

تقييم الوعي بالعمليات المعرفية لدى المصابين باضطراب الوسواس القهري مقارنة بالأسوياء لدى عينة من طالبات الجامعة^١

ولاء بدوي محمد بدوي

استاذ علم النفس الإكلينيكي المساعد- جامعة الملك خالد- جامعة المنوفية
wbadwe@kku.edu.sa

DOI: <https://doi.org/DOI:10.31559/EPS2020.8.2.9>

تاريخ قبول البحث: ٢٠٢٠/٣/١٧

تاريخ استلام البحث: ٢٠٢٠/٢/٢٦

الملخص:

يعتبر مفهوم الوعي بالعمليات المعرفية عاملاً مهماً في تطور وعلاج مختلف الاضطرابات النفسية، خاصة اضطراب الوسواس القهري وهدفت الدراسة الحالية إلى تقييم مفهوم "الوعي بالعمليات المعرفية" لمضطربي الوسواس القهري لدى عينة من طالبات الجامعة مقارنة بالأسوياء. تكونت عينة الدراسة من (ن=٩٠) طالبة من طالبات كلية التربية جامعة الملك خالد موزعين على السنوات الدراسية الأربع لبرامج درجة البكالوريوس، تراوحت أعمارهن ما بين (١٨: ٢٢ سنة) مقسمين إلى (ن=٤٥) طالبة تم اختيارهن بطريقة قصدية لديهم اضطراب الوسواس القهري بمتوسط ١٨,٩ سنة وانحراف معياري قدره ١,٠٦ سنة، و(ن=٤٥) طالبة أسوياء بمتوسط ١٩,٦ سنة وانحراف معياري قدره ١,١ سنة. استخدمت كمجموعة مقارنة، ولتحقيق هدف الدراسة تم استخدام مقياس الوعي بالعمليات المعرفية للجراح "والعبيدات (٢٠١١) ومقياس بيل براون لاضطراب الوسواس القهري، وأظهرت نتائج الدراسة الاتي: توجد علاقة ارتباطية بين درجات الأداء على اختبار الوعي بالعمليات المعرفية ككل وأبعاده (تنظيم المعرفة، معرفة المعرفة ومعالجة المعرفة) والأداء على مقياس اضطراب الوسواس القهري. توجد فروق ذات دلالة بين المصابين باضطراب الوسواس القهري والأسوياء في الأداء على اختبار الوعي بالعمليات المعرفية لصالح المصابين باضطراب الوسواس القهري. أظهرت النتائج أيضاً يمكن التنبؤ باضطراب الوسواس القهري بدلالة قيم الأداء على اختبار الوعي بالعمليات المعرفية وأن أعلى معدل للتنبؤ باضطراب الوسواس القهري كان في بعد تنظيم المعرفة.

الكلمات المفتاحية: الوسواس القهري؛ الوعي بالعمليات المعرفية؛ اضطراب؛ نفسي.

المقدمة:

يُعد اضطراب الوسواس القهري أحد اضطرابات القلق ويتسم بوجود وساوس أو أفعال قهرية تسبب ضيقاً واضحاً أو إعاقة. والوسواس عبارة عن أفكار أو بواعث أو اندفاعات أو أشكال متواترة ومتكررة يدركها الفرد على أنها غير ملائمة ومسببة للضيق ويجب على الفرد أن يدرك أن الوسواس عبارة عن نتاج لعقله هو. بالإضافة إلى ذلك يجب أن يحاول الفرد تجاهل أو قمع الوسواس أو معادلتها مع فكرة أخرى أو فعل آخر. أما الأفعال القهرية فهي عبارة عن سلوكيات متكررة أو أفعال عقلية يقوم الفرد بأدائها استجابة لوساوس (Purdon., Monteiro., Antony & Swinson, 2001). حيث يصيب مختلف الأعمار والثقافات وأشار تقرير التصنيف التشخيصي الخامس أن معدل انتشار هذا الاضطراب عالمياً تتراوح ما بين (١,١ إلى ١,٨) (Jaisooriya et al, 2017).

ويقدر Bram 2004 أن واحداً من كل ٢٠٠ طفل، واثنان من كل مائة راشد يظهر عليهم أعراض الوسواس القهري. (البشر، ٢٠٠٧) ويؤكد Sadler على أن العامل الوراثي سبب رئيسي في الإصابة بمرض الوسواس القهري، فيذكر بأن سجلات عيادته لفترة امتدت لأكثر من ٣٥ عام كشفت أن الوراثة تظهر كسبب رئيسي في ٩٠٪ من الحالات المصابة بالوسواس القهري. (أبو هندي، ٢٠٠٣). وبشكل عام عرفت منظمة الصحة العالمية اضطراب الوسواس القهري أو القسري، بأنه عبارة عن أفكار أو أفعال قهرية متكررة تطرأ على ذهن الإنسان بشكل متكرر محاولاً تجاهلها دون جدوى. ويتضح من هذا التعريف العام أن الوسواس القهري عبارة عن فكرة أو مجموعة من الأفكار التي تتسلط على المريض وتقلق شعوره، قسراً دون إرادة منه رغم إدراكه لها. وبالتالي فإن مصطلح القهر يدل على شعور الإنسان بقوة داخلية لا يستطيع مقاومتها حيث تجبره على القيام بتلك الأعمال لعله يخفف حدة القلق التي

وصل إليها (APA, 2000). ويؤدي ذلك إلى ارتفاع مستوى التوتر لدى الفرد ومحاولة إبعاد تلك الأفكار، مما يؤدي إلى تكرار الإنسان لأعمال معينة وبصورة قهريّة. (Nasayuki, Masahiro & Yoshio, 2003)

ويبدأ الاضطراب عادة في سن المراهقة أو بداية الرشد، فقد لوحظ أن ٥٠٪ من المرضى بدأت أعراضهم قبل الرابعة والعشرين من العمر وأن ٨٠٪ قبل سن الخامسة والثلاثين، ومسار الاضطراب مزمن يتميز بفترات متناوبة من الشدة وأن حوالي ٢٠٪ إلى ٣٠٪ من المرضى يتحسنون لدرجة متوسطة بينما ٢٠٪ إلى ٤٠٪ من المرضى تظل حالتهم كما هي كما أن ثلث المرضى يصابون بالاكتئاب الذي يكون من بين مضاعفاته الانتحار والإدمان. (حمودة، ٢٠٠٧). وتتسم المظاهر الأساسية لاضطراب الوسواس القهري في تكرار حدوث الوسواس أو الأفعال القهرية والاندفاعات المرضية والتي تكون مفرطة بحيث تستغرق وقتاً طويلاً أو تسبب المضايقة والارتباك مع تعطل واضح في الأنشطة المعتادة، وفي بعض مواقف الاضطراب يستطيع الفرد إدراك أن هذه الوسواس والأفعال القهرية المرضية غير معقولة. (إبراهيم؛ عسكر: ٢٠١٢)

وتعود بدايات ظهور هذا المصطلح إلى ظهور الدليل التشخيصي الثاني DSM- II الذي اعتمد بشكل كبير على ما قدمه سيغموند فرويد في نظريته الشهيرة في التحليل النفسي حيث يرى أن نشأة اضطراب الوسواس القهري تعود إلى اضطراب في المرحلة الشرجية stage anal بسبب قسوة رقابة الأنا الأعلى على جميع تصرفات الفرد. (Grunblatt, Hauser, & Walitza, 2014)

واستناداً إلى النسخة الخامسة من الدليل التشخيصي المشار إليه DSM-V2013 فإن هذا الاضطراب يصنف تحت مسمى اضطراب الوسواس القهري والاضطرابات ذات العلاقة (APA, 2013) والتي تشمل اضطراب الوسواس القهري، اضطراب قلق الانفصال anxiety Separation disorder، واضطراب المخاوف المرضية Phobias disorder والقلق العام anxiety Generalized. ويرتبط مفهوم ما وراء المعرفة بثلاثة أنواع من السلوك العقلي وهي: معرفة الشخص عن عمليات فكره الشخصي ومدى دقته في وصف تفكيره؛ والتحكم وال ضبط الذاتي ومدى متابعة الشخص لما يقوم به عند انشغاله بعمل عقلي، مثل حل مشكلة معينة ومراقبة جودة استخدامه لهذه المتابعة في هدى وإرشاد نشاطه الذهني في حل هذه المشكلة. إلى جانب معتقدات الشخص وحس الوجدانية فيما يتعلق بفكره عن المجال الذي يفكر فيه ومدى تأثير هذه المعتقدات في طريقة تفكيره. ويعني هذا أن التفكير فيما وراء المعرفة له دوراً من حيث إدارة الوقت وإدارة الجهد عند القيام بمهام معقدة، ويتضمن ذلك فهم الموقف أو المشكلة قبل التسرع في محاولة الحل كما يتضمن التخطيط والمتابعة والرقابة، وتقدير نوع العمل ومسالك السير وتقدير الزمن الذي يمكن أن يستغرقه أداء هذا العمل (عبيد، ٢٠٠٤). وقدمت عدة تفسيرات معرفية لأعراض الوسواس القهري فيرى بيك أن محتوى الوسواس يرتبط بالخطر ويظهر في صورة شك أو حيلة، فالمرضى يساوره الشك وقد يؤدي عملاً ضرورياً كإطفاء الغاز مثلاً. (بيك، ٢٠٠٠) وقدم سالكوفسكس ١٩٨٥ تفسيراً شاملاً لاضطراب الوسواس القهري مؤكداً أن الأفكار الوسواسية المقحمة تعمل كمنبهات قد تستثير أنماطاً معينة من الأفكار التلقائية السلبية. وبالتالي فإن فكرة مقحمة قد تؤدي إلى اضطراب مزاجي في حالة ما إذا استنارت هذه الفكرة التلقائية السلبية فقط من خلال التفاعل بين الفكرة المقحمة ونسق معتقدات الفرد ويعد كل من الشعور بالمسؤولية ولوم الذات بمثابة السياقات المركزية في نسق معتقدات مريض الوسواس القهري. (Salkovskis, 1985) وبموجب هذا التفسير لا تعد كل فكرة مقحمة فكرة وسواسية، ولكن الفكرة الوسواسية هي فكرة مقحمة تم تقييمها سلبياً (Salkovskis, 2002). ويتسم الأفراد الذين يميلون إلى تقييم أفكارهم المقحمة العابرة تقيماً سلبياً بتبني مجموعة من المخططات المشوهة تدور حول تضخيم المسؤولية عن الأذى حيث يعتقدون أنهم يتسببون في إيذاء أنفسهم وإيذاء الآخرين أكثر مما يرجعون حدوث الأذى لأسباب أخرى، كأن يكون الموقف مؤذياً بطبيعته ومن ثم فأنهم يلزمون أنفسهم بضرورة القيام بأي فعل من شأنه أن يمنع الأذى المحتمل. (Salkovskis, 1999; Salkovskis, 2000; Salkovskis, 1985.)

وقد قام Wells, Matthews (1994) بافتراض أول نموذج ما وراء معرفي متكامل لاضطراب الوسواس القهري، وقد تم تقنينه بعد ذلك بمعرفة Wells (1997) ويؤكد هذا النموذج على المعتقدات الخاصة بمعنى ودلالة الأفكار الاقتحامية، وتنقسم المعتقدات ما وراء المعرفة الخاصة بهذه الأفكار إلى ثلاث مجالات واسعة: الدمج بين الفكر والفعل، الدمج بين الفكر والحدث، الدمج بين الفكر والموضوع. ويبرز النموذج ما وراء المعرفي أيضاً فكرة أن مرضى الوسواس القهري لديهم معتقدات ما وراء معرفية إيجابية عن ضرورة أداء الطقوس القهرية استجابة للأفكار الوسواسية الملحة التي تشعرهم براحة مؤقتة، ولكنها في الواقع تؤدي إلى استمرار وتفاقم خطورة حدة الأعراض الوسواسية القهرية. وهذا ما تتفق معه نتائج دراسة Fisher & Wells (2005) فالمشكلة في اضطراب الوسواس القهري لا تتوقف على محتوى الأفكار الاقتحامية، ولكنها ترتبط بصورة أساسية بكيفية تعامل الأفراد معها. فالأفكار الوسواسية الاقتحامية تعمل على تنشيط المعتقدات الخاصة بأهمية هذه الأفكار. ولا تتكون هذه المعتقدات فقط من معلومات عن الأفكار الاقتحامية المتكررة، ولكن تتكون أيضاً من المعرفة بالاستجابات السلوكية. وقد حظيت المعتقدات الخاصة بالسلوك في اضطراب الوسواس القهري باهتمام محدود في التفسيرات النظرية. ومن الممكن أن يؤدي المزيد من الاهتمام بهذه المعتقدات إلى تيسير التصور المفاهيمي للمشكلات الوسواسية القهرية (Wells, 1997, p.239). وقد قامت دراسة عرفة؛ يوسف (٢٠١٤) بمحاولة اختبار القدرة التنبؤية للمخططات المختلة التي تفترض النماذج والنظريات المعرفية اضطرابها بدور رئيسي في نشأة واستمرار الوسواس القهري على التنبؤ بالأعراض الوسواسية القهرية لدى عينة من مرضى الوسواس القهري في البيئة المحلية، وتضمنت المخططات ستة وهي تضخيم المسؤولية عن الأذى، المبالغة في أهمية الأفكار المقحمة، المبالغة في ضرورة التحكم في الأفكار المقحمة، المبالغة في تقدير التهديد، وعدم تحمل الأمور غير المؤكدة والزعجة إلى الكمال. أجريت الدراسة على عينة مكونة من ٣٧ مريضاً باضطراب الوسواس القهري (٢٣ ذكراً-١٤ أنثى) متوسط عمر ٢٤,٦٢ سنة. توصلت النتائج إلى وجود ارتباط موجب دال بين الأداء على كل من

استخبار الأعراض الوسواسية القهرية واستخبار المخططات المختلة لدى مرضى الوسواس القهري، وأوضح تحليل الانحدار البسيط قدرة كل مخطط من المخططات المختلة على التنبؤ بكل من الوسواس والأفعال القهرية. وفي الأونة الأخيرة أشار مايرز؛ فيشر وويلز (2009) Myers, Fisher & Wells إلى أن نموذج ما وراء المعرفة لدى المصابين باضطراب الوسواس القهري يشدد على الأهمية المذهبية للأفكار الخاطئة. ومع ذلك، فإن نموذج ما وراء المعرفة يميز بين المعتقدات حول العالم، مثل الكمالية والمسؤولية المتزايدة، والمعتقدات ما وراء المعرفة حول أفكار الفرد، مثل أهمية وحاجة السيطرة على الأفكار. ويؤكد النموذج على أن المعتقدات وراء المعرفة هي أساسية للتنمية والحفاظ على الوسواس القهري في حين أن المعتقدات الإدراكية هي منتجات ثانوية لأثار المعتقدات وراء المعرفة. وقد أجرت مجموعة العمل المهتمة بالمعارف الوسواسية القهرية (OCCWG) (2003) دراسة على عينة مكونة من 248 مريضاً باضطراب الوسواس القهري (139 أنثى-109 ذكراً) استخدموا استخبار المعتقدات الوسواسية وقائمة بادوا المعدلة ومقياس بيل براون لقياس أعراض الوسواس القهري وأظهرت النتائج ارتباط جميع المقاييس الفرعية لاستخبار المعتقدات المعرفية بالوسواس القهري ارتباطاً موجباً. ومرة أخرى أجرت مجموعة العمل المهتمة بالمعارف الوسواسية القهرية (OCCWG) (2005) دراسة على عينة مكونة من 410 مريضاً باضطراب الوسواس القهري (237 أنثى-173 ذكراً) متوسط أعمارهم 35 سنة واستخدموا نفس اختبارات عام 2003. استخبار المعتقدات الوسواسية وقائمة بادوا المعدلة ومقياس بيل براون لقياس أعراض الوسواس القهري وأظهرت النتائج ارتباط جميع المقاييس الفرعية لاستخبار المعتقدات المعرفية وجميع الأعراض الوسواس القهري ارتباطاً موجباً. وقد أجرى جريك وآخرون (Garcia et al., 2006) دراسة تهدف إلى تقييم الوعي بالعمليات المعرفية لدى مرضى يعانون من الهلوسة والوسواس القهري. حيث تمت المقارنة بين 6 مجموعات من المرضى يعانون من تشخيصات مختلفة وفقاً لمعايير DSM IV TR (الرابطة الأمريكية للطب النفسي، 2000) المجموعة الأولى (ن=21 هلاوس سمعية) المجموعة الثانية (ن=22 فصام ولم يسبق لهم هلاوس) المجموعة الثالثة (مرضى يعانون من انفصام في الشخصية لا يعانون أي هلاوسات طوال 6 شهور الماضية) المجموعة الرابعة (ن=23 مرضى الوسواس القهري) المجموعة الخامسة (ن=26) مجموعة المراقبة السريرية تضم المرضى الذين عولجوا من قبل خدمات الصحة العقلية متنوعة ما بين قلق عام -اضطرابات شخصية- اكتئاب- فقدان شهية- إدمان كحول- رهاب اجتماعي- توهم المرض) في هذه المجموعة تم استبعاد أي حالات تعاني فصام أو وسواس قهري في السابق المجموعة السادسة (ن=20) مجموعة غير اكلينيكية من العاديين لا يعانون من أي أعراض نفسية). أظهرت نتائج الدراسة أن المعتقدات ما وراء المعرفة تتزامن مع مرض الوسواس القهري في عدة عوامل خاصة معتقدات الخرافة وتؤكد الدراسة على الدور الذي تلعبه المعتقدات الخرافية والأفكار المتعلقة بالسحر لدى مرضى الهلاوس السمعية والوسواس القهري مقارنة بباقي المجموعات وبعد إجراء معادلة الانحدار أظهرت أن العامل وراء المعرفي ذو الوزن الأكبر في معتقدات الخرافة والمعتقدات السلبية حول عدم القدرة على التحكم وخطر الأفكار والمسؤولية فيما يتعلق بتفكير الفرد لدى مرضى الوسواس القهري والهلاوس مقارنة بالعاديين، وقد قام ايرك وتوسن (Irak & Tosun, 2008) ببحث العلاقة بين الوعي بالعمليات المعرفية والوسواس القهري، تكونت عينة الدراسة من 850 مفحوص من 17 جامعة مختلفة في تركيا، وتم استخدام استبيان الوعي بالعمليات المعرفية Metacognition Questionnaire (Cartwright – Hatton and wells, 1997) ومقياس بيل براون للوسواس القهري، وأسفرت النتائج عن وجود انخفاض الوعي بالعمليات المعرفية بشكل دال إحصائياً لدى مرضى الوسواس القهري، وكذلك أجرى داستجري؛ جوادرزى؛ غانيزاده وتاجفى (Dastgiri, Gudarzi, Ghanizadeh & Taghavi, 2008) دراسة لفحص دور المسؤولية والمعتقدات وراء المعرفة لدى مرضى الوسواس القهري أثناء السيطرة على القلق، وتقييم العلاقة الداخلية بين المسؤولية والمعتقدات وراء المعرفة. تكونت العينة من 25 مريض بالوسواس القهري، 25 يعانون من اضطراب القلق العام و25 من العاديين تم الحصول على العينات من المرضى المترددين على العيادات الخارجية بمستشفى شيراز (إيران)، وأسفرت النتائج عن اختلاف الأداء على جميع المقاييس الفرعية لاستبيان المعتقدات وراء المعرفة لدى مرضى الوسواس القهري ومرضى القلق العام مقارنة بالعاديين. وقد أجرى كل من اكسنر ومارتن وريف (Exner, Martin & Rief, 2009) دراسة هدفت إلى دراسة الوعي بالعمليات المعرفية وتأثيره على أداء الذاكرة لدى مرضى الوسواس القهري، تكونت العينة من 23 شخصاً من مرضى اضطراب الوسواس القهري و22 من الأسوياء، وتم استخدام استبيان الوعي بالعمليات المعرفية Hatton and wells, 1997 ومقياس بيل براون للوسواس القهري ومقياس الأداء على الذاكرة اللفظية، وأسفرت النتائج عن التأثيرات المتدهورة للوعي بالعمليات المعرفية لدى مرضى الوسواس القهري كما أظهر المشاركون في الوسواس القهري انخفاضاً فورياً ومتأخراً في تذكر المواد الكلامية المعقدة. تشير النتائج إلى الآثار المتدهورة للأسلوب المعرفي الذي يركز على التفكير في عمليات الترميز الفعالة في الوسواس القهري. كما بحث كل من العمراوي وفتحي (Alimoradi & Fatehi, 2011) مقارنة المعتقدات ما وراء المعرفة واستراتيجيات الضبط في التفكير لدى عينة من مرضى الوسواس القهري والعاديين، تكونت عينة الدراسة من 80 مريض يعانون من أعراض الوسواس القهري مقسمين إلى (40 إناث- 40 ذكور) و 80 شخص من العاديين مقسمين إلى (40 إناث- 40 ذكور) تم اختيارهم كمجموعات للمقارنة بينهم وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق كبيرة بين المرضى والأسوياء في المعتقدات ما وراء المعرفة لصالح عينة الوسواس القهري وكان أعلى متوسط في مجموعة الوسواس القهري متصل ببعد العقاب وأدنى متوسط مرتبط بالتحكم الاجتماعي، وجود فروق بين المرضى والأسوياء في العقاب وإعادة التقييم والقلق والتحكم الاجتماعي وكان أعلى متوسط في مجموعة الوسواس القهري متصل ببعد عدم القدرة على التحكم وأدنى متوسط مرتبط بالثقة المعرفية. ومن ناحية أخرى قام كل من مقدم، أبو المعالي ومجتبعي (Moghadam, Abolmaali & Mojtabaie, 2014) بدراسة تهدف إلى فحص ومقارنة المعتقدات ما وراء المعرفة لدى عينة من المكتئبين والمصابين باضطراب الوسواس القهري والعاديين. حيث تكونت عينة الدراسة من (174 شخص) 78 مكتئب و78 مريض وسواس قهري و78 أسوياء تم

اختيار عينة المرضى من داخل المترددين على العيادات الخارجية في جنوب وسط طهران وعينة الأسوياء تم انتقاها بطريقة عشوائية من العاملين بالعيادات الخارجية. وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المعتقدات ما وراء المعرفة بين العاديين ومرضى الوسواس القهري والمكتئبين، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الأبعاد الفرعية لمقياس ما وراء المعرفة وخصوصاً بعدى الثقة المعرفية والوعي الذاتي المعرفي بين مرضى الوسواس القهري والمكتئبين لصالح اضطراب الوسواس القهري. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات مرضى الوسواس القهري والمكتئبين في الأبعاد الفرعية (التفكير الإيجابي عن القلق-فقدان السيطرة والحاجة للتحكم في الأفكار)، وقد أشار سليم وسعادة (2015) في Seleem & Saada دراسة هدفت إلى استكشاف دور ما وراء المعرفة في التسبب في أعراض الوسواس القهري لدى عينة مصرية. تكونت عينة الدراسة من ٤٠ مريض بالوسواس القهري و٤٦ أسوياء متماثلين في الجنس والسن، وأظهرت نتائج الدراسة تسجيل مجموعة المرضى المصابين بالوسواس القهري درجات أعلى بكثير من المجموعة الضابطة في جميع الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لاستبيان ما وراء المعرفة، وتميزت الأبعاد الخاصة الثقة المعرفية والمخاطر والسيطرة أحجام تأثيرية مرتفعة. وقد تم تسجيل تناسب طردي قوي بين أبعاد ما وراء المعرفة وشدة أعراض الوسواس القهري. وتستنتج الدراسة يرتبط الاختلال في مفاهيم ما وراء المعرفة بأعراض الوسواس القهري وفهمنا لهذه العلاقة يؤدي إلى صياغة جديدة للبناء المعرفي لمرضى الوسواس القهري مما يفيد في تطوير علاجات معرفية جديدة لهذا المرض. وفي ضوء ما سبق يتضح دور الوعي بالعمليات المعرفية في تفسير اضطراب الوسواس القهري ونظراً أن هناك أهمية كبيرة لوعي الطالبات بتفكيرهم المعرفي حيث يساهم في وعى الفرد بتفكيره وقدرته على معرفة مشاعره ويساهم في فهمه لنفسه مما يتيح له القدرة على إدارة الذات المعرفية وتنظيمها والقدرة على التخطيط والوصول الأمثل إلى إيجاد حلول للمشكلات التي تواجهه ويتضح من عرض الدراسات السابقة ندرة الدراسات العربية التي تناولت الوعي بالعمليات المعرفية لدى طالبات الجامعة وما له من أهمية في التنبؤ بأعراض الوسواس القهري.

ومن هنا تحددت مشكلة الدراسة الحالية في التساؤلات التالية:

١. هل توجد علاقة بين درجات الأداء على مقياس الوعي بالعمليات المعرفية بأبعاده (تنظيم المعرفة-معرفة المعرفة-معالجة المعرفة) والأداء على مقياس اضطراب الوسواس القهري؟
٢. هل توجد فروق بين المصابين باضطراب الوسواس القهري والأسوياء في الأداء على مقياس الوعي بالعمليات المعرفية بأبعاده (تنظيم المعرفة-معرفة المعرفة-معالجة المعرفة) لدى عينة من طالبات الجامعة؟
٣. هل يمكن التنبؤ باضطراب الوسواس القهري بدلالة قيم الأداء على مقياس الوعي بالعمليات المعرفية؟

أهداف البحث:

هدف البحث الحالي إلى:

١. التعرف على العلاقة بين درجات الأداء على مقياس الوعي بالعمليات المعرفية بأبعاده (تنظيم المعرفة-معرفة المعرفة-معالجة المعرفة) والأداء على مقياس اضطراب الوسواس القهري.
٢. التعرف على الفروق بين المصابين باضطراب الوسواس القهري والأسوياء في الأداء على مقياس الوعي بالعمليات المعرفية بأبعاده (تنظيم المعرفة-معرفة المعرفة-معالجة المعرفة) لدى عينة من طالبات الجامعة.
٣. المساهمة في التنبؤ بدرجة اضطراب الوسواس القهري بدلالة قيم الأداء على اختبار الوعي بالعمليات المعرفية.

أهمية البحث:

الأهمية النظرية:

١. ندرة الدراسات في حدود علم الباحثة التي تناولت بالبحث والدراسة الوعي بالعمليات المعرفية، اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طالبات الجامعة في البيئة العربية.
 ٢. كما يستمد البحث أهميته من الفئة العمرية التي يهتم بدراستها وهم طالبات الجامعة مضطربي الوسواس القهري وهم فئة تحتاج إلى المزيد من الاهتمام البحثي.
 ٣. تأثير الإصابة باضطراب الوسواس القهري على الأفراد والمجتمع.
- الأهمية التطبيقية: في ضوء ما يسفر عنه البحث من نتائج يمكن تقديم عدد من التوصيات في تخطيط البرامج الإرشادية والعلاجية لمضطربي الوسواس القهري وذلك للحد من حدوث التدهور الناتج عن هذا الاضطراب.

مصطلحات البحث:

الوسواس القهري: **obsessive-compulsive disorder** هو مرض نفسي يتميز بوجود أفكار، اندفاعات، أو دوافع حركية متكررة وخاطئة، مثل غسل اليدين مئات المرات، والتفكير في الله والكون وماهية الفرد، والخوف من الميكروبات والأمراض. إلخ. وعلى الرغم من معرفة المرء التامة بتافهية وعدم معقولية هذه الأفكار والحركات، وبالرغم من مقاومته الشديدة لها إلا أنها تسيطر عليه، وتشل حركته وتسبب له ألم نفسي وعقلي شديد. (عكاشة؛

عكاشة، ٢٠٠٩) يعرف إجرائياً بأنه اضطراب في الحالة الصحية للفرد والتي يعاني فيها من مجموعة من الأفكار الوسواسية، ثم يتبعها نشاط سلوكي قهري غير مرغوب فيه، أما الوسواس فهو فكرة ملحة بشكل مستمر ومُتواصل مما يدفع الفرد للقيام بسلوكيات معينة بشكل متكرر في محاولة للتخفيف من مشاعر الانزعاج والتوتر الناتجة عن القلق الذي تولده الأفكار الوسواسية. ويعبر عنه بالدرجة الكلية التي تحصل عليها الطالبة بالإجابة على قائمة بييل براون للوسواس القهري.

الوعي بالعمليات المعرفية: Metacognition تعريف شراو ودينسون (Schraw & Dennison, 1994) بأنها "وعي الفرد وإدراكه لما يقوم بتعلمه وقدرته على وضع خطط محددة للوصول إلى أهدافه، وكذلك اختيار الاستراتيجية المناسبة وتعديلها أو التخلي عنها واختيار إستراتيجيات جديدة، بالإضافة إلى تمتعه بدرجة كبيرة من القدرة على مراجعة ذاته وتقييمها باستمرار. تعرف إجرائياً: بأنها المعرفة والوعي والقدرة على تنظيم وإدارة المعرفة من خلال التخطيط والتنظيم والتقويم قبل وأثناء وبعد حل المشكلة. ويعبر عنها بالدرجة الكلية التي تحصل عليها الطالبة بالإجابة على قائمة الوعي بالعمليات المعرفية المكونة من ثلاثة أبعاد وهي:

- تنظيم المعرفة: ويعبر عنها باستجابات الطالبات حول قدرتهن على التخطيط، وإدارة المعلومات، والتقييم، والمحسوبة من خلال الدرجات التي تحصل عليها الطالبات على الفقرات المتعلقة بهذا البعد
- معرفة المعرفة: ويعبر عنه استجابات الطالبات حول معرفتهن التقديرية، والإجرائية، والشرطية، والمحسوبة من خلال الدرجات التي تحصل عليها الطالبات على الفقرات المتعلقة بهذا البعد.
- معالجة المعرفة: ويعبر عنها باستجابات الطالبات حول قدرتهن على استخدام الاستراتيجيات، والمهارات في إدارة المعلومات والمحسوبة من خلال الدرجات التي تحصل عليها الطالبات على الفقرات المتعلقة بهذا البعد.

فروض البحث:

- ١- توجد علاقة ارتباطية بين درجات الأداء على مقياس الوعي بالعمليات المعرفية بأبعاده (تنظيم المعرفة-معرفة المعرفة-معالجة المعرفة) والأداء على مقياس اضطراب الوسواس القهري.
- ٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مضطربي الوسواس القهري والأسوياء في الأداء على مقياس الوعي بالعمليات المعرفية بأبعاده (تنظيم المعرفة-معرفة المعرفة-معالجة المعرفة) لدى عينة من طالبات الجامعة.
- ٣- يمكن التنبؤ باضطراب الوسواس القهري بدلالة قيم الأداء على اختبار الوعي بالعمليات المعرفية.

منهج البحث وإجراءاته:

أولاً: منهج البحث: اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي (الارتباطي المقارن) حسب ما تفتضيه متغيرات الدراسة، حيث تسعى الدراسة لتقييم الوعي بالعمليات المعرفية لدى المصابين بالوسواس القهري مقارنة بالأسوياء لدى عينة من طالبات الجامعة.

ثانياً: مجتمع وعينة البحث:

١. مجتمع البحث: تكون المجتمع الأصلي للدراسة من (٥٦٠) طالبة موزعين على السنوات الدراسية الأربع لبرامج درجة البكالوريوس للفصل الدراسي الأول من العام الجامعي ٢٠١٩-٢٠٢٠ بكلية التربية جامعة الملك خالد.
٢. عينة البحث: انقسمت عينة البحث الحالي إلى عینتين هما:

- العينة الاستطلاعية: وتمثل عينة التحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات البحث للتأكد من سهولة قراءتها، ووضوح تعليماتها، وإعدادها للتطبيق في صورتها النهائية وكان قوامها (٨٨) من طالبات الجامعة.
- العينة النهائية: وهي العينة التي تحددت بعد تطبيق مقياس بييل براون للوسواس القهري على (٥٦٠) طالبة، وبعد استبعاد منخفضي الوسواس القهري ثم اختارت الباحثة بطريقة قصدية أعلى الدرجات على المقياس المطبق وبلغ عددهم (٤٥) طالبة من طالبات جامعة الملك خالد. تراوحت أعمارهن ما بين (١٨: ٢٢ سنة)، بمتوسط ١٨,٩ سنة وانحراف معياري قدره ١,٠٦ سنة. وتم مقارنتها بعينة من الأسوياء وبلغ عددهم (٤٥) طالبة. بمتوسط ١٩,٦ سنة وانحراف معياري قدره ١,١ سنة.

ثالثاً: أدوات البحث:

١. مقياس بييل براون للوسواس القهري (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale -Y-BOCS) من أجل قياس الوسواس القهري لدى عينة الدراسة، تم استخدام مقياس بييل براون للوسواس القهري (Goodman et al, 1989)، تكون المقياس بصورته الأولية من (١٠) فقرات. يقيم كل منها على سلم تقييم يتراوح من (٠ إلى ٤) حيث تتناول الفقرات الخمس الأولى الأفكار الوسواسية، أما الفقرات الخمس الأخرى فتتناول الأفعال القهرية، والدرجة الكلية القصوى على المقياس هي (٤٠) ويستخدم مقياس بييل براون كأداة ملاحظة بشكل كبير في الدراسات العلاجية لاضطراب الوسواس القهري. وتقييم درجات المقياس كالتالي: (صفر-٧ خفيف جداً، ٨-١٥ خفيف، ١٦-٢٣ متوسط، ٢٤-٣١ ملحوظ، ٣٢-٤٠ شديد).

وقد قام معد المقياس القهري (Goodman et al,1989) بحساب ثبات المقياس باستخدام معامل ألفا كرونباخ (0,73) وهو معامل ثبات مناسب لقياس شدة الوسواس القهري، كما قام بحساب الصدق التباعدي والتقاربي وتبين ارتباط الدرجة الكلية لمقياس بيل براون ارتباطاً دالاً قوياً. الخصائص السيكومترية لمقياس الوسواس القهري

- صدق المقياس: قامت الباحثة بحساب صدق المقياس والمكون من (10 فقرات) من خلال تطبيقه على عينة استطلاعية قوامها (88) من طالبات الجامعة، وذلك بمجموعة من الطرق هي:
- الصدق التمييزي: تم حساب دلالة الفروق بين متوسطي درجات (27٪) من العينة الاستطلاعية (88) طالبة والذي حصلوا على أعلى الدرجات و(27٪) الذي حصلوا على أقل الدرجات، وكانت النتيجة كالتالي:

جدول (1): يوضع حساب دلالة الفروق بين متوسطي درجات

العينة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجات الحرية	مستوى الدلالة	الدلالة
الأعلى درجات	24	28,08	2,00	7,18	46	0,00	دالة عند 0,01
الأقل درجات	24	24,79	0,66				

يتبين من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الطالبات مرتفعي ومنخفضي الأداء على المقياس عند مستوى (0,01) ما يدل على القدرة التمييزية العالية للمقياس.

- التحليل العاملي: تم إجراء تحليل عاملي لاستجابات العينة الاستطلاعية (88) طالبة على المقياس بطريقة المكونات الأساسية لهوتلينج لمقياس " الوسواس القهري"، وبعد التدوير المتعامد بطريقة (الفاريمكس) (Varimax)؛ أسفر التحليل العاملي عن وجود عاملين مستقلين هما على النحو التالي: العامل الأول (الأفكار الوسواسية) والعامل الثاني (الأفعال القهرية)، ويبين الجدول التالي أرقام الفقرات وتشبعاتها، والجذر الكامن ونسبة التباين العاملي والتباين الكلي.

جدول (2): تشبعات الفقرات على العاملين لمقياس الوسواس القهري

العامل الأول (الأفعال الوسواسية)		العامل الثاني (الأفعال القهرية)	
الرقم	التشبعات	الرقم	التشبعات
1	0,815	6	0,886
2	0,517	7	0,659
3	0,550	8	0,494
4	0,590	9	0,388
5	0,717	10	0,353
الجذر الكامن		3,40	
نسبة التباين العاملي		24,03٪	
التباين الكلي		57,11٪	

وقد بلغ عدد فقرات العامل الأول خمس فقرات تدور في مجملها حول الأفكار الوسواسية، وكانت قيمة الجذر الكامن لهذا العامل 3,31، ووفق المحكات الأساسية التي وضعها كايوز لقبول العامل وإخضاعه للتفسير فإن قيمة الجذر الكامن لهذا العامل تعتبر جيدة حيث كانت أكبر من الواحد الصحيح، ويفسر هذا العامل نسبة 24,03٪ من التباين الكلي. وقد بلغ عدد فقرات العامل الثاني خمس فقرات تدور في مجملها حول الأفعال القهرية، وكانت قيمة الجذر الكامن لهذا العامل 2,40، ووفق المحكات الأساسية التي وضعها كايوز لقبول العامل وإخضاعه للتفسير فإن قيمة الجذر الكامن لهذا العامل تعتبر جيدة حيث كانت أكبر من الواحد الصحيح، ويفسر هذا العامل نسبة 24,03٪ من التباين الكلي. وهذا يشير إلى الصدق العاملي لمقياس الوسواس القهري.

ثبات المقياس: قامت الباحثة بحساب ثبات مقياس اضطراب الوسواس القهري من خلال تطبيقه على عينة استطلاعية قوامها (88=ن) من الطالبات باستخدام عدة طرق، وقد جاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

جدول (3): معاملات الثبات بطرق ألفا كرونباخ وسيرمان براون وجتمان لمقياس اضطراب الوسواس القهري

المقياس	الأبعاد	عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ	معامل التجزئة النصفية باستخدام معادلة سيرمان وبراون	معامل التجزئة النصفية باستخدام معادلة جتمان
اضطراب الوسواس القهري	العامل الأول الأفكار الوسواسية	5	0,83	0,88	0,85
	العامل الثاني الأفعال القهرية	5	0,89	0,80	0,70
	الإجمالي	10	0,93	0,95	0,94

ومن الجدول السابق يتضح أن معاملات الثبات لمقياس اضطراب الوسواس القهري جميعها مرتفعة حيث تراوحت فيما بين (0,70-0,95)، وهذا يدل على إمكانية ثبات النتائج التي يمكن أن تسفر عنها الدراسة الحالية.

٢. مقياس المعتقدات ما وراء المعرفية: هذا المقياس للباحثين " الجارح " والعبيدات (٢٠١١) وهو الصورة المعربة من مقياس الوعي بالعمليات المعرفية الذي أعده Schraw Dennison (1994) الذي استخدم لقياس مستوى المعتقدات ما وراء المعرفية عند المراهقين والراشدين. تكون المقياس في صورته الأولى من (٤٢) موزعة على ثلاثة أبعاد هي:

- تنظيم المعرفة: ويقصد بها التنظيم ما وراء المعرفي ويشمل التخطيط والمراقبة والتقييم.
 - معرفة المعرفة: وتشير إلى المعارف المكتسبة من العمليات المعرفية.
 - معالجة المعرفة: وهي الاستراتيجيات والمهارات المستخدمة في إدارة المعلومات.
- مفتاح تصحيح المقياس: بما أن عبارات المقياس كلها إيجابية فقد تكون سلم الإجابة من خمسة مستويات (دائماً= ٥-غالباً= ٤-أحياناً= ٣-نادراً= ٢- إطلاقاً= ١)

مستويات المقياس: وبعد الحصول على درجات الفرد على جميع بنود المقياس، يتم جمع الدرجات للحصول على الدرجة الكلية، وبالتالي فإن أقل درجة يمكن أن يحصل عليها الفرد في هذا المقياس ٤٢ وأعلى درجة يمكن أن يحصل عليها الفرد في هذا المقياس هي الدرجة ٢١٠ وبناءً عليه تصنف مستويات الوعي بالعمليات المعرفية إلى المستويات الثلاثة التالية:

- مستوى الوعي بالعمليات المعرفية المنخفض، تتراوح درجاته بين ٤٢-٩٣ درجة
مستوى الوعي بالعمليات المعرفية المتوسط، تتراوح درجاته بين ٩٤-١٤٦ درجة
مستوى الوعي بالعمليات المعرفية المرتفع، تتراوح درجاته بين ١٤٧-٢١٠ درجة
١. تنظيم المعرفة ويوضح القدرة على التخطيط وإدارة المعلومات والتقييم والفقرات التي تقيس هذا البعد هي (١-٤-٦-٨-٩-١١-٢١-٢٢-٢٣-٢٤-٢٥-٣٣-٣٥-٣٦-٣٨-٤١-٤٢)
 ٢. معرفة المعرفة ويشير إلى المعرفة التقديرية والمعرفة الإجرائية والمعرفة الشرطية والفقرات التي تقيس هذا البعد هي (٣-٧-١٠-١٥-١٦-١٧-١٨-٢٦-٢٧-٢٩)
 ٣. معالجة المعرفة ويشير إلى إستراتيجيات والمهارات المستخدمة في إدارة المعلومات والفقرات التي تقيس هذا البعد (٢-١٢-١٣-١٤-١٩-٢٨-٣١-٣٤-٣٧-٣٩-٤٠)

قام الباحثان معدو المقياس بحساب ثبات المقياس حيث بلغت قيمة ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ وإعادة التطبيق بفواصل اسبوعين (٠,٧٣،٠,٦٢) وقد قاموا بحساب الصدق عن طريق صدق المحكمين وصدق البناء وتم استخراج معامل الارتباط بين لكل فقرة مع البعد.

الخصائص السيكومترية للمقياس

أولاً: صدق المقياس: تم إجراء تحليل عاملي بطريقة المكونات الأساسية لهوتلينج لمقياس " الوعي بالعمليات المعرفية " (٤٢ فقرة) على عينة قوامها (٨٨) من طالبات الجامعة، وبعد التدوير المتعامد بطريقة (الفاريمكس) (Varimax): أسفر التحليل العاملي عن وجود ثلاث عوامل مستقلة هي على النحو التالي: العامل الأول (تنظيم المعرفة) والعامل الثاني (معرفة المعرفة)، والعامل الثالث (معالجة المعرفة)، وبين الجدول التالي أرقام الفقرات وتشبعاتها، والجذر الكامن ونسبة التباين العاملي والتباين الكلي.

جدول (٤): تشبعات الفقرات على العوامل الثلاثة لمقياس الوعي بالعمليات المعرفية

العامل الأول (تنظيم المعرفة)		العامل الثاني (معرفة المعرفة)		العامل الثالث (معالجة المعرفة)	
الرقم	التشبعات	الرقم	التشبعات	الرقم	التشبعات
١	٠,٨٧١	٢	٠,٤٩٠	٣	٠,٤٢٨
٤	٠,٩٠٣	٥	٠,٣١٤	١٢	٠,٥٦٩
٦	٠,٧٠٦	٧	٠,٤٠٥	١٣	٠,٣٦٥
٨	٠,٨١١	١٠	٠,٣٩٨	١٤	٠,٦٦٢
٩	٠,٨٢٥	١٥	٠,٥٩٥	١٩	٠,٤٥٤
١١	٠,٦٩٢	١٦	٠,٧١٢	٢٨	٠,٣٨٩
٢١	٠,٣٦١	١٧	٠,٦٥٠	٣١	٠,٣٨٦
٢٢	٠,٦٦٧	١٨	٠,٥٧٦	٣٤	٠,٦٢٢
٢٣	٠,٣٣٦	٢٠	٠,٥٥٠	٣٧	٠,٥٠٨
٢٤	٠,٤٨١	٢٦	٠,٨٥٥	٣٩	٠,٣٢٥
٢٥	٠,٤٦٢	٢٧	٠,٧٣٢	٤٠	٠,٣٧٠
٣٠	٠,٤٧٧	٢٩	٠,٦٠٥		
٣٢	٠,٥٦٦				
٣٣	٠,٤٥٢				
٣٥	٠,٥٢١				
٣٦	٠,٨٨١				
٣٨	٠,٨١٩				
٤١	٠,٧٨٢				
٤٢	٠,٨٦٣				

الجنرالكامن	١٩,٦٢	٥,٨١	٥,٠٢
نسبة التباين العاملي	٪٤٤,٦١	٪١٣,٢٠	٪١١,٤١
التباين الكلي	٪٦٩,٢٢		

وقد بلغ عدد فقرات العامل الأول (١٩ فقرة) تدور في مجملها حول تنظيم المعرفة، وكانت قيمة الجذر الكامن لهذا العامل هي ١٩,٦٢، ووفق المحكات الأساسية التي وضعها كايترز لقبول العامل وإخضاعه للتفسير فأن قيمة الجذر الكامن لهذا العامل تعتبر جيدة حيث إنها أكبر من الواحد الصحيح، ويفسر هذا العامل نسبة ٤٤,٦١٪ من التباين الكلي. وقد بلغ عدد فقرات العامل الثاني (١٢ فقرة) تدور في مجملها حول معرفة المعرفة، وكانت قيمة الجذر الكامن لهذا العامل هي ٥,٨١، ووفق المحكات الأساسية التي وضعها كايترز لقبول العامل وإخضاعه للتفسير فأن قيمة الجذر الكامن لهذا العامل تعتبر جيدة حيث إنها أكبر من الواحد الصحيح، ويفسر هذا العامل نسبة ١٣,٢٠٪ من التباين الكلي. وقد بلغ عدد فقرات العامل الثاني (١١ فقرة) تدور في مجملها حول معالجة المعرفة، وكانت قيمة الجذر الكامن لهذا العامل هي ٥,٠٢، ووفق المحكات الأساسية التي وضعها كايترز لقبول العامل وإخضاعه للتفسير فأن قيمة الجذر الكامن لهذا العامل تعتبر جيدة حيث إنها أكبر من الواحد الصحيح، ويفسر هذا العامل نسبة ١١,٤١٪ من التباين الكلي. وهذا يشير إلى الصدق العاملي لمقياس الوعي بالعمليات المعرفية.

ثانياً: ثبات المقياس: قامت الباحثة بحساب ثبات مقياس الوعي بالعمليات المعرفية باستخدام كل من طريقة ألفا كرونباخ ومعادلة جتمان على عينة قوامها (ن=٨٨) من الطالبات، وقد جاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي.

جدول (٥): معاملات الثبات بطريقة جتمان ومعامل ألفا كرونباخ لمقياس الوعي بالعمليات المعرفية

الأبعاد والدرجة الكلية	معامل الثبات بطريقة جتمان	معامل الثبات ألفا كرونباخ
تنظيم المعرفة	٠,٩١١	٠,٩٣٢
معرفة المعرفة	٠,٩٢٥	٠,٩٢٨
معالجة المعرفة	٠,٨٥٠	٠,٩٣٤
الدرجة الكلية للمقياس	٠,٩١٧	٠,٩٧٨

ومن الجدول السابق يتضح أن معاملات الثبات لمقياس الوعي بالعمليات المعرفية جميعها معقولة وذلك لجميع أبعاد المقياس، وكذلك الدرجة الكلية، وهذا يؤكد تمتع المقياس وأبعاده بدرجة مقبولة من الثبات.

ثالثاً: الأساليب الإحصائية: تم استخدام المتوسطات والانحرافات المعيارية، ومعامل ارتباط بيرسون، اختبار "ت" وأسلوب الانحدار الخطي المتعدد، حيث تم تحليل النتائج ببرنامج الإحصاء (SPSS) الإصدار (١٩).

نتائج البحث ومناقشتها:

وتستعرض الباحثة نتائج البحث ومناقشتها وذلك على الوجه التالي:

نتائج الفرض الأول ومناقشتها: والذي ينص على " توجد علاقة ارتباطية بين درجات الأداء على مقياس الوعي بالعمليات المعرفية بأبعاده (تنظيم المعرفة-معرفة المعرفة-معالجة المعرفة) والأداء على مقياس اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طالبات الجامعة؟ " للتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب معاملات الارتباط بين درجات الأداء على مقياس الوعي بالعمليات المعرفية بأبعاده (تنظيم المعرفة-معرفة المعرفة-معالجة المعرفة) والأداء على مقياس ييل براون لاضطراب الوسواس القهري باستخدام معامل الارتباط الخطي لبيرسون والجدول التالي يوضح تلك النتائج.

جدول (٦) معاملات الارتباط الخطي لبيرسون بين درجات الأداء على مقياس الوعي بالعمليات المعرفية، والأداء على مقياس اضطراب الوسواس

القهري لدى عينة من طالبات الجامعة (ن=٤٥)

المتغيرات	معامل الارتباط بمقياس الوسواس القهري
تنظيم المعرفة	٠,٨١٥**
معرفة المعرفة	٠,٧٣٦**
معالجة المعرفة	٠,٧٧٥**
الدرجة الكلية للعمليات المعرفية	٠,٧٩٢**

**دالة عند مستوى ٠,٠١ (قيمة الجدولية عند مستوى دلالة ٠,٠٥ = ٠,٢٠٥ . ومستوى دلالة ٠,٠١ = ٠,٢٦٧)

- وأوضحت نتائج الدراسة تحقق الفرض الأول والذي كان يقضى بوجود معامل ارتباط موجب ودال إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين اضطراب الوسواس القهري وأبعاد مقياس الوعي بالعمليات المعرفية (تنظيم المعرفة-معرفة المعرفة-معالجة المعرفة) لدى عينة من طالبات الجامعة
- وجود معامل ارتباط موجب ودال إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين اضطراب الوسواس القهري ومقياس الوعي بالعمليات المعرفية " للدرجة الكلية " لدى عينة من طالبات الجامعة.

وتتفق نتائج الدراسة مع (عرفة، يوسف، ٢٠١٤) حيث تشير نتائج دراستهم إلى وجود ارتباط موجب دال بين الأداء على كل من اختبار الأعراض الوسواسية القهرية واستخبار المخططات المختلفة لدى مرضى الوسواس القهري، وأوضح تحليل الانحدار البسيط قدرة كل مخطط من

المخططات المختلة على التنبؤ بكل من الوسواس والأفعال القهرية. وأسفرت نتائج كل من (OCCWG, 2003, 2005) (Irak & Tosun, 2008) عن وجود انخفاض الوعي بالعمليات المعرفية بشكل دال إحصائياً لدى مرضى الوسواس القهري وتشير هذه النتيجة إلى وجود علاقة بين كل من الأعراض الوسواسية والمعتقدات ما وراء المعرفية. وقدم سالكوفسكس نظريته عام ١٩٨٥ التي قاد فيها توجهاً جديداً في تفسير اضطراب الوسواس القهري، وتعد نظريته في تفسير ذلك الاضطراب نموذجاً رائداً يحمل نظرة جديدة في تفسير الأعراض الوسواسية القهرية. فقد افترض أن الأفكار المقتحمة غير السارة هي جزء من الخبرة السوية التي يتعرض لها الأفراد جميعاً، وأن التقييم السلبي لها هو الذي يحولها من أفكار عابرة إلى أفكار وسواسية. (Salkovskis, 1985) وتساعدنا هذه النتيجة على افتراض عديد من التوقعات حول بعض أعراض الوسواس القهري فالمرضى الذي لا يوجد لديه قدرة على تنظيم المعرفة والتخطيط والمراقبة نجده يكثر من تنظيف الأشياء لاعتقاده أن أقل درجة من التلوث ستسبب في إصابته بالمرض وكذلك مريض الوسواس القهري الذي يعتقد بعدم قدرته على تحمل الأمور أو الذي يسعى للكمال وليس لديه القدرة على معالجة المعرفة نجده يلجأ إلى مراجعة الأشياء أكثر من مرة ليتجنب الوقوع في أي خطأ وكذلك يسرف في المراجعة والترتيب حتى تخرج أعماله متقنة وخالية من الأخطاء ومن ثم وبناءً على ما توصلت إليه نتائج الدراسة من وجود ارتباط بين أعراض الوسواس القهري وأبعاد العمليات المعرفية وهي معرفة المعرفة ومعالجة المعرفة وتنظيم المعرفة. يجعلنا نتنبأ فيما بعد بأي بعد من أبعاد العمليات المعرفية سوف يكون أكثر ارتباطاً باضطراب الوسواس القهري.

نتائج الفرض الثاني وتفسيرها: والذي ينص على " توجد فروق دالة إحصائية بين المصابين باضطراب الوسواس القهري والأسوياء على مقياس الوعي بالعمليات المعرفية بأبعاده (تنظيم المعرفة-معرفة المعرفة-معالجة المعرفة) لدى عينة من طالبات الجامعة" وللتحقق من صحة الفرض السابق تم استخدام اختبار "ت" للمجموعتين المستقلتين independent Samples Test والجدول التالي يوضح تلك النتائج

جدول (٧): المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيم "ت" ودلالاتها لمجموعتي الدراسة (مضطربي الوسواس والأسوياء) على مقياس الوعي بالعمليات المعرفية

الأبعاد	المجموعة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	درجات الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
تنظيم المعرفة	الأسوياء	٤٥	٥٣,٩٥	٦,٦٤	٨٨	٢٤,٠١	٠,٠١
	المصابين باضطراب الوسواس القهري	٤٥	٢٩,٨٠	١,١٥			
معرفة المعرفة	الأسوياء	٤٥	٥٤,٩٧	٧,٦٢	٨٨	١٦,٦٩	٠,٠١
	المصابين باضطراب الوسواس القهري	٤٥	٣٥,٨٠	١,١٢			
معالجة المعرفة	الأسوياء	٤٥	٣٦,٨٢	٦,٠٧	٨٨	١٩,٢٦	٠,٠١
	المصابين باضطراب الوسواس القهري	٤٥	١٩,١٧	١,١٢			
الدرجة الكلية	الأسوياء	٤٥	١٤٥,٧٥	١٨,٥٢	٨٨	٢١,٩٤	٠,٠١
	المصابين باضطراب الوسواس القهري	٤٥	٨٤,٧٧	٢,٠٣			

** قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية ٨٨ ومستوى دلالة ٠,٠١ = ١,٩٩ * قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية ٨٨ ومستوى دلالة ٠,٠٥ = ٢,٦٣

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- أنه بمقارنة متوسطات درجات المصابين باضطراب الوسواس القهري والأسوياء في مقياس العمليات المعرفية وأبعاده، لوحظ أن متوسطات مضطربي الوسواس أقل من متوسطات الأسوياء في مقياس العمليات المعرفية وأبعاده.
- أن قيم (ت) دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسطي درجات المصابين باضطراب الوسواس القهري والأسوياء في مقياس العمليات المعرفية ككل وأبعاده وذلك لصالح المصابين باضطراب الوسواس القهري، ولذا تم قبول الفرض الثاني البديل الذي ينص على:
- توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين درجات المصابين باضطراب الوسواس القهري والأسوياء في مقياس العمليات المعرفية ككل وأبعاده. وتتفق النتائج مع دراسة سليم وسعادة (2015) Seleem & Saada حيث سجلت مجموعة المرضى المصابين بالوسواس القهري درجات أعلى بكثير من المجموعة الضابطة في جميع الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لاستبيان ما وراء المعرفة، وتميزت الأبعاد الخاصة الثقة المعرفية والمخاطر والسيطرة أحجام تأثيرية مرتفعة. وقد تم تسجيل تناسب طردي قوي بين أبعاد ما وراء المعرفة وشدة أعراض الوسواس القهري. كذلك أسفرت نتائج دراسة العمراوي وفتحي (2011) Alimoradi & Fatehi، عن وجود فروق كبيرة بين المرضى والأسوياء في المعتقدات ما وراء المعرفة لصالح عينة الوسواس القهري وكان أعلى متوسط في مجموعة الوسواس القهري متصل ببعده العقاب وأدنى متوسط مرتبط بالتحكم الاجتماعي، وجود فروق بين المرضى والأسوياء في العقاب وإعادة التقييم والقلق والتحكم الاجتماعي وكان أعلى متوسط في مجموعة الوسواس القهري متصل ببعده عدم القدرة على التحكم وأدنى متوسط مرتبط بالثقة المعرفية. ومن ناحية أخرى أسفرت نتائج دراسة مقدم، أبو المعالي ومجتبي، Moghadam (2014) Abolmaali & Mojtabaie عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المعتقدات ما وراء المعرفة بين العاديين ومرضى الوسواس القهري والمكتئبين لصالح مرضى الوسواس القهري. وتشير نتائج دراسة داستجري وآخرون (2008) Dastgiri et al، في دراسة أجراها لبحث المعتقدات وراء المعرفة لدى عينة من الوسواسيين ومرضى القلق العام والعاديين عن اختلاف الأداء على جميع المقاييس الفرعية لاستبيان المعتقدات وراء المعرفة لدى مرضى الوسواس القهري ومرضى القلق العام مقارنة بالعاديين. كما تتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسات كل من (Irak & Tosun, 2008) (Exner et al, 2009) (Dastgiri, Gudarz., Ghanizadeh & Taghavi, 2008) وأسفرت نتائج هذه الدراسات عن قصور الوعي بالعمليات المعرفية لدى مرضى الوسواس القهري مقارنة بالأسوياء. ويتسم الأفراد الذين يميلون إلى تقييم أفكارهم المقتحمة العابرة تقييماً سلبياً

بتنبي مجموعة من المخططات المشوهة تدور حول تضخيم المسؤولية عن الأذى حيث يعتقدون أنهم يتسببون في إيذاء أنفسهم وإيذاء الآخرين أكثر مما يرجعون حدوث الأذى لأسباب أخرى، كان يكون الموقف مؤدياً بطبيعته ومن ثم فأنهم يلزمون أنفسهم بضرورة القيام بأي فعل من شأنه أن يمنع الأذى المحتمل (Salkovskis, 1985. Salkovskis, 1999. Salkovskis, 2000). ويرجع ذلك إلى مبالغة مريض الوسواس في تقديره للأشياء سواء الترتيب أو النظافة أو الأفكار الكارثية مقارنة بالأسوياء مما يؤثر في قدرته على الوعي بالعمليات المعرفية تنظيم المعرفة ومعالجة المعرفة ومعرفة المعرفة.

نتائج الفرض الثالث وتفسيرها: والذي ينص على "يمكن التنبؤ باضطراب الوسواس القهري لدى طالبات الجامعة بدلالة قيم الأداء على مقياس العمليات المعرفية بأبعاده (تنظيم المعرفة، معرفة المعرفة، معالجة المعرفة)" وللتحقق من هذا الفرض استخدمت الباحثة تحليل الانحدار المتعدد التدريجي Multiple Regression Analysis باستخدام طريقة stepwise، وفيما يلي تفصيلاً لتلك النتائج.

جدول (٨): يوضح قيمة "ف" لتحليل التباين ودلالاتها لنموذج الانحدار

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	الدلالة
الانحدار (التأثير)	٥٢٢,٢٣	١	٥٢٢,٢٣	١٧٣,٥٦	٠,٠١
البواقي	٢٦٤٦,٧٥	٨٨	٣٠,٠٧		
المجموع	٣١٦٨,٩٨	٨٩			

يتضح من الجدول السابق أن قيمة (ف) لدلالة تحليل التباين للمنتج الأول (تنظيم المعرفة) دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)، ويختبر الجدول السابق الفرضية الصفرية أن معامل الارتباط المتعدد في مجموعة الأفراد يساوي صفراً، وقد تم رفض هذا الفرض نظراً لدلالة (ف)

جدول (٩): قيمة معامل التحديد المفسر للمتغيرات المنبئة (تنظيم المعرفة)

معامل الارتباط	معامل التحديد (حجم التأثير)	معامل التحديد المعدل	الخطأ المعياري المقدر
٠,٨١٥	٠,٦٦٤	٠,٦٦٠	٥,٤٨

يتضح من الجدول السابق ما يلي: معامل ارتباط المنتج الأول (تنظيم المعرفة) بدرجة طالبات الجامعة مع اضطراب الوسواس القهري بلغ ٠,٨١٥. كما بلغ مربع معامل التحديد ٠,٦٦٤ (والمعدل = ٠,٦٦٠)، وهذا يدل على أن ٦٦٪ من التباين في المتغير التابع (اضطراب الوسواس القهري) يمكن تفسيره في ضوء تنظيم المعرفة وهذا يدل على حجم أثر مرتفع، ويوضح الجدول الآتي انحدار المتغير التابع على المتغيرات المستقلة.

جدول (١٠): يوضح انحدار المتغير التابع على المتغيرات المستقلة

المتغيرات المستقلة	المعامل البنائي (B)	الخطأ المعياري	بيتا (Beta)	قيم (ت)	الدلالة
ثابت الانحدار	٤٢,٨١	١,٩٥		٢١,٩٠	٠,٠١
تنظيم المعرفة	٠,٥٩-	٠,٠٥	٠,٨٢-	١٣,١٧	٠,٠١
معرفة المعرفة	٠,٢٤	٠,١٧	٠,٢٨	١,٤١	٠,١٦ غير دالة
معالجة المعرفة	٠,١١-	٠,٢٢	٠,١١-	٠,٤٨	٠,٦٣ غير دالة

يتضح من الجدول السابق ما يأتي: بالنسبة للمنتج الأول (تنظيم المعرفة):

درجة اضطراب الوسواس القهري = ثابت الانحدار + (معامل انحدار × درجة تنظيم المعرفة) درجة اضطراب الوسواس القهري = ٤٢,٨١ + (٠,٥٩-

× تنظيم المعرفة)

وقد كانت قيمة (ت) المقابلة لثابت الانحدار ومعامل الانحدار دالة إحصائياً، وبالنسبة لبعده تنظيم المعرفة كمؤشر تنبؤي باضطراب الوسواس القهري: يتضح من الجدول السابق أن بعد تنظيم المعرفة يعتبر المنتج الأول من حيث قدرته التنبؤية بالوسواس القهري ويمكن تفسير ذلك في ضوء الآتي: اختفت القدرة التنبؤية لأبعاد العمليات المعرفية (معرفة المعرفة ومعالجة المعرفة) باستخدام أسلوب الانحدار المتعدد التدريجي فيما عدا بعد تنظيم المعرفة وهو المسئول عن التخطيط وإدارة المعلومات والتقييم والمراقبة حيث أن هذه الأفكار المختلفة تتكون عبر مراحل حياة الفرد والتي تعد عاملاً مهياً للإصابة بأعراض الوسواس القهري. كذلك نجد الفرد يسعى للقيام بأداء مثالي خالي من الأخطاء ويخشى من الوقوع في الخطأ مما يجعل الأفراد يدركون المواقف بوصفها خطيرة ومهددة حتى يثبت عكس ذلك وتتحول إلى أفكار مقلقة وتبدأ المعاناة باضطراب الوسواس القهري وتوضح الدراسة دور بعد تنظيم المعرفة والمتمثلة في التخطيط والمراقبة في التنبؤ بالأعراض الوسواس القهري. أما عن مناقشة نتائج الدراسة الراهنة في ضوء نتائج الدراسات السابقة اقترحت كل دراسة تنوع في العمليات المعرفية المسئولة عن التنبؤ بأعراض الوسواس القهري. وأسفرت النتائج كل من أكسنر ومارتن وريف (Exner, Martin & Rief, 2009) عن التأثيرات المتدهورة للوعي بالعمليات المعرفية لدى مرضى الوسواس القهري كما أظهر المشاركون في الوسواس القهري انخفاضاً فورياً وبعيداً في تذكر المواد الكلامية المعقدة. تشير النتائج إلى الآثار المتدهورة للأسلوب المعرفي الذي يركز على التفكير في عمليات الترميز الفعالة في الوسواس القهري. وفي دراسة جارسي وأخرون (García et al, 2006) أظهرت نتائج الدراسة أن المعتقدات ما وراء المعرفية تتزامن مع مرض الوسواس القهري في عدة عوامل خاصة معتقدات الخرافة وتؤكد الدراسة على الدور الذي تلعبه المعتقدات الخرافية والأفكار المتعلقة بالسحر لدى مرضى الهلوس السمعية والوسواس القهري مقارنة بباقي المجموعات وبعد إجراء معادلة الانحدار أظهرت أن العامل وراء المعرفي ذو الوزن الأكبر في معتقدات الخرافة والمعتقدات السلبية حول عدم القدرة على التحكم وخطر الأفكار والمسئولية فيما يتعلق بتفكير الفرد لدى مرضى الوسواس

القهري والهلاوس مقارنة بالعاديين. دراسة (Moghadam et al, 2014) وأوضحت وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الأبعاد الفرعية لمقياس ما وراء المعرفة وخصوصاً بعدى الثقة المعرفية والوعي الذاتي المعرفي بين مرضى الوسواس القهري والمكتئبين لصالح اضطراب الوسواس القهري. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات مرضى الوسواس القهري والمكتئبين في الأبعاد الفرعية (التفكير الإيجابي عن القلق-فقدان السيطرة والحاجة للتحكم في الأفكار). دراسة (عرفة، يوسف، ٢٠١٤) توصلت النتائج إلى وجود ارتباط موجب دال بين الأداء على كل من اختبار الأعراض الوسواسية القهرية واختبار المخططات المختلة لدى مرضى الوسواس القهري، وأوضح تحليل الانحدار البسيط قدرة كل مخطط من المخططات المختلة على التنبؤ بكل من الوسواس والأفعال القهرية. وأظهرت نتائج دراسة سليم وسعادة (2015) Seleem & Saada تسجيل مجموعة المرضى المصابين بالوسواس القهري درجات أعلى بكثير من المجموعة الضابطة في جميع الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لاستبيان ما وراء المعرفة، وتميزت الأبعاد الثلاثة وهم (الثقة المعرفية والمخاطر والسيطرة) بأحجام تأثيرية مرتفعة. وقد تم تسجيل تناسب طردي قوي بين أبعاد ما وراء المعرفة وشدة أعراض الوسواس القهري. أما عن تفسير نتائج التنبؤ المستخلصة من الدراسة الحالية في ضوء نتائج الدراسات السابقة، فيصعب إدراج نتائج هذه الدراسة ضمن منظومة الدراسات السابقة لعدم إجماع الدراسات على القدرة التنبؤية لترتيب أبعاد الوعي بالعمليات المعرفية ويرجع هذا إلى:

- احتمال وجود معتقدات معرفية تختلف من دراسة لأخرى حسب الأداة المستخدمة والتي يكون لها دور أساسي في التنبؤ باضطراب الوسواس القهري.

- احتمال وجود عوامل أخرى منبهة بأعراض الوسواس القهري ترجع إلى استعداد كل شخص للإصابة بنوعية محددة من أعراض الوسواس القهري وما يتبناه من معتقدات واهتمامات.

التوصيات:

- نشر الوعي من خلال عقد ندوات تعريفية حول أعراض الوسواس القهري وكيفية الكشف المبكر عند ظهور أعراض وطرق الوقاية منه.
- إجراء المزيد من الدراسات العصبية على عينات إكلينيكية لزيادة فهم طبيعة اضطراب الوسواس القهري ومحاولة فهم الميكانيك العصبي لهذا الاضطراب.
- على الجهات المختصة ضرورة الاهتمام بالتدريب ووضع برامج إرشادية للطالبات مرتفعي الوسواس القهري للحد منها والتقليل من درجة خطورتها ومن الأعراض المصاحبة لها من خلال وضع البرامج يقوم بإعدادها المتخصصين في هذا المجال.
- إجراء المزيد من البرامج العلاجية وخصوصاً العلاج بالقبول والالتزام للسيطرة على المعتقدات اللاعقلانية لدى المصابين باضطراب الوسواس القهري.

المراجع:

أولاً: المراجع العربية:

١. إبراهيم، عبد الستار؛ عسكر، عبد الله. (٢٠١٢). علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي. مكتبة الأنجلو المصرية. القاهرة.
٢. أبو هندي، وائل. (٢٠٠٣). الوسواس القهري من منظور عربي إسلامي. الطبعة الأولى. الكويت. ع ٢٩٣. مطابع دار السياسة.
٣. بيك، أرون. (٢٠٠٠). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية. ترجمة عادل مصطفى. القاهرة. الأفاق العربية للنشر.
٤. البشر، سعاد. (٢٠٠٧). كيف تتخلص من الوسواس القهري. الطبعة الأولى. غراس للنشر. الكويت.
٥. الجراح، عبد الناصر وعبيدات، علاء الدين. (٢٠١١). "مستوى التفكير ما وراء المعرفي لدى عينة من طلبة جامعة إلمروك في ضوء بعض المتغيرات". المجلة الأردنية في العلوم التربوية: ٢(٧).
٦. حمودة، محمود عبد الرحمن. (٢٠٠٧). أمراض النفس، دار الهلال للنشر، القاهرة.
٧. عبید، ولیم. (٢٠٠٤). "المعرفة وما وراء المعرفة المفهوم والدلالة"، المؤتمر العلمي الرابع، ٧-٨ يوليو. الجمعية المصرية لتربويات الرياضيات، ص ٩-١.
٨. عرفة، أمارة يحيي. يوسف، جمعة سيد. (٢٠١٤). "المخططات المعرفية المختلفة المنبئة باضطراب الوسواس القهري". مجلة دراسات عربية: ١٣(٤).
٩. عكاشة، أحمد؛ عكاشة، طارق. (٢٠٠٩). علم النفس الفسيولوجي. مكتبة الأنجلو المصرية. القاهرة.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

- [1] APA. American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th text Revision). Washington, DC.
- [2] APA (Ed.). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed.)*. Washington, DC.
- [3] Dastgiri, S.S., Gudarzi, M.A., Ghanizadeh, G & Taghavi, S.M.R. (2008). "Comparison of Metacognitive and Responsibility Beliefs in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder, Generalized Anxiety Disorder and Normal individuals". Journal of psychiatry and clinical psychology. 14 (1): 46-55.
- [4] Exner, C., Martin, V & Rief, W. (2009). "Self-focused ruminations and memory deficits in obsessive-compulsive disorder". Cognitive Therapy and Research. 33(2): 163-174, <https://doi.org/10.1007/s10608-007-9162-x>.

- [5] Fisher, P.L., & Wells, A. (2005). "How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis". *Behavior Research and Therapy*. 43(12): 1543-1558, <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.11.007>.
- [6] Garcí, M., Ivarzeb, M., Balbuenac, C., Garcela's, & Cangasd, A. J. (2006). "Metacognitions in patients with hallucinations and obsessive-compulsive disorder: The superstition factor". *Behavior Research and Therapy*. 44(8): 1091-1104, <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.07.008>.
- [7] Goodman W. K, Price L.H, Rasmussen S. A, et al. (1989). "The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability". *Arch Gen Psychiatry*. 46(11): 1006-1011, <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007>.
- [8] Grunblatt, E., Hauser, T. & Walitza. S. (2014). "Imaging genetics in obsessive-compulsive disorder: Linking genetic variations to alterations in neuroimaging". *Progress in Neurobiology*. 121: 114-124, <https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2014.07.003>.
- [9] Irak, M & Tosun, A. (2008). "Exploring the role of metacognition in OCD anxiety symptoms". *Journal of Anxiety disorders*. 22(8): 1316- 1325, <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.01.012>.
- [10] Jaisoorya. T., Reddy. Y., Nair. B., Rani. A., Menon. P., Revamma.M., Jeevan. C. Radhakrishnan, K., Jose. V., & Thennarasu. K., (2017). "Prevalence and correlates of obsessive-compulsive disorder and subthreshold obsessive-compulsive disorder among college students in kerala, india". *Indian. J Psychiatry*. 59(1): 56-62, <https://doi.org/10.4103/0019-5545.204438>.
- [11] Alimoradi, A., & Fatehi, M. (2011). "Comparison of the Metacognition Beliefs and Thought Control Strategies in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) and Non-Patient Individuals". *Global Journal of Psychology Research*. 1: 01-07.
- [12] Kohli, A., Rana, M. D. K., Gupta, N & Kulhara, P. (2015). "Neuropsychological Assessment in Obsessive-Compulsive Disorder". *Indian*, 37(2): 205-211.
- [13] Koziol, L. F., & Stout, C. (1993). "The Neuropsychology of Mental Disorders: A Practical Guide". United States
- [14] Martoni, R. M., Salgari, G., Galimberti, E., Cavallini, M. C & O'Neill, J. (2015). "Effects of gender and executive function on visuospatial working memory in adult obsessive-compulsive disorder". *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 265(8):707-718, <https://doi.org/10.1007/s00406-015-0604-2>.
- [15] Moghadam, S.N., Abolmaali, K & Mojtabaie, M. (2014). "Comparison of Meta-Cognitive Beliefs with Regard to Depressed, Obsessive-Compulsive and Normal Individuals". *Health*, 6(13): 1662-1668, <https://doi.org/10.4236/health.2014.613197>.
- [16] Myers, S. G., Fisher, P. L & Wells, A. (2009). "Metacognition and cognition as predictors of obsessive-compulsive symptoms: a prospective study. International". *Journal of Cognitive Therapy*. 2(2): 132-142, <https://doi.org/10.1521/ijct.2009.2.2.132>.
- [17] Myers, S.G., & Wells, A. (2013). "an experimental manipulation of metacognition: a test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms". *Behavior Research and Therapy*. 51(4-5): 177-184, <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.01.007>.
- [18] Nasayuki, O., Masahiro, k & Yoshio, M. (2003). "Features of Obsessive-Compulsive Disorder in Patients Primarily Diagnosed with Schizophrenia". *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 57(1), 67-74, <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.2003.01081.x>.
- [19] Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2003). "Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory: Part I". *Behavior Research and Therapy*: 41(8): 863-878, [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00099-2](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00099-2).
- [20] Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2005). "Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory: Part 2, factor analyses and testing of a brief version". *Behavior Research and Therapy*. 43(11). 1527-1542, <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.07.010>.
- [21] Purdon, C., Antony, M., Monteiro, S. & Swinson, R.P. (2001). "Social anxiety in college students". *Journal of Anxiety Disorders*. 15: 203-215.
- [22] Seleem, M & Saada, S. (2015). "Metacognitive Functions in a Sample of Egyptian Patients with Obsessive-Compulsive Disorder". *The Arab Journal of Psychiatry*. 26(2): 172 -183, <https://doi.org/10.12816/0014484>.
- [23] Salkovskis, P.M. (1985). "Obsessive-compulsive problem: A cognitive behavioral analysis". *Behavior Research and Therapy*. 23(5): 571-583.
- [24] Salkovskis P.M. (1999). "Understanding and treating obsessive-compulsive disorder". *Behavior Research and Therapy*. 37: 29-52.
- [25] Salkovskis, P. M., Wroe, A., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., Thorpe, S. (2000). "Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive-compulsive disorder". *Behavior Research and Therapy*, 38(4): 347-372, [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00071-6](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00071-6).
- [26] Salkovskis, P. M. (2002). "Empirically grounded clinical interventions: Cognitive-behavioral therapy progresses through a multi-dimensional approach to clinical science". *Behavioral*. 30 (1): 3- 9, <https://doi.org/10.1017/s1352465802001029>.
- [27] Schraw, G., & Dennison, R. (1994). "Assessing metacognitive awareness". *Contemporary Educational Psychology*. 19(4): 460-472, <https://doi.org/10.1006/ceps.1994.1033>.

Evaluating the awareness of the metacognition at a sample of university with obsessive –compulsive disorder in comparison to the normal

Walaa badawy Mohamed badawy

Associate professor of clinical psychology, King Khaled University

Teacher of clinical psychology, Menofia University

wbadwe@kku.edu.sa

Received Date : 26/2/2020

Accepted Date : 17/3/2020

DOI : <https://doi.org/DOI:10.31559/EPS2020.8.2.9>

Abstract: The concept of metacognitions is considered an important factor in development and treatment of all different psychological disorders especially obsessive – compulsive disorder. the current study aimed to evaluate the role that "metacognition" plays in causing obsessive – compulsive disorder among a sample of university students in comparison with the normal. The study sample consisted of (n=90) female students from Education faculty King Khalid university distributed over the four years of the B. Sc. And B.A. programs, their ages range from (18-22) years old: divided to (n=45) with obsessive – compulsive disorder with an average of (18.9) and a standard deviation of (1.06) year and (n= 45) normal a selected as a comparison group with an average of (19.6) and a standard deviation of (1.1) year. Suitable tools were used to examine and evaluate the variables of the study such as completing metacognitive Scale Al- Jarrah and Obeidat (2011) and The Yale–Brown Obsessive–Compulsive Scale.

The study results showed the following: There is a correlation between performance degrees on metacognition scale (regulation of cognition, knowledge of cognition and cognition processing) and the performance on obsessive – compulsive scale. There are significant differences between OCD and normal groups in performance on metacognition scale in the favor of OCD. The results also revealed that OCD can be predicted in terms of performance values on metacognition scale. And the highest average in connected to OCD group is connected to regulation of cognition level

Keywords: Metacognition; obsessive –compulsive disorder; disturbance; psychological.

References:

- [1] 'byd, Wlym. (2004). "Alm'rfh Wma Wra' Alm'rfh Almfhwm Waldlalh", Alm'tmr Al'lmy Alrab', 7-8 Ywlyw. Aljm'yh Almsryh Ltrbwyat Alryadyat, S 1-9.
- [2] 'kashh, Ahmd: 'kashh, Tarq. (2009). 'lm Alnfs Alfsywlwly. Mktbt Alanjlw Almsryh. Alqahrh.
- [3] 'rfh, Amarh Yhy. Ywsf, Jm't Syd. (2014). "Almkhttat Alm'rfyh Almktlth Almnb'h Badtrab Alwswas Alqhry". Mjlt Drasat 'rbyh: 13(4).
- [4] Albshr, S'ad. (2007). Kyf Ttkhls Mn Alwswas Alqhry. Altb'h Alawla. Ghra Llnshr. Alkwyt.
- [5] Byk, Arwn. (2000). Al'laj Alm'rfy Waladtrabat Alanf'alyh. Trjmt 'adl Mstfa. Alqahrh. Alafaq Al'rbyh Llnshr.
- [6] Ebrahym, 'bd Alstar: 'skr, 'bd Allh. (2012). 'lm Alnfs Aleklynyky Fy Mydan Altb Alnfsy. Mktbt Alanjlw Almsryh. Alqahrh.
- [7] Hmwdh, Mhmwd 'bd Alrhmn. (2007). Amrad Alnfs, Dar Alhlal Llnshr, Alqahrh.
- [8] Abw Hndy, Wa'. (2003). Alwswas Alqhry Mn Mnzwr 'rby Eslamy. Altb'h Alawla. Alkwyt. ' 293. Mtab' Dar Alsyash.
- [9] Aljarh, 'bd Alnasr W'bydat, 'la' Aldyn. (2011). "Mstwa Altfkyr Ma Wra' Alm'rfy Lda 'ynh Mn Tlbt Jam't Elarmwk Fy Dw' B'd Almtghyrat". Almjhl Alardnyh Fy Al'lwm Altrbwyh: (7)2.