البحث
٣

الوسواس القهرى لدى الأطفال والمراهقين من الجنسين وعلاقته بمستوى قدراتهم الابتكارية

إعداد

د / جمال شفيق أحمد
أستاذ علم النفس المساعد – معهد الدراسات العليا للطفولة
جامعة عين شمس

الوسواس القهري لدى الأطفال و المراهقين من الجنسين و علاقته بمستوى قدراتهم الابتكارية

دكتور/ جمال شفيق أحمد -أستاذ علم النفس المساعد
معهد الدراسات العليا للطفولة- جامعة عين شمس

مقدمة:

مما لا يقبل مجالا للشك أن التزام الأفراد فى تعاملاتهم اليومية المعتادة بسلوكيات التنظيم و التدقيق و الاهتمام بالتفاصيل و حب النظافة و الميل للمراجعة و الحذر و الحرص و المثابرة والمواظبة و يقظة الضمير. تعد من الأمور المطلوبة و المرغوبة فى الحياة الناجحة بصفة عامة. ومع ذلك فان مثل تلك الأمور قد لا تصبح مقبولة أو محتملة إذا زادت عن الحدود الطبيعية, و ارتفعت درجة حدتها و تطرفها. لأنها فى مثل هذه الأحوال تصبح عائقا بل و مشقة فى حياة الأفراد, ويدخلون بذلك فى دائرة أحد الاضطرابات النفسية التى يطلق عليها اضطراب الوسواس القهرى

ولقد تبين انتشار أعراض اضطراب الوسواس القهرى بين الأطفال و المراهقين من الجنسين.وخاصة فى المرحلة العمرية التى تتراوح فيما بين سن (٥,٧-١٥) سنة(*March&,Leonard, 1996*) .

هذا:و تدل الإحصائيات على أن ذلك النوع من الاضطراب ينتشر عالميا لدى جموع الأطفال و المراهقين بنسبة تتراوح ما بين (٣-٤.٨%) (*Valleni-basile et al., 1994 &Wissman et al., 1994*.).

كما أنه ينتشر أيضا بين الأطفال و المراهقين فى الولايات المتحدة الأمريكية بنسبة تتراوح ما بين (٢-٤) %. (*Flament et al., 1988*)ى الدانمارك بنسبة (٤,١%). (*Thomsen, 1995*).و فى نيوزلاندا بنسبة (٣.٩%) (*Douglass et al.,1995*).

أما عندنا فى مصر فان الأبحاث الحديثة تدل على أن شيوعه بين الأفراد فى مصر بصفة عامة تتجاوز توقعاتنا السابقة حوالى (٢.٥%).(*عكاشة،١٩٩٢: ١٣٦*).

يشير كل من (*صادق، ١٩٩٠: ٤٥-٤٦*).و كابلان و سادوك(*Kaplan&Sadock,1996:117A*).إلي أن هذا النوع من الاضطراب يتسبب فى وجود ألما شديدا و معاناة قاسية للفرد، نتيجة للأفكار الغريبة التى تقتحم رأسه،والرغبات الغريبة التى تقهره قهرا يدفعه إلي أعمال معينة يرفض بشدة الانصياع لها،فيقاومها ولكنه لا يستطيع ولا يهدأ إلا إذا قام بها ، وهذه مشكلة المشاكل.إذ أن هذه الطقوس قد تسبب إزعاجا شديدا للذين يعيشون معه ، فهم يرونها غير منطقية ,ولا أحد يصدق أنه عاجز عن مقاومة هذه الأفكار و الوساوس، وهذا يضاعف من آلامه ويزيد من شدة اضطرابه.

ويضيف رينولدز (*Reynolds, 1990*).أن هناك بعض الاضطرابات الأخرى المصاحبة للوسواس ا لقهرى لدى الأطفال و المراهقين من أهمها، القلق والاكتئاب، وأحيانا وجود بعض الأفكار أو السلوك الانتحاري.

كما يذكر أيضا (عكاشة، ١٩٩٢: ٤٩) أن هناك تفاعلا للأعراض القهرية مع معظم الا مراض النفسية والعقلية، حتى أن مرضى الوسواس القهرى يصابون باضطراب شبيه بالفصام ,بل ان الفصام نفسه قد يبدأ أحيانا بأعراض قهرية.

وكذلك فقد أظهرت المراجعات والملاحظات الإكلينيكية الحديثة أن اضطراب الوسواس القهرى يعد أحد المشكلات الهامة التى يمكن أن تواجه الأطفال والمراهقين بالمدارس ، حيث ينعكس تأثيره سلبيا على مستوى إنجازهم وتحصيلهم الأكاديمي داخل فصولهم الدراسية(Parker&Stewart,1994).

وينبه كل من كلاريزيو (Clarizio,.1991) .وأدمز وأخرون(Adams et al.,1994).إلى أنه قد تبين أن مشكلة الوسواس القهرى لدى الأطفال والمراهقين لا ترتبط فى حد ذاتها فقط بالاضطرابات النفسية والعقلية ، بل إن الأخطر من ذلك هو أنها قد تستمر معهم حتى مرحلة الرشد ، وربما طوال فترة حياتهم كلها.

كما يؤكد كل من دوجلاس وأخرون(Douglass et al.,1995) ودانيل وأخرون(Daniel et al.,1996) أن الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهرى، لديهم درجة مرتفعة من نقص الانتباه واضطراب النشاط الزائد ، وتأخر فى نواحى النمو العصبية النفسية ، وانخفاض فى مستوى القدرات العقلية وخاصة قدرات التفكير الابتكارى.

وينوه فى الوقت ذاته (ابراهيم، ١٩٨٥: ٣٠٦) أنه تتزايد فى العصر الحالى حاجة المجتمعات بما فيها مجتمعاتنا لازدياد التعبير والعمل الابتكاريين. لكن الشيء المؤسف هنا هو وجود عوامل متعددة تعوق التعبير عن الابتكار ، ولا تسمح للقدرات الابتكارية أن تنمو بالشكل الذى يريده المجتمع أو الفرد ذاته ، هذه العوامل بعضها داخلى يتعلق بالشخص ذاته ، وبعضها خارجي يتعلق بالواقع الاجتماعي الذى يعيش فيه الفرد.

يشير (عبد الغفار، ١٩٨٠: ٢٨٣)بأننا إذا أردنا حقيقة مساعدة الأطفال على تحقيق إمكانياتهم العقلية ، فانه ينبغى علينا أن نقدم لهم من البرامج ما يعتمد على العمليات العقلية ما يتيح لهم فرصة استخدام طاقاتهم العقلية فى مجالات متعددة ، ولا شك أن التبكير باستخدام هذه البرامج أفضل من إرجائها إلى مراحل تعليمية متأخرة.

ويوضح (صبحى، ١٩٨٧: ١٠ - ١١) أن الاهتمام بتربية الأطفال وارشادهم وتنمية قدراتهم ,أصبح من الأمور الضرورية ، ومن أجل ذلك فانه ينبغى توجيه الاهتمام بقدراتهم الابتكارية، وترجيهها الوجهة السليمة ، لان من يتناول موضوع الابتكار بالبحث ، فإنما يتناول المستقبل.

وبناء على ذلك : فان دراسة القدرات الابتكارية لدى الأطفال والمراهقين بصفة عامة، تعد فى حد ذاتها ضرورة واقعية تحتمها علينا روح عصرنا الحالى ، التى تتميز بالتطور المذهل والتغير السريع المستمر من حولنا . إلا أن هذه الضرورة ربما تكون أكثر إلحاحا ومطلبا بالنسبة لفئات الأطفال والمراهقين الذين يعانون من بعض المشكلات أو الاضطرابات النفسية ، وخاصة مثل تلك التى تتعلق بموضوع الدراسة الحالية ، وهى مشكلة أو اضطراب الوسواس القهرى.

أهداف الدراسة:

تتحدد أهداف الدراسة الحالية فيما يلى:ـ

١-تصميم أداة مناسبة لقياس الوسواس القهرى لدى الأطفال والمراهقين من الجنسين، والتعرف على بناءها العاملى ، مع تحديد أهم خصائصها السيكومترية.

٢-الكشف عما إذا كانت هناك فروق جوهرية بين كل من الأطفال من الجنسين ، وكذلك المراهقين من الجنسين ، وأيضا بين الأطفال والمراهقين من الجنسين فى درجة الوسواس القهرى من عدمه.

٣-الكشف عما إذا كانت هناك فروق جوهرية فى القدرات الابتكارية لدى مجموعات الدراسة من (الأطفال الذكور-الأطفال الإناث-المراهقين الذكور-المراهقات الإناث)فى ضوء تباين درجة الوسواس القهرى (المنخفضة والمرتفعة).

٤-التعرف على أثر التفاعل بين متغيرى المرحلة العمرية (طفولة متأخرة-مراهقة مبكرة). والجنس(ذكور-إناث)على درجة الوسواس القهرى.

أهمية الدراسة:

تتبلور أهمية الدراسة من خلال إلقاء الضوء على النقاط الأساسية التالية:-

١- تسهم الدراسة الحالية فى توفير أداة مقننة على البيئة المصرية لقياس الوسواس القهرى لدى الأطفال والمراهقين من الجنسين ، حيث أن المكتبة السيكولوجية المصرية لا يوجد بها إلا النادر جدا فى مثل هذا الخصوص.

٢- ينصب اهتمام الدراسة على تناول أحد أنواع الاضطرابات العصابية (اضطراب الوسواس القهرى)الذى قد يواجه الأطفال والمراهقين ، وتنعكس بالتالى مضاعفاته على كل جوانب السلوك و الشخصية بالأذى والضرر البالغين.

٣- تنفرد الدراسة الحالية عن كل سابقتها من الدراسات العربية والأجنبية التى تناولت الوسواس القهرى لدى الأطفال والمراهقين ، وذلك من خلال دراسة علاقته بمستوى قدراتهم الابتكارية.

٤- يمكن فى ضوء النتائج التى سوف تخرج بها الدراسة من اقتراح و تحديد أهم التوصيات التربوية والإرشادية التى قد تفيد فى رفع مستوى الصحة النفسية لدى فئة الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهرى.

مصطلحات الدراسة:

تتحدد مصطلحات الدراسة الأساسية فيما يلى:-

١- الوسواس القهرى Obsessive Compulsive Disorder

يقصد بالوسواس القهرى فى الدراسة الحالية (اضطراب الوسواس القهرى)الذى يمثل فى حد ذاته أحد أنواع العصاب. ويعرف الوسواس Obsessionبأنه فكر متسلط ، كما يعرف القهر compulsionبأنه سلوك جبرى يظهر بتكرار وقوة لدى المريض ويستحوذ عليه ولا يستطيع مقاومته رغم وعى المريض وتبصرة بغرابته وسخفه ولا معنوية مضمونه وعدم فائدته، ويشعر بالقلق والتوتر إذا قاوم ما توسوس به نفسه ، ويشعر بإلحاح داخلى للقيام به . وعلى أى الأحوال فان الوسواس والقهر متلازمان كأنهما وجهان لعملة واحدة.

(زهران، ١٩٧٨ : ٤٢٣)و(*A.P.A,1994:96*).

هذا:ويتحدد الوسواس القهرى فى الدراسة الحالية إجرائيا من خلال الدرجات التى يحصل عليها أفراد عينة الدراسة على مقياس الوسواس القهرى للأطفال والمراهقين المصمم والمستخدم فى الدراسة.

٢ - القدرات الابتكارية:Creative Abilities

يقصد بالقدرات الابتكارية فى الدراسة الحالية (قدرات التفكير الابتكارى) التى تتحدد فى (الطاقة ، المرونة ، الأصالة ، التفاصيل).

يعرف (خير الله، ١٩٧٥ :٥) الابتكار بصفة عامة بانه قدرة الفرد على الإنتاج إنتاجا يتميز بأكبر قدر من الطلاقة الفكرية والمرونة التلقائية و الأصالة بالتداعيات البعيدة ، وذلك كاستجابة لمشكلة أو موقف مثير.

ويعرف تورانس(*Torrance,1977:8-9*) قدرات التفكير الابتكارى كما يلى:ـ

أ-الطلاقة : Fluency وهى سهولة إنتاج الأفكار ،فالفرد يأتي بعدة استجابات ملائمة لمثير واحد أو عدة حلول لمشكلة واحدة،يكون أكثر ابتكارا ممن يأتي بعدد أقل من الاستجابات أو الحلول

ب_المرونة: Flexibility وتتمثل فى القدرة على أن يأتي الفرد باستجابات مختلفة للمشكلة الواحدة ، والشخص المرن هو الذى إذا فشل فى حل ، فكر فيه وسرعان ما يأتي بحل أخر جديد

ج_ الأصالة:Originality وهى القدرة على أن يأتي الفرد بأفكار أو استجابات جديدة وبعيدة عن المألوف ، والأفكار الأصيلة هى الأفكار النادرة إحصائيا.

د_التفاصيل: Elaboration وهى قدرة الشخص على تطوير فكرته وتحسينها بإضافة تفصيلات تساعد على إبرازها.

هذا: وتتحدد قدرات التفكير الابتكارى إجرائيا فى الدراسة الحالية من خلال الدرجات التى يحصل عليها أفراد عينة الدراسة على اختبارات تورانس للتفكير الابتكارى (الصورة أ) المستخدمة بالدراسة.

٣ - مرحلة الطفولة المتأخرة:Late Childhood Stage

تقع هذه المرحلة العمرية بين مرحلتى الطفولة الوسطى و المراهقة المبكرة ، ويتراوح العمر الزمنى فيها ما بين سن (٩ -١٢) سنة.

هذا : ويتم الاقتصار فى الدراسة الحالية على تناول شريحة الأطفال الذين تقع أعمارهم فيما بين سن (١١ -١٢) سنة.وذلك كممثلين لأطفال تلك المرحلة.

٤ - مرحلة المراهقة المبكرة:Early Adolescence Stage

وتقع هذه المرحلة العمرية ما بين مرحلتى الطفولة المتأخرة والمراهقة الوسطى ، ويتراوح العمر الزمنى فيها ما بين سن (١٢ - ١٥) سنة.

وينوه الباحث فى هذا المقام إلى أنه سوف يتم الاقتصار فى الدراسة الحالية على تناول شريحة المراهقين الذين تقع أعمارهم فيما بين سن (١٤ -١٥)سنة، وذلك كممثلين لمراهقى تلك المرحلة.

الإطار النظري للدراسة :

يمكن تحديد الإطار النظري للدراسة في النقاط الثلاث الرئيسية التي سوف يتم تناولها فيما يلي:-

١-طبيعة اضطراب الوسواس القهري :

لعل أهم ما يميز هذا الاضطراب هو الوساوس المتكررة أو الطقوس القهرية التي تكون شديدة لدرجة تسبب الإزعاج والكرب ، إما باستهلاك الوقت أو لتداخلها مع نشاط الفرد المعتاد أو في أدائه لوظيفته المهنية أو أنشطته

الاجتماعية المعتادة أو علاقاته مع الآخرين ، ولا يستطيع الفرد مقاومتها ، لأنه عندما يحاول ذلك ينتابه شعور بتوتر عام ، هذا التوتر يمكن تخفيفه مباشرة بممارسة الفعل القهري .
(حمودة ، ١٩٩١ : ٣٢٩ - ٣٣٠).

ويوضح كل من ريتيو وسويدو (Rettew & Swedo , 1992) وجودمان (Goodman,1992:250), و (الحفني ، ١٩٩٥:١٤٢٥) الفرق بين الوساوس والأفعال القهرية . فيروا أن الوساوس هي استحواذ فكرة تتسلط على المريض وتتكرر بشكل نمطي لا يتغير, تأتيه قهرا, وقد يحاول معارضتها من داخله حيث يعلم إنها غير معقولة ويرفضها او ينفر منها ، أما الأفعال القهرية فهي أفعال متكررة نمطية في مواقف متباينة لا تستدعيها كاستجابات معقولة مناسبة ياتي بها الفرد كلما زاد قلقه واحتدم الصراع الذى يعاني منه وزادت وطأة الضغوط الواقعة علية ، وهو يلجأ للفعل القهرى ليخفف من قلقه أو ربما يلجأ إلية كبديل مشبع لرغبة لم تجد الإشباع المباشر . والأفعال القهرية والوساوس متلازمان غالبا حتى ليعتبروا استجابة واحدة لمرض واحد هو (عصاب الوسواس القهري) ، غير أنة في هذا العصاب قد تغلب الوساوس على الأفعال القهرية أو العكس.

وعموما فان أكثر الوساوس شيوعا ، هي الأفكار المتكررة نحو العنف وإيذاء النفس والآخرين مثل قتل الأم أو الأب ، أو الخوف من القذارة والتلوث والميكروبات والعدوى ، أو الأفكار الجنسية حول المحارم ، أو الأعراض السيكوسوماتية ، أو الشك بشدة في فعل الشيء أو عدم فعله ، أو وجود بعض الأفكار الانتحارية . (Pigott et al., 1994) و (Daniel et al ., 1996).

أما أكثر المظاهر و الأعراض القهرية شيوعا ، فهي إعادة تكرار العديد من الطقوس ، مثل غسل الأيدي بعد مصافحة الأشخاص ، او ترديد عبارة أو نغمة معينة أو كلمة معينة ، أو العد والتنظيم والترتيب ، أو المراجعة ، أو لمس الأشياء(Daniel et al., 1996.& Rapoport et al., 1992).

يشير (عكاشة، ١٩٩٣ : ٣٢٦) إلى أن الكثير من الأطباء النفسيين يختلفون حول طبيعة اضطراب الوسواس القهري ، حيث يرى البعض أن يدرج مع الذهان نظرا لان بعض حالات الوسواس القهري تتحول أحيانا إلى أمراض ذهانية ، بل أن البعض الآخر يرون أنه عملية دفاعية ضد الذهان ، حيث قد لوحظت هذه الظاهرة بالفعل لدى بعض المرضى ، فإذا عولج الوسواس القهري وشفى تماما ،يبدأ المريض في المعاناة من أعراض ذهانية شبة فصامية ، وإذا عولج من الذهان يعود ثانية لشكواه من الوسواس القهري ، بل وأحيانا تتأرجح شكوى المريض بين تلك الأعراض . هذا إضافة إلى أن الأعراض القهرية كثيرا ما تنشأ كأحد ظواهر مرض الاكتئاب.

وعلى آي الأحوال ، فأنه يمكن التميز بين اضطراب الوسواس القهري ، والأعراض القهرية التي قد تظهر مع عدد من الأمراض الأخرى ، على أساس أن الشخص الذى يعاني من اضطراب الوسواس القهري يكون على وعى وإدراك كامل بتفاهة هذه الوساوس وعدم معقوليتها أو صحتها ، كما أنه في نفس الوقت يحاول مقاومتها وعدم الاستسلام لها . أما المريض بالاعتقاد الخاطئ كما في حالة معاناة الشخص من بعض الضلالات والهذاءات فأنه في مثل تلك الأمور يكون مقتنع تماما بصحة وصدق اعتقاده ، ولهذا فأنة يعتبر مريضا ذهانيا . (Mc Gough et al., 1993).

٢-ظهور اضطراب الوسواس القهري والتنبؤ بمآله

يذكر (*زهران، ١٩٧٨: ٤٢٧*) أنه قد يمكن ملاحظة بعض أشكال خفيفة من الفكر الوسواسى والسلوك القهري عند الشخص العادي ، غير أن فيصل اعتبار الفكر وسواسيا والسلوك قهريا هو تكرار وقوعه ، وظهور القلق والتوتر عند مقاومته ، واعاقة أو منع الفرد من تأدية عملة اليومي ، والتأثير على كفاءته ، وسوء توافقه الاجتماعي . ويلاحظ كذلك أنه إذا طغى الفكر الوسواسى اكثر كانت الحالة شديدة ، أما إذا طغى السلوك القهري كانت الحالة أخف .

ويشير (*حمودة ، ١٩٩١: ٣٣٠*) إلى أن ظهور اضطراب الوسواس القهري يبدأ عادة في الطفولة أو المراهقة ، وقد لوحظ أن نسبة (٥٠ - ٧٠ %) من المرضى ، تبدأ الأعراض لديهم كرب وشدة ، والبداية قد تكون حادة في نصف الحالات تقريبا ، وعادة ما يتكتم المريض أعراضه ولا يمثل للعلاج إلا بعد عدة سنوات .

ويوضح (*عكاشة، ١٩٩٢: ٤١٠*) أن الشخص في مثل هذه الأحوال لا يعرض نفسه على الطبيب إلا بعد مدة من المقاومة ، لاعتباره أن ذلك ضعف لا يستحق العلاج ، حتى تنال منه الأعراض ، ويبدأ فى المعاناة الشديدة ، وهنا يصبح في حيرة من أمره ، ويسأل المساعدة ، فيأتي ويشكو من القلق الشديد أو الاكتئاب الناتج عن الوسواس القهري ، وأحيانا أخرى يشكو مباشرة من الوسواس القهري , علما بأن التكوين الجسمي لمثل هؤلاء المرضى يميل إلى ما يسمى بالتكوين الواهن والميل للطول ,مع تضاريس حادة بالوجه ، وطول الرقبة والأطراف.

أما عن مآل الوسواس القهري ، فانه يكاد يوازى باقي الأمراض العصابية ، إلا أنه يعتبر من أصعبها علاجا,وخاصة في الحالات الشديدة . ويمكن القول إجمالا أن حوالي نسبة (٢٠ %) من الحالات تشفى ،وأن حوالى (٤٠ %) تتحسن ، وأن حوالى (٤٠ %) لا تتغير حالتها ، وعلى العموم فان مآل عصاب الوسواس القهري يكون أفضل كلما كان ظهور المرض وأعراضه حديثا .(*زهران، ١٩٧٨ : ٤٢٨*).و (***March &Leonard , 1996***).

وقد تتفاقم أعراض الوسواس القهري لدى الأفراد المصابين به ، لدرجة أن ثلث المرضى تقريبا يصابون بالاكتئاب ، الذى قد يكون من بين مضاعفاته الانتحار او الإدمان ، وان كان هناك أيضا خطر من تحول الوسواس إلى فصام . (*حمودة ، ١٩٩١: ٣٣٠*)و (***Foa et al., 1996***).

يضاف إلى هذا كله ، أنه توجد في نفس الوقت الكثير من المشاكل والاضطرابات الأخرى التي ترتبط بإصابة الأطفال والمراهقين بالوسواس القهري بصفة خاصة ، لعل من أهمها معاناتهم من مختلف الاضطرابات السيكاترية بنسبة(٦٣- ٩٧ %) ، ومن الاضطرابات السلوكية وخاصة زيادة النشاط الحركي بنسبة (٣-٥٧ %) ، ومن اضطرابات في النمو اللغوي بنسبة(١٣- ٢٧ %)، ومن مشكلة التبول اللاإرادي بنسبة(٧-٣٧ %) ، ومن تقلصات لاارادية وبصفة خاصة في عضلات الوجه بنسبة (١٣-٢٦ %) . (***Hanna, 1995***) و (***Geller et al., 1996***) .

٣-أهم النظريات التي تفسر اضطراب الوسواس القهري:

تعددت النظريات التي تناولت تفسير نشأة وتكوين اضطراب الوسواس القهري ، وبطبيعة الحال فان المنحى الذى انتهجته كل نظرية قد اختلف في حد ذاته جوهريا طبقا للرؤية أو الفلسفة التي تأخذ بها وجهة نظر كل نظرية . ومن هنا فقد وجد الباحث ضرورة الوقوف بصورة شاملة وموجزة على أهم تلك الآراء النظرية .

ا-النظرية البيولوجية:

تؤكد هذه النظرية على أنه توجد الكثير من الشواهد والملاحظات التي تؤيد نشأه الوسواس القهري نتيجة أسباب فسيولوجية ، فظهوره في الأطفال بكثرة حيث أن الجهاز العصبي لم يكتمل نضجه بعد وكذلك وجود الوسواس بطريقة

دورية وفى هيئة نوبات متكررة مع اضطراب الموجات الكهربائية في المخ . وقد ذهب البعض في تفسير وجود الوسواس القهري بسبب وجود بؤرة كهربائية نشطة في لحاء المخ ، وحسب مكانها في المخ تثير دوائر كهربائية تؤدى إلى نفس الفكر أو الحركة أو الاندفاع ، وهذه البؤرة الكهربائية دائما في حالة نشاط مستمر ، ولكن على اتصال كذلك بكافة الدوائر الكهربائية في قشرة المخ ، ولذا يتبين المريض عدم صحة هذه الفكرة ، لان بقية القشرة أو مراكز الفكر تقاوم هذه البؤرة (*عكاشة، ١٩٨٢: ٤٨٧*) .

كما يشير (*حمودة، ١٩٩١: ٣٢٢*) إلى أنه يوجد هناك أيضا بعض الملاحظات البيولوجية التي نبهت إلى دور العوامل البيولوجية في وجود الوسواس القهري ، والتي من أهمها وجود تاريخ إصابة أثناء الحمل لهؤلاء المرضى ، مما يؤكد دور إصابة الدماغ في وجود الوساوس . وكذلك ما أظهرته دراسة النشاط الايضى لمناطق الدماغ في مرضى الوسواس . والتي كشفت عن زيادة نشاط الايض في بعض مناطق عن غيرها .

ويضيف كل من جودمان وأخرون (*Goodman et al,. 1992*) وأنسيل(*Insel 1992*) أن وجود أعراض الوسواس القهري بين الأقارب من الدرجة الأولى ، وكذلك في معظم اضطرابات العقد القاعدية ، مثل مرض الشلل الاهتزازي والكوريا ومرض لوازم توريت العصبية، يؤكد دور العامل البيولوجى في وجود هذه الوساوس القهرية.

ب-النظرية الدينامية:

ترى هذه النظرية أن الارتداد نكوصا إلى المرحلة الشرجية يؤدى بدوره إلى ظهور الأعراض الحواذية والأفعال القهرية ، وكذلك نوع الأعراض والسمات المميزة لها ، من خلال الميكانيزمات الدفاعية المستخدمة في هذا النوع من العصاب ، والتي تتمثل في العزل والإزاحة والتعطيل والتبديل والإلغاء والتكوينات القهرية والتناقض الوجداني .

ويوضح (فينخل ، ١٩٦٩: ٤٩٧) أن أعراض الوسواس القهري عادة تزداد تعقيدا بمرور الوقت عند الأفراد ، خاصة إذا كان لديهم الاستعداد السابق لمثل هذا الاضطراب ، سواء من خلال الوراثة أو من خلال وسائل التربية ، ولذلك فان هذا الاضطراب يعد من أصعب الأمراض نتيجة الصعوبات التي يخبرها المريض ، والتي من أهمها الصراع الشديد المتداخل بين الأنا العليا والانا ، إلى جانب عزل الانفعالات وعدم رضاء المريض بالمكاسب الثانوية وفرط القدرة التجريدية التي يستخدمها دائما ، وبالطبع فانه كلما كان مسار المرض اقصر كلما كان المآل أكثر طمأنة .

ج-النظرية المعرفية:

تقوم وجهة نظر هذه النظرية أساسا على افتراض مؤداه أن الشخص الذى يعانى من اضطراب الوسواس القهري ، عادة ما يفشل في اتخاذ أي قرار بسهولة ، ولعل هذه السمة تعد في جوهرها من أبرز السمات الرئيسية التي تميز الشخص الوسواسى ، وعليه فأنه يتم تفسير زيادة درجة أو مستوى سلوك الوسواس القهري في ضوء عدم القدرة على اتخاذ القرار ، ونتيجة لذلك فانه ترتفع لدى الفرد درجة الشك والقلق العصابى، فتزداد لديه بالتالي درجة الوساوس.(*Reiddle et al,. 1990*).

د-النظرية التطورية الإيقاعية:

لعله يمكن توضيح فلسفة هذه النظرية في شرح نشأه اضطراب الوسواس القهري من خلال التفسير الذى يقدمه (*الرخاوى،١٩٧٩: ١٢٠ - ١٢١*) حيث يرى أن هذا العصاب في حقيقة أمره يعلن إنذارا بحركة داخلية نشطة تهدد بالتناثر والجنون . ثم أن تحريك هذا الجنون فشل أو كاد ,لأن التفاعل لهذا الإنذار كان انفعاليا مزعجا وناجحا نسبيا

من خلال ضبط وربط الدفاع الوسواسى وإذ يعلن هذا العصاب خوفا مضاعفا من هذا التهديد ، وفى نفس الوقت عجزا عن استمرار الاستجابة الانفعالية المخيفة له ، وينتج عن ذلك كله أن تخف درجة الانفعال ومصاحباته وتزيد درجة العقلنة ، مع استبعاد انفعال الخوف الأصلي من خلال التكرار ، وحتى يستتب العصاب الوسواسى القهري ، فانه (سيكوباثولوجيا) لابد من توافر شروط أهمها ، أن يكون التهديد بالذهان اشد واقرب, وأن يكون الانفعال بالخوف العقلي اكبر من احتمال المريض على المستوى السوي أو العصابي فى صوره العصاب الرهابى, وأن تنشأ حلقه مفرغه من التعود وتثبيت التجريد والعقلنة معا ، مما يحافظ على استمرار السلوك وتثبيته حتى يكتسب ذاتيته التي تصبح جزءا لا يتجزأ من الشخصية ، وتصبح بمرور الزمن الدعامة العصابية المتينة التي تحافظ على تماسك الشخصية دون تناثر أو اختلاط.

هالنظرية السلوكية:

يعتقد أصحاب هذه النظرية أن الوسواس القهري يمثل مثيرا شرطيا للقلق ، وإذا ارتبط الفكر الوسواسى بمثير غير شرطي للقلق فانه يصبح أيضا مثيرا للقلق . ويتكون السلوك القهري عندما يكتشف الفرد أن سلوكا معينا يخفف القلق المرتبط بالفكر الوسواسى ، وتخفيف القلق هنا يعزز هذا السلوك القهري ويثبته ويصبح غطا سلوكيا متعلما .(*زهران*، ١٩٧٨ : ٤٢٥) .

ولذلك: فان استخدام العلاج النفسي السلوكي بمختلف طرقه يفيد في علاج نسبة حوالي (٦٥ ٪) من حالات اضطراب الوسواس القهري .(***March et al., 1994***) و (***Elizabeth et al ., 1996***) .

الدراسات السابقة:

يعرض الباحث فيما يلي أهم الدراسات السابقة ذات الصلة الوثيقة بموضوع الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين من التي تم الإطلاع عليها ، وكذلك التي تم الحصول عليها من خلال عدة مسوحات بالكمبيوتر .

قام هولينجسرورث وأخرون (***Hollingsroorth et al,. 1980***) بدراسة طولية تتبعيه على عينه مكونة من (٥٠) طفلا ، ممن تم تشخيصهم باضطراب الوسواس القهري . وقد كان أهم ما انتهت إلية نتائج هذه الدراسة ما يلي:

- ظهور بعض الاضطرابات السيكاترية لدى معظم أفراد عينة الدراسة بعد مرور عدة سنوات.
- ارتفاع درجه الشعور بالذنب لدى نسبة (٣٤٪) من عدد أفراد العينة.
- سوء التكيف الشخصي والاجتماعي لدى كل أفراد العينة .
- وجود تاريخ مرضى سابق لدى أسر أطفال العينة بنسبة (٨٢ ٪) من عدد أفراد العينة.

وأجرت رابوبورت وأخرون (***Rapoport et al., 1981***) دراسة للتعرف على الأعراض التي تصاحب اضطراب الوسواس القهري لدى الأطفال . حيث تكونت عينة الدراسة من (١٥) طفلا يعانون من اضطراب الوسواس القهري ، وقد تبين من نتائج تلك الدراسة ما يلي :

- ظهور الأعراض الاكتئابية بصفة خاصة لدى جميع أفراد عينه الدراسة بعد أصابتهم باضطراب الوسواس القهري بمده تتراوح ما بين ستة أشهر إلى عام .

- ارتفاع حدة الأعراض الاكتئابيه بصفة خاصة لدى الأطفال الذين ظهر لديهم اضطراب الوسواس القهري في سن مبكرة إلى حد ما (قبل سن الثامنة) .

- وجود اضطرابات شخصية أخرى مصاحبة لاضطراب الوسواس القهري لدى معظم أطفال عينة الدراسة تتحدد في الاضطرابات (الهيستيرية والسيكوباتية وغير الناضجة) .

وأشارت نتائج الدراسة التي قام بها كل من كلارك وبولتون (*Clark & Bolton , 1985*) على مجموعة من المراهقين الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري ، إلى أنهم يدركون والديهم على أن لهم دور رئيسي وسبب مؤثر وقوى في إصابتهم بهذا الاضطراب .

وكشفت نتائج الدراسة التي أجراها كل من أبتر و تيانو (*Apter & Tyano , 1988*) على مجموعة من المراهقين الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري ، وتم إخضاعهم لعده طرق علاجية ، أنه لا يوجد نوع محدد من العلاج (الطبي أو النفسي) يؤدى بدوره إلى الشفاء التام من اضطراب الوسواس القهري لديهم ، كما أن أي نوع من العلاج يستغرق وقتا طويلا لتخفيف أعراض تلك الوساوس إلى حد ما فقط

و اختلفت نتائج الدراسة التي قام بها كلا من سالكوفيسكس و ويستبروك (*Salkofiskis & Westbrook*) مع نتائج الدراسة السابقة ، حيث توصلا من خلال استخدام طريقة العلاج السلوكي على مجموعة من المراهقين الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري بأسلوب التدريب على التعامل مع المشكلات الخاصة باستبدالها باستجابات أخرى مقنعة تمنع السلوك الوسواسي وتقديم نموذج من التدريب (التعودى) على كيفية التخطيط لهزيمة هذه السلوكيات الوسواسية القهرية ، إلى مدى فاعلية وجدوى هذه الطريقة في علاج هذا الاضطراب لدى معظم أفراد عينه دراستهما .

وتوصلت نتائج الدراسة التي قام بها هامبورجر وأخرون (*Hamburger et al ,. 1989*) على مجموعة كبيرة من الأطفال والمراهقين من الجنسين ممن يعانون من اضطراب الوسواس القهري بلغ عددهم (٥٥٩٦)فردا ، إلى أن معظم أفراد العينة يوجد لديهم انخفاض واضح في معدل الطول والوزن ، والتي تم إرجاعها إلى تأثيرات النواحي العصبية والهرمونية المصاحبة لاضطراب الوسواس القهري .

وتصدت دراسة (*عبد اللطيف* ،١٩٨٩) للمقارنة بين المراهقين من الجنسين فى نمط الشخصية القهرية ، حيث تكونت عينه دراسته من (٢٠٠) فردا من الجنسين . وقد انتهت نتائج تلك الدراسة إلى أنه لا توجد فروق دالة بين المراهقين من الجنسين في نمط الشخصية القهرية .

وهدفت دراسة سويدو وأخرون (*Swedo et al ,. 1989*) التعرف على مظاهر وأعراض اضطراب الوسواس القهرى لدى الأطفال والمراهقين ، وذلك من خلال تجميع البيانات و الملاحظات الاكلينليكيه التي تم الحصول عليها من خلال مجموعه من المراهقين من الجنسين بلغ عددهم (٧٠) فردا ، ممن يعانون من اضطراب الوسواس القهري ، وقد أوضحت نتائج هذه الدراسة ما يلي:

- تتركز الأعراض الأكثر شيوعا لدى كل أفراد عينه الدراسة حول طقوس النظافة وغسيل اليدين والتكرار والشك والوساوس من القذارة والميكروبات والعدوى .

- ارتفاع حدة درجات القلق والاكتئاب لدى نسبة (١٨٪) من عدد أفراد العينة .

- توجد بعض اللزمات الحركية لدى نسبة (٢٠ ٪) من عدد أفراد العينة .

- يوجد تأخر في جميع معدلات النمو الجسمي لدى نسبة (٢٤,٣٪) من عدد أفراد العينة .

وخلصت نتائج الدراسة التي قام بها ألسوب وفيردين (*Allsopp & Verduyn . 1990*) على مجموعة من المراهقين الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري ، بلغ عددهم (٤٠)فردا ، إلى أن معظم أفراد عينة الدراسة كانوا يعانون قبل إصابتهم بهذا الاضطراب من ارتفاع درجة الشعور بالوحدة النفسية ، وأيضا من وجود مشكلات اجتماعية في علاقاتهم مع أقرانهم .

وأكدت نتائج الدراسة التتبعية التي أجراها فلامنت (*Flament et al ., 1990*) على مجموعة من الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري ، والتي شملت إجراء الفحوص في النواحي العصبية والعصبية النفسية والسيكوفسيولوجية ، ورسم المخ الكهربائي ، والفحص بالأشعة المقطعية ، أنه توجد هناك علاقة ارتباطيه موجبة دالة بين اضطراب الوسواس القهري ، وكلا من القلق والاكتئاب .

و اتفقت نتائج دراسة ألسوب ووليامز (*Allsopp & Williams , 1991*) مع نتائج الدراسة السابقة . حيث قاما بإجراء دراسة شملت (٣٥٢) مراهقا من الجنسين ، ممن يعانون من اضطراب الوسواس القهري تراوحت أعمارهم ما بين (١٢ - ١٥) سنة . وقد توصلت نتائج تلك الدراسة إلى أنة توجد علاقة ارتباطيه موجبة دالة إحصائيا بين اضطراب الوسواس القهري والاكتئاب والقلق الاجتماعي لدى المراهقين من الجنسين ، كما ظهر أيضا من النتائج أنه لا توجد فروق جوهرية بين مجموعات الدراسة فيما يختص بأثر عاملي الجنس والسن.

وأوضحت نتائج الدراسة التي أجراها تورو وأخرون(*Toro et al., 1992*) من خلال تجميع البيانات والملاحظات الاكلينيكية على عينة مكونة من (٧٣) طفلا ومراهقا من الجنسين ممن يعانون من اضطراب الوسواس القهري ما يلي:

- أن غالبية الأفعال القهرية لدى الأطفال والمراهقين من الجنسين تدور حول طقوس النظافة وغسل اليدين واعادة التكرار على معظم الأعمال التي يقومون بها .
- نسبة (٥٣%) من عدد أفراد عينة الدراسة كانت تعاني بشدة من كثير من المواقف الحياتية الضاغطة قبل إصابتهم باضطراب الوسواس القهري .
- نسبة (٧٧%) من عدد أفراد العينة تعاني من بعض الاضطرابات السيكاترية الأخرى المصاحبة لاضطراب الوسواس القهري وخاصة القلق .
- نسبة (٥٧%) من عدد أفراد العينة تعاني من مشكلات وصراعات أسرية .
- نسبة (٥٧%) من عدد أفراد العينة تعاني من مشكلات دراسية ومن انخفاض مستوى تحصيلهم الدراسي.

وأظهرت نتائج الدراسة التي قامت بها (*الرخاوي ،١٩٩٢*) على مجموعة مكونة من (١٩٤) طفلا من الجنسين من المترددين على العيادات النفسية ، وجود ارتباط موجب دال إحصائيا بين التاريخ المرضي السابق للأسرة وبين المظاهر والأعراض الوسواسية القهرية لدى الأطفال ، وأيضا وجود فروق دالة إحصائيا في أساليب التنشئة الوالدية بين الأطفال الذين حصلوا على درجات مرتفعة والذين حصلوا على درجات منخفضة في المظاهر والأعراض الوسواسية القهرية .

وانصب اهتمام دراسة ميركيل وأخرون(*Merkel et al ,. 1993*) في التعرف على كيفية إدراك الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري أو الاكتئاب أو الهلع للصفات والخصائص الوالدية المميزة . حيث تكونت عينة دراستهم من (٣٢٠) طفلا ومراهقا ممن ترتفع لديهم درجات أي من اضطرابات الوسواس القهري أو الاكتئاب أو

الهلع . وقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن الأطفال والمراهقين الذين يعانون بصفة خاصة من اضطـــراب الوســـواس القهري ، يدركون أمهاتهم على أنهن يمارسن قدرا كبيرا من الحماية والرعاية الزائدة عن الأطفـــال والمراهقـــين ذوى اضطراب الاكتئاب أو الهلع .

وأسفرت نتائج الدراسة التي قام بها كلا من (*عبد الخالق و الدماطى ، ١٩٩٥*)على مجموعة من طلاب وطالبـــات المدارس الثانوية والجامعة بمدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية ،والتي بلغ عددها (٩٧٢) فـــردا ، بهـــدف دراســة الوسواس القهري لدى عينات سعودية وغير سعودية عما يلى:-

- عدم وجود فروق جوهرية إحصائيا في درجة الوسواس القهري بين الجنسين.

- عدم وجود فروق جوهرية إحصائيا في درجة الوسواس القهري بين المجموعتين العمريتين لطلاب المدارس الثانويـــة وطلاب الجامعة .

- حصول العينات السعودية على متوسطات أقل في درجة الوسواس القهري عن نظائر هم من المصريين والقطريـــين واللبنانيين .

وانتهت نتائج الدراسة التي أجراها كل من (*كفافى و النيال ، ١٩٩٦*) على مجموعتين من المراهقات في مصر وقطـــر بلغ عددها الإجمالي (٦٣١) مراهقة من المراحل الإعدادية والثانوية والجامعة ، إلى وجـــود ارتباطـــات متبادلـــة بـــين الاضطرابات العصابية التي تتحدد في الوساوس والقلق وتوهم المرض والشعور بالذنب.

وركزت دراسة (*العنزى ١٩٩٦*) على محاولة التعرف على معدلات الوسواس القهري لدى عينة مـــن تلاميـــذ وتلميذات المدارس في المرحلة المتوسطة بدولة الكويت ، وقد تكونت عينة الدراسة من (٢٠٠) ذكر ، (١٩٨) أنثـــى . وبينت نتائج تلك الدراسة أنه توجد فروق بين الجنسين في متوسطات درجات الوسواس القهري لصالح الإناث .

وأخيرا : فقد أخضع مارتين وأخرون (***Martine et al ,. 1996***) في دراسة لهم مجموعة مكونة من (١٤) طفـــلا ومراهقا ممن يعانون من اضطراب الوسواس القهري لبرنامج علاجي يعتمد على طريقة العلاج السلوكي المعرفي . حيث قسموا هذه المجموعة إلى مجموعتين فرعيتين متساويتين في العدد ، حصلت المجموعة الأولى على (١٨) جلسة ، استغرقت مدة زمنية قدرها شهرا واحدا . بينما حصلت المجموعة الثانية على (١٦) جلسة ، استغرقت مدة أربعة اشهر . وانتـــهت نتائج هذه الدراسة إلى أنه توجد فاعلية لاستخدام العلاج السلوكي المعرفي في تحسن حالة الأطفال والمراهقين في كـــلا المجموعتين بنسبة تصل إلى حوالي (٥٠ ٪) من العدد الكلي لأفراد العينة .

خلاصة وتعقيب على الدراسات السابقة :

يمكن في ضوء ما تم عرضه من خلال مجموعة الدراسات السابقة ، والتي أجريت في مجـــال موضـــوع الوســـواس القهري لدى الأطفال والمراهقين من الخروج بالنقاط الأساسية التالية:

١- أجمعت نتائج كل الدراسات على أن هناك اضطرابات متعددة مصاحبة للوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين ، مثل وجود اضطرابات القلق والاكتئاب ومشاعر الذنب وتوهم المرض والشخصية الهيستيرية والسيكوباتية وغير الناضجة وبعض اللزمات الحركية .

٢- أيضا فأنه توجد هناك بعض المشكلات الأخرى المرتبطة باضطراب الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين مثـــل انخفاض معدلات النمو الجسمي ، والنمو العصبي - النفسي ، وكذلك انخفاض مستوى التحصيل الدراسي .

٣- هناك دور مؤثر لنوع وأساليب التنشئة الاجتماعية المتبعة مع الأبناء في درجة الأعراض والمظاهر الوسواسية القهرية الموجودة لديهم .

٤- اختلفت نتائج الدراسات حول وجود أو عدم وجود فروق دالة بين الجنسين في درجة الوسواس القهري .

٥- لا توجد فروق جوهرية بين المجموعات العمرية المختلفة في درجة الوسواس القهري .

٦- أنه يمكن علاج اضطراب الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين ، رغما من وجود تباين واضح بين نتائج بعض الدراسات فيما يختص بمدى جدوى وفاعلية أنواع وطرق العلاج المختلفة.

٧- الدراسات المصرية والعربية التي أجريت في مجال اضطراب الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين قليلة جدا للغاية ، ولا تتناسب بالتالي مع حجم هذه المشكلة أو طبيعتها .

٨- أنه لا توجد على كافة الأصعدة المصرية أو العربية أو الأجنبية آي دراسة واحدة اهتمت بتناول موضوع الوسواس القهري في علاقته بالقدرات الابتكارية لدى الأطفال أو المراهقين .

فروض الدراسة:

في ضوء أهداف الدراسة ، وبناء على ما أتضح للباحث من خلال عرضه للإطار النظري ، واستنادا على ما كشفت عنه نتائج الدراسات السابقة ، قام الباحث بتحديد وصياغة فروض الدراسة على النحو التالي:-

١- لا توجد فروق جوهرية في درجة الوسواس القهري بين الأطفال من الجنسين .

٢- لا توجد فروق جوهرية في درجة الوسواس القهري بين المراهقين من الجنسين.

٣- لا توجد فروق جوهرية في درجة الوسواس القهري بين الأطفال والمراهقين من الذكور.

٤- لا توجد فروق جوهرية في درجة الوسواس القهري بين الأطفال والمراهقات من الإناث.

٥- لا يوجد تأثير جوهري للتفاعل بين متغيرى المرحلة العمرية (طفولة متأخرة - مراهقة مبكرة) والجنس (ذكور - إناث) على درجة الوسواس القهري لدى أفراد عينة الدراسة الكلية .

٦- توجد فروق جوهرية في درجات القدرات الابتكارية بين أفراد كل مجموعة من مجموعات الدراسة (الأطفال الذكور - الأطفال الإناث - المراهقين الذكور - المراهقات الإناث) منخفضي ومرتفعي درجة الوسواس القهري لصالح أفراد المجموعات المنخفضة .

منهج الدراسة وإجراءاتها:

أولا: أدوات الدراسة : استلزم إجراء الدراسة الحالية استخدام أداتين هما:

ا - مقياس الوسواس القهري للأطفال والمراهقين .

ب- اختبارات تورانس للتفكير الابتكارى (الصورة أ) .

وسوف يتم تقديم عرض موجز لكل أداة كما يلي :

أ- مقياس الوسواس القهري للأطفال والمراهقين:

قام الباحث الحالي بإعداد هذا المقياس تحقيقا لأحد أهداف الدراسة ، وهو توفير أداه سيكومترية مستمدة من البيئة المحلية المصرية ، لتناسب الاستخدام الاكلينيكى مع الأطفال و المراهقين من الجنسين .وسوف يتم فيما يلي استعراض لكل الخطوات التي اتبعت في سبيل بناء ذلك المقياس.

١- وعاء البنود:

استمدت بنود المقياس من خلال استناد الباحث على ثلاثة مصادر أساسية هي:

أ- إجراء دراسة مسحية للعديد من المراجع المتخصصة في مجال علم النفس المرضي والطب النفسي والصحة النفسية ، بهدف التعرف على طبيعة اضطراب الوسواس القهري ومكوناته وكافة أعراضه ومظاهره وسلوكياته لدى الأطفال والمراهقين .

ب- الإطلاع على العديد من المقاييس العربية والأجنبية التي أعدت لقياس الوسواس القهري ، وذلك للاستفادة من المحاولات السابقة في هذا المجال.

ج- خبرة الباحث الاكلينيكية التي استقاها من خلال التعامل المستمر مع الأطفال والمراهقين في مجال القياس والإرشاد النفسي.

٢- صياغة البنود

تم في هذه الخطوة إعداد بنود المقياس ، والتي حرص فيها الباحث جيدا على مراعاة ما يلي:-

أ- أن تتضمن قدر الإمكان معظم النواحي الخاصة بالوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين .

ب- صياغتها في شكل أسئلة بلغة أقرب إلى العامية وبأسلوب مبسط ، وذلك لسهولة تناولها بتقبل وفهم من قبل المفحوصين .

ج- أن تكون قصيرة قدر الإمكان ، وأن لا تحتمل أكثر من معنى في وقت واحد .

- وقد انتهت تلك الخطوة بالاستقرار على مجموعة مقترحة من البنود بلغ عددها (٥٠) بندا.

٣-تعليمات المقياس

وجد الباحث أنه من المناسب أن تسبق تعليمات المقياس رمزا لتحديد اسمه يتضمن الحرفين الأولين من أسمه ، وهو مقياس (و.ق) دون الإفصاح عن أسمه صراحة ، وذلك حتى يكون هناك اطمئنان لعدم وجود أي نوع من الحرج أو القلق أو التزييف في استجابات المفحوصين,يلي ذلك تحديدا لبعض البيانات الأساسية الخاصة بالمفحوص وهي: الاسم ، المدرسة ، الفصل ، الجنس ، السن ، تاريخ التطبيق . وتوضح بعد هذا (تعليمات المقياس) والتي راعى الباحث صياغتها بطريقة سهلة تتضمن بصفة عامة الإجابة على كل بند من بنود المقياس تبعا لثلاثة اختيارات محتملة هي(نعم-أحيانا-لا), وقد رأى الباحث هنا أنه من الأفضل وضع هذه الاختيارات تالية مباشرة لكل بند ، وذلك بغية تحقيق دقة وسلامة استجابات المفحوصين . علما بأنه يتم تصحيح تلك الاختيارات طبقا لثلاثة أوزان متدرجة لها وفى نفس الترتيب هي (١-٠-٠) .

٤- عرض بنود المقياس على المحكمين:

تم في تلك الخطوة عرض بنود المقياس في صورتها المبدئية على (١٢) محكما من الأساتذة أعضاء هيئة التدريس بالجامعات المصرية من المتخصصين في مجالات علم النفس والطب النفسي والصحة النفسية لاستطلاع آرائهم حول تحديد مدى كفاءة كل بند منفردا في قياس الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين ، وكذلك تحديد مدى صلاحية المقياس ككل لتغطية كافة أعراض ومظاهر وسلوكيات الوسواس القهري ، وأيضا اقتراح إضافة أو حذف أو تعديل آي من البنود. وقد انتهت هذه الخطوة باتفاق أراء كل الأساتذة المحكمين بنسبة (١٠٠%) على صلاحية كل بنود المقياس لما

صممت من أجله ، وذلك بعد حذف (بندين) ، وإجراء تعديل في صياغة (ثلاثة) بنود في اتجاه مزيد من التبسيط والوضوح . وفى ضوء تلك الخطوة أصبح العدد الكلى لبنود المقياس (٤٨) بندا.

٥-تجربة فهم صياغة تعليمات وبنود المقياس:

قام الباحث في هذه الخطوة بإجراء تجربة استطلاعية بهدف التأكد من مدى وضوح وفهم كل من تعليمات المقياس وألفاظه وعباراته . حيث تم تطبيق المقياس في صورته الحالية على عينة عشوائية من التلاميذ والتلميذات ، شملت تلاميذ الصفين الرابع و الخامس بمدرسة الاتحاد القومي المشتركة التابعة لادارة شبرا التعليمية ، وكذلك تلاميذ الصف الأول والثاني والثالث بكل من مدرستي المنيرة الإعدادية للبنين ومصطفى كامل الإعدادية للبنات بادارة جنوب القاهرة التعليمية . وذلك بواقع فصل من كل صف دراسي بكل مدرسة . وقد بلغ العدد الكلى لأفراد هذه العينة (٣١٢) فردا ، منهم (١٥٢) ذكرا، (١٦٠) أنثى . وقد أسفرت تلك الخطوة عن إعادة صياغة (ثلاثة) بنود ، تبين عدم فهمهم من بعض التلاميذ . وعليه فقد أمكن بذلك التأكد من وضوح وفهم كل من تعليمات المقياس وجميع بنوده لدى كل التلاميذ من خلال هذه التجربة الاستطلاعية .

٦- الاتساق الداخلي للمقياس :

تم في تلك الخطوة تطبيق المقياس على عينة عشوائية من تلاميذ وتلميذات الصفين الرابع والخامس الابتدائي بمدرسة دار السعادة الابتدائية المشتركة بادارة الزيتون التعليمية ، والصفوف الأولى والثانية والثالثة بكل من مدرستي روض الفرج الإعدادية للبنين والنصر الإعدادية للبنات بادارة شبرا التعليمية . وقد بلغ العدد الإجمالي لأفراد هذه العينة (٣٤٤) فردا ، منهم (١٧٣) ذكرا ،(١٧١) أنثى ، تم استخدم معامل الارتباط المستقيم لاستبعاد البنود التى لا ترتبط ارتباطات داله بالدرجة الكلية للمقياس لدى أفراد هذه العينة ، وذلك بهدف التعرف على الاتساق الداخلي للمقياس . ويوضح بالجدول رقم (١) معاملات الارتباط ومستويات الدلالة . و تشير البيانات الموضحة بالجدول رقم (١) إلى أن جميع معاملات الارتباط الخاصة بكل بنود المقياس جوهرية إحصائيا عند مستوى دلالة (٠,٠١) ، فيما عدا البندين رقمي (٣,١) فقد كانت دلالتهما الإحصائية عند مستوى (٠,٠١) . مما يدل على مدى تجانس كل بنود المقياس واتساقها في قياس الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين . واستنادا على ما توصلت إلية نتائج هذا التحليل الإحصائي ، فقد تم الإبقاء على جميع بنود المقياس كما هي (٤٨) بندا ، دون أي حذف ، وذلك لتحقيقها المعيار الإحصائي المناسب وبدرجة مرتفعة .

٧- التحليل العاملى لبنود المقياس :

قام الباحث في هذه الخطوة بتطبيق المقياس في صورته قبل الأخيرة على عينة عشوائية من تلاميذ وتلميذات (١٢) مدرسة ابتدائية وإعدادية من (٦) مناطق هي (شبرا،المطرية،غرب القاهرة،روض الفرج،حدائق القبة،جنوب القاهرة). وقد بلغ العدد الإجمالي لأفراد هذه العينة (٩٦٨) فردا ، منهم (٤٧٨) ذكرا ، (٤٩٠) أنثى ، هذا: وقد راعى الباحث جيدا أن تمثل في هذه العينة بنسب متقاربة جميع الأعمار التي تقع فيما بين سن (٩-١٥) سنة. حيث بلغ المتوسط الحسابي لهذه الأعمار (١٥١, ٥) شهرا ، والانحراف المعياري (١٧,٦٩). يوضح بالجدول رقم (٢) توزيع أفراد هذه العينة .

ولقد تم إجراء تحليل عاملي للمصفوفة الارتباطية التي تمثل درجات أفراد هذه العينة ، وذلك بهدف التعرف على طبيعة وتنظيم البنية العاملية لمقياس الوسواس القهري للأطفال والمراهقين .

هذا: وقد أجري التحليل العاملى بطريقة المكونات الأساسية لهوتيلنج (***Hotteling***) ، واستخدم محك جوتمان (***Guttman***) حيث توقف استخراج العوامل عند مستوى الجذر الكامن (واحد صحيح) فأكثر . واجري بعد ذلك تدويرا متعامدا بأسلوب الفاريماكس(***Varimax***) لكايزر(***Kaiser***) . وسعيا من الباحث وراء استخراج عوامل عريضة اكثر نقاءا ووضوحا تتسم بالاستقرار وعدم التغير ، فقد التزم بتطبيق المعيارين التحكميين التاليين :

أ- أن يكون محك التشبع الجوهري للبند بالعامل أكبر من > (٣٠,).

ب- أن يكون محك جوهرية العامل اكبر من >(٣) تشبعات جوهرية .

- وسوف يقوم الباحث فيما يلي بعرض النتائج التي تم التوصل إليها عن طريق التحليل العاملى لبنود المقياس (بعد التدوير المتعامد) بالجداول أرقام (٣-٤-٥-٦-٧-٨-٩).

ويتضح من خلال البيانات الموجودة بالجدول رقم (٣) أن قيم الشيوع لبنود مقياس الوسواس القهري للأطفال و المراهقين بعد التدوير المتعامد لدى أفراد العينة الكلية قد تراوحت ما بين (١٩٣,) و (٨١٢,) و هذا ما يفسر التباين العاملى لبنود المقياس .

و تشير البيانات الموجودة بالجدول رقم (٤) إلى أن التحليل العاملى لبنود المقياس بعد التدوير المتعامد لدى أفراد العينة الكلية ، قد أسفر عن استخلاص (أربعة) عوامل، استوعبت (٥٧,٣٦%) من النسبة الكلية للتباين. وقد بلغ الجذر الكامن للعامل الأول (١٤,٢١) واستقطب (٢٩,٧٧%) من النسبة المئوية للتباين. أما العامل الثاني فقد كان جذره الكامن (٧,٢٨) وكانت النسبة المئوية لتباينه (١٤,٦٢%) . وكان الجذر الكامن للعامل الثالث (٣,٩١٨) واستوعب (٨,١٥ %) من النسبة المئوية للتباين. أما العامل الرابع فقد بلغ جذره الكامن (٢,٣١٧) واستقطب (٤,٨٢%) من النسبة المئوية للتباين .

و يتضح من خلال الجدول رقم (٥) أن العامل الأول المتعامد لمقياس الوسواس القهري للأطفال والمراهقين قد تشبع عليه (٢٠) بندا ، كما يتضح كذلك أن كل هذه التشبعات الجوهرية (موجبة) .

وقد تراوحت التشبعات ما بين (٥٤٢,) و (٣٠٧,) . وعموما فان كل هذه البنود تدور حول معظم الأعراض والمظاهر والسلوكيات الخاصة بالوسواس القهري ، ولذلك فقد أقترح الباحث تسمية هذا العامل (عامل عام للوسواس القهري)

و يتبين من الجدول رقم (٦) أن العامل الثاني المتعامد للمقياس قد تشبع عليه (١٧) بندا ؛ وأن كل هذه التشبعات الجوهرية (موجبة) ، وقد تراوحت التشبعات ما بين (٥٨١,) و (٣١٢,) . وتشير جميع هذه البنود في كليتها إلى سيطرة الأفكار الوسواسية ومدى الإصرار عليها ، وأيضا لوم الذات والشعور بالوحدة النفسية . لذا: فقد أقترح الباحث تسمية هذا العامل (عامل الأفكار الوسواسية والإصرار ولوم الذات والشعور بالوحدة النفسية .

و يشير الجدول رقم (٧) إلى أن العامل الثالث المتعامد للمقياس قد تشبع عليه (١٢) بندا ، وأن كل هذه التشبعات الجو هوية (موجبة) . وقد تراوحت التشبعات ما بين (٤٦٩,) و (٣١١,) . وتدل كل هذه البنود بصفة عامة على مدى شيوع وقوة وسيطرة سلوكيات التكرار والروتين القهري . ومن ثم فقد أقترح الباحث تسمية هذا العامل (عامل التكرار والروتين القهري).

ويتضح من الجدول رقم (٨) أن العامل الرابع المتعامد للمقياس قد تشبع علية (٥) بنود ، وأن كل هذه التشبعات الجوهرية (موجبة) ، وقد تراوحت التشبعات ما بين (٨٢٤,) و (٣٢١,) . وتشير جميع هذه البنود إلى شدة الإجبار على الوساوس والكثير من العادات القهرية دون القدرة على التحكم فيها . ولذلك فقد أقترح الباحث تسمية هذا العامل (عامل الإجبار على الوساوس والعادات القهرية) .

تعقيب على العوامل المستخرجة :

أ- ظهر من خلال استعراض نتائج التحليل العاملى لمقياس الوسواس القهري للأطفال والمراهقين بعد التدوير المتعامد لبنود المقياس لدى أفراد العينة الكلية ، وفى ضوء المحكات التي التزم بها الباحث، أن المقياس يتضمن أربع عوامل أساسية مستبقاة ، تشبعت عليها جميع بنود المقياس بلا استثناء . وعليه: فان الصورة النهائية للمقياس قد استقرت على نفس عدد البنود التي تم إخضاعها أساسا للتحليل العاملى وهى (٤٨) بندا ، فما يدل ويبرهن في نهاية الآمر على مدى صدق وجوهرية كل بنود المقياس لدى أفراد العينة الكلية. ومن ثم فان الدرجة الكلية للمقياس تتراوح ما بين (٠ -٩٦) درجة.

ب- كما أتضح كذلك أنه يوجد هناك اتساق كبير بين نتائج التحليل العاملى التي خرج بها المقياس الحالى وبين ما هو موجود بتراث علم النفس المرضى والطب النفسي فيما يختص بالوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين .

هذا: ويبين بالجدول رقم (٩) أسماء العوامل الأربعة المكونة لمقياس الوسواس القهري للأطفال والمراهقين وعدد بنودها الجوهرية .

٨ - ثبات المقياس:

تم حساب ثبات المقياس بطريقتين ، الأولى طريقة إعادة تطبيق المقياس لتحديد ثبات الاستقرار، والثانية باستخدام معامل ثبات (ألفا كرونباخ) لتحديد الاتساقات الداخلية للمقياس ككل ، وذلك كما يلي

أ-حساب الثبات بطريقة إعادة التطبيق

قام الباحث بتطبيق المقياس مرتين على عينة عشوائية مكونة من (٢١٨) فردا من تلاميذ وتلميذات الصفين الرابع والخامس الابتدائي بمدرسة عمر المختار الابتدائية ، والصفوف الأول والثاني والثالث بمدرستي الاستقلال الإعدادية للبنين وروض الفرج الإعدادية للبنات بإدارة شبرا التعليمية ، وقد بلغ عدد الذكور (١١٢) فردا ، و(١٠٦) أنثى . وكانت الفترة الزمنية المنقضية بين التطبيقين مدتها أسبوعين ، وحسب معامل الارتباط بين التطبيقين .

ب- معامل ارتباط ألفا

حيث تم استخدام نفس درجات تطبيق المقياس في المرة الأولى بالطريقة السابقة ، وتم حساب معامل ارتباط (ألفا كرونباخ) .

- هذا: ويوضح بالجدول رقم (١٠) معاملات ثبات المقياس التي تم الحصول عليها باستخدام الطريقتين السابقتين .

و تشير النتائج الموضحة بالجدول رقم (١٠) إلى أن حساب معامل الارتباط بين التطبيقين يدل على ارتفاع استقرار المقياس وبدلالة إحصائية موثوق بها . كما أن معامل ارتباط ألفا يؤكد في الوقت نفسه على مدى الاتساق الداخلي للمقياس ككل .

٩ - صدق المقياس:

اعتمد الباحث في سبيل تحققه من صدق المقياس على عدة طرق ومحكات مختلفة يوضحها كما يلي :

أ- صدق المحتوى

حيث اتفقت أراء الأساتذة المحكمين (كما سبق عرضها في الخطوة الرابعة) من خطوات إعداد المقياس ، على ملائمة كل بنود المقياس للهدف الذى صممت من أجله ، ولعل هذا يعد في حد ذاته معيارا لصدق محتوى المقياس .

ب- الصدق التمييزى

وقد تم حساب قيمة (الوسيط) لدرجات أفراد العينة التي خضعت نتائجها للتحليل العاملى من (الذكور - الإناث - العينة الكلية) على مقياس الوسواس القهري للأطفال والمراهقين ، ثم تمت المقارنة بين كل من درجات النصفين (الأدنى والعلوي) للوسيط ، وذلك على النحو الموضح بالجدول (١١) .

و تشير النتائج المبينة بالجدول رقم (١١) إلى أن قيم (ت) الثلاثة السابقة ، والخاصة بكل من عينات (الذكور - الإناث - العينة الكلية) تؤكد على نجاح بنود المقياس في التمييز بين الأطفال والمراهقين الذين تقع درجاتهم في نصفى الوسيط (الأدنى والعلوي) ، حيث كانت الفروق الثلاثة جوهرية وبمستوى دلالة مرتفع إحصائيا .

ج- الصدق التجريبي

وقد تم حساب الصدق التجريبي للمقياس الحالي باستخدام محك خارجي ، وهو مقياس الوسواس القهري للأطفال الذى أعده (*العزى ، ١٩٩٦*) ليناسب أطفال دولة الكويت . حيث طبق كلا المقياسين على مجموعة عشوائية من تلاميذ وتلميذات الصفين الرابع والخامس الابتدائي بمدرسة سراي القبة الابتدائية ، والصفوف الأولى والثانية والثالثة بكل من مدرستي الزيتون الإعدادية للبنين ،

والزيتون الإعدادية الحديثة للبنات بإدارة الزيتون التعليمية ، بلغ عددهم الإجمالي (٢٥٦) فردا ، منهم (١٢٥) ذكرا ، (١٣١) أنثى . ثم حسب بعد ذلك معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لكل من المقياسين ،فكان مقداره (٩٥٤,) ، وهو معامل دال إحصائيا عند مستوى (١٠٠,) .

د-الصدق العاملى

تمت معالجة هذا النوع من الصدق من خلال ما سبق عرضة من إجراء التحليل العاملى لبنود المقياس بالجداول أرقام (٣-٤-٥-٦-٧-٨-٩) . والتي ترجمت في شكل الارتباطات المتبادلة بين البنود ، العوامل المتسقة التي تم الخروج بها ، وهى عوامل ذات معنى وجوهرية .

ها - الصدق الإحصائي

وقد تم حساب الصدق الإحصائي للمقياس ، فبلغت قيمته (٨٥٠,) لدى أفراد العينة الكلية(٨٤٠,.) لدى عينة الذكور, (٨٦٠ ,.) لدى عينة الإناث .

- ومما تجدر الإشارة إليه في هذا المقام : أنه قد ثبت من خلال كل الطرق التي تم الاستعانة بها للتأكد من صدق المقياس ، أن جميع معاملات صدقة مرتفعة نسبيا ، وبمستوى دلالة إحصائي موثوق به ، مما يدعم في نهاية الآمر مدى قيمة ومصداقية هذا المقياس في أن يستخدم في المجال الاكلينيكى بكل ثقة وموضوعية واطمئنان .

١٠ - معايير المقياس :

يوضح بالجدول رقم (١٢) الدرجات الخام لمقياس الوسواس القهري للأطفال والمراهقين ومقابلاتها من الدرجات التائية بوصفها معايير له لدى عينات الدراسة الثلاثة (الذكور - الإناث - الكلية) والتي خضعت نتائجها للتحليل العـــاملي ، وذلك بهدف سهولة تطبيق المقياس وتفسير نتائجه بكل دقة في الدراسات المستقبلية .

وأخيرا : وبعد أن أتم الباحث عرض كل الخطوات الخاصة بإعداد المقياس ، فان ينوه في هذا المقام إلى أنه لا يوجد زمـــن محدد لتطبيق المقياس ، وأن كانت خبرة تطبيقه عمليا تشير الي أنه يستغرق في المتوسط ما بين (٢٠-٢٥) دقيقة . كمـــا ينوه الباحث أيضا في نفس الوقت إلى أنه يمكن تطبيق المقياس (فرديا أو جماعيا).

ب- اختبارات تورانس للتفكير الابتكاري

وضع تورانس *(Torrance)* هذه الاختبارات لقياس القدرة على التفكير الابتكارى و قد نقلها إلى العربية كل من *سليمان و أبو حطب ,١٩٨٨*؛) وهى تصلح للتطبيق ابتداء من مرحلة الروضة حتى مرحلة الدراسات العليا. وقد أستقر رأى الباحث الحالى على الاقتصار على استخدام الصورة(أ) من تلك الاختبارات ,و هذه الصور تتكون من ثلاثة أنشطة هى (تكوين الصور؛ تكملة الصور، الخطوط) ، و تقيس هذه الصورة أربعة عوامل ابتكارية مثل باقى أجزاء اختبارات تورانس و هى :الطلاقة، المرونـــة، الأصالة، التفاصيل.

-و قد قام معدا الاختبارات بحساب ثباتها باستخدام طريقة إعادة التطبيق، فبلغـــت(٤٥ ,) بالنســـبة للطاقة،(٣٦ ,) للمرونة، (٥٣ ,) للأصالة، (٤٠ ,) للتفاصيل، (٥٠ ,) بالنسبة للدرجة الكلية.

-أما عن صدق الاختبارات، فقد تأكد منها واضعها الأصلي من خلال طريقتين، هما صدق المحتوى و الصدق التكوينى .

-و ينوه الباحث فى هذا المقام إلى أنه قد وجد من الأفضل ضرورة إخضاع هذه الاختبارات لإعادة حساب ثباتها و صدقها و ذلك بغية الاطمئنان الكامل من استخدامها, وأيضا الاعتماد على نتائجها بكل ثقة. ومن ثم فقد تم تطبيق مجموعة اختبارات الصورة (أ)على عينة عشوائية مكونة من (١٢٤) طفلا من تلاميذ الصف الخامس بمدرسة دار السعادة الابتدائية بإدارة الزيتون التعليمية، نصفهم من الذكـــور والنصف الآخر من الإناث.

ثم أعيد تطبيق هذه المجموعة عليهم مرة ثانية بفاصل زمنى قدرة أسبوعين ,وبحساب معامل الثبات لهذه الاختبارات ، بلغ(٧٢و.) , للطلاقـــة ،(٤٦ و.) ,للمرونـــة ،(٧٤ و.) ,للاصالـــه ،(٠,٦٩)، للتفاصيل،(٦٨ ,) للدرجة الكلية, وقد كانت كل هذه المعاملات داله إحصائيا عند مستوى(٠,٠١). كما بلغت قيمة الصدق الإحصائي لهذه الاختبارات،(٨٥ ,) للطلاقة،(٦٨ ,) للمرونة ،(٨٦ ,) للاصالة ،(٨٣ ,) للتفاصيل،(٨٢ ,) للدرجة الكلية. وهى كلها معاملات ثبات وصدق عالية وموثوق فيها.

ثانيا :عينه الدراسة الأساسية:

تتكون عينه الدراسة الأساسية من(٧٦٠) فردا، من تلاميذ وتلميذات(١٢) مدرسة ابتدائية واعدادية داخل نطاق محافظة القاهرة،فى الفصل الدراسى الثانى لعام ١٩٩٦/٩٥ .

وتنقسم هذه العينة إلى مجموعتين رئيسيتين كما يلى:

أ -المجموعة الأولى(مجموعة الأطفال الذين يمثلون مرحلة الطفولة المتأخرة)

وتتكون هذه المجموعة من (٣٧٧) طفلا،منهم (١٩٦) ذكر ،(١٨١) انثى.

ب-المجموعة الثانية (مجموعة المراهقين الذين يمثلون مرحلة المراهقة المبكرة)

وتتكون هذه المجموعة من (٣٨٣) مراهقا ومراهقة ،منهم (١٨٤) ذكر،(١٩٩) أنثى.

١-الشروط والإجراءات التى اتبعت عند اختيار العينة

أ -فيما يختص بالسن:

راعى الباحث ضرورة تكافؤ متغير السن بين أفراد مجموعتى الذكور والإناث فى كل مرحلة من مرحلتى الطفولة المتأخرة و المراهقة المبكرة ، و ذلك كما يلى:

-بالنسبة لمرحلة الطفولة المتأخرة :تراوح السن بين الأطفال من الجنسين الذين يمثلون هذه المرحلة ما بين(١١-١٢) سنة, وقد كان المتوسط الحسابى لسن مجموعة الأطفال الذكور (١٣٥,٢٦٧) شهراً ،و الانحراف المعيارى(٣,٣٥٩), بينما بلغ المتوسط الحسابى لسن مجموعة الأطفال الإناث (١٣٥,٨٦٧)شهراً ، و الانحراف المعيارى (٣,٦٩٨), وبحساب الفروق بين المتوسطات لمتغير السن بين هاتين المجموعتين كانت قيمة(ت)=(-٠,٩٣) وهى قيمه غير داله إحصائيا، مما يدل على تكافؤ متغير السن بين أفراد تلك المجموعتين.

-أما بالنسبة لمرحلة المراهقة المبكرة :فقد تراوح السن بين المراهقين الذين يمثلون هذه المرحلة ما بين(١٤-١٥)سنة, وكان المتوسط الحسابى لسن مجموعة المراهقين الذكور(١٧٣,٢٦٧)شهراً، و الانحراف المعيارى(٣,٨٥٧), بينما كان المتوسط الحسابى لسن مجموعة المراهقات الإناث(١٧٣,١٨٣) شهراً، و الانحراف المعيارى(٣,٩٩٤), و بحساب الفروق بين المتوسطات لمتغير السن بين أفراد تلك المجموعتين، كانت قيمة (ت)=(٠,١٢) و هى قيمة غير دالة إحصائيا، مما يشير إلى تكافؤ متغير السن بين أفراد هاتين المجموعتين.

ب -فيما يختص بالمرحلة التعليمية:

يمثل تلاميذ وتلميذات الصف الخامس الابتدائي (أطفال مرحلة الطفولة المتأخرة)، ويمثل تلاميذ وتلميذات الصف الثالث الإعدادي(المراهقين بمرحلة المراهقة المبكرة).

ج -فيما يختص بالمستوى الإجتماعى والثقافى والاقتصادي:

راعى الباحث قدر الإمكان تقارب هذا المستوى إلى حد ما، وذلك من خلال اختيار عينة الدراسة من ثلاثة مناطق(متوسطة المستوى)،وهى أحياء شبرا والزيتون وجنوب القاهرة.

٢- وصف عينة الدراسة:

يمكن تقديم وصف تفصيلى لأفراد عينة الدراسة الأساسية بكل مجموعاتها من خلال البيانات الموضحة بالجدول رقم(١٣)

ثالثا:المعالجات الاحصائية التى استخدمت فى تحليل نتائج الدراسة:

اعتمدت خطة التحليلات الاحصائية للدراسة الحالية على استخدام العديد من الأساليب الاحصائية المناسبة لمعالجة وتحليل نتائج الدراسة،وهى تتحدد فيما يلى:

١-حساب قيمة المتوسطات الحسابية.

٢-حساب قيمة الانحرافات المعيارية.

٣-حساب قيمة)ت.T.test

٤-حساب قيمة الارباعيين(الادنى والاعلى).

٥-تحليل التباين ثنائى الاتجاة.tow-Way Analysis of Variance

رابعاً:الخطوات التى اتبعت لاستخراج نتائج الدراسة:

ينوه الباحث إلى أنه قام فى سبيل حصوله على نتائج الدراسة باتباع عدة خطـــوات , يختـــص الأولى منـــها باستخراج نتائج الفروض الأربعة الأولى , أما الخطوة الثانية فتختص باستخراج نتائج الفرض الخامس , بينمـــا تختـــص الخطوات الثالثة و الرابعة و الخامسة باستخراج نتائج الفرض السادس.

و ذلك كما يلى١-استخدام اختبار (ت) , و ذلك بعد استخراج -المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعياريه لدرجات كل مجموعه من (الأطفال الذكور -الأطفال الإناث -المراهقين الذكور -المراهقات الإناث) على مقياس الوسواس القهرى للأطفال و المراهقين.

٢- إجراء تحليل التباين ثنائى الاتجاه.

٣- حساب قيمة كل من الارباعى الأدنى و الارباعى الأعلى لدرجات كل مجموعة مـــن (الأطفـــال الذكور -الأطفال الإناث -المراهقين الذكور -المراهقات الإناث) حيث تمثل قيمـــة الاربـــاعى الأدنى هنا(درجات الأفراد منخفضى درجه الوسواس القهرى) كما تمثل قيمة الارباعى الأعلى(درجات الأفـــراد مرتفعى درجة الوسواس القهرى).

٤-تطبيق اختبارات تورانس للتفكير الابتكارى على الأفراد(منخفضى ومرتفعى) درجة الوسواس القهرى من كل مجموعه من المجموعات السابقه.

٥-استخدام اختبار(ت)لتحديد قيمة الفروق بين المتوسطات فى درجات القدرات الابتكاريه لدى أفراد كل مجموعه من المجموعات السابقة.

عرض نتائج الدراسة ومناقشتها:

١-نتائج الفرض الأول ومناقشتها:

نص الفرض :لا توجد فروق جوهريه فى درجة الوسواس القهرى بين الأطفال من الجنسين.و الجـــدول رقم(١٤) يوضح نتائج هذا الفرض.

تشير النتائج المبينة بالجدول رقم(١٤) إلى تحقق صحة ذلك الفرض، حيث كانت قيمة (ت) غير دالـــة إحصائيا ، مما يدل على عدم وجود فروق جوهرية فى درجه الوسواس القهرى بين الأطفـــال مـــن الجنسين، ولعله يمكن تفسير تلك النتيجة فى ضوء الأسباب المتعددة التى فسرتها مختلف النظريات لنشأة و ظهور سلوك الوسواس القهرى، و التى أتضح أنها لا ترتبط فى جوهرها بنوع الجنس.وعلى أى الأحوال

فإن نتيجة هذا الفرض تتفق مع ما أوردته الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين-(A.P.A,1994:348 (350من أن درجة انتشار هذا الاضطراب تتساوى تقريباً بين الأطفال و المراهقين من الجنسين بصورة كبيرة. كما تتفق أيضاً نتيجة ذلك الفرض مع ما جاء من نتائج فى دراسات كل من جيب و اخرون. (Gibb et al., 1983) ريخمان و سيلفا ودى (De Silva & Rachman,1992:45) و بولز و أخرون (Pauls et al., 1995)

٢- نتائج الفرض الثانى و مناقشتها:

نص الفرض: لا توجد فروق جوهريه فى درجة الوسواس القهرى بين المراهقين من الجنسين . و يبين بالجدول رقم (١٥) نتائج ذلك الفرض.

تدل النتائج الموضحة بالجدول رقم(١٥)على تحقق صحة هذا الفرض،حيث كانت قيمة(ت) غير داله إحصائيا،مما يشير إلى أن الفروق بين المراهقين من الجنسين فى درجة الوسواس القهرى غير جوهرية,ومما تجدر الإشارة إليه في هذا المقام ان نتيجة ذلك الفرض تؤكد فى حد ذاتها استمرارية عدم وجود الفروق بين الأطفال من الجنسين والتى ظهرت فى نتائج الفرض السابق (الأول). وعموما فان نتيجة هذا الفرض تتمشى مع نتائج دراسات كل من: ليدل ومورجان (Allsopp) (Liddell & Morgan,1978) (Williams,1991) &و(عبد الخالق و الدماطى،١٩٩٥) .

٣-نتائج الفرض الثالث ومناقشتها:

نص الفرض: لا توجد فروق جوهرية فى درجة الوسواس القهرى بين الأطفال و المراهقين من الذكور .و الجدول رقم (١٦)يوضح نتائج هذا الفرض.

يتبين من النتائج الموضحة بالجدول رقم (١٦) تحقق صحة الفرض الحالى ، حيث ثبت أنه لا توجد فروق جوهرية بين كل من الأطفال والمراهقين الذكور ،مما يعنى أن درجة الوسواس القهرى لا تتأثر أو ترتبط بعامل السن أو النضج أو المرحلة النمائية . ولعله يمكن تفسير هذه النتيجة منطقياً من خلال ما سبق التوصل إليه من نتائج فى الفرضين (الأول والثانى) ،إذ تبين انه لا توجد فروق جوهرية بين الجنسين فى كل من مرحلة الطفولة المتأخرة و مرحلة المراهقة المبكرة ،مما يعنى ويدل فى ذات الوقت على ان درجة وجود الوسواس القهرى تظل إلى حد ما ثابتة نسبياً،و هذا ما يمكن ايضاً ملاحظته بسهولة من خلال تقارب متوسطات درجات الوسواس القهرى (بين الأطفال من الجنسين) وكذلك) بين المراهقين من الجنسين (وأيضا) بين الأطفال والمراهقين من الذكور). ومما تجدر الإشارة إليه فى هذا المقام أن نتيجة ذلك الفرض تتفق بصفة عامة مع نتائج دراسات كل من (Goodman et al. 1989) و(Allsopp& Williams,1991) و(عبد الخالق و الدماطى ،١٩٩٥)

٤-نتائج الفرض الرابع ومناقشتها:

نص الفرض : لا توجد فروق جوهرية فى درجة الوسواس القهرى بين الأطفال والمراهقات من الإناث .وتوضح بالجدول رقم (١٧) نتائج ذلك الفرض .

تشير النتائج الموجودة بالجدول رقم (١٧) إلى تحقق صحة هذا الفرض ،حيث كانت قيمة (ت) غير دالة إحصائيا ،مما يدل على عدم وجود فروق جوهرية فى درجة الوسواس القهرى بين الأطفال والمراهقات من الإناث. وذلك يعنى أن درجة الوسواس القهرى لا ترتبط أو تتأثر (كما سبق واتضح لدى الأطفال والمراهقين الذكور) بعامل السن أو النضج أو المرحلة العمرية لدى الإناث .

-وينوه الباحث فى هذا المقام بأنه سوف يكتفى بما سبق وأورده من مناقشات فى تفسير النتائج الخاصة بالفرض السابق (الثالث) وذلك تجنباً لاعادة العرض والتكرار.

٥-نتائج الفرض الخامس ومناقشتها:

نص الفرض: لا يوجد تأثير جوهرى للتفاعل بين متغيرى المرحلة العمرية (طفولة متأخرة- مراهقة مبكرة) والجنس (ذكور_إناث) على درجة الوسواس القهرى لدى أفراد عينة الدراسة الكلية. والجدول رقم(١٨)يبين نتائج هذا الفرض.

تشير النتائج الموجودة بالجدول رقم(١٨)إلى تحقق صحة ذلك الفرض،حيث تبين من خلال إجراء تحليل التباين (ثنائى الاتجاة) ،أنه لا يوجد تفاعل جوهرى بين متغيرى المرحلة العمرية والجنس معاً على درجة الوسواس القهرى لدى أفراد عينة الدراسة الكلية, حيث انه لم ينتج عن اندماجهما معاً أي دلالات إحصائية لقيمة(ف)المستخرجة, ولعله يمكن تفسير هذه النتيجة فى ضوء ما سبق واتضح من خلال نتائج الفروض الأربعة السابقة،فقد ظهر أنه لا توجد أي فروق جوهرية خاصة بكل متغير مستقل من متغيرى المرحلة العمرية أو الجنس على درجة الوسواس القهرى، و بالتالى فانه حتى مع إدماج هذين المتغيرين معاً لم يكن لأحد من المتغيرين أثر على الأخر.

٦-نتائج الفرض السادس ومناقشتها:

نص الفرض:توجد فروق جوهرية فى درجات القدرات الابتكارية بين أفراد كل مجموعة من مجموعات الدراسة(الأطفال الذكور- الأطفال الإناث- المراهقين الذكور-المراهقات الإناث) منخفضى ومرتفعى درجة الوسواس القهرى لصالح أفراد المجموعات المنخفضة.

هذا:وتوضح بالجداول أرقام(١٩،٢٠،٢١،٢٢)نتائج ذلك الفرض.

ثبت من خلال كل النتائج الموضحة بالجداول أرقام(١٩،٢٠،٢١،٢٢)صحة الفرض الحالى ،حيث كانت قيمة (ت) جوهرية وبمستوى دلالة مرتفع بين متوسطى درجات القدرات الابتكارية لدى كل أفراد مجموعات الدراسة من(الأطفال الذكور-الأطفال الإناث-المراهقين الذكور-المراهقات الإناث) منخفضى ومرتفعى درجة الوسواس القهرى،ولصالح أفراد المجموعات منخفضى درجة الوسواس القهرى. مما يعنى أن ارتفاع درجة الوسواس القهرى لدى الأطفال والمراهقين من الجنسين يرتبط بانخفاض درجاتهم فى مختلف القدرات الابتكارية وأيضا فى الدرجة الكلية للابتكارية لديهم.

وعموما:فانه يمكن تفسير هذه النتائج فى ضوء أن الأفراد مرتفعى درجة الوسواس القهرى من الأطفال والمراهقين من الجنسين يغلب بطبيعة الأمر أن يزداد لديهم ويسيطر على نمط تفكيرهم وسلوكهم بل وكل حياتهم المثالية المبالغ فيها والروتين والرتابة والجمود والصرامة والتركيز على أدق التفاصيل

والتصلب،كما يسيطر عليهم أيضا الشك واحتماليه الخطأ والتردد والحذر وعدم الاستقرار وعدم القـــدرة على التكيف للمواقف الجديدة بسهوله.

ومما لاشك فيه أن مثل هذه الأمور تفقدهم القدرة على التفكير المنطقى المنظم نتيجة كثره انشـــغالهم بدرجه كبيره وشديدة بالأفكار الوسواسية التى تستهلك كل طاقاتهم وأنشطتهم العقلية،وتحصرها أو تركزها فقط داخل نطاق أفكار معينة محدده عقيمة لا جدوى منها سوى اضاعة الوقت والمجهود فى تتبع ومراجعه وتكرار نمط جامد من تلك الأفكار الوسواسية القهريه عديمة المعنى والقيمة.

أيضاً فأن مثل هؤلاء الأفراد ذوى الدرجة المرتفعة من الوسواس القهرى يعانون فى الوقت نفسه مـــن عدم القدرة على اتخاذ القرار الإيجابي الواقعى المناسب، حيث أنهم مشتتُون باستمرار بـــين أفكـــارهم الوسواسية وأفعالهم القهرية،التى تتدخل بصوره مقلقة وصارخة ومشوشة لتعطل بل وتعوق لديهم القـــدرة على الفهم والتركيز فى حل أى مشكله تواجههم نتيجة سيطرة أفكارهم الوسواسية التى تقودهم دائماً إلى الأفكار الصلبة الثابتة

يضاف إلى هذا كله ،أننا لا نستطيع أن نغفل بأي حال من الأحوال ما سبق واتضح من عرض فى الإطار النظرى والدراسات السابقة، من وجود اضطرابات كثيرة مصاحبة للوسواس القهرى ،وكيف أنهـــا تؤدى فى نهاية الأمر إلى زيادة درجة عدم توافق مثل هؤلاء الأفراد فى جميع نواحـــى شـــخصياتهم وسلوكهم ومنها طبعاً انخفاض قدراتهم على التفكير الابتكارى.

ولما كانت القدرات الابتكارية تعتمد فى حد ذاتها أساساً على مدى قدرة الأفراد على إنتاج الأفكار وتطويرها وتحسينها باستمرار،وكذلك قدرتهم على إنتاج استجابات مختلفة للمثير أو للمشكلة الواحدة ،هذا إلى جانب توفر عدة عناصر وسمات أهمها الإدراك السليم والاستقلالية فى التفكير والجرأة فى التعبـــير والإقدام والبراعة وحب الاستطلاع وروح المغامرة والانطلاق، بالإضافة إلى حسن التنظيم والجودة والأصالة والتلقائية.

ومن هنا:فانه فى ضوء كل ما سبق بيانه يتضح لنا بجلاء مدى انعكاس وارتباط درجة الوسواس القهرى المرتفعة لدى الأطفال و المراهقين من الجنسين فى الأضرار بمستوى كل قدراتهم الابتكارية والهبوط بها إلى مستوى منخفض عمن سواهم.

يشير(*ابراهيم،١٩٨٥: ٣٠٦-٣٠٨*) إلى أنه قد ثبت من الناحية الوجدانية أن زيادة الصراعات النفســـية والقلق والاضطرابات النفسية تعوق الابتكار ولا تشجعه , كما تبين ان هناك خصائص معينة يرتبـــط ظهورها بانخفاض القدرات الابتكارية،مما يدل على أنها تعوق ظهور القدرات الأبتكارية وتقلل من نموها ومن هذه الخصائص الميل للانصياع والمجاراة العقلية ،وهو مفهوم يشير إلى ميل البعـــض لتبـــنى الآراء والأحكام التقليدية الشائعة. ويؤدى المستوى المرتفع من هذه الميول إلى عرقلة التفكير وتقييده وتوجيهـــه وجهه ضيقة ومحدودة لا تسمح بالانطلاق والمخاطرة التى يتطلبها العمل الأبتكارى. كذلك تبـــين أن التصلب فى التفكير، وهو يشير إلى عجز الفرد عن التعامل مع النظم العقلية الجديدة وعجزة عن تنظيم

معتقدات جديدة وحلول مختلفة للمواقف والمشاكل المتغيرة،من العوامل التى تكف إمكانيات الأفراد عن تعلم الجديد والاستفادة من الخبرة،وهى أشياء ضرورية للابتكار بصفة عامة.

ويوضح كل من(الرخاوى ١٩٧٩: ١٢٥-١٢٧) و (Kaplan&Sadock, 1996-B) انه فى حالة ازدياد درجة الوسواس القهرى ،فان التفكير لدى الأفراد يكاد يقتصر على الإفراط فى التجريد وحل مشاكل لا وجود لها،و بالتالى لا حل لها، فهو تفكير بلا جدوى ولا ينتج جديداً، ومن ثم تزداد درجة التعقلن لدى مثل هؤلاء الأفراد بشكل يؤدى بهم إلى فصل هذا التعقلن عن المحتوى الأعمق من المعنى.

كما يؤكد كل من (منسى ،١٩٩٦: ٥٠)و (walker&Roberts, 1996:361) أن الأطفال الذين يعانون من ازدياد القلق و الاضطرابات , يتأثر نشاطهم العقلى تأثيرا سالبا بدرجة تجعلهم غير قادرين على حل المشكلات التى تواجههم , والى اعاقة تفكيرهم ,و الى الفروق من النواحى الأكاديمية.

ويضيف (عكاشة,١٩٨٢: ٢٢٠) أن زيادة أعراض الوسواس القهرى بصفة عامة , تلعب دورا خطيرا فى السرحان ,لأن الفرد فى مثل هذه الحالة ينشغل بأفكار أو صور أو حركات مختلفة ،يقتنع بعدم جدواها ويحاول مقاومتها ،ولكنها تسيطر عليه بطريقه قهريه ملحه ،واحياناً ما تأخذ هذه الأفكار شكل أسئلة تتردد فى ذهنه بالساعات،مما يجعله فى حالة سرحان مستمرة ،للاهتمام بهذه الوساوس وإهمال واجباته الدراسية والعملية.

**توصيات الدراسة:

فى ضوء ما انتهت إليه الدراسة الحالية من نتائج ،فان الباحث يخرج ببعض التوصيات والمقترحات التى يمكن ان تسهم وتفيد فى مجال رعاية الأطفال والمراهقين ،وذلك من خلال التأكيد على النقاط التالية-:

١-ضرورة العمل على الاكتشاف المبكر لحالات الأطفال والمراهقين الذين يعانون من ارتفاع درجة الوسواس القهرى،وذلك للتعامل معها فى حينها قبل أن تتطور مثل هذه الحالات إلى مزيد من الاضطراب والتدهور فى كافة مظاهر الشخصية.

٢-ضرورة إعداد وتصميم برامج إرشادية علاجية تصلح للأطفال والمراهقين مرتفعى درجة الوسواس القهرى،لمحاولة مساعدتهم قدر الإمكان فى تخفيض حدة درجة هذا الاضطراب.

٣-نظراً لما ثبت من تمتع المقياس المعد بالدراسة بدرجة عالية من الثبات والصدق،وكذلك سهولة تطبيقه وتصحيحه واستخراج نتائجه ووجود معايير له.فانه من المفيد استخدامه فى كافة الأغراض الاكلينيكية المختلفة مع الأطفال والمراهقين من الجنسين.

٤-يجب العمل على تصميم مختلف البرامج الارشاديه التى يمكن أن تسهم فى تنمية القدرات الابتكارية المختلفة لدى الأطفال والمراهقين الذين يعانون من ارتفاع درجة الوسواس القهرى.

٥-ضرورة إجراء المزيد من البحوث والدراسات الاكلينيكية لالقاء مزيد من الضوء والفهم لمختلف متغيرات الشخصية وجوانبها ذات الصلة الوثيقة وموضوع الوسواس القهرى لدى الأطفال والمراهقين.

مراجع الدراسة :

١- ابراهيم ، عبد الستار (١٩٨٥): الانسان وعلم النفس، سلسلة عالم المعرفة، الكويت، العدد(٨٦).

٢- الحفنى ، عبد المنعم (١٩٩٥): موسوعة الطب النفسى، الطبعة الثانية، المجلد الثانى، القاهرة، مكتبة مدبولى.

٣- العنزى ، فريح (١٩٩٦): الوسواس القهرى لدى الأطفال الكويتيين، القاهرة، مجلة دراسات نفسية ، بحث مقبول للنشر.

٤- الرخاوى ، مى (١٩٩٢): بعض المتغيرات المرتبطة بالمظاهر والأعراض الوسواسية لدى الأطفال المترددين على العيادة النفسية، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس.

٥ - الرخاوى، يحيى (١٩٧٩): دراسة فى علم السيكوباثولوجى (شرح سر اللعبة) ، القاهرة، دار عطوة للطباعة.

٦ - اوتوفينخل (١٩٦٩) نظرية التحليل النفسى فى العصاب، الجزء الثانى، ترجمة صلاح مخيمر وعبده ميخائيل رزق، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.

٧- حمودة ، محمود (١٩٩١): الطب النفسى، الطبعة الثانية، القاهرة، مكتبة الفجالة.

٨ - زهران ، حامد (١٩٧٨): الصحة النفسية والعلاج النفسى، الطبعة الثانية، القاهرة، عالم الكتب.

٩ - سليمان ، عبدالله وأبو حطب ، فؤاد (١٩٨٨): اختبارات تورانس للتفكير الابتكارى، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.

١٠- صادق ، عادل (١٩٩٠): فى بيتنا مريض نفسى، الطبعة الأولى، جدة، الدار السعودية للنشر والتوزيع.

١١- صبحى ، سيد (١٩٨٧): أطفالنا المبتكرون: دراسات فى الصحة النفسية، القاهرة، المطبعة التجارية الحديثة.

١٢- عبد الخالق ، أحمد و الدماطى ، عبد الغفار (١٩٩٥): الوسواس القهرى: دراسة على عينات سعودية، القاهرة، مجلة دراسات نفسية، المجلد الخامس، العدد الاول، ص ص ١-١٧.

١٣- عبد الغفار ، عبد السلام (١٩٨٠): مقدمة فى الصحة النفسية، القاهرة، دار النهضة العربية.

١٤- عبد اللطيف ، مدحت (١٩٨٩): نمط الشخصية القهرية لدى عينة من طلاب الجامعة (دراسة عاملية)، القاهرة، مجلة علم النفس ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، العدد(١٢) ، ص ص ٩٠-١٠١

١٥- عكاشة ، أحمد (١٩٨٢) : علم النفس الفسيولوجى، الطبعة السادسة، القاهرة، دار المعارف.

١٦- --- --------(١٩٩٢) : الطب النفسى المعاصر، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.

١٧- كفافى ، علاء الدين و النيال ، مايسة (١٩٩٦): صورة الجسم وبعض المتغيرات لدى عينات من المراهقات) دراسة ارتقائية ارتباطية عبر ثقافية (، القاهرة، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد(٣٩)، ص ص٦-٤٣

١٨- منسى ، محمود (١٩٩٦): الروضة وإبداع الأطفال، الإسكندرية، دار المعارف الجامعية.

19- Adams, G.et al., (1994): Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: the role of the school psychologist in identification, Assessment, and treatment. School Psychology Quarterly, Nol.9 (4), PP.274-294 .

20- Allsopp, M.& Nerduyn , C. (1990): Adoles cents with olsessive compulsive disorder: A case note review of consecutive patients referred to a provincial regional adolescent psychiatry unit.
Journal of Adolescence, Val.13 (2) , pp.157-169.

21-Allsopp , M .& willeams, T . (1991) : Self- Report measures of obsession- ality, depression, and social anxiety in a school popul atian of adolescents. Journal of Adolescence, Vol. 14 (2) ,pp. 149-156.

22- American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and statistical manual of mental disorders , 4 Th. Ed. (DSM-IV). Washington, D.C. American Psychiatric Press Jnc.

23- Apter, A.& Tyano, S. (1988): Obsessive compulsive disorder in adolescence. Journal of Adolescence, Val. 11(3) , PP. 183-194.

24- Clarizio, H. (1991): Obsessive compulsive disorder: the secretive syndrome. Psychology in the Schools, Vol. 28 (2), PP. 106-115.

Clark, D. & Bolton, D. (1985): Obsessive compulsive adolescents and their Parents: Psychometric study. Journal of Child psychology & Psychiatry & Alliad Discipliles, Vol. 26 (2), PP. 267-276.

26- Daniel, G. et al. (1996): Comorlidity of Juvenile obsessive compulsive disorder with disruptive behavior disorders. Journal of the American Academy of Child & Adolescent, Vol. 35 (12), pp.1637-1646.

27- --------(1996): Js Juvenile obsessive compulsive disorder a developmental subtype of the disorder ? A review of the pediatric literature. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry , Not. 73(4) , pp. 420-427.

28- De Silva, p.& Rachman, S. (1992): Obsessive compulsive disorder the facts. Oxford. University press.

29- Douglass, H. et al. (1995): Obsessive compulsive disorder in a birth cohort of (18) year olds: Prevalence and predictors. Journal of the American Academy of Child & Adolescent psychiatry, Vol .31,PP. 363-380.

30- Elizaleth, B. et al. (1996): case study: Behavioral treatment of obsessive compulsive disorder in a boy controlled disruptive behavior problems. Journal of the American Academy of child & Adolescent psychiatry, Vol. 37 (4) , PP. 443-446.

31- Flament, M. et al., (1988): Obsessive compulsive disorders in adolescents An epidemiological study. Journal of the American Academy of child & Adolescent Psychiatry, Vol. 27, PP. 764-771.

32---------- (1990): Childhood obsessive compulsive disorder. Aprospective follow up study. Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, Vol. 31(3), PP. 363-380.

33- Foa, E. et al. (1992): Treatment of depressive and obsessive compulsive symptoms in(O.C.D) ly inipramive and behavior their apy. British Journal of Clinical Psychology, Vol. 31, PP. 279-292.

34- Geller, D. et al. (1996): Comorlidity of juvenile obsessive compulsive disorder with disruptive behavior disorder. Journal of the American Academy of Child & Adolescent psychiatry, Vol. 35 (12), PP. 1637-1646.

35- Gibb, G. et al. (1983): the measurement of the obsessive-compulsive peesmality. Educational and psychological Measurement. Vol. 43(3-4), PP. 1233-1239.

36- Goldman, H. (1992): Review of general psychiatry. 3 rd. Ed., Naw jersey, Englewood Cliffs, Prentice Hall, jnc.

37- Goodman, W. et al. (1989): The Yale B Brown obsessive compulsive scale: Development use and reliability . Archives of General psychiatry, Vol. 46, PP 100G-1011.

38---------- (1992): the role of serotonin and dopamine in the pathophysiology of obsessive compulsive disorder. International Clinical Psychopharmacology, Vol. 7, PP. 35-38.
39- Hamlurgar, S. et al. (1989): Growth rate in adolescent with obsessive compulsive disorder. American Journal of Psychiatry, Vol. 146(5), PP 652-655.
40- Hanna, G. (1995): Demographic and clinical features of obsessive compulsive disorder in children and adolescents. Journal of the American Academy of child & Adolescent Psychiatry, Vol. 34, PP. 19-27.
41- Hollingsroorth, C. et al., (1980): Long term outcome of obsessive compulsive disorder in childhood. Journal of the American Academy of Child & adolescent Psychiatry, Vol. 19, PP. 134-144.
42- Insel, T. (1992): Neurobiology of obsessive compulsive disorder: A review. International Clinical Psychopharmacology, Nol. 7, PP. 31-33.
43- Kaplan, H. & Sadock, B. (1996-A): Pocket handbook of clinical Psychiatry. Maryland, Baltimore, Williams & Wilkins.
44---------- (1996-B): Synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences Clinical Psychiatry. Maryland, Baltimore, Williams & Wilkins.
45- Liddell, A. & Morgan, G. (1978): Superstitions compulsions. British Journal of Medical Psychology. Vol.51 (4), PP. 369-374.
46- March, J. et al. (1994): Behavioral psychotherapy for children and adolescent with obsessive compulsive disorder: An open trial of a new protocol driven treatment package. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Vol. 33, PP. 333-341.
47-March, J. & leonard, H. (1996): Obsessive convulsive disorder in children and adolescents: A review of the Past (10) years. Journal of the American Academy of Child & Adolescent psychiatry, Vol. 35, PP. 1265-1273.
48- Martine, F. et al. (1997): Cognitive behavioral treatment of pediatric obsessive compulsive disorder: An open clinical trial. Journal of the American Academy of child & Adolescent Psychiatry, Vol. 37 (4), PP. 412-419.
49- Mc Gough, J.et al. (1993): Obsessive compulsive ill childhood and adolescence. School Psychology Review, Vol . 22 (2), PP. 243-251.
50- Merkel, W. et al. (1993): Perceived Perevtel characheristis of Patients with obsessive compulsive disorder, depression and panic disorder. Child psychiatry & Human Development, Vol. 24 (1), PP. 49-57.
51- Parker, Z. & Stewart, E. (1994) : School consultation and the management of obsessive compulsive personality in the classroom . Adolescence. Vol. 29(115), PP. 563-574.
52- Pauls, D.et al. (1995): A family study of obsessive compulsive disorder .American Journal of Psychiatry, Nal. 152,PP. 76-84.
53- Pigatt, T.et al.(1994): Obsessive compulsive disorder: Cmarlid cnditils. Journal of Clinical Psychiatry. Nal.55, PP. 15-27.
54- Rapooport, J. et al. (1981): Childhood obsessive compulsive disorder. American Journal of psychiatry, Vol. 138(12), PP. 15-45.
55---------- (1992):Childhood obsessive compulsive disorder. Journal of Clinical Psychiatry, Nol. 53,PP. 12-16.
56- Rasmussen, S. & Eisen, J. (1992): The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. Journal of Clinical psychiatry, Vol. 53,PP. 4-10.

57- Rettew,D. & Swedo, S. (1992): Obsessions and compulsions `acrass time in (97) children and adolescents with obsessive compulsive disorder Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Vol. 31, PP. 1265-1273.
58- Reynalds, W.(1990): Introduction to the nature and study of internalizing disorders in children and adolescents. School Psychology Review, Nol. 19(2), PP. 137-141.
59- Riddle, M. et al. (1990): Obsessive compulsive disorder in children and adolescents phenomenology and family history. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Vol. 29, PP. 766-772.
60- Salkoviskis, P. & Westbrook, D. (1989): Behavior therapy and obsessing ruminations: Can Failure be turned into success ?.Behavior Research & Theropy, Nol. 27 (2), PP. 149-160.
61- Swedo, S. et al. (1989): Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: Clinical phenomenology of (70)cmspecutive cases. Archives of General Psychiatry , Vol. 64 (4), PP. 335-341.
62- Thomsen,p.(1995):Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: A (6-22) Year follow up study of social outcome .
European child &Adolescent Psychiatry, Vol.4, PP. 112-122.
63- Toro, J. et al. (1992): Obsessive compulsive in children and adolescents : A clinical study . Journal of Child psychology & psychiatry &Allied Disciplines, Vol. 33 (6), PP. 1025-1037
64- Vallevi- Basile, L. et al. (1994): Frequency of obsessive compulsive disorder in a community sample of young adolescents. Journal of the American Academy of Child & adolescent psychiatry, Vol. 33, PP. 782-791.
65- Walker, C. & Rolerts, M. (1996) : Handbook of clinical child Psychology. 2 nd E. , John Wiley &Sons.
66-Weissman , M. et al . (1994) : The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. American Journal of Psychiatry, Vol. 55, PP. 5-10.

جدول رقم (١): معاملات الارتباط بين كل بند فرعى والدرجة الكلية ومستويات الدلالة لمقياس الوسواس القهرى للأطفال والمراهقين ن = (٣٤٤)

رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
١	,٢٩٧	,٠١	١٣	,٤٦٨	,٠٠١	٢٥	,٤٧٠	,٠٠١	٣٧	,٤٢٦	,٠٠١
٢	,٤٥٨	,٠٠١	١٤	,٥٥٩	,٠٠١	٢٦	,٤٤٢	,٠٠١	٣٨	,٦١٣	,٠٠١
٣	,٢٩٥	,٠١	١٥	,٤١٧	,٠٠١	٢٧	,٤٢٧	,٠٠١	٣٩	,٣٧٢	,٠٠١
٤	,٣٤٧	,٠٠١	١٦	,٣٦١	,٠٠١	٢٨	,٣٠٨	,٠٠١	٤٠	,٤٤٠	,٠٠١
٥	,٣١٧	,٠٠١	١٧	,٣٦٥	,٠٠١	٢٩	,٥٠٢	,٠٠١	٤١	,٦١٥	,٠٠١
٦	,٥٢٦	,٠٠١	١٨	,٥١٤	,٠٠١	٣٠	,٣٩٨	,٠٠١	٤٢	,٤٨٩	,٠٠١
٧	,٤٦٧	,٠٠١	١٩	,٤٧٩	,٠٠١	٣١	,٦٦١	,٠٠١	٤٣	,٤٩٦	,٠٠١
٨	,٥٤٣	,٠٠١	٢٠	,٧١٧	,٠٠١	٣٢	,٥٠١	,٠٠١	٤٤	,٤٦٦	,٠٠١
٩	,٤٣١	,٠٠١	٢١	,٥٢٨	,٠٠١	٣٣	,٥٢٨	,٠٠١	٤٥	,٥٢٢	,٠٠١
١٠	,٥١٩	,٠٠١	٢٢	,٤٦٨	,٠٠١	٣٤	,٣٦٨	,٠٠١	٤٦	,٤٢٤	,٠٠١
١١	,٤٧٦	,٠٠١	٢٣	,٦٤٢	,٠٠١	٣٥	,٥٤٩	,٠٠١	٤٧	,٧٢٢	,٠٠١
١٢	,٤٢٢	,٠٠١	٢٤	,٥٦٣	,٠٠١	٣٦	,٤٧٧	,٠٠١	٤٨	,٦١١	,٠٠١

جدول رقم (٢):توزيع افراد العينة التى خضعت نتائجها على مقياس الوسواس القهرى للأطفال والمراهقين للتحليل العاملى من حيث الجنس وأسم المدرسة التى سحبت منها العينة والمنطقة التعليمية التابعة لها والعدد الكلى للأفراد هذه العينة.

الجنس	أسم المدرسة	الإدارة التعليمية	عدد الأفراد	المجموع الكلى
الذكور	شبرا الابتدائية	شبرا	٦٥	٤٧٨
	عزت الابتدائية	المطرية	٧٢	
	أبوالفرج الابتدائية	غرب القاهرة	٦٨	
	الأيمان الإعدادية – بنين	روض الفرج	٩٤	
	النقراسى الإعدادية –بنين	حدائق القبة	٨٧	
	المنيرة الإعدادية –بنين	جنوب القاهرة	٩٢	
الإناث	شجرة الدر الابتدائية	شبرا	٧٣	٤٩٠
	هدى شعراوى الابتدائية	المطرية	٦٧	
	النيل الابتدائية	غرب القاهرة	٧٠	
	مكارم الأخلاق الإعدادية – بنات	روض الفرج	٩٥	
	حدائق القبة الإعدادية – بنات	حدائق القبة	٨٩	
	أمين سامى الإعدادية – بنات	جنوب القاهرة	٩٦	
العدد الإجمالي لأفراد العينة				٩٦٨

جدول رقم (٣) :قيم الشيوع لبنود مقياس الوسواس القهرى للأطفال و المراهقين بعد التدوير المتعامد لدى أفراد العينة الكليه.

رقم البند	قيم الشيوع	رقم البند	قيم الشيوع	رقم البند	قيم الشيوع	رقم البند	قيم الشيوع	رقم البند	قيم الشيوع	رقم البند	قيم الشيوع
١	,٢٠٧	٩	,٤١٠	١٧	,٣١٢	٢٥	,٢٣٨	٣٣	,٣٠٠	٤١	,٥١٢
٢	,٢٩٨	١٠	,٣٦٢	١٨	,٣٣٩	٢٦	,٣٤٨	٣٤	,٢٧٥	٤٢	,٣٣٤
٣	,٣٥٥	١١	,٢٧٥	١٩	,٣٥٧	٢٧	,٢٨١	٣٥	,٣٥٤	٤٣	,٢٨٤
٤	,٤٧٥	١٢	,٢٣٦	٢٠	,٨١٢	٢٨	,٢٥٦	٣٦	,٣٤٤	٤٤	,٢٩٨
٥	,٢٧٩	١٣	,٣١٦	٢١	,٣٦٩	٢٩	,٨٠٩	٣٧	,٢٨٢	٤٥	,٤١٢
٦	,٣٣١	١٤	,٤٠٢	٢٢	,٣١٦	٣٠	,٢٦٥	٣٨	,٤٣٩	٤٦	,٣٧٤
٧	,٣١٩	١٥	,٢٧٤	٢٣	,٥٠٣	٣١	,٤٨٣	٣٩	,٢٦٤	٤٧	,٣٩٤
٨	,٥١١	١٦	,١٩٣	٢٤	,٤٣٧	٣٢	,٣٥٤	٤٠	٣٨١	٤٨	,٣٩١

جدول رقم(٤):الجذور الكامنة والنسب المئوية لتباين العوامل المستخلصة من التحليل العاملى بعد التدوير المتعامد لبنود مقياس الوسواس القهرى للأطفال والمراهقين لدى أفراد العينة الكلية ن= (٩٦٨)

ترتيب العوامل	الجذرالكامن للعامل	النسبة المئوية لتباين العامل
الأول	١٤،٣١٠	%٢٩،٧٧
الثانى	٧،٠٢٨	%١٤،٦٢
الثالث	٣،٩١٨	%٨،١٥
الرابع	٢،٣١٧	%٤،٨٢
النسبة الكلية لتباين العوامل الأربعة		%٥٧،٣٦

جدول رقم (٥):العامل الأول المتعامد لمقياس الوسواس القهرى للأطفال و المراهقين لدى أفراد العينة الكلية

م	رقم البند	نـــــص البنـــــد	التشبع
١	٤١	هل تشعر على طول بالحزن والقلق؟	,٥٤٢
٢	٣٨	هل بتحس باستمرار أنك حيران ومشغول وغير مرتاح؟	,٥٠٠
٣	٤٥	هل بتحس على طول ان معندكش قدرة على الفهم أو التركيز؟	,٤٩٨
٤	٢٤	هل بالك مشغول على طول أنك مش حاتقدر تحقق أى نجاح فى المستقبل؟	,٤٩٣
٥	٣١	هل بتحس أنك قلقان على طول من غير أى سبب؟	,٤٨٥
٦	٤٨	هل بتحس على طول أنك بتشك فى كل حاجة ومش متاكد منها؟	,٤٨٠
٧	٤٦	هل بتيجى لك كتير أحلام مزعجة أو كوابيس أثناء النوم؟	,٤٧٤
٨	٢١	هل تجد صعوبة فى التعرف على الآخرين أو التحدث معهم؟	,٤٧٣
٩	٤٧	هل تشعر باستمرار أن عندك صداع؟	,٤٣٨
١٠	١٣	هل تشعر باستمرار بتعب أو ألم بالمعدة؟	,٤١٨
١١	٣٦	هل تشعر باستمرار بالخجل أو الكسوف لما بتكون فى وسط مجموعة من الناس؟	,٣٨٦
١٢	٣٣	هل تفكيرك مشغول على طول بالخوف من الإصابة باى مرض خطير أو معدى؟	,٣٧٣
١٣	١٠	هل بتخاف ساعات من حاجات او ناس انت عارف كويس ان مفيش منهم اى ضرر	,٣٧١
١٤	٤٣	هل بتحس انك متردد ومحتار لما تيجى تعمل اى حاجة ؟	,٣٦٦
١٥	٨	هل بتحس انك لوحدك على طول حتى لما بتكون فى وسط اهلك او زمايلك ؟	,٣٦٣
١٦	٣٠	هل أنت بتنسى كتير ؟	,٣٦٢
١٧	٢٧	هل بتحس لما بتجاوب على اسئلة اى امتحان انك مش متاكد من الأجابة الصحيحة	,٣٥٦
١٨	١٦	هل ساعات بتحس انك خايف من الموت ؟	,٣٣٣
١٩	٢٥	هل لما بتخلص اى حاجة بتشك دايما انك ما عملتهاش كويس أو مظبوط ؟	,٣١٢
٢٠	٣٢	هل تفضل باستمرار ان تجلس لوحدك بدلاً من الآخرين ؟	,٣٠٧

جدول رقم (٦):العامل الثانى المتعامد لمقياس الوسواس القهرى للأطفال والمراهقين لدى أفراد العينة الكلية .

م	رقم البند	نص البند	التشبع
١	٤	هل بتحب تعاند فى كل حاجة وتصر ان رايك هو اللى يمشى ؟	,٥٨١
٢	٢٣	هل بتشعر ساعات انك بتكره نفسك وتتضايق قوى ؟	,٥٦٩
٣	٨	هل بتحس انك لوحدك على طول حتى لما بتكون فى وسط اهلك او زمايلك ؟	,٥٠٢
٤	١٤	هل بتحس انك بتفكر فى مشاكل او حاجات مش موجودة خالص ؟	,٤٧٦
٥	٣٥	هل بتحس باستمرار انك مش متاكد من حب الأخرين لك او اهتمامهم بك ؟	,٤٣٣
٦	١٨	هل ساعات بتيجى فى دماغك أسئلة او أفكار غريبة ؟	,٤٢٢
٧	٢	هل بتحس انك بتتنرفز بسهولة على حاجات تافهة او بسيطة ؟	,٤٢١
٨	٣٢	هل تفضل باستمرار ان تجلس لوحدك بدلا من الجلوس مع الآخرين ؟	,٣٩١
٩	١٥	هل تجد صعوبة فى ان تعبر عما تشعر به أمام الآخرين ؟	,٣٧٩
١٠	٢٦	هل تجد صعوبة باستمرار عند النوم بسبب انشغال تفكيرك فى حاجات كثيرة ؟	.٣٦٧
١١	٣١	هل بتحس انك قلقان على طول من غير اى سبب ؟	,٣٥٨
١٢	٣٧	هل بتحاسب نفسك باستمرار وتؤنبها على اى حاجة بتعملها ؟	,٣٥١
١٣	٤٢	هل تهتم بحاجات كتير ماالهاش قيمة او لزمة ؟	,٣٤٣
١٤	٤١	هل تشعر على طول بالحزن والقلق ؟	,٣٤٠
١٥	١١	هل بتحس باستمرار ان رايك هو الصح لكن الناس هى اللى مش فاهماه ؟	,٣٢٩
١٦	١٠	هل بتخاف ساعات من حاجات أو ناس انت عارف كويس ان مفيش منهم اى ضرر؟	,٣١٤
١٧	٤٤	هل ساعات بتلوم نفسك على حاجات بتكون فكرت فيها بس وما عملتهاش ؟	,٣١٢

جدول رقم (٧):العامل الثانى المتعامد لمقياس الوسواس القهرى للأطفال والمراهقين لدى العينة الكلية .

م	رقم البند	نص البند	التشبع
١	٣	هل بتقرف بسرعة من اى حاجة تحس انها مش نظيفة ؟	٤٦٩ ,
٢	٤٠	هل بتحب تغسل ايديك كتير قوى مع انك متاكد انها نظيفة ؟	٤٦٦ ,
٣	١٧	هل بتغضب وتتضايق على طول لو لقيت اى حاجة مش مترتبة او مش مكانها ؟	٤٤٥ ,
٤	١٩	هل بتحس لما تكون عندك مشكلة انك مش عارف تركز او تفكر فيها كويس ؟	٤١٧ ,
٥	٧	هل بتاخد على خاطرك بسرعة وتنجرح مشاعرك بسهولة ؟	٢٩٣ ,
٦	٥	هل بتحب تعيد كذا مرة على اى حاجة بتعملها عشان تتاكد انك عملتها صح ؟	٢٩١ ,
٧	٢٤	هل بتحب باستمرار ان تستحم وتغير ملأبسك بصورة متكررة(يعنى اكتر من مرة فى اليوم)	٢٨٥ ,
٨	٣٩	هل بتقرف اوى لما حد يستعمل اى حاجة من بتاعتك ؟	٢٦٧ ,
٩	٢٢	هل بتحس باستمرار انك قلقان قوى على حد تكون بتحبه ؟	٢٦٦ ,
١٠	٢٨	هل موضوع النظافة بيشغلك ويسيطر على تفكيرك باستمرار فى كل حاجة بتعملها ؟	٢٤٨ ,
١١	١	هل بتحب تدقق قوى فى اى حاجة تكون بتعملها ؟	٢٣٩ ,
١٢	٤٧	هل تشعر باستمرار ان عندك صداع ؟	٢١١ ,

جدول رقم (٨):العامل الرابع المتعامد لمقياس الوسواس القهرى للأطفال و المراهقين لدى أفراد العينة الكلية.

م	البند	نص البند	التشبع
١	٢٠	هل بتحب باستمرار وانت ماشى فى الشارع انك تلمس بعض الحاجات زى الحوائط او السيارات الواقفة؟	,٨٢٤
٢	٢٩	هل تشعر بالضيق والغضب لو عملت اى حاجة غلط حتى ولو كانت بسيطة ؟	,٨٠٥
٣	٩	هل بتحب وانت ماشى باستمرار تعد حاجات مش مهمة زى السلالم او البلاط او اعمده الكهرباء ؟	,٤٩١
٤	٦	هل بتيجى فى دماغك ساعات افكار وحشة او شريرة ماتقدرش تتخلص منها ؟	,٣٤٢
٥	١٢	هل بتقلق كتير على صحتك مع انك عارف انها كويسة ؟	,٣٢١

جدول رقم (٩):أسماء العوامل الأربعة المستخلصة المكونة لمقياس الوسواس القهرى للأطفال والمراهقين وعدد بنودها الجوهرية .

رقم العامل	أسم العامل	عدد البنود الجوهريه
الأول	عامل عام للوسواس القهرى	٢٠
الثانى	عامل الافكار الوسواسيه والاصرار ولوم الذات والشعور بالوحده النفسيه	١٧
الثالث	عامل التكرار والروتين القهرى	١٢
الرابع	عامل الاجبار على الوساوس والعادات القهريه	٥
المجموع الكلى		٥٤

جدول رقم (١٠):معاملات ثبات مقياس الوسواس القهرى للأطفال والمراهقين باستخدام طريقتى اعادة التطبيق وألفاكرونباخ .

نوع العينه	(ن)	طريقه حساب الثبات		
		اعاده التطبيق		معامل ألفا كرونباخ
		معامل الثبات	مستوى الدلاله	
الذكور	١١٢	,٩١٦	,٠٠١	,٧٠٥
الإناث	١٠٦	,٩٤٥	,٠٠١	,٧٣٩
الكليه	٢١٨	,٩٢٨	,٠٠١	,٧٢٣

جدول رقم (١١):قيمه (ت) لدلاله الفروق بين متوسطى درجات النصفين الادنى والعلوى للوسيط على مقياس الوسواس القهرى للأطفال والمراهقين لدى أفراد عينه (الذكور- الإناث- الكليه) .

نوع العينه	(ن)	قيمه الوسيط	الوسيط الأدنى		الوسيط الأعلى		قيمه (ت)	مستوى الدلاله
			م	ع	م	ع		
الذكور	٤٧٨	٥١	٤١،٩٣٣	٨،٠٨٢	٦١،٤٣٨	٧،٨٤٣	-٢٣،٨٥	,٠٠١
الإناث	٤٩٠	٥٠	٤٠،٥٠٨	٨،٥٠٧	٦١،٧٣٥	٩،٣٩١	-٢٣،١٠	,٠٠١
الكليه	٩٦٨	٥١	٤١،٤٧٥	٨،٣٥١	٦١،٨٧٩	٨،٥٨٥	-٣٢،٢٠	,٠٠١

جدول رقم (١٢):المعايير التائه للدرجات الكليه الخام لمقياس الوسواس القهرى للأطفال والمراهقين بالنسبه لكل عينه من عينات الذكور(ن= ٤٧٨) والأناث(ن= ٤٩٠) والكليه(ن= ٩٦٨)

الدرجة الخام	ذكور	اناث	كليه	الدرجة الخام	ذكور	اناث	كليه	الدرجة الخام	ذكور	اناث	كليه	الدرجة الخام	ذكور	اناث	كليه
صف	٩	١٣	١١	٢٥	٢٩	٣١	٣٠	٥٠	٤٩	٤٩	٤٩	٧٥	٦٩	٦٧	٦٨
١	١٠	١٤	١٢	٢٦	٣٠	٣٢	٣١	٥١	٥٠	٥٠	٥٠	٧٦	٧٠	٦٨	٦٩
٢	١١	١٥	١٣	٢٧	٣١	٣٣	٣٢	٥٢	٥٠	٥١	٥١	٧٧	٧٠	٦٩	٦٩
٣	١٢	١٥	١٤	٢٨	٣١	٣٣	٣٢	٥٣	٥١	٥١	٥١	٧٨	٧١	٦٩	٧٠
٤	١٢	١٦	١٤	٢٩	٣٢	٣٤	٣٣	٥٤	٥٢	٥٢	٥٢	٧٩	٧٢	٧٠	٧١
٥	١٣	١٧	١٥	٣٠	٣٣	٣٥	٣٤	٥٥	٥٣	٥٣	٥٣	٨٠	٧٣	٧١	٧٢
٦	١٤	١٨	١٦	٣١	٣٤	٣٦	٣٥	٥٦	٥٤	٥٤	٥٤	٨١	٧٣	٧٢	٧٢
٧	١٥	١٨	١٧	٣٢	٣٥	٣٦	٣٥	٥٧	٥٤	٥٤	٥٤	٨٢	٧٤	٧٢	٧٣
٨	١٦	١٩	١٧	٣٣	٣٦	٣٧	٣٦	٥٨	٥٥	٥٥	٥٥	٨٣	٧٥	٧٣	٧٤
٩	١٦	٢٠	١٨	٣٤	٣٦	٣٨	٣٧	٥٩	٥٦	٥٦	٥٦	٨٤	٧٦	٧٤	٧٥
١٠	١٧	٢٠	١٩	٣٥	٣٧	٣٨	٣٨	٦٠	٥٧	٥٦	٥٧	٨٥	٧٧	٧٤	٧٥
١١	١٨	٢١	٢٠	٣٦	٣٨	٣٩	٣٨	٦١	٥٨	٥٧	٥٧	٨٦	٧٧	٧٥	٧٦
١٢	١٩	٢٢	٢٠	٣٧	٣٩	٤٠	٣٩	٦٢	٥٨	٥٨	٥٨	٨٧	٧٨	٧٦	٧٧
١٣	١٩	٢٣	٢١	٣٨	٣٩	٤١	٤٠	٦٣	٥٩	٥٩	٥٩	٨٨	٧٩	٧٧	٧٨
١٤	٢٠	٢٣	٢٢	٣٩	٤٠	٤١	٤١	٦٤	٦٠	٥٩	٦٠	٨٩	٨٠	٧٧	٧٨
١٥	٢١	٢٤	٢٣	٤٠	٤١	٤٢	٤٢	٦٥	٦١	٦٠	٦٠	٩٠	٨١	٧٨	٧٩
١٦	٢٢	٢٥	٢٣	٤١	٤٢	٤٣	٤٢	٦٦	٦٢	٦١	٦١	٩١	٨١	٧٩	٨٠
١٧	٢٣	٢٥	٢٤	٤٢	٤٣	٤٣	٤٣	٦٧	٦٢	٦١	٦٢	٩٢	٨٢	٧٩	٨١
١٨	٢٣	٢٦	٢٥	٤٣	٤٣	٤٤	٤٤	٦٨	٦٣	٦٢	٦٣	٩٣	٨٣	٨٠	٨٢
١٩	٢٤	٢٧	٢٦	٤٤	٤٤	٤٥	٤٥	٦٩	٦٤	٦٣	٦٣	٩٤	٨٤	٨١	٨٢
٢٠	٢٥	٢٨	٢٦	٤٥	٤٥	٤٦	٤٥	٧٠	٦٥	٦٤	٦٤	٩٥	٨٥	٨٢	٨٣
٢١	٢٦	٢٨	٢٧	٤٦	٤٦	٤٦	٤٦	٧١	٦٦	٦٤	٦٥	٩٦	٨٥	٨٢	٨٤
٢٢	٢٧	٢٩	٢٨	٤٧	٤٦	٤٧	٤٧	٧٢	٦٦	٦٥	٦٦				
٢٣	٢٧	٣٠	٢٩	٤٨	٤٧	٤٨	٤٨	٧٣	٦٧	٦٦	٦٦				
٢٤	٢٨	٣١	٢٩	٤٩	٤٨	٤٩	٤٨	٧٤	٦٨	٦٧	٦٧				

جدول رقم (١٣):توزيع أفراد عينه الدراسه الأساسيه من حيث المرحله العمريه والجنس وأسماء المدارس التى سحبت منها والأداره التعليميه التى تتبعها وعدد الأفراد من كل مدرسه والعدد الأجمالى .

المرحلـــه العمريـــه	الجنـــس	أسمـــاء المـــدارس التى سحبت منها العينه	الأداره التعليميـــه التى تتبعها	عـــدد أفراد كل مدرسه	المجموع
الطفـــوله المتـــاخره	ذكـــور	العطار الأبتدائيه	شبرا	٦٨	١٩٦
		سراى القبه الأبتدائيه	الزيتون	٦٣	
		الحنفى الأبتدائيه	جنوب القاهره	٦٥	
	انـــاث	عمـــار بـــن ياســـر الأبتدائيه	شبرا	٥٧	١٨١
		سنان الأبتدائيه	الزيتون	٦٠	
		نوال عامر الأبتدائيه	جنوب القاهره	٦٤	
المراهقـــه المبكـــره	ذكـــور	رمسيس الأعداديه - بنين	شبرا	٦١	١٨٤
		الجامعه الأسلاميه الأعداديه	الزيتون	٥٩	
		الطليعه الأعداديه - بنين	جنوب القاهره	٦٤	
	انـــاث	روض الفـــــرج الأعداديه - بنات	شبرا	٦٢	١٩٩
		الزيتون الأعداديه العامه	الزيتون	٧١	
		السنيه الأعداديه - بنات	جنوب القاهره	٦٦	
العدد الأجمـــالى لعينـــه الدراســـه الأساسيـــه					٧٦٠

جدول رقم (١٤):قيمه (ت) لدلاله الفروق بين متوسطى درجات مجموعتى الأطفال من الجنسين على مقياس الوسواس القهرى للأطفال والمراهقين .

مجموعه الأطفال الذكور		مجموعه الأطفال الأناث		قيمه (ت)	مستوى الدلاله
ن = ١٩٦		ن = ١٨١			
م	ع	م	ع		
٥٢،٣٥٧	١٢،٠٥٨	٥١،٤٩٧	١٤،٣٥٨	,٦٣	—

جدول رقم (١٥):قيمه (ت) لدلاله الفروق بين متوسطى درجات مجموعتى المراهقين من الجنسين على مقياس الوسواس القهرى للأطفال والمراهقين .

مجموعه المراهقين الذكور		مجموعه المراهقات الأناث		قيمه (ت)	مستوى الدلاله
ن=١٨٤		ن = ١٩٩			
م	ع	م	ع		
٥٠،٤٤٠	١٣،١٠٠	٥٠،٦٧٣	١٣،٤٧٨	,١٧ —	—

جدول رقم (١٦):قيمه (ت) لدلاله الفروق بين متوسطى درجات مجموعتى الأطفال والمراهقين من الذكور على مقياس الوسواس القهرى للأطفال والمراهقين .

مجموعه الأطفال الذكور		مجموعه المراهقين الذكور		قيمه (ت)	مستوى الدلاله
ن = ١٩٦		ن = ١٨٤			
م	ع	م	ع		
٥٢،٣٥٧	١٢،٠٥٨	٥٠،٤٤٠	١٣،١٠٠	١،٤٩	—

جدول رقم (١٧):قيمه (ت) لدلاله الفرق بين متوسطى درجات مجموعتى الأطفال والمراهقات من الأناث على مقياس الوسواس القهرى للأطفال والمراهقين .

مجموعه الأطفال الأناث		مجموعه المراهقات الأناث		قيمه (ت)	مستوى الدلاله
ن = ١٨١		ن = ١٩٩			
م	ع	م	ع		
٥١،٤٩٧	٤،٣٥٨	٥٠،٦٧٣	١٣،٤٧٨	,٥٨	—

جدول رقم (١٨):قيم التفاعل بين متغيرى المرحله العمريه (طفوله متاخره -مراهقه مبكره والجنس (ذكور-اناث) على درجه الوسواس القهرى لدى أفراد عينه الدراسه الكليه .

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجه الحريه	متوسط المربعات	قيمه (ف)	مستوى الدلاله
المرحله العمريه	٣٥٦،٢٤٠	١	٣٥٦،٢٤٠	٢،٠٢٨	—
الجنس	١٨،٦٢٩	١	١٨،٦٢٩	٠,١٠٦	—
التفاعل	٥٦،٦٦٠	١	٥٦،٦٦٠	٠،٣٢٢	—
الخطأ	١٣٢٨٣١،٣٦٠	٧٥٦	١٧٥،٧٠٣		
التباين الكلى	١٣٣٢٦٩،٤٩٥	٧٥٩	١٧٥،٥٨٦		

جدول رقم (١٩):قيم (ت) لدلاله الفروق بين متوسطى درجات القدرات الأبتكاريه لدى مجموعتى الأطفال الذكور منخفضى ومرتفعى درجه الوسواس القهرى .

القدرات الأبتكاريه	مجموعه الأطفال الذكور منخفضى الوسواس ن = ٤٩		مجموعه الأطفال الذكور مرتفعى الوسواس ن = ٤٩		قيمه (ت)	مستوى الدلاله	اتجاه الفروق لصالح
	م	ع	م	ع			
الطلاقه	١٨،٧٦٦	١،٩٤٧	١٤،١١٢	٢،١٧٨	١١،٠٣٧	,٠٠١	منخفضى الوسواس
المرونه	١٦،٩٤٣	٢،٢١٥	١٢،٣٨١	٢،٤١٩	٩،٦٣٧	,٠٠١	" "
الأصاله	٢٥،٣٢٤	٣،١٠٨	٢٠،٧٥٦	٣،٦٤٨	٦،٦٠٤	,٠٠١	" "
التفاصيل	٤٢،٣٣١	٣،٨٩٦	٣٤،٣٧٧	٣،٩٩٧	٩،٨٧٣	,٠٠١	" "
الدرجه الكليه	١٠٣،٣٦٤	١٥،٠٢٢	٨١،٦٢٦	١٤،٧٣٤	٧،١٥٨	,٠٠١	" "

جدول رقم (٢٠):قيم (ت) لدلاله الفروق بين درجات القدرات الأبتكاريه لدى مجموعتى الأطفال الأناث منخفضى ومرتفعى درجات الوسواس القهرى .

القدرات الأبتكاريه	الأناث منخفضى الوسواس		ا الأناث مرتفعى الوسواس		قيمه (ت)	مستوى الدلاله	أتجاه الفروق لصالح
	ن = ٤٥		ن = ٤٥				
	م	ع	م	ع			
الطلاقه	١٩،٠١١	٢،٠٥٣	١٣،٧٩٤	٢،٣٩٦	١٠،٩٦٧	،٠٠١	منخفضى الوسواس
المرونه	١٧،٢٠٨	١،٨٧٦	١٣،٦٦٢	٣،١٩١	٦،٣٥٥	،٠٠١	" "
الأصاله	٢٤،٨٨٦	٣،٢٢٧	٢٠،١١١	٤،٠٢٦	٦،١٣٩	،٠٠١	" "
التفاصيل	٤٠،٩٨٩	٣،٥٥٥	٣٥،٠٠٨	٤،١٤٢	٧،٢٦٩	،٠٠١	" "
الدرجه الكليه	١٠٢،٠٩٤	١٦،٤١٨	٨٢،٥٧٥	١٥،٣٥٣	٥،٧٦٠	،٠٠١	" "

جدول رقم (٢١): قيم (ت) لدلاله بين متوسطى درجات القدرات الأبتكاريه لدى أفراد مجموعتى المراهقين الذكور منخفضى ومرتفعى درجه الوسواس القهرى .

القدرات الأبتكاريه	مجموعه المراهقين الذكور منخفضى الوسواس ن = ٤٦ م	ع	مجموعه المراهقين الذكور مرتفعى الوسواس ن = ٤٦ م	ع	قيمه (ت)	مستوى الدلاله	أتجاه الفروق لصالح
الطلاقه	٢٠،٢٩٣	٣،١٤٦	١٥،٨١٤	٢،٩١٤	٦،٩٧٧	،٠٠١	منخفضى الوسواس
المرونه	١٩،١٠٧	٢،٨٤٢	١٣،١٩٦	٢،٧٣٥	٩،٩٠٠	،٠٠١	"
الأصاله	٢٧،٢١٤	٤،٣٣٦	٢١،٠١١	٣،٤٨٨	٧،٤٧٧	،٠٠١	"
التفاصيل	٤٦،٤٧٨	٤،٠٣٧	٣٦،٥٤٤	٣،٧٤٩	١٢،٠٩٦	،٠٠١	"
الدرجه الكليه	١٣،٠٠٢	١٦،٧١٥	٨٦،٥٦٥	٥،٠٣٢	٧،٨٨٩	،٠٠١	"

جدول رقم (٢٢): قيم (ت) الفروق بين متوسطى درجات القدرات الأبتكاريه لدى أفراد مجموعتى المراهقات الأناث منخفضى ومرتفعى درجه الوسواس القهرى .

القدرات الأبتكاريه	مجموعه المراهقات الأناث منخفضى الوسواس ن = ٤٩ م	ع	مجموعه المراهقات الأناث مرتفعى الوسواس ن = ٤٩ م	ع	قيمه (ت)	مستوى الدلاله	أتجاه الفروق لصالح
الطلاقه	٢١،٧١٥	٢،٩٩٤	١٦،١٠٣	٣،١١٨	٨،٩٩٥	،٠٠١	منخفضى الوسواس
المرونه	١٩،٤٦٨	٣،٠١٧	١٤،٨٨٧	٢،٩٧٩	٩،١٢٠	،٠٠١	"
الأصاله	٢٨،٠٩١	٤،٢٠٢	٢٠،٤٣٤	٣،٦٥٥	٩،٥٢٥	،٠٠١	"
التفاصيل	٤٥،٣٢٧	٥،١٤٢	٣٨،١١٦	٤،٧٣١	٧،١٥٠	،٠٠١	"
الدرجه الكليه	١٤،٦٠١	١٧،٠١٨	٨٩،٥٤٠	١٦،٢٢٢	٧،٣٨٥	،٠٠١	"