المعلومات التي تستخدم لأغراض البحث العلمي فقط

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير .

إعداد الطالب: عماد عزات طنينة

القسم الأول: معلومات عامة

الرجاء وضع إشارة (/) داخل الدائرة حول رمز الإجابة التي تنطبق عليك.

الجنس: () ذكر () أنثى

نوع المرض: () الكلى () السرطان () الكلى والسرطان

المؤهل العلمي: () أقل من توجيهي () توجيهي - بكالوريوس () أعلى من بكالوريوس

الحالة الاجتماعية: () اعزب/ عزباء () متزوج/ة () مطلق/ة..

ملحق (2): قائمة بأسماء المحكمين

الرقم	الاسم	التخصص	جهة العمل
1.	د. ايناس ناصر	مناهج واساليب التدريس	جامعة القدس
2.	د. خالد كتلو	قياس وتقويم	جامعة القدس المفتوحة
3.	د. زياد بركات	علم النفس التربوي	جامعة القدس المفتوحة
4.	د. عادل ريان	مناهج وطرق التدريس	جامعة القدس المفتوحة
5.	د. عفيف زيدان	مناهج واساليب التدريس	جامعة القدس
6.	د. محمد شاهين	علم النفس التربوي	جامعة القدس المفتوحة
7.	د. نبيل الجندي	ادارة تربوية	جامعة الخليل
8.	د. نبيل عبد الهادي	علم النفس التربوي	جامعة القدس
9.	د. يوسف ابو مارية	صحة نفسية	جامعة القدس المفتوحة

ملحق (3): كتاب تسهيل مهمة من جامعة القدس لمستشفى الخليل الحكومي

Al-Quds University
Faculty of Educational Science
Graduate Studies Programs



جامعة القدس
كلية العلوم التربوية
برامج الدراسات العليا

التاريخ: 2017/1/7

حضرة السادة / مستشفى الخليل الحكومي المحترمين

نحن بيهمة الأمر

تحية طيبة وبعد،،

يقوم الطالب: عماد عزات محمود طنينه ورقمه الجامعي (21420247)، بإجراء دراسة بعنوان :

* التوسواس القهري لدى مرضى الكلى والسرطان في محافظة الخليل *

يرجى من حضرتكم تسهيل مهمة الطالب المذكور والتعاون معه بإعطائه البيانات اللازمة لتطبيق الدراسة.

شاكرين لكم حسن تعاونكم

د. سهير الصباح

منسقة برنامج ماجستير الإرشاد النفسي والتربوي

جامعة القدس
كلية العلوم التربوية



ملحق (4): كتاب تسهيل مهمة من جامعة القدس لمستشفى المطلع

Al-Quds University
Faculty of Educational Science
Graduate Studies Programs

بسم الله الرحمن الرحيم



جامعة القدس
كلية العلوم التربوية
برامج الدراسات العليا

التاريخ: 2017/1/7

حضرة السادة / مستشفى المطلع المحترمين

لمن بهمه الأمر

تحية طيبة وبعد،،

يقوم الطالب: عماد عزات محمود طنينه ورقمه الجامعي (21420247)، بإجراء دراسة بعنوان :

" الوسواس القهري لدى مرضى الكلى والسرطان في محافظة الخليل "

يرجى من حضرتكم تسهيل مهمة الطالب المذكور والتعاون معه باعطائه البيانات اللازمة لتطبيق الدراسة.

شاكرين لكم حسن تعاونكم

د. سهير الصباح

منسقة برنامج ماجستير الارشاد النفسي والتربوي



Psychology Dept.
جامعة القدس

Tel 02-2799753 Fax 02-2796960 Jerusalem P.O. Box 20002

تلفون 02-2799753 فاكس 02-2796960 القدس ص.ب 20002

ملحق (5): كتاب تسهيل مهمة من جامعة القدس لمستشفى بيت جالا الحكومي

بسم الله الرحمن الرحيم

<p>Al-Quds University Faculty of Educational Science Graduate Studies Programs</p>		<p>جامعة القدس كلية العلوم التربوية برامج الدراسات العليا</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------

التاريخ: 2017/1/7

حضرة السادة / مستشفى بيت جالا الحكومي المحترمين

لمن يهمه الأمر

تحية طيبة وبعد،،،

يقوم الطالب: عواد عزات محمود طنبينه ورقمه الجامعي (21420247)، بإجراء دراسة بعنوان :

" الوسواس القهري لدى مرضى الكلى والسرطان في محافظة الخليل " * 0599311542

يرجى من حضرتكم تسهيل مهمة الطالب المذكور والتعاون معه باعطائه البيانات اللازمة لتطبيق الدراسة.

شاكرين لكم حسن تعاونكم

د. سمير الصباح
متمسقة برنامج ماجستير الارشاد النفسي والتربوي




كلية العلوم التربوية
Psychology Dept.

Tel: 02-2799753 Fax: 02-2796960 Jerusalem P.O. Box 20002

التل: 02-2799753 فاكس: 02-2796960 القدس م.ب 20002

فهرس الجداول:

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
64	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيرات الدراسة.	(3.1)
66	نتائج معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات مستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلى والسرطان في محافظة الخليل	(2.3)
67	نتائج معامل الثبات للمجالات	(3.3)
70	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمجالات مستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلى في محافظة الخليل	(4.1)
71	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمجال عامل عام للوسواس والقهر مرتبة حسب أهميتها على الدرجة الكلية للمقياس	(4.2)
72	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمجال التكرار والنظام مرتبة حسب أهميتها على الدرجة الكلية للمقياس	(4.3)
73	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمجال الشكوك الوسواسية والاهتمام بالتفاصيل مرتبة حسب أهميتها على الدرجة الكلية للمقياس	(4.4)
74	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمجالات مستوى الوسواس القهري لدى مرضى السرطان في محافظة الخليل	(4.5)
74	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمجال عامل عام للوسواس والقهر مرتبة حسب أهميتها على الدرجة الكلية للمقياس	(4.6)
75	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمجال التكرار والنظام مرتبة حسب أهميتها على الدرجة الكلية للمقياس.	(4.7)
76	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمجال الشكوك الوسواسية والاهتمام بالتفاصيل مرتبة حسب أهميتها على الدرجة الكلية للمقياس	(4.8)
78	نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة في مستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلى في محافظة الخليل حسب متغير الجنس	(4.9)
79	نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة في مستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلى في محافظة الخليل حسب متغير المؤهل العلمي	(4.10)
80	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلى في محافظة الخليل يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية	(4.11)
81	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلى في محافظة الخليل يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية	(4.12)

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
82	نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة في مستوى الوسواس القهري لدى مرضى السرطان في محافظة الخليل حسب متغير الجنس	(4.13)
83	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى الوسواس القهري لدى مرضى السرطان في محافظة الخليل يعزى لمتغير المؤهل العلمي	(4.14)
84	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى الوسواس القهري لدى مرضى السرطان في محافظة الخليل يعزى لمتغير المؤهل العلمي	(4.15)
85	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى الوسواس القهري لدى مرضى السرطان في محافظة الخليل يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية	(4.16)
86	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى الوسواس القهري لدى مرضى السرطان في محافظة الخليل يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية	(4.17)
87	نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة في مستوى الوسواس القهري في محافظة الخليل حسب متغير نوع المرض	(4.18)

فهرس المحتويات:

أ.....	إقرار:
ب.....	شكر وتقدير
ج.....	الملخص:
ه.....	Abstract
1.....	الفصل الأول: الإطار العام للدراسة
1.....	1.1 المقدمة
3.....	1.2 مشكلة الدراسة
4.....	1.3 أهداف الدراسة
4.....	1.4 أسئلة الدراسة
4.....	1.5 فرضيات الدراسة
5.....	1.6 أهمية الدراسة
7.....	1.7 حدود الدراسة
7.....	1.8 مصطلحات الدراسة
9.....	الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة
9.....	2.1 الوسواس القهري
10.....	2.1.1 تعريف الوسواس القهري
12.....	2.1.2 صفات مرضى الوسواس القهري
12.....	2.1.3 مظاهر اضطراب الوسواس القهري
13.....	2.1.4 أشكال الوسواس القهري
15.....	2.1.5 أسباب الوسواس القهري
16.....	2.1.6 أعراض الوسواس القهري:
17.....	2.1.7 سمات الشخصية الوسواسية
17.....	2.1.8 علاقة الأفعال القهرية بالأفكار التسلطية:
18.....	2.1.9 اقسام اضطراب الوسواس القهري حسب تصنيف منظمة الصحة العالمية

19	2.1.10 علاج الوسواس القهري
21	2.1.11 النظريات المفسرة للوسواس القهري
27	2.2 الفشل الكلوي
	2.2.1 الفشل الكلوي الحاد: خطأ! الإشارة المرجعية غير معروفة.
28	2.2.2 أنواع الفشل الكلوي
31	2.2.3 طرق علاج الفشل الكلوي المزمن:
33	2.3 السرطان: Cancer
35	2.3.1 تعريف مرض السرطان CancerDisease:
35	2.3.2 تعريف الورم (السرطاني):
36	2.3.3 انواع الاورام:
36	2.3.3.1 الاورام الحميدة: (BeuiguTumour)
36	صفات الاورام الحميدة:
37	2.3.3.2 الاورام الخبيثة:
38	2.3.4 العوامل المساعدة للإصابة بالسرطان:
40	2.3.5 سمات الشخصية للمصابين بالسرطان:
40	2.3.6 اعراض السرطان:
43	2.4 الدراسات السابقة
43	2.4.1 الدراسات العربية:
53	2.4.2 الدراسات الأجنبية
61	2.4.3 تعقيب على الدراسات السابقة:
64	الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات
64	3.1 منهج الدراسة
65	3.2 مجتمع الدراسة وعينتها
65	3.3 وصف متغيرات أفراد عينة الدراسة
66	3.4 اداة الدراسة:
67	3.5 صدق الأداة

68	3.6 ثبات الدراسة
68	3.7 إجراءات الدراسة.....
68	3.8 المعالجة الإحصائية
70	الفصل الرابع: نتائج الدراسة
70	4.1 تمهيد
71	4.2 نتائج أسئلة الدراسة.....
71	4.2.1 النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:
75	4.2.2 النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:
79	4.2.3 النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث:
89	الفصل الخامس: مناقشة النتائج والتوصيات
89	5.1 مناقشة نتائج الدراسة
89	5.1.1 مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الرئيس:
91	5.1.2 مناقشة نتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:
96	5.1.4 مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع.....
98	5.1.5 مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس:
99	2.5 توصيات الدراسة
100	المصادر والمراجع
116	فهرس الجداول:
118	فهرس المحتويات: