



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة قاصدي مرباح - ورقلة -
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
ميدان : العلوم الاجتماعية
قسم : علم النفس وعلوم التربية
تخصص: علم النفس العيادي



إدراك الخطر وعلاقته بأعراض الوسواس القهري لدى الممرضين في فترة كوفيد 19 بورقلة

مذكرة مقدمة لإستكمال متطلبات نيل شهادة ماستر أكاديمي

إشراف:

أ.د. رمضان زعطوط

إعداد:

- مروة بوستة

- هاجر العيدون

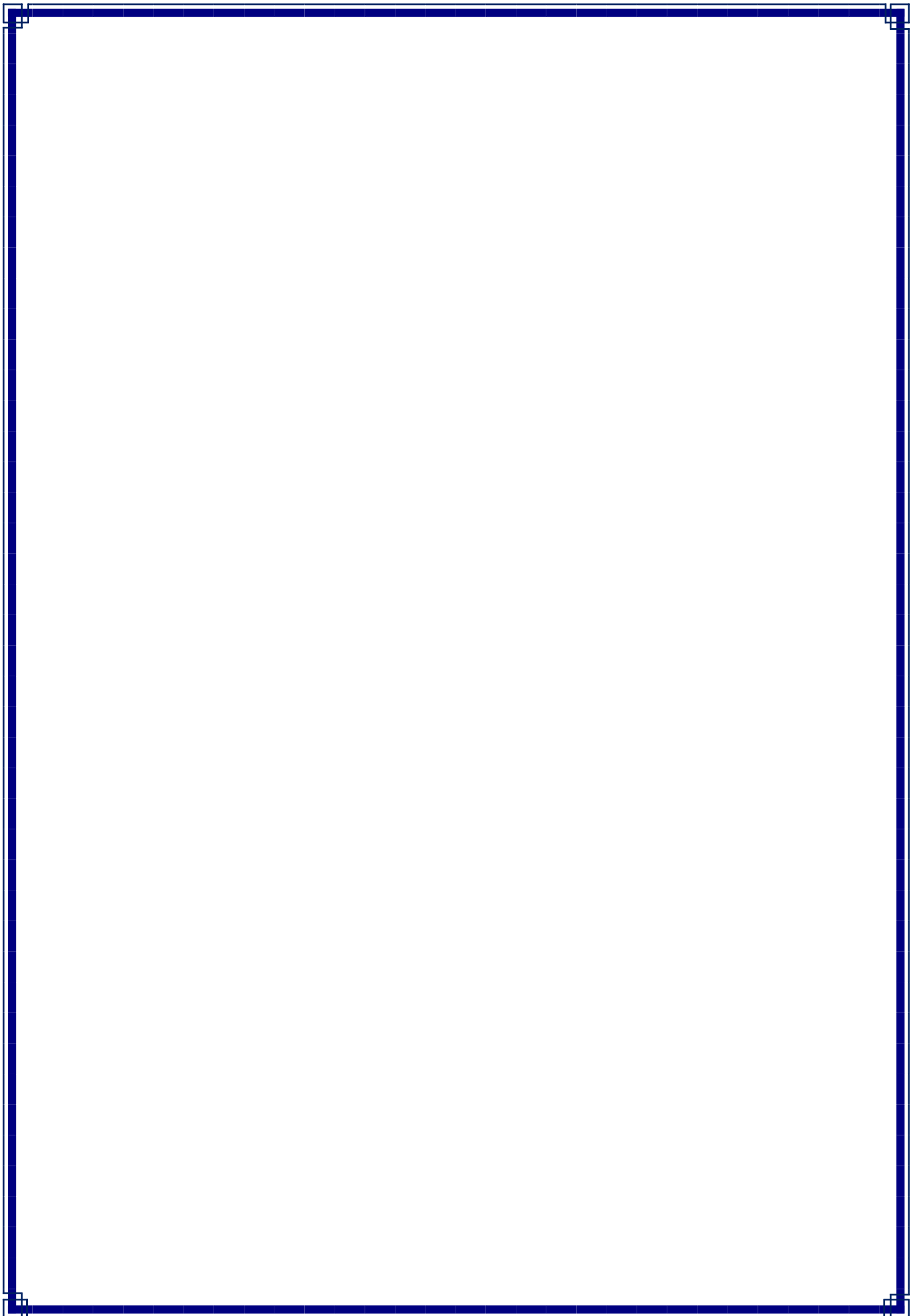
لجنة المناقشة :

الدكتورة/ شهرزاد نوارجامعة قاصدي مرباح ورقلةرئيسا

أ.الدكتور / زعطوط رمضان.....جامعة قاصدي مرباح ورقلةمشرفا

الدكتورة/حشاني سعاد..... جامعة قاصدي مرباح ورقلة.....مناقشا

الموسم الجامعي: 2020-2021





وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة قاصدي مرباح - ورقلة -
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
ميدان : العلوم الاجتماعية
قسم : علم النفس وعلوم التربية
تخصص : علم النفس العيادي



إدراك الخطر وعلاقته بأعراض الوسواس القهري لدى المرضى في فترة كوفيد 19 بورقلة

مذكرة مقدمة لإستكمال متطلبات نيل شهادة ماستر أكاديمي

إشراف:

أ.د. رمضان زعطوط

إعداد:

- مروة بوستة

- هاجر العيدون

لجنة المناقشة :

الدكتورة/ شهرزاد نوار..... جامعة قاصدي مرباح ورقلة رئيسا

أ.الدكتور/ زعطوط رمضان جامعة قاصدي مرباح ورقلة مشرفا

الدكتورة/حشاني سعاد جامعة قاصدي مرباح ورقلة مناقشا

الموسم الجامعي: 2020-2021

شكر وتقدير

نحمد الله عزّ وجل الذي وفقنا في إنجاز هذا العمل المتواضع، والذي ألهمنا الصحة والعافية

والعزيمة فالحمد لله حمدا كثيرا.

كل الشكر والتقدير والامتنان للأستاذ الدكتور المتألق "زعطوط رمضان" على ما قدمه لنا من توجيهات

ومعلومات قيمة ساهمت في إثراء موضوع دراستنا.

كما نتقدم بالشكر الجزيل لأساتذتنا الذين رافقونا طيلة المشوار الدراسي ولم يبخلوا في تقديم يد العون لنا.

وفي الختام نشكر كل من ساعدنا وساهم في هذا العمل سواء من قريب أو بعيد.

ملخص:

الخلفية: يمثل إدراك الخطر تصورات الفرد حول التهديدات التي تؤثر على السلوك مما قد يؤدي إلى ظهور أعراض وسواسية تزيد من عبء التكيف مع الأخطار.

الهدف: تستكشف الدراسة إدراك الخطر وعلاقته بأعراض الوسواس القهري لدى الممرضين في فترة كوفيد 19.

المنهج: بلغ عدد المشاركين المختارين بطريقة العينة القصدية 105 ممرضا (17 ذكرا/88 أنثى) تراوحت أعمار من 21 إلى 75 عاما بمتوسط عمر (32)، من بعض المصحات بولاية ورقلة، تم جمع البيانات باستخدام مقياس إدراك الخطر تم إنشاؤه من طرف الباحثين، ومقياس الوسواس القهري الفرعي لبييل براون.

النتائج: تشير النتائج الى ارتفاع مستوى إدراك الخطر لدى الممرضين بنسبة (48%) ولقد ارتبط هذا المتغير بأعراض الوسواس القهري، وبلغ معامل الارتباط بين إدراك الخطر وأعراض الوسواس القهري $r=0.48$ ($p<0.01$).

خلاصة: تشير النتائج الى ارتفاع إدراك الخطر لدى الممرضين بنسبة 48% وارتبط احصائيا بأعراض الوسواس القهري، مما ينبه الاخصائيين النفسانيين الى أهمية هذين المتغيرين وتفاعلها أثناء تدخلات الصحة النفسية في فترة كوفيد 19.

الكلمات المفتاحية: إدراك الخطر، أعراض الوسواس القهري، الممرضون.

Abstract:

Background: Perception of danger represents an individual's perceptions of threats that influence behavior and may lead to obsessive symptoms that increase the burden of adapting to danger.

Objective: our study explores risk perception and its relationship to obsessive-compulsive symptoms among nurses in the COVID-19 period.

Method: participants are 105 nurses (17 males / 88 females), ages ranged from 21 to 75 years, from some clinics in Ouargla.

Results: results indicate an increase in the level of risk perception among nurses (48%), and this variable was correlated with obsessive-compulsive symptoms, $r = 0.48$ ($p < 0.01$).

conclusion: results indicate an increase in risk perception among nurses (48%) and it was statistically associated with obsessive-compulsive symptoms, which alerts psychologists to

the importance of these two variables and their interaction during mental health interventions in the period of Covid-19.

Keywords: risk perception, obsessive-compulsive symptoms, nurses.

قائمة المحتويات

أ	شكر وتقدير
ب	الملخص
ج	قائمة المحتويات
خ	قائمة الجداول
د	قائمة الاشكال
9-2	1 مقدمة
2	1.1 الأوبئة
2	2.1 تعريف مرض كوفيد 19
3	3.1 تعريف إدراك الخطر
4	4.1 نظريات إدراك الخطر
6	5.1 تعريف الوسواس القهري
7	6.1 نظريات الوسواس القهري
7	7.1 أعراض الوسواس القهري
8	8.1 التساؤلات
8	9.1 الأهمية
9	10.1 الأهداف

9	11.1 الفرضيات
17-11	2 المنهج
11	1.2 المشاركون
11	2.2 خصائص المشاركون
12	3.2 الأدوات
14	4.2 الخصائص السيكومترية للمقاييس
17	5.2 الأساليب الإحصائية
29-19	3 النتائج والمناقشات
19	1.3 نتائج الفرضية الأولى ومناقشتها
21	2.3 نتائج الفرضية الثانية ومناقشتها
22	3.3 نتائج الفرضية الثالثة ومناقشتها
23	4.3 نتائج الفرضية الرابعة ومناقشتها
30	4 خلاصة
31	5 المراجع
38	6 الملاحق

قائمة الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	خصائص المشاركون	11
02	نتائج صدق المقارنة الطرفية لمقياس إدراك الخطر	15
03	قيمة معامل ألفا كرومباخ لدرجة مقياس إدراك الخطر	16
04	نتائج صدق المقارنة الطرفية لمقياس الوسواس القهري	16
05	قيمة معامل ألفا كرومباخ لدرجة مقياس الوسواس القهري	17
06	إدراك الخطر قياساً إلى متوسط العينة ومتوسط النظري للمقياس	19
07	ترتيب أبعاد إدراك الخطر لدى العينة الكلية	20
08	أعراض الوسواس القهري قياساً إلى متوسط العينة ومتوسط النظري للمقياس	21
09	ترتيب أبعاد أعراض الوسواس القهري لدى العينة الكلية	22
10	قيمة معامل ارتباط بيرسون بين مقياس إدراك الخطر ومقياس الوسواس القهري	22
11	قيمة معامل ارتباط بيرسون بين المتغيرين حسب الجنس	23
12	قيمة معامل ارتباط بيرسون بين المتغيرين حسب السن.	24

25	قيمة معامل ارتباط بيرسون بين المتغيرين حسب التخصص	13
26	قيمة معامل ارتباط بيرسون بين المتغيرين حسب الحالة الاجتماعية.	14
27	قيمة معامل ارتباط بيرسون بين المتغيرين حسب العمل.	15

الإشكال:

الرقم	العنوان	الصفحة
01	نموذج التقييم الذاتي للمخاطر	5

1 مقدمة

1.1 الأوبئة

2.1 تعريف مرض كوفيد 19

3.1 تعريف إدراك الخطر

4.1 نظريات إدراك الخطر

5.1 تعريف الوسواس القهري

6.1 نظريات الوسواس القهري

7.1 أعراض الوسواس القهري

8.1 التساؤلات

9.1 الأهمية

10.1 الأهداف

11.1 الفرضيات

تميز القرن الحادي والعشرون بأوبئة كبيرة بما في ذلك بعض الأوبئة التي تسببها الأمراض القديمة مثل الكوليرا والطاعون والحمى الصفراء بالإضافة إلى الأمراض الناشئة مثل متلازمة الجهاز التنفسي الحاد الوخيم الإيبولا، فيروس نقص المناعة البشرية والعديد من هذه الفيروسات تأثر على الرئة.

يُعرّف مرض كوفيد 2019 (COVID-19) بأنه مرض ناجم عن فيروس كورونا جديد يسمى متلازمة التهاب التنفسي الحاد الوخيم 2 (SARS-CoV-2)، المعروف سابقًا باسم nCoV-2019، والذي تم تحديده لأول مرة وسط تقشي حالات أمراض الجهاز التنفسي في مدينة ووهان، مقاطعة هوبي، بالصين تم الإبلاغ عنه في البداية إلى منظمة الصحة العالمية في 31 ديسمبر 2019، وفي 30 يناير 2020، أعلنت منظمة الصحة العالمية أن تقشي COVID-19 يمثل حالة طوارئ صحية عالمية.

في 11 مارس 2020، أعلنت منظمة الصحة العالمية أن COVID-19 جائحة عالمية، وهو أول تصنيف لها منذ إعلان أنفلونزا H1N1 جائحة في عام 2009. (Cennimo, 2021)

مرض كوفيد شديد الخطورة حيث يقتل بعضا ويترك آخرون، فهو معدي تبدأ الأعراض بشكل خفيف، وفي الحالات الشديدة يمكن أن يبدأ في التقاقم، وقد يعاني المرضى صعوبة في التنفس خاصة كبار السن ومن يعانون من أمراض مزمنة، من المرجح أن يعاني المرضى المصابون بالحالات الشديدة من ضيق في التنفس والتهاب رئوي أو متلازمة الفائقة التنفسية الحادة، وبلغ عدد الوفيات 3.73 مليون.

ينتشر فيروس كورونا الجديد (SARS-CoV-2) عن طريق الرذاذ عندما يسعل أو يعطس الشخص المصاب عند الاقتراب من الآخرين. يمكن أيضًا أن ينتقل الفيروس التاجي عن طريق الاتصال، على سبيل المثال، إذا سعل الشخص المصاب في يديه ثم لمس شخصًا آخر، كما ينتقل الفيروس أيضا من خلال ملامسة الأسطح التي تلوثت مؤخرا بإفرازات الجهاز التنفسي من شخص مصاب. (Suomeksi,2021)

إن إدراك خطر كوفيد 19، يختلف من شخص لآخر حسب السن والجنس والثقافة، ولا يوجد لحد الآن دواء ناجح لهذا المرض ما عدا اللقاحات واتباع الإجراءات الوقائية، فالالتزام بها مرتبط بإدراك الخطر لكن الأهم من ذلك أن آثار هذا المرض الخطر على الصحة النفسية قد يؤدي إلى ظهور أعراض وسواسية.

إن إدراك المخاطر هي معتقدات حول الضرر المحتمل أو احتمال الخسارة، إنه حكم ذاتي يصدره الناس حول خصائص وشدة الخطر. (Marc et al, 2013)

وفي تعريف آخر عُرف إدراك الخطر أنه يستند لأي خبرات ومعتقدات، مواقف وأحكام ومفاهيم خاطئة ومشاعر، فضلا عن المواقف الاجتماعية والثقافية. (Kinatedr et al, 2015)

يشير إدراك الخطر إلى تصور وجود تهديد وشيك على حياة الفرد وصحته، هنا يتم تعريف إدراك الخطر على أنه عملية نفسية تصف التقييم الذاتي الواعي والغير الواعي (على عكس التقييم الموضوعي للمخاطر) لإحتمال التأثير بالحدث غير المرغوب فيه وشيك في موقف معين وتقييم الضعف المتصور للفرد وموارد التأقلم.

إدراك المخاطر هو الحكم الذاتي الذي يتخذه الناس بشأن الخصائص وشدة المخاطر، تختلف تصورات المخاطر بالنسبة للمخاطر الحقيقية لأنها تتأثر بمجموعة واسعة من العوامل العاطفية (العواطف، المشاعر والحالات المزاجية وما إلى ذلك) والمعرفية (خطورة الأحداث، والتغطية الإعلامية، وتدابير التخفيف من المخاطر (Kinatedr et al, 2015)

تمت دراسة إدراك الخطر في مجتمعات مختلفة، وخاصة في الدول الغربية، في دراسة في 2020 بعنوان المعرفة وإدراك المخاطر والسلوكيات الوقائية ذات الصلة بجائحة كوفيد 19 بين طلاب الطب الجامعيين. أجرى Enayat وزملائه استطلاع من خلال رابط مشترك على مواقع التواصل الاجتماعي تضمن عينات 283 طالب طب من قناة السويس تراوحت نسبة إنتشار المعرفة حول إنتقال المرض 95% تشير الأدلة فيما يتعلق بالجنس إلى ان مستوى معرفة الإناث أعلى بكثير من الذكور، وجد أيضا أن طلاب الكبار في السنوات السريرية كان لديهم مستوى المعرفة أعلى من نظرائهم في الاكاديمية تلعب المخاطر المتصورة في السلوك الوقائي والبيئة التمكينية دورا حيويا في الوقاية من كوفيد-19. (Enayat et al,2020)

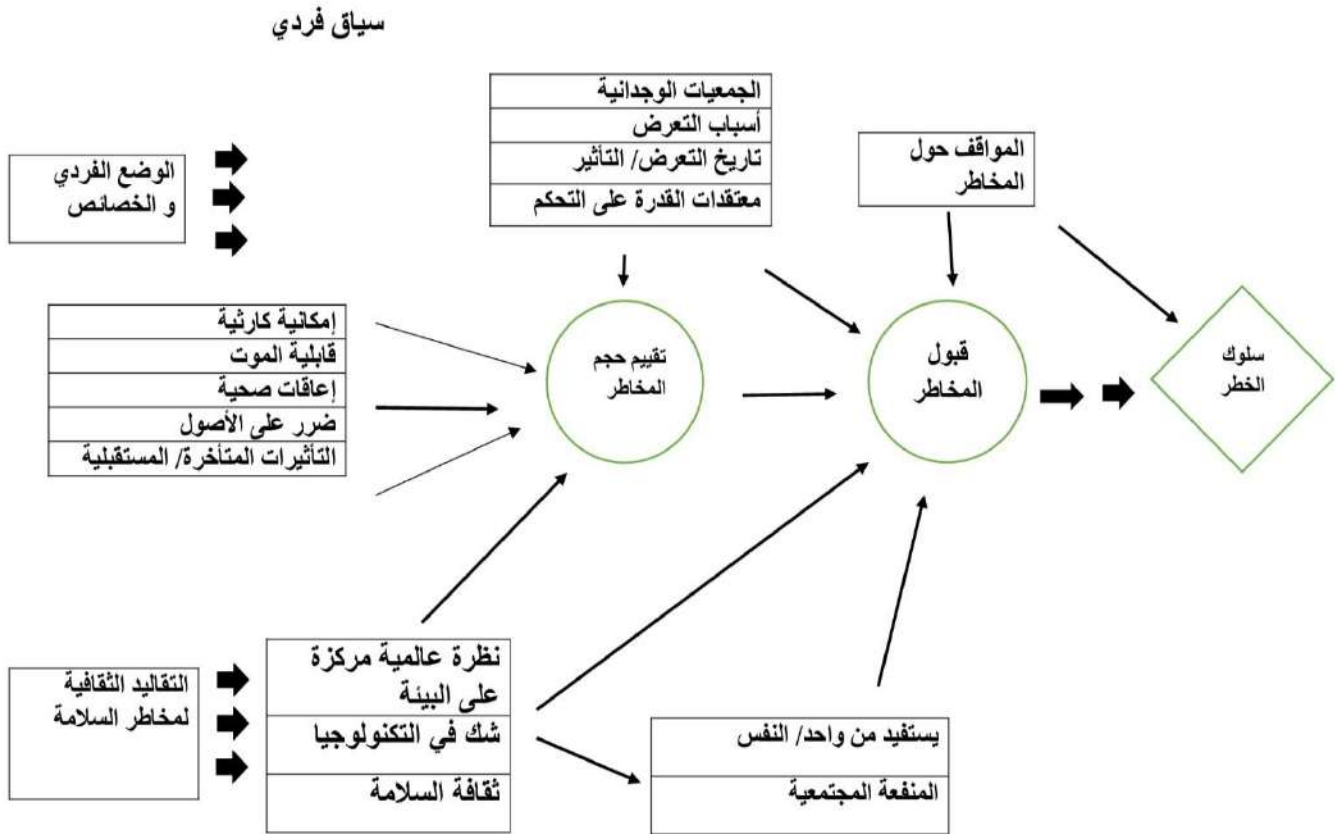
كان تفشي كوفيد 19 حدثا عائقا رئيسيا، مما شكل تحديا لكيفية تعامل الأفراد و المجتمعات مع المخاطر، حيث أدت المعتقدات حول الإصابة بالمرض إلى تصور كبير للمخاطر، ففي دراسة Bimala و زملائه حول المخاطر المتصورة، و السلوك الوقائي، وتمكين البيئة بين العاملين الصحيين خلال كوفيد-19، تم إجراء مسح عبر الأنترنت، تم إجراء استطلاع لعينة تضمنت 427 عاملا في مجال الصحة تراوحت متوسط المخاطرة المتصورة 31.8% بين الأطباء، بين مهني التمريض 32.8% و بين العاملين الصحيين 31.2% ولم يكن هناك فرق كبير بينهم. (Bimala et al, 2020)

وفقا لنظرية دافع الحماية لروجرس، هي نظرية تم إنشاؤها في الأصل للمساعدة في توضيح نداءات الخوف. تقترح نظرية الحماية أن يحمي الناس أنفسهم بناء على عدة عوامل وهي: الشدة المتصورة ، الحدث

المتصور، والأحدث المهدد، والاحتمال المتصور للوقوع أو الضعف، وفعالية السلوك الوقائي الموص به للكفاءة الذاتية المتصورة ينبع دافع الحماية من كل من تقييم التهديد و تقييم التأقلم (تقييم التهديد يقيم خطورة الموقف ويفحص مدى خطورة الموقف ، تقييم المواجهة هو كيف يستجيب المرء للموقف يتكون من الفعالية و الكفاءة الذاتية ، الفعالية هي توقع الفرد بأن تنفيذ التوصيات يمكن أن يزيل التهديد ،الكفاءة الذاتية هي الإيمان بقدرة الفرد على تنفيذ مسارات العمل الموص بها بنجاح) (Hoover, 2011)

تفترض النظرية العقلانية أن السلوكيات الآمنة عقلانية بطبيعتها وأن السلوكيات عالية الخطورة غير عقلانية بطبيعتها من المحتمل أن يكون هناك مبرر منطقي لسبب إختيار الناس يكون أكثر تفسيراً يفترض أن المُجازف هو ببساطة مجنون أو يبحث عن الإثارة.

إن نظرية العمل الاجتماعي لها عديد من التطبيقات، وتنص هذه النظرية على أن الناس يخاطرون بسبب ضغط الأقران أو المجتمع العام، يمكن إقناع الشخص بالإنخراط في سلوك غير آمن إذا كان الجميع يفعل ذلك، أو لا يرى المجتمع ككل أن الإجراء غير آمن، تنص نظرية الفعل الاجتماعي أيضا على أن المعنى الاجتماعي المرتبط بالسلوكيات عالية الخطورة (على سبيل المثال رائع أو رجولي) شيء يمكن أن يدفع الناس ويحفزهم على الانخراط فيها (Inouye,2014).



الشكل (1) نموذج التقييم الذاتي للمخاطر.

تُشكل فئة الممرضين عينة مستهدفة بالعدوى في مرض كوفيد 19، حيث يقع الجزء الأكبر من التكفل بهذا الوباء على هذه الفئة من مهني الصحة، يركز الخبراء والأطباء على سلوكيات النظافة، مما قد يزيد من عناء المصابين بالوسواس القهري، أو ظهور وساوس متعلقة بالنظافة.

يتسم الوسواس القهري بالوسواس ومنها الخوف من التلوث بالأوساخ أو الجراثيم التي تولد الضيق الذي يؤدي في كثير من الأحيان إلى الدوافع للتخفيف من القلق. (Abba et al, 2020)

ويعرف الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية أن الوسواس هي " أفكار أو إندفاعات أو صور متكررة وثابتة، في وقت ما أثناء الإضطراب بإعتبارها مقترحة ومتطفلة وغير مرغوبة، وتسبب عند معظم الأفراد قلقا أو إحباطا ملحوظا"، والقهر عبارة عن " سلوكيات (مثل غسل اليدين، الترتيب، التحقق) أو أفعال عقلية (مثل الصلاة، العد، تكرار الكلمات بصمت) والتي يشعر المريض أنه مساق لأدائها إستجابة للوسواس، أو وفقا لقواعد ينبغي تطبيقها بصرامة". (DSM5)

يعرف الوسواس القهري على أنه فكرة متسلطة وسلوك إجباري، يظهر بتكرار وقوة لدى المريض ويلزمه ويستحوذ عليه، ويفرض نفسه عليه، ولا يستطيع مقاومته رغم وعي المريض وتبعده لغرابته وسخفه، ولا معنوية مضمونة وعدم فائدته ويشعر بالقلق والتوتر إذا قاوم ما توسوس به نفسه، ويشعر بالإحاح داخلي للقيام به. (الأغا، 2009)

كما أنه يعتبر مرض عقلي يتسبب في تكرار الأفكار أو الأحاسيس غير المرغوب فيها (الوسواس) أو الرغبة في فعل شيء مرارا وتكرارا (القهر). (BHandari, 2020)

ويعرفه وائل أبو هندي بأنه فعلا عضليا أو حركيا بالمعنى المعروف، كأن يغسل المرء يديه أو ينظف مكان جلوسه أو أن يلمس المقبض، أو يكون فلا عقليا كأن يعد الإنسان عددا معيناً من الأرقام أو يسترجع في ذهنه جملة أو مقولة ما أو مقطعا من أغنية ما. (أبو هندي، 2003)

أما التعريف الدقيق الذي جاء في التصنيف الدولي العاشر في الأمراض النفسية (ICD) الذي تصدره منظمة الصحة العالمية ، فينص على أن الوسواس و الأفعال القهرية تقع في فئة الإضطرابات العصابية و التي يظهر فيها دور العوامل النفسية ، وتعرفها كما يلي الأفكار الوسواسية المتسلطة هي أفكار و صور مؤلمة أو إندفاعات تدخل عقل الفرد مرارا و تكرارا تكون عنيفة أو فاحشة أو لامعنى لها ، و يجد الفرد صعوبة في مقاومة هذه الأفكار و الأفعال القهرية ، و هي تكرر دون تغيير للسلوكيات غير ممتعة و إعادتها ، ويعتقد الفرد أنها تمنع أحداثا غير مرغوبة، التي في الواقع غير قابلة في للحدوث و الشخص في الغالب يدرك أن هذه السلوكيات غير فعالة ، ويقوم بمحاولات لمقاومتها ولاكن لا يستطيع و تستهلك الأفكار الوسواسية وقت الشخص ، و هذه الوسواس ليست مجرد قلق مفرط حول مشكلات الحياة اليومية و يحاول الشخص أن يكبح و يتجاهل هذه الوسواس أو يحيدها أو يبطلها بأفكار أو تصرفات أخرى.

(الوحيشي، 2019)

في السنوات الحديثة وضع المعرفيون تفسيرات وعلاجات عديدة لإضطراب الوسواس القهري، وقد بدأت التفسيرات المعرفية لإضطراب الوسواس القهري بافتراض مقدمة منطقية، بأن كل فرد لديه أفكار لا منطقية غير مرغوبة وغير مقبولة وإقتحامية ومتكررة، مثل أفكار بأذى نفسه أو الآخرين، أو الإنغماس في الأفعال الجنسية غير المقبولة أو التلوث بالميكروبات والجراثيم، فبينما يرى معظم الأفراد أن هذه الأفكار غير طبيعية أو أفكار ليس لها معنى، فيكتمونها أو يتجاهلونها بسهولة، نجد الأفراد الذين يظهرون إضطراب الوسواس القهري، يعتقدون أنهم هم المسؤولون عن مثل هذه الأفكار المرعبة والسيئة ويستحقون اللوم والتوبيخ، بالتالي يزداد لديهم القلق في أن تؤدي مثل هذه الأفكار إلى أفعال أو نتائج ضارة وسيئة، ويرون هذه الأفكار إقتحامية بغیضة ومثيرة للإشمئزاز وضاغطة بشدة ومن ثم يحاولون التخلص منها دون جدوى، أو تجنبها بالتسوية أو التحييد للتفكير أو التصرف بطرق تؤدي إلى تبرير الأفكار غير المقبولة، ويجعلها تتال الرضا من الفرد فهم قد يستخدمون هذه التقنية لينالوا الطمأنينة والتأكيد من الآخرين. (الوحيشي، 2019)

يفسر السلوكيون إضطراب الوسواس القهري في ضوء نظرية التعلم في المبادئ التي تفسر السلوك السوي وهي نفسها المبادئ التي تفسر السلوك الغير سوي، و الوسواس القهري شأنه شأن أي سلوك في تعلم من البيئة تحت شروط التدعيم و بالتالي فإن الأفكار الوسواسية تكون لها القدرة على إثارة القلق، أي نمط جديد من السلوك قد تم تعلمه ، و الأفعال القهرية تحدث عندما يكتشف الشخص أن عملا معيناً مرتبطاً بالأفكار الوسواسية قد يخفف من القلق و تدريجياً و بسبب الفائدة لتخفيف القلق، فإن هذا الفعل يصبح ثابتاً من خلال النموذج المتعلم للسلوك. (الأغا، 2009)

من أجل الوصول إلى تشخيص مؤكد يجب أن تتوفر أعراض وسواسية أو أفعال قهرية أو كلاهما في أغلب الأيام لمدة أسبوعية مستمرين على الأقل، وأن تكون مصدراً للإزعاج أو لتشويش الأنشطة المعتادة. وتتميز الأعراض الوسواسية بالميزات التالية:

- أ- يجب إدراك أنها أفكار مريض أو نزواته الخاصة.
- ب- يجب أن يكون هناك فكرة أو فعل واحد لا يزال المريض يحاول مقاومته دون نجاح، حتى إذا كانت هناك أفكار أو أفعال أخرى توقف المريض عن مقاومتها.
- ت- يجب أن لا تكون الفكرة أو تنفيذ الفعل في حد ذاته مصدراً للمتعة (لا يعتبر مجرد تخفيف توتر أو قلق متعة بهذا المعنى).

د- يجب أن تكون الأفكار، أو التصورات أو النزوات متكررة بشكل مزعج. (ICD-10)

وفي دراسة Kelly وزملائه (2020) إنتشار الإجهاد والقلق والاكنتاب وأعراض الوسواس القهري لدى العاملين في مجال الرعاية الصحية والعاملين الآخرين أثناء جائحة كوفيد 19 في مسح شامل لعدة قطاعات على عينة بلغ حجمها 5990 فردا، وأسفرت النتائج على أن إرتفاع أعراض الوسواس القهري (القلق بشأن التلوث وسلوك غسل اليدين القهري).

كما هو الحال في دراسة Jiang وزملائه (2018) الجسدة وأعراض الوسواس القهري، والرضى الوظيفي للعاملين الطبيين في السجن بالصين على عينة من العاملين في مجال الرعاية الصحية، وأسفرت النتائج على أن العاملين لديهم مخاطر أعلى وأعراض الوسواس القهري أكثر خطورة.

يتبين من خلال الدراسات السابقة التي عرضناها أن متغير إدراك الخطر يؤثر في السلوك الصحي المرتبط بالمرض خاصة إذا كان المرض خطيرا، أو معديا، مما يؤدي إلى ظهور اضطرابات نفسية، مثل الوسواس والسلوكيات القهرية المرتبطة بالصحة، وعليه طرحنا التساؤلات التالية في دراستنا الحالية:

- 1) ما مستوى إدراك الخطر لدى الممرضين؟
 - 2) ما مستوى أعراض الوسواس القهري لدى الممرضين؟
 - 3) هل توجد علاقة ارتباطية دالة بين إدراك الخطر وأعراض الوسواس القهري لدى الممرضين؟
 - 4) هل تختلف العلاقة بين إدراك الخطر وأعراض الوسواس القهري لدى الممرضين تبعا لمتغيرات الجنس والسن والتخصص والحالة الاجتماعية والعمل في مصلحة كوفيد 19؟
- تكتسب هذه الدراسة أهميتها من خلال موضوعها، وهو استكشاف العلاقة الموجودة بين إدراك الخطر وأعراض الوسواس القهري ويتجلى ذلك من خلال الأهمية النظرية حيث:
 - تسهم هذه الدراسة في تسليط الضوء على متغيرين هامين في علم النفس وهما إدراك الخطر وأعراض الوسواس القهري الذي رغم ما لقيه من تمحيص في الدراسات الوصفية الغربية، إلا أن البحوث والدراسات العربية التي تناولت الموضوع في حدود إطلاع الطالبان تعد قليلة.
 - إمكانية الإستفادة والاعتماد من نتائج الدراسة كمنطلق لبحوث أخرى.
 - إثارة الموضوعات والتساؤلات التي قد تكون محل دراسة مستقبلا.
 - جدة البحث في تناول إدراك الخطر أثناء جائحة كورونا

- وقد هدفنا في دراستنا إلى:
 - إنشاء أداة لقياس إدراك الخطر
 - استكشاف عملية إدراك الخطر لدى الممرضين العاملين في فترة كوفيد-19
 - دراسة الفروق في إدراك الخطر وأعراض الوسواس القهري حسب المتغيرات
 - استكشاف العلاقة بين إدراك الخطر وأعراض الوسواس القهري.

اعتمدنا على الفرضيات التالية:

- (5) نتوقع إرتفاع إدراك الخطر لدى الممرضين
 - (6) نتوقع إرتفاع أعراض الوسواس القهري لدى الممرضين
 - (7) نتوقع وجود علاقة دالة إحصائيا بين إدراك الخطر وأعراض الوسواس القهري لدى الممرضين
 - (8) نتوقع اختلاف في علاقة بين إدراك الخطر وأعراض الوسواس القهري لدى الممرضين تبعا لمتغيرات الجنس والسن والتخصص والحالة الاجتماعية والعمل في مصلحة كوفيد 19.
- ولقد أجريت هذه الدراسة في بعض مستشفيات ورقلة (مستشفى بوضياف، عيادة مخادمة، عيادة الضياء، عيادة عادة، عيادات متعددة الخدمات، المؤسسة الاستشفائية المتخصصة للأم والطفل) في الموسم الدراسي 2020/2021، واقتصرت الدراسة على عينة قصدية متكونة من 105 ممرض وممرضة، وكانت فترة تطبيق الدراسة من 17 أبريل 2020 إلى 10 ماي 2021.

2 المنهج

1.2 المشاركون

2.2 خصائص المشاركون

3.2 الأدوات

4.2 الخصائص السيكومترية للمقاييس

5.2 الأساليب الإحصائية

1-2 المشاركون: عدد المشاركين في دراستنا (105) ممرض وممرضة (17 ذكر/88 أنثى) تراوحت أعمار بين (21 و75 سنة) بمتوسط (32.24)، تم إختيارهم بطريقة العينة القصدية حسب تواجدهم في بعض المصحات بولاية ورقلة.

المنهج المتبع: هو المنهج الوصفي لملائمته لموضوع الدراسة.

2-2 خصائص المشاركون:

الجدول (1) خصائص المشاركون:

N=105	
n(%)	
السن	
أقل من 40 سنة أو يساوي	82 (%78)
أكبر من 40 سنة أو يساوي	23 (%22)
الجنس	
أنثى	88 (%84)
ذكر	17 (%16)
التخصص	
الممرضون في المستشفى	58 (%55)
الممرضون في العيادات العامة	22 (%21)

24 (%23)	المرضى في العيادات الخاصة
العمل	
44 (%42)	العاملين في مصلحة كوفيد 19
61 (%58)	غير العاملين في مصلحة كوفيد 19
الحالة الاجتماعية	
58 (%55)	غير متزوج
47 (%45)	متزوج

3-2 الأدوات:

❖ مقياس إدراك الخطر:

تبنت الدراسة الحالية التعريف النظري لإدراك الخطر أنه يستند لأي الخبرات والمعتقدات، المواقف والأحكام والمفاهيم الخاطئة والمشاعر، فضلا عن المواقف الاجتماعية والثقافية. (Kinatedr et al, 2015)

تم استخدام مقياس إدراك الخطر من إعداد زعطوط رمضان والباحثتان، تكون المقياس في صورته النهائية الملحق (1) المتكون من 20 عبارة تغطي 5 أبعاد فرعية وعلى المستجيب أن يضع علامة (X) أمام العبارة المناسبة وتتم الإستجابة على متصل من 1 إلى 5 نقاط، ويتكون مقياس إدراك الخطر من الأبعاد التالية:

1. الخوف من المرض: البنود 1، 2، 3، 4
2. الخوف من العدوى: البنود 6، 8، 18، 19، 20
3. الخوف على الذات: البنود 5، 10، 11، 14، 17
4. الخوف على الآخر: البنود 13، 16
5. الإحتياطات الوقائية: البنود 7، 9، 12، 15

بدائل إستبيان إدراك الخطر:

فقرات في اتجاه السمة: 1،2،3،4،5

فقرات عكس اتجاه السمة: 1،2،3،4،5

ونعرف إجرائيا في دراستنا إدراك الخطر الدرجات التي يتحصل عليها المشارك على مقياس إدراك الخطر وتقاس بالدرجة الكلية والتي تنحصر بين (20-100) في الدراسة الحالية.

❖ مقياس الوسواس القهري:

تبنيت الدراسة الحالية التعريف النظري للوسواس القهري، هو حالة نفسية قهرية تبدو في صورة أفكار وخواطر شاذة غير منطقية تستبد بالمريض وتلازمه كظله، و لا يستطيع الخلاص منها مهما بذل من جهد ومهما حاول إمتناع نفسه بالعقل والمنطق رغم شعوره بشذوذ أو تفاهة هذه الأفكار. (جبل،2002)

تم إستخدام مقياس الوسواس القهري الفرعي لبييل براون، ترجمة وحدة الطب النفسي بكلية عين شمس، بإشراف لأحمد عكاشة، تكون المقياس في صورته النهائية الملحق (2) المتكون من 12عبارة تغطي بعددين فرعية (وساوس التلوث، والسلوكيات القهرية) وعلى المستجيب أن يضع علامة (X) أمام العبارة المناسبة وتتم الإستجابة على متصل من 1 إلى 5 نقاط، ويتكون مقياس الوسواس القهري على الأبعاد التالية:

1) وساوس التلوث: البنود من 1 إلى 8

2) السلوكيات القهرية: البنود من 9 إلى 12

بدائل إستبيان الوسواس القهري:

فقرات في اتجاه السمة: 1،2،3،4،5

ونعرف في دراستنا الدرجة التي يتحصل عليها المشارك على مقياس الوسواس القهري وتقاس بالدرجة الكلية والتي تنحصر بين (12-60).

4.2 الخصائص السيكومترية للمقاييس:

تم تطبيق أداة القياس على عينة الدراسة الإستطلاعية بهدف التأكد من صدق وثبات الأداة المستخدمة في هذه الدراسة، حيث تحتوي الأداة على إستبيانان قمنا بحساب الصدق والثبات لكل إستبيان على حدى وكانت النتائج كالتالي:

1-4-2 مقياس إدراك الخطر:

أ- الصدق:

يعرف بأنه قدرة الأداة على قياس ما وضعت لقياسه، أي مدى فائدة الأداة في إتخاذ قرار مناسب للغرض الذي صممت من أجله (بن صافي، 2016).

ولتحقق من صدق مقياس إدراك الخطر في هذه الدراسة الحالية تم إستخدام الطرق التالية:

1. صدق المحكمين:

قامت الطالبتان بالتأكد من صدق مقياس إدراك الخطر بمساعدة 3 أساتذة محكمين، مختصين في علم النفس للتأكد من البنود ومدى إنتماء كل بند للبعد.

2. الصدق التمييزي لإستبيان إدراك الخطر:

تم استخراج معامل الصدق التمييزي باختبار المقارنة الطرفية للمقياس، وذلك بتوزيع الإستبيان على عينة قوامها 32 ممرض وممرضة، تم تفرغ النتائج وأخذنا درجات الثلث الأعلى (11 ممرض) على أنها المجموعة العليا ودرجات الثلث الأدنى (11 ممرض) على أنها المجموعة الدنيا، ثم حسبنا دلالة الفروق بين المجموعتين باختبار "ت" لمعرفة الفروق بين متوسطات المجموعتين وبالتالي التمييز بينهما وكانت النتائج كالتالي:

الجدول (2) نتائج صدق المقارنة الطرفية لمقياس إدراك الخطر:

الدالة الإحصائية	الدالة	قيمة "ت"	درجة الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العينة	الفئة
دال عند	0,000	-11.86	20	4.40	56.27	11	الفئة الدنيا
0,01			19.15	3.55	76.54	11	الفئة العليا

من خلال الجدول (2) نلاحظ بأن المتوسط الحسابي للفئة الدنيا بلغ (56.27) بإنحراف معياري قدره (4.40) المتوسط الحسابي للفئة العليا بلغ (76.54) بإنحراف معياري قدره (3.55)، أما قيمة "ت" المحسوبة بلغت $T = -11.86$ مما يدل على وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) ومنه يمكن القول بأن مقياس إدراك الخطر يتمتع بدرجة عالية من الصدق.

3. الصدق الذاتي:

حيث قمنا بحساب الصدق الذاتي الذي يساوي الجذر التربيعي لمعامل ألفا كرومباخ فقدر ب $\sqrt{0.75} = 0.86$ و منه يمكن القول بأن مقياس إدراك الخطر يتمتع بدرجة عالية من الصدق.

النتائج:

ويعني الإتساق أو الدقة في المقياس أي مدى خلو درجات الإختبارات من الأخطاء العشوائية التي تشوب القياس، بمعنى مدى قياس الأداء على السمة التي تهدف لقياسها باتساق في ظروف متباينة قد تؤدي إلى أخطاء القياس. (الوحيشي، 2019) ولتحقق من ثبات مقياس إدراك الخطر في هذه الدراسة الحالية تم استخدام الطرق التالية:

1. الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

بلغ معامل الارتباط باستخدام طريقة التجزئة النصفية والمصححة من خلال معادلة سبيرمان لجميع عبارات المقياس 0.78 وهي قيمة مقبولة بالنظر إلى قيمة الحد الأدنى للثبات وهي 0.65 ومنه فإن المقياس صادق وثابت في جميع فقراته وهو جاهز للتطبيق على المشاركين في الدراسة الحالية.

2. بمعامل ألفا كرومباخ:

الجدول (3) قيمة معامل ألفا كرومباخ لدرجة مقياس إدراك الخطر:

المقياس	عدد الفقرات	معامل ألفا كرومباخ	مستوى الدلالة
مقياس إدراك الخطر	20	0.75	0.05

من خلال الجدول (3) نلاحظ أن معامل ألفا كرومباخ قدر ب(0.75) وهو معامل مرتفع يدل على ثبات مقياس إدراك الخطر.

2.4.2 مقياس الوسواس القهري:

• الصدق:

1. الصدق التمييزي لإستبيان الوسواس القهري:

تم استخراج معامل الصدق التمييزي باختبار المقارنة الطرفية للمقياس، وذلك بتوزيع الاستبيان على عينة قوامها 32 ممرض و ممرضة، تم تفرغ النتائج وأخذنا درجات الثلث الأعلى (11 ممرض) على أنها المجموعة العليا ودرجات الثلث الأدنى (11 ممرض) على أنها المجموعة الدنيا ، ثم حسبنا دلالة الفروق بين المجموعتين باختبار "ت" لمعرفة الفروق بين متوسطات المجموعتين وبالتالي التمييز بينهما وكانت النتائج كالتالي:

الجدول (4) نتائج صدق المقارنة الطرفية لمقياس الوسواس القهري:

الفئة	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	الدلالة الإحصائية
الفئة الدنيا	11	22.54	4.48	20	-12.11	0,000	دال عند 0,01
الفئة العليا	11	43.63	3.64	19.19			

من خلال الجدول (4) نلاحظ بأن المتوسط الحسابي للفئة الدنيا بلغ (22.54) بإنحراف معياري قدره (4.48) المتوسط الحسابي للفئة العليا بلغ (43.63) بإنحراف معياري قدره (3.64)، أما قيمة "ت" المحسوبة بلغت

$T=-12.11$ مما يدل على وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) و منه يمكن القول بأن مقياس الوسواس القهري يتمتع بدرجة عالية من الصدق.

2. الصدق الذاتي:

حيث قمنا بحساب الصدق الذاتي الذي يساوي الجذر التربيعي لمعامل ألفا كرومباخ فقدر ب $\sqrt{0.84}=0.91$ ومنه يمكن القول بأن مقياس إدراك الخطر يتمتع بدرجة عالية من الصدق

الثبات:

1. الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

بلغ معامل الارتباط باستخدام طريقة التجزئة النصفية والمصححة من خلال معادلة سبيرمان لجميع عبارات المقياس 0.61 وهي قيمة مقبولة بالنظر إلى قيمة الحد الأدنى للثبات وهي 0.43 و منه فإن المقياس صادق وثابت في جميع فقراته وهو جاهز للتطبيق على المشاركين في الدراسة الحالية.

2. بمعامل ألفا كرومباخ:

الجدول (5) قيمة معامل ألفا كرومباخ لدرجة مقياس الوسواس القهري:

المقياس	عدد الفقرات	معامل ألفا كرومباخ	مستوى الدلالة
مقياس الوسواس القهري	12	0.84	0.05

من خلال الجدول (5) نلاحظ أن معامل ألفا كرومباخ قدر ب (0.84) وهو معامل مرتفع يدل على ثبات المقياس.

5.2 الأساليب الإحصائية المستخدمة:

ونظرا لتعدد طرق حساب الخصائص السيكومترية للأدوات والفروض إستدعت ضرورة اللجوء إلى العديد من الأساليب الإحصائية:

برنامج spss النسخة 26: البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية، وقد تم إختياره بإعتباره برنامج يساعد في إدخال ومعالجة المعلومات بأسلوب دقيق وجيد وكذلك يساعد في إختصار الكثير من الجهد والوقت.

- معامل ألفا كرومباخ
- اختبار " ت " لعينتين مستقلتين
- معادلة سبيرمان

3 النتائج والمناقشات

1.3 نتائج الفرضية الأولى ومناقشتها

2.3 نتائج الفرضية الثانية ومناقشتها

3.3 نتائج الفرضية الثالثة ومناقشتها

4.3 نتائج الفرضية الرابعة ومناقشتها

النتائج والمناقشات

3. النتائج:

3-1 الفرضية الأولى: "نتوقع إرتفاع إدراك الخطر لدى المرضى"

- الجدول (6) إدراك الخطر قياسا إلى متوسط العينة ومتوسط النظري للمقياس:

المتغير	المتوسطات	النسبة المئوية	الدلالة
قياسا إلى متوسط العينة	68.63	46%	فروق بين النسب المئوية غير دالة
		6%	
		48%	
قياسا إلى متوسط النظري للمقياس	60	17%	غير دالة
		3%	
		80%	

يبين الجدول (6) إختلاف مستويات إدراك الخطر لدى العينة الكلية حسب المتوسط المحسوب (68,63) حيث بلغت نسبة مستوى أكبر من المتوسط 48%، ونسبة مستوى أقل من المتوسط 46% ونسبة مستوى متوسط 6% ونلاحظ من خلال الجدول أن مستوى إدراك الخطر لدى العينة الكلية فوق المتوسط 48%، واختلاف في مستويات إدراك الخطر حسب المتوسط النظري للمقياس المحسوب (60) حيث بلغت نسبة مستوى أكبر من المتوسط 80%، ونسبة مستوى أقل من المتوسط 17% ونسبة مستوى متوسط 3% ونلاحظ من خلال الجدول أن مستوى إدراك الخطر حسب درجات المقياس فوق المتوسط 80%، قياسا للمتوسطات المحسوبة والنظرية في الجدول فإن مستوى العينة في إدراك الخطر مرتفع (60 < 68.63) لكن بالمقارنة بين النسب المئوية للفروق بين منخفض إدراك الخطر ومرتفع إدراك الخطر غير دال. ومن خلال النتائج المعطاة نقبل الفرضية التي تنص على ارتفاع مستوى إدراك الخطر لدى المرضى. تتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليها Evalantina وزملائها على 2078 من العاملين في مجال الرعاية الصحية هدفت الى دراسة إدراك الخطر والقلق بين الرعاية الصحية للعاملين في جائحة كوفيد-19 حيث

النتائج والمناقشات

تم جمع البيانات عن طريق دراسة مسحية وأبرزت النتيجة أن العاملين في مجال الرعاية كان تصور خطر الإصابة بالعدوى مرتفعاً جداً. (Evalentina et al ,2020)

كما تتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة Lee وزملائه هدفت الى دراسة إدراك المخاطر والسلوك الغير الصحي والقلق بسبب الوباء الفيروسي بين العاملين في مجال الرعاية الصحية عن طريق إستبيان الذي طور عبر الأنترنت لتقييم الصحة العقلية والإجهاد المرتبط بالعمل بإستخدام مقياس ليكرت لدى العاملين في مجال الرعاية الصحية في المستشفى من 22 يونيو إلى 8 يوليو كان إدراك المخاطر بشكل مرتفع لدى العاملين في مجال الرعاية الصحية. (Lee et al ,2021)

وخالفت دراسة Izhar وزملائها بهدف المعرفة والممارسات لتصورات مخاطر كوفيد-19 والرضى عن التدابير الوقائية في مكان العمل على عينة 452 من مقدمي رعاية الأمومة الباكستانيون بين 1 يوليو و30 يوليو 2020 كان الخطر المتصور للإصابة بكوفيد 19 أقل من خطر الأنفلونزا. (Izhar et al ,2020)

الجدول (7) ترتيب أبعاد إدراك الخطر لدى العينة الكلية:

الأبعاد	العينة	متوسط البدائل	الترتيب
الإحتياطات الوقائية	105	3.96	1
الخوف على الآخر	105	3.95	2
الخوف على الذات	105	3.42	3
الخوف من المرض	105	3.26	4
الخوف من العدوى	105	3.17	5

نلاحظ من خلال الجدول(7) ترتيب الأبعاد لدى العينة الكلية حسب متوسط البدائل، حيث تصدر الإحتياطات الوقائية (3.96)، يليه الخوف على الآخر من العدوى (3.95)، ثم الخوف على الذات(3.42)، ثم الخوف من المرض (3.26) وأخيرا الخوف من العدوى(3.17).

النتائج والمناقشات

3-2 الفرضية الثانية: " نتوقع إرتفاع أعراض الوسواس القهري لدى الممرضين "

• الجدول (8) أعراض الوسواس القهري قياسا إلى متوسط العينة ومتوسط النظري للمقياس:

المتغير	المتوسطات	النسبة المئوية	الدلالة
قياسا إلى متوسط العينة	35.43	45%	غير دال
		3%	
		52%	
قياسا إلى متوسط النظري للمقياس	36	47%	غير دال
		7%	
		46%	

يتبين من خلال الجدول (8) إختلاف في مستوى أعراض الوسواس القهري لدى الممرضين حسب متوسط العينة المحسوب (35.43) حيث بلغت نسبة المستوى المنخفض 45%، ونسبة المستوى المتوسط 3 % ونسبة المستوى فوق المتوسط 52%.

ونلاحظ إختلاف في مستوى أعراض الوسواس القهري لدى الممرضين حسب متوسط النظري للمقياس المحسوب (36) حيث بلغت نسبة المستوى المنخفض 47%، ونسبة المستوى المتوسط 7% ونسبة المستوى فوق المتوسط 46%.

بما أن متوسط العينة المحسوب في اعراض الوسواس القهري 35.43 مقارب للمتوسط النظري للمقياس 36 ومنه لم تتحقق الفرضية الثانية.

وتتفق مع دراسة Steketee وزملائه بهدف قياس المخاطرة في الوسواس والوسواس القهري على عينات غير سريرية تراوحت أعمار مرضى الوسواس القهري من (20-55) المثير للدهشة هنا أن مرضى الوسواس القهري سجلوا انخفاض في الوسواس القهري. (Steketee et al, 1994)

وتخالف دراسة Kelly وزملائه إنتشار الإجهاد والقلق والاكتئاب وأعراض الوسواس القهري لدى العاملين في مجال الرعاية الصحية والعاملين الآخرين في ألبرتا أثناء جائحة كوفيد 19 في مسح شامل لعدة قطاعات على عينة بلغ حجمها 5990، أسفرت النتائج على أن إرتفاع أعراض الوسواس القهري (القلق بشأن التلوث

النتائج والمناقشات

وسلوك غسل اليدين القهري) تشير الأدلة إلى إرتفاع أعراض الوسواس القهري لدى العاملين في مجال الرعاية الصحية. (Kelly et al, 2020)

كما هو الحال في دراسة Jiang وزملائه (2018) الجسدية وأعراض الوسواس القهري، والرضى الوظيفي للعاملين الطبيين في السجن بالصين على عينة من العاملين في مجال الرعاية الصحية، وأسفرت النتائج على أن العاملين لديهم مخاطر أعلى وأعراض الوسواس القهري أكثر خطورة. (Jiang, 2018)

اختلفت دراسة Dennis وزملائه بهدف معرفة القلق الصحي والتلوث، المخاوف من كوفيد-19، بالنسبة لبعض الأفراد اللذين يعانون من حالات مرتبطة بالقلق بما في ذلك الوسواس القهري أسفرت النتائج على أن تهديدات الأمراض الوبائية كانت بارزة بشكل خاص لمرضى الوسواس القهري. (Dennis et al, 2021)

• الجدول (9) ترتيب أبعاد أعراض الوسواس القهري لدى العينة الكلية:

الأبعاد	العينة	متوسط البدائل	الترتيب
وساوس التلوث	105	3.13	1
السلوك القهري	105	2.6	2

نلاحظ من خلال الجدول (9) أن متوسط بدائل الإجابة في وساوس التلوث (3.13) أكبر من السلوكيات القهرية (2.6).

3_3 الفرضية الثالثة: نتوقع وجود علاقة إرتباطية بين إدراك الخطر وبين أعراض الوسواس

القهري لدى الممرضين":

الجدول (10) قيمة معامل ارتباط بيرسون بين إدراك الخطر والوسواس القهري:

عدد العينة	معامل الإرتباط بيرسون	الدلالة	مستوى الدلالة
105	0.48	0,000	0,01

النتائج والمناقشات

يتبين من خلال الجدول (10) أن معامل الارتباط بيرسون بين إدراك الخطر وأعراض الوسواس القهري بلغ $r = 0.48$ وهو دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01) وبالتالي فإنه توجد علاقة دالة إحصائياً بين المتغيرين ومنه تحققت الفرضية الثالثة.

تتفق دراسة Pacenowr وزملائه، بهدف دراسة الوسواس القهري أثناء كوفيد 19 والأفكار المتطفلة أجري استطلاع عبر الانترنت لدى عمال الرعاية والمرضى متوسط العمر (18-35) تم تجنيد المشاركين من جامعة حكومية في الشمال الشرقي نيويورك، أظهرت البيانات وجود أعراض واسعة للوسواس القهري، أظهرت معاملات الارتباط بيرسون مع ارتفاع أعراض الوسواس القهري يرتبط ارتباطاً وثيقاً بزيادة وتيرة التطفل للأفكار المتعلقة بالجائحة وزيادة الضيق الناجم عنها. (Pacenowr et al, 2021)

كما تحققت مع دراسة Goldin وزملائه حكم المخاطر في الوسواس القهري تم تجنيد 21 بالغاً مصاباً بالوسواس القهري في مستشفى بتلر في بيروفى، باستخدام مقياس ييل براون أعطى المرضى احكاماً عالية الخطورة، ضمن مجتمع الوسواس القهري يوجد ارتباط بأحكام المخاطر. (Goldin et al, 2013)

3-4 الفرضية الرابعة: نتوقع وجود إختلاف في العلاقة بين إدراك الخطر وأعراض الوسواس القهري لدى الممرضين تعزى لمتغير الجنس، السن، التخصص، الحالة الاجتماعية، والعمل في مصلحة كوفيد 19.

• الجدول (11) قيمة معامل ارتباط بيرسون بين المتغيرين حسب الجنس:

الجنس	عدد العينة	معامل الارتباط بيرسون	الدلالة	مستوى الدلالة
ذكر	17	0,61	0,009	0,01
أنثى	88	0,46	0,000	0,01

يتبين من خلال الجدول (11) أن معامل الارتباط بيرسون لدراسة العلاقة بين المتغيرين حسب متغير الجنس، حيث بلغ معامل الارتباط بيرسون للذكور $r = 0,61$ وهو دال إحصائياً عند القيمة الإحتمالية له بلغت $\text{sig} = 0,009$ وهي أقل من مستوى الدلالة (0,01) وهذا يشير إلى وجود علاقة بين المتغيرين ذات دلالة إحصائية لدى الذكور

النتائج والمناقشات

وأيضاً نلاحظ أن معامل الارتباط بيرسون للإناث بلغ $r = 0,46$ وهو دال إحصائياً عند القيمة الإحتمالية له بلغت $\text{sig} = 0,000$ وهي أقل من مستوى الدلالة ($0,01$) وهذا يشير إلى وجود علاقة بين المتغيرين ذات دلالة إحصائية لدى الإناث.

نلاحظ من خلال الجدول أن معامل الارتباط بيرسون لدى الذكور أعلى من معامل الارتباط بيرسون لدى الإناث.

لكننا عند قيامنا بالمقارنة عن طريق المقارنة بين معاملي الارتباط لعينتين مستقلتين وجدنا أنه غير دال وبالتالي يوجد إختلاف في العلاقة بين إدراك الخطر وأعراض الوسواس القهري حسب الجنس ومنه تحققت الفرضية.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه Arslanca وزملائه (2021) حول المعرفة والسلوكيات الوقائية والمخاطر تصور جائحة كوفيد-19 دراسة مقطعية في الرعاية الصحية التركية على عينة 251 من العاملين في مجال الرعاية الصحية وتوصلت الدراسة إلى ما يلي: فيما يتعلق بمتغير الجنس توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في تبني السلوك الوقائي. (Arslanca et al, 2021)

في دراسة Sampaio وزملائه على عينة من الممرضات للخطوط الأمامية يعملون في أماكن الرعاية أجري مسح على عينة تتألف من 829 ممرض وممرضة، الذكور أقل من الإناث في الخوف من الإصابة وأعراض القلق وارتداء الأقنعة والقفازات والخوف من إصابة الآخرين. (Sampaio et al, 2020)

• الجدول (12) قيمة معامل ارتباط بيرسون بين المتغيرين حسب السن:

السن	العينة	معامل ارتباط بيرسون	الدلالة	مستوى الدلالة
أقل من 40 سنة	82	0,44	0,000	0,01
أكبر من 40 سنة	23	0,66	0,001	0,01

نلاحظ من خلال الجدول (12) أن معامل الارتباط بيرسون لدراسة العلاقة بين المتغيرين حسب السن، حيث بلغ معامل الارتباط بيرسون لأقل من 40 سنة $r = 0,44$ وهو دال إحصائياً عند القيمة الإحتمالية له

النتائج والمناقشات

حيث بلغت $\text{sig} = 0,000$ وهي أقل من مستوى الدلالة (0,01) وهذا يدل على وجود علاقة بين المتغيرين ذات دلالة إحصائية عند 0,01 لدى أقل من 40 سنة.

وأيضاً نلاحظ أن معامل الارتباط بيرسون لدراسة العلاقة بين المتغيرين، حيث بلغ معامل الارتباط بيرسون لأكثر من 40 سنة $r=0,66$ وهو دال إحصائياً عند القيمة الاحتمالية له بلغت $\text{sig} = 0,001$ وهي أقل من مستوى الدلالة (0,01) وهذا يدل على وجود علاقة بين المتغيرين ذات دلالة إحصائية عند 0,01 لدى أكبر من 40 سنة.

لكننا عند قيامنا بالمقارنة عن طريق المقارنة بين معاملي الارتباط لعينتين مستقلتين وجدنا أنه غير دال. وبالتالي يوجد إختلاف في العلاقة بين إدراك الخطر وأعراض الوسواس القهري حسب السن ومنه نقبل الفرضية.

في دراسة قام بها Ning وزملائه في الفترة من 22 يناير إلى 14 فبراير لقياس معرفة وإدراك المخاطر والعواطف السلبية والاستجابة للإتصالات الرسمية والسلوكيات الوقائية فيما يتعلق بكوفيد 19 عبر مسح مقطعي في الانترنت تبني 71 من المستجيبين السلوكيات الوقائية أدركوا شدة عالية للوباء، كانت النساء وكبار السن أكثر عرضة لتبني السلوكيات الوقائية. (Ning et al, 2020)

في دراسة Sampaio وزملائه على عينة من الممرضات للخطوط الأمامية يعملون في أماكن الرعاية أجري مسح على عينة تتألف من 829 ممرض وممرضة، الأكبر سناً قدموا عرض أقل في الخوف من الإصابة وأعراض القلق وارتداء الأقنعة والقفازات والخوف من إصابة الآخرين. (Sampaio et al, 2020)

• الجدول (13) قيمة معامل ارتباط بيرسون بين المتغيرين حسب التخصص:

التخصص	العينة	معامل الارتباط بيرسون	الدلالة	مستوى الدلالة
الممرضون في المستشفى	58	0,44	0,001	0,01
الممرضون في العيادات العامة	22	0,48	0,025	0,05
الممرضون في العيادات الخاصة	24	0,55	0,005	0,01

النتائج والمناقشات

نلاحظ من خلال الجدول (13) أن معامل الارتباط بيرسون لدراسة العلاقة بين المتغيرين حسب التخصص، وبلغ معامل ارتباط بيرسون لمرضون في المستشفى $r=0.44$ وهو دال إحصائياً عند القيمة الإحتمالية له بلغت $\text{sig} = 0,001$ وهي أقل من مستوى الدلالة (0,01) وهذا يدل على وجود علاقة بين المتغيرين ذات دلالة إحصائية عند 0,01 لدى الممرضون في المستشفى.

وبلغ معامل ارتباط بيرسون لمرضون في العيادات العامة $r=0.48$ وهو دال إحصائياً عند القيمة الإحتمالية له بلغت $\text{sig} = 0,025$ وهي أقل من مستوى الدلالة (0,05) وهذا يدل على وجود علاقة بين المتغيرين ذات دلالة إحصائية عند 0,05 لدى الممرضون في العيادات العامة.

وبلغ معامل ارتباط بيرسون لمرضون في العيادات الخاصة $r=0.55$ وهو دال إحصائياً عند القيمة الإحتمالية له بلغت $\text{sig} = 0,005$ وهي أقل من مستوى الدلالة (0,01) وهذا يدل على وجود علاقة بين المتغيرين ذات دلالة إحصائية عند 0,01 لدى الممرضون في العيادات الخاصة.

لكننا عند قيامنا بالمقارنة عن طريق المقارنة بين معاملي الارتباط لعينتين مستقلتين وجدنا أنه غير دال. وبالتالي يوجد اختلاف في العلاقة بين إدراك الخطر وأعراض الوسواس القهري حسب التخصص ومنه نقبل الفرضية.

تتفق دراسة قام بها Arslanca وزملائه حول المعرفة والسلوكيات الوقائية والمخاطر تصور جائحة كوفيد-19 دراسة مقطعية في الرعاية الصحية التركية على عينة 251 من العاملين في مجال الرعاية الصحية وتوصلت الدراسة إلى ما يلي: فيما يتعلق بمتغير التخصص يوجد إختلاف بين خري المدارس الثانوي والحاصلين على درجة الجامعية في تبني السلوك الوقائي. (Arslanca et al, 2021)

• الجدول (14) قيمة معامل ارتباط بيرسون بين المتغيرين حسب الحالة الإجتماعية:

الحالة الإجتماعية	العينة	معامل ارتباط بيرسون	الدلالة	مستوى الدلالة
المتزوج	47	0,64	0,000	0,01
غير المتزوج	58	0,33	0,011	0,01

النتائج والمناقشات

نلاحظ من خلال الجدول (14) أن معامل الارتباط بيرسون لدراسة العلاقة بين المتغيرين حسب الحالة الاجتماعية، حيث بلغ معامل الارتباط بيرسون للمتزوجين $r=0,64$ وهو دال إحصائياً عند القيمة الإحتمالية له حيث بلغت $\text{sig} = 0,000$ وهي أقل من مستوى الدلالة (0,01) وهذا يدل على وجود علاقة بين المتغيرين ذات دلالة إحصائية عند 0,01 لدى المتزوجين.

وأيضاً نلاحظ أن معامل الارتباط بيرسون لدراسة العلاقة بين المتغيرين، حيث بلغ معامل الارتباط بيرسون لغير المتزوجين $r=0,33$ وهو دال إحصائياً عند القيمة الإحتمالية له بلغت $\text{sig} = 0,011$ وهي أقل من مستوى الدلالة (0,01) وهذا يدل على وجود علاقة بين المتغيرين ذات دلالة إحصائية عند 0,01 لدى غير المتزوجين.

لكننا عند قيامنا بالمقارنة عن طريق المقارنة بين معاملي الارتباط لعينتين مستقلتين وجدنا أنه دال.

وبالتالي يوجد اختلاف في العلاقة بين إدراك الخطر وأعراض الوسواس القهري حسب الحالة الاجتماعية ومنه نقبل الفرضية.

هدفت دراسة قام بها Lyu وزملاؤه بهدف معرفة العوامل المؤثرة في إدراك الخطر والممارسة الوقائية من عدوى المستشفيات للممرضات في الخطوط الأمامية في كوفيد-19، تأثرت تصورات الممرضات للمخاطر بشكل كبير، كان عند المتزوجات تأثير أكبر لممارسات الوقاية من عدوى المستشفيات مقارنة بالعازبات. (Lyu et al,2021)

• الجدول (15) قيمة معامل ارتباط بيرسون بين المتغيرين حسب العمل:

العمل	العينة	معامل ارتباط بيرسون	الدلالة	مستوى الدلالة
العاملين في مصلحة كوفيد-19	44	0,69	0,000	0,01
غير العاملين في مصلحة كوفيد-19	61	0,31	0,017	0,05

النتائج والمناقشات

نلاحظ من خلال الجدول (15) أن معامل الارتباط بيرسون لدراسة العلاقة بين المتغيرين حسب العمل، حيث بلغ معامل الارتباط بيرسون للعاملين في مصلحة كوفيد-19 $r=0,69$ وهو دال إحصائياً عند القيمة الإحتمالية له حيث بلغت $\text{sig} = 0,000$ وهي أقل من مستوى الدلالة (0,01) وهذا يدل على وجود علاقة بين المتغيرين ذات دلالة إحصائية عند 0,01 لدى العاملين في مصلحة كوفيد-19.

وأيضاً نلاحظ أن معامل الارتباط بيرسون لدراسة العلاقة بين المتغيرين، حيث بلغ معامل الارتباط بيرسون لغير العاملين في مصلحة كوفيد-19 $r=0,31$ وهو دال إحصائياً عند القيمة الإحتمالية له بلغت $\text{sig} = 0,017$ وهي أقل من مستوى الدلالة (0,05) وهذا يدل على وجود علاقة بين المتغيرين ذات دلالة إحصائية عند 0,05 لدى غير العاملين في مصلحة كوفيد-19.

لكننا عند قيامنا بالمقارنة عن طريق المقارنة بين معاملي الارتباط لعينتين مستقلتين وجدنا أنه دال، وبالتالي يوجد اختلاف في العلاقة بين إدراك الخطر وأعراض الوسواس القهري حسب العمل ومنه نقبل الفرضية.

اتفقت دراسة Dryhurst وزملائها بهدف تصور المخاطر حول العالم على بعض البلدان، العينة تراوحت بين 04.78% و 05,75%، في مكان العمل حيث الأشخاص الذين لديهم تجربة شخصية مباشرة مع الفيروس يدركون أكثر الأخطار مقارنة بأولئك اللذين لم يكن لديهم خبرة مباشرة. (Dryhurst et al, 2020)

- كلما زادت شدة الأفكار التطفلية في OCD زادت الأفكار المتعلقة بالكوفيد.
- يميل الأفراد المصابون بأعراض الوسواس القهري إلى تهديدات أكثر.
- ارتبطت أعراض الوسواس القهري بكوفيد-19.
- يؤكد العديد من الباحثين أن إدراك الخطر بسبب المعتقدات الخاطئة والأخطار الطبيعية والتهديدات الصحية، محو الأمية الصحية، عدم تلقي تدريبات في هذا الشأن، أكدت الدراسات أنه كلما ارتفع إدراك الخطر ترتفع أعراض الوسواس القهري.
- عدم ارتفاع أعراض الوسواس القهري لدى الممرضين، وهذا راجع إلى إهمال الوضع في مجتمعنا وعدم أخذه بجديته، مقارنة بالدراسات البحثية في المجتمع الغربي.
- تهديدات الأمراض الوبائية تكون بارزة بشكل خاص لمرضى الوسواس القهري.

خلاصة

تنطلق أهمية الدراسة من كونها بحثاً هاماً في علم النفس العيادي المتعلق بالصحة، من خلال دراسة إدراك الخطر وعلاقته بأعراض الوسواس القهري لدى الممرضين العاملين في فترة كوفيد-19، حيث تمثل هذه الأزمة تحدياً حقيقياً للأفراد والمجتمعات على المستوى الصحي النفسي الاجتماعي والاقتصادي وما نتج عنها من اضطرابات وخسائر بشرية.

هدفت دراستنا لاستكشاف العلاقة بين مستوى إدراك الخطر وعلاقته بالأعراض الوسواسية ومن خلال إجراءات البحث المنهجية والتطبيقية وجمع المعطيات والتحليلات والمعالجات الإحصائية توصلنا إلى النتائج التالية: أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى إدراك الخطر واعراض الوسواس القهري.

المراجع

1. بشار جبار جبار الأغا(2009) دراسة سمات شخصية مرضى الوسواس القهري في البيئة الفلسطينية باستخدام برنامج تدريبي علاجي، رسالة ماجستير، جامعة الإسلامية بغزة.
2. بن صافي عبد الرحمن (2016) تقييم طرق صدق أدوات القياس المستخدمة في البحوث النفسية والتربوية، جامعة مستغانم، مجلة الجزائرية العلمية، العدد 3، 32_59.
3. جبل، فوزي محمد(2002)، محاضرات في الصحة النفسية وبيكولوجية الشخصية، الطبعة الأولى، الإسكندرية، المكتبة الجامعية.
4. فاطمة يوسف صالح الوحشي(2019) فعالية برنامج إرشاد معرفي سلوكي لتخفيف أعراض الوسواس القهري لدى عينة من طالبات الجامعة الليبية، رسالة ماجستير، جامعة بنغازي الليبية.
5. وائل أبو هندي(2003)، الوسواس القهري من منظور عربي إسلامي، الكويت، مطابع دار السياسة.
6. Adam, A. Daniel, L. Marianne, H. Reham, S. April, G. Wesley, V. Shireen, S. Nnamdi, N. Xin-Min, L. Andrew, J. G. Vincent, I.O. A. (2020). COVID-19 Pandemic and Mental Health: Prevalence and Correlates of New-Onset Obsessive-Compulsive Symptoms in a Canadian Province. International Journal of Environmental Research and Public Health. <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/19/6986>
7. American psychiatric association. (2013). Diagnostic manual of mental disorders fifth edition Dsm-5tm.

8. Bernd Rohrmann. Risk Perception, Risk Attitude, Risk Communication, Risk Management: A Conceptual. University of Melbourne, Dept. of Psychology, Vic 3010, AUSTRALIA. <http://www.rohrmannresearch.net/>
9. Bimala Sharma , Nirmala Shrestha, Nisha Gurung, Sanju Banstola(2020), Perceived risk, preventive behavior and enabling environment among health workers during COVID–19 pandemic in Nepal: an Online Survey, Journal of Gandaki Medical College Nepal, <https://doi.org/10.3126/jgmcn.v13i2.31166>
10. Cohley P. Acenowr, Meredith E. Coles,(2021) OCD during COVID–19: Understanding clinical and non–clinical anxiety in the community, Contents lists available at ScienceDirect Psychiatry Research journal homepage: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113910>
11. Danielle Dennis, Cynthia Radnitz, Michael G. Wheaton, (2021). A Perfect Storm? Health Anxiety, Contamination Fears, and COVID–19: Lessons Learned from Past Pandemics and Current Challenges. <https://doi.org/10.1007/s41811-021-00109-7>
12. Enayat M. Soltan, Safaa M. El-Zoghby, and Hend M. Salama,(2020), Knowledge, Risk Perception, and Preventive Behaviors Related to COVID–19 Pandemic Among Undergraduate Medical Students in Egypt, Sn

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7652408/>

13. Francisco Sampaio a,b, Carlos Sequeira b,c, Laetitia Teixeira d.(2020). Impact of COVID–19 outbreak on nurses’ mental health: A prospective cohort study. Contents lists available at ScienceDirect Environmental Research. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.110620>
14. Gail Steketee,(1994), Measurement of Risk–Taking in Obsessive–Compulsive Disorder. Behavioural and Cognitive Psychotherapy
15. Gideon Goldin a,n, Mascha van ‘t Wout a, Steven A. Sloman a, David W. Evans b,Benjamin D. Greenberg c,d, Steven A. Rasmussen c,d,(2013), Risk judgment in Obsessive–Compulsive Disorder: Testing a dual–systems account, Journal of Obsessive–Compulsive and Related Disorders, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.08.002>
16. John Dony,(2014) Katherine Smith and Katie Knee.risk perception: theories, strategies,and next steps.
17. Jon Hershfield, MFT,(2018). OCD Harm Overcoming. n ewharbinger publications. <http://www.intrusivethoughts.org/>
18. Jukab Lee, Hyuk Joo Lee, Youjin Hong, Yong–Wook Shin^{3†}, Seockhoon Chung and Jangho Park ,(2021), Risk Perception, Unhealthy Behavior,and Anxiety Due to Viral Epidemic Among Healthcare Workers: The

Relationships With Depressive and Insomnia Symptoms During COVID-19,
Hikaru Hori, University of Occupational and Environmental Health Japan,
Japan, doi: 10.3389/fpsy.2021.615387

19. Kelly Mrklas et al. (2020). Prevalence of Perceived Stress, Anxiety, Depression, and Obsessive-Compulsive Symptoms in Health Care Workers and Other Workers in Alberta during the COVID-19 Pandemic: Cross-Sectional Survey. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32915764/>
20. Liangwen Ning, Jinyu Niu, Chaojie Liu.(2020). The impacts of knowledge, risk perception, emotion and information on citizens' protective behaviors during the outbreak of COVID-19: a cross-sectional study in China. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09892-y>
21. Linda Hoover, Texas Tech University, Tim H. Dodd ,Texas Tech University ,Lynn Huffman, Texas Tech University.(2011). The Use of the Modified Protection Motivation Theory to Explore Adult Consumers' Functional Foods Consumption Behavior. https://www.researchgate.net/publication/260034812_The_Use_of_the_Modified_Protection_Motivation_Theory_to_Explore_Adult_Consumers'_Functional_Foods_Consumption_Behavior
22. Liu X, Jiang D, Li B, Lu Y, Mao Z. (2018). Somatization, obsessive-compulsive symptoms, and job satisfaction of the prison medical workers in

- Jiangxi, China. to Journals » Psychology Research and Behavior Management » Volume 11. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S166868>
23. Marc D. Gellman, J. Rick Turner.(2013). Encyclopedia of Behavioral Medicine. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_866
24. Mariangela Valentina Puci , Guido Nosari, Federica Loi, Giulia Virginia Puci , Cristina Montomoli and Ottavia Eleonora Ferraro (2020), Risk Perception and Worries among Health Care Workers in the COVID-19 Pandemic Findings from an Italian Survey , Journals Healthcare Volume 8 Issue 4, <https://doi.org/10.3390/healthcare8040535>
25. Max T Kinateder, Erica D Kuligowski, Richard D Peacock. (2015). Risk perception in fire evacuation behavior revisited: definitions, related concepts, and empirical evidence. Fire Science Reviews. <https://firesciencereviews.springeropen.com/articles/10.1186/s40038-014-0005-z>
26. Rubina Izhar, Samia Husain , Muhammad A. Tahir, Sonia Husain(2021) , Knowledge and practices: Risk perceptions of COVID-19 and satisfaction with preventive measures at workplace among maternity care providers in Pakistan, Eur J Midwifery, <https://doi.org/10.18332/ejm/131864>
27. Sarah Dryhursta, Claudia R. Schneidera,b, John Kerra,b, Alexandra L. J.Freemana , Gabriel Recchiaa , Anne Marthe van der Blesa,b,c , David

Spiegelhalter and Sander van der Lindena.(2020). Risk perceptions of COVID-19 around the world. Journal of Risk Research <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=rjrr20>

28. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders .

29. Tuvan arsalanca,Cihan fidan ,Mine daggez,at dursun.(2021).Knowledge,perventive behaviors and risk perception of the covid-19pandemic:across-sectional study in Turkish health care workers . Livia Melo Villar, FIOCRUZ, BRAZIL. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250017>

30. Xiaoguang Lyu, Jiming Hu, Weiguo Dong. (2021). Factors influencing risk perception and nosocomial infection prevention practices of frontline nurses during the COVID-19 pandemic. BMC nursing. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00591-6>

الملاحق

الملحق 1: بنود مقياس إدراك الخطر

الرقم	العبرة	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
01	أعتقد أن فيروس كورونا خطير وقاتل					
02	تراودني باستمرار فكرة إصابتي بفيروس كورونا					
03	بالرغم من الإفراط في استخدام المنظفات إلا أنني لا أستطيع أن أتوقف عن استعمالها خوفا من العدوى					
04	أواجه صعوبة في النوم بسبب تفكيري الدائم في فيروس كورونا					
05	أخشى الإتصال مع المرضى المصابين بفيروس كورونا					
06	راودتني أفكار مزعجة مفادها أن بعض الأشخاص الذين أعمل معهم قد يكونون حاملين لفيروس كورونا					
07	لا أتصور أنني سأعزل نفسي عن أفراد أسرتي عندما أدخل للبيت					
08	أتجنب الأماكن المكتظة بالأشخاص خوفا من إصابتي بفيروس كورونا					
09	أتجنب لمس أي جزء من وجهي خوفا من العدوى بفيروس كورونا					
10	أعتقد أن هناك احتمال كبير من أن أصاب بفيروس كورونا					
11	أصابني الإرهاق من العمل في فترة وباء كورونا					
12	أستخدم وسائل الوقاية بشكل روتيني مثل الكمامات و القفازات					
13	أخشى أن أنقل العدوى لعائلي و أصدقائي					
14	لا أملك الوسائل الكافية لحماية نفسي من العدوى بفيروس كورونا					
15	أتبع الاحتياطات اللازمة لمكافحة العدوى خلال الوباء					
16	سأعزل نفسي عن عائلي وعن الآخرين لحمايتهم من العدوى بفيروس كورونا					
17	لم يتم تهيئتنا لمواجهة مثل هذا الوباء الخطير					
18	لم أستطع التوقف عن التفكير بالإصابة بفيروس كورونا					
19	لا أخشى من إصابتي بعدوى كوفيد 19					
20	لا أخشى من أن يكون اختبار كوفيد 19 لدي موجبا					

الملحق 2: بنود مقياس الوسواس القهري

الرقم	العبارة	لا يوجد	خفيف	متوسط	شديد	شديد جدا
01	أقلق أو أنفر من فضلات الجسم أو الإفرازات					
02	أقلق من القذارة والجراثيم					
03	أقلق كثيرا من الملوثات البيئية					
04	أقلق كثيرا من بعض المنظفات المنزلية					
05	أخشى كثيرا من الحيوانات					
06	أتضايق كثيرا من المواد اللزجة أو الرواسب					
07	أفكر بإصابتي بالمرض بسبب التلوث					
08	أخشى من إمكانية تلوثي للآخرين					
09	أفرط في غسل يدي وبطريقة طقوسية					
10	أغتسل وأنظف أسناني وأتهدأ وأستخدم المراض بطريقة مفرطة أو طقوسية					
11	لدي وساوس قهرية تشمل تنظيف الأدوات المنزلية أو الأشياء الأخرى					
12	أقوم بأشياء أخرى لتجنب ملامسة الملوثات					

الملحق 3: قائمة المحكمين

الرقم	الإسم والقب	الرتبة العلمية	التخصص
1	وازي الطاوس	أستاذ محاضر د	علم النفس الإجتماعي
2	خالد بوعافيا	دكتور	علم النفس العصبي
3	خميمس سليم	أستاذ محاضر د	علم النفس العيادي

الملحق 4: بعض نتائج التحليل الاحصائي بواسطة برنامج spss

معامل الارتباط بين ادراك الخطر وبين الوسواس والسلوك القهري

الوسواس والسلوكيات القهرية	ادراك الخطر
معامل ارتباط بيرسون	1
مستوى الدلالة	
ن = عدد العينة	105

**الارتباط دال عند 0.01.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,755	20

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,504
		Nombre d'éléments	10 ^a
Alpha de Cronbach	Partie 2	Valeur	,663
		Nombre d'éléments	10 ^b
		Nombre total d'éléments	20
		Corrélation entre les sous-échelles	,651
Coefficient de Spearman-Brown		Longueur égale	,788
		Longueur inégale	,788
		Coefficient de Guttman split-half	,783

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,840	12

Statistiques de fiabilité

		Valeur	,736
	Partie 1		
		Nombre d'éléments	6 ^a
Alpha de Cronbach		Valeur	,849
	Partie 2		
		Nombre d'éléments	6 ^b
		Nombre total d'éléments	12
		Corrélation entre les sous-échelles	,439
Coefficient de Spearman-		Longueur égale	,610
Brown		Longueur inégale	,610
		Coefficient de Guttman split-half	,594