

The effectiveness of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder by using remote digital knowledge media in a sample in my extended family (Al-Jazeera State- Sudan)

Co-Prof. Bakhita Mohammed Zain Ali

Sudan University of Science and Technology | Sudan

Received:
01/03/2023

Revised:
12/03/2023

Accepted:
14/08/2024

Published:
30/01/2025

* Corresponding author:
bkhytkab21@gmail.com

Citation: Ali, B. M. (2025). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder by using remote digital knowledge media in a sample in my extended family (Al-Jazeera State- Sudan). *Journal of Educational and Psychological Sciences*, 9(1), 90 – 106.

<https://doi.org/10.26389/AJSRP.E030323>

2025 © AISRP • Arab Institute of Sciences & Research Publishing (AISRP), Palestine, all rights reserved.

• Open Access



This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY-NC) [license](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

Abstract: The aim of the study is to examine the effectiveness of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder by using remote digital knowledge media in a sample in the researcher's extended family (Al-Jazeera State- Sudan) extended period (Al Jazeera State- Sudan), and to achieve this goal, the researcher used the Quasi experimental approach, on a sample of (11) patients, their ages between (18-25), using the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale for obsessive-compulsive disorder. Through her program directed to the sample individuals who suffer from compulsive behaviors or obsessive thoughts, whether separate or mixed, prepared by the researcher. It was implemented remotely using digital knowledge represented in the media of technology to fulfill the desire of the program participants. The statistical package for social sciences (SPSS) program was used to analyze the data, including the Wilcoxon Yale-Brown scale test to test hypotheses. Where the results of the research were as follows: the cognitive-behavioral therapy program effectively in reduction for obsessive-compulsive disorder of members sample. There are statistically significant differences between the mean scores of the sample individuals, between the pre- and post-measurement, in favor of the post-measurement, in the effectiveness of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder by using digital knowledge media remotely in a sample in my extended family (Al-Jazeera State- Sudan). as shown The results also showed that there were no statistically significant differences between the average scores of the respondents in the post-measurement and follow-up, the effectiveness of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder through the use of remote digital knowledge media among the members of the current research sample. The research reached a set of recommendations, including: support from the family for girls. Until the recovery from obsessive-compulsive disorder continues.

Keywords: cognitive-behavioral therapy, obsessive-compulsive disorder, distance, digital modes of knowledge.

فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي قائم على الوسائط الرقمية في علاج الوسواس القهري عن بعد لدى عينة في أسرتي الممتدة (ولاية الجزيرة- السودان)

أ.م.د/ بخيطة محمد زين علي

جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا | السودان

المستخلص: هدف البحث الحالي عن كشف فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي قائم على الوسائط الرقمية في علاج الوسواس القهري عن بعد لدى عينة في أسرتي الممتدة (ولاية الجزيرة- السودان)، ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الباحثة المنهج الشبه تجريبي، على عينة مكونة من (11) مريضة، أعمارهن بين (18-25)، مستخدمة مقياس ييل براون (Yale-Brown Obsessive Compulsive) للوسواس القهري. من خلال برنامجها الموجه لأفراد العينة الذين يعانون سلوكيات قهرية أو أفكارا وسواسية سواء كانت منفصلة أم مختلطة، من إعداد الباحثة. تم تنفيذه عن بعد باستخدام الوسائط الرقمية، تحقيقاً لرغبة المشاركين في البرنامج. مستخدمة لتحليل البيانات برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، منها اختبار ولكوكسون بمقياس ييل براون لإختبار الفرضيات. حيث جاءت نتائج البحث كالاتي: للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فاعلية في خفض اضطرابات الوسواس القهري في فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي للوسواس القهري القائم على الوسائط الرقمية عن بعد لدى عينة في أسرتي الممتدة (ولاية الجزيرة- السودان). وأيضاً وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة بين القياس القبلي والقياس البعدي لصالح القياس البعدي لدى أفراد العينة. كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة في القياس البعدي والمتابعة في فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي للوسواس القهري عن طريق استخدام وسائط المعرفة الرقمية عن بعد لدى أفراد عينة البحث الحالي، وتوصل البحث إلى مجموعة وتوصيات منها: الدعم والمساندة من قبل الأسرة للفتيات حتى يستمر التعافي من الوسواس القهري.

الكلمات المفتاحية: العلاج المعرفي السلوكي، الوسواس القهري، عن بعد، الوسائط الرقمية.

1- المقدمة.

استشراف المستقبل ذلك العلم الجديد من علوم المعرفة التي تساعد في إعادة تشكيل المجتمعات بشكل أكثر مرونة وحرارية، من خلال الرؤى والتصورات والخطط والاستراتيجيات القائمة على منهجيات علمية موضوعية، وتوسيع دائرة المعرفة بهذا النوع من الدراسات المستقبلية في البلاد، وبما تسعى إلى تحقيقه من أهداف، وبما تتبعه من منهجيات وأساليب للبحث في المستقبل، والفرد الآن يعيش في عالم ديناميكي متغير، تتسارع فيه وتيرة الابتكارات والاستكشافات. حيث كان العلاج النفسي للأمراض النفسية قاصراً على المقابلة الإكلينيكية التي يخشاها الكثير من المرضى بحجة الوصمة الاجتماعية، وخاصة مرضى الوسواس القهري الذين يتحاشون نظرات الناس وتصنيفهم بأنهم مرضى نفسانيين الأمر الذي يستدعي إخفاء المرض حتى يتفشى ويظهر بصوره ملفتة للنظر. ولذا باتت عملية استشراف مستقبل المعرفة شيء لا بد منه لإيجاد البديل لهؤلاء المرضى ليتم العلاج بسرية لإبتكار تقنيات العلاج عن بعد لمرضى الوسواس القهري.

ويعتبر اضطراب الوسواس القهري أحد أشكال اضطرابات القلق والتي يشترك معها في الأعراض، فدرجة قليلة من القلق تعمل على زيادة اليقظة والانتباه والتحسين في أداء الفرد، ولكن إذا تجاوز القلق حدًا معيناً فإن أداء الفرد سوف ينخفض، وبالتالي يعوق إنجازته، ويصبح اهتمامه فقط في الأفكار الوسواسية وممارسة الطقوس.

يدرج هذا الاضطراب تحت مظلة اضطرابات الإجهاد انطلاقاً من أن الوسواس القهري ينتج كاستجابة فطرية عن الإجهاد في سبيل جهود الفرد للسيطرة على بيئته التي لا يمكن التنبؤ بها. ويخجل كثير من الناس المصابين باضطراب الوسواس القهري من حالتهم فيحاولون إخفاء مظاهر هذا الاضطراب، على الرغم من أن هذه الأعراض تخفف عنهم حدة القلق الذي يعانونه، وهذا ما يجعلهم يلجؤون إلى التكتّم عن أعراضهم لسنوات عدة قبل أن يسعوا إلى طلب العلاج. الأمر الذي يعطي مؤشراً مرتفعاً لشبوع الوسواس والأفعال القهرية لدى الأسوياء، ويتناقض مع ما هو معروف من كون اضطراب الوسواس القهري من أقل الاضطرابات العصابية شيوعاً بين الناس (أحمد، 2012: 43).

وهذا ما جعل الباحثة تلجأ لوسائل التكنولوجيا كالواتساب وكلمة أولان لتباعد المريض الذي يشعر بالحرج والوصمة إذا كشف أمره أنه مريض نفسي حتى تساعد هؤلاء المريضات لأيجاد سبل للتخلص من أعراض المرض من خلال تقنية العلاج المعرفي السلوكي، الذي يمكن للمريض ان يفهم ما يقدم له خلال العالم الافتراضي. لأن اضطراب الوسواس القهري لعدة عقود اعتبر اضطراباً مزمنًا وعنيديًا ومقاومًا للعلاج، بل وعدّ من أعقد الاضطرابات النفسية (رجز، فوا: 2002). والسبب في ذلك خوف المريض من كشف أعراض مرضه.

وعلى الرغم من وضوح أعراض اضطراب الوسواس القهري في الدليل التشخيصي للجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) فإن الإصابة بالوسواس القهري تأتي بعد مضي فترة طويلة من بدء ظهور أعراضه حتى تنال منه هذه الأعراض، ويبدأ في المعاناة الشديدة، لذلك فهو اضطراب مزمن، وعادة يسبب كرباً شديداً، ويتصف بوجود الشكوك المفرطة وأنماط الممارسات القهرية، ومن هذه الأعراض اختلال الأنية واختلال العالم الخارجي، حيث يشعر الفرد بأن مشاعره الخاصة أو خبراته معزولة، وبعيدة وليست خاصة به ومفقودة، كأنه يشاهد نفسه من على بعد أو كأنه ميت، وفي اختلال العالم الخارجي يشعر الفرد بأن الأشياء من حوله تتغير ويشعر بأن الأشياء تكبر وتصغر عن حجمها العادي (عكاشة، 2010).

وعلى الرغم من عد هذا الاضطراب أحد أعقد الأمراض النفسية، فإن التقدم في العلاجات السلوكية والفارماكولوجية (الدوائية) في العقدين الأخيرين أدى إلى تحسن مآل المرضى (Barlo, 2002, 472).

وقد أصبح العلاج المعرفي السلوكي من أنواع العلاجات المعروفة في مجال المشكلات النفسية. وتنطلق أسس وتقنيات هذا العلاج من كون أن الأفكار غير التوافقية هي الجوهر، حيث يفترض أن الأفكار غير التوافقية هي التي تقود الناس إلى سوء إدراك الحالات والاستجابة بطريقة غير فاعلة وغير ملائمة تسهم في استمرار الأعراض بل وتفاقمها (فضل، 2008).

ويصاحب اضطراب الوسواس القهري عادة أمراض أخرى، مثل الاكتئاب والقلق، واضطرابات النوم، وغالباً هذه الاضطرابات تعوق كفاءة العلاج السلوكي للوسواس القهري (Foa et al., 1982).

وبناء على التفسيرات المتعددة للوسواس فقد تنوعت الطرق العلاجية التي تناولت خفض حدة أعراض الوسواس القهري فاستخدم العلاج الدوائي والعلاج الدينامي والتدعيمي... وغيرها، ويعد العلاج المعرفي السلوكي أحد الخيارات المتاحة الناجحة ويتوجه التدخل العلاجي (Intervention) بتقنية التعرض ومنع الاستجابة (ERP) Exposure and Response Prevention مقارنة مع الطرق الأخرى (Lindsay, et al., 1997) بحيث يواجه المرضى مواقف؛ بشكلٍ أولي إلى تطبيق تقنية تثير لديهم الضيق والتوتر، ويمنعون عن القيام بأي أفعال أو طقوس قهرية يمكن أن تخفف عنهم مشاعر الضيق، ثم يتم تحديد المعرفيات المشوهة والاعتقادات التي تمنع المريض من تنفيذ تقنية التعرض، وكذلك الأفكار التي تقلل من قدرته على تخفيض درجة القلق، والسلوكيات المختلة وظيفياً المرتبطة بها، وكيفية تفسير المتعالج لهذه الأفكار المقتحمة، ثم دحض هذه المعرفيات وتعديلها بما يخدم الاستفادة من العلاج بالتعرض، وكذلك الأفكار والاعتقادات التي تقلل من قدرته على تخفيض درجة القلق والخطر الذي يتوقع حدوثه مريض الوسواس القهري.

2-1-مشكلة البحث:

لقد شهدت العقود الأخيرة تزايداً ملحوظاً في نسب انتشار العديد من الاضطرابات النفسية والتي تؤثر بالسلب على حياة الشخص بالإضافة إلى أسرته، ومن هذه الاضطرابات الاكتئاب واضطرابات القلق، الرهاب، (الفوبيا)، والوسواس القهري (عبدالهادي، 2012)، ونجدها تفتت أكثر بين فئة الشباب من طلاب الجامعات كما ذكر (السقا، 2014: 89) إن الشباب يقعون فريسة المرض خاصة عندما تؤثر هذه الأفكار والسلوكيات في ميادين مختلفة من حياة الشخص، كالعمل والدراسة الأكاديمية والعلاقات العائلية والاجتماعية.

كما جاء في كل من دراسة مقدادي (2008) الكشف عن فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض الوسواس القهري لدى عينة من طلبة الجامعة، ودراسة حنور (2007) التي هدفت إلى التخفيف من اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلبة كلية التربية بجامعة كفر الشيخ، وهذا الأخير ما تم ملاحظته من قبل الباحثة في أفراد أسرته من الفتيات التي تتراوح أعمارهن بين (18- 25) اللاتي تركن مقاعد الدراسة بسبب هذه الأفكار الوسواسية، التي عجزت الأسر في إيجاد الدواء الفاعل للقضاء على تلك الوسواس، بعد المداومة الكبيرة مع الطبيب النفسي وطول أمد العلاج بدون جدوى، خوفاً من الوصمة وأيضاً الخوف من مستقبل بناتهن من عدم الزواج إذا كشف أمرهن، ولهذا تتبعت الباحثة الأفعال القهرية للأفراد العينة لمعرفة أعراض المرض، وضحت لكل واحدة منهم على حدى أنني أعرف أنهم يعانون من الوسواس القهري، ولا بد من علاج سلوكي، وللحفاظ على سرية الأمر وهن ما يرغبن فيه عرضت عليهن برنامج العلاج المعرفي السلوكي عن بعد عبر (الوسائط الرقمية) المتاحة لهن وما يرغبن هن فيه حتى لا يكتشف أمر العلاج حسب رغبتهن. وكانت نتيجة الموافقة على الفكرة إيجابية. وهذه المبررات التي دفعت الباحثة للقيام بهذه البحث تعاملها مع الكثير من الحالات التي تعاني من اضطراب الوسواس القهري بمقتضى عملها كإخصائية نفسية، وتعرفها على المعاناة النفسية للمريض والألام الشديدة، وما يسببه من كدر ملحوظ واحباط وتردي جوهري في أنشطته اليومية، وأدائه الوظيفي، وأنشطته الاجتماعية، وعلاقاته بالآخرين، وتستدعي الضرورة تناول هذه الظاهرة قبل تطورها إلى مراحل تصعب السيطرة عليها، وهنا تبدو الحاجة الماسة لوجود وتطبيق برامج نفسية علاجية. وسعيًا وراء تحقيق فاعلية أكبر للأساليب العلاجية والتخفيف من معاناة أفراد العينة اللاتي يعانين الوسواس القهري، واستناداً إلى واقع نقص الخدمات النفسية وإلى نتائج الأبحاث التي أشارت إلى فاعلية هذه الطريقة من خلال تطبيق برنامج علاجي على عينة من المرضى الوسواسيين، يمكن صياغة مشكلة البحث في السؤال الرئيس الآتي:

ما مدى الفاعلية التي يحققها البرنامج المصمم في خفض حدة أعراض الوسواس القهري باستخدام وسائط المعرفة الرقمية عن بعد لدى عينة في أسرتي الممتدة (ولاية الجزيرة – السودان) الذي نتج عنه التساؤلات الفرعية الآتية:

- 1- هل لبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فاعلية في خفض اضطرابات الوسواس القهري لدى افراد العينة؟
- 2- هل توجد فروق ذات دلالة احصائية بين القياسين القبلي والبعدي في الوسواس القهري بعد تطبيق برنامج العلاج السلوكي، باستخدام الوسائط الرقمية عن بعد لدى أفراد عينة البحث؟
- 3- هل توجد فروق ذات دلالة احصائية بين في الوسواس القهري بعد تطبيق برنامج العلاج السلوكي وبعد المتابعة لصالح ما بعد المتابعة باستخدام وسائط المعرفة الرقمية عن بعد لدى افراد عينة البحث؟

3-1-أهداف البحث:

1. التعرف على فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطرابات الوسواس القهري لدى افراد العينة.
2. التعرف الفروق الاحصائية بين أفراد عينة البحث على مقياس بيل براون للوسواس قبل تطبيق العلاج القياس القبلي (وبعده) القياس البعدي باستخدام وسائط المعرفة الرقمية عن بعد لدى عينة في أفراد أسرتي الممتدة بالسودان.
3. الكشف عن وجود فروق بين أفراد العينة على مقياس براون للوسواس بعد تطبيق العلاج وبعد المتابعة لصالح ما بعد المتابعة باستخدام وسائط المعرفة الرقمية عن بعد لدى أفراد عينة البحث.

4-1-أهمية البحث:

تأتي أهمية البحث من ناحيتين:

- الأهمية النظرية:
- تناول علاج اضطراب من أعقد الاضطرابات النفسية، وهو يشكل بذلك تحدياً علمياً قوياً عن بعد لعلاج مرضى نفسيين.
- استخدم العلاج المعرفي السلوكي الذي يعد واحداً من الخيارات الناجحة في علاج اضطراب الوسواس القهري مقارنة بالطرق العلاجية الأخرى عن بعد.
- حسب علمي يضيف هذا البحث إطاراً نظرياً يستخدم لأول مرة الوسائط الرقمية عن بعد في العلاج النفسي.

- الأهمية التطبيقية:
- يطبق العلاج المعرفي السلوكي بشكل مستقل دون استخدام دواء.
- بعد ظهور نتائجه يمكن أن يقدم خدمات ومساعدات عملية يمكن أن تسهم في خفض المعاناة لمرضى الوسواس القهري في مجال الأداء الوظيفي الروتيني أو المهني أو الأكاديمي أو في العلاقات البيئشخصية؛ حيث وجد أن (50% إلى 70%) من المرضى المعالجين يظهرون نوعاً من التحسن و(20-30%) بشكل جيد، بينما يتحسن (40-30%) بشكل متوسط (Kaplan & Sadock, 2007).
- افتقار مثل هذه الدراسات عن بعد للعلاج النفسي ولا سيما في علاج الوسواس القهري في البيئة السودانية حسب علم الباحثة.
- تساهم نتائجه في مساعدة الذين يعانون من الوصمة الاجتماعية أن يكون علاجاً مستتراً يحافظ على نفسية المريض والتعافي من المرض.

5-1- حدود البحث:

- الحدود الموضوعية: فاعلية العلاج المعرفي السلوكي للوسواس القهري عن طريق استخدام وسائط المعرفة الرقمية عن بعد لدى عينة من أسرتي الممتدة (ولاية الجزيرة- السودان)
- الحدود البشرية: طالبات من أسرتي متسربات من مقاعد الدراسة بسبب اعراض اضطرابات الوسواس القهري.
- الحدود المكانية: ولاية الجزيرة بالسودان.
- الحدود الزمانية: سبتمبر-نوفمبر 2022م.

6-1- مصطلحات البحث:

- **فعالية: effectiveness** تعني الأثر الذي يمكن أن يحدثه البرنامج ويتم تحديد هذا الأثر إحصائياً من خلال حجم التأثير (Size Effect) لكل اختبار إحصائي مستخدم في التحقق من تأثير البرنامج (كامل، 2006م: 11).
- **العلاج- المعرفي السلوكي نظرياً:** يعرف " بأنه أسلوب من الأساليب الحديثة في العلاج النفسي يقوم على أساس من نظريات التعلم، ويشتمل على مجموعة من تكتيكات التدخل تهدف إلى حدوث تغير في سلوك الإنسان الظاهر الذي يمكن ملاحظته والاستجابات غير الظاهرة مثل الأفكار والانفعالات (موسى، الدسوقي، 2013: 359).
- **تعريف العلاج المعرفي السلوكي إجرائياً:** " هو مجموعة من الجلسات العلاجية والإرشادية وفق برنامج مخطط يشمل مجموعة من الأهداف والأنشطة والخبرات والإجراءات او التقنيات المنظمة التي تهدف إلى تخفيف أعراض وحدة الوسواس القهري، وفق النظرية المعرفية، نموذج (بيك) النظرية الثلاثية المعرفية السلبية، والتي تشمل القوانين الثلاثة:
 - التفكير السلبي حول النفس (أنا لا قيمة لي).
 - التفكير السلبي حول الحياة (كل حياتي غلط).
 - التفكير حول المستقبل (ستبقى حياتي كما هي) (بيك، جودت، 2007: 15).
- تعريف الوسائط الرقمية عن بعد إصطلاحاً: إحدى الوسائط العديدة المتاحة بالفعل، أو التي يمكننا البدء في تصميمها في ضوء الإطار الزمني المطلوب، لبلوغ الأهداف الموضوعية على خارطة الطريق التكنولوجية (الكعبي، 2018)، والمتاحة لهذا البحث كالتواتسب والكميرا أولاين.
- تعريف الوسائط الرقمية اجرائياً: تعرفها الباحثة بأنها تلك الوسائط الإلكترونية التي إستخدامها في البرنامج كوسائل لتحقيق هدف المعرفة علاجية عن بعد، ويعد الواتساب من أكثر الوسائط استعمالاً وذلك لسهواته وقدرته على توصيل المعلومة بسرعة، كما نجد كمرا أولاين هي الأفضل في توثيق الحدث في حينه.
- **الوسواس القهري:** ويعرف الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس (DSM-5, 2013) الوسواس بأنها أفكار ثابتة أو نزعات أو خيالات، يخبرها الشخص على الأقل على أنها غير مرغوبة وليس لها معنى. ويحاول الشخص أن يتجاهل أو يكبح هذه الأفكار أو النزعات أو يحاول استبدالها بأفعال وأفكار أخرى. ويعرف الشخص أن أفكاره الوسواسية هي نتاج عقله وليست مفروضة عليه من الخارج.
- إجرائياً: هي الدرجة التي يصل إليها المريض بالوسواس القهري في مقياس بييل براون المعد لهذا الغرض في هذا البحث بدرجة مرتفعة.
- **الأسرة الممتدة:** الأسرة الممتدة اصطلاحاً: هي الوحدة الأولى للمجتمع وأولى مؤسساته التي تكون العلاقات فيها مباشرة ويتم تنشئة الفرد داخله أوفيهما يكتسب الفرد فيه عواطفه ومهاراته ورغباته. (مصطفى و ابراهيم، 1989)، والأسرة الممتدة وهي امتداد لعضوية الأسرة إلى ما بعد حدود الأسرة النووية، وهذا الإمتداد يمكن أن يشمل أفراد من نفس الجيل أو من عدة أجيال (حراث، 2015).

- تعريف الأسرة الممتدة إجرائياً: تعرفها الباحثة بأنها إمتداد لأفراد الأسرة النووية الصغيرة الواحدة لأجيال لاحقة تنتشر في جميع أنحاء المدن والقرى في القطر الواحد بحيث تكون محتفظة بالعلاقة الرحمية الجيدة للأسر النووية الأولى، وفي هذا البحث يقصد طالبات مصابات بالسوسواس القهري تحديداً من عدة أسر ينتمين لأسرتي الممتدة داخل ولاية الجزيرة بالسودان.
- استشراف مستقبل المعرفة الرقمية: اصطلاحاً: إيقاظ الوعي المستقبلي لدى عموم الجماهير العربية الراغبة في إحداث تغييرات إيجابية حقيقية تدفع بالبلاد لتحقيق معجزة نهضوية حقيقية (الكعبي، 2018)
- إجرائياً: تعرفه الباحثة بأنه إضفاء بعد مستقبلي بعيد المدى على منهجية التفكير وطريقة اتخاذ القرارات الرشيدة نحو مستقبل أفضل عبر الوسائط الرقمية، ذلك أن ما نتخذه من قرارات في الحاضر سوف يؤثر بصورة أو بأخرى على مستقبلنا ومستقبل أجيالنا القادمة. من خلال استخدام المعرفة وتوصيلها للمفحوصين عن طريق الرقمنة المعرفية المتمثلة في الوسائط الرقمية الحديثة الحديثة التي ثبتت فاعليتها لدى الناس جميعاً.

2- الإطار النظري والدراسات السابقة.

1-2-1-1-2 الإطار النظري

1-1-2-1-1-2 العلاج المعرفي السلوكي:

أظهر أسلوب العلاج المعرفي السلوكي فاعليته في التعامل مع خفض عدة مشكلات كما ورد في بعض الدراسات مثلاً في دراسة كل من المقدادي (2008) في خفض حدة الوسواس القهري والسحاتي (2012) في خفض رهاب التحدث أمام الآخرين، الأغا، بشار (2009) في دراسة سمات شخصية مرضى الوسواس القهري، وأبوهيبة (2016) في علاج الاكتئاب، وغيرهم.

1- أهداف العلاج السلوكي:

- تحديد المشكلات في مصطلحات سلوكية.
- مساعده العملاء علي إدراك دور الأحداث وتأثيرها علي السلوك.
- العمل علي تقييم التغيرات السلوكية والمعرفية.
- إحداث تغيير في البناء السلوكي للعميل.
- تحقيق التفاعل بين العوامل السلوكية والعوامل الأخرى المرتبطة بالأداء للمهارات الاجتماعية للعميل (زيدان، علي، 2015: 258-259).

2- أساليب العلاج المعرفي السلوكي الحديثة:

يستخدم المعالجون السلوكيون مجموعة من الأساليب التي تعتمد على مبادئ التعلم السلوكي ويوظفونها في علاج الاضطرابات الانفعالية والسلوكية، وتتلخص هذه الأساليب في عدد من الإجهادات والطرق التي ابتكرها أبرز السلوكيين المعاصرين من أمثال واطسون وسكندر وباندورا وويلي وبك وإليس وغيرهم ممن سبق الإشارة إليهم. وفي هذا الجزء سيتم التركيز على أبرز هذه الأساليب مع إبراز نماذج علاجية واقعية وحقيقية لكل طريقة من طرق العلاج السلوكي. هذه الأساليب تعرف أحياناً بتقنيات أو تكتيكات العلاج السلوكي (رشوان، عبد المنصف، 2008)، ومن أبرز هذه الأساليب:

(1) التدعيم الإيجابي Positive Reinforcement:

ويقصد به المكافأة أو الثواب أو العقاب أو الجزاء الذي يعقب الاستجابة ويؤدي بالفرد أو العميل إلى الرضا عندما يقوم بالسلوك المرغوب، ويكون التدعيم في صور مادية أو معنوية مثل:-
النقود، أو الطعام، المدح، الثناء، الأشياء المحببة للفرد كاللعب، الرحلات، الاحترام والإشادة، أو الجوائز. وينعكس كل ذلك على السلوك السوي مما يعززه ويدعمه ويثبته ويؤدي إلى النزعة نحو تكرار السلوك إذا تكرر الموقف.

(2) التدعيم السلبي Negative Reinforcement:

وفيه يتم تعريض العميل لمثير غير سار مقدماً ثم يشرع في إزالته مباشرة بعد ظهور الاستجابة المرغوبة، أو إزالة مثير مكروه ومنفر عقب ظهور الاستجابة المرغوبة. ويستخدم مع العملاء الذين يبدون تكاسلاً أو إمتناعاً في الاستجابة نحو تعديل واحد أو أكثر من مظاهر الاضطراب السلوكي لديهم، وذلك خلال حرمانهم من الأنشطة أو الألعاب المحببة لهم بالاتفاق مع من يملك الحرمان مثل (الآباء في المنازل، أو المسؤولين عن الأنشطة في المدارس).

(3) التدعيم المتمايز (الفارقي) Differential Reinforcement:

ويستخدم في حالة إتيان نوعين من السلوك (سوي/مشكل) في نفس الوقت ويكون هنا التدعيم في اتجاهين هما:

- أ- زيادة استجابة سوية.

ب- إنقاص استجابة مشكلة أو حذفها. ويتم ذلك من خلال تقديم مثير تدعيم تالي لوقوع الاستجابة السوية مع وقف التدعيم عند وقوع الاستجابة المشككة في نفس الوقت من خلال مثير مرغوب يساعد العميل على التغلب على التردد والخبرة بين السلوكين.

(4) تشكيل الاستجابة Response Shaping

ويقصد به تقديم مثير يلي إصدار استجابات مرغوبة بطريقة متتابعة ويتضمن ذلك تقسيم السلوك المراد تعلمه إلى خطوات ومراحل صغيرة وتدعيم السلوك كلما أنجز خطوة من هذه الخطوات التي تؤدي إلى تحقيق أداء السلوك بكامله في النهاية ويستخدم هذا الأسلوب العلاجي في المقابلات الأخيرة بقصد تحديد السلوك النهائي المرغوب الوصول إليه.

(5) العقاب Punishment:

ويقصد به تقديم مثير منفر أو مكروه عقب صدور استجابة سلبية ويقصد به أيضا توقيع تأثير لفظي أو بدني أو إظهار منبه مؤلم عند حدوث السلوك غير المرغوب فيه أو الدال على الاضطراب ويختلف عن التدعيم السلبي من حيث نتائج كل منهما. ويتضمن العقاب الإبعاد المؤقت للعميل لفترات قصيرة في مكان لا يعود عليه بمدعمات اجتماعية أو نفسية. ويساعد هذا الأسلوب على إعطاء العميل فرصة للتأمل في سلوكه بهدوء. يقدم هذا الأسلوب بواسطة ولي الأمر أو من يمثلونه كسلطة على العميل.

(6) تقديم نموذج للاقتداء Model Oresentation:

وفي هذا التكنيك يتم عرض نماذج حقيقية أو رمزية للسلوك المطلوب، ويطلق عليه التعلم الاجتماعي عن طريق التقليد. ويتم من خلال ذلك ملاحظة النماذج والتدريب على تأكيد الذات ولعب الأدوار ويتوقف هذا الأسلوب على وجود نموذج يمكن أن يؤدي الدور المراد تعلمه بإتقان وبصورة متسلسلة تؤدي إلى كشف خطوات تأديته أداء السلوك ويتم عن طريق أربع عمليات: أ-الانتباه Attention إلى خصائص السلوك المرغوب. ب-الاستيعاب والتذكر Retention عن طريق التكرار والتدريب على السلوك المعروض. ج- إعادة القيام التلقائي بالسلوك Motoric Reproduction عن طريق مساعدة العميل لتقليد النموذج بشكل لفظي أو رمزي أو تمثيلي في مواقف الحياة الفعلية والواقعية. د- التدعيم Reinforcement وهذا المؤثر الذي يساعد العميل على ممارسة السلوك المطلوب ويطلق عليها عملية الواقعية Motivation (رشوان، عبد المنصف، 2008).

2-1-2- الوسواس القهري

1- تعريف الوسواس القهري:

عرف الوسواس القهري كاضطراب منذ وجد الإنسان على وجه البسيطة، إلا أن وصفه بشكل دقيق لم يتم إلا على يد الطبيب الألماني " إميل كريبلين (1856-1926) الذي عبر عن هذا الاضطراب بمصطلح (Zwangsneurose) باللغة الألمانية. ولدى ترجمة المصطلح من اللغة الألمانية للغة الانجليزية أصبح مصطلح (Zwang) مرادفاً لمصطلح الوسواس (Obsession) الذي يعني القهر أو القسر (Compulsion) في الترجمات الأمريكية. أما الباحثون العرب الذين اعتمدوا على الترجمة الإنجليزية بدون الرجوع إلى الألمانية فقد حاولوا الأخذ بالشمولية، فاستخدموا مصطلح الوسواس القهري ليشير إلى جانبين مختلفين لهذا الاضطراب: أولهما الوسواس الذي يشير إلى محتوى التفكير ومضمونه، وثانيتها القهر أو الإكراه الذي يشير إلى السلوك أو الأفعال الظاهرة. ويلاحظ أن الترجمات للمصطلح تعددت لدى الباحثين العرب فنجد مرادفات كثيرة مثل: اضطراب الوسواس القهري، والعصاب الوسواسي، والعصاب القهري، والعصاب الهجاسي، والحواز، والحصار، والاختراق، إلا أن مصطلح الوسواس القهري يبقى هو المصطلح الأكثر تداولاً في ميدان علم النفس (أبوهندي، وائل، 2003: 22).

ويتكون الوسواس القهري من شقين:

- الأفكار الوسواسية: هي مجموعة من الأفكار أو الصور المتواصلة والمتسلطة والمستمرة التي تقتحم عقل المريض وتراوده وتلازمه مع عجزه عن دفعها أو طردها أو التخلص منها (أبوهندي، وائل، 2003، 23).
- الأفعال القهرية: هي أعمال وسلوكات متكررة جبرية استجابة لأفكار وسواسية يقوم بها الفرد لتخفف أو تمنع القلق والإزعاج الناتج عن ذلك، ولا يستطيع المريض مقاومتها، وهي تستحوذ عليه لفترة طويلة، وهو غير راضٍ عنها ولا يحبها خاصة وهو لا يشعر بفائدة من وراء تكرارها، لكنه مقهور على استمرار عملها والقيام بها (سالم، محمد شريف، 2008: 45).

2- النظريات المفصرة لاضطراب الوسواس القهري:

يرى فرويد في كتاباته الأخيرة (1913) أن الدافع المكبوت في العصاب القهري هو الدافع الجنسي، ويشير إلى الدور الذي تؤديه الخبرات الجنسية المبكرة في نشأة العصاب القهري، حيث ذكر أنها تنشأ نتيجة تعرض الشخص لخبرة جنسية مؤلمة فيها عدوان أو تحرش جنسي على المريض في طفولته المبكرة، وتقوم الأنا لحماية نفسها من هذه الفكرة المكبوتة بأنواع من الأفكار أو الأفعال القهرية أو المخاوف

مثل الخوف من النجاسة والخوف من الناس كما يرى أن السلوك القسري ينشأ عن التدريب الذي قوامه الإصرار الزائد والمفرط على أمور النظافة في الطفولة المبكرة، ولذلك أسموها بالشخصية القمية استناداً إلى اسم المرحلة التي تتكون خلالها، ويرى فرويد أن المصابين بالعصاب القهري، إذا مُنِعوا من القيام بأعمالهم وحركاتهم القهرية مثل غسل اليدين، وكثرة الاستحمام، وتكرار الموضوع فإنهم يشعرون بقلق شديد، وهم لا يستطيعون تجنب هذا القلق إلا باستئناف القيام بهذه الحركات أو الأفعال القهرية، وقد لاحظ فرويد من ذلك أن هذه الحركات القهرية تقوم بإخفاء القلق، فالمرضى يقومون بهذه الحركات لكي يتجنبوا الشعور بقلق، فالأعراض في العصاب القهري قد حلت محل القلق (بيجي، 2012؛ يوسف، 2001؛ فرويد، 1985).

النظرية السلوكية: وتفترض النظرية السلوكية أن مرضى اضطراب الوسواس القهري يوجد لديهم ارتباط بين الأشياء أو الظروف والخوف، ويتعلمون تجنب الأشياء التي يخافون منها وأداء طقوس تساعد على خفض التوتر والخوف، وهذا الخوف وسلوك التجنب أو الطقوس قد يبدأ عندما يقع الفرد في مواقف ضغط عاطفي، مثل بداية وظيفة جديدة، أو نهاية علاقة ما (أحمد، 2012؛ يوسف، 2001). النظرية المعرفية: يستند النموذج المعرفي في تفسير اضطراب الوسواس القهري إلى بعض الفرضيات منها الفرضية الأولى يواجه أفراد غير سريريين (غير المرضى) أفكاراً وسواسية متشابهة في المضمون والشكل للوسواس والأفعال القهرية التي يعاني منها مرضى الوسواس القهري، وترى بأن التفسير الخاطئ والسلبى للأفكار يكون السبب في زيادة الأفكار وكثافتها وتحويلها إلى أفكار وسواسية، وأيضاً وجود معتقدات لاعقلانية لدى المرضى مثل مسؤولية الفرد عن منع الأذى المستقبلي عن نفسه وعن الآخرين، وزيادة مشاعر الذنب لديه (رجز، فو، 2002). والفرضية الثانية ترى أن مرضى الوسواس القهري يعانون من تشوه معرفي والذي يظهر ضمن حلقة مفرغة وبطيئة. والذي ينشط هذه الحلقة هو التحفيز المفرط غير الطبيعي، الذي يجعل المريض في حالة تأهب دائم، مما يدفع إلى القيام بطقوس معينة بشكل قهري. وكسر هذه الحلقة المفرغة يتم عن طريق التعامل مع معتقدات المريض (دليل، 2015).

النظرية الاجتماعية: يعتقد المتحمسون لنظرية التعلم الاجتماعي أن الابن إذا رأى أباه أو أمه يقومان مراراً ببعض الأفعال القهرية، (كالطقوس الحركية، والفحص والتأكد والتخزين، وغيرها)، فإنه يختزن الخبرة في ذهنه، فإنه يسرع بالقيام بتقليد الأب أو الأم كوسيلة للتعامل مع هذه الضغوط النفسية، إذا وقع تحت تأثير ضغط نفسي أو اجتماعي. والاضطرابات ليست بالضرورة نتاج قوى خفية سرية مستغلقة، فقد تنتج عن عمليات عادية من قبيل التعلم الخاطئ من المحيطين المؤثرين وعدم التمييز بين الخيال والواقع. كما أن محتوى ومخرجات التفكير تمثل وهما مستمداً من مقدمات خاطئة. والسلوك قد يكون إنهمازياً لأنه مبني على اتجاهات ومعتقدات غير عقلانية، قد تنتج عن الاستدلال المغلوطة المبني على معلومات غير كافية أو غير صحيحة، (بيك، 2000؛ عبد الهادي، 2012).

أسباب اضطراب الوسواس القهري: وهي كثيرة نختصر الآتي لأهميته:

1. الأسباب الفسيولوجية

الأسباب الفسيولوجية خاصة بالجهاز العصبي وكهربائية نشاط المخ، كما أشارت الأبحاث إلى أن أسباب اضطراب الوسواس القهري هي مشكلات في الاتصال بين الجزء الأمامي من المخ المسؤول عن الإحساس بالخوف والخطر والتركيبات الأكثر عمقا للدماغ في العقدة العصبية القاعدية التي تتحكم في قدرة المرء على البدء والتوقف عن الأفكار. وتستخدم هذه التركيبات الدماغية الناقل العصبي الكيميائي (سيروتونين) ويعتقد أن اضطراب الوسواس القهري يرتبط بنقص في مستوى السيروتونين (Marisol, 2006).

2. الأسباب الوراثية-

يرث الفرد الاستعداد للإصابة بالاضطراب ولا يرث المرض، لأن العامل الوراثي واحد من بين عوامل متعددة ومتشابهة (موسى، الدسوقي، 2013) ويؤدي العامل الوراثي دوراً مهماً في نشأة الوسواس القهري، فقد وُجد أن بعض أبناء المصابين بالوسواس يعانون من الاضطراب نفسه، كذلك الإخوة والأخوات. هذا غير بقية أفراد العائلة الذين يعانون من الشخصية القهرية.

3. أسباب مرتبطة بالبيئة الاجتماعية والثقافية:-

يرى سوليفان أن العوامل الاجتماعية والثقافية تؤدي دوراً في ظهور وتنمية الأعراض القهرية، ويؤكد أن انشغال الفكر وتحمل المسؤولية في فترة الطفولة يجعل الفرد عرضة للوسواس القهري (العززي، 2007).

كما أورد دليل مركز التعاون الدولي للصحة النفسية (National Collaborating 2006) مجموعة من العوامل التي قد تسبب في الإصابة باضطراب الوسواس القهري وهي:

التمزق والتوتر العائلي قد يكون مصدراً من مصادر الضغوط المسببة للوسواس القهري.

أحداث الحياة الصعبة والمعاكسة Adverse life event and difficulties تزيد من أعراض المرض، وقد تتمثل أحداث الحياة في بداية دخول مدرسة أو جامعة جديدة أو الانتقال من منزل لآخر، أو الفشل في الزواج والمشكلات الصحية (عبد الهادي، 2012). وتعتقد الباحثة أن هذه الأسباب الأخيرة هي ما تم كشفها لدى أفراد العينة.

2-2-الدراسات السابقة:

- هدفت الدراسة البلوي(2018) إلى التعرف إلى فاعلية برنامج التقليل من تصور الخطر القائم على أساس نظرية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب الوسواس القهري المتعلق بالنظافة لدى النساء في المملكة العربية السعودية. تكونت عينة الدراسة من (15) ام أرة تم اختيارهن بالطريقة المتيسرة، ممن يراجعن مستشفى الصحة النفسية في مدينة تبوك، ويعانين من اضطراب الوسواس القهري المتعلق بالنظافة والاعتسال، تروحت أعمارهن بين (25- 45) سنة ووافقن على المشاركة في البرنامج الإرشادي. ومن أجل- قياس اضطراب الوسواس القهري لدى عينة الدراسة، تم تطبيق مقياس ييل براون للوسواس القهري، بعد أن تم تعريبه وتطبيقه على عينة الدراسة تطبيقاً قلياً وبعدياً ومتابعة. ولتحقيق أهداف الدراسة تم تطبيق(Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale) برنامج التقليل من تصور الخطر على العينة التجريبية. وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأفكار الوسواسية لدى النساء بين الاختبار القبلي والاختبار البعدي، حيث أظهر البرنامج التدريبي أثاراً بنسبة % 74.7 في تقليل الأفكار الوسواسية المتعلقة بالنظافة لدى النساء. كما وأشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأفعال القهرية لدى النساء بين الاختبار القبلي والاختبار البعدي، حيث أظهر البرنامج التدريبي أثاراً بنسبة % 74.9 في تقليل الأفعال القهرية المتعلقة بالنظافة لدى النساء. وفيما يتعلق بالمتابعة فقد أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأفكار الوسواسية لدى النساء بين الاختبار البعدي واختبار المتابعة. وكذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأفعال القهرية لدى النساء بين الاختبار البعدي واختبار المتابعة، مما يدل على استمرار فاعلية البرنامج التدريبي في مرحلة المتابعة. وفي ضوء النتائج أوصت الدراسة بإجراء دراسات أخرى حول فاعلية برنامج التقليل من تصور الخطر مع عينات أخرى من الذكور أو من فئات عمرية وأفعال قهرية أخرى.
- أجرى بينيت وزملاؤه (Bennett, et al(2015) دراسة حول نتائج العلاج السلوكي المعرفي للأطفال الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري بالإضافة إلى اضطراب التشنج مقارنة مع الأطفال المصابين باضطراب الوسواس القهري فقط في المملكة المتحدة، وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين تضم الأولى (29) طفلاً ومراهقاً ممن يعانون من اضطراب الوسواس القهري واضطراب التشنج، وتضم المجموعة الثانية (29) آخرين مطابقين بالجنس والعمر ممن يعانون من اضطراب الوسواس القهري فقط، واستمرت المتابعة(3-6) أشهر، حيث تلقى المشاركون برنامجاً في العلاج السلوكي المعرفي وتم تقييم النتائج باستخدام مقياس ييل براون للوسواس القهري. وأشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في الاستجابة للعلاج، حيث ظهر انخفاض في أعراض الوسواس القهري لدى أفراد المجموعة الثانية من المصابين باضطراب الوسواس القهري فقط، وكانت معدلات الاستجابة مرتفعة بالمقارنة مع المجموعة الأولى ممن يعانون من اضطراب الوسواس القهري بالإضافة لاضطرابات التشنج، حيث كانت معدلات الاستجابة لديهم ضعيفة جداً وكانت استجابتهم أقل بكثير من أفراد المجموعة الثانية.
- دراسة مقدادي (2008) إلى الكشف عن فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض الوسواس القهري لدى عينة من طلبة الجامعة، وتألفت العينة من (20) طالبا وطالبة من طلبة البكالوريوس في كلية العلوم، وتم اختيار أفراد العينة من الطلبة الذين تحصلوا على أعلى درجات في مقياس الوسواس القهري، وتم توزيع الأفراد عشوائياً إلى مجموعتين، مجموعة (تجريبية، وعددها (10)منهم (4) ذكور و(6) إناث، ومجموعة ضابطة عددها (10) (منهم (4) ذكور و(6) إناث، وتلقى أفراد المجموعة التجريبية برنامجاً إرشادياً معرفياً سلوكياً، في حين لم يحدد للمجموعة الضابطة أي برنامج، واستخدم الباحث برنامجاً للإرشاد المعرفي السلوكي يتكون من اثنتي عشرة جلسة ومدة كل جلسة ساعة واحدة، لمدة " 6 "أسابيع، بواقع جلستين في الأسبوع، واستخدم تقنيات وقف الأفكار الاسترخاء العضلي، والتحصين ضد التوتر، أسلوب الضبط الذاتي، أسلوب حل المشكلات، والواجبات المنزلية. حيث يتم تعرض الطلبة(أعضاء المجموعة التجريبية(خلال البرنامج الإرشادي لتدريبات هدفت إلى تطوير مهارتهم على استخدام الإجراءات المعرفية السلوكية في التعامل مع الوسواس القهري، ثم طبق مقياس الوسواس القهري بعد مرور " 7 "أسابيع على القياس القبلي وبداية الجلسات، وقد تم حساب المتوسطات الحسابية المعدلة، وانحرافات المعيارية المعدلة لدرجات الطلبة على المقياس، واستخدام تحليل التغيرات لمعرفة الدلالة الإحصائية للفروق بين المتوسطات القبلية والبعدي، وأظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية على جميع أبعاد مقياس الوسواس القهري بين المجموعتين التجريبية والضابطة، لصالح المجموعة التجريبية. وخلصت الدراسة إلى أن البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي كان فعالاً في خفض أعراض الوسواس القهري لمدة وصلت إلى شهرين.
- دراسة حنور (2007): هدفت الدراسة إلى التخفيف من اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلبة كلية التربية بجامعة كفر الشيخ و ذلك من خلال اختبار فعالية برنامج قائم على فنيات العلاج المعرفي السلوكي، ومدى استمرار فعالية هذا البرنامج على المجموعة التجريبية بعد فترة المتابعة. وتألفت العينة من (10) طلاب من الجامعة، بمدى عمري من (18-22) عاماً، وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين ضابطة: عددها (5) (طالبان وثلاث طالبات) ومجموعة تجريبية: عددها (5) (طالبان وثلاث طالبات)، وتوصلت الدراسة إلى نتائج فعالية البرنامج المعرفي السلوكي في تخفيف حدة اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب وطالبات الجامعة، وكذلك إلى استمرار

فعالية البرنامج لدى المجموعة التجريبية خلال فترة المتابعة التي تصل إلى ثلاثة أشهر، وأوصت الدراسة بالعمل على زيادة وعي الأسرة والأفراد من خلال وسائل الإعلام بضرورة طلب الاستشارة النفسية عند المعاناة من أي اضطراب نفسي خاصة اضطراب الوسواس القهري حتى لا تتفاقم المشكلة.

- ودراسة تولن وآخرون (Tollin, et al, 2003) دراسة هدفت إلى استقصاء فاعلية برنامج إرشادي جماعي في العلاج المعرفي السلوكي لعلاج اضطراب الوسواس القهري لدى عينة تراوحت أعمار المبحوثين فيها بين (18-22)، وتكونت عينة الدراسة من (14) طالبا وطالبة واشتمل البرنامج على (26) جلسة إرشادية معرفية سلوكية، واستخدام الباحث تقنيات وقف الأفكار ومنع الاستجابة والتعرض، والحوار، وإعادة البناء المعرفي، أما مؤشرات النتائج فقد أظهرت انخفاضا ملحوظا في اضطراب الوسواس القهري (مقدادي، 2008).
- دراسة ستيوارت وزملاؤه (Stewart, et Al, 2004) إلى الكشف عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الوسواس القهري لدى عينة مكونة من (28) طالبا وطالبة ممن تتراوح أعمارهم الزمنية (18-22) عاما، تم توزيعها بالتساوي إلى مجموعتين تجريبية وضابطة. باستخدام مقياس بيل براون، وترواحت المدة الزمنية للجلسات (60) دقيقة، وتقنيات الاسترخاء، والحوار وقف الأفكار السالبة، ومنع الاستجابة والتعرض. وأوضحت النتائج أن الأفراد الذين تلقوا علاجاً معرفياً قد انخفضت أعراض الوسواس القهري لديهم خلال فترة المتابعة التي وصلت إلى ثلاثة شهور (مقدادي، 2008).

2-2-2-التعليق على الدراسات السابقة:

- في إطار عرض الدراسات السابقة يتبين التنوع في الأساليب الإرشادية والتقنيات المستخدمة في برامج الإرشاد لخفض اضطراب الوسواس القهري؛ إلا أن هناك اتفاقاً على بعض التقنيات لأهمية دورها في خفض هذا الاضطراب كتدريب الأفراد ذوي الاضطراب المرتفع بالوسواس القهري على تقنيات وقف الأفكار والتعرض ومنع الاستجابة، وتعديل البنية المعرفية. وكما يتضح من أدبيات الإرشاد والعلاج النفسي، فإن هذه التقنيات ذات تأثير إيجابي فعال في البرامج التطبيقية لخفض اضطراب الوسواس القهري لدى الأفراد (المعد لهذا الغرض. وتم استخدام التدريب على تقنيات وقف الأفكار، والتعرض ومنع الاستجابة، وتعديل البنية المعرفية، لبعض الدراسات مثل دراسة حنور (2007) في حين ركزت برمج دراسة مقدادي (2008) على توظيف تقنيات التحصين ضد التوتر، وأسلوب الضبط الذاتي، وأسلوب حل المشكلات، والاسترخاء ومع وقف الأفكار، والتعرض ومنع الاستجابة، وتعديل البنية المعرفية.
- وقد استفادت الباحثة من عديد الخطط البحثية في هذه الدراسات واحكام برنامج الإرشاد والعلاج الذي تم تصميمه للبحث الحالي، إلى جانب اختيار التقنيات الفعالة في مجال الإرشاد والعلاج لاضطراب الوسواس القهري.
- البحث الحالي يعد من الدراسات السابقة التي انفردت بتعيينه من الإناث في حين كانت الدراسات السابقة خليط من الجنسين. لأنها ترى أن الأعراض الوسواسية تنفثى بين الإناث أكثر من الذكور. وأن عينة البحث كانت من الأسرة الممتدة، في حين كانت الدراسة السابقة ركزت على عينة من طلاب الجامعات.

2-2-3-فرضيات البحث:

وجاءت فرضيات البحث كالآتي:

1. للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فاعلية في خفض اضطرابات الوسواس القهري لدى افراد العينة.
2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي لبرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في خفض اضطرابات الوسواس القهري على مقياس بيل براون للوسواس القهري عند دلالة إحصائية (0.01) ، لصالح القياس البعدي، القائم على الوسائط الرقمية عن بعد لدى عينة من أفراد أسرتي الممتدة بالسودان.
3. توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد العينة على مقياس بيل براون للوسواس بعد تطبيق العلاج وبعد المتابعة لصالح ما بعد المتابعة لدى أفراد العينة.

3- منهجية البحث وإجراءاته

3-1-منهج البحث:

في هذا البحث وأهدافه العلاجية تم استخدام المنهج شبه تجريبي (Experimental) ويستخدم هذا النوع من المناهج شبه التجريبية عندما لا يستطيع الباحث ضبط متحولات البحث ضبطاً مطلقاً "إن النوع شبه التجريبي يوفّر بديلاً للأنواع التجريبية من حيث أنه يمكن تطبيقه على مواقف ميدانية ولا يقتضي أن يملك المجرّب الضبط المطلق للمتحوّلات التجريبية (حمصي، 1991: 172) وقد استخدم في

تنفيذ هذا البحث المجموعة الواحدة باختبار قبلي وبعدي ويمثل هذا النوع كما يأتي: قياس قبلي – معالجة – قياس بعدي ويحكم على تأثير المعالجة بموجب التغيير في الدرجات بين القياس القبلي والقياس البعدي لكل طريقة على حدة ومقارنة التغيرات الحاصلة بين المجموعات العلاجية.

2-3-مجتمع البحث:

تكون مجتمع البحث الحالي من طالبات جامعيات من أسرتي الممتدة في مدن وقرى الجزيرة بالسودان تركن مقاعد الدراسة لمدة تتراوح بين سنتين فأكثر في عدد من الجامعات السودانية، بسبب أمراض نفسية متنوعة تتراوح بين الأفكار الوسواسية والاكتئاب وغيره وقد بلغ العدد الكلي (15) تتراوح أعمارهن بين (18-28) سنة، اختيرت منهن عينة البحث بطريقة قصدية عدد (11) طالبة، اللاتي يعانين من اضطرابات وسواسية فقط.

3-3-عينة البحث:

بلغ عدد أفراد العينة (11) من الإناث تتراوح أعمارهن بين (18-25) سنة، تم اختيارهن بطريقة مقصودة، تم تشخيصهن من قبل الأطباء النفسيين على أنهن يعانين اضطراب الوسواس القهري. وقد تم تحديد الشروط المسبقة الآتية لاختيار العينة:

1. أن يكون المرض الأساسي للمريض هو الوسواس القهري.
2. ألا يتناول المتعالج دواءً أو يكون منقطعاً عنه لمدة شهرٍ على الأقل.
3. تخصيص وقت بحدود شهر نظراً لطول مدة التعرض يومياً من قبل المريض لتنفيذ البرنامج دون انقطاع، وسبق أن وجود شخص مساعد (يحدده المريض) يراقب عملية التعرض، والمنع خارج وقت المعالج، وكذلك يقدم الدعم والتشجيع للمريض دون التعرض له أو توبيخه.
5. تخصيص أربعة ساعات يومياً للعلاج المكثف.
6. ألا يكون المريض مصاباً باضطرابات بأمراض أخرى.

مبررات اختيار عينة الدراسة:

1. قد كان الشروع في هذه الدراسة مبني على ملاحظة الباحثة أولاً لطالبات في أسرتي الممتدة على نطاق قرى الجزيرة، وسبق توضيح معنى أسرة ممتدة.
2. العلاج لهؤلاء الطالبات جاء بطلب من أسرهن خوفاً عليهن من الوصمة الاجتماعية.
3. معاناة هؤلاء الطالبات من الوسواس القهري الذي لم يجد العلاج الدوائي وحده في علاجهن.

3-4-أدوات البحث:

استخدمت الباحثة الأدوات الآتية في البحث:

مقياس ييل براون للأفكار الوسواسية والأفعال القهرية (Yale-Brown Obsessive Compulsive): يتألف هذا المقياس من عشرة أبعاد لاضطراب الوسواس القهري خمسة منها تقيس الوسواس وخمسة أخرى تقيس الأفعال القهرية، وكلٌّ منها مقسم إلى خمس درجات تبدأ من الصفر (لا يوجد أعراض) إلى أربعة (أعراض شديدة) ويقاس الفاحص الوقت الذي تستغرقه الوسواس والأفعال القهرية، ودرجة تأثيرها على أداء الوظائف، ومستوى الشعور بالقلق، ومحاولات مقاومة الأعراض ودرجة التحكم فيها. وبلغ الصدق الذاتي (0.93) وهو دالٌّ إحصائياً وبمعامل ثبات (إعادة التطبيق) (0.90) وهو بذلك يتّمتّع بقدر من الثبات يمكن الوثوق به. ويتميز هذا المقياس من غيره من مقاييس الوسواس في أنه يستخدم كأداة ملاحظة بشكل متكرر في الدراسات العلاجية لاضطراب الوسواس القهري، وهو يساعد كثيراً في اكتشاف ما خباه المريض وما ليس له صلة بالاضطراب كما كان يعتقد المريض، وبهذا يمكن تحديد شدة الاضطراب.

ورغم ثباته الواضح كما سبق ذكره قامت الباحثة بإعادة تطبيقه لتوضيح صدقه وثباته على عينة الدراسة كالاتي:

صدق المقياس: قامت الباحثة بعرض المقياس على (7) من المحكمين من أساتذة علم النفس والعلاج النفسي بالجامعات الحكومية والمستشفيات بالسودان وذلك للتأكد من صلاحية عبارات المقياس ومناسبتها لقياس ما وضع له، وقد أمر المحكمين بتعديل بعضها. وقد تكون المقياس بصورته النهائية من بعدين رئيسيين هما الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية بواقع خمسة مجالات لكل بعد وخمسة عبارات لكل مجال وقد كانت عباراته النهائية (50) عبارة مناسبة لقياس اضطراب الوسواس القهري والجدول التالي يوضح مجالات المقياس وأبعاده وعدد عباراته.

جدول رقم (1) المجالات أو الأبعاد لرئيسة لمقياس بيل براون للوسواس القهري وعدد فقرته

عدد العبارات	الأفكار الوسواسية	الأبعاد (2-1)
5	مقدار الوقت الذي تستغرقه الأفكار الوسواسية	1
5	مقدار التعارض الذي تحدثه الأفكار الوسواسية مع نشاطاتك الاجتماعية والعملية.	2
5	مقدار التوتر والقلق المصاحب للأفكار الوسواسية.	3
5	مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفكار الوسواسية (بغض النظر عن نجاحك في المقاومة).	4
5	مقدار سيطرتك على الأفكار الوسواسية	5
	الأفعال القهرية	البعد الثاني
5	مقدار الوقت الذي تمضيه في القيام بالأفعال القهرية.	1
5	مقدار التعارض الذي تحدثه الأفعال القهرية في نشاطاتك الاجتماعية والعملية..	2
5	مقدار التوتر والقلق الناتج في حال الامتناع عن القيام بالأفعال القهرية.	3
5	مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفعال القهرية (بغض النظر عن مدى نجاحك في المقاومة)	4
5	مقدار سيطرتك على الأفعال القهرية.	5
50	المجموع	

تم التحقق من ثبات مقياس بيل براون للوسواس القهري باستخدام طريقة الاختبار وإعادة الاختبار (Test- Retest) بفاصل زمني قدره أسبوعان، حيث تم تطبيق المقياس على عينة مكونة من (14) أم يعانين من الوسواس القهري من خارج عينة الدراسة الحالية، وبعد حساب معامل الارتباط بين التطبيقين بلغ معامل ثبات الدرجة الكلية (0.89) مما يدعم إمكانية استخدامه في الدراسة الحالية.

والجدول رقم (2) يوضح معاملات الثبات لكل بعد من أبعاد المقياس

م	العبارات	درجة الثبات
1	مقدار الوقت الذي تستغرقه الأفكار الوسواسية	0.90
2	مقدار التعارض الذي تحدثه الأفكار الوسواسية مع نشاطاتك الاجتماعية والعملية.	0.75
3	مقدار التوتر والقلق المصاحب للأفكار الوسواسية	0.85
4	مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفكار الوسواسية (بغض النظر عن نجاحك في المقاومة)	0.80
5	مقدار سيطرتك على الأفكار الوسواسية	0.83
6	مقدار الوقت الذي تمضيه في القيام بالأفعال القهرية.	0.91
7	مقدار التعارض الذي تحدثه الأفعال القهرية في نشاطاتك الاجتماعية والعملية.	0.81
8	مقدار التوتر والقلق الناتج في حال الامتناع عن القيام بالأفعال القهرية.	0.83
9	مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفعال القهرية (بغض النظر عن مدى نجاحك في المقاومة)	0.90
10	مقدار سيطرتك على الأفعال القهرية.	0.80
0.90	المجموع الكلي للمقياس	

3-5- البرنامج العلاجي:

البرنامج العلاجي من إعداد الباحثة للخفض الأعراض الوسواسية لدى المفحوصين. ولكون التعرض طويل الأمد (المكثف) أظهر فاعلية أكثر من التعرض القصير الأمد في التخفيف من أعراض القلق لدى المرضى الذين يعانون أعراض القلق، وكذلك هناك فاعلية للبرامج التي تجمع التعرض ومنع الاستجابة على جميع التقنيات التي طبقتها الباحثة المفحوصين.

ويدخل في تنفيذ برنامج العلاج بالتعرض ومنع الاستجابة عدد من الخطوات الهامة وهي:

- المحافظة على التوازن من قبل المعالج بين الضغط على المريض لتنفيذ التعليمات، والتعاطف معه عندما يتعرض للقلق.
- خبرة المعالج في العلاج المعرفي السلوكي ذات أهمية لنجاح البرنامج.
- تحديد مستوى الدافعية لدى المريض تحدد مدى تحقيق المكاسب من العلاج.
- مدى اقتناع المريض بجودى العلاج يزيد من امتثاله للعلاج.
- فهم المريض لطبيعة مشكلته مهم في نجاح العلاج السلوكي المعرفي.

- الأشخاص المحيطين به كالوالدة له دور في عملية تحسن العلاج.
- توقع الانتكاس، لأن المحافظة على مكاسب العلاج تتطلب مواصلة الجهد عقب انتهاء البرنامج.

تطبيق البرنامج العلاجي: مرّ البرنامج بثلاث مراحل:

الأولى: جمع معلومات عن المريض والمراقبة (تحديد الأفكار الوسواسية، الإنذافات، تخيلاته) وما هو تفسير المريض لها.
الثانية: وهي التعرض ومنع الاستجابة والمتابعة المنزلية للواجبات (من قبل الوالدة)
الثالثة: وتحوي التقييم ومنع الانتكاسة.

عرض جلسات البرنامج:

المرحلة الأولى تضم الجلسة الأولى (أ. جمع المعلومات):

متابعة حالة المريض (الأعراض -تاريخ بدء ظهورها -تطبيق مقياس الوسواس القهري تأثيرها في أدائه).
 تعريف المرضى بطريقة العلاج المتبعة وكل تفاصيل البرنامج.

ب. الجلسة الثانية المراقبة:

- مراقبة الطقوس والأفكار للمرضى أثناء بدء العلاج وعلى الأمهات المراقبة للمريض في البيت (وذلك وفق جدول المراقبة المعد لهذا الغرض لمراقبة الفعل القهري).
- تحديد نوع الأفكار الوسواسية (أفكار -تصورات- اندفاعات (وتعريف تفسيرها من قبل المريض).
- تحديد التغيرات الفسيولوجية المرافقة للاضطراب إن وجدت.
- إعطاء تعليمات تنفيذ الواجب (4ساعات يومياً).

المرحلة الثانية: وهي التعرض ومنع الاستجابة والمتابعة المنزلية للواجبات (من قبل الوالدة) وعدد جلسات (10) جلسات وهنا يطبق العلاج المعرفي السلوكي بطريقة التعرض المكثف ومنع الاستجابة (وللفائدة تقسم لجزأين هما أساس العلاج).

الجزء الأول: استخدام التقنيات المعرفية: التي تضم:

- مراقبة الأفكار الوسواسية والطقوس وتسجيلها (استخدام كميرة أولان أثناء التعرض المكثف بطريقة فردية)
- الحوار السقراطي – إيقاف الفكرة
- التمثيل المعرفي (لإستطلاع المعرفة (Cognitive Rehearsa)
- إيقاف التفكير (Stopping thought)
- إيجاد البدائل.

الجزء الثاني: التقنيات السلوكية:

- التعرض (في الواقع أو عند التخيل بطريقة فردية كم سبق ذكره).
- منع الاستجابة
- النمذجة
- الواجبات المنزلية.

المرحلة الثالثة: (عدد جلسات ثلاث جلسات)

- تقويم البرنامج.
- نهاية البرنامج وتحديد المتابعة بتوجيه المريض نحو الحفاظ على ما كسبه من نجاح تقنيات العلاج.
- توجيه المريض نحو ممارسة التعرض الذاتي للمحافظة على استمرار التحسن ومنع الانتكاس بعد العلاج.
- إحداث تغيير في نمط حياة المريض للمحافظة على استمرار التحسن.

إجراء البرنامج:

1. إجراء التأكد من آخر تقييم طبي للمريض بأن المريض فعلاً مريض وسواس قهري، ومعرفة ما إذا لم يكن المريض مصاب بأمراض مزمنة كالقلب مثلاً: المراقبة الشخصية لتحديد سلوكيات المريض وأفكاره (تكرارات التمسيل أو التنظيف ومدتها من خلال زيارات ميدانية متكرر لمنزل كل طالبة على حده).

2. تنفيذ المراقبة الشخصية (تكرارات التمسيل -مدة التمسيل... إلخ) باستخدام كراس المتابعة، وهذا يساعد في توفير وعي شخصي أكثر موضوعية، فالمرضى هنا غالباً ما يضحخ أو يببالغ في التعبير عن قلقه، كما يساعد في توفير قاعدة لمناقشة المبادئ.
3. المعرفية السلوكية خلال جلسات العلاج.
4. يطبق العلاج بالتعرض بمعدل 3-4 ساعات في اليوم، لأن الجلسات الطويلة أكثر فائدة من القصيرة (من خلال الخبرة الذاتية).
5. إعادة تنظيم البنية المعرفية إذ إن تشوهات التفكير تحدث لأي شخص عندما يكون قلقاً، وطالما أنه في حالة قلق فهو في حالة استنفار لمواجهة هذا الخطر فينخرط في ممارسة طقوس قهرية ليخفف من شدة قلقه، ولذا يتعين معالجة الأفكار بوصفها افتراضات وليست حقائق، كما يتم أيضاً تفسير أفكاره الاقتحامية، ثم دحضها عقلاً بتقديم التفسير البديل المحتمل (تقنية إيجاد البدائل) والذي يقدم تفسيرات أقل تهديداً لأفكاره الوسواسية، وغالباً يكون (التفسير) مبني على الصيغة المعرفية السلوكية للمشكلة التي يتم الاتفاق عليها بين المعالج والمريض.
6. تقييم مدى التحسن في حالة المريض إذا لم يعد للأفكار الوسواسية القدرة على إثارة الكرب لديه مرة أخرى.
7. ومن ثم التعرف علي وجود فروق بين أفراد عينة البحث على مقياس بيل براون للوسواس قبل تطبيق العلاج القياس القبلي وبعده، للوقوف على فعالية البرنامج.
8. والوسائط التي تستخدم في هذا البرنامج لها أهميتها الكبرى، حيث تم وتوظيفها في البرنامج العلاجي لأنها تتميز:
 - تسهيل عملية التعلم عن بعد وخاصة أساليب العلاج السلوكي المعرفي.
 - سهولة التواصل بين الفاحص والمفحوص.
 - تقديم تقييم شامل عن أداء المريض بالوسواس القهري للمعالج بطريقة الملاحظة.
 - يسمح للمفحوص نقل وجهات نظره في البرنامج وما يحتاجه مباشرةً.
 - يستطيع المعالج تغيير سلوك المريض بما يشاهده مباشرة من سلوكيات غير مرغوب فيها من المريض.
 - توصيل التدريبات التابعة للبرنامج من قبل المعالج عن طريق الكمبيوتر أولاً.

4- عرض نتائج البحث ومناقشتها.

1-4-فحص الفرضية الأولى: "للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فاعلية في خفض اضطرابات الوسواس القهري لدى أفراد العينة. من أجل اختبار هذه الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار ولوكوكسون، (Wilcoxon). ولمعرفة حجم الأثر تم تطبيق المعادلة التالية:

$$Et^2 = \frac{Zs^2}{4+Zs^2} = ZS^2$$

والجدول (3) يبين حجم أثر البرنامج التدريبي في تقليل الأفكار الوسواسية لدى أفراد العينة.

جدول رقم (3) أثر فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لخفض اضطراب الوسواس القهري لدى أفراد العينة

المقياس	قيمة (Z)	قيمة (Zs ²)	قيمة (4+ Zs ²)	قيمة (Zs ²)
مقياس بيل براون للوسواس القهري	-3.438	11.82	15.82	0.747

يوضح الجدول رقم (3) أن قيمة مربع ايتا بلغت (0.747) حسب المعادلة أعلاها، وهي قيمة تشير إلى حجم تأثير البرنامج العلاجي،

المعرفي السلوكي وتعني أن البرنامج كان له أثر بنسبة (74.7%) في خفض اضطراب الوسواس القهري لدى أفراد العينة.

المناقشة للفرضية الأولى:

من خلال النظر للجدول أعلاه أن أثر البرنامج جاء بنسبة (74.7%) في خفض اضطراب الوسواس القهري لدى أفراد العينة وهذا يعني أن البرنامج استطاع أن يؤثر في خفض حدة أعراض الوسواس القهري ويفسر هذا بقوة تقنية العلاج المعرفي السلوكي القائم على الوسائط الرقمية من خلال ما اكتسبه المرضى من تغيير في طريقة تفكيرهم، وتعديل تشوهماتهم المعرفية كالمبالغة في تهويل الخطر، وأيضاً محاولتهم لتغيير نوعية حياتهم، ومساعدة الوالدة والأسرة في تأمين استمرارية هذا التغيير، وهذا أدى بدوره إلى استمرار آثار التحسن حتى بعد انتهاء البرنامج عن بعد؛ أي يعمل العلاج المعرفي السلوكي على التقليل من نسبة الانتكاس وعودة حدوث المرض بسبب التعود للعلاج المعرفي السلوكي واستخدام التعرض المكثف وطويل الأمد الذي ساعد على الاستمرارية والاعتدال. وبذلك يمكن الاستنتاج أن البرنامج وتقنياته العلاجية ذو فاعلية يقلل من خطر الأحداث المستقبلية التي تلي إنهاء المعالجة عندما يتحول العلاج في حال إتقانه والاعتدال به من قبل المتعالج إلى معرفة ذاتية داخلية يعي بها للإستفادة منها في القصور الذي يتعرض له لاحقاً.

وهذه النتائج تعني أن فعالية البرنامج العلاجي امتدت إلى ما بعد مرحلة التطبيق، فالمكاسب التي تم تحقيقها من برنامج فاعلية الوسائط الرقمية عن بعد في العلاج المعرفي السلوكي للوسواس القهري استمرت إلى مرحلة المتابعة بعد مرحلة العلاج، كما ويمكن عزو هذه النتيجة إلى لهفتهم التي سيطرت على المشاركات في محاولتهم للتخلص من المرض وأعراضه، فقد عملن بكل جهد على عدم الرجوع أو الاستسلام مرة أخرى للحالة المرضية التي سيطرت على بعضهن لسنوات عدة .

عموماً فإن تقييم مرحلة المتابعة أكد على فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطرابات الوسواس القهري الذي تم تطبيقه، وأكد على استمرارية الآثار العلاجية لهذا البرنامج وهذه النتيجة تتفق والتي أشارت نتائجها دراسة البلوي (2018) حيث أظهر البرنامج التدريبي أثراً بنسبة (74.9%) في تقليل الأفعال القهرية المتعلقة بالنظافة لدى النساء، وكذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأفعال القهرية لدى النساء بين الاختبار البعدي واختبار المتابعة، مما يدل على استمرار فاعلية البرنامج التدريبي في مرحلة المتابعة، وأيضاً مع ودراسة بينيت وزملاؤه (2015) Bennett, et al وأشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في الاستجابة للعلاج، حيث ظهر انخفاض في أعراض الوسواس القهري لدى أفراد المجموعة الثانية من المصابين باضطراب الوسواس القهري فقط،

وهذه النتائج تعني أن فعالية البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي القائم على الوسائط الرقمية امتدت إلى ما بعد مرحلة التطبيق، فالمكاسب التي تم تحقيقها من برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب الوسواس القهري عبر الوسائط الرقمية استمرت إلى مرحلة المتابعة بعد مرحلة العلاج، كما ويمكن عزو هذه النتيجة إلى الشغف الذي سيطر على المشاركات في محاولتهن للتخلص من المرض وأعراضه، لأن الوسائط الرقمية المستخدمة فيه كانت ذات فعالية وذلك بالرجوع للتعليمات المصاحبة للعلاج في كل مرة عندما تحتاجها العميلة، فقد عملن جاهدات على عدم الرجوع أو الاستسلام مرة أخرى للحالة المرضية التي سيطرت عليهن سنوات عدة، وتقييم مرحلة المتابعة أكد على فاعلية برنامج العلاج السلوكي المعرفي القائم على الوسائط الرقمية.

2-4-فحص الفرضية الثانية: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي لبرنامج العلاج السلوكي المعرفي في خفض اضطرابات الوسواس القهري على مقياس بيل براون للوسواس القهري عند دلالة إحصائية (0.01) ، لصالح القياس البعدي القائم على الوسائط الرقمية عن بعد لدى عينة من أفراد أسرتي الممتدة بالسودان. من أجل اختبار هذه الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار ولكوكسون (Wilcoxon) وجاءت النتائج كما في الجدول الآتي:

الجدول رقم (4) يبين نتائج اختبار ولكوكسون (Wilcoxon) بمقياس بيل براون متوسط

العدد	متوسط درجات القياس		قيمة "Z" المحسوبة	مستوى الدلالة	الدلالة
	القبلي	البعدي			
11	33.32	10.751	-3.075	0.003	دالة

يلاحظ من الجدول (4) أن قيمة الدلالة (0, 003) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي لصالح القياس البعدي، إذ بلغ متوسط درجات أفراد العينة في القياس القبلي (33, 32) وفي القياس البعدي (10, 751)، وهنا يظهر الفرق لصالح القياس البعدي لأفراد المجموعة التجريبية، على مقياس بيل براون وبذلك: نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة، وهذا يعني أن الطريقة العلاجية المستخدمة في العلاج قد حَفَظت أعراض الوسواس القهري. المعرفي مع التقنيات المستخدمة، وتتنفق هذه النتيجة مع نتائج ودراسة مقدار (2008) وأظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية على جميع أبعاد مقياس الوسواس القهري بين المجموعتين التجريبية والضابطة، لصالح المجموعة التجريبية، ودراسة حنور التي أشارت نتائجها إلى فعالية البرنامج المعرفي السلوكي في تخفيف حدة اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب وطالبات الجامعة، وأيضاً مع دراسة ولتون وآخرين (2003) Tollin, et al. وأوضحت النتائج أن الأفراد الذين تلقوا علاجاً معرفياً قد انخفضت أعراض الوسواس القهري لديهم خلال فترة المتابعة التي وصلت إلى ثلاثة شهور، وأن العلاج المعرفي له عظيم الأثر في خفض أعراض الوسواس القهري حتى وإن استخدم الفاحص العلاج عن بعد فإن الأثر يظهر واضحاً جلياً بعد تطبيق البرنامج المعرفي مما يؤكد أهمية استشراف المعرفة والسعي لإيجاد البدائل. ويدل أيضاً على أن البرنامج العلاجي عن بعد ساهم في خفض الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية لدى أفراد لعينة. ويمكن عزو هذه النتيجة إلى ملاءمة برنامج العلاج المعرفي السلوكي للتقليل من أعراض الوسواس ومناسبة إجراءاته، وطبيعة استراتيجياته وملاءمة أنشطته التي هدفت في الأصل إلى التقليل من أعراض الوسواس القهري بناء على معطيات واستراتيجيات المدرسة المعرفية السلوكية، من هنا فقد ساعدت الأنشطة الإرشادية العينة التجريبية من أفراد العينة المشاركات في البرنامج الإرشادي على التعامل مع المواقف الحياتية بصورة طبيعية، وزادت من إدراكهن للتغيرات التي طرأت على تفكيرهن وسلوكياتهن، وكيفية انعكاس ذلك إيجابياً على مفهوم الذات لديهن وتقديرهن لذواتهن، مما ساهم بشكل مباشر في تحقيق الهدف العلاجي للدراسة. عن بعد وقد لاحظت الباحثة أن أفراد العينة المشاركات في البرنامج وقد عبرن بشكل صريح عن استفادتهن من هذه الأنشطة خارج الجلسات مثل استخدام استراتيجية الاسترخاء عند الشعور بالقلق واستيعابهن للأفكار الدخيلة وتحديدها، واشغال أوقات الفراغ لديهن بأعمال مفيدة، وقد أصبح أكثر تفاعلاً داخل الجلسات العلاجية بعد مرور أقل من الفترة العلاجية من بدء البرنامج، مما يشير إلى أنهم بدأ

يشعرن بفائدة البرنامج وأثره الإيجابي في التقليل من أعراض الوسواس القهري الذي لازم بعضهن لسنوات عدة، الأمر الذي سهل من مهمة الباحثة في تطبيق البرنامج.

والعلاج المعرفي السلوكي القائم على الوسائط الرقمية الذي قامت الباحثة بتفعيله في تعديل السلوكيات الخاطئة المتصلة بإضطراب الوسواس القهري يُعد من أكثر المصادر التي يجب أن تركز عليه برامج تعديل السلوك، وتؤهله للاستخدام وتجعله صالحاً للتطبيق الإجمالي، لأن نتائجه كانت ملموسة لدى أفراد العينة وساعدت على النجاح في تحقيق الأهداف المرجوة منه، حيث إن الأساليب المعرفية والسلوكية تشمل أدوات فعالة بدرجة كبيرة لتعديل سلوك ذوي اضطراب الوسواس القهري عندما يتم استخدامها بطريقة مخطط لها عبر الوسائط الرقمية.

3-4-فحص الفرضية الثالثة: "توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد عينة البحث بمقياس بيل براون للوسواس بعد تطبيق العلاج وبعد المتابعة لصالح ما بعد المتابعة. من أجل اختبار هذه الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار ولكوكسون، (Wilcoxon) وكانت النتائج كما في الجدول الآتي:

الجدول (5) نتائج اختبار ولكوكسون بمقياس بيل براون على أفراد العينة

العدد	متوسط درجات القياس		قيمة "Z" المحسوبة	مستوى الدلالة	الدلالة
	البعدي	المتابعة			
11	10.752	11.3322	-1.731	0.081	غير دالة

يلاحظ من الجدول أعلاه: عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي وقياس المتابعة، إذ بلغ متوسط درجات أفراد المجموعة في القياس البعدي (10,752) وفي قياس المتابعة (11,3322) وبذلك: تقبل الصفرية التي تنص على أنه لا توجد فروق بين متوسط درجات أفراد العينة بعد مضي شهر واحد من تطبيق البرنامج المتابعة. وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن الآثار الإيجابية للتدخل العلاجي استمرت لمدة شهر تقريباً بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج وهذا يعني أن العلاج المعرفي ساعد في المحافظة على تحسن الأعراض، وقّلت من نسب الانتكاسة وعودة حدوث المرض خاصة بعد التوقف عن الدواء بسبب الاعتياد الذي حدث عند المتعالج نتيجة التعرض المكثف، وما رافقه من تعديل لطريقة التفكير من خلال تقديم تفسيرات للمحتوى المعرفي لأفكار المتعالج. واتفقت هذه النتيجة مع دراسة ستيوارت وزملاؤه (Stewart, et al 2004)، إلى الكشف عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الوسواس القهري لدى عينة من طلاب لجامعة.

النتائج: جاءت نتائج البحث كالتالي:

1. وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة بين القياس القبلي والقياس البعدي لصالح القياس البعدي.
2. عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة في القياس البعدي والمتابعة.
3. للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فاعلية في خفض اضطرابات الوسواس القهري لدى أفراد العينة.

توصيات الدراسة ومقترحاتها

1. الدعم والمساندة من قبل الأسرة للفتيات حتى يستمر التعافي من الوسواس القهري.
2. إرشاد الأسر وأبنائهن لخطر الوسواس القهري وكيفية تجنبها.
3. الإرشاد المدرسي للطلاب بأهمية التوعية من الأمراض النفسية.
4. كما تقترح الباحثة إجراء الدراسات الآتية لأهميتها
 - فاعلية برنامج إرشادي للوقاية من خطر الوسواس القهري والحماية منها لدى طلاب الجامعات.
 - فاعلية برنامج سلوكي للوسواس القهري لعينة من طالبات الجامعات السودانية باستخدام وسائط التكنولوجيا.
 - أثر الرقمنة في تثقيف الوالدين بأنواع الوسواس القهري.

قائمة المراجع.

أولاً-المراجع بالعربية:

- ابن منظور، جمال الدين محمد بن مكارم، (1985) لسان العرب، الجزء الخامس، دار الفكر، بيروت.
- أبو هندي، وائل (2003) (الوسواس القهري من منظور عربي إسلامي، الطبعة الأولى، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، عالم المعرفة، العدد، (293) الكويت.

- أحمد، هبة السيد(2012). الخصائص النفسية والاجتماعية الفارقة بين التلاميذ المصابين بالوسواس القهري والعادين رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القاهرة: مصر.
- الأغا، بشار(2009). دراسة سمات شخصية مرضى الوسواس القهري في البيئة الفلسطينية باستخدام برنامج تدريبي علاجي. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة: فلسطين .
- البلوي، نوير بنت سليمان بن مبارك (2018). فاعلية برنامج التقليل من تصور الخطر في خفض اضطراب الوسواس القهري المتعلق بالنظافة لدى النساء في المملكة العربية السعودية. مجلة كلية التربية الأساسية للعلوم التربوية والإنسانية / جامعة بابل نيسان 2018م، العدد38.
- بيك، جوديت(2007). العلاج المعرفي الأسس والأبعاد، ترجمة، طلعت مطر ومراجعة، إيهاب الخراط. دار الافاق، القاهرة.
- حراث، بن عدة (2015). التغيير الاجتماعي في الجزائر من خلال السرة، جامعة وهران، الجزائر.
- حمصي، انطون ((1991. أصول البحث في علم النفس، مطبعة لاتحاد، جامعة دمشق، دمشق.
- حنور، قطب عبده خليل (2007). فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتخفيف حدة اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة. رسالة دكتوراة كلية التربية، (غير منشورة)، قسم الصحة النفسية، جامعة كفر الشيخ.
- خالد، البندي (2022). استشراف المستقبل يصنع فرقاً في عالمك، مأخوذ من المقال الأصلي(استشراف المستقبل يصنع فرقاً في عالمك) لسراج، سعداوي هنية عبدالله، كلية التربية، جامعة أم القرى: المملكة العربية السعودية، أستاذ مشارك، كلية التربية، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية. (https://maaal.com/2022/05).
- الخالدي، أديب محمد(2006). مرجع في علم النفس الاكلينيكي للفحص والعلاج الأردن دار وائل للنشر.
- دليل، إيمان (2015). لأفكار للأعقلانية وعلاقتها بأعراض الوسواس القهري لدى عينة من طلبة الجامعة دراسة ميدانية، رسالة ماجستير، كلية العلوم الانسانية، بجامعة قاصدي مرباح ورقلة
- رجز، ديفيد. س، فوا إدينا(2002). مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية دليل علاجي تفصيلي. ترجمة هبة ابراهيم، صفوت فرج، ومحمد نجيب، وحصه عبد الرحمن، وهدى حسن، مكتبة الانجلو المصرية.
- رشوان، عبد المنصف (2008) العلاج السلوكي. مقالة على الانترنت سحبت في 15 نيسان (إبريل) 2008، من: <http://www.ec18.net/>
- زيدان، علي (2016): نماذج ونظريات الممارسه المهنيه في خدمه الفرد. ط1. القاهرة: دار السحاب.
- سالم، محمد شريف (2008) الوسواس القهري، دليل عملي للمريض والأسرة والأصدقاء، الخامسة، القاهرة، دار العقيدة.
- السقا، صباح (2014) فاعلية العلاج الاستعرافي السلوكي للوسواس القهري مجلة جامعة دمشق، المجلد30، العدد الأول.
- عبدالهادي، تهازي (2012) اضطراب الوسواس القهري وعلاجه المعرفي السلوكي. مكتبة الانجلو المصرية.
- فرويد، سيجموند (1985) الكف والعرض والقلق. ترجمة محمد عثمان نجاتي، دار الشروق، القاهرة
- فضل، شعبان امحمد (2008) العلاج المعرفي السلوكي الاستراتيجيات والتقنيات، الدار الجامعية للنشر والتوزيع والطباعة، غريان ليبيا، مجلة جبل العلوم الإنسانية والاجتماعية، مجلة علمية تصدر دورياً عن مركز جيل البحث العلمي، العدد(31).
- كامل، محمد علي(2006م). صعوبات التعلم، ط1. دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع: عمان.
- الكعبي، سليمان محمد الخطيبي(2018). موسوعة استشراف المستقبل، ط1، قنديل للطباعة والنشر والتوزيع: دولة الإمارات العربية المتحدة.
- كومب، فيونا تشالا، أولدفيلد، فكتوريا بريم، سالكونسكي، بول(2011) تحرر من الوسواس القهري، ترجمة آمال الأناث ومايا كوراني: شركة دار الفراشة للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.
- مقداي، يوسف (2008) فاعلية برنامج ارشادي جمعي معرفي سلوكي في خفض الوسواس القهري لدى عينة من طلبة جامعة آل البيت، مجلة جامعة ام القرى للعلوم التربوية والنفسية، المجلد العشرون، العدد الثاني. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- موسى، رشاد علي عبدالعزيز، الدسوقي، مديحة منصور سليم. (2013) علم النفس العلاجي، دار النشر عالم الكتب، القاهرة .
- يوسف، جمعة سيد (2001) النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية، دار الغريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

ثانياً-المراجع بالإنجليزية:

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

- Barlo, 2002, Clinical Handbook Of Psychological Disorders Second Edition. Foa E. B, Grayson, J.B, & Steketee, G.(1982).Depression, habituation and treatment outcome in obsessive-compulsives.In J.C. Boulougouris (Ed), Pratical application of learning theories in psychiatry, New York.
- Bennett, Sophie; Stark, Daniel; Shafran, Roz; Heyman, Isobel; Krebs, Georgina (2015) Evaluation ofcognitive behaviour therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder in the context of ticdisorders, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, Available online 14March 2015, In Press.
- Lindsay M, Crino R, Andrews G(1997) Controlled trial of exposure and response prevention in obsessive-compulsive disorder, J Psychiatry 171, 135.
- Perez, Marisol (2006) differentiation of obsessive – compulsive Anxiety disordered and non disordered Individuals by variation in the promoter Region of the sciences University of Florida state