الخصائص السيكومترية والتحليل العاملي التوكيدي لمقياس أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب جامعة الكويت

د. غادة خالد عيد
قسم علم النفس التربوي
كلية التربية-جامعة الكويت

أ.د. مايسة أحمد النيال
قسم علم النفس
كلية التربية-جامعة الإسكندرية

أ.د. أحمد محمد عبدالخالق
قسم علم النفس
كلية العلوم الاجتماعية-جامعة الكويت

الخصائص السيكومترية والتحليل العاملي التوكيدي لمقياس أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب جامعة الكويت

د. غادة خالد عيد
قسم علم النفس التربوي
كلية التربية-جامعة الكويت

أ.د. مايسة أحمد النيال
قسم علم النفس
كلية التربية-جامعة الإسكندرية

أ.د. أحمد محمد عبدالخالق
قسم علم النفس
كلية العلوم الاجتماعية-جامعة الكويت

الملخص

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من صدق وثبات مقياس الوسواس القهري، الذي أعده كل من مؤمن، وأبو هندي (٢٠٠٦)، واختيرت عينة قوامها (٤٤٦) من طلاب جامعة الكويت من الجنسين، وتراوحت معاملات ثبات ألفا للمقياس بين (٠,٤٩ – ٠,٨٦)، وتعد معاملات ثبات ألفا مقبولة في ستة مقاييس فرعية فقط، في حين تعد معاملات ثبات إعادة التطبيق مقبولة فقط في خمسة مقاييس فرعية، وأسفرت نتائج التحليل العاملي الاستكشافي عن (٢١) عاملاً، جذرها الكامن ≤ ١,٠، ولكن كل هذه العوامل، ما عدا الأول، اشتملت على أقل من ثلاثة بنود، ذات تشبعات أعلى من (٠,٣)، وكشفت النتائج عن وجود عامل واحد عام، تشبعت به غالبية بنود مقياس الوسواس القهري، واستوفى جميع المحكات المستخدمة في الدراسة، مما يؤكد أن هذا المقياس أحادي العامل، ومن ثم استخدم التحليل العاملي التوكيدي مرتين: في الأولى استخدم النموذج ذو الأربعة عشر عاملاً، وبينت نتائج المؤشرات الأربعة المستخدمة في اختبار حسن المطابقة، وهي: مؤشر المطابقة المقارن، ومؤشر حسن المطابقة، ومؤشر المطابقة المعياري، ومؤشر جذر متوسط مربع خطأ التقريب، أنها كلها لا تقدم تقديرات مقبولة لصدق البناء للمقاييس الفرعية المكونة لمقياس الوسواس القهري؛ إذ تؤكد عدم جودة هذه المطابقة، ومن ثم استخدم التحليل العاملي التوكيدي للمقياس، بوصفه أحادي العامل، ونتج عن هذا النموذج مؤشرات مقبولة، ويمكن أن نخلص من هذه الدراسة إلى أن هذا المقياس يفضل النظر إليه بوصفه أحادي العامل.

الكلمات المفتاحية: مقياس الوسواس القهري، صدق التكوين، التحليل العاملي الاستكشافي، التحليل العاملي التوكيدي، الخصائص السيكومترية.

* تاريخ تسلم البحث: ٢٠٠٨/٤/١٩م
* تاريخ قبوله للنشر: ٢٠٠٨/٩/٢٩م

Psychometric Properties and Confirmatory Factor Analysis of the Obsessive Compulsion Symptoms Scale in A Sample of Kuwait University Students

Dr. Ghada K. Eid
College of Education
Kuwait University

Prof. Mayssah A. Al-Nayyal
College of Education
Alexandria Universities

Prof. Ahmed M. Abdel-Khalek
College of Social Sciences
Kuwait University

Abstract

The aim of the present study was to test the reliability and validity of Mo'men & Abu Hendi's (2006) Obsessive Compulsion Scale (OCS). The scale consist of 83 items divided into 14 subscales. A sample of (446) male and female undergraduate students from Kuwait University, with mean age of 21.28 (±1.66) responded to the OCS. Alpha coefficients ranged from (0.49-0.86). They were acceptable for only 6 subscales out of the 14 subscales. Retest reliabilities were acceptable only in five subscales. The exploratory factor analysis revealed (21) factors with eigenvalues ≥ 1, but all of these factors – except the first one – did not contain three items with loading ≥ 0.3. Results also showed that most of the OCS items loaded onto a single factor that fulfilled all the criteria that is suggested in the present study. The confirmatory factor analysis was used twice: On the first implementation, the model for the original study was used. Four measures were tested to assess the goodness of fit as follows: the Comparative Fit Index, the Root Mean Square Errors of Approximation, the Normal Fit Index, and the Goodness of Fit. In applying these measures, it was found that the original study model with 14 subscales cannot be accepted. The confirmatory factor analysis was applied again but with a single-factor model. The results revealed acceptable measures of goodness of fit. It was concluded that the best fitted model of the OCS was the single-factor model.

Key words: Obsessive Compulsion Scale (OCS), exploratory factor analysis, confirmatory factor analysis, psychometric characteristics.

الخصائص السيكومترية والتحليل العاملي التوكيدي لمقياس أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب جامعة الكويت

د. غادة خالد عيد
قسم علم النفس التربوي
كلية التربية-جامعة الكويت

أ.د. مايسة أحمد النيال
قسم علم النفس
كلية التربية-جامعة الإسكندرية

أ.د. أحمد محمد عبدالخالق
قسم علم النفس
كلية العلوم الاجتماعية-جامعة الكويت

مقدمة

سجل تاريخ البشرية منذ فجر التاريخ حالات وسواس قهري واضحة، وقد وصف "جالينوس" الطبيب الروماني الشهير الوسواس عام ١٣٠، وقدم علماء العصور الإسلامية الزاهرة علاجاً نفسياً لهذا الاضطراب، من مثل "أبو زيد البلقي، وابن سينا"، وكتب ابن قدامة المقدسي رسالة تحت عنوان "ذم الموسوسين"، نشرت سنة ١٤٠٧ هجرية، وترجع بعض التسجيلات المبكرة لسلوك الوسواس القهري في أوروبا إلى القرن الخامس عشر، وقد وصف "شيكسبير" في شخصية الليدى "ماكبث" الوساوس، وطقوس غسيل اليدين، الناتج عن الذنب بعد قتل زوجها الملك "دنكان"، وكشف "كيتو" عن عدد من الشخصيات التاريخية التي التصق وسواس قهري بأهدافهم، من مثل "كولومبوس، ودارون، ونايتنجل"، وتوجد ثلاثة نماذج، على الأقل، في تاريخ الأدب الأوروبي، تجسد الوسواس المرتبط بالموت، وهم "فرانز كافكا، وفرجينيا وولف، وسيزار بافيز" (عبد الخالق، ٢٠٠٢، ص ٣٣).

أما الوصف الدقيق لهذا الاضطراب، فلم يتم إلّا منذ قرابة المائة والسبعين سنة، عام (١٨٣٨) على يد إسكيرول Esquirol، ثم جاء الطبيب الفرنسي "موريل" Morel في عام (١٨٦٦) ليستخدم مصطلح الاستحواز Obsession، وقد أشار الطبيب النفسي الألماني الشهير "إميل كريبلين" إلى هذا الاضطراب باللغة الألمانية بمصطلح عصاب القسر "Zwans Neurose"، وفي عام (١٩٥٢) صدر "الدليل التشخيصي والإحصائي الأول" DSM-I للاضطرابات النفسية، عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي APA، وضم هذا الدليل سبعة تصنيفات فرعية لاضطرابات العصاب النفسي، منها "استجابة الوسواس القهري"، ثم صدرت الطبعة الثانية من هذا الدليل عام ١٩٦٨، واعتمدت على تصنيف "كريبلين" بعد أن خضع لتعديلات شتى، وشملت تسع فئات فرعية للعصاب، من بينها "عصاب الوسواس

القهري"، ثم صدر الدليل الثالث عام ١٩٨٠، وأدخلت فيه تعديلات جذرية متعددة، وأصبح الوسواس القهري أحد التصنيفات الفرعية المندرجة تحت فئة اضطرابات القلق، واستمر الأمر ذاته في الدليل الثالث المعدل الصادر عام ١٩٨٧، والرابع عام ١٩٩٤، وفي الدليل الأخير تضم اضطرابات القلق Anxiety disorders فئات فرعية عشراً، منها اضطراب الوسواس القهري Obsessive compulsive disorder (عبد الخالق، ورضوان، ٢٠٠٢).

والوسواس هو تكرار الأفكار التي تتدخل في السلوك السوي فتعطله، وتسيء إلى صاحبه وتؤذيه، فهو يشير إلى الأفكار، أو الصور، أو الاندفاعات Impulses التي تستمر بإصرار، وتداوم بصورة عنيدة، وتستحوذ على تفكير الشخص، وتسيطر عليه، وتتخذ صورة معاودة Recurrent، ومن أمثلتها: أفكار التلوث، وعدم النظافة، أو الشك (العنزي، ١٩٩٧)، ويشار إلى الوساوس التي تقتحم عقل الإنسان بأنها "غير مقبولة للأنا، وغير منسجمة مع فكرة الفرد المثالية عن ذاته" Ego-dystonic، ويعني ذلك شعور الإنسان بأن مضمون الوساوس أو محتواها غريب Alien عن نفسه، مغترب عنها، وأنه خارج نطاق سيطرته عليها، وتحكمه فيها، كما أن الوسواس ليس ذلك النوع من الأفكار التي يتوقع الفرد أن يحوزه، أو أن يكون لديه، ومع ذلك فإن الفرد يكون قادراً على معرفة أن الوساوس نواتج لعقله هو، وأنها ليست مفروضة عليه من خارج (كما يحدث في حالة اقتحام الأفكار لعقل الفرد، ودخولها عنوة إليه) (APA, 1994, p. 418).

والوساوس كذلك حوادث معرفية مكررة، ومقتحمة، وتطفلية، وغير مرغوب فيها، يمكن أن تأخذ شكل الأفكار، أو الصور التخيلية، أو الدفعات، وهي تقتحم الشعور فجأة، وتؤدي إلى زيادة القلق الذي يشعر به الفرد، إن ما يميز الوسواس ليس أنه يقتحم الفكر، ولكن ما يميزه بالأحرى الطبيعة غير المرغوبة في الفكر، فبعض العلماء والفنانين – على سبيل المثال – ذكروا أنهم يمرون بخبرة الأفكار المقتحمة أو الأفكار الملهمة التي تظهر بطريقة غير متوقعة، ولا إرادية، ولكن هذه الأفكار ليست غير مرغوبة، الوساوس إذن أفكار غير مرحب بها، كما أنها تافهة، وغير ذات معنى، وقد تبدو سخيفة، وعلى الرغم من التأكد من أن هذه الأفكار لا تحمل معنى، فإن الفرد الذي يعانى من اضطراب الوسواس عاجز عن تجاهلها، أو طردها (Oltmanns & Emery, 1995, p. 202).

وقد تكرر في تعريف الوساوس مفهوم الأفكار التطفلية أو المقتحمة Intrusive؛ أي: التي تقتحم عقل المريض عنوة، ويعرف الاقتحام: Intrusion بأنه تداع Association أو تفكير لا يرتبط بالسياق، من مثل التفكير الوسواسي، الذي يدفع بنفسه، أو يقحمها في الشعور، أو الوعي بطريقة متكررة ومداومة، والأكثر من ذلك ظهور فكرة أو أكثر غير ذات معنى بشكل عشوائي، وتتدخل في التفكير الجاري المنطقي والمنظم (عبد الخالق، ٢٠٠٢، ص ٣٧).

ومن ناحية أخرى فإن مفهوم القهر Compulsion يشير إلى الأفكار التكرارية، أو الطقوس

التي يقوم بها المريض لمواجهة الشعور بالقلق، أو الضيق الناتج عن الأفكار الوسواسية، وغالباً ما يدرك المرضى أن سلوك الوسواس لديهم متزايد، ومكثف، وغير عقلاني، ولكنهم لا يستطيعون إبعاد أنفسهم عن تلك الأفعال القهرية، أو مقاومتها، ومنها غسل اليدين عشرات المرات، أو العد، أو تغيير الملابس بقصد صرف التوتر (عبد الخالق، والنيال، ١٩٩٠؛Eddy & Walbroehl, 1998) .

ويستخدم مصطلحا الوسواس والقهر بشكل تبادلي غير دقيق، وهذا غير صحيح؛ إذ إنهما يشيران إلى ظاهرتين متميزتين: فالوساوس أفكار تطفلية، تقتحم الفكر من داخله، كما أنها مداومة معاودة، وتتسبب في حدوث القلق، في حين أن الطقوس القهرية أفعال نمطية جسمية أو عقلية، يقوم بها الفرد؛ حتى يخلص نفسه من القلق الناجم عن الوساوس، ولكنهما يوجدان معاً عادة (Rosenhan & Seligman, 1995, p. 267)، فقد اتضح أن حوالي ٨٠٪ من المرضى لديهم وساوس وقهر، وتعاني قلة منهم من الوساوس وحدها، ومن النادر أن نجد الطقوس القهرية الخالصة، دون أن يصاحبها أفكار وسواسية، والوساوس تسبق الطقوس القهرية عادة، ولكن يحدث أحياناً أن يلي الأفكار الوسواسية القيام بالطقوس؛ وبخاصة مع الشك الوسواسي (عبد الخالق، ورضوان، ٢٠٠٢؛ Emmelkamp,1982).

وتتلخص المحكات التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري فى أربع محكات، هي: (١) أفكار أو صور متخيلة تسبب القلق والضيق الملحوظ، و(٢) لا تعد هذه الأفكار، أو الصور المتخيلة انزعاجاً من المشكلات الواقعية في الحياة، و(٣) يحاول الفرد تجاهل الأفكار والصور المتخيلة أو قمعها، و(٤) يدرك الفرد أن هذه الأفكار، أو الصور المتخيلة ناتجه عن عقله الشخصي، وليست مفروضة عليه من الخارج.

أما الأفعال القهرية فلها جانبان: الجانب الأول هو السلوك المتكرر، الذي يشعر الفرد بأنه مجبر على القيام به، من مثل غسل اليدين، أو الترتيب...، إلخ، أما الجانب الثاني، فهو السلوك، أو الأفعال العقلية التي تهدف إلى التقليل من حالة الكرب، أو الضيق التي لا ترتبط بأسباب واقعية.

ولقد قدم الباحثون عدداً من النظريات لتفسير اضطراب الوسواس القهري، وبيان أسبابه، وكان أول هذه المحاولات نظرية التحليل النفسي، إذ يرى "فرويد" أن الوسواسيين قد حدث لهم تثبيت على المرحلة الشرجية من التطور النفسي الجنسي، من جراء الصراع بين الطفل والوالدين، حول التدريب على عادات الحمام، ولكن الدلائل الواقعية على ذلك غير مقنعة، كما أن التحليل النفسي قد أخفق في علاج هذا الاضطراب، كما ركز "فرويد" على الطبيعة المتصلبة للأنا الأعلى في هذا الاضطراب، وأثر التثبيت على المرحلة الشرجية في نشأته، وأشار – كذلك – إلى التناقض الوجداني لدى المرضى، والحاجة إلى الضبط والتحكم، ويخبر الفرد هذا الصراع على أنه رغبات ممنوعة محرمة (Stein & Hollander, 1992).

أما النظرية السلوكية فقد قدمت تفسيرات محددة لاضطراب الوسواس القهري، فاعتبرت هذا الاضطراب سلوكاً متعلماً تم تدعيمه أو تعزيزه عن طريق النتائج التي أدّى إليها، وإحدى هذه النتائج خفض القلق أو الخوف (Davison & Neale, 1996, p. 153)، ويفسر هذا الاضطراب على ضوء مفهوم تعلم التجنب، ومفهوم خفض القلق، مع التركيز على دور الخبرات المبكرة في حدوث هذا الاضطراب، وتتوافر الأدلة المدعمة لهذا المنحى السلوكي، ولكن هناك عدداً من المشكلات التي لم تحسم بعد (عبد الخالق، ٢٠٠٢، ص ٣١٢)، من الواضح إذن أن التفسير السلوكي يعتمد على نظرية التعلم، إذ ينظر أصحابه إلى الوساوس بصفتها تمثل منبهاً شرطياً للقلق؛ حيث أصبح منبهاً محايداً نسبياً، مرتبطاً بالخوف، أو بالقلق خلال عملية استجابة شرطية، بأن تقترن الوساوس بحوادث قلقة بطبيعتها، أو مسببة للقلق، ومن ثم تصبح الموضوعات، والأفكار التي كانت محايدة منبهات شرطية قادرة على إثارة القلق أو الضيق، ويتكون القهر بطريقة مختلفة، إذ يكتشف الفرد أن فعلاً معيناً يقلّل من القلق، المرتبط بالأفكار الوسواسية، ولذا تتطور خطط التجنب الفعالة على شكل قهر، أو سلوك، كالطقوس للسيطرة على القلق، وبشكل تدريجي، ونتيجة للفعالية في خفض حافز ثانوي مؤلم (القلق)، فإن خطط التجنب تصبح ثابتة، بوصفها أنماطاً متعلمة للسلوك القهري (Kaplan & Sadock, 1991, p.405).

وتعتمد النظرية المعرفية فى اضطراب الوسواس القهري على أساس عدد من الجوانب، من أهمها الوجهة المعرفية Cognitive set التي تتركز حول توقعات مرتفعة جداً، تؤدي إلى المبالغة في تقدير احتمال حدوث العواقب المضرة وغير المواتية، مع وجود اعتقادات خاطئة، وإدراك زائد للخطر، ويفترض الباحثون وجود نقص لدى الوسواسيين في الكف المعرفي للأفكار التي تقتحم عقولهم، وتعد هذه المكتشفات فروضاً مثمرة (عبد الخالق، ٢٠٠٢، ص ٣١٢؛ Jones & Menzies, 1998).

ومن ناحية أخرى، يفترض المنحى المعرفي أن بعض مرضى الوسواس القهري لديهم آلية للتغذية الراجعة، معطلة أو ممزقة، وهي بدورها تؤدي إلى مداومة المرضى على سياق وأفعال معينة (عبد الخالق، والدماطي، ١٩٩٥)، كما يفترض "جراي" أن هؤلاء المرضى يعانون من خلل في وظيفة المخ، متصلة بما أسماه "مضاهاة – مضاهاة غير ملائمة" Match –mismatch، كما يرى "بتمان" أن لدى هؤلاء المرضى زيادة في إشارات الخطأ Error signals التي يمكن خفضها من خلال المخارج السلوكية التي تولدها العقد العصبية القاعدية (Stein & Hollander, 1992).

ومن ثم، فإن النظرية المعرفية تفترض أن اضطراب الوسواس القهري يتركز حول توقعات مرتفعة جداً، تؤدي إلى المبالغة في تقدير احتمال حدوث العواقب المضرة، وغير المواتية، مع وجود اعتقادات خاطئة، وإدراك زائد للخطر، ويفترض الباحثون وجود نقص لدى

المضطربين في الكف المعرفي للأفكار، التي تقتحم عقولهم، وتعد هذه المكتشفات فروضاً مثمرة (عبد الخالق، ٢٠٠٢، ص ٣٢١).

وتعتمد التفسيرات البيولوجية للسلوك الوسواسي القهري على بيانات متعلقة بكل من: بناء المخ، ونشاطه، والدراسات الوراثية، والشذوذ الكيميائي الحيوي (Insel & Winslow, 1992)، ويمكن معالجة هذا الاضطراب بالجراحة، وقد اتضح أن المرضى الذين خضعوا للعلاج عن طريق الجراحة ظهرت لديهم زيادة في نشاط الأيض في الفص الأمامي لنصف الكرة الأيسر، ولكن ليس بالضرورة أن يكون اضطراب عملية الأيض مسؤولاً عن اضطراب الوسواس القهري، وعلى أية حال، يؤكد بعض الباحثين أن هذا الاضطراب له أساس وراثي (Sue & Sue, 1990, p. 165).

وهناك شرطان مهمان للتفريق بين الحالة السوية، والحالة المرضية فى الوسواس القهرى، وهما التكرار Frequency والشدة Intensity، أما الحالة الأولى فيجوز أن يصاحبها عرض واحد، أو عدد قليل من الأعراض التي يمكن أن تعد صفات مرغوبة، أو خصالاً حميدة، أو خصائص يوسم بها الأخيار من البشر، ولكن بدرجة متطرفة، كالنظافة، والدقة، والنظام، ويقظة الضمير، والوفاء بالعهد، ويمكن أن تعد بعض هذه الصفات لازمة لبعض المهن، كالنظافة المفرطة بالنسبة للجراح، والدقة، والنظام، والمراجعة بالنسبة للباحث العلمي، وتكرار التأكد من صلاحية أجهزة قيادة الطائرة قبل الإقلاع لدى الطيار، والشك فى العد بالنسبة للمحاسب، أما إذا زادت حدة هذه الأعراض وأشباهها، وارتفع عددها فإنها تصل غالباً إلى اضطراب الوسواس القهري، فبدلاً من تيسيرها لحياة الفرد، فإنها تعوق توافقه، وتؤثر سلباً في حسن أدائه لأدواره (عبد الخالق، ١٩٩٢).

ويشتمل التراث النفسي على دراسات كثيرة، تكشف عن العلاقة بين الوسواس القهري والشخصية، منها –على سبيل المثال لا الحصر– دراسة سكارابيلوتي وزملائه (Scarrabelotti, Duck, & Dickerson, 1995)، التي كشفت عن أن زيادة العصابية ترتبط بزيادة سلوك الوسواس القهري، وأن الاكتئاب عنصر مهم في الوسواس القهري، كما ظهر أن العصابية، والمسؤولية منبآن دالان بدرجة الاضطراب، الذي تسببه الوساوس والقهر، وعلى العكس من ذلك، فإن الانبساط، والذهانية ليسا منبئين جيدين باضطراب الوسواس القهري ، وفي دراسة عربية قام بها عبد الخالق، والنيال (١٩٩٠) أظهر ارتباط المقياس العربي للوسواس القهري ارتباطاً جوهرياً بمقاييس كل من: القلق، والاكتئاب، والمخاوف المرضية، واستخرج عامل واحد، تشبعت به هذه المقاييس جميعاً تشبعات جوهرية مرتفعة، وانطبق ذلك على الجنسين، كما درس فرج (١٩٩٩) العلاقة بين السمات الشخصية، والوسواس القهري، واستخرج بعض الارتباطات الدالة التي تسير في الاتجاه المتوقع.

ومن المتغيرات التي فحصت في علاقتها بالوسواس القهري، فقدان الشهية العصبي

Anorexia Nervosa، وهو أحد اضطرابات الأكل Eating disorders يتصف المصابون به بأنهم يضعون لأنفسهم حدوداً غذائية، وتقييداً لكمية الطعام التي يتناولونها، مع وجود أنماط شاذة في التعامل مع الطعام، وفقد كبير للوزن، وخوف شديد من البدانة، ومن زيادة الوزن، بالإضافة إلى اضطراب أساسي في صورة الجسم (عبد الخالق، ١٩٩٧، ص ٢٢).

وقد عرض عبد الخالق (٢٠٠٢) مجموعة من المقاييس الأجنبية والعربية لتشخيص الوسواس القهري، من هذه المقاييس:

أ – "قائمة لايتون الوسواسية" Leyton Obsessional Inventory LOI:

قام كوبر (Cooper, 1970) بوضعها عام ١٩٧٠، وتعد أول قائمة شاملة، تقيس اضطراب الوسواس القهري، وتشمل ٦٩ بنداً، وصممت لفحص ربات البيوت، الراغبات في تحقيق الكمال، ولتشخيص الأعراض الوسواسية، والسمات الشخصية الوسواسية، ويستخرج من قائمة "لايتون الوسواسية" درجات على مقاييس فرعية أربعة، سميت الأعراض، والسمات، والمقاومة، والتدخل. وقد قامت نجمة الخرافي (١٩٨٥) بتعريب هذه القائمة، واستخدمتها فى دراسة ميدانية على عينة كويتية وخليجية، بعد استخراج معاملات ثبات مرتفعة لها.

ب– قائمة مودسلى للوسواس القهري Maudsley Obsessive Compulsive Inventory :MOCI

صمم هذه القائمة هودجسون، وريكمان (Hodgson & Rachman, 1977)، وتشمل ثلاثين عبارة يجاب عن كل منها بصيغة "صواب –خطأ"، وترتبط بنود هذه القائمة بالنوعين الأساسيين من الشكاوى، وهما: البطء Slowness، والشك Doubting، وتقيس هذه القائمة وجود مختلف الشكاوى الوسواسية القهرية ومداها (درجتها)، ومن ثم فإنها تقيس الشكاوى والأعراض الوسواسية القهرية وليس السمات الشخصية الوسواسية القهرية، وتستخدم هذه القائمة غالباً في دراسات العلاج السلوكي، وفي الدراسات عن الشكاوى الوسواسية في العينات غير الإكلينيكية، وقد قام عبد الخالق بترجمة هذه القائمة إلى العربية.

ج– قائمة النشاط القهري Compulsive Activity Checklist CAC:

طور هذه القائمة هلاّم وأوردها فيلبوت لأول مرة عام ١٩٧٥،(المشار إليه في مؤمن وأبوهندي، ٢٠٠٦) ونشرت أول بيانات عنها عام ١٩٧٧ من قبل "ماركوس، وهلاّم، وكوناللي، وفيلبوت"، وتشتمل قائمة النشاط القهري على ٣٨ بنداً، تعد مقياس تقرير للسلوك، يضم مختلف الأفعال والنشاطات التي تشيع بوصفها مشكلات لدى مضطربي الوسواس القهري، ويهدف هذا المقياس إلى تقدير مدى تدخل سلوك الوسواس القهري في الحياة اليومية للفرد.

د– قائمة بادوا Padua Inventory PI:

وضع سانافيو هذه القائمة، التي اتخذت اسم مدينة "بادوا" الإيطالية اسماً لها، في عام

١٩٨٨، (المشار إليه في عبدالخالق، ٢٠٠٢) وللقائمة صيغتان: إنجليزية وإيطالية، ولها بيانات معيارية، وخواص جيدة، وتتكون من ٦٠ عبارة، تصف السلوك الوسواسي القهري الشائع لدى الأسوياء والمرضى، ولها ثبات اتساق، واستقرار مقبول، واستخرج منها أربعة عوامل، هي: التحكم العائق للنشاطات العقلية، والتلوث، وسلوك المراجعة، والدفاعات، والقلق من فقد السيطرة على السلوك الحركي، وللقائمة صدق تلازمي وتمييزي مرتفع.

هـ- مقياس "ييل - براون" للوسواس القهري Yale Brown Obsessive Compulsive Scale YBOCS:

وضع هذا المقياس جودمان (Goodman, et al.,1989) عام ١٩٨٨، تحت اسم جامعتي "ييل، وبراون" الأمريكيتين، ويشتمل على ١٠ بنود، ويقدر كل بند من صفر (لا عرض) إلى ٤ (عرض متطرف)، وقد صمم المقياس بوصفه أداة يقوم بتقديرها الملاحظ Observer rated -؛ أي الإكلينيكي المتخصص، وينقسم المقياس إلى خمسة بنود للوسواس، ومثلها للأفعال القهرية، وتوضع تقديرات للبنود بالنظر إلى الدرجة التي تشغل بها وقت المريض، وتتدخل في الوظائف السوية له، وتسبب الكرب، أو الضيق الذاتي له، وإلى أي حد يقاومها المريض بطريقة نشطة، ويمكنه التحكم فيها فعلاً.

و- مقاييس الوسواس المتاحة بالعربية:

يذكر عبد الخالق (٢٠٠٢) عدداً من المقاييس المتاحة باللغة العربية، ومنها: (١) مقياس وضعه "جيرالد جب"Gibb وزملاؤه، وقام مدحت عبد اللطيف بترجمته إلى العربية وإعداده في عام ١٩٨٩، واستخراج معاملات ثباته وصدقه، وتحليل بنوده عاملياً، وفحص الفروق بين الجنسين في الاستجابة له، ويتكون هذه المقياس من ٢٢ بنداً تستخدم مفردتان منهما لتحديد مدى صدق الاستجابة، (٢) قائمة "مودسلي" للوسواس القهري التي سبق تقديمها.

ومن المقاييس الأخرى: القوائم متعددة الأوجه، التي يعد الوسواس القهري أحد مقاييسها الفرعية، ومثالها المقياس الفرعي السابع في "قائمة مينيسوتا متعددة الأوجه للشخصية" MMPI، وهو مقياس السيكاشينيا Psychasthenia، ويقيس هذا المقياس الاجترار الوسواسي للأفكار، والطقوس السلوكية القهرية، وبعض أشكال المخاوف الشاذة، والقلق، والهم، وصعوبة التركيز، ومشاعر الذنب، والتردد الزائد، والتأرجح في اتخاذ القرارات، والمعايير الأخلاقية المرتفعة، وارتفاع معايير الأداء العقلي. ويمثل مقياس الوسواس (ثمانية بنود) أحد المقاييس الفرعية "لاستخبار مستشفى ميدل سكس" من تصميم كراون، وكرسب (Crown & Crisp) (المشار إليه في عبدالخالق، ٢٠٠٢)، وترجمة كل من: محمود عبد الجواد، ووجيه جرجس، ويحيى الرخاوي، والوسواس كذلك أحد المقاييس الفرعية لقائمة "ميلون" الإكلينيكية متعددة المحاور (Millon Clinical Multiaxial Inventory MCMI)، من وضع "تيودور ميلون"، وترجمها وأعدها عبد الغني.

ز– المقياس العربي للوسواس القهري:

قام عبد الخالق (١٩٩٢) بتأليف المقياس العربي للوسواس القهري في صيغته العربية، وفى صيغته الإنجليزية (Abdel-Khalek, 1998)، وتفيد هاتان الصيغتان في الدراسات الثقافية المقارنة للوسواس القهري، ويشتمل هذا المقياس على ٣٢ عبارة، تجاب على أساس "نعم/ لا"، وتشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع الوسواس القهري، وللمقياس صدق ظاهري جيد، ووصل معامل ثبات إعادة التطبيق إلى ٠,٨٥، أما معامل ألفا فقد كان ٠,٨٠، كما كان الصدق المرتبط بالمحك مرتفعاً؛ إذ وصل إلى ٠,٧١ و٠,٦٩ للذكور والإناث على التوالي. وأجرى عبد الخالق دراسة على عينة قوامها ١٥٥٠ فرداً (٤٧٣ تلميذاً وتلميذة، و٥٢١ طالباً وطالبة فى الجامعة، و٢٢٧ مدرساً ومدرسة، و١٢٣ موظفاً وموظفة، و١٠٨ أطباء، و٥٣ ممرضة، و٤٥ ربة بيت)، وكشفت نتائج التحليل العاملي لمعاملات الارتباط بين بنود المقياس عن سبعة عوامل، كما يلي: (١) الشكوك الوسواسية. (٢) الترتيب والنظام. (٣) البطء والتردد. (٤) اجترار الأفكار والقهر. (٥) التدقيق والتكرار. (٦) المراجعة. (٧) الأفكار الوسواسية. وقد ارتبط هذا المقياس إيجابياً بكل من العصابية، وسمة القلق، والخوف، والاكتئاب، واضطراب النوم، فى حين ارتبط سلبياً بالانبساط والكذب (Abdel–Khalek, 1998).

ح– مقياس أعراض اضطراب الوسواس القهري:

صمم مؤمن، وأبو هندي (٢٠٠٦) استباناً عربية لأعراض اضطراب الوسواس القهري، وحسب صدقه وثباته ومعاييره، وكانت مصادر جمع البنود كما يلي: (١) السؤال المفتوح الموجه إلى ٦٦ مريضاً بالوسواس حول شكاواهم النفسية، و(٢) الخبرة الإكلينيكية، و(٣) المراجع المتخصصة، ثم طبقت الصيغة الأولية للمقياس على عينة، مكونة من ٥٤ من المرضى المشخصين باضطراب الوسواس القهري، و٤٨ من الأسوياء، وتم حساب الصدق بعدة طرق: صدق المحك، والصدق التلازمي، والصدق التمييزي؛ باستخدام هذه العينة، إضافة إلى صدق المحكمين، ثم طبقت الصيغة الثانية على عينة عشوائية قوامها ١٠٥ أشخاص، وحسب صدق الاتساق الداخلي، كما حسب الثبات باستخدام معامل ألفا كرونباخ، بالإضافة إلى ثبات التجزئة النصفية، ويشتمل المقياس على ١٤ مقياساً فرعياً، وأخيراً أعدت معايير للمقياس، وخلصت الدراسة إلى أن مقياس أعراض اضطراب الوسواس القهري أداة صممت بما يتلاءم مع المجتمع المصري، لها ثبات وصدق مقبولين، ويتاح لها معايير مصرية. وقد قام كل من سمرفيلدت، وريتشتر، وأنطوني، وسوينسون (Summerfeldt, Richter, Antony, & Swinson, 1999) (المشار إليها في مؤمن وأبوهندي، ٢٠٠٦) بتقييم نماذج الأعراض لدى عينة من الأفراد الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري (ن = ٢٠٣)، وباستخدام التحليل العاملي التوكيدي، تم فحص قدرة كل نموذج على حساب نمطين من

البيانات: تجمع الأعراض القبلي apiori symptom groupings (الرتبة الثانية) والأعراض الفردية التي تم تحديدها عن طريق قائمة "ييل – براون" لأعراض الوسواس القهري، وقد فحصت أربعة نماذج: عامل وحيد، عاملان (على سبيل المثال: الوسواس والقهر) ونموذج متعدد الأبعاد، يتضمن ثلاثة وأربعة عوامل، وكان أفضل النماذج ذلك الذي تضمن أربعة عوامل: الوسواس/ المراجعة Obsessions / Checking، والتلوث / النظافة Contamination / Cleaning؛ والتناسق / التنظيم،Symmetry / ordering ، والتخزين Hoarding وكان ذلك على مستوى الرتبة الثانية، ولكن لم يحسب بالنسبة للعلاقات بين الأعراض المتميزة.

كما أسفرت الدراسة عن الوصول إلى براهين، تؤيد النموذج المتعدد الأبعاد لاضطراب الوسواس القهري، وتقترح ضرورة الوصول إلى نموذج أكثر شمولاً ووضوحاً، وبينت عدم ملاءمة التجميع Groupings الذي يعتمد فقط على تشابه السلوك الظاهري (كالمراجعة).

وقام توفيق (١٩٩٩) بدراسة على ٤٠٢ طالب وطالبة في المرحلتين الثانوية والجامعية بمملكة البحرين، باستخدام المقياس العربي للوسواس القهري، وتوصل هذا الباحث إلى بنية عاملية للمقياس اشتملت على سبعة عوامل، وظهرت فروق بين الجنسين من طلاب الجامعة، حيث حصلت الإناث على متوسط أعلى جوهرياً، فى حين لم تظهر هذه الفروق بين الجنسين من طلاب المدارس الثانوية، وكان مستوى الوسواس القهري لدى طلبة المدارس الثانوية أعلى من طلبة الجامعة.

وأظهرت دراسة كل من فينبشتين، وفالون، وبيتكوفا، وليبوفتر (Feinstein, Fallon, Petkova & Liebowitz, 2003) اختلاف الآليات المرضية الخاصة بوظائف الأعضاء، والنتائج العلاجية للأنماط الفرعية الإكلينيكية لاضطرابات الوسواس القهري، كما تبيّن أن تحديد الأنماط الفرعية لقائمة الأعراض لييل – وبراون للوساوس القهرية (Y – BOCS) لم يخضع للصدق الإحصائي، وقد أجري تحليل عاملي على عينة مكونة من (١٦٠) مريضاً وسواسياً، لتحديد إذا ما كان هناك تطابق بين الفئات المستخلصة من التحليل العاملي، وتلك الفئات الإكلينيكية الموجودة فعلاً، وقد أسفر التحليل العاملي للقائمة عن تضمنها لمجموعتين فرعيتين متميزتين: واحدة مرتبطة بالشعور بعدم الراحة، والثانية مرتبطة بالخوف من الأذى، وخلص الباحثون إلى أنه إذا أعيدت هذه الدراسة على عينات كبيرة، فإن النتائج الخاصة بالمجموعات الفرعية الجديدة سوف يكون لها مضمون مهم للدراسات المستقبلية في مجال الوسواس القهري.

وكان هدف دراسة كولين وزملائه (Cullen, et al., 2007) تحديد إذا ما كانت أعراض اضطراب الوسواس القهري تتجمع في مجموعات، من شأنها أن تسهم في إجراء تصنيف فرعي لاضطرابات الوسواس القهري، ومن أجل تحقيق هذا الهدف، تم إجراء مقابلات شخصية

مع (٢٢١) مبحوثاً، حيث طبق عليهم مقياس صورة القلق عبر زمن الحياة Life time Anxiety version من قائمة الاضطرابات الوجدانية والفصام (SADA-LA)، فضلاً عن مقياس ييل – وبراون لاضطراب الوسواس القهري، وقد تم تحليل ١٦ فئة عرضية من مقياس ييل – ويراون عن طريق التحليل الاستكشافي Exploratory factor analysis لتحديد الأبعاد العرضية الكامنة، وقد أسفر ذلك عن استخلاص أربعة نماذج، مثلت التصنيفات المثلى لأعراض اضطراب الوسواس القهري في مقياس ييل وبراون للوسواس القهري، وقد سميت هذه العوامل : الوساوس الخالصة Pure obsessions، والتلوث Contamination، والتنسيق/ التنظيم، والتخزين.

ويتضح مما سبق، أن كثيراً من الدراسات العربية أجريت على مقياس عبد الخالق (١٩٩٢) ومحاولة تقنينه على عينات مختلفة، وفي بلاد مختلفة متعددة (عبد الخالق، والدماطي، ١٩٩٥)، لبنانية وقطرية (عبد الخالق، ١٩٩٢)، وأمريكية (Abdel-Khalek & Lester, 2000)، وقد كشفت النتائج المستخلصة من هذه الدراسات عن أن المقياس العربي للوسواس القهري، يعد مقياساً واعداً.

مشكلة الدراسة

إن قياس الوسواس القهري وتقديره يعد أمراً مهماً في كل من البحوث والممارسات الإكلينيكية، ومقاييس الوسواس القهري المتاحة باللغة الانجليزية والألمانية متعددة وكثيرة، على عكس الحال في اللغة العربية؛ إذ يعد هذا النوع من المقاييس قليلاً بالمقارنة إلى مقاييس الشخصية، والقلق، والاكتئاب، وإن تقديم مقاييس جديدة للوسواس القهري، تتمتع بدرجة مقبولة من الصدق والثبات والموضوعية يمكن أن يطور نوعية البحوث الإكلينيكية، وذلك من خلال استخدام هذه المقاييس فى تحديد أوضاع المرضى الوسواسيين، والإسهام فى التشخيص، بالإضافة إلى تقويم أساليب العلاج.

وقد انتهت دراسة مؤمن، وأبو هندي (٢٠٠٦) إلى إعداد مقياس عربي، وتقنينه بما يتلاءم مع المجتمع المصري، ويتسم بثبات وصدق مقبولين تبعاً لرأي مؤلفيه، وهو ما سوف تحاول هذه الدراسة التحقق منه، باستخدام التحليل العاملي الاستكشافي والتوكيدى؛ للتحقق من مستوى جودة المقياس.

أسئلة الدراسة

هناك سؤال أساسي، ستحاول الدراسة الإجابة عنه، وهو: هل يتمتع مقياس الوسواس القهري الذي وضعه مؤمن وأبو هندي (٢٠٠٦) بصدق وثبات مقبولين على عينات كويتية من طلاب الجامعة؟

الهدف من الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى التحقق من صدق وثبات مقياس الوسواس القهري الذي أعده كل من مؤمن، وأبو هندي (٢٠٠٦)، وذلك من خلال تطبيقه على عينة من طلاب جامعة الكويت وطالباتها، وحساب الثبات للمقياس ككل، والمقاييس الفرعية التي يتألف منها، وحساب الصدق العاملي الاستكشافي، والصدق العاملي التوكيدي، للتحقق من مستوى جودة النموذج المقترح في الدراسة الأصلية، التي قسمت مقياس الوسواس القهري إلى أربعة عشر مقياساً فرعياً.

أهمية الدراسة

قبل اعتماد المقاييس النفسية، واستخدامها للكشف عن الاضطرابات النفسية وتشخيصها، فإنه يتوجب على الباحثين دراسة الخصائص السيكومترية لهذه المقاييس؛ للتحقق من مدى مصداقيتها، وقابليتها للاستخدام في عينات عدة من دول مختلفة، وتبرز أهمية هذه الدراسة في التحقق من ثبات وصدق مقياس الوسواس القهري من وضع مؤمن وأبو هندي (٢٠٠٦) بتطبيقه على عينات كويتية من طلاب الجامعة.

محددات الدراسة

اقتصرت هذه الدراسة على عينات من طلاب جامعة الكويت من الجنسين، وطبقت أداة الدراسة على العينة في الفصل الصيفي من العام الدراسي ٢٠٠٦ – ٢٠٠٧.

منهجية الدراسة وإجراءاتها:

منهج الدراسة

تتبع هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، الذي يعمل على وصف الظاهرة، وتصنيف المعلومات، وتنظيمها، وتفسيرها؛ بغية الوصول إلى استنتاجات عامة، تساعد على فهم الواقع وتطويره، وذلك باستخدام أدوات مناسبة .

عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة من ٤٤٦ من طلاب جامعة الكويت (٢٢٥ ذكور، و٢٢١ إناث)، المسجلين في الفصل الدراسي الصيفي من العام الجامعي ٢٠٠٦–٢٠٠٧، وقد قسمت العينة عشوائيا إلى قسمين متساويين، أحدهما أجري عليه التحليل العاملي الاستكشافي (ن= ٢٢٣)، والعينة الثانية استخدمت لغرض إجراء التحليل العاملي التوكيدي (٢٢٣)، كما سحبت عينة أخرى قوامها ٨٠ طالباً وطالبة، مختلفة عن عينة الدراسة الأساسية لحساب ثبات إعادة التطبيق.

أداة الدراسة

استخدم مقياس أعراض اضطراب الوسواس القهري، الذي أعده كل من مؤمن وأبو هندي (٢٠٠٦)، ويتكون هذا المقياس في صورته النهائية من ٨٣ بنداً، موزعة على أربعة عشر مقياساً فرعياً، وهذه المقاييس هي: اجترار الأفكار، والوساوس الجنسية، والوساوس العدوانية، والوساوس الدينية، ووساوس الطهارة، والنظافة، والخوف من المرض، والاندفاعات الوسواسية، والصور الوسواسية، وأفعال قهرية عامة ومتباينة، والأفعال القهرية الدينية، والطهارة والنظافة القهرية، والبطء، والمراجعة، وطقوس اللمس، وأخيراً تأثير الوسواس على الأنشطة اليومية.

وتكونت الصيغة التجريبية الأولى لمقياس الوسواس القهري من ١٨٥ بنداً، وقام الباحثان في الدراسة الأصلية بحساب الصدق التلازمي للمقياس من خلال تطبيقه مع المقياس العربي للوسواس القهري من إعداد عبد الخالق (١٩٩٢)، وقد وصل معامل الارتباط بين القائمتين إلى ٠,٧٢، مما يشير إلى صدق تلازمي مرتفع لمقياس الوسواس القهري، وحسب الصدق التمييزي في الدراسة الأصلية من خلال إيجاد الفروق بين مجموعتي الأسوياء، ومرضى الوسواس، باستخدام اختبار "ت" للفروق بين المجموعتين، وأظهرت النتائج أن ٧٣ بنداً فقط من بنود المقياس كان لها قدرة تمييزية دالة إحصائياً، ولكن لم يتم استبعاد جميع البنود الأخرى؛ لأن ذلك سبب خللاً في محتوى بعض المقاييس الفرعية، بحسب رأي الباحثين، فأضاف مؤلفا المقياس ١٠ فقرات من الصيغة الأولى من البنود، التي لم تكن لها قدرة تمييزية دالة إحصائياً، فأصبح عدد البنود ٨٣ بندا، وسوف نشير إلي هذا المقياس للإيجاز باسم: مقياس الوسواس القهري.

إجراءات التنفيذ

طبّق مقياس الوسواس القهري من إعداد مؤمن وأبو هندي (٢٠٠٦) على عينة مكونة من طلاب وطالبات الجامعة في المرحلة العمرية ١٨ – ٢٤ عاما، وكان متوسط أعمار الطلاب: ٢١,٢٨، والانحراف المعياري: ١,٦٦، وتعدّ هذه العينة قصدية، وغير عشوائية، كما طبق المقياس على عينة أخرى، قوامها ٨٠ طالباً وطالبة، مختلفة عن عينة الدراسة الأساسية ؛لحساب ثبات إعادة التطبيق، وقد طبق المقياس في جلسات جمعية في الفصول الدراسية، ضم كل منها قرابة ٣٠ طالباً وطالبة، و لم يجبر أي منهم على الاشتراك في الدراسة.

نتائج الدراسة ومناقشتها

أولاً - ثبات المقياس

حُسب معامل كرونباخ: ألفا ∝ للدرجة الكلية على المقياس، والمقاييس الفرعية، كل

على حدة، ويتضح من جدول (١) أن قيم معاملات ألفا لدى الجنسين تراوحت بين ٠,٤٩ و ٠,٨، وبوجه عام، وتُعَدُّ معاملات الثبات التي تقترب من ٠,٧ أو تزيد مناسبة للبحوث في المجال النفسي (Kline, 1994; Nunnally, 1978)، ومن ملاحظة النتائج الواردة في الجدول رقم (١) نجد أن معاملات الثبات، التي تقل عن ٠,٧ كانت ثمانية مقاييس، ومن ثم، يجب أن تعامل النتائج المترتبة على هذه المقاييس الفرعية بحذر، ومن ناحية أخرى كانت معاملات الثبات المستخرجة من المقاييس الفرعية مقبولة فى ستة مقاييس فرعية فقط، وهى: اجترار الأفكار، والوساوس الجنسية، والوساوس الدينية، ووساوس الطهارة والنظافة، والخوف من المرض، والطهارة والنظافة القهرية، وتأثير الوسواس فى الأنشطة اليومية.

كما يبين الجدول رقم (١) معاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق، بفاصل زمني قدره أسبوع واحد، كما استخرج من عينة، قوامها (٨٠) من طلاب الجامعة، وهى عينة أخرى غير عينة الدراسة الأصلية، تراوحت أعمارهم بين ٢٠ و٢٣ عاماً، وتعد معاملات الثبات مقبولة لخمسة مقاييس فرعية، كالتالي: الوساوس الجنسية، والاندفاعات الوسواسية، والصور الوسواسية، والأفعال القهرية العامة والمتباينة، والطهارة والنظافة القهرية، في حين كانت معاملات ثبات الاستقرار عبر الزمن أقل من ٠,٧ للمقاييس التسعة المتبقية.

الجدول رقم (١)
معاملات ثبات ألفا لمقياس الوسواس القهري (المقاييس الفرعية والدرجة الكلية) على العينة الكويتية من الجنسين (ن= ٢٢١) ومعاملات ثبات إعادة التطبيق بعد أسبوع (ن= ٨٠)

المقياس الفرعي	معامل ثبات ألفا	معامل ثبات إعادة التطبيق
١- اجترار الأفكار	٠,٧١	٠,٦٥
٢- الوساوس الجنسية	٠,٧٤	٠,٧٩
٣- الوساوس العدوانية	٠,٥٧	٠,٦٣
٤- الوساوس الدينية	٠,٧٢	٠,٦٣
٥- وساوس الطهارة والنظافة والخوف من المرض	٠,٧٥	٠,٦٢
٦- الاندفاعات الوسواسية	٠,٦٥	٠,٧١
٧- الصور الوسواسية	٠,٦٥	٠,٧٥
٨- أفعال قهرية عامة ومتباينة	٠,٥٩	٠,٧١
٩- الأفعال القهرية الدينية	٠,٤٩	٠,٦٢
١٠- الطهارة والنظافة القهرية	٠,٧٢	٠,٧٢
١١- البطء	٠,٦٢	٠,٥١
١٢- المراجعة	٠,٦٣	٠,٦٥
١٣- طقوس اللمس	٠,٦٥	٠,٥٩
١٤- تأثير الوسواس فى الأنشطة اليومية	٠,٨٦	٠,٦١
معامل ثبات المقياس كله	٠,٩٦	٠,٩٥
عدد معاملات الثبات أقل من ٠,٧	٨	٩
عدد معاملات الثبات فوق ٠,٧	٦	٥

ثانياً – البناء العاملي لمقياس الوسواس القهري

١- التحليل العاملي الاستكشافي Exploratory Factor Analysis

للتحقق من البناء العاملي لمقياس الوسواس القهري، استخدم التحليل العاملي، لمعرفة

البنية العاملية للمقياس، والتحليل العاملي: أسلوب إحصائى، يهدف إلى تفسير معاملات الارتباطات الدالة إحصائياً بين مختلف المتغيرات الداخلة في التحليل وصولاً إلى العوامل المشتركة، التي تصف العلاقة بين هذه المتغيرات وتفسرها، وتعد هذه الطريقة من أفضل الطرق العملية؛ للكشف عن التركيب، أو البناء العاملي لمقاييس الدراسة، ووظيفة التحليل العاملي الإجابة عن سؤال محدد، وهو: ما أقل عدد من المفاهيم التى يمكن أن تنظم تعقّد الظاهرة وتصفها؟ (الأنصاري، ١٩٩٩)، ويعطي التحليل العاملي مؤشراً جيداً لصدق البناء لأدوات البحث، واستخدمت – فى هذه الدراسة – طريقة المكونات الأساسية Principal Components Analysis ، لتحليل معاملات الارتباط بين بنود مقياس الوسواس القهري لاستجابات عينة قوامها ٢٢٣ طالبا وطالبة.

ووضعت ثلاثة محكات لتحديد العوامل المقبولة، كما يلي: (١) ألا يقل التشبع عن ٠,٣، (٢) أن يشتمل العامل على ثلاثة بنود على الأقل من بنود المقياس، ذات تشبعات جوهرية (Stevens, 1995, p 367)، (٣) ألا يقل الجذر الكامن بحسب "قاعدة كايزر" Kaiser Rule عن: 1.0 (Stevens, 1995, p 367)

ومن الواضح أن معيار "كايزر" وهو الإبقاء على كل عامل، جذره الكامن لا يقل عن واحد صحيح، معيار غير مجد، فقد أسفر هذا التحليل عن استخراج ٢٠ عاملا، جذرها الكامن ≤ ٠١.، ولكن هذه العوامل لم تشمل –على الأقل– ثلاثة بنود ذات، تشبعات جوهرية أعلى من ٠,٣ بحسب المعيار الأول أعلاه، ومن ثم يمكننا إهمال كل العوامل بعد العامل الأول والجدول رقم (٢) يوضح ذلك.

الجدول رقم (٢)
تشبعات العامل الأول ببنود مقياس الوسواس القهري لدى طلاب جامعة الكويت من الجنسين

بنود مقياس الوسواس القهري	١ع
١. تذكر تفاصيل مملة جداً مما يرهقني.	٠,٤٦
٢. تسيطر علي فكرة الفعل الجنسي مع المحارم.	٠,٣٧
٣. أخشى أن أكون وضعت سما في الطعام بدلا من الملح.	٠,٢٧*
٤. أخشى أن أكون وقعت في الشرك أو الكفر.	٠,٤٠
٥. تراودني أفكار خاصة بالتطهر والطهارة والنجاسة.	٠,٤٤
٦. تسيطر علي فكرة ارتكاب جريمة معينة (كقتل شخص معين).	٠,٣٧
٧. تراودني صور مزعجة تفرض نفسها علي بشدة.	٠,٥٤
٨. أقوم بأفعال لا معنى لها بالنسبة للآخرين.	٠,٥٣
٩. في الصلاة أعيد قراءة الفاتحة أكثر من مرة.	٠,٤٥
١٠. أكرر غسل أعضاء الوضوء أكثر من ثلاث مرات.	٠,٤٣
١١. أستغرق وقتاً طويلاً في الوضوء.	٠,٤٣
١٢. أراجع الأشياء أكثر من مرة حتى أرتاح.	٠,٥٥
١٣. هناك أشياء معينة في منزلي لا أستطيع لمسها.	٠,٥١
١٤. الأفكار الملحة تستغرق عدة ساعات يوميا.	٠,٥٨
١٥. تلح عليّ أفكار لا أستطيع الهرب منها مع أني أعرف أنها غير حقيقية أو تافهة.	٠,٦١

تابع الجدول رقم (٢)

بنود مقياس الوسواس القهري	ع١
١٦. تنتابني أفكار متسلطة تتعلق بالعادة السرية أو بغشاء البكارة.	٠,٥٧
١٧. أفكر في أنني سأفقد السيطرة أو أصاب بالجنون.	٠,٥٣
١٨. لم أعد أشعر بحلاوة الإيمان أو الخشوع في صلاتي لله.	٠,٣٧
١٩. لديّ شك في النظافة.	٠,٥٢
٢٠. أشعر أنني مقهور على ممارسة العادة السرية.	٠,٤٢
٢١. أتخيل مشاهد غير أخلاقية تضايقني أثناء الصلاة.	٠,٤٢
٢٢. يتضايق الناس من تكراري للأسئلة.	٠,٤٨
٢٣.في الصلاة لدي وسوسة في اتجاه القبلة.	٠,٤٦
٢٤. أعيد الاستحمام أكثر من مرة.	٠,٥٣
٢٥. أقضي وقتاً طويلاً في قص أظافري.	٠,٤٢
٢٦. كلما ألقيت شيئاً في القمامة شعرت بالخوف أن يكون فيه ما يهمني.	٠,٥١
٢٧. أحذر من أن يلمسني أحد في الشارع.	٠,٤٠
٢٨. أضيع في طقوسي عدة ساعات يومياً.	٠,٥٩
٢٩. أعاود التفكير فيما يقال لي.	٠,٢٣*
٣٠. تراودني بعض الأفكار غير الأخلاقية.	٠,٥٧
٣١. أفكر في سب أشخاص لهم وضعهم.	٠,٥٧
٣٢. أسأل نفسي من ربنا؟ وأين ربنا؟	٠,٣٩
٣٣. أشك في نيتي أو استعداداي للصلاة وغيرها.	٠,٥٠
٣٤. أشعر أنني على وشك أن أؤذي نفسي أو الآخرين.	٠,٦٧
٣٥. تراودني صور جنسية (كالشذوذ الجنسي..) وتزعجني.	٠,٤٩
٣٦. يتضايق الناس من استغراقي في التفاصيل.	٠,٦٠
٣٧. لا أصلي بالملابس التي دخلت بها دورة المياه.	٠,٣٩
٣٨. أتقل كثيراً حتى لا أبتلع ريقي الملوث بالغبار والملوثات.	٠,٤٨
٣٩. أصبحت بطيئاً جداً.	٠,٥٥
٤٠. أتأكد من حافظة نقودي يومياً عدة مرات.	٠,٥٣
٤١. أتحاشى أن ألمس أو تلمس ملابسي أشياء معينة (كحوائط المنزل، الأرض، الأحذية، السلم، وسائل المواصلات..).	٠,٥١
٤٢. استمراري في الأفكار يؤثر على أنشطتي اليومية بدرجة كبيرة.	٠,٧٢
٤٣. أركز بعمق شديد ولوقت طويل في مواقف معينة.	٠,٦٠
٤٤. أفكر في أمور جنسية مزعجة.	٠,٦٠
٤٥. أشعر وأنا أقود سيارتي بخوف شديد من أن أكون قد صدمت أو دهست أحداً.	٠,٤٥
٤٦. أشك في الأنبياء والأديان السماوية.	٠,٣٢
٤٧. أفكر في أن وسوستي في النظافة ترهقني.	٠,٥٠
٤٨. لا إراديا أشعر أنني لابد أن أنظر إلى أشياء معينة مثل عورات الآخرين.	٠,٣٠
٤٩. كلما تذكرت الذات الإلهية اختلطت في ذهني بصور فظيعة لا أحتملها.	٠,٤٨
٥٠. أقوم بفعل أشياء معينة لدفع ضرر معين.	٠,٤٨
٥١. عندما أسأل رجال الدين أكرر السؤال مرات كثيرة ولأشخاص مختلفين.	٠,٥١
٥٢. أعيد تنظيف الأشياء عدداً معينا من المرات.	٠,٦٢
٥٣. أنا بطيء جداً في تنفيذ الأعمال والواجبات.	٠,٤٧
٥٤. أكرر تنظيف الأشياء مرات عديدة.	٠,٦٠
٥٥. أخاف من لمس أنابيب الغاز.	٠,٤١
٥٦. تؤثر الطقوس التي أؤديها على أنشطتي اليومية بشكل كبير.	٠,٦١
٥٧. تؤرقني أفكار ملحة عند ذهابي للنوم.	٠,٥٤
٥٨. لديّ أحلام عدوانية تؤرقني.	٠,٤٧
٥٩. لديّ وساوس في الدين أو الرسول أو الكتب السماوية.	٠,٤١
٦٠. أشك في نجاسة الماء.	٠,٥٠

تابع الجدول رقم (٢)

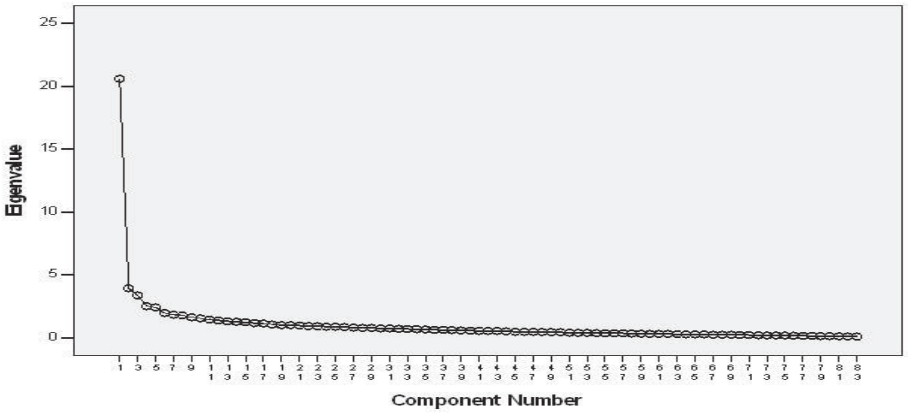
بنود مقياس الوسواس القهري	ع١
٦١. حين أقف في صف الصلاة أجد في داخلي حافزاً لضرب من أمامي.	٠,٣٢
٦٢. عند الاستنجاء من البول لابد أن أغسل رجلي.	٠,٤١
٦٣. أخاف من لمس أشياء معينة.	٠,٥٦
٦٤. طقوسي اليومية أثرت سلباً على علاقتي بالآخرين.	٠,٦٤
٦٥. يلاحقني شريط الأحداث التي وقعت خلال اليوم بطريقة مزعجة.	٠,٦٤
٦٦. كلما تذكرت الذات الإلهية اختلطت في ذهني بكلمات قبيحة.	٠,٤٣
٦٧. أخاف من العدوى بالجراثيم.	٠,٣٩
٦٨. أعاني من سب قهري للدين أو الرسول أو الكتب السماوية.	٠,٣١
٦٩. أشعر أنني مجبر على عد أشياء معينة مثل أعمدة الكهرباء في الشارع أو درجات السلم في البيت أو الأشجار على الطريق.	٠,٤٣
٧٠. أغسل الصابونة عدة مرات عند استخدامها.	٠,٤٧
٧١. أفكاري الملحة أثرت سلباً على علاقتي بالناس.	٠,٧١
٧٢. أفكر في كل صغيرة وكبيرة.	٠,٣٨
٧٣. كثيراً ما أفكر في الشبهات المتعلقة بالعقيدة.	٠,٥١
٧٤. يزعجني أن أشياء كثيرة تتسبب في نجاستي.	٠,٥٦
٧٥. تلحّ عليّ فكرة رفع صوتي بكلمات قبيحة.	٠,٥٦
٧٦. لابد أن أستحم (أغتسل) بعد قضاء الحاجة كل مرة.	٠,٣٥
٧٧. طقوسي اليومية تضايق أسرتي.	٠,٥٩
٧٨. أتهم نفسي بالرياء في العبادات.	٠,٤٢
٧٩. أشك في انتقاض الطهارة بخروج ريح أو نقطة بول أو مذي.	٠,٤٢
٨٠. عندما أمسك سكيناً أو مقصاً تلح عليّ فكرة القتل أو الإيذاء.	٠,٤٩
٨١. الأفعال القهرية التي أقوم بها تؤثر سلباً على إنجازي في عملي (أو دراستي).	٠,٦٨
٨٢. أتشكك في صحة صيامي.	٠,٦٢
٨٣. أخاف من قراءة لافتات الأطباء.	٠,٤٢
الجذر الكامن	٢٠,٦٠
النسبة المئوية للتباين	٢٤,٨٢

* لم يستوف شرط محك التشبع ≤ ٠,٣

ويتضح من ملاحظة الجدول رقم (٢) أن هناك عاملا واحداً عاماً، تشبع به ٨١ بنداً من بنود المقياس (٩٨٪)، واستوفى هذا العامل جميع المحكات المستخدمة في الدراسة.

كما طُبق اختبار "الهضبة" Scree test، الذي يعد أحد المحكات، التي تحدد عدد العوامل الدالة التي يتوقف التحليل بعدها، وذلك من خلال رسم محورين متعامدين: المحور الأفقي يوضح عدد العوامل، والمحور الرأسي الذي يعبر عن الجذر الكامن المستخلص للعوامل المختلفة (الأنصاري، ١٩٩٩)، ومن الواضح من هذا الاختبار، كما يبين شكل (١)، أن مقياس الوسواس القهري يشتمل –على الأغلب– على عامل واحد عام.

وبهذا نستنتج أن العوامل الأربعة عشر الفرعية، المفترضةً في الدِّراسة الأصلية لم تثبت، وأن مقياس الوسواس القهري يعد أحادي البعد Unidimensional بحسب نتائج التحليل العاملي في هذه الدراسة، وتبعاً للمعايير المتخذة.



الشكل رقم (١)
اختبار "الهضبة" لمقياس الوسواس القهري

٢- التحليل العاملي التوكيدي Confirmatory Factor Analysis

تتمثل أهمية التحليل العاملي التوكيدي في اختبار صحة الفروض حول العلاقات بين المتغيرات الكامنة Latent variables والمتغيرات المقيسة Endogenous variables، ويستخدم هذا الأسلوب للتحقق من الصدق البنائي للمقاييس، ويتم التعبير عن كل متغير كامن من خلال مجموعة المتغيرات المقيسة (التابعة) المرتبطة به، ويقوم التحليل العاملي التوكيدي – على عكس التحليل العاملي الاستكشافي – باختبار صحة نموذج معين تم بناؤه على أسس نظرية معينة في دراسات سابقة، للتحقق من درجة الجودة لهذا النموذج على العينات نفسها أو عينات مختلفة؛ ومن هنا يمكننا أن نحدد السؤال الأساسي الذي يهتم التحليل العاملي التوكيدي بالإجابة عنه وهو: ما درجة جودة النموذج المفترض الذي يتكون من مجموعة من المتغيرات الكامنة والمتغيرات المقيسة؟ (Crocker & Algina, 1986, p.304).

وقد استخدم التحليل العاملي التوكيدي في هذه الدراسة؛ لاختبار صحة الفرض، الذي وضع في الدراسة الأصلية التي أعدها مؤمن وأبو هندي (٢٠٠٦)؛ وهو أن مقياس الوسواس القهري – الذي يتألف من ٨٣ فقرة – تتوزع بنوده على أربعة عشر مقياساً (عاملاً) فرعياً، وذلك من خلال تطبيق المقياس في الدراسة الراهنة على عينة، مكونة من ٢٢٣ من طلاب جامعة الكويت من الجنسين، تختلف عن العينة التي استخدمت لإجراء التحليل العاملي الاستكشافي، واستخدم برنامج ليزرل (Lisrel) ٨,٥٤ لإجراء التحليل العاملي التوكيدي.(Jöreskog & Sörbom, 1993)

ثالثاً: تقويم النموذج البنائي المستخدم في الدراسة الأصلية

تعتمد عملية تقويم النموذج البنائي، باستخدام نتائج التحليل العاملي التوكيدي، على

حساب مدى ارتباط كل مجموعة من المتغيرات المقيسة بمتغير واحد كامن، وذلك من خلال تقويم النموذج الأصلي، والتحقق من استيفائه للمعايير المثلى، الخاصة بمجموعة من المؤشرات الإحصائية مجتمعة، تلك المؤشرات التي لها دلالاتها الخاصة في الحكم على مدى مطابقة النموذج لمعايير الجودة، ومن ثم، يمكننا الوصول إلى قرار، مفاده أن النموذج يتصف بمعاملات صدق بنائي جيدة، أو مقبولة من الناحية الإحصائية، وبذلك يمكننا قبول الفرض الذي ينص على وجود مجموعة من المقاييس الفرعية المكوِّنة للمقياس (Gao, et al., 2004; Hu & Bentler, 1999; Sanders, 2005; Sato, et al., 1999).

ويبين الجدول رقم (٣) المؤشرات المستخلصة من التحليل العاملي التوكيدي لمقياس الوسواس القهري، الذي طبق على عينة من طلاب جامعة الكويت من الجنسين (ن=٢٢٣).

الجدول رقم (٣)
مؤشرات حسن المطابقة الناتج عن التحليل العاملي التوكيدي لمقياس الوسواس القهري (ن=٢٢٣)

مؤشرات حسن المطابقة	قيمة المؤشر
CFI مؤشر المطابقة المقارن	٠,٨٩
GFI مؤشر حسن المطابقة	٠,٨٢
NFI مؤشر المطابقة المعياري	٠,٩١
مؤشر جذر متوسط مربع RMSEA خطأ التقريب	٠,١٠

يتضح من الجدول رقم (٣) نتائج تقويم النموذج البنائي من خلال المعايير، أو المؤشرات التي استخدمت في الحكم على مدى مطابقة النموذج لمعايير الجودة الآتية:

١- مؤشر المطابقة المقارن Comparative Fit Index CFI

تتراوح قيمة مؤشر المطابقة المقارن بين الصفر و الواحد، وقد أشارت بعض الدراسات أن القيمة المثلى، التي تدل على نجاح النموذج، وتطابقه مع البيانات الخاصة بعينة الدراسة هي ٠,٩٥ (Hu & Bentler, 1999)، وفي هذه الدراسة، أسفرت نتائج التحليل العاملي التوكيدي عن قيمة مساوية ٠,٨٩ لهذا المؤشر، الأمر الذي يدل على أن قيمة هذا المؤشر في هذه الدراسة أقل من القيمة المثلى.

٢- مؤشر حسن المطابقة Goodness of Fit Index GFI

تتراوح قيمة مؤشر حسن المطابقة بين الصفر والواحد أيضاً ، وهو يحدد مقدار التباين في المصفوفة، الناتجة عن نموذج التحليل العاملي التوكيدي، وهو – إلى حد ما – يشبه معامل R^2 في تحليل الانحدار، وتعد ٠,٩ أقل قيمة مقبولة لهذا المؤشر(Sanders, 2005)، وفي هذه الدراسة كانت قيمة مؤشر حسن المطابقة تساوي ٠,٨٢، وهي أقل من القيمة الدنيا لقبول النموذج.

٣- مؤشر المطابقة المعياري Normed Fit Index NFI

يعطي هذا المؤشر معلومات عن حسن المطابقة في حالة تطور النموذج في مكوناته وعوامله إلى نموذج أكثر تعقيداً، وقد وضع ساندرز (Sanders, 2005)حداً أدنى لهذا المؤشر، متمثلاً بقيمة ٠,٩٥، ولم يسفر التحليل العاملي التوكيدي لمقياس الوسواس القهري على العينة الكويتية في هذه الدراسة عن قيمة لهذا المؤشر أعلى من الحد الأدنى لقيمة هذا المؤشر، أو تتساوى معه، فقد كان مؤشر المطابقة المعياري مساوياً ٠,٩١ في هذه الدراسة.

٤- مؤشر جذر متوسط مربع خطأ التقريب: Root Mean Square Error of Approximation RMSEA

يعد هذا المؤشر من أهم مؤشرات جودة المطابقة، فهو يبين مقدار الخطأ في النموذج، ونسب انحرافه عن المعايير المثلى، فإذا كانت قيمته مساوية ٠,٠٥ أو أقل، دل ذلك على نجاح النموذج، ومطابقته للبيانات، أما إذا كانت قيمة مؤشر جذر متوسط مربع خطأ التقريب ما بين ٠,٠٥ و ٠,٠٨ دل ذلك على نجاح النموذج بشكل محدود، أما إذا ارتفعت قيمة هذا المؤشر عن ٠,٠٨ دل ذلك على وجود كثير من نواحي الخلل، والقصور في النموذج، ويتم رفض النموذج في هذه الحالة (Gao, 2004)، وفي هذه الدراسة، وصلت قيمة مؤشر جذر متوسط مربع خطأ التقريب إلى ٠,١٠ وهي قيمة تشير إلى وجود خلل في النموذج المفترض، وترجح قرار رفض هذا النموذج.

٥- مؤشر مربع كاي، وهو مساوي ٣٧٩٨٩,٦ ، ومستوى الدلالة = ٠,٠٠٠١، ودرجات الحرية = ٣،٢٢٩، أما النسبة بين قيمة χ^2 ودرجات الحرية df فهي مساوية ١١,٧٧، وهذه النسبة أكبر من خمسة، مما يدل على عدم قبول النموذج. ولكن في هذه الدراسة، لا يمكننا الاعتماد على مؤشر مربع كاي للسببين الآتيين:

(أ) يعدّ مؤشر مربع كاى حساساً بالنسبة لعدد أفراد العينة، فمن الصعب الحصول على مستوى دلالة > ٠,٠٥ في حالة العينات الأكثر من ٢٠٠، وبالطبع فقد شارك في هذه الدراسة ٢٢٣ طالباً، ومن ثم، فمن الصعب الاعتماد على هذا المؤشر في عملية تقويم النموذج، والحكم عليه(Sato et al., 1999).

(ب) أنّ توزيع البيانات الخاصة باستجابات الطلاب على مقياس الوسواس القهري في هذه الدراسة لم يتبع المنحنى الاعتدالي، فقد استخدم اختبار التوزيع الاعتدالي "كولموجروف – سميرنوف" Kolmogorov-Smirnov، وأسفرت نتائج هذا الاختبار عن قيمة مساوية ٠,٠٩ (دال عند مستوى ٠,٠٠١)، وهذا يدل على أن المنحنى لا يتبع التوزيع الاعتدالي، وفي هذه الحالة، لا يمكننا الاعتماد على اختبار مربع كاي، فنتائجه تكون متحيزة، وغير دقيقة في حالة المنحنيات غير الاعتدالية (Eid & Abdel-Khalek, 2008; Thompson, 2004, p.129).

ويتبين من خلال مؤشرات المطابقة الأربعة السابقة (بعد استبعاد مؤشر مربع كاى)، وهي: مؤشر جذر متوسط مربع خطأ التقريب، ومؤشر المطابقة المعياري، ومؤشر حسن المطابقة، ومؤشر المطابقة المقارن؛ أنها جميعاً لا ترقى إلى الحدود الدنيا لقبول النموذج المستخدم في هذه الدراسة ، ومن ثم فلا يمكن تقديم تقديرات مقبولة لصدق البناء للمقاييس الفرعية المكونة لمقياس الوسواس القهري.

كما يتبين من نتائج التحليل العاملي التوكيدي للمقياس على عينة من طلاب جامعة الكويت قوامها ٢٢٣ طالباً، الذي افترض التطابق بين مصفوفة التغاير للمتغيرات الداخلة في التحليل، والمصفوفة المفترضة من قبل النموذج (المستنفدة من قبل النموذج)، أن القرار النهائي هو رفض النموذج المفترض للبيانات، واستنتاج عدم صلاحيته بالصورة التي قسمت مقياس الوسواس القهري إلى أربعة عشر مقياساً فرعياً، فقد استخرجت مؤشرات، أكدت عدم جودة هذه المطابقة (انظر الجدول رقم ٣).

وقد بينت النتائج الأولية لهذه الدراسة أن نتائج التحليل العاملي الاستكشافي أسفرت عن وجود عامل واحد عام، تشبعت به غالبية بنود مقياس الوسواس القهري، الذي أعده في الأصل كل من مؤمن وأبو هندي (٢٠٠٦)، مما يؤكد أن هذا المقياس أحادي العامل Unidimensional، وللتحقق من صحة نتائج التحليل العاملي الاستكشافي، الذي أسفر عن وجود عامل واحد، أُجري التحليل العاملي التوكيدي على افتراض أن هذا المقياس أحادي العامل، وفُحصت المؤشرات المستخلصة من هذا النموذج المقترح.

رابعاً: تقويم النموذج البنائي لمقياس الوسواس القهري بوصفه أحادي العامل

يبين الجدول رقم (٤) المؤشرات المستخلصة من التحليل العاملي التوكيدي، على افتراض وجود عامل وحيد للمقياس، ويتبين من خلال مؤشرات المطابقة الأربعة التي يبينها الجدول رقم (٤) أنها جميعاً ترقى إلى الحدود الدنيا لقبول النموذج المستخدم في هذه الدراسة، ومن ثم، يمكننا قبول النموذج المقترح، واعتبار أن هذا المقياس أحادي العامل.

الجدول رقم (٤)
مؤشرات حسن المطابقة الناتج عن التحليل العاملي التوكيدي لمقياس الوسواس القهري اعتماداً على عامل واحد توصلت إليه هذه الدراسة (ن=٢٢٣)

مؤشرات حسن المطابقة	قيمة المؤشر
CFI مؤشر المطابقة المقارن	٠,٩٧
GFI مؤشر حسن المطابقة	٠,٩١
NFI مؤشر المطابقة المعياري	٠,٩٦
مؤشر جذر متوسط مربع RMSEA خطأ التقريب	٠,٠٥

استنتاجات ختامية

تبين الممارسة الإكلينيكية، وبحوث علم النفس المرضي أن الاضطرابات النفسية – كل على حدة – تشتمل على مجموعات متجانسة من الأعراض الفرعية المكونة للاضطراب الأساسي ، ينظر إليها على أنها زملة أو متلازمة Syndrome. ولا يوجد اضطراب نفسي واحد، يشتمل على عرض واحد، وينطبق ذلك في غالب الأحوال على كل الاضطرابات النفسية، ومن بينها اضطراب الوسواس القهري، ففي حالة هذا الاضطراب الأخير؛ هناك مجموعات الأعراض المرتبطة بكل من: الوساوس بوصفها أفكاراً، والقهر من حيث هو أفعال، والوساوس أنواع شتى، من بينها: أفكار التلوث، والشكوك المتكررة، والدفعات العدوانية، أو الرهيبة، أو المرعبة، والتخيلات الجنسية، والمخاوف الوسواسية، والانشغال بالجسم...، وغيرها، ومن ناحية أخرى، فإن السلوك القهري يشتمل على جوانب كثيرة، من بينها: العد، والترتيب، والمراجعة، والاغتسال، والاحتفاظ، والتخزين، والتكرار، والالتصاق بنظام (روتين) معين ...، وغير ذلك (عبد الخالق، ٢٠٠٢)، ويعد مقياس أعراض اضطراب الوسواس القهري، الذي ألفه مؤمن وأبو هندي (٢٠٠٦) نموذجياً في هذا الصدد، حيث اشتمل هذا المقياس على أربعة عشر مقياساً فرعياً، تستوعب معظم الأعراض، التي يضمها اضطراب الوسواس القهري.

وهذا التصنيف إلى مجموعات، أو زملات Syndromes من الأعراض ناتج – في المقام الأول– عن الممارسة الإكلينيكية، ومشاهدة الحالات الواقعية، فهناك من مرضى الوسواس القهري من تبرز لديه أفكار التلوث، والنظافة، والطهارة، ومرضى آخرون تتركز أعراضهم حول العد، والترتيب، والمراجعة، ونظائرها، وعدد آخر من مرضى الوسواس، القهري تتجمع أعراضهم حول الدفعات العدوانية، أو الرهيبة، أو المرعبة ...، وهكذا، ويندر –على مستوى الممارسة العملية – أن نجد مريضاً "نموذجياً" إن جاز التعبير، بحيث يجمع كل أعراض هذه الاضطرابات جميعاً.

ولكن التداخل كبير بين الأعراض، ولا توجد الأعراض نقية إلا نادراً، وقد وضع "روبرت مالمو" Malmo – منذ وقت مبكر – مفهوم نوعية الأعراض "Symptom Specificity" ، ومن بين معاني هذا المفهوم – على مستوى عملي – أنه إذا كان هناك مريضان بالاضطراب نفسه، فإن لكل واحد منهما تشكيلة معينة، ونوعية خاصة من الأعراض التي تميزه، ومن هنا يقال في مجال الطب النفسي، وممارسة الطب بوجه عام: " إن كلّ حالة حالة خاصة".

وعندما يتصدى علماء النفس، والأطباء النفسيون إلى قياس مثل هذه الأعراض، وتقديرها كمياً؛ وذلك بتأليف مقاييس نفسية، تسهم في تشخيص المرض – وهذا جهد مشكور – فلابد من خضوع هذه المقاييس للمعايير، والمستويات الخاصة بالقياس النفسي، والتحليل العاملي بنوعيه: الاستكشافي والتوكيدي هو المرجع الأساسي في هذا المضمار، إذ يجيب عن السؤال

المهم: هل النموذج المفترض لواضع المقياس قابل لإعادة الاستخراج Replicability على عينات أخرى؟ والقابلية لتكرار استخراج العوامل نفسها مطلب أساسي عند تأليف المقاييس النفسية؛ إذ يحدد مدى استقرار العوامل، وثباتها على الرغم من تغير العينات، أو الثقافات أو غيرها من المتغيرات، لاسيما إذا كان المقياس مؤلفاً أصلاً بحيث يضم مقاييس فرعية محددة.

ويذكر عبد الخالق (٢٠٠٦، ص١٢٤) أن صدق مجموعة العوامل يعتمد فى النهاية على إمكان تكرار استخراجها هى نفسها، ويورد عن "برودى" قوله: إن الحد الأدنى من المتطلبات لبيان مدى صلاحية العوامل المستخرجة من مجموعة من السمات؛ هو أن العوامل التي يفترض أنها تحدد هذه السمات يجب أن تكون قابلة للتكرار، ومستقرة لا تتغير، ويشبه ذلك تماماً اعتماد القانون العلمي على إمكان البرهنة على العلاقات، التي يفترضها هذا القانون فى مختلف الفحوص، ولذلك فإن المحلل العاملى يجب أن يكون قادرا على إعادة اكتشاف العوامل الأساسية فى الفحوص المنفصلة، وإذا لم يتحقق هذا الشرط، فإن كل مجموعة من العوامل المستخرجة من بحث خاص، ستكون محصورة ومحددة بهذا الفحص الخاص، وتعد القابلية لإعادة الاستخراج تمهيداً لإمكان تطوير أنساق وصفية شاملة وصادقة، ومن ناحية أخرى يصف "بول كلاين" (Kline, 1994, p. 66) القابلية للتكرار بأنها مشكلة خطيرة.

وتشير نتائج هذه الدراسة، على عينة كبيرة من طلاب الجامعة، إلى أن النموذج المفترض عند تكوين مقياس أعراض اضطراب الوسواس القهري (مؤمن، وأبو هندي، ٢٠٠٦) لم يتحقق أبداً، فقد افترض مؤلفا هذا المقياس أن اضطراب الوسواس القهري يمكن أن يقاس، أو يقدر بأربعة عشر مقياساً فرعياً، وعند استخدام التحليل العاملي الاستكشافي في الدراسة الراهنة، لم يمكن استخراج هذا العدد الكبير من العوامل، هذا فضلا عن انخفاض ثبات غالبية هذه المقاييس الفرعية بالمقارنة إلى كل من: المعايير السيكومترية المتعارف عليها (٠,٧)، والدرجة الكلية على المقياس حيث كان ثبات الأخيرة مرتفعاً.

ثم يأتي الدليل الأقوى باستخدام التحليل العاملي التوكيدي، فلم تتأكد حسن مطابقة النموذج المفترض لهذا المقياس مع النموذج المستخرج من هذا التحليل بأي من المؤشرات الأربعة المستخدمة (جدول رقم ٣)، وهذا دليل على المفارقة بين النموذج النظري المفترض الذي يعتمد على تصنيف زملات الأعراض، وبين النموذج الإحصائي.

وللتحقق من صحة نتائج التحليل العاملي الاستكشافي الذي طبق على بيانات هذه الدراسة، وأسفر عن وجود عامل واحد، تشبعت به معظم بنود مقياس الوسواس القهري، أُجري التحليل العاملي التوكيدي، بافتراض أن مقياس الوسواس القهري أحادي العامل، وفُحصت المؤشرات المستخلصة من هذا النموذج المقترح، وبينت نتائج التحليل العاملي التوكيدي أن مقياس الوسواس القهري أحادي العامل.

واعتماداً على نتائج هذه الدراسة، لاسيما استخراج عامل عام من التحليل العاملي

الاستكشافي؛ يوصى باستخدام مقياس الوسواس القهري، بوصفه درجة كلية، وليس أبعاداً فرعية، بشروط محددة، أهمها ما يلي: (١) اختصار المقياس، (٢) استبعاد البنود الضعيفة، ذات التشبعات المنخفضة، (٣) حساب النسب المئوية لتكرار الاستجابة لكل بند، واستبعاد البنود ذات التكرار المنخفض، ويتوقع أن يكون من بينها، على سبيل المثال، هذا البند: "تسيطر علي فكرة الفعل الجنسي مع المحارم".

إن تفتيت الظاهرة الواحدة، أو تصنيف أعراض الوسواس القهري إلى هذا العدد الكبير من العوامل (أربعة عشر) قد يكون تصنيفاً منطقياً، ونظرياً مقبولا، وتدعمه المشاهدات الإكلينيكية، ولكن الاختبارات الإحصائية لم تدعمه مطلقاً.

ويشير الفحص النظري لهذه العوامل الأربعة عشر، إلى قدر من التداخل و"التكرار" بين بعض هذه العوامل، مثال ذلك العاملان الخامس، والعاشر؛ إذ يشمل كلاهما أعراض "الطهارة والنظافة"، ولكن العامل الخامس يركز على الأفكار (الوساوس)، فى حين يهتم العامل العاشر بالأفعال (القهر)، فهل هذه القسمة مسوغة؟ أم أن الوساوس والقهر يتداخلان بحيث لا يسهل فصلهما إلى عاملين مستقلين؟ مع ملاحظة أن الوساوس والقهر لا يوجدان منفصلين إلا نادراً، ويوجدان معاً عادة (Rosenhan & Seligman, 1995, p. 267)، ومن النادر أن نجد الطقوس القهرية الخالصة دون أن يصاحبها أفكار وسواسية (Emmelkamp, 1982). وفضلا عن ذلك، فإن العامل الخامس يجمع بين "وساوس الطهارة، والنظافة، والخوف من المرض"، فهل يتسق الخوف من المرض مع وساوس الطهارة والنظافة؟ إن الخوف من المرض يفترض أن يرتبط بالتلوث، فى حين أن وساوس الطهارة ترتبط بالوساوس الدينية، كما بينت بحوث عكاشة وزملائه (Okasha, Saad, Khalil, Seif El Dawla & Yehia, 1994)، إذ ينتشر هذا النوع من الوساوس بين المسلمين واليهود.

إن تفتيت اضطراب الوسواس القهري إلى أربعة عشر عاملا، لم يحقق أبسط المتطلبات للمقاييس النفسية، وهو معاملات الثبات، فهناك ثمانية مقاييس فرعية، تقل معاملات ثبات ألفا بالنسبة لكل منها عن المعيار المقبول، وهو ٠,٧، ويعنى ذلك أن ٥٧٪ من معاملات ثبات ألفا منخفضة؛ أى غير متسقة داخلياً، كما بينت نتائج إعادة التطبيق انخفاض معاملات الثبات لتسعة مقاييس عن ٠,٧؛ أى أن (٦٤٪) من المقاييس الفرعية غير مستقرة عبر الزمن، أما معامل ثبات إعادة التطبيق للمقياس ككل، فقد كان مساوياً ٠,٩٥، وكان معامل ألفا ٠,٩٦، مما يشير إلى ثبات استقرار جيد عبر الزمن، واتساق داخلى مرتفع، إذا تعاملنا مع المقياس على أنه أحادي العامل.

نخلص من ذلك، إلى أن قياس اضطراب الوسواس القهري، بوصفه عاملا عاماً وحدوياً Unitary قد يكون أنسب من الناحية السيكومترية، كما نشير كذلك، إلى أن التوجه فى المقاييس النفسية إلى وضع مقاييس أكثر اختصاراً، مع عدم الإخلال بمتطلبات المقياس الجيد.

التوصيات

وعلى ضوء نتائج هذه الدراسة، يوصي الباحثون بما يلي:

١) إجراء المزيد من الدراسات، التي تهدف إلى تقنين مقاييس عربية؛ للكشف عن الاضطرابات النفسية، وتشخيصها، ومنها الوسواس القهرى.

٢) إجراء دراسة تهدف إلى اختصار مقياس أعراض الوسواس القهرى.

٣) دراسة صدق وثبات مقياس تشخيص الوسواس القهري على فئات، وعينات مختلفة في دول أخرى؛ للتحقق من صدقه وثباته.

٤) تكرار هذه الدراسة على عينة مصرية، وهى الجنسية التى وضع هذا المقياس أصلا ليناسبها.

٥) ضرورة اهتمام الباحثين باستخراج عوامل أقل عدداً، وأكبر قوة.

المراجع

الأنصاري، بدر (١٩٩٩). **أسلوب التحليل العاملي: عرض منهجي نقدي لعينة من الدراسات العربية استخدمت التحليل العاملي**. ندوة البحث العلمي في المجالات الاجتماعية في الوطن العربي، المجلس الأعلى لرعاية الفنون والآداب والعلوم الاجتماعية، وزارة التعليم العالي، الجمهورية العربية السورية.

توفيق، عبد المنعم (١٩٩٩). **الوسواس القهري: دراسة على عينات بحرينية**. ورقة مقدمة في مؤتمر علم النفس، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت، في المدة من ٥–٧ أبريل ١٩٩٩.

الخرافى، نجمة يوسف (١٩٨٥). **دراسة فى سيكولوجية عصاب الوسواس القهرى**. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس، مصر.

عبد الخالق، أحمد محمد (١٩٩٢). **دليل تعليمات المقياس العربي للوسواس القهري**. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

عبد الخالق، أحمد محمد (١٩٩٧). **فقدان الشهية العصبي**. الكويت: مؤسسة الكويت للتقدم العلمي.

عبد الخالق، أحمد محمد (٢٠٠٢). **الوسواس القهري: التشخيص والعلاج**. جامعة الكويت، مجلس النشر العلمي: لجنة التأليف والتعريب والنشر.

عبد الخالق، أحمد محمد (٢٠٠٦). **الأبعاد الأساسية للشخصية** (ط٧). الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

عبد الخالق، أحمد محمد، والدماطي، عبد الغفار (١٩٩٥). الوسواس القهري: دراسة على عينات سعودية. **دراسات نفسية، ٥**، ١٢ – ١٧.

عبد الخالق، أحمد محمد، ورضوان، سامر جميل (٢٠٠٢). مدى صلاحية المقياس العربي للوسواس القهري على عينات سورية. **دراسات نفسية، ١٢**، ٤٣ – ٦١.

عبد الخالق، أحمد محمد، والنيال، مايسة أحمد (١٩٩٠). الوساوس القهرية وعلاقتها بكل من القلق والمخاوف والاكتئاب. **مجلة كلية الآداب**، جامعة الإسكندرية، **٣٨**، ٥٤٣– ٥٧٥.

العنزي، فريح عويد (١٩٩٧). الوسواس القهري لدى الأطفال الكويتيين. **دراسات نفسية، ٧**، ١٨١ – ٢٠٢.

فرج، صفوت (١٩٩٩). العلاقة بين سمات الشخصية و الوسواس القهري. **دراسات نفسية، ٩**، ١٩١ – ٢٢٤ .

مؤمن، داليا محمد، وأبو هندي، وائل محمد (٢٠٠٦). إعداد مقياس لأعراض اضطراب الوسواس القهري. **دراسات نفسية، ١٦**، ٤٧٥ – ٥٢٤.

Abdel-khalek, A.M. (1998).The development and validation of the Arabic Obsession Compulsive Scale. **European Journal of Psychological Assessment, 14,** 146-158.

Abdel Khalek, A. M. & Lester, D. (2000). Obsession compulsion, locus of control, depression, and hopelessness: A construct validity of the Arabic Obsession –Compulsion Scale in American and Kuwaiti students. **Psychological Reports, 86,**1187-1188.

APA (1994). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (4th ed.). Washington, D C: American Psychiatric Association.

Cooper, R. (1970). The Layton Obsession Inventory. **Psychological Medicine,1,** 48-64.

Crocker, L. & Algina, J. (1986). **Introduction to classical and modern test theory.** New York: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.

Cullen, B., Clayton, B., Riddle, M., Grados, M., Bienvenu, M., Hoehn-Saric, Shugart, M., Kung-Yee, L., Samuels, J. & Nestadt, M. (2007). Factor analysis of the Yale –Brown Obsessive Compulsive Scale in a family study of obsessive compulsion disorder. **Depression and Anxiety, 24,** 130-138.

Davison, G.C. & Neale, J. M. (1996). **Abnormal psychology** (6th ed.). New York: Wiley.

Eddy, M. & Walbroehl G. (1998). Recognition and treatment of obsessive-compulsive disorder. **American Family Physician, 57,** 1623-1628.

Emmelkamp, P.M. (1982). **Phobic and obsession compulsive disorder: Theory, research and practice.** New York :Plenum.

Eid, G. K., & Abdel-Khalek, A. M. (2008). A confirmatory factor analysis of the Kuwait University Anxiety Scale. **Social Behavior and Personality, 36,** 394 – 406.

Feinstein , S.B., Fallon, B., Petkova, E & Liebowitz, R. (2003). Item-by-item factor analysis of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale symptom check list. **Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience, 15,** 187-193.

Gao F., Luo N., Thumboo J., Fones C., Li, S. C & Cheung, Y. B. (2004). Does the 12-item general health questionnaire contain multiple factors and do we need them? **Health Quality of Life Outcomes, 11,** 2–63.

Goodman, W.K., Price, L.H.,Rasmussen, S.A. ,Mazure, C., & Fleischmann, R.L., (1989). The Yale –Brown Obsessive Compulsive Scale: II. Validity. **Archives of General Psychiatry, 46,** 1012-1016.

Hodgson, R. J. & Rachman, S. (1977). Obsessional – compulsive complaints. **Behavior Research and Therapy, 15,** 389-395.

Hu L.T. & Bentler, P. (1999). Cutoff criteria for fit indices in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. **Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 6,**1-55.

Insel, T.R., & Winslow, J.T. (1992). Neurobiology of obsessive –compulsive disorder. **Psychiatric Clinics of North America, 15,** 813-824.

Jones, M. & Menzies, G. (1998). Role of perceived danger in the mediation of obsessive-compulsive washing. **Depression and Anxiety, 8,** 121-124.

Jöreskog, .G. & Sörbom, D. (1993). **LISREL 8.54 user's reference guide.** Chicago: Scientific Software International.

Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (1991) . **Behavioral sciences and clinical psychiatry** (6th ed.). Baltimore: Williams.

Kline, P. (1994). **An easy guide to factor analysis.** London: Routledge.

Nunnally, J. C. (1978). **Psychometric theory** (2nd ed). New York:McGraw-Hill.

Okasha, A., Saad, A., Khalil, A. H., Seif El Dawla, A., & Yehia, N. (1994). Phenomenology of obsessive – compulsive disorder: A transculture study. **Comprehensive Psychiatry, 35,** 191-197.

Oltmanns, F. & Emery, E. (1995). **Abnormal psychology.** New Jersey, Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Rosenhan, L., & Seligman, P. (1995). **Abnormal psychology** (3rd ed.) .New York: Norton.

Sanders, R., Allen, D., Forman, S., Tarpey, T., Keshavan, M., & Goldstein, G. (2005). Confirmatory factor analysis of the Neurological Evaluation Scale in unmedicated schizophrenia. **Psychiatry Research, 133,** 65-71.

Scarrabelotti, B., Duck, M. & Dickerson, M. (1995). Individual differences in obsessive – compulsive behavior: The role of Eysenkian dimensions and appraisals of responsibility. **Personality and Individual Differences, 18,** 413-421.

Sato, T., Narita, T., Hirano, S., Kusunoki, K. Sakado, K., & Uehara, T. (1999). Confirmatory factor analysis of the Parental Bonding Instrument in a Japanese population. **Psychological Medicine, 29,** 127–133.

Sue, D., Sue, D. & Sue, S. (1990). **Understanding abnormal behavior.** Boston: Houghton Mifflin.

Summerfeldt, L.J., Richter, M.A., Antony, M.M., & Swinson, R.P.(1999). Symptom Structure in obsessive-compulsive disorder: A confirmatory factoranalytic syudy. **Behaviour Research and Therapy, 37**, 297-311.

Stein, J. & Hollander, E. (1992). Cognitive sciences and obsessive compulsion disorder. In D. Stein & J. Young (Eds.) **Cognitive sciences and clinical disorder** (pp. 235-246.) .New York: Academic Press.

Stevens, J. (1995). **Applied multivariate statistics for the social sciences** (3rd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Thompson, B. (2004). **Exploratory and confirmatory factor analysis: Understanding concepts and applications.** Washington DC: American Psychological Association.