



القلق النفسي والاكتئاب لدى مرضى الوسواس القهري بمستشفيات ولاية الخرطوم (2016)

صبري ادم إدريس عبدالله

أكاديمية السودان للعلوم مجلس الدراسات الإقتصادية والإجتماعية والإنسانية

بريد الكتروني: Sabrovicy127@hotmail.com

INFORMATIONS

Submission: 19/04/2021

Accepted: 11/08/2021

Publication: 10/01/2022

ملخص البحث:

هدف هذا البحث لدراسة القلق النفسي والاكتئاب لدى مرضى الوسواس القهري بالمستشفيات والمراكز العلاجية بولاية الخرطوم، استخدم الباحث المنهج الوصفي الارتباطي، وتم اختيار عينة البحث من المرضى المترددين على المستشفيات والمراكز حيث بلغ حجم العينة (40) تم اختيارهم بالطريقة القصدية عن طريق (عينة الصدفة). استخدم الباحث استبانة بيانات أولية لجمع البيانات كما استخدم مقياس بيك للإكتئاب ومقياس تابلور للقلق النفسي، واستخدم الباحث برنامج الحزم الاحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) بغرض تحليل البيانات، واستخدم معامل ارتباط بيرسون ومعامل الفا كرونباك لحساب صدق وثبات الاختبارين، كما استخدم مقياس قيمة (ت) ومقياس تحليل التباين الأحادي لحساب دلالة الفروق ولإختبار الفروض، و تتلخص نتائج البحث في أن القلق النفسي لدى مرضى الوسواس القهري بمستشفيات ولاية الخرطوم يتسم بالإنخفاض، كما يتسم الاكتئاب لدى مرضى الوسواس القهري بمستشفيات ولاية الخرطوم بالانخفاض، و توجد فروق ذات دلالة احصائية في درجات القلق والإكتئاب لدى مرضى الوسواس القهري تعزى لمتغير النوع، و لا توجد فروق في درجات القلق النفسي والاكتئاب لدى مرضى الوسواس القهري تعزى لنوع الوسواس القهري. توجد فروق في درجات القلق النفسي لدى مرضى الوسواس القهري تعزى لمدة الإصابة بالمرض بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الاكتئاب تعزى لمدة الإصابة. أيضاً من النتائج انه لا توجد فروق في درجات القلق النفسي والاكتئاب لدى مرضى الوسواس القهري تعزى لنوع العلاج الذي يتلقاه المريض، و لا توجد فروق معنوية تعزى لمتغيرات (الحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، والعمر). في الختام قدم الباحث مجموعة من التوصيات والمقترحات.

الكلمات المفتاحية: القلق؛ الإكتئاب؛ الوسواس القهري؛ مرضى الوسواس القهري

القلق النفسي والاكتئاب لدى مرضى الوسواس القهري بمستشفيات ولاية الخرطوم (2016)

المقدمة:

يشكل اضطراب الوسواس القهري واحداً من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً، وتأثيراً على حياة الانسان، حيث ورد أنه يصيب حوالي نسبة 3% من الناس، ويقصد به الأفكار، والمشاعر التي تتكرر وتدفع الى القسر، والأفعال المتكررة، رغم شعور الفرد بأنه لا جدوى منها ومقاومته لها، ولكنه يجدها الوسيلة الوحيدة لتخفيف القلق، وغالباً ما يحدث الوسواس القهري في صورة أعمال وسواسية مثل النظافة، والإغتسال، والعد، وغير ذلك من الطقوس أو أفكار وسواسية في قضايا وأمور لا قيمة لها، ومخاوف وسواسية (الشرييني، بدون). كما تشير دراسات في علم الأمراض إلى أن انتشار الوسواس القهري يتراوح بين 1,6 الى 2,5% (هوفمان اس جي، 2012). كما أورد كسلار أن الوسواس يقدر بنسبة 2% خلال الحياة (مارتن، 2010).

ومن الإضطرابات التي يتعرض لها مرضى الوسواس القهري القلق النفسي والاكتئاب، ومما تردد ذكره أن مرضى الوسواس القهري غالباً ما يأتون شاكيين من القلق والاكتئاب الناتجين عن الوسواس القهري او المرافقين له. كما يأتي البعض منهم يشكو من المزيج من أعراض القلق، والاكتئاب، والوسواس القهري، وكانت نسبة شكاوهم في مصر كما أوردتها عاكشة كالاتي: (القلق 71 - الاكتئاب 18 - الوسواس 25) (عاكشة، 2010).

كما أنه من الجدير بالذكر أن الأشخاص الذين يجابهون محنة معينة غالباً ما يعانون من صعوبات نفسية تتسق مع أعراض الاكتئاب سواء ان كان هذا الاكتئاب خفيفاً في الدرجة أو كان حاداً بما يكفي للتشخيص (لليل تدخلات رأب الفجوة في الصحة النفسية، 2013). وأورد تقرير منظمة الصحة العالمية ان نسبة 30% من المرضى الذين يقابلون في مستشفيات عضوية يعانون من الاكتئاب (Preventing suicide، 2000).

والإكتئاب هو من أحد التقلبات المزاجية التي قد تأتي إستجابة لمجابهتنا لموقف معين، يدعو هذا الموقف للشعور بالأسى، كالإصابة بالأمراض فهناك قول ينص على: "ان كل مريض مكتئب" (الشرييني، 2001).

كما ان الاكتئاب هو اضطراب في المزاج يتميز بالهبوط في الحالة النفسية والجسدية، وتختلف اسبابه، و له انواع عدة، تختلف في شدتها، وكذلك له مضاعفات خطيره؛ منها الانتحار، ورفض العلاج، وفقدان الدافعية له. وهو أحد أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً وانتشاراً، وتقدر احصائيات منظمة الصحة العالمية النفسية عن ان الإصابة به بحوالي 7% من سكان العالم (الشرييني، بدون، 42). وكما أورد هوفمان يبلغ معدل انتشار الاكتئاب أحادي القطب في فترة ما 6,6%، وخلال طيلة الحياة 16,6% (Hofmans.g, 2012). وتشير احصائيات منظمة الصحة العالمية 1975 أن الاكتئاب يصيب 5 - 10% من السكان خلال فترة الحياة، كما تشير الى انه خلال فترة الحياة تصل نسبة الخطورة الى 15 الى 17% من كل امرأة، وفي الذكور بنسبة اقل من ذلك (مشروع برامج التدخل، WHO، 1975).

و حالات القلق لاتقل أهمية من حيث الانتشار، إذ تقدر نسبة الإصابة بها بين 10 الى 30% من العامة كما اورد د.لطفي الشرييني. وللقلق علامات نفسية مثل: الخوف، والتوتر، والترقب، وفقدان الأمن. واعراض جسمية في صورة اضطراب في وظائف الجسم (الشرييني، د.ت).

واضطرابات القلق غالباً تتوكل مع بعضها، كما ان بعض مرضى القلق لا يطلبون الاستشارة الا بعد ان يحدث لديهم الإكتئاب كمضاعفات للقلق، مما يزيد من نسبة الانتحار لدى مرضى اضطرابات القلق، وتحدث الاعراض الاكتئابية بنسبة 50% لدى مرضى الوسواس القهري (فايمان، 2014)، وقد ذكر فايمان، 2014: ان المرضى المكتئبين دوماً قلقين، والمرضى القلقين دوماً مكتئبين.

وتشير هذه النقاط والاحصاءات الى ارتباطات شديده بين اضطرابي القلق النفسي والاكتئاب مع اضطراب الوسواس القهري، الامر الذي يدفع الى التعمق في دراسة هذه العلاقة وكيفية تدخلها وتأثيرها على المريض والمعالج.

مشكلة البحث:

يشكل اضطراب الوسواس القهري واحداً من أكثر الاضطرابات النفسية تأثيراً على الفرد، خاصة في الجوانب الانفعالية؛ وبما يشكله من تهديد على استقرار المريض النفسي. فقد ورد ان الوسواس القهري بعد القلق مباشرةً في الترتيب كدافع من دوافع الانتحار (Preventing Suicide، 2010) وحسب تقرير منظمة الصحة العالمية 1999 تأخذ المشكلات النفسية نسبة 10% من الأسباب المعيقة للحياة، يأخذ الوسواس القهري 8% من هذه النسبة. كما يأخذ الإكتئاب الأساسي 38% منها (مرجع سابق). انطلاقاً من نقطة اعاقه الوسواس القهري للحياة، الى التساؤلات التي تولدها الاصابة بالوسواس القهري في ذهن المصاب به مثلما هذه المصيبة التي امت به؟، ولماذا اصيب هو بالذات؟، ولماذا طال فترة شفاؤه؟، ومتى ستنتهي هذه المعاناة؟، وما يشابه ذلك من تساؤلات تطرح في ذهن المريض، هذا بدوره قد يقود للاصابة باضطرابي الإكتئاب والقلق النفسيين، الذين ايضا قد يكونا مرافقين او سابقين للإصابة بالوسواس القهري. و لما كانت مواكبة الإضطراب النفسي لإضطراب اخر (المواكبة المرضية Comorbidity) لها اثر كبير في قابلية الاضطراب الاول للعلاج ومدى فاعلية العملية العلاجية وتأخير الشفاء ولدت مشكلة الدراسة في التساؤلات التالية:

- ما مستوى القلق والاكتئاب النفسي لدى مرضى الوسواس القهري بمستشفيات ولاية الخرطوم؟
- هل هنالك فروق ذات دلالة احصائية في درجات القلق والاكتئاب لدى مرضى الوسواس القهري بمستشفيات ولاية الخرطوم تعزى لمتغيرات النوع و نوع الوسواس القهري و مدة الاصابة بالمرض و نوع العلاج الذي يتلقاه المريض؟
- هل هنالك فروق في درجات القلق النفسي والاكتئاب لدى مرضى الوسواس القهري بمستشفيات ولاية الخرطوم تعزى لمتغيرات (الحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، والعمر)؟

اهمية البحث:

تكمّن أهمية البحث في أنه يحاول الكشف عن درجة القلق النفسي والاكتئاب المرافقين لاضطراب الوسواس القهري، أو اللاحقين به، ولفت الإنتباه الى أثرهما على العملية العلاجية وتوضح هذه الأهمية في المحاور النظرية والعملية التالية:

الاهمية النظرية: تعتبر الاهمية النظرية للبحث في انه يناقش موضوع يعتبر من المواضيع الهامة جداً في مجال الصحة النفسية، والتي يقل فيها الجانب النظري، ومن ثم تتجسد اهميته النظرية في توفير معلومات عن موضوع الوسواس القهري وموضوعي القلق النفسي والاكتئاب.

القلق النفسي والاكتئاب لدى مرضى الوسواس القهري بمستشفيات ولاية الخرطوم (2016)

الاهمية العملية:

لمجال الصحة النفسية وعلم النفس:

أثارة نقطة ابتعد عنها العلم قليلا وهي منطقة المواقبة المرضية، وما لها من أهمية في تطور الجوانب الاخرى، وأهمية في خبرات الدارسين للمجال وضرورة توفرها.

للمعالجين والعاملين بالمجال:

مساعدتهم في الاستفادة منها في تحسين مهاراتهم في العملية العلاجية، وتجويد العمل، ومحاولة حل معضلة اضطراب الوسواس القهري، والإحاطة بالأبعاد الاخرى لهذه المشكلة، وجاهزيتهم لها عندما تواجههم.

للمرضى المصابين بإضطراب الوسواس القهري:

الإجابة على بعض التساؤلات التي تجتاح اذهانهم، من أسباب بطء العملية العلاجية، وعدم التحسن، أو الشفاء. وفتح المجال للتفكير في حل المشكلة من زاوية أخرى.

للمكتبات:

إضافة للإرث العلمي للمكتبات العربية، والسودانية، في محور إضطراب الوسواس القهري واضطرابي القلق والاكتئاب النفسيين المصاحبين له.

فروض البحث:

يشتمل البحث على الفروض التالية:

- يتسم القلق النفسي لدى مرضى الوسواس القهري بمستشفيات ولاية الخرطوم بالإرتفاع.
- يتسم الاكتئاب لدى مرضى الوسواس القهري بمستشفيات ولاية الخرطوم بالإرتفاع.
- توجد فروق ذات دلالة احصائية في درجات القلق النفسي لدى مرضى الوسواس القهري تعزى لمتغير النوع .
- توجد فروق ذات دلالة احصائية في درجات الاكتئاب لدى مرضى الوسواس القهري تبعاً لمتغير النوع.
- توجد فروق ذات دلالة احصائية في درجات القلق النفسي والاكتئاب لدى مرضى الوسواس القهري تعزى لنوع الوسواس القهري.
- توجد فروق ذات دلالة احصائية في درجات القلق النفسي والاكتئاب لدى مرضى الوسواس القهري تعزى لمدة الاصابة بالمرض.
- توجد فروق ذات دلالة احصائية في درجات القلق النفسي والاكتئاب لدى مرضى الوسواس القهري تعزى لنوع العلاج الذي يتلقاه المريض.

- توجد فروق ذات دلالة احصائية في درجات القلق النفسي والاكتئاب لدى مرضى الوسواس القهري تعزى لمتغيرات (الحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، والعمر).

حدود البحث الزمانية و المكانية:

تم إجراء هذا البحث في الفترة الزمنية من (فبراير 2015 الى أبريل 2016) و شملت الحدود المكانية (مستشفى التيجاني الماحي للطب النفسي، مستشفى طه بعشر التعليمي، مستشفى السلاح الطبي إدارة الخدمات الطبية، عيادة د.عبير ماهر اختصاصي الطب النفسي، مركز الطب النفسي الحديث بولاية الخرطوم).

مصطلحات البحث:

الوسواس القهري:

الأفكار الوسواسية: هي مجموعة من الأفكار، والصور المتواصلة، والمنكررة، والمتسلطة، والتي تقتحم عقل المريض، وتلازمه، مع عجزه عن دفعها، أو طردها، أو التخلص منها، ويعاني منها المريض كثيراً، لغرابتها وعدم فائدتها، وتسببها في الكثير من القلق، والإزعاج (شريف،2005).

وتعرف منظمة الصحة العالمية الأفكار الوسواسية على أنها خواطر أو صور أو اندفاعات تقحم نفسها مراراً و تكراراً في ذهن الفرد، بطريقة نمطية وغالباً مزعجة لأنها قد تأخذ اشكال عدائية أو غريبة ويدرك الشخص أن لاجدوى منها، ويحاول مقاومتها و نادراً ما ينجح في ذلك، و هي بالضرورة تعرف على أنها افكار الشخص نفسه. أما السلوكيات القهرية فهي أنماط سلوكية متكررة ليست ممتعة في الأصل أو ذات أهمية يرى الشخص أنها قد تمنع حدوث شيء غير محبذ ينتج عنه ضرر يتسبب به الشخص للآخرين أو نفسه.

World Health Organization (1993)

التعريف الاجرائي للوسواس القهري:

يعرفه الباحث بأنه الدرجات التي يتحصل عليها المفحوص من، الاداء على مقياس اضطراب الوسواس القهري.

الإكتئاب:

التعريف اللغوي: الحزن والاكتئاب لفظان بمعنى واحد ويختلفان في الشدة، والمدة الزمنية، فالحزن تعرفه العرب فيقولون: حزن الرجل، حزناً، بمعنى اغتم، وأما الاكتئاب فتقول العرب كئب الرجل اذا تغيرت نفسه وأنكسرت من شدة الهم والحزن (الخاطر، 1992).

ويعني الشعور بفتور الهممة، او الحزن، أو الضجر، أو البؤس، لدرجة يؤثر فيها هذا الشعور على الحياة اليومية لفترات طويلة، ويرتبط بأعراض وسمات معينة، تختلف عن شعور الحزن العابر الذي يمكن ان نعيشه لفترات في حياتنا(شريف، 2005).

التعريف الاجرائي للإكتئاب النفسي:

هو الدرجات التي يتحصل عليها المفحوص بعد تطبيق مقياس الإكتئاب النفسي الذي تم اعداده للدراسة.

القلق النفسي والاكتئاب لدى مرضى الوسواس القهري بمستشفيات ولاية الخرطوم (2016)

القلق النفسي:

هو حالة إنفعالية غير سارة، تتميز بالإحساس بالخوف، والعصبية، والتوتر، تدوم لمدته أطول من الطبيعي، وتؤثر على حياة الفرد اليومية، تختلف عن حالات القلق الطبيعية والعابرة في الشدة والاستمرارية (باتل، 2008).

التعريف الاجرائي للقلق النفسي:

هو الدرجات التي يتحصل عليها المفحوص بعد تطبيق مقياس القلق النفسي عليه.

منهج البحث :

اعتمد الباحث في هذا البحث علي المنهج الوصفي التحليلي، حيث يهدف المنهج الوصفي التحليلي بصورة عامة إلي جمع معلومات مفصلة وحقيقية عن ظاهرة موجودة فعلا في مجتمع معين. بجانب تصنيف وتحليل وتقويم هذه المعلومات المتعلقة بالظواهر المختلفة وإيجاد العلاقات المتداخلة بين هذه الظواهر. إضافةً إلي إمكانية التنبؤ بما ستؤول إليه الظواهر، وبالتالي التنبؤ بالحلول المختلفة للمشكلات. كما تعتبر الطريقة الوصفية هي من أهم الطرق استخداماً في علم النفس، وهي تستهدف وصف الظاهرة المدروسة وصفاً كميّاً وكيفياً (علم النفس التربوي، 2011). ومن أنواع البحوث الوصفية أكثر تخصصاً، انتهج البحث المنهج الوصفي الارتباطي والذي يدرس العلاقة الارتباطية بين المتغيرات، وتدل العلاقة الارتباطية الي نزعة المتغيرات الي الحدوث معاً (نيشواي، 2006). وهي الاجابة على انه هل هناك علاقة بين متغيرين او اكثر، وان كانت هناك علاقة فما اتجاه هذه العلاقة؟، وهل هي سالبة أم موجبة؟، أو طردية أم عكسية؟ (دفع الله وآخرون، 2008).

مجتمع البحث:

يتمثل مجتمع البحث في المرضى الذين تم تشخيصهم بالوسواس القهري المترددين على مستشفى طه بعشر للأمراض النفسية والعقلية، ومركز الفنار للاستشارات النفسية، مستشفى التيجاني الماحي للطب النفسي، مستشفى السلاح الطبي إدارة الخدمات الطبية، عيادة د.عبير اختصاصي الطب النفسي، مركز الطب النفسي الحديث بولاية الخرطوم. و إستبعد الباحث كل المرضى المشخصين بالوسواس القهري المرافق بالإضطرابات الزهانية، والاضطراب الوجداني ثنائي القطب، بسبب ان الحالة الذهانية قد تعوق اجابتهم على اسئلة الاستبيان، او تؤثر على النتيجة وبلغ عدد أفراد مجتمع البحث 11 مريضاً بمركز الفنار، و 28 بمستشفى طه بعشر التعليمي، خلال السنة الماضية من مختلف الأعمار والمستويات التعليمية، بينما أفادت ادارة الاحصاء بمستشفى التيجاني الماحي بعدم وجود تردد لمرضى الوسواس القهري أو أي احصائية، وأكدت المراكز الاخرى (مستشفى السلاح الطبي إدارة الخدمات الطبية، عيادة د.عبير اختصاصي الطب النفسي، مركز الطب النفسي الحديث بولاية الخرطوم) بوجود مرضى مشخصين بالوسواس القهري، ولكن ندرتهم جعلت من الصعوبة الحصول على احصائية محددة لهم.

عينة البحث:

تم اختيار عينة البحث عن طريق العينة غير الاحتمالية من نوع عينة الصدفة، والتي يختار فيها الباحث أول عدد من مجتمع البحث يتوفر له، بعد موافقتهم على المشاركة في البحث (مرجع سابق). حيث اختار الباحث اول مجموعة توفرت له من

القلق النفسي والاكتئاب لدى مرضى الوسواس القهري بمستشفيات ولاية الخرطوم (2016)

من 1 الى 3 سنة	15	37,5%	القلق	قلق خفيف	19	47,5%
اكثر من 3 سنوات	19	47,5%		متوسط	6	15,0%
المجموع	40	100%		قلق شديد	3	7,5%
				المجموع	40	100%

أدوات البحث:

اعتمد الباحث في جمع المعلومات علي الأدوات التالية:

1- استمارة البيانات الأولية:

قام الباحث باعداد هذه الاستمارة لتحقيق أهداف الدراسة، واشتملت على متغيرات (النوع، العمر، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، مدة الاصابة بالوسواس القهري، نوع الوسواس القهري، نوع العلاج الذي يتلقاه المريض)، وكان يتم ملء جزء منها اعتماداً على افادات المفحوص، وجزء منها بعد الرجوع للاخصائي المعالج وملف المفحوص.

2- مقياس تايلور للقلق النفسي

السبب الأساسي في تصميم مقياس تايلور كان بغرض استخدامه في تجارب التعلم في معمل (كينيسيت بينست 1953)، حيث اعطت جينيت تايلور حوالى مئتي بند من مقياس منيسوتا المتعدد الالوجه للشخصية، الى خمسة من علماء علم النفس الإكلينيكي، وطلبت منهم أن يحددوا البنود التي تقيس القلق الصريح، واتفقوا على 65 بنداً بنسبة 80% منهم، ومن ثم أعد بيشتولدا نسخة من المقياس تحتوي على 50 بنداً وإستخدمها بعد تحليل البنود، وإستخراج الاتساق الداخلي. ثم أعدت منه تايلور 28 بنداً تتناسب مع المفحوصين غير الطلاب، وكان معامل ارتباطه 85، (ابراهيم قمر الدين، 2012).

واستخدم الباحث مقياس تايلور 35 عبارة والذياقتبسهاكل من مصطفى فهمي، ومحمد أحمد غالي، وهو يقيس مستوى القلق الذي يعانيه الأفراد عن طريق ما يشعرون به من أعراض ظاهرة وصريحة، وهو يصلح لجميع الأعمار والمستويات،الاختبار مأخوذ ومترجم عن مقياس القلق الصريح، والذي قننته واستعملته (J.A Taylor) عام 1959، وعرف واشتهر باسمها وقد قام مصطفى فهمي، ومحمد أحمد غالي بترجمة المقياس، وإعداده في صورته المستخدمة في اللغة العربية. كما قام أيضاً بإجراء الدراسات اللازمة عن الإختبار بحيث تأكد لهما ثباته وصدقه بدرجة مكنتهما من تأكيد استخدام هذا الإختبار وصلاحيته للكشف عن القلق الصريح (بيومي، 1993) وقد قام بتعديل بنود المقياس من العامية إلى اللغة العربية الفصحى محمد أحمد خير السيد، وقد قام أيضاً بتقنينه على البيئة السودانية حتى بلغ معدل ثباته (0.857) (محمد، 1998). ويتميز هذا المقياس بالآتي:

1- تضمينه كافة الأعراض الجسمية للقلق.

2 - درجة الثبات العالية للإختبار.

3- يحتوي على الأعراض النفسية للقلق.

4- مقدره الإختبار العالية في التفرقة بين الأشخاص القلقين وغير القلقين.

5- إستخدامه في العديد من الدراسات في الحقل الطلابي.

ثبات الإختبار:

قام غالب (2000) بحساب ثبات الإختبار على عينة من طلاب جامعة قوامها (30) طالباً عن طريق التجزئة النصفية بمعادلة (سبير مان) وبلغ الثبات (0.81).

صدق الإختبار:

تم حساب الصدق بعدة طرق منها:

تحليل العبارات، ثم تحليل عبارات الإختبار والبالغة 35 عبارة عن طريق عينة تجريبية أجراها غالب (2001) على عينة من طلاب جامعة الجزيرة.

ب/ الصدق الذاتي للمقياس وقد كان (0.90)

طريقة تصحيح الإختبار:

(لا يحدث)، تعطى صفر درجة، (يحدث أحياناً) تعطى درجة واحدة، (يحدث غالباً) تعطى درجتان، (يحدث كثيراً) تعطى ثلاثة درجات، (يحدث كثيراً جداً) تعطى أربعة درجات . ومجموع درجات المقياس 140 درجة موزعة كالاتي:

(صفر - 34) قلق عادي . (35 - 70) قلق خفيف (71 - 104) قلق متوسط (105 - 140) اكثر قلق شديد .

التعديلات على المقياس حسب البحث الحالي:

استخدم الباحث نسخة المقياس بعد عرضها على مجموعة من المختصين بغرض التحكيم وتعديل ما أوصو به من تعديلات، بعد ان اقررو بصلاحيه المقياس لإجراء الدراسة والتطبيق على العينة.

حساب الصدق الداخلي:

لحساب صدق الارتباط الداخلي لفقرات مقياس تايلور استخدم الباحث معامل ارتباط بيرسون وكانت النتائج في الجدول رقم (2) كما يلي:

جدول (2) يوضح ارتباط الفقرات و معنوية الارتباط:

البند	الارتباط	المعنوية	البند	الارتباط	المعنوية	البند	الارتباط	المعنوية
1	,868	,001	13	,768	,010	25	,677	,032
2	,939	,000	14	,726	,018	26	,752	,012
3	,886	,001	15	,820	,004	27	,767	,010
4	,851	,002	16	,791	,006	28	,912	,000
5	,927	,000	17	,677	,032	29	,832	,003
6	,831	,003	18	,900	,000	30	,761	,011
7	,677	,032	19	,677	,032	31	,939	,000
8	,677	,032	20	,700	,024	32	,842	,002
9	,929	,000	21	,835	,003	33	,845	,002
10	,895	,000	22	,954	,000	34	,727	,017
11	,664	,036	23	,868	,001	35	,919	,000
12	,771	,009	24	,813	,004			

القلق النفسي والاكتئاب لدى مرضى الوسواس القهري بمستشفيات ولاية الخرطوم (2016)

ويتضح من الجدول السابق ان جميع عبارات المقياس اظهرت ارتباط عالي وان مستوى معنوية معامل ارتباط بيرسون لكل العبارات اقل من (0,05)، مما يحقق شرط استخدام العبارات.

ثبات المقياس:

ولحساب ثبات المقياس قام الباحث بحساب قيمة معامل الفا كرومباخ للثبات الذي بلغت قيمته (0,980) مما يوضح ان المقياس يتمتع بثبات عالي جداً كما يوضح الجدول التالي قيم معامل ثبات الفقرات:

جدول (3) قيمة الفا كرومباخ لثبات العبارات:

العبارة	الفا كرونباخ	العبارة	الفا كرونباخ	العبارة	الفا كرونباخ	العبارة	الفا كرونباخ
1	,979	10	,979	19	,982	28	,979
2	,979	11	,980	20	,980	29	,979
3	,979	12	,980	21	,980	30	,980
4	,979	13	,980	22	,979	31	,979
5	,979	14	,980	23	,979	32	,979
6	,980	15	,979	24	,979	33	,979
7	,981	16	,980	25	,981	34	,980
8	,981	17	,980	26	,980	35	,979
9	,979	18	,979	27	,980		

3- اختبار بيك المعدل للاكتئاب المقنن علي البيئة السودانية: Beck Depression Inventory

هذا الاختبار من اعداد الطبيب النفسي الأمريكي (أ. ت . بيك)، حيث قام بنشره لأول مرة عام 1961م، وقد تم اعداده لأول مرة للعربية في عام 1981م، ومنذ ذلك الحين استخدم المقياس على نطاق واسع في مصر، والبلاد العربية سواء كأداة بحثية، أو كأداة إكلينيكية. وقد حظي المقياس باهتمام عالمي كبير وترجم إلى عدة لغات مختلفة، وقد خضع لمراجعات عديدة، وبذلك أصبح خلال السبعة و العشرون عاما الأخيرة واحدا من أكثر الأدوات المستخدمة في علم النفس الاكلينيكي والطب النفسي. يمدنا المقياس بتقدير سريع وصادق عن مستوى وعمق الاكتئاب لدى المفحوصين، حيث تم اختيار عباراته بطريقة إكلينيكية من خلال ملاحظة الأعراض التي يديها الأشخاص المكتئبين.

يتكون المقياس الكامل من (21) مجموعة من العبارات وهي (الحزن - التشاؤم - الشعور بالفشل - عدم الرضا - الشعور بالذنب - العقاب - عدم حب الذات - ايزاء الذات - البكاء - التهيج - الانسحاب الاجتماعي - تغيير تصور الذات - الأرق - فقدان الشهية - فقدان الرغبة الجنسية - الانشغال بالجسم - صعوبة النوم).

ويستخدم مقياس بيك أساسا لتقييم شدة الاكتئاب، خاصة وقد أثبتت الدراسات حساسيته للمتغيرات التي تصاحب محاولات العلاج الدوائي، ووسائل العلاج النفسي المختلفة.

ويقدم كل عرض من الأعراض في سلسلة متدرجة في أربعة عبارات لتعكس مدى شدة العرض، ويقابل هذه العبارات تدرج في تقييم العبارات يمتد من الصفر إلي الثلاثة، والتالي هو البند الأول في المقياس وهو يوضح مفهوم التدرج في شدة العرض وطريقة التصحيح.

لا أشعر بالحزن أشعر بالحزن أشعر بالحزن طوال الوقت ولا أستطيع التخلص منه أنا حزين لدرجة أنني لا أستطيع تحمل ذلك. العبارة الأولى تدل على الخلو من الاكتئاب، فإذا أشار المفحوص إلي أنها تنطبق عليه فإنه لا يعطى درجة لأنها تحمل الدرجة صفر، أما إذا أشار إلي العبارة الثانية فإنه يعطي درجة واحدة وهكذا، حتى إذا أشار إلي العبارة الرابعة التي تمثل أشد درجات العرض، فإنه يحصل علي ثلاث درجات وتبلغ أعلى درجة في المقياس (63)، وتشير إلي أشد أنواع الاكتئاب، وأقل درجة في المقياس (صفر) وتشير إلي الخلو التام من أعراض الاكتئاب.

ويعني الحصول على الدرجات من (0-4) الخلو من الاكتئاب ومن (5-7) درجة خفيفة من الاكتئاب، ومن (8-15) درجة متوسطة من الاكتئاب، بينما الحصول علي 16 درجة فأكثر يعني درجة شديدة من الاكتئاب.

وقد نكرت زيزي السيد (2005: 84) أن: "بيك وآخرون (1996) وجدوا أن بطارية بيك الثانية للاكتئاب لها ثبات مرتفع لدى عينة الطلاب. حيث بلغ معامل ألفا 0,93، أما عند المرضى اللذين يترددون على العيادات الخارجية كان معامل ألفا 0,92، كما إنها تتمتع بصدق محتوى وصدق عملي أيضاً وقد أثبتت البطارية كفاءة في التشخيص والتشخيص الفارق للاكتئاب".

وقام غريب عبد الفتاح بترجمة وإعداد المقياس للإستخدام على الثقافة العربية عام (2000)، ووجد نتائج مشابهة لنتائج الدراسات التي أجريت بالخارج. فقد نتج عن التحليل العملي لبطارية بيك الثانية للاكتئاب المترجمة عاملان، العامل الأول تشبعت عليه البنود التي تقيس أعراض الحزن، والتشاؤم، والفشل السابق، وفقدان الإستمتاع، ومشاعر الإثم، ومشاعر العقاب، وكراهية الذات، ونقد الذات، والأفكار والرغبات الإنتحارية، والبكاء، والتهديج، أو الإستشارة، وفقدان الإهتمام، والتردد، وإنعدام القيمة، وفقدان الطاقة، وصعوبة التركيز. وأعتبر غريب عبد الفتاح هذا العامل ممثلاً للبعد الوجداني المعرفي للاكتئاب. تضمنت التشبعت الدالة على العامل الثاني البنود التي تقيس أعراض الأفكار والرغبات الإنتحارية، وإنعدام القيمة، وفقدان الطاقة، وتغيرات في نمط النوم، والقابلية للغضب، والإنزعاج وتغيرات في الشهية، وصعوبة تركيز، والإرهاق، والإجهاد، وأعتبر هذا العامل ممثلاً للبعد الجسدي. وكشفت نتائج ثبات إعادة الإختبار توفر مستوى مرتفع من الثبات لبطارية بيك الثانية للاكتئاب، فقد كان معامل إعادة الإختبار على عينة مكونة من 55 طالباً مساوياً 0,74، ففي عينة الإناث (ن = 24) كان ثبات إعادة الإختبار مساوياً (0,75)، وكانت ثبات معاملات ألفا لعينة الإناث (ن = 44) هو (0,88)، وعينة الذكور (ن = 70) = (0,79)، وللعينة الكلية (0,83)، وفيما يتعلق بالصدق فقد تم حساب الصدق التقاربي والتمييزي وذلك عن طريق حساب الإرتباط بين درجة المفحوص كل من بطارية بيك الثانية للاكتئاب والصورة المختصرة من بطارية بيك الثانية للاكتئاب بالدرجة على إختبار للقلق وكانت قيم معاملات الارتباط هي (0,42 و 0,61 و 0,19) بالنسبة للعينات الكلية، والذكور والإناث على التوالي. كما حسب الإرتباط بين الدرجة على بطارية بيك الثانية للاكتئاب وإختبار لتوكيد الذات وكانت معاملات الارتباط بين الدرجتين هي (-0,38 و -0,37 و -0,38) بالنسبة لعينات الإناث والذكور والعينة الكلية على التوالي. وفيما يتعلق بالصدق العملي للمقياس فقد تشبعت بنود المقياس على عاملين يمثلان البعد المعرفي - الوجداني، والبعد الجسدي للاكتئاب وهذا يتفق مع مظاهر الإكتئاب كما وضعت في الأطر النظرية المفسرة للاكتئاب.

القلق النفسي والاكتئاب لدى مرضى الوسواس القهري بمستشفيات ولاية الخرطوم (2016)

تم تعديل الاختبار وتقنيته علي البيئة السودانية بواسطة إخلص محمد إبراهيم في دراسة بحثية للحصول علي درجة الماجستير في علم النفس من كلية الآداب من جامعة الخرطوم في عام (1998)م، وذلك من خلال تطبيقه علي عينة مكونة من (15) شخص من الجنسين بنسبة متساوية، تراوحت أعمارهم بين (20-60) سنة ويتمتع المقياس بدرجة عالية من صدق التكوين الداخلي وبلغ معامل ثباته (0.871) كاتم اقتباس المقياس بواسطة د. محمد صلاح خليل - كلية الآداب جامعة الخرطوم ود. عبدالرحمن عثمان عبد المجيد - كلية التربية جامعة أم درمان الإسلامية. وتبلغ الدرجة الكلية للمقياس (63) درجة، وتشير إلى أقصى شدة للإكتئاب ويوضح الجدول التالي تقدير درجة الإكتئاب بإستخدام المقياس.

جدول رقم (4) يوضح تقدير درجة الإكتئاب بإستخدام مقياس بيك

رقم العبارة من كل بند	درجة العبارة عند التصحيح	مدى الدرجات	درجة الإكتئاب
1	صفر	0 - 13	لا يوجد Minimal
2	1	14 - 19	بسيط Mild
3	2	20 - 29	متوسط Moderate
4	3	30 - 63	شديد Severe

تكيف المقياس على عينة البحث الحالي:

استخدم الباحث مقياس بيك الثاني للإكتئاب الذي قام بترجمته إلى اللغة العربية ونشره الدكتور عبد الستار إبراهيم - كلية الطب جامعة الملك فيصل - وعمل على إعادة تكيفه ليناسب مجتمع الدراسة الحالية.

1/ صدق مقياس بيك المطول للإكتئاب:

للتأكد من صدق المقياس أستخدم الباحث الطرق التالية:-

الصدق الظاهري:-

قام الباحث بعرض المقياس على مجموعة من المتخصصين في مجال علم النفس بالجامعات السودانية لقياس الصدق

الظاهري وهم كما في الجدول التالي:

جدول (5) يوضح أسماء المحكمون وأدوارهم الوظيفية:

اسم الدكتور	الوظيفة
1. د. طيفور سيد احمد البيلي	أ. مشارك، جامعة الرباط الوطني، قسم علم النفس السريري والجنائي
2. د. أماني عبدالله	أ. مشارك، جامعة الرباط الوطني، قسم علم النفس السريري والجنائي
3. د. طارق محمد الحسن	أ. مساعد، جامعة الرباط الوطني، قسم علم النفس السريري والجنائي
4. د. أسماء سراج الدين	أ. مساعد، جامعة الخرطوم، كلية الآداب قسم علم النفس
5. د. منى معاوية	أ. مساعد، جامعة الرباط الوطني، قسم علم النفس السريري والجنائي
6. د. ناجي بلدو	أ. مساعد، جامعة الخرطوم، كلية الآداب قسم علم النفس

وقد وجد المحكمون أن عبارات المقياس ملائمة لقياس ما أعدت له وواضحة بتعديل بعض الفقرات وأصبح المقياس كما هو يتكون من (21) بنداً، كل بند به أربعة عبارات متدرجة في الشدة، التي تقابلها تدرج في الدرجة على الفقرة. ويقارن بمفتاح التصحيح

التالي:

0 - 9 لا يوجد اكتتاب 10 - 15 اكتتاب بسيط 16 - 23 اكتتاب متوسط 24 - 36 اكتتاب شديد 37 فاكتر اكتتاب شديد جدا كما أصبح المقياس صالحاً لإجراء الدراسة الاستطلاعية عليه.

الدراسة الاستطلاعية لمقياس بيك للاكتتاب:

لمعرفة الخصائص القياسية لل فقرات بمقياس بيك للاكتتاب عند تطبيقه بمجتمع الدراسة الحالية، قام الباحث بتطبيق صورته المكونة من (21) فقرة، على عينة استطلاعية حجمها (10) مفضواً تم اختيارها بطريقة عشوائية بسيطة من مجتمع الدراسة الحالية، وبعد تصحيح الاستجابات قام الباحث برصد الدرجات وإدخالها بالحاسب الآلي، ومن ثم قام الباحث بالآتي:

1/ صدق الاتساق الداخلي لل فقرات :

لمعرفة صدق اتساق الفقرات مع الدرجة الكلية بمقياس بيك للاكتتاب عند تطبيقه بمجتمع الدراسة الحالية في صورته المكونة من (21) فقرة، قام الباحث بحساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات كل فقرة مع الدرجة الكلية للمقياس، والجدول (7) التالي يوضح نتائج هذا الإجراء:

جدول (6) يوضح معامل الارتباط لل فقرات:

البند	الارتباط	المعنوية	البند	الارتباط	المعنوية	البند	الارتباط	المعنوية
1	,742	,014	8	,662	,037	15	,649	,042
2	,697	,025	9	,682	,030	16	,675	,032
3	,620	,019	10	,677	,031	17	,786	,007
4	,744	,014	11	,675	,032	18	,764	,010
5	,675	,032	12	,807	,005	19	,675	,032
6	,620	,019	13	,843	,002	20	,620	,019
7	,620	,019	14	,675	,032	21	,622	,055

يلاحظ من الجدول السابق أن معاملات ارتباطات جميع الفقرات دالة إحصائياً عند مستوى (0.05)، مما يشجع على استخدام المقياس بكل عباراته بدون تردد.

2/ معاملات الثبات: حيث تميز المقياس بدرجة ثبات عالية والجدولين التاليين يوضحان درجة ثبات المقياس ككل بطريقة الفا كرونباخ ودرجة ثبات الفقرات:

جدول (7) معامل الثبات الفا كرونباخ لمقياس بيك:

عدد البنود	معامل الفا كرونباخ
21	,905

القلق النفسي والاكتئاب لدى مرضى الوسواس القهري بمستشفيات ولاية الخرطوم (2016)

جدول (8) معامل الثبات لفقرات مقياس بيك للاكتئاب:

رقم العبارة	معامل الفا كرونباخ	رقم العبارة	معامل الفا كرونباخ	رقم العبارة	معامل الفا كرونباخ
1	,895	8	,898	15	,899
2	,897	9	,898	16	,905
3	,909	10	,899	17	,896
4	,897	11	,901	18	,896
5	,905	12	,896	19	,915
6	,909	13	,893	20	,910
7	,898	14	,900	21	,900

من الجدول اعلاه يتضح أن معامل ثبات الفا للمقياس بلغ (,905) كما أن معامل ثبات العبارات تراوح بين (,910) كأعلى درجة و (,893) كأدنى درجة مما يوضح الثبات العالي الذي يتميز به المقياس.

المعالجات الإحصائية:

استخدم الباحث لتحليل بيانات هذا البحث برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) Statistical Package For Social Sciences

وتم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:

- اختبار (ت) للفروق بين عينتين مستقلتين.
- اختبار (ت) لعينة مستقلة.
- اختبار (ف) للفروق المتباينة بين المجموعات.

إجراءات الدراسة الميدانية:

تمثلت خطوات إجراء البحث في الآتي:

- عرض نسخة من الأدوات على مجموعة من المحكمين لقياس الصدق الظاهري للمقياس، واتفق المحكمين على بعض التعديلات كما يرد لاحقاً في توضيح أدوات الدراسة.
- تطبيق الأدوات على عينة استطلاعية بلغت (10) مرضى، لحساب معامل الفا كرونباخ لصدق المقاييس، وحساب معاملات الارتباط لكل عبارة، وحساب مقياس التجزئة النصفية لقياس الصدق الذاتي والثبات.
- إعداد المقاييس بصورتها النهائية
- بعد ذلك ذهب الباحث لمدير طبي مستشفى التيجاني الماحي، والذي وافق على تطبيق الدراسة بالمستشفى، ولكن افادت وحدة الإحصاء بمستشفى التيجاني الماحي بعدم توفر احصائية بمرضى الوسواس القهري، مما جعل الباحث يتوجه لعدد من

- المستشفيات والمراكز العلاجية وهي ادارة الخدمات العلاجية جامعة الخرطوم عيادة الطب النفسي و مستشفى السلاح الطبي قسم الطب النفسيمركز الخرطوم للطب النفسي.مركز الفنار للاستشارات النفسية والسلوكية لتوسيع مجتمع البحث.
- قابل الباحث بعض المعالجين النفسيين والاطباء، وطلب منهم التعاون بتطبيق الادوات بعد ان تم تدريبهم عليها. ومن ثم توجه الباحث الى مستشفى طه بعشر للأمراض النفسية والعقلية، ومقابلة السيد مدير المستشفى، والذي ابدى الموافقة على إجراء الدراسة بالمستشفى أيضاً. فأستمر الباحث في الحضور يوميا إلي المستشفى قسم العيادات المحولة والحوادث، و تطبيق أدوات الدراسة علي مرضى الوسواس القهري عن طريق المقابلة الشخصية، واستمرت هذه المرحلة لمدة أكثر من شهر. وتم جمع ماتوصل اليه من كل المراكز والمستشفيات والذي بلغ عدده 40 نسخة من الأدوات.
- تم إخراج البيانات من المقياس وفق نموذج أعد لذلك، ثم جرى إدخالها في جهاز الحاسب الآلي لاستخراج النتائج. وحساب مقاييس (ت) لدلالة الفروق بين عينتين، و (ت) لعينة واحدة مستقلة، ومقياس التباين الاحادي (انوفا) بإستخدام برنامج الحزم الاحصائية (SPSS) بعد ذلك تم عرض ومناقشة النتائج. ثم بعد ذلك تم وضع الاقتراحات والتوصيات.

النتائج:

عرض ومناقشة الفرض الأول:

نص الفرض: (يتسم القلق النفسي لدى مرضى الوسواس القهري بالارتفاع).

وللتحقق من صحة الفرض استخدم الباحث مقياس (ت) لدلالة الفروق لعينة من مجتمع

الجدول (9) يوضح قيمة (ت) لعينة واحدة لمعرفة السمة العامة للقلق النفسي.

حجم العينة	الوسط الفرضي	الوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت)	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج
40	70	53,50	,877	39	14,422	,000	تتسم السمة بالانخفاض

من الجدول أعلاه بلغت قيمة (ت) -14,422 بقيمة احتمالية(0,000) وعند مقارنة الوسط الحسابي للعينة (53,50) بالوسط الفرضي للمجتمع (70)، نجد ان الوسط الحسابي للعينة اقل من الوسط الفرضي، وايضا عند مقارنة الوسط الحسابي لدرجات افراد العينة مع مفتاح تصحيح المقياس نجد ان الوسط الحسابي لدرجات افراد العينة يقع في المدى (35 - 70) والذي يصنف ك(قلق خفيف) مما يجعلنا نعتبر ان القلق لدى العينة يتسم بالانخفاض.

مناقشة النتيجة:تعتبر هذه النتيجة ضد ما ذكر فايمن، أن(2004)اضطرابات القلق غالباً تتزامن معاً وتتوكلب مع بعضها. كما تتعارض مع دراسة اليس س.كارتر واخرون (2004) للعلاقة بين الوسواس القهري والقلق والاكتئاب حيث اثبتت ان الاصابة بالوسواس تؤثر على درجات الاكتئاب ارتفاعاً. وكذلك دراسة لورا ديربي (2011) عن التوكلب بين الوسواس القهري والاضطراب ثنائي القطب. وتختلف ايضاً مع دراسة هاببيولا واخرون (2013).

ويفسر الباحث هذه النتيجة كالتالي:

القلق النفسي والاكتئاب لدى مرضى الوسواس القهري بمستشفيات ولاية الخرطوم (2016)

وجود أفراد العينة كلهم تحت برنامج علاجي سواء كان دوائياً، أو نفسياً، أو روحياً، يعني انهم تحت تأثير العلاج قد يكون له دور في انخفاض درجات القلق لدى افراد العينة، ويمكننا القول انه هناك اسباب لانخفاض القلق منها تعدد الطرق العلاجية النفسية الذاتية التي يمارسها الشخص نفسه من استرخاء وغيرها، والمتطورة التي يمارسها المختصون، إذ انه في العملية العلاجية أول ما يستهدفه المعالجون لعلاج الوسواس القهري هو خفض حدة القلق التي تتعارض مع العلاج. كما ان استجابة القلق والاكتئاب للعلاج أسرع من استجابة الوسواس القهري، إذ ان القلق والاكتئاب كإضطرابين يظهران في وجه الوسواس القهري كما اورد ذلك عكاشة أن نسبة أشكال شكاوى مرضى الوسواس القهري كانت (71% قلق، و 18% إكتئاب، و25% وسواس قهري) (عكاشة، 2010).

الفرض الثاني:

نص الفرض: (يتسم الإكتئاب النفسي لدى مرضى الوسواس القهري بالارتفاع) وللتحقق من صحة الفرض استخدم الباحث مقياس (ت) لدلالة الفروق لعينة واحدة.

الجدول (10) يوضح قيمة (ت) لعينة واحدة لمعرفة السمة العامة للاكتئاب.

حجم العينة	الوسط الفرضي	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت)	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج
40	42	25,83	1,198	39	-8,051	,000	تنسم السمة بالانخفاض

من الجدول أعلاه نلاحظ ان قيمة (ت) كانت (-8,051) بقيمة إحتتمالية 0,000، و مستوى المعنوية (0,05)، وبلغ الوسط الحسابي للعينة (25,83)، وعند مقارنة الوسط الحسابي مع الوسط الفرضي، نجد ان الوسط الفرضي (42) اكبر من الوسط الحسابي للعينة (25,83)، مما يجعلنا نرفض هذا الفرض ونعتبره غير صحيح أي أن الاكتئاب النفسي لدى مرضى الوسواس القهري يتسم بالانخفاض.

مناقشة النتيجة: تعتبر هذه النتيجة ضد ما ذكر فايما، أن (2004) اضطرابات القلق غالباً تتزامن معاً وتتوكلب مع بعضها، وتحدث الاعراض الاكتئابية بنسبة 50% لدى مرضى الوسواس القهري (فايما، 2004)، و ان المرضى المكتئبين دوماً قلقين، والمرضى القلقين دوماً مكتئبين.

كما اختلفت هذه الدراسة مع دراسة لورا ديربي (2011) عن التوكلب بين الإضطراب الوجداني ثنائي القطب والوسواس القهري، في ارتفاع نسبة الاضطراب الوجداني ثنائي القطب والاصابة بالوسواس القهري.

ويفسر الباحث هذه النتيجة بأن المدة التي قضاها مرضى الوسواس القهري مع المرض قد تتجاوز مرحلة الاصابة بالاكتئاب، التي غالباً ماتظهر في مراحل الاستجابة الاولى، والمتوسطة للإصابة، ويبدووا في التأقلم على الوسواس القهري بعد الصراع الطويل، فيحدث تعود على الفكرة مما يخفف القلق، كما اوردت شيلي (تايلور، 2008) أن المرضى المصابين بالامراض المزمنة بعد أن يمرؤ بمراحل الاستجابة الانفعالية (الإنكار، والقلق، والاكتئاب) في الاخر يبدؤوا شيئاً فشيئاً في تقبل المرض والتعايش معه والتأقلم،

مما يجعله لايؤثر عليهم. كذلك يمكننا النظر الى هذا الانخفاض من زاوية ماينادي به بعض المختصين، من أن الوسواس القهري غالباً يتحول الى زهان، ففي الحالات الاولى عندما يصارع المريض الفكرة الوسواسية مؤمناً بخطئها تسبب له القلق والاكتئاب، مع هذا الصراع يفقد الكثير من الطاقة النفسية مما يجعله يستسلم ويتصالح مع الفكرة ومن ثم تتحول إلى أفكار ضلالية.

الفرض الثالث:

نص الفرض: (توجد فروق دالة احصائياً في درجات القلق النفسي لدى مرضى الوسواس القهري لمتغير النوع).

وللتحقق من صحة الفرض استخدم الباحث مقياس (ت) لدلالة الفروق لعينتين مستغلتين (ذكور، واناث).

الجدول (11) يوضح قيمة اختبار ت لعينتين مستغلتين (ذكور واناث) لمعرفة الفروق في درجات القلق عند مستوى معنوية 05,

:

درجات القلق	حجم العينة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجة الحرية	المعنوية	النتيجة
ذكور	21	42,19	27,309	-2,656	38	,011	توجد فروق معنوية
اناث	19	66,00	29,386				

من الجدول اعلاه نلاحظ ان قيمة (ت) بلغت (2,656) بقيمة احتمالية (0,011) وهي أصغر من مستوى المعنوية (05) مما يجعلنا نرفض فرض العدم الذي ينص على انه لا توجد فروق في درجات القلق النفسي بين الذكور والاناث، ونقبل هذا الفرض ونعتبره صحيح، اي انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الاناث والذكور المصابين بالوسواس القهري في درجات القلق ولمعرفة اتجاه الفروق استخدم الباحث اختبار التوكي البعدي لتحليل الفروق حيث اظهر نتيجة الفرق لصالح الاناث أي ان الاناث اكثر قلقاً واعلى قلقاً من الذكور.

مناقشة النتيجة: اتفقت هذه الدراسة مع دراسة سامية حجازي إدريس (2008): فاعلية برنامج السلوكي المعرفي في تحسين القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن في عدم تساوي درجات القلق بين الذكور والاناث حيث أظهرت تقوفاً في درجات القلق لصالح الاناث.

ويعني الباحث هذه النتيجة الى ان تعرض النساء لعدة عوامل أخرى من تغيرات هرمونية متعلقة بالحمل، والولادة، والطمث، وغيرها قد يلعب دوراً في الفروق بينهن وبين الذكور في درجات القلق، وكما أكد ديفيد بارلو (2002) أن مرضى الوسواس القهري يحتاجون لكبت القلق أكثر من غيرهم خاصة في مراحل الاصابة الاولى حيث يحاول كل منهم إخفاء مايشعر به من وساوس وتقوq الرجال في القدرة على كبت القلق الذي يسببه الوسواس القهري على النساء قد يلعب دوراً في ارتفاع درجات القلق لديهن. وكما ان الاكتئاب والقلق يتأثران بعوامل أخرى كثيرة منها الوضع العائلي، والوراثي، وغيرها فقد تكون العوامل الاخرى تركزت لدى عينة الاناث أكثر منها لدى الذكور الامر الذي نتج عنه ارتفاع درجات القلق عند الاناث.

الفرض الرابع:

القلق النفسي والاكتئاب لدى مرضى الوسواس القهري بمستشفيات ولاية الخرطوم (2016)

نص الفرض: (توجد فروق دالة احصائياً في درجات الاكتئاب لدى مرضى الوسواس القهري تعزي لمتغير النوع). وللتحقق من صحة الفرض استخدم الباحث مقياس (ت) لدلالة الفروق لعينتين مستغلتين (ذكور، وإناث).

الجدول (12) يوضح اختبار (ت) لمعرفة الفروق في الإكتئاب لعينتين مستغلتين (ذكور، وإناث) عند مستوى معنوية 0,05:

درجات الاكتئاب	حجم العينة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجة الحرية	المعنوية	النتيجة
ذكور	21	21,90	10,587	-2,243	38	,031	توجد فروق معنوية
إناث	19	30,16	12,668				

من الجدول أعلاه نلاحظ ان قيمة (ت) بلغت (- 2,243) بقيمة احتمالية (0,031)، وهي اصغر من مستوى المعنوية (0,05)، مما يجعلنا نقبل هذا الفرض ونعتبره صحيح ونرفض فرض العدم الذي ينص على انه لا توجد فروق في درجات الاكتئاب النفسي بين الذكور والإناث، اي انه توجد فروق في درجات الإكتئاب لدى مرضى الوسواس القهري بين الذكور والإناث، واستخدم الباحث اختبار التوكي للتحليل البعدي حيث اظهرت النتيجة تفوق الإناث على الذكور في درجات الاكتئاب .

مناقشة النتيجة: تختلف هذه النتيجة مع ما اورده العيسوي من أن تساوي الظروف الاجتماعية والاقتصادية بين الجنسين يقود الي تساوي درجة المشكلات النفسية، كما ثبت ذلك في دراسة علي عينة عربية من مرضي القلب (العيسوي، 1992)، كما اختلفت النتيجة مع دراسة د.حسين علي فايد عن الفروق في الاكتئاب واليأس وتصور الانتحار، و دراسة د.هشام عبد الحميد محمود عن الاكتئاب واليأس وتصور الانتحار لدى عينة من طلاب الثانوي في انه لا توجد فروق في الاكتئاب حسب النوع (ذكور، وإناث)، ودراسة سامية حجازي إدريس (2008): فاعلية برنامج السلوكي المعرفي في تحسين القلق والإكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن في تساوي درجات الاكتئاب بين الجنسين، وتتفق هذه النتيجة في هذا الفرض مع دراسات كل من بدر الأنصاري (2007) عن الاكتئاب والنوع والعوامل الثقافية، ودراسة حسن المحمداوي (2008)، عن الاكتئاب لدى المسنين من الجالية العربية في السويد والتي خلصت الى انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في درجات الاكتئاب. كما تتفق مع ما أورده د. سامر جميل رضوان (2005) أن النساء يمتلكن استعداداً للإصابة بالاكتئاب ضعف الرجال. ويعزي الباحث هذه النتيجة لما يتعلق بالإناث من جوانب فسيولوجية وبيولوجية مرتبطة بالحمل والنفاس والطمث، كما يعزي الفروق ايضاً الى الدور المجتمعي والثقافي للنساء والذي يفرض عليهن محدودية سبل التعبير عن الانفعالات، والتفثيث الانفعالي مما يجبرهن على الالتجاء إلى الكبت والانعزال.

الفرض الخامس:

نص الفرض: (توجد فروق دالة احصائياً في درجات القلق النفسي و الإكتئاب النفسي لدى مرضى الوسواس القهري تعزي لمتغير نوع الوسواس القهري). وللتحقق من صحة الفرض استخدم الباحث إختبار التباين الاحادي انوفا (ف) لدلالة الفروق.

الجدول (13) يوضح قيم (ف) للفروق في درجات القلق والاكتئاب حسب نوع الوسواس القهري:

حسب نوع الوسواس		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى المعنوية	النتيجة
الفروق في درجات القلق	بين المربعات	4,753	3	1,584	,523	,669	لا توجد فروق معنوية
	داخل المربعات	109,022	36	3,028			
	المجموع	113,775	39				
الفروق في درجات الاكتئاب	بين المربعات	16,168	4	4,042	1,449	,239	لا توجد فروق معنوية
	داخل المربعات	97,607	35	2,789			
	المجموع	113,775	39				

من الجدول أعلاه نلاحظ أن قيمة (ف) للفروق في درجات القلق تبعاً لنوع الوسواس كانت (,523) بقيمة احتمالية (,669) وهي اكبر من مستوى المعنوية (,05). وبلغت قيمة (ف) للفروق في درجات الاكتئاب تبعاً لنوع الوسواس (1,449) بقيمة احتمالية (,239) وهي اكبر من مستوى المعنوية (,05) أيضاً مما يجعلنا نرفض الفرض البديل ونقبل فرض العدم الذي يدل على انه لا توجد فروق في درجات القلق ودرجات الاكتئاب النفسي تعزى لمتغير نوع الوسواس القهري.

مناقشة النتيجة: حيث انه لا توجد دراسات تحدثت عن الفروق في درجات القلق والاكتئاب لدى مرضى الوسواس القهري تبعاً لنوع الوسواس القهري، فان هذه الدراسة لم تتفق او تتعارض مع اي دراسة في هذا الفرض كما ان المراجع لم تركز على الفرق من هذه الناحية. ويعزى الباحث هذه النتيجة الى صغر حجم العينات الداخلية حسب المتغير، وارتفاع نسبة المرضى الذين يجمعون بين جميع اشكال الوسواس، مما يطمس نتيجة الفروق، إذ ان الافراد المصابين بنوع واحد من الوسواس قليلين نسبياً في العينة، كذلك التداخل بين انواع الوسواس القهري يجعل من الصعب مقارنة درجات القلق أو الاكتئاب مع نوع واحد، لذلك اختلفت هذه النتيجة مع ما توقعه الباحث.

الفرض السادس:

نص الفرض: (توجد فروق دالة احصائياً في درجات القلق النفسي والاكتئاب النفسي لدى مرضى الوسواس القهري تعزى لمتغير مدة الإصابة). ولفحص صحة الفرض استخدم الباحث مقياس (ف) للفروق الإحصائية بين العينات.

الجدول (14) يوضح قيم (ف) لدلالة الفروق في درجات القلق والاكتئاب تبعاً لمدة الإصابة.:

حسب مدة الإصابة		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى المعنوية	النتيجة
الفروق في درجات القلق	بين المربعات	4,354	3	1,451	3,182	,035	توجد فروق
	داخل المربعات	16,421	36	,456			
	المجموع	20,775	39				
الفروق في درجات الاكتئاب	بين المربعات	3,680	4	,920	1,883	,135	لا توجد فروق
	داخل المربعات	17,095	35	,488			
	المجموع	20,775	39				

القلق النفسي والاكتئاب لدى مرضى الوسواس القهري بمستشفيات ولاية الخرطوم (2016)

من الجدول السابق نلاحظ أن قيمة (ف) للفروق في درجات القلق تبعاً لمدة الإصابة بلغت (3,182) بقيمة إحصائية (0,035) وهي اصغر من مستوى المعنوية (0,05) ولمعرفة مدى الفروق استخدم الباحث اختبار توكي للتحليل البعدي فأظهرت النتيجة أن الفرق هو بين المجموعات اقل من سنة بمتوسط يساوي (1,67) و مجموعة سنة و اقل من ثلاث سنوات بمتوسط يساوي 1,87 ومجموعة أكثر من ثلاث سنوات يساوي 2,21 مما يعني ان مجموعة الاصابة اكثر من ثلاث سنوات هم اكثر ارتفاعاً في درجات القلق. بينما بلغت قيمة (ف) للفروق في درجات الإكتئاب تبعاً لمدة الإصابة (1,883) بقيمة إحصائية (0,135) وهي اكبر من مستوى المعنوية (0,05) مما يدل على انه لا توجد فروق في درجات الاكتئاب حسب مدة الإصابة.

مناقشة النتيجة: اتفقت هذه النتيجة مع دراسة سامية حجازي (2008) في انه توجد فروق في درجات القلق حسب مدة الإصابة بالفشل الكلوي، في حين انه لا توجد فروق في الاكتئاب حسب مدة الإصابة بالمرض، واختلفت مع دراسة اليس س.كارتر واخرون (2004) عن توكب القلق والاكتئاب لدى أسر مرضى الوسواس القهري، والتي خلصت الى انه توجد فروق في درجات الاكتئاب النفسي حسب مدة الإصابة، وكذلك دراسة نهلة عز الدين (2010) عن فاعلية برنامج ارشادي لتخفيف القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب في ان مدة الإصابة اثرت على درجات الاكتئاب واستجابتها للعلاجية. واختلفت مع دراسة اليس س.كارتر (2014) في أن الإصابة المبكرة بالوسواس القهري تؤثر على درجات القلق والاكتئاب المصاحبين له.

ويعني الباحث تلك النتيجة الى ان درجات القلق والاكتئاب تتأثر بشدة الوسواس القهرية، فإن كانت الإصابة قصيرة ولكن الحدة في الوسواس القهري شديدة تجعل من الصعوبة بمكان على المريض ممارسة حياته مما يسبب له درجات عالية من الحزن، وكلما استمرت الشدة استمرت الاعاقة وبالتالي استمر الاكتئاب والقلق بنفس الدرجة. وتسبب الحالات الخفية والمتوسطة القلق بينما ترتبط الحالات الشديدة من اضطراب الوسواس القهري بالاكتئاب.

الفرض السابع:

نص الفرض: (توجد فروق دالة احصائياً في درجات القلق النفسي والاكتئاب النفسي لدى مرضى الوسواس القهري تعري لمتغير نوع العلاج). وللتحقق من صحة الفرض استخدم الباحث اختبار التباين الاحادي انوفا (ف) لدلالة الفروق.

الجدول (15) يوضح قيم (ف) لدلالة الفروق في درجات القلق والاكتئاب تبعاً لنوع العلاج:

حسب نوع العلاج	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى المعنوية	النتيجة
الفروق في درجات القلق	بين المربعات	3	4,483	2,109	,116	لاتوجد فروق معنوية
	داخل المربعات	36	2,126			
	المجموع	39				
الفروق في درجات الاكتئاب	بين المربعات	4	2,958	1,325	.280	لاتوجد فروق معنوية
	داخل المربعات	35	2,233			
	المجموع	39				

من الجدول السابق نلاحظ أنقيمة (ف) للفروق في درجات القلق تبعاً لنوع الوسواس بلغت (2,109) بقيمة إحصائية (116)، وهي اكبر من مستوى المعنوية (05)، مما يدل على انه لا توجد فروق في درجات القلق. و بلغت قيمة (ف) للفروق في درجات الإكتئاب تبعاً لمدة الاصابة (1,325) بقيمة إحصائية (280)، وهي اكبر من مستوى المعنوية (05)، مما يدل على انه لا توجد فروق في درجات الاكتئاب حسب نوع العلاجايضاً.

مناقشة النتيجة: اتفقت هذه النتيجة مع دراسة تراب 1997 عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي مقابل العلاج الدوائي للاكتئاب، ودراسة زاس واخرون 1997، عن تحليل محتوى ستة دراسات للمقارنة بين كفاءة العلاج النفسي وحده، والتصاحب بين العلاج النفسي والدوائي، ودراسة زومبسون واخرون 2000، عن كفاءة العلاج المعرفي السلوكي مقابل العلاج الدوائي في علاج الإكتئاب لدى المسنين، ودراسة الفت كحلة 2000 مقارنة بين فاعلية العلاج النفسي الدوائي والعلاج النفسي المعرفي السلوكي، وسامية حجازي 2008 في فعالية برنامج علاجي معرفي درجة التحسن في القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي، واختلفت مع دراسة نيلسون واخرون 2002، عن تحليل بعدي لدراسات تناولت كفاءة العلاج المعرفي السلوكي وحده مقابل العلاج الدوائي في علاج الاكتئاب الاساسي، ودراسة لشين واخرون 1996 فاعلية التصاحب بين العلاج المعرفي السلوكي والدوائي، ودراسة زاس واخرون 2000، عن مقارنة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي مقابل العلاج الدوائي في علاج الاكتئاب الاساسي. ويفسر الباحث هذه النتائج كما يلي:

إن مهارات المعالج، ومدى تدريبه، وتأهيله، وسنين الخبرة، كل هذه العوامل تلعب دوراً كبيراً في نجاح العلاج، فقد يؤدي شيخاً، أو معالجاً روحياً ناجحاً، واثقاً في طريقته، ما لا يؤديه معالجاً نفسياً مدرباً، وقد يؤدي معالجاً نفسياً ناجحاً، ما لا يؤديه طبيباً نفسياً بالأدوية، طبيباً نفسياً بالأدوية، كما ان قناعة العميل بنوع العلاج قد تلعب دوراً كبيراً في نتيجة العلاج، وكل هذه الاشياء تؤدي الى تساوي درجات الإستجابة للعملية العلاجية ومن ثم تساوي درجات القلق والاكتئاب. كما أن حدة الوسواس هي الهم من نوع العلاج في تحديد درجة الاكتئاب. كما ان تداخل حجم الاسهام النسبي لأنواع العلاج وقصر فترة الدراسة قد يكون سبباً في طمس نتائج الدراسة.

الفرض الثامن:

نص الفرض: (توجد فروق دالة احصائياً في درجات القلق النفسي والاكتئاب النفسي لدى مرضى الوسواس القهري تعري لمتغيرات الحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، والعمر). ولتحقق من صحة الفرض استخدم الباحث إختبار التباين الاحادي انوفا (ف) لدلالة الفروق.

القلق النفسي والاكتئاب لدى مرضى الوسواس القهري بمستشفيات ولاية الخرطوم (2016)

الجدول (16) يوضح قيم (ف) لدلالة الفروق في درجات القلق والاكتئاب تبعاً للحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي والعمر:

النتيجة	مستوى المعنوية	قيمة (ف)	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات		الفروق في درجات القلق
لا توجد فروق معنوية	,673	,517	,170	3	,511	(بين المربعات)	الحالة الاجتماعية
			,330	36	11,864	داخل المربعات	
				39	12,375	المجموع	
لا توجد فروق معنوية	,145	1,914	,532	3	1,596	(بين المربعات)	العمر
			,278	36	10,004	داخل المربعات	
				39	11,600	المجموع	
لا توجد فروق معنوية	,570	,680	,586	3	1,757	(بين المربعات)	المستوى التعليمي
			,862	36	31,018	داخل المربعات	
				39	32,775	المجموع	
لا توجد فروق معنوية	,179	1,671	,496	4	1,984	(بين المربعات)	الفروق في درجات الاكتئاب
			,297	35	10,391	داخل المربعات	
				39	12,375	المجموع	
لا توجد فروق معنوية	,603	,691	,212	4	,849	(بين المربعات)	العمر
			,307	35	10,751	داخل المربعات	
				39	11,600	المجموع	
لا توجد فروق معنوية	,636	,642	,560	4	2,240	(بين المربعات)	المستوى التعليمي
			,872	35	30,535	داخل المربعات	
				39	32,775	المجموع	

من الجدول اعلاه نلاحظان قيمة (ف) للفروق في درجات القلق تبعاً للحالة الاجتماعية بلغت (,517) بقيمة احتمالية (,673) ، وبلغت قيمة (ف) للفروق في درجات القلق تبعاً للعمر (1,914) بقيمة احتمالية (,145) وبلغت قيمة (ف) للفروق في درجات القلق تبعاً للمستوى التعليمي (,680) بقيمة احتمالية (,570) . كما بلغت قيمة (ف) للفروق في درجات الاكتئاب تبعاً للحالة الاجتماعية (,671) بقيمة احتمالية (,179) ، وبلغت قيمة (ف) للفروق في درجات الاكتئاب تبعاً للعمر (,691) ، بقيمة احتمالية (,603) وبلغت قيمة (ف) للفروق في درجات الاكتئاب تبعاً للمستوى التعليمي (,642) ، بقيمة احتمالية (,636) ، مما سبق نلاحظ ان كل قيم الاحتمالية اكبر من مستوى المعنوية (,05) ، مما يدل على انه لا توجد فروق في درجات الاكتئاب حسب متغيرات الحالة الاجتماعية، والعمر، والمستوى التعليمي. ونلاحظ ان كل قيم الاحتمالية للفروق في كل المتغيرات اكبر من مستوى المعنوية (,05) ، مما يدل على انه لا توجد فروق في درجات القلق النفسي والاكتئاب لدى مرضى الوسواس القهري حسب متغيرات الحالة الاجتماعية، والعمر، والمستوى التعليمي.

مناقشة النتيجة: اتفقت هذه النتيجة مع دراسة سامية حجازي (2008) عن درجة التحسن في القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي في انه لا توجد فروق في درجات الاكتئاب تبعاً للسن، ودراسة إنعام قسم السيد (2007) عن القلق والاكتئاب لدى النساء العاملات في انه لا توجد فروق في الاكتئاب تبعاً للسن، ولا توجد فروق أيضاً في الاكتئاب تبعاً للحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي. وانه لا توجد فروق في درجات القلق تبعاً للسن، واختلفت معها في فروق القلق تبعاً للحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي. حيث اثبتت نتائج دراسة دكتورة انعام انه توجد فروق في درجات القلق تبعاً للحالة الاجتماعية، وتبعاً للمستوى التعليمي. واتفقت أيضاً مع دراسة حنان عبدالرحيم المالكي (1422هـ) عن العلاقة بين القلق وبعض المتغيرات، في انه لا توجد علاقة بين القلق والحالة الاجتماعية بينما اختلفت معها في ما يتعلق بالعلاقة بين القلق والسن حيث اثبتت الدراسة المذكورة انه توجد علاقة بين القلق والسن. واختلفت مع دراسة حسن إبراهيم المحمداوي (2008) عن الاكتئاب لدى المسنين من الجالية العربية في السويد، حيث اظهرت نتائجها انه يوجد فرق في الاكتئاب تبعاً للحالة الزوجية، ودراسة هبة النعيم (2003) عن الاكتئاب النفسي لدى النساء المطلقات بمحاكم ولاية الخرطوم التي خلصت الى انه توجد علاقة بين الاكتئاب والمستوى التعليمي، واتفقت معها في انه لا توجد علاقة بين الاكتئاب والسن، وتعارضت أيضاً مع دراسة محبوب الصديق محمد احمد (1998م) عن تقدير الذات لدى الشيوخ والمسنين وعلاقته بالاكتئاب، والتي ذكرت انه توجد فروق في درجات الاكتئاب تبعاً للحالة الزوجية.

ويرى الباحث ان قرب اعمار افراد العينة قد يعتبر سبباً في عدم وجود الفروق في درجات الاكتئاب والقلق حسب العمر حيث انه بالنظر الى التوزيع العمري لافراد العينة نجد ان الاعداد متقاربة جداً، كذلك بالنظر الى المستوى التعليمي نجد ان الغالبية العظمى لأفراد العينة ينتمون الى المستوى التعليمي الجامعي، إذ ان غير المتعلمين في العينة من فئة (أمي) كان فرداً واحداً، هذا أيضاً اثر بدوره على عدم ظهور الفروق في درجات الاكتئاب والقلق، أما بما يخص الحالة الاجتماعية، فإن كان مايعانيه الارامل والمطلقين من شعور بالوحده، وانخفاض الدعم الاجتماعي، وغيره سبباً في زيادة توكب الاكتئاب مع الوسواس القهري، فإن للعازبين البالغين مثل ذلك من شعور بالوحده والانفصال عن الاسرة مقابل تحديات تأسيس أسرة جديدة، كما للمتزوجين من عوامل اخرى تحت القلق والاكتئاب من الرغبة في انجاب الاطفال، وتحديات الصرف، والصراع وسوء التوافق الاسري إذ نجد من المتزوجين من يفضل لو انه لم يتزوج بسبب مايتعرض له من ضغوط أسرية.

أهم التوصيات:

- 1- تسليط المزيد من الضوء على الوسواس القهري كاضطراب نفسي، وعلى الوسواس الخاص بالأشكال الدينية والجنسية منه لما له من ارتباط كبير بمفهوم الفرد لذاته وتقبله لها.
- 2- توعية إدارات المستشفيات والعيادات الخاصة بضرورة الاهتمام بإحصائية منظمة لمرضى الوسواس القهري.
- 3- إنشاء مستشفى متخصص لعلاج مرضى الوسواس القهري تتوفر فيه المعدات المهمة والكادر المؤهل.
- 4- تدريب الأخصائيين النفسيين والأطباء على احدث الطرق لعلاج الوسواس القهري وكيفية ترجمتها إلى واقع عملي.
- 5- تدريب المرضى والأسر والمعالجين الشعبيين وتوعيتهم عن الوسواس القهري مما يقلل ويحد من الإصابة به.

القلق النفسي والاكتئاب لدى مرضى الوسواس القهري بمستشفيات ولاية الخرطوم (2016)

6- تأسيس رابطة لتقديم التعاون المشترك بين مرضى الوسواس القهري والاستفادة من خبرات بعضهم لتوفير الجهد وعدد المعالجين.

المقترحات:

- 1- الاكتئاب والقلق النفسي لدى مرضى الوسواس القهري بمستشفيات السودان النفسية مع زيادة حجم العينة وزيادة المدة الزمنية.
- 2- دراسة مقارنة عن الفروق في استجابة مرضى الوسواس القهري للعلاج النفسي والدوائي والروحي.
- 3- مفهوم الذات وعلاقته بأنواع الوسواس القهري.
- 4- جودة الحياة لدى مرضى الوسواس القهري بولاية الخرطوم.
- 5- فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي للوسواس القهري بمستشفيات ولاية الخرطوم
- 6- التدين لدى مرضى الوسواس القهري وعلاقته بالاكتئاب.

قائمة المراجع:

- 1) إدريس. سامية حجازي (2008): فاعلية برنامج السلوكي المعرفي في تحسين القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن (تحت الإستصفاء الدموي)، رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية الآداب، جامعة الخرطوم.
- 2) خاطر. عبدالله (1992): الحزن والاكتئاب على ضوء الكتاب والسنة، المنتدى الاسلامي جامعة الملك سعود. الرياض - المملكة العربية السعودية، ص15.
- 3) السيد. زيزي إبراهيم (2006): العلاج المعرفي للاكتئاب أسسه النظرية وتطبيقاته العملية، دار غريب للطباعة والنشر.
- 4) الشربيني. لطفي(2001): الاكتئاب المرض والعلاج، منشأة المعارف بالإسكندرية جلال حزي وشركاؤه- مصر، ص17.
- 5) الشربيني. لطفي (د. ت): معجم مصطلحات الطب النفسي، سلسلة المعاجم الطبية مركز تعريب العلوم الصحية، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، مراجعة د. عادل صادق، تحرير مركز تعريب العلوم الصحية، ص125.
- 6) العيسوي. عبدالرحمن(1992): علم النفس الإكلينيكي، الدار الجامعية للنشر، جامعة الإسكندرية مصر ص217.
- 7) باتل. فيكرام (2008): الصحة النفسية للجميع حيث لا يوجد طبيب نفسي، الطبعة الاولى، ورشة الموارد العربية - بيروت - لبنان، ص40.
- 8) تايلور. شيلي (2008)، علم النفس الصحي، ترجمة وسام درويش و فوزي شاكر، الطبعة الاولى، دار الحامد للنشر، المملكة الاردنية الهاشمية، عمان، ص516 - 520.
- 9) جميل . سامر رضوان (2009): في الطب النفسي وعلم النفس الاكلينيكي، الطبعة الاولى، دار الكتاب الجامعي، الامارات العربية المتحدة، ص63.

- 10) دفع الله. عبدالباقي، رقية السيد، على سليمان أحمد (2008): مناهج البحث العلمي في علم النفس، المكتبة الوطنية للنشر - السودان، ص8.
- 11) دليل تدخلات رأب الفجوة في الصحة النفسية (2013): منظمة الصحة العالمية المكتب الاقليمي لشرق المتوسط للاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان في مواقع تقديم الرعاية الصحية غير التخصصية، ص10.
- 12) ديفيد ه. بارلو (2002): مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية دليل علاج تفصيلي، ترجمة صفوت فرج، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، ص475.
- 13) شريف. محمد سالم (2005): وسواس الطهارة والصلاة، الطبعة الاولى، دار العقيدة، القاهرة - مصر - ص9، 10.
- 14) عكاشة. أحمد (2010): الطب النفسي المعاصر، الطبعة الخامسة عشر، مكتبة الانجلو المصرية، ص172.
- 15) علم النفس التربوي (2011): جامعة المدينة العالمية.
- 16) قمر الدين ابراهيم (2012): تقنين مقياس تايلور على البيئة السودانية، رسالة ماجستير، جامعة امدرمان الاسلامية.
- 17) كحلة. ألفت (2002): العلاج المعرفي السلوكي والعلاج السلوكي عن طريق التحكم الذاتي لمرضى الاكتئاب، الطبعة الاولى اينترناك للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
- 18) محجوب الصديق محمد أحمد (1998): تقدير الذات لدى الشيوخ والمسنين وعلاقته بالإكتئاب (دراسة ميدانية بالولاية الشمالية)، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب جامعة الخرطوم.
- 19) مشروع برامج التدخل (1975): منظمة الصحة العالمية، المكتب الاقليمي لغرب الباسفيك.
- 20) نشواتي. عبدالمجيد (2003): علم النفس التربوي الطبعة الرابعة، دار الفرقان للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.
- 21) هوفمان. اس. جي (2012): العلاج المعرفي السلوكي المعاصر، ترجمة مراد على عيسى، الطبعة الاولى، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة - مصر.
- 22) Faiman.d (2014) Anxiety Disorders And Depression, Sticklandhospital, Stellenbosch university, typerbig.
- 23) Martin. M Antony, (2010) Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders, second addition, P268.
- 24) Nelson. M. K. (2003). Meta - Analysis; Hypnotherapy/ Cognitive Behavioural Therapy and its efficacy on depression compared to Pharmacotherapy. Dissertation Abstracts International. 63 (2- B). 1040
- 25) Preventing Suicide (2000), WHO, mental and behavioral disorder department. Geneva. Page 6.
- 26) Thase. M. E, Greenhouse, V. & Kupfer, E., Reynoldes, C.F., Pilkonis, P.A., Hurley. K, Grochocincki, V. & Kupfer, D.J. (1997). Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy combinations. Archives of General Psychiatry, 54 (11), 1009 – 1015.
- 27) World Health Organization(1993): The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders Clinical descriptions and diagnostic guidelines, p117.