

الأرق لدى عينات مصرية من طلاب الجامعة والموظفين

أحمد عبد الخالق*	ومايسة النيال	وحنان سعيد
جامعة الإسكندرية،	جامعة بيروت العربية،	جامعة الإسكندرية،
الإسكندرية، مصر	بيروت، لبنان	الإسكندرية، مصر

استلم بتاريخ: ٢٠١٣/٧/٤

عُدل بتاريخ: ٢٠١٣/٩/٩

قُبِل بتاريخ: ٢٠١٣/٩/٢٣

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد معدلات انتشار الأرق، والفروق بين الجنسين، وبين مجموعتين عمريتين، وبيان البنية العاملية للمقياس العربي للأرق، واستخدمت عينة من طلاب الجامعة $n = 500$ والموظفين $n = 457$ من الجنسين، وقد حصلت طالبات الجامعة على أعلى متوسط في الدرجة الكلية للمقياس العربي للأرق، يليهن الموظفات، ثم طلبة الجامعة، وأخيراً الموظفين، وكانت أبرز الفروق الدالة إحصائياً بين طالبات الجامعة والموظفين الذكور، وبين الموظفين والموظفات. وعلى الرغم من اختلاف معدلات انتشار الأرق بين العينات الأربع، فقد اتفقت جميعاً على أن أقل معدل انتشار للبند: "أشعر بالاكْتئاب عند ذهابي إلى السرير لأنام"، وعلى أن أعلى معدل انتشار للبند: "اضطراب النوم يسبب لي ضيقاً شديداً". وقد أسفر تحليل المكونات الأساسية عن استخراج ثلاثة عوامل من كل مجموعة على حدة، لم تتماثل مسمياتها إلا قليلاً، وأبرز نتائج هذه الدراسة، الفروق الدالة إحصائياً بين الجنسين، حيث حصلت الإناث على متوسط أعلى. وقد خلصت الدراسة إلى ضرورة تقديم الإرشاد النفسي للحاصلين على درجة مرتفعة في المقياس العربي للأرق.

كلمات مفتاحية: الأرق، المقياس العربي للأرق، طلبة الجامعات، الموظفون، مصر.

Insomnia among Egyptian Samples of University Students and Employees

Ahmed Abdel-Khalek *	Maysa al Nyal	Hanan Saeed
Alexandria University, Alexandria, Egypt	Beirut Arab University, Beirut, Lebanon	Alexandria University, Alexandria, Egypt

The aim of this study was to estimate the prevalence of insomnia, differences between males and females, and between two age groups, and to explore the factorial structure of the Arabic Scale of Insomnia (ASI). Samples of university students ($n=500$) and employees ($n=457$) of both sexes were recruited. Female university students obtained the highest mean total score on the ASI, followed by female employees, male university students, and finally male employees. The salient significant differences were between female students and male employees and between male and female employees. Despite the differences in the prevalence rate of insomnia between the four groups, they all agreed on that the least prevalence rate was for the item: "I feel depressed when it is time for me to go to bed, whereas the highest prevalence rate was for the item: "My interrupted sleep annoys me." Principle components analysis yielded three factors for each group. Most of their names were not identical. The most salient finding of this study was the statistically significant sex differences in insomnia in favor of women. It was concluded that it is important to introduce counseling for those who obtained high scores on the ASI.

Keywords: insomnia, the Arabic Scale of Insomnia (ASI), university students, employees, Egypt.

*aabsel-khalek@hotmail.com

مختلف المراحل العمرية، وفي كل بلد وإقليم قيست فيه مشكلات النوم، وخلال السنوات الأخيرة انصب التركيز بشكل متزايد على تعريف الأرق، ليس لكونه شكوى فحسب، ولكن بوصفه اضطراباً نوعياً يتسم ببعض الأعراض التي تحدث بشكل متكرر وحاد ومنظم، ويمثل تعارضاً مع الوظائف التي يقوم بها الفرد في حياته اليومية (Buysse, 2008).

وتختلف تعريفات النوم من دليل تشخيصي إلى آخر؛ إذ يختلف تعريف النوم بين ثلاثة تصنيفات هي: التصنيف الدولي الثاني لاضطرابات النوم ICS-2، والدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع المعدل DSM-IV-TR، والتصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD10. وقد يكون من بين أسباب هذا التباين في تعريفات الأرق وتحديد معدلات انتشاره، الحاجة الماسة إلى متخصصين مدربين لإجراء المقابلات التشخيصية، أو ضرورة استخدام أدوات معملية لقياسه وفقاً للمحكات العامة المعمول بها. وبالإضافة إلى ذلك، فإن الارتباط المتكرر بين الأرق والاضطرابات النفسية ينتج عن الاختلاف الواسع بين المفاهيم المستخدمة، والأدوات التي يتم من خلالها قياس الأرق (www.intechopen.com).

ونتيجة لهذه الاختلافات في تعريف حالات الأرق، فإن تقدير معدلات انتشاره تباينت بشكل كبير، فقد درس بالاسين، ونورداس، ونيلسين، وهافيك، وكال، وجونسن، وسكيوتسكيفت (Pallesen, Nordhus, Nielson,) (Havik, Kvale, Johnsen, & Skjøtskift, 2001) النرويج، مدى انتشار الأرق لدى عينات من الراشدين ن=200، واستخدمت محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض النفسية DSM-IV، وأسفرت نتائج الدراسة عن أن 11,7% من عينة الدراسة يعانون من الأرق، وباستخدام تحليل الأعداد، ظهر أن كلاً من المشكلات الجسمية والطبية النفسية كانت من المنبئات القوية بالأرق، كما تبين أن 6,9% من الإناث في عينة الدراسة يتعاطين المنومات، وانسحب الأمر نفسه على كبار السن الذين يعانون من بعض المشكلات الانفعالية والجسمية، كما كشفت الدراسة عن زيادة في شيوع الأرق في فصل الشتاء مقارنة بفصل الصيف.

كان من بين أهداف الدراسة التي أجراها عبد الخالق (Abdel-Khalek, 2004) بيان معدلات انتشار الأرق وعواقبه، لدى عينة من طلاب المدارس الثانوية الكويتيين ن=504، من تراوحت أعمارهم بين 14-19 سنة، واستخدم المقياس العربي للأرق، وأسفرت النتيجة عن معدلات انتشار لينود المقياس تراوحت بين 6,4% و 31,7% لدى الذكور، وبين 6,5% و 35,9% عند الإناث، وكانت أعلى

شغل موضوع النوم أذهان كثير من الرجال والنساء والمفكرين منذ أكثر من ألفي عام، إلى الدرجة التي خصص فيها اليونانيون القدامى إلهاً للنوم هو هينوس Hipnos توأم الموت، وفي القرن التاسع عشر أشار الفيلسوف الألماني آرثر شوبنهاور (1788-1840) في إحدى مقالاته إلى أن "النوم هو الفائدة التي يجب علينا دفعها على رأس المال الذي نسترده عند الوفاة، وكلما زادت معدلات الفوائد، وكلما كانت عملية الدفع أكثر انتظاماً. تأخر تاريخ الاستحقاق" (Schopenhauer, 2007, p.52). هذا التصور الذي يرجع إلى أكثر من قرن مضى، يوضح كم يعد النوم ضرورياً من أجل العمر المديد، وبالرغم مما يعرف عن أهمية النوم على مر العصور فإن البحث العلمي الجاد في موضوع النوم لم ينشط إلا منذ حوالي أربعين عاماً، حتى شغل مزيداً من الاهتمام في الوقت الراهن.

وما هو جدير بالذكر أن مشكلات النوم من المشكلات الشائعة في المجتمعات الحديثة، فقد ظهر أن اضطرابات النوم ترتبط بالمشكلات الصحية، وأصبح واضحاً الآن أن اضطرابات النوم يمكن أن تؤدي إلى نتائج سلبية، تؤثر في أداء عدد من الأجهزة الجسدية لوظائفها، كما أن هناك أدلة من علم الوبائيات على أن اضطرابات النوم قد تكون من بين عوامل الخطر المؤدية إلى الوفاة، وأثبتت البيانات الوبائية المستعرضة والطولية أن المرضية المشتركة Comorbidity موجودة بين اضطرابات النوم والاضطراب النفسي، وبخاصة بين الأرق وكل من القلق والاكتئاب (Abdel-Khalek, 2008).

وقد خصص الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الرابع المعدل (DSM-IV-TR) فصلاً كاملاً عن اضطرابات النوم، صنفت فيه اضطرابات النوم في فئتين أساسيتين: اضطرابات أولية (صعوبات النوم Dyssomnias)، واضطرابات النوم الثانوية (مصاحبات النوم Parasomnias)، وتنقسم اضطرابات النوم الأولية (صعوبات النوم) إلى الأرق Insomnia وكثرة النوم Hypersomnia، واضطرابات جدول النوم/اليقظة Sleep-wake schedule disorder. أما فيما يتعلق باضطرابات النوم الثانوية (مصاحبات النوم) فتنقسم إلى: السير أثناء النوم Somnambulism، وفتح النوم Sleep Terror، والكوابيس الليلية Nightmares (APA, 2000, pp.567-661).

وتصطلع هذه الدراسة بفحص موضوع الأرق لدى عينات من طلاب الجامعة والموظفين في المجتمع المصري، ومن الواضح أن الأرق يعد من أكثر شكاوى اضطرابات النوم انتشاراً لدى كثير من الناس، وينطبق ذلك على

المحكات الصارمة من مثل الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية الرابع المعدل (DSM-IV-TR) الذي يتضمن محكات إضافية متمثلة في أن أعراض الأرق يجب أن تستمر مدة لا تقل عن شهر، وأن الأرق لا يحدث حصراً في حال حدوث اضطراب آخر للنوم، أو اضطراب عقلي، أو نتيجة للتأثير الفسيولوجي المباشر لتعاطي العقاقير. وهنا يمكن تقدير حالات الأرق بحوالي ٦% (Roth, 2007).

قام عبد الخالق (٢٠٠٧) بدراسة معدلات الأرق وعواقبه لدى عينة مكونة من ١٢٤٧ موظفاً كويتياً (٧١٣ ذكور، ٥٣٤ إناث). يعملون في مختلف الوظائف الحكومية في دولة الكويت، تتراوح أعمارهم بين ٢٤ و ٥٥ عاماً. طبق عليهم - في جلسات فردية - المقياس العربي للأرق، وقد حسب معدل الانتشار بجمع النسب المئوية للمبحوثين الذين يشكون من الأرق في الشهر الأخير في البديلين: كثيراً وكثيراً جداً. وكان أعلى معدل خاص بالبند "أستيقظ مبكراً في الصباح قبل أن أحصل على كفايتي من النوم" (٨,٢٦% للذكور، ٣٨,٥% للإناث). ثم البند "أستيقظ من نومي متعباً" (١٥,٢% للذكور، ٢٦,٣% للإناث). يليه البند: "اضطراب النوم يسبب لي ضيقاً شديداً" (١٢,٣% للذكور، ٢٦,٣% للإناث). وكانت الفروق الدالة بين الجنسين في ١٠ من ١٢ بنداً المكونة لمقياس الأرق. وكان للإناث متوسط أعلى فيها جميعاً. وكانت أعلى فروق بين الجنسين - اعتماداً على اختبار "ت" - للبند الثلاثة الآتية: "أستيقظ من النوم عدة مرات"، و"اضطراب النوم يسبب لي ضيقاً شديداً"، و"نومي متقطع ومضطرب" على التوالي (متوسط الإناث أعلى). وخلصت هذه الدراسة إلى أن معدلات انتشار الأرق وعواقبه منخفضة لدى الموظفين الذكور بالنسبة إلى المراهقين وطلبة الجامعة، ولكن هذه النتيجة لا تنسحب على الموظفين.

وأشار كل من ماي وبوسبي (Mai & Buysse, 2008) وروث، وكريستال، وليبرمان (Roth, Krystal & Lieberman, 2007) إلى أن معدلات انتشار الأرق تتراوح بين ١٠-٤٠%. وفي ضوء كافة المعلومات المتاحة، فإن انتشار أعراض الإصابة بالأرق يمكن أن تقدر بنسبة ٣٠% في حين أن نسبة الإصابة باضطرابات الأرق نفسها تتراوح بين ٥-١٠%.

قام كل من سينج وونج (Sing & Wong, 2010) بدراسة انتشار الأرق وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية لدى طلاب الجامعة في هونغ كونج، وتكونت عينة الدراسة من ٥٢٩ طالباً. أجابوا عن المقاييس الآتية: قائمة "بتسريح" لنوعية النوم PSQI، واختبار التوجه نحو الحياة (الصيغة المعدلة)، ومقياس الضغوط المدركة، وقائمة "بيك" للاكتئاب، وأسئلة أخرى تقيس بعض

شكوى للبند: "أستيقظ مبكراً في الصباح قبل أن أحصل على كفايتي من النوم" ٣١,٧% للذكور، ٣٥,٩% للإناث. كما قرر ١٤,٦% من الذكور، ٢٠,٣% من الإناث "صعوبة البدء في النوم"، في حين قرر ٨,٦% من الذكور، ١٥,٧% من الإناث "صعوبة الاحتفاظ بالنوم"، وحصلت الإناث على متوسط درجات أعلى من الذكور في معظم بنود المقياس.

درس عبد الخالق (Abdel-Khalek, 2006) عينة كويتية ن=٢١٠ من طلاب الجامعة، بهدف تقدير معدلات انتشار الأرق، وبيان الفروق بين الجنسين. أجابوا عن المقياس العربي للأرق، وكشفت النتائج عن نسب انتشار للأرق، تراوحت من ٤,١% إلى ٢٩% لدى الطلبة، وبين ٤,٨% و ٣٢,٢% عند الطالبات، وكان أعلى تكرار لدى الجنسين، للبند "أستيقظ مبكراً في الصباح قبل أن أحصل على كفايتي من النوم"، وقرّر ١٩,٤% من الطلبة، و ١٨,١% من الطالبات "صعوبة البدء في النوم"، كما قرّر ٨,٦% من الطلبة، و ١٥,٧% من الطالبات "صعوبة المحافظة على النوم"، وكان متوسط الطالبات أعلى من الطلبة في ثلاثة بنود.

وفي دراسة أجريت في اليابان، لفحص معدلات انتشار الأرق لدى مجموعات عمرية مختلفة، قام كانيتا وأوهيدا وأوساكي وتانيهاتا وميناوا وسوزوكي مع آخرين (Kaneita, Ohida, Osaki, Tanihata, Minowa, Suzuki, et al. 2006) بدراسة على عينات من المراهقين باستخدام المنهج المستعرض، حيث شملت عينة الدراسة تلاميذ المرحلة الإعدادية والثانوية، وبلغت عينة الدراسة ١٠٣٦٥٠ مراهقاً. طبقت عليهم بطارية كاملة تتعلق بالأرق، وقد كشفت النتائج عن انتشار عسر النوم، وصعوبة الاستمرار في النوم، والاستيقاظ المبكر من النوم، وقد مثلت ٤,٨% (١١,٣% و ٥,٥% على التوالي، في حين مثل الأرق نسبة ٢٣,٥% في عينة الدراسة، وخلصت هذه الدراسة إلى أن الأرق في المجتمع الياباني أمر شائع وأسبابه متعددة، وأوصت بضرورة وضع برنامج وقائي لحفض الأرق لدى المراهقين اليابانيين.

ويشير روث إلى أن تقدير معدلات انتشار الأرق يعتمد على المحك المستخدم في تعريف الأرق، وكذلك على المجتمع الذي سوف تجرى عليه الدراسة، فقد أجمعت دراسات عدة، أجريت على عينات متنوعة من الراشدين من دول متباينة، على أن ٣٠% من الراشدين قرروا أنهم يعانون من واحد أو أكثر من أعراض الأرق: صعوبة في استهلال النوم ومواصلته، والاستيقاظ المبكر جداً، أو النوم غير الكافي، ومن ناحية أخرى خلص مؤتمر العلوم الذي عقد في يوليو عام ٢٠٠٥، إلى أن ١٠% من معدلات انتشار الأرق ترجع إلى أعراض الكرب أو الضيق الناتج عن الأرق، والخلل المدرك في وظائف الجسم في أثناء اليوم، وأخيراً، تطبيق بعض

وقد عقدت المعاهد القومية للحالة الصحية مؤتمراً بعنوان: "مظاهر الأرق الزمن لدى الراشدين وإدارته" Manifestations and management of chronic insomnia in adults. بحث فيه المعايير التشخيصية البحثية للأرق Research Diagnostic Criteria for Insomnia (RDC). والنسخة الثانية لتصنيف اضطرابات النوم International Classification of Sleep Disorders, Second Edition (ICSD-2). واعتمدت المنظور الواسع للأرق بوصفه اضطراباً إكلينيكياً. ومن النتائج الأساسية لهذا المؤتمر، أن أعراض اضطرابات النوم عندما تصل إلى حدة معينة، ترتبط على الأرجح بعواقب صحية، ومن ثم تتطلب علاجاً. وبالإضافة إلى ذلك، فإن تعريف الأرق بهذا الشكل يقيد نسبة الانتشار بين الراشدين من نسبة ٣٠-٤٠% إلى نسبة ٥-١٠%. وهى أرقام، وإن ظلت ضخمة، إلا أنها أكثر مصداقية عند تقدير نسبة السكان الذين يحتاجون إلى تدخل علاجي.

وأوضح أوهايون (Ohayon, 1997) أن تقديرات انتشار الأرق تعتمد على أربعة تعريفات: أعراض الأرق، وأعراض الأرق التي يصاحبها عواقب أثناء النهار، وعدم الرضا عن النوم، وتشخيص الأرق. ويشير التعريف الأول إلى أن قرابة ثلث السكان بشكل عام - على أقل تقدير- لديهم أعراض الأرق. ويبين التعريف الثاني أن الانتشار أو الشيعوع يتراوح بين ٩-١٥%. ويمثل التعريف الثالث ما بين ٨-١٨% من السكان عامة. ويحدد التعريف الأخير انتشار تشخيص الأرق عند نسبة ٦% طبقاً لتصنيف الدليل التشخيصي الرابع DSM-IV.

وبالرغم من هذه المحاولات الجادة من قبل الباحثين المهتمين بموضوع الأرق، فإن كلاً من لوبيز، وروبينا، وروتنبرج، Lopes, Robaina & Rotenberg، طرحوا في بحثهم الموسوم: "وبائيات الأرق: الانتشار وعوامل الخطر". كثيراً من الأسئلة التي تحتاج إلى إجابات لفهم موضوع الأرق، والأسباب المسئولة عن اختلاف معدلات انتشاره، وكانت حاجتهم في ذلك عدم وجود تعريفات متنسقة للأرق، وأن المفاهيم المستخدمة في تعريف الأرق متعددة، وتتراوح من مفهوم "توم غير مريض" الذي صاغه معهد الطب الأمريكي عام ١٩٧٩، إلى التعريف المستخدم للأرق في التصنيف الدولي لاضطرابات النوم (ASDA, 1990)، الذي يتفق مع الشكوى من عدم كفاية النوم كل ليلة تقريباً، أو الشعور بالتعب بعد فترة النوم المعتادة.

وتجدر الإشارة إلى أنه بعد الظهور المبني للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس (DSM-5) في عام ٢٠١٠، والمتوقع صدوره رسمياً في مايو من عام ٢٠١٣، فقد دارت مناقشات حول ما إذا كان ينبغي أن يستبدل بالفئتين: الأرق الأولي، والأرق الثانوي

المتغيرات الديموجرافية والاجتماعية ونمط الحياة. وقد أسفرت الدراسة عن أن ١٨,٦% من أفراد عينة الدراسة يعانون من الأرق، وكشف تحليل الإخدار عن أن كلاً من الضغوط، والاكنتاب من منبئات الأرق.

درس كل من أوهايون وسجالس (Ohayon & Sagales, 2010) مدى انتشار الأرق في المجتمع الأسباني، فأجرى دراسة مسحية على عينة مكونة من ٤٦٤٨ فرداً، كانت أعمارهم أكثر من ١٥ سنة، وكشفت هذه الدراسة أن واحداً من بين كل خمسة أفراد يعانون من الأرق، وقرر ١٧,٦% من أفراد عينة هذه الدراسة (لاسيما من بلغت أعمارهم أكثر من ٦٥ سنة) أن النوم المتقطع أحد أسباب الأرق. في حين قرر ٤,٣% أنهم يستيقظون مبكراً، و٣,٧% يجدون صعوبة في النوم، وأظهرت هذه الدراسة أن معظم هذه الاضطرابات كانت أكثر شيوعاً لدى النساء.

وقد هدفت دراسة بكر وأبو العز وعبد العزيز وخاطر وفهيم (Bakr, Abou El Ezz, Abd Elaziz, Khater, & Fahim, 2011) إلى فحص مدى انتشار الأرق لدى عينة من المسنين من يقطنون دور العجزة في مدينة القاهرة، كما هدفت إلى تحديد العوامل المسببة للأرق، وتكونت عينة الدراسة من ١٨٤ مسناً، وبينت الدراسة أن ٣٦,٤% من عينة الدراسة يعانون من الأرق، وكانت أعلى نسبة للأرق لدى الذكور والمتزوجين منهم.

وفي الصين، أجرى كل من ونج وفيلدينج (Wong & Fielding, 2011) دراسة على ٥٠٠١ راشداً، من بلغوا أكثر من ١٨ عاماً، أجابوا عن قائمة "بتسريح" لنوعية النوم PSQI، ومقياس نوعية الحياة QOL، ومقياس المستشفى للقلق والاكنتاب HADS، وكشفت عن انتشار الأرق بنسبة ٣٩,٤% بين الراشدين الصينيين من يقطنون مدينة هونج كونج، وكان يصاحب أعراض الأرق لديهم غالباً تعاطي الكحوليات، وبالإضافة إلى ذلك فقد كانوا يعانون من اختلال في الصحة النفسية، وانخفاض في نوعية الحياة.

وهدف دراسة مايدن وظهرم والماشور (Mydin, Zahrim, & Almashor, 2012) إلى تحديد العلاقة بين العوامل النفسية والأرق، وبيان تأثير الأرق على النوم أثناء النهار وتكونت عينة الدراسة من ١٧٣ راشداً، تراوحت أعمارهم بين ٢٠ و٦٠ عاماً، أجابوا عن استخبار الصحة العامة GHQ، والمقياس اليوناني للأرق AIS، ومقياس النوم من وضع إيبورث ESS، وكشفت نتائج الدراسة أن ٤٣,٧% يعانون من الأرق، كما ظهر ارتباط جوهري بين الكرب، والأرق، والنوم أثناء النهار، كما توصلت الدراسة إلى أن الكرب قد يكون مسؤولاً عن صعوبات النوم، وأن الحرمان من النوم يؤدي إلى الرغبة في النوم أثناء النهار.

ينامون بشكل طبيعي وجيد من ناحية، ومرضى الأرق من ناحية أخرى. تبين أن معدلات ضربات القلب والأبيض لدى مرضى الأرق كانت أعلى مقارنة بالأسوياء. وبضيف روث أن النشاط المزمّن لجهاز الاستجابة للضغط Stress-response system، في الأجهزة العصبية الغدية، هو المسئول عن التنبيه في أثناء النوم. كما أن مستويات الكولسترول، والهرمون المنبه لقشرة الكظر Adrenocorticotrophic تؤثر في حالات النوم، ويفرز مرضى الأرق كذلك معدلات مرتفعة من الجلوكوز في عمليات أيض الجلوكوز في المخ في أثناء الاستيقاظ. فضلاً عن غياب رمشة العين في أثناء النوم مقارنة بالأسوياء (Roth, 2007; Sheng, 2011). وقد يسهم النموذج المعرفي والفسولوجي في تفسير أسباب الأرق التي تتضمن التنبيه الزائد، كما أنهما قد يتكاملان.

أما النموذج المعرفي السلوكي (Cognitive-behavioral model) فيعد نموذجاً تكاملياً. يجمع بين متغيرات تشمل الفرد والزمن والبيئة، وحجر الزاوية في هذا النموذج، هو مفهوم التنبيه المفرط Hyperarousal. وقد يكون التنبيه المفرط راجعاً إلى عوامل معرفية أو سلوكية أو فسيولوجية. فضلاً عن أن الإشراف يعد عاملاً مفاقماً للتنبيه. ووفقاً لهذا النموذج، تتضمن محاولة مواجهة الأرق قيام الأفراد بتطوير عادات نوم غير توافقية، من مثل البقاء في السرير فترات طويلة، أو اللجوء إلى قيلولة في أثناء النهار، وهذا في حد ذاته يؤدي إلى استمرار الأرق من خلال عدم الحفاظ على إيقاع النوم والاستيقاظ المنتظم، ومن ثم فإن التنبيه المفرط في هذا النموذج كثيراً ما لا يقتصر على القيام بدور المحفز، بل إن هناك عدداً كبيراً من العوامل من مثل عادات النوم غير التوافقية، أو إدراكات معرفية سلبية تعمل على استمرار الدورة السلبية للنوم (Talbot & Harvey, 2010, p. 43).

عرضت الفقرات السابقة بعض النماذج المفسرة للأرق، وإن كان كل نموذج من هذه النماذج تبني منحى محدداً في تفسير الأرق، فمن الضروري الإشارة إلى أن هذه التوجهات والنماذج، قد تثبت فاعلية كبرى إذا نظرنا إليها على أنها كل متكامل، فلا نعول على منحى دون الآخر أو نرجح نموذجاً على الآخر، بل ينبغي أن ننظر إلى هذه النماذج في إطار تكاملي، يجسد الوحدة البيولوجية النفسية الاجتماعية للإنسان، في حالات السواء والاضطراب.

وأجريت دراسات كثيرة هدفت إلى فحص الفروق الجوهرية بين الجنسين في الأرق، وفي هذا الصدد يشير ليجر وجوليمينو درايفوس ودبلاهاي وبالبارد (Léger, Guillemainault, Dreyfus, Delahaye, & Paillard, 2000)، إلى أن استخدام المحكات التشخيصية الصارمة للأرق، سوف يكشف بوضوح عن الفروق بين الجنسين

فئة واحدة تسمى اضطرابات الأرق، وعلى أية حال فإن هذا التصنيف الجديد سوف يضفي استقلالية لصالح مفهوم المرضية المشتركة أو المصاحبة للأرق Insomnia comorbidity concept (انظر: Abe & Germain, 2012, p. 387).

وقد قُدم أكثر من نموذج في محاولة لتفسير أسباب الأرق، وكان النموذجان المعرفي والفسولوجي من أكثر هذه النماذج شيوعاً، حيث يفسر كلاهما الأرق بأنه اضطراب يتسم بالتنبيه الزائد خلال فترة النهار بأكمله، وهذا التنبيه الزائد قد يعبر عن نفسه بوصفه حالة من حالات اليقظة المفرطة في أثناء النهار، وصعوبة في استهلال النوم ومواصلته أثناء الليل. فيركز النموذج المعرفي للأرق على أن توتر الفرد وقلقه نتيجة ضغوط الحياة وصعوباتها، سوف يؤدي إلى مشكلات النوم، ويحدث نوبات حادة من الأرق، ولا سيما عند استهلال النوم والعودة إليه بعد الاستيقاظ، فعندما يتعرض الفرد لخبرة صعوبات النوم، يتم ترجمة أحداث الحياة التي يمر بها إلى توتر حول النوم نفسه، وإلى صعوبات في أخذ قسط كاف من النوم، وهذا النشاط المعرفي السلبي يحظى بمزيد من التحفيز إذا تم اكتشاف تهديد أو خلل يعوق النوم (Roth, 2007).

أما في النموذج المعرفي للأرق وفقاً لما ذكره هارفي Harvey، فإن الأرق يستمر من خلال توالي العمليات المعرفية التي تعمل في أثناء الليل والنهار، والعمليات المعرفية الخمس المسئولة عن تكوين هذا التوالي هي التوتر (الذي يتكون عن طريق التنبيه والضيق)، والتنبيه الانتقائي، وسوء إدراك النوم، وبعض الأفكار اللاعقلانية، والسلوكيات الآمنة المضادة للإنتاجية counter-productive safety behaviors. وهناك افتراضان يمكن استخلاصهما من هذا النموذج، يتمثل الأول في أن العمليات المعرفية التي يفترض أن تعمل في أثناء الليل، تنطبق بشكل متساو على صعوبة استهلال النوم مع بداية الليل، وصعوبة العودة إلى النوم بعد الاستيقاظ في أثناء الليل، والاستيقاظ مبكراً جداً في الصباح، وثانياً، فإن عمليات المحافظة على النوم قد تنشط في أي لحظة في هذا النموذج، ونتيجة للخبرات النهارية أو الليلية على حد سواء (Abe & Germain, 2012).

وإلى جانب النموذج المعرفي في تفسير الأرق، قُدم روث النموذج الفسيولوجي الذي يفترض فيه أن فرط التنبيه يرجع مبدئياً إلى عوامل عصبية أو فسيولوجية، ويقاس التنبيه الفسيولوجي عن طريق معدل الأبيض وضربات القلب، ويقاس بعض الأجهزة العصبية الغدية، وهنا تجب الإشارة إلى أن هذه الأجهزة تقوم بدور الوسيط لآثار السيروتونين Serotonin، في دورتي النوم واليقظة، ومصداقاً لذلك، فعندما يُقارن بين الأشخاص الذين

١٥-١٦٦٥٠١٥ مشاركاً بواقع ٥٤٦١٨٧ ذكراً، و٧١٨٨٢٨ أنثى، وأسفرت النتائج عن استهداف الإناث للأرق مقارنة بالذكور.

والسؤال المهم هنا: هل يختلف الأرق باختلاف المراحل العمرية؟ لقد اختلفت الآراء حول معدلات انتشار الأرق عبر المراحل العمرية المختلفة، بل في المرحلة العمرية الواحدة. فقد أسفرت بعض الدراسات عن ارتفاع معدلات انتشار الأرق مع التقدم في العمر، فيتضاعف من ١٠% في المرحلة العمرية من ١٥-٢٤ سنة، إلى ٢٠% تقريباً في سن ٧٥ سنة. وقد افترض أن إيقاع الساعة البيولوجية يتغير مع التقدم في العمر، ونتيجة لاختلاف هرمون الميلاتونين Melatonin (وهو هرمون يختص بدورة النوم واليقظة). كما يرجع ارتفاع معدلات الأرق لدى كبار السن - بشكل كبير - إلى تأخر الحالة الصحية، فقد أسفرت بعض الدراسات (انظر: Dodge, 2004; Buysse, 1995; Cline, & Quan, 1995). عن تقرير بعض الأفراد من تراوحت أعمارهم ما بين ٤٥ إلى ٥٤ سنة - أو من ٥٥ إلى ٦٤ عاماً، عن إصابتهم بالأرق مقارنة بالأفراد الذين تراوحت أعمارهم بين ١٥ و٢٤ سنة، ولكن هذا الربط بين العمر والأرق لم يظهر بوضوح في دراسات أخرى. عندما تم التحكم في تأثير الصحة النفسية والجسمية، وعلى أية حال، فقد كشفت إحدى الدراسات أن أعلى معدل انتشار للأرق يظهر في المرحلة العمرية بين ٥٥ و٦٤ عاماً (Tjepkema, 2005).

وفي دراسة دونت وجراديسار وشورت (Dohnt, Gradisar, & Short, 2012). تراوحت نسب الأرق بين ٧-٤٠% لدى المراهقين، وبين ٢-٤٨% لدى الراشدين. ومن المرجح أن ترجع هذه الفروق الكبيرة في معدلات الأرق إلى الطرق المختلفة في قياسه، واختلاف تعريفه. فقام بعض الباحثين بتقدير الأرق لدى المراهقين، وحددت الصعوبات التي يواجهونها في النوم في عرضين أساسيين، أولهما استهلال النوم ومواصلته، وثانيهما النوم الذي لا يؤدي إلى استعادة النشاط Non-restorative sleep. وذلك خلال فترة شهر كامل، وتراوحت معدلات انتشار الأرق في هذه الحالة بين ١٢-١٧%. أما الدراسات التي استخدمت محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع لتقدير الأرق الأولى، في عينة من المراهقين الأوروبيين ومن شمال أمريكا، فقد تبين أن العينة الأوروبية كان معدل انتشار الأرق لديها ٤% في حين تراوح بين ٥-١١% في عينات شمال أمريكا.

وقد هدفت دراسة زانج ولام ولي وتانج ويو ولي وونج (Zhang, Lam, Li, Tang, Yu, Li, & Wing, 2012) إلى فحص الفروق في الأرق بين عينة من المراهقين وأولياء أمورهم، وتحديد العوامل الوراثية والبيئية المشتركة بين الجنسين والمرتبطة باضطرابات النوم (الأرق، ونوعية

فيه، فعند استخدام المحك التشخيصي لتقييم عرض واحد من أعراض الأرق، فإن نسبة انتشار الأرق تكون لدى السيدات ٧٨% ولدى الرجال ١٤%. وعند استخدام محك الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية الرابع DSM-IV، فإن نسبة انتشار الأرق تكون ٢٢% لدى النساء و١٤% عند الرجال. وإذا تضمن المحك التشخيصي أكثر من شكوى واحدة من اضطرابات النوم متضمناً في ذلك التبعات اليومية (محك الأرق الحاد)، فتكون نسبة الانتشار ١٢% لدى النساء و٦,٣% لدى الرجال.

كما فحص كل من لي وونج وهو وفونج (Li, Wing, Ho, & Fong, 2002) والفروق بين الجنسين في الأرق، ومدى تأثير العوامل الديموجرافية في انتشاره، من خلال مسح أجري عن طريق الاتصال الهاتفي، لعينة قوامها ٩,٨٥١ فرداً، تراوحت أعمارهم بين ١٨-٦٥ سنة، وطبق مقياس يشتمل على بنود محددة، يتضمن بعض البيانات الديموجرافية، وعادات النوم، وأعراض الأرق، ونمط الحياة، وأسفرت نتائج الدراسة عن أن نسبة ١١,٩% من عينة الدراسة عانت من الأرق (تكرار اضطراب النوم لمدة لا تقل عن ثلاث مرات في الأسبوع)، و٤% استيقظت مبكراً، و٦,٩% وجدت صعوبة في البدء في النوم، كما كشفت الدراسة عن أن الإناث كن عرضة للإصابة بالأرق ١,٦ مرة مقارنة بالذكور، وخلصت الدراسة إلى أن الأرق يزداد مع التقدم في السن، وأسفر تحليل التباين المتعدد عن أن البطالة، والمستوى الاقتصادي المنخفض، وتعاطي الكحول، والاضطرابات النفسية ارتبطت جميعها بارتفاع مخاطر الإصابة بالأرق، وانسحب الأمر ذاته على حالات المستوى التعليمي المنخفض، وسن التقاعد، وذلك لدى الذكور، في حين كانت أسباب الأرق لدى الإناث متمثلة في: الطلاق، والتمرل، والإزعاج البيئي، وبصفة عامة كانت الاضطرابات النفسية العامل الرئيس في الإصابة بالأرق لدى الجنسين.

وفي دراسة أوهايون، قررت النساء معاناتهن من أعراض الأرق، كعدم الشعور بالرضا عن نومهن، بالإضافة إلى تأثير ذلك عليهن في الصباح، وذلك بالمقارنة بالذكور، وقد أشار أوهايون إلى أن نسبة النساء إلى الرجال في أعراض الأرق حوالي ٤:١، علماً بأن هذه النسبة تتزايد مع التقدم في العمر (Ohayon, 2002). وفي دراسة أخرى، أجريت في المؤسسة القومية للنوم، تبين أن ٥٧% من النساء يعانين من أعراض الأرق (National Sleep Foundation, 2005).

وقام كل من زانج وونج (Zhang & Wing, 2006) بدراسة لتحديد الفروق بين الجنسين في الأرق، باستخدام منهج التحليل البعدي Meta-analysis، حيث أجريت تسعة تحليلات مختلفة لفحص هذه الفروق في ظروف مختلفة، وتم التوصل إلى ٣١ بحثاً، شملت عينة كلية مكونة من

نوعية حياتهم سلباً. وتستخدم هذه الدراسة عينات من طلاب الجامعة والموظفين المصريين من الجنسين. ويمكن تلخيص مشكلة الدراسة في التساؤلات الآتية:

١. ما معدلات انتشار الأرق لدى عينات الدراسة؟
٢. هل هناك فروق جوهرية بين الجنسين في الأرق؟
٣. هل يختلف الأرق بين الطلاب والموظفين؟
٤. هل تختلف البنية العائلية لمقياس الأرق بحسب الجنس، والمرحلة العمرية؟

وتهدف الدراسة إلى فحص معدلات انتشار الأرق لدى عينات طلاب الجامعة والموظفين من الجنسين. واستكشاف الفروق الجوهرية في الأرق في ضوء عملي النوع والمرحلة العمرية. وفحص البناء العملي للمقياس العربي للأرق على عينات الدراسة.

أهمية الدراسة

من خلال فحص التراث النفسي الذي تناول معدلات الأرق من حيث معدلات الانتشار والفروق بين الجنسين. وبين الأعمار. يتضح أن معظم المجتمعات تعاني من نسبة لا يمكن إغفالها من معدلات الأرق وعواقبه. ويلاحظ أن الغالبية العظمى من هذه الدراسات أجري في المجتمعات الغربية وخاصة الأمريكية. وقليلاً منها أجري في المجتمعات العربية - وذلك في حدود علمنا. ومن ثم فإن الحاجة ماسة إلى إجراء دراسات تهدف إلى تحديد معدلات انتشار الأرق في المجتمعات العربية عبر مراحل العمر المختلفة. ولذا تأتي هذه الدراسة كمحاولة لسد ثغرة البحوث المسحية التي حدد مدى انتشار الأرق في المجتمع المصري.

وتحدد أهمية الدراسة في الفئات التي وقع الاختيار عليها وهي طلاب الجامعة والموظفين من الجنسين. ومن المعلوم أن المتغيرات التي تطرأ على المجتمع المصري في الآونة الأخيرة تسهم بطريقة أو أخرى في تعرض أفراد مجتمعها إلى الضغوط النفسية التي تنعكس في أعراض نفسية وجسمية شتى. وإلى اضطرابات في النوم والأرق. فقد تفيد النتائج التي سوف تستخلص من هذه الدراسة في وضع برامج وقائية لخفض الأرق بالإضافة إلى برامج إرشادية تعنى بصحة الفرد الجسمية والنفسية لمواجهة الضغوط واختيار نوعية أفضل للحياة. لمواجهة الأرق والتغلب عليه.

فروض الدراسة

تستهدف هذه الدراسة التحقق من الفروض الآتية:

- تختلف معدلات انتشار الأرق تبعاً للجنس والمرحلة العمرية.

النوم) والأعراض الجسمية. لدى عينتين من المراهقين والراشدين في أواسط العمر. وقد تكونت عينة الدراسة من ٢٥٩ مراهقاً. منهم ٦٩ يعانون من الأرق. وأولياء أمورهم ن = ٢٥٦. منهم ٧٨ ولي أمر يعاني من الأرق الفعلي. وقد طبقت قائمة "بتسريح" لنوعية النوم. وقائمة مسح الأرق. وقائمة الأعراض الجسمية. وكشفت نتائج الدراسة عن أن الأفراد الذين يعانون من الأرق هم الذين حصلوا على متوسط درجات أعلى في مقياس الأعراض الجسمية من المراهقين والراشدين. مقارنة بعينتي المراهقين والراشدين التي لم تعان من الأرق. وخلصت هذه الدراسة إلى أنه ربما يكون هناك عامل وراثي مسئول عن العلاقة بين الأرق ونوعية النوم والأعراض الجسمية.

ومن الواضح أن هناك عوامل متداخلة كثيرة. يمكن أن تفسر أسباب اختلاف معدلات انتشار الأرق بين الجنسين وعبر المراحل العمرية. فلكل مرحلة من هذه المراحل طبيعتها الخاصة. من حيث التغيرات التي تطرأ على الإنسان في كل مرحلة. فضلاً عن اختلاف استجابة الفرد لهذه التغيرات من مرحلة عمرية إلى أخرى. بالإضافة إلى العوامل البيولوجية والنفسية الارتقائية التي تفسر الأرق. وبعد هذا العرض الموجز لموضوع الأرق. والمحاولات المتباعدة لتفسيره. نعرض فيما يلي لمشكلة الدراسة وأهدافها.

مشكلة الدراسة وأهدافها

النوم مكون أساسي من مكونات الصحة النفسية وطيب الحياة. فمع غياب النوم أو اضطرابه. تتأثر نوعية حياة المرء سلباً. لا سيما عندما يجد الفرد صعوبة بالغة في الاستغراق في النوم والحفاظة عليه. وهذه هي حال الأفراد الذين يعانون من الأرق. فهم يعانون من إعاقة رغبتهم في الحصول على قسط مريح من النوم. والأرق يرهق الفرد جسدياً وذهنياً. ويؤدي إلى كثير من المشكلات لهؤلاء الأفراد. سواء أكان ذلك في حياتهم الشخصية أم في قدرتهم على أن يكونوا أعضاء منتجين في المجتمع. ومن الواضح أن هناك تغيرات متلاحقة طرأت على المجتمع المصري في الآونة الأخيرة. تلك التغيرات التي أصبحت تؤرق المجتمع المصري بأسره. ولا شك أن التغير الاجتماعي يمكن أن يزيد من أعداد الأفراد المستهدفين لأعراض الأرق والمصابين به. وحتى الأشخاص الذين يتسمون بانتظام نومهم. ينخرطون في التفكير في تلك التغيرات الكبيرة التي شملت مختلف جنبات الحياة الاجتماعية. فتتأثر العمليات المعرفية لديهم. فيصبحون أكثر توتراً ومن ثم أكثر أرقاً. ولا شك أن ذلك ينعكس سلباً على أدائهم. وعلى علاقاتهم الاجتماعية. وعلى أنماط حياتهم بصفة عامة. فيصبحون أكثر استهدافاً للاضطراب. وتختل صحتهم النفسية. بل يمكن أن تتأثر

وتمت مراجعته بدقة. وللمقياس خواص سيكومترية جيدة على عينات كويتية من طلاب المرحلة الثانوية والجامعات والموظفين. وقد تراوحت معاملات ثبات إعادة التطبيق بين ٠.٧٠ و ٠.٨٣، في حين تراوحت معاملات ثبات ألفا بين ٠.٨٤ و ٠.٨٧، وتراوحت معاملات الصدق المرتبط بالحكم بين ٠.٥٦ و ٠.٦٤. أما عن البنية العاملية للمقياس فقد استخلص عاملان اقترح تسميتهما: عامل تبعات الأرق، وعامل صعوبة استهلال النوم ومواصلته (Abdel-Khalek, 2008). وقد حسب معامل ثبات ألفا في هذه الدراسة على عينات من الذكور والإناث ن=٢١٠ منفصلة ومجموعة. وكانت للمجموع وللذكور والإناث على التوالي: ٠.٨٨ : ٠.٨٩ و ٠.٩٠. وهي معاملات اتسمت بالارتفاع لدى عينات الدراسة منفصلة ومجموعة. ويتسق ذلك مع ما ورد في بعض مراجع القياس النفسي (Kline, 2000; Nunnally, 1978) من أن معامل الثبات الذي يقترب من ٠.٧ أو يزيد عن ذلك فإنه مناسب للبحوث. وعليه فإن المقياس له ثبات مناسب يزيد على هذا المستوي المقترح.

التحليلات الإحصائية

للتحقق من صحة الفروض استخدمت المعالجات الإحصائية الآتية:

١. النسبة المئوية لإجابات المبحوثين في البديلين ٤+٣ (أي كثيراً، وكثيراً جداً) للمقياس العربي للأرق.
٢. المتوسطات والاختلافات المعيارية.
٣. تحليل التباين أحادي الاتجاه.
٤. اختبار "شيفيه" للمقارنات المتعددة.
٥. التحليل العاملي بطريقة المكونات الأساسية.

نتائج الدراسة

١. اختبار الفرض الأول. "تختلف معدلات انتشار الأرق تبعاً للجنس والمرحلة العمرية". وللتحقق من صحة هذا الفرض، حسب المتوسطات والاختلافات المعيارية للعينات الأربع (انظر جدول ٢). كما حسب معدل الانتشار بتحديد النسبة المئوية لإجابات المبحوثين للبديلين ٤+٣ (أي كثيراً، وكثيراً جداً) للمقياس العربي للأرق (انظر الجداول: ٣، ٤، ٥، ٦، ٧).

جدول ٢

المتوسطات (م) والاختلافات المعيارية (ع) للدرجة الكلية في مقياس الأرق بحسب الجنس والمرحلة العمرية			
المجموعة	ن	م	ع
طلبة الجامعة	٢٥٠	١٤,٨٦	٩,١٦
طالبات الجامعة	٢٥٠	١٦,٩٥	٨,٨٩
موظفون	٢٢٥	١٣,٦٧	٨,٦٦
موظفات	٢٣٢	١٦,٨٣	٩,٢٧

- هناك فروق ذات دلالة إحصائية في الأرق بحسب الجنس والمرحلة العمرية.
- تختلف البنية العاملية لبنود المقياس العربي للأرق باختلاف المرحلة العمرية.

الطريقة والإجراءات

المنهج

استخدم المنهج الوصفي المقارن، وذلك للملاءمة لطبيعة هذه الدراسة وأهدافها.

عينة الدراسة

اشتملت عينة الدراسة على ٩٥٧ فرداً بواقع ٥٠٠ من طلاب الجامعة، و٤٥٧ من الموظفين. وقد سحبت عينة طلاب الجامعة من كليات الآداب، والتجارة، والصيدلة بجامعة الإسكندرية، وسحبت عينة الموظفين من بعض مؤسسات وشركات مدينة الإسكندرية: موظفون في جامعة الإسكندرية من الإداريين، ومهندسون في بعض الشركات وهي: مانتراك، وسيمونز، وإنرجايزر، بالإضافة إلى بعض المدرسين في المدارس الثانوية وهي: سيد كرم، والنصر للبنين، والقلب المقدس للبنات. ويبين جدول ١ توزيع أفراد العينة والمتوسطات والاختلافات المعيارية لعينة الدراسة وفقاً لتغيري الجنس والمرحلة العمرية.

جدول ١

توزيع عينة الدراسة والمتوسطات (م) والاختلافات المعيارية (ع) لأعمار عينة الدراسة وفقاً لتغيري الجنس والمرحلة العمرية

الجنس	طلاب الجامعة		الموظفون	
	ن	م	ع	م
الذكور	٢٥٠	١٩,٧	٢٠	٣٦,٥
الإناث	٢٥٠	١٩,٨	١,٦	٣٣,١

أداة الدراسة

المقياس العربي للأرق The Arabic Scale of Insomnia (ASI): وضع عبد الخالق (Abdel-Khalek, 2008) هذا المقياس بغرض حصر أعراض الأرق وتحديدها. وقد اعتمد بناء هذا المقياس على الأطر النظرية التي تناولت موضوع الأرق، فضلاً عن المحكمين التشخيصيين: الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية DSM-IV، وكذلك التصنيف الدولي للاضطرابات النوم ICSD. ويشتمل هذا المقياس على ١٢ بنداً. (انظر نص البنود في جدول ١١). يجب عن كل منها على أساس مقياس "ليكرت" خماسي البدائل كما يلي: صفر= لا، ١= قليلاً، ٢= بدرجة متوسطة، ٣= كثيراً، ٤= كثيراً جداً. والدرجة الممكنة للمقياس تتراوح بين صفر و ٤٨. وتدل الدرجة المرتفعة في المقياس على معاناة الفرد من أعراض الأرق. وقد ترجم المقياس إلى اللغة الإنجليزية

يسبب لي ضيقاً شديداً" وذلك لعينة الذكور. كما يوضح جدول ٤ النسب المئوية لبدائل الإجابة لنبود مقياس الأرق لدى عينة طالبات الجامعة.

وبفحص جدول ٤ يتضح أن النسب المئوية للإجابة للبدلين ٣ و٤ تراوحت بين ٨,٠% (البند رقم ٥) ونصه: "أشعر بالاكتئاب عند ذهابي إلى السرير لأنام". و٣٩,٠% (البند رقم ١٠) ونصه: "اضطراب النوم يسبب لي ضيقاً شديداً" وذلك لعينة الطالبات.

ويوضح جدول ٥ النسب المئوية لبدائل الإجابة لنبود مقياس الأرق لدى عينة الموظفين الذكور والإناث.

يتضح من جدول ٢ أن عينة طالبات الجامعة حصلت على أعلى متوسط في الدرجة الكلية للمقياس العربي للأرق. يليها مباشرة عينة الموظفين. ثم عينة طلبة الجامعة. وأخيراً حصلت عينة الموظفين على أقل متوسط درجات في مقياس الأرق. ويوضح جدول ٣ النسب المئوية لبدائل الإجابة لنبود مقياس الأرق لدى عينة طلبة الجامعة الذكور والإناث.

وبقراءة جدول ٣ يتضح أن النسب المئوية للاستجابات للبدلين ٣ و٤ (كثيراً، وكثيراً جداً) تراوحت بين ٧,٢% (البند رقم ٥) ونصه "أشعر بالاكتئاب عند ذهابي إلى السرير لأنام". و٣٣,٢% (البند رقم ١٠) ونصه "اضطراب النوم

جدول ٣

النسبة المئوية لبدائل الإجابة لنبود مقياس الأرق لدى طلبة الجامعة الذكور (ن=٢٥٠) والإناث (ن=٢٥٠)

البند	لا = صفر		قليلاً = ١		متوسط = ٢		كثيراً = ٣		كثيراً جداً = ٤	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث
١	٢٣,٠	١٢,٠	٣٢,٠	٣٣,٠	٢٦,٠	٢٧,٠	١٠,٠	١٨,٤	٩,٢	١٠,٠
٢	٤١,٠	٢٧,٢	٣٠,٠	٣١,٢	١٧,٠	١٩,٦	٨,٠	١٤,٠	٥,٠	٨,٠
٣	٣٧,٢	٢٤,٤	٣٧,٢	٤٠,٠	١٤,٤	١٧,٠	٨,٠	١٣,٠	٣,٢	٦,٠
٤	٣٢,٠	٢٧,٢	٢٦	٢٢,٤	١٨,٤	٢٤,٠	١٢,٠	١٢,٠	١٢,٤	١٤,٤
٥	٧٤,٠	٧٠,٤	١١,٢	١٤,٠	٨,٠	٨,٤	٤,٠	٥,٠	٣,٢	٣,٠
٦	٣١,٠	٣١,٠	٢٨,٤	٢٥,٢	١٣,٢	١٤,٠	١٥,٢	١٨,٠	١٢,٤	١٢,٠
٧	٢٥,٢	٢٠,٤	٢٧	٢٩,٢	٢١,٢	٢٩,٠	١٦,٤	١٣,٢	١٠,٤	٨,٤
٨	٤٣,٢	٣٥,٢	٣١,٢	٣٢,٠	١٤,٠	١٥,٠	٨,٠	١٤,٠	٤,٠	٤,٠
٩	٥٢,٤	٤٨,٤	٢٣	٢٢,٠	١٠,٠	١٦,٠	٨,٤	١٠,٠	٦,٤	٤,٤
١٠	٢٧,٠	٢١,٠	٢٢,٤	٢٠,٠	١٨,٠	٢٠,٤	٢١,٢	١٩,٢	١٢,٠	٢٠,٠
١١	٤٧,٢	٤٦,٤	٢٤,٤	٢٠,٠	١٢,٠	١٤,٤	١١,٢	١٢,٤	٦,٠	٧,٢
١٢	٣٠,٠	٢٦,٠	٢٧,٢	٢٤,٠	١٤,٠	٢٢,٤	١٨,٠	١٤,٤	١١,٠	١٤,٠

الجدول (٤)

النسبة المئوية لبدائل الإجابة لنبود مقياس الأرق لدى طلبة الجامعة الذكور (ن=٢٥٠)

رقم البند	لا صفر	قليلاً = ١	متوسط = ٢	كثيراً = ٣	كثيراً جداً = ٤	٤+٣
٢	٤١,٠	٣٠,٠	١٧,٠	٨,٠	٥,٠	١٣,٠
٣	٣٧,٢	٣٧,٢	١٤,٤	٨,٠	٣,٢	١١,٢
٤	٣٢,٠	٢٦	١٨,٤	١٢,٠	١٢,٤	٢٤,٤

جدول ٥

النسب المئوية لبدائل الإجابة لنبود مقياس الأرق لدى عينة الموظفين الذكور (ن=٢٢٥) والإناث (ن=٢٣٢)

رقم البند	لا = صفر		قليلاً = ١		متوسط = ٢		كثيراً = ٣		كثيراً جداً = ٤	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث
١	٣٧,٣	٢٩,٠	٣٠,٢	٢٧,٠	١٦,٤	٢٢,٠	٩,٠	١٦,٠	٧,١	٦,٤
٢	٤٦,٢	٢٦,٠	٢٣,٥	٢٥,٤	١٨,٢	٢٤,١	٨,٤	١٦,٠	٣,٥	٩,٠
٣	٣٣,٣	٢١,٠	٣١,٠	٣٣,١	٢٢,٦	١٩,٤	٩,٣	١٧,٢	٤,٠	٩,٤
٤	٢٩,٠	١٩,٤	٢٣,١	٢٥,٠	٢٧,٠	١٣,٠	١٦,٠	٢٥,٤	٩,٣	١٧,٢
٥	٨٠,٠	٦٩,٤	١١,١	١٣,٣	٤,٠	٩,٠	٤,٤	٧,٣	٠,٩	٠,٨
٦	٤٤,٤	٣٦,٢	٢٦,٠	٣٠,١	١٥,١	١٣,٠	١٠,٢	١٠,٣	٤,٤	١٠,٣
٧	٣١,٠	٢٢,٤	٢٧,٥	٢٤,١	١٩,٥	٢١,٥	١٤,٠	١٨,١	٨,٤	١٤,٠
٨	٥٢,٤	٤٢,٠	٢٧,١	٢٥,٤	١١,١	١٨,١	٥,٣	١١,١	٦,٤	٨,١
٩	٥٥,٠	٤٩,٠	٢٢,٢	٢٣,٠	١١,٥	١١,٦	٩,٠	١١,٦	٢,٦	٧,٣
١٠	٢٤,٠	١٨,٥	٢٢,٠	١٩,٠	٢٠,٠	١٩,٤	٢٣,١	٢٤,٠	١١,١	١٩,٤
١١	٣٧,٠	٤١,٠	٢٦,٠	٢٢,٤	١٨,٠	١٦,٣	١٤,٢	١٥,٠	٥,٣	٥,١
١٢	٣٦,٠	٣٣,١	٢٧,٠	٢٦,٢	١٨,٢	١٦,٠	١١,١	١١,١	٩,٤	٨,٠

ولم تسفر الدراسة عن ظهور فروق ذات دلالة إحصائية في الأرق في بقية المقارنات. وتشير هذه النتائج إلى أن الفرض الثاني قد تحقق بصورة جزئية، حيث ظهرت فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتين فقط هما طالبات الجامعة والموظفين، والموظفين والموظفات.

٣. اختبار الفرض الثالث، "تختلف البنية العاملية لبنود مقياس الأرق باختلاف المرحلة العمرية"

للتحقق من هذا الفرض، استخدم التحليل العاملي لبنود المقياس العربي للأرق، في كل مجموعة من مجموعات الدراسة على حدة، واستخدمت طريقة تحليل المكونات الأساسية Principle Components Analysis لتحليل معاملات الارتباط بين بنود المقياس في كل عينة على حدة، ثم أديرت المكونات تدويراً متعامداً بطريقة الفارماكس Varimax، وذلك إذا اشتملت المصفوفة العاملية على أكثر من عامل، واختير معيار ٠,٣ بوصفه أقل قيمة مقبولة لتشبع البند بالعامل (Stevens, 1995, p.367). كما عدت أقل قيمة مقبولة للجذر الكامن بحسب معيار "كايزر" هي: ١,٠. وأخيراً اشترط أن يشتمل العامل على ثلاثة تشبعات جوهرية على الأقل (Stevens, 1995, p.367). ويبين جدول ٧ نتائج التحليل العاملي. بالنظر إلى جدول ٧ يتضح استخراج ثلاثة عوامل في عينات الدراسة الأربعة: طلاب الجامعة والموظفين من الجنسين، وفيما يلي بيان بمكونات هذه العوامل.

وبالنظر إلى جدول ٥ يتضح أن النسب المئوية لإجابة الذكور للبدلين ٣ و٤ تراوحت بين ٥,٣% (البند رقم ٥) ونصه: "أشعر بالاكنتئاب عند ذهابي إلى السرير لأنام"، و٤,٢% (البند رقم ١٠) ونصه: "اضطراب النوم يسبب لي ضيقاً شديداً".

وبفحص جدول ٥ أيضاً يتضح أن النسب المئوية للبدلين ٣ و٤ لمقياس الأرق تراوحت بين ٨,١% (البند رقم ٥) ونصه "أشعر بالاكنتئاب عند ذهابي إلى السرير لأنام"، و٤,١% (البند رقم ١٠) ونصه "اضطراب النوم يسبب لي ضيقاً شديداً" لدى الإناث.

٢- اختبار الفرض الثاني، "هناك فروق ذات دلالة إحصائية بحسب الجنس، والمرحلة العمرية في الأرق؟" وللتحقق من هذا الفرض استخدم تحليل التباين أحادي الاتجاه- One Way ANOVA لبحث دلالة الفروق بين المجموعات الأربع (انظر جدول ٦).

يتضح من جدول ٦ وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعات الأربعة: طلبة الجامعة، وطالبات الجامعة، والموظفون، والموظفات في الدرجة الكلية لمقياس الأرق، ولتحديد اتجاه الفروق الدالة إحصائياً بين المجموعات، استخدم اختبار "شيفيه" للمقارنات المتعددة بين المجموعات الأربعة لتغير الأرق ولم يظهر فرق دال في متوسطات الأرق جوهرية عند مستوى ٠,٠٥ إلا بين طالبات الجامعة والموظفين، حيث كانت الطالبات أكثر أرقاً من الموظفين الذكور، كما كانت الموظفات أكثر أرقاً من الموظفين، حيث كان الفرق دالاً عند مستوى ٠,٠٥.

جدول ٦

تحليل التباين أحادي الاتجاه للفروق في الدرجة الكلية لمقياس الأرق تبعاً للجنس والمجموعة العمرية

مصدر التباين	مجموع المربعات	د.ح.	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة
بين المجموعات	١٧٨٠,٦١٥	٣	٥٩٣,٥٣٨	٧,٠٣	٠,٠٠١
داخل المجموعات	٨٠٣٨٨,٢٩٠	٩٥٣	٨٤,٣٥٣		
المجموع	٨٢١٦٨,٩٠٥	٩٥٦			

جدول ٧

تشبعات العوامل المتعامدة لبنود المقياس العربي للأرق بحسب المرحلة العمرية والجنس

بنود مقياس الأرق	طلاب الجامعة						الموظفون		
	عامل ١	عامل ٢	عامل ٣	عامل ١	عامل ٢	عامل ٣	إناث ن=٢٥٠	ذكور ن=٢٢٥	إناث ن=٢٣٢
١- أجد صعوبة في أن أبدأ النوم.	٠,٤٠٧	٠,٥٦١	٠,٦٥٣	٠,٨٠١	٠,٣٦٠	٠,٧١٠			
٢- نومي متقطع و مضطرب.	٠,٨٤٩	٠,٨٤٢	٠,٨٤٢	٠,٧٨٤	٠,٨١٠	٠,٣١٩			
٣- أستيقظ من النوم عدة مرات.	٠,٨٤١	٠,٧٩٠	٠,٧٩٠	٠,٦٨٩	٠,٨٠٦				

جدول ٧
تشبعات العوامل المتعامدة لبنود المقياس العربي للأرق بحسب المرحلة العمرية والجنس

بنود مقياس الأرق	طلاب الجامعة						الموظفون		
	ذكور ن=٢٥٠			إناث ن=٢٥٠			إناث ن=٢٣٢		
	عامل ١	عامل ٢	عامل ٣	عامل ١	عامل ٢	عامل ٣	عامل ١	عامل ٢	عامل ٣
٤- أستيقظ مبكراً في الصباح قبل أن أحصل على كفايتي من النوم.	٠.٥٥٣			٠.٦٦٣			٠.٧٩٧		
٥- أشعر بالاكتمال عند ذهابي إلى السرير لأنام.	٠.٥٩٨			٠.٧١٨	٠.٥٦٢		٠.٤٠٤		٠.٧٣٦
٦- تضغط الأفكار السيئة على عقلي وقت النوم.	٠.٤٥٦			٠.٧٥٥	٠.٦٥٠		٠.٣٣٩		٠.٧٩١
٧- أستيقظ من نومي متعباً.	٠.٨٥٩	٠.٤٠٨		٠.٣٧٢	٠.٣٩٨		٠.٦٩٥		٠.٣٢٤
٨- أستيقظ من نومي عادة وأنا في حالة نفسية سيئة.	٠.٨٤			٠.٣١٧	٠.٦٦٨		٠.٣٩٥		٠.٣٥١
٩- أعصابي تكون مشدودة عندما أستيقظ من النوم.	٠.٧٧			٠.٦٦٠	٠.٦٧٤		٠.٣٢٤		٠.٤٢٢
١٠- اضطراب النوم يسبب لي ضيقاً شديداً.	٠.٧٢			٠.٧١٥	٠.٤١٨		٠.٦٠٦		٠.٦٨٤
١١- اضطراب النوم يعوق علاقتي بالآخرين.	٠.٣٢٠	٠.٨٠٥		٠.٨٥٨	٠.٨٣٣				٠.٨١٤
١٢- اضطراب النوم يعوقني عن القيام بعملتي.	٠.٨٦٣	٠.٨٤٨		٠.٨٤٨	٠.٨٤٦				٠.٧٩٤
الجزر الكامن	٤.٦٩	١.٥٨	١.٠٠	١.٥٩	٤.٥٦	١.٥٩	١.٠٩	٥.٦٦	١.٠٣
النسبة المئوية لتباين العامل	٣٩,١٣	١٣,٢٣	٨,٣٣	١٣,٣١	٣٨,٠١	١٠,١٢	٩,١٥	٤٣,٨٨	١٣,٤٨
النسبة المئوية لتباين العوامل	٦٠,٧٠٧			٥٨,٥٣١			٦٢,١١		٦٥,٩٥

المشعبة بهذا العامل حول الآثار السلبية للأرق. ويمكن تسمية هذا العامل: "عواقب الأرق".

ثانياً: العوامل المستخرجة من عينة طالبات الجامعة: استوعب العامل الأول ٣٥,٠٩ % من النسبة المئوية للتباين. وقد تشعب به أربعة بنود، وجميعها تدور حول صعوبات النوم ومواصلته، ويقترح تسميته عامل "صعوبة استهلال النوم ومواصلته". أما العامل الثاني فقد استوعب (١٣,٣١) % من النسبة المئوية للتباين. وقد تشعب به خمسة بنود، تدور حول: تبعات الأرق. وذلك كما يتضح من البنود أرقام (١١,١٢,١٠). التي تدور حول اضطراب العلاقات، وإعاقفة القيام بالعمل نتيجة اضطراب النوم، والضيق المصاحب للأرق. ويقترح تسمية هذا العامل: "عواقب الأرق". أما العامل الثالث فقد استوعب (١٠,١٢) % من النسبة المئوية للتباين. وقد تشعب به خمسة بنود جوهرية، تدور حول تأثير الأرق على الفرد

أولاً: العوامل المستخرجة من عينة طلبة الجامعة: استوعب العامل الأول ٣٩,١٣ % من النسبة المئوية للتباين. وقد تشعب به ستة بنود، كان أعلاها البند رقم ٧ ونصه: "أستيقظ من نومي متعباً". ثم البند رقم ٨، ونصه: "أستيقظ من نومي عادة وأنا في حالة نفسية سيئة". يليه مباشرة البند التاسع، ونصه: "أعصابي تكون مشدودة عندما أستيقظ من النوم". ويمكن تسمية هذا العامل: "الإرهاق الجسمي والنفسي المصاحب للأرق". استوعب العامل الثاني (١٣,٢٣) % من النسبة المئوية للتباين. وقد تشعب به خمسة بنود، وكان أعلاها للبند رقم ٢، ونصه: "نومي متقطع ومضطرب". يليه مباشرة البند رقم ٣، ونصه: "أستيقظ من النوم عدة مرات". ثم البند رقم ١، ونصه: "أجد صعوبة في أن أبدأ النوم". ويمكن تسمية هذا العامل: "صعوبة استهلال النوم ومواصلته". أما العامل الثالث، فقد استوعب (٨,٣٣) % من النسبة المئوية للتباين. وتشعب به أربعة بنود، وتدور البنود

أخري. فلم تتماثل جميع مسميات العوامل المستخرجة بين عينات الدراسة (انظر جدول ٨). وبذلك يتحقق الفرض الثالث من فروض الدراسة بشكل كلي.

مناقشة النتائج

تراوحت معدلات انتشار الأرق لدى عينة الدراسة الكلية ن=٩٥٧ بين ٧,٠% و ٣٨,٠%. حيث حصل البند الخامس على أقل معدل شكوى من الأرق وينص هذا البند على: "أشعر بالاكنتاب عند ذهابي إلى السرير". في حين حصل البند العاشر على أعلى معدل شكوى للأرق. ونص هذا البند على النحو الآتي: "اضطراب النوم يسبب لي ضيقاً شديداً". وتتطابق النتيجة الخاصة بالبند الذي يشير إلى أقل معدل انتشار. والبند الذي يشير إلى أعلى معدل انتشار بين جميع العينات الأربعة. وتقع هذه النتائج ضمن المدى الذي حدده كل من سيمون. وفانكورف Simon & Vankorff. أي ما بين ١٠% إلى ٤٠% (انظر: Abdel-Khalek, 2004).

يتضح مما سبق حصول البند رقم ٥ الذي ينص على: "أشعر بالاكنتاب عند ذهابي إلى السرير لأنام" لدي جميع عينات الدراسة على أقل نسبة انتشار للأرق. ففي مرحلة مبكرة من مراحل بناء المقياس العربي للأرق. كان هناك اقتراح لاختيار هذا البند على أساس جوث نايلان وزملائه Neylan et al., التي توصلت إلى أن بعض المرضى يطورون نوعاً من قلق الأداء Performance Anxiety. يرتبط بالذهاب إلى النوم. حيث يمثل كفاحهم للاستغراق في النوم وقلقهم حول التعب أثناء النهار. ارتباطاً شرطياً بين سلوك وقت الولوج إلى السرير واستنارة القلق. والسؤال هو: هل يرتبط البند رقم ٥ بالقلق والاكنتاب؟ هناك كثير من النتائج الإكلينيكية التي توصلت إلى العلاقة بين القلق والاكنتاب. إلا أن عينة هذه الدراسة ليست من المرضى. بل يفترض أنهم أسوياء. ويتوقع أن كثيراً منهم لم يتعرض لخبرة الاكنتاب والقلق عند الذهاب إلى النوم.

جسماً ونفسياً. ويقترح تسمية هذا العامل: "الإرهاق الجسدي والنفسي المصاحب للأرق".

ثالثاً: العوامل المستخرجة من عينة الموظفين: استوعب العامل الأول ٣٨,٠١% من النسبة المئوية للتباين. وقد تشبع بهذا العامل خمسة بنود تشبعات جوهرية. وتدور هذه البنود حول صعوبة استهلال النوم. ومواصلته. بالإضافة إلى النوم المتقطع. ويقترح تسمية هذا العامل: "صعوبة استهلال النوم واضطرابه". أما العامل الثاني فقد استوعب ١٤,٩٦% من النسبة المئوية للتباين. وتشبع به ستة بنود تشبعات جوهرية. تدور حول الآثار السلبية للأرق على الفرد سواء أكان جسماً أم نفسياً. ويقترح تسمية هذا العامل: "الآثار السلبية للأرق". وقد استوعب العامل الثالث ٩,١٥% من النسبة المئوية للتباين. وتشبع به جوهرياً سبعة بنود. تدور حول إعاقه الأرق للعمل والعلاقات مع الآخرين. ويقترح تسمية هذا العامل: "تأثير الأرق في العمل والعلاقات الاجتماعية".

رابعاً: العوامل المستخرجة من عينة الموظفات: استوعب العامل الأول ٤٣,٨٨% من النسبة المئوية للتباين. وقد تشبع به جوهرياً ثمانية بنود. تدور حول تقطع النوم والاستيقاظ المبكر. بالإضافة إلى الآثار السلبية المرتبطة بالأرق. ويقترح تسمية هذا العامل: "النوم المتقطع وغير المشبع". أما العامل الثاني فقد استوعب ١٣,٤٨% من النسبة المئوية للتباين. وقد تشبع به جوهرياً سبعة بنود. تدور حول صعوبة بدء النوم ومواصلته. والآثار النفسية المصاحبة للأرق. ويمكن تسمية هذا العامل: "الإرهاق الجسدي والنفسي المصاحب للأرق". استوعب العامل الثالث ٨,٥٩% من النسبة المئوية للتباين. وتشبع به جوهرياً خمسة بنود. تدور حول تأثير الأرق على العمل والعلاقات الاجتماعية. ويقترح تسمية هذا العامل: "عواقب الأرق".

ويوضح جدول ٨ مسميات العوامل المستخرجة من العينات الأربعة.

بالنظر إلى جدول ٨ يتضح استخراج ثلاثة عوامل من المقياس العربي للأرق لدى العينات الأربعة. ومن ناحية

جدول ٨

مسميات العوامل المستخرجة من المقياس العربي للأرق لدى المجموعات الأربعة

عينة طالبات الجامعة					
عامل ١	عامل ٢	عامل ٣	عامل ٤	عامل ٥	عامل ٦
الإرهاق الجسدي والنفسي المصاحب للأرق	صعوبة استهلال النوم ومواصلته	عواقب الأرق	صعوبة استهلال النوم ومواصلته	عواقب الأرق	عواقب الأرق والنفسي المصاحب للأرق
عينة الموظفين					
عامل ١	عامل ٢	عامل ٣	عامل ٤	عامل ٥	عامل ٦
صعوبة استهلال النوم واضطرابه	الآثار السلبية للأرق	تأثير الأرق في العمل والعلاقات الاجتماعية	النوم المتقطع وغير المشبع	الإرهاق الجسدي والنفسي المصاحب للأرق	عواقب الأرق

ويمكن تفسير حصول البند رقم ١٠ الذي ينص على "اضطراب نومي يسبب لي ضيقاً شديداً" لدى جميع عينات الدراسة، على أعلى نسبة انتشار للأرق، إلى عدم حصول عينات الدراسة على القسط الكافي من النوم، الذي تتضح أهم عواقبه في الشعور بالضيق، وقد يعزى ذلك إلى طبيعة الضغوط التي تحيط بمجالات الدراسة الجامعية أو المهنية، بالإضافة إلى المتطلبات المتزايدة في مجالي التحصيل الأكاديمي والمهني، ولا يسبب اضطراب النوم الضيق الشديد فحسب، بل يؤثر بصورة شديدة في قدرات الفرد المعرفية، فيقل التركيز، ويتشتت التفكير، وينخفض الأداء.

ومن أبرز نتائج هذه الدراسة حصول عينة طالبات الجامعة على أعلى متوسط درجات في مقياس الأرق، يليها مباشرة عينة الموظفات، ثم طلبة الجامعة، فالموظفين. وتنسق هذه النتيجة بدرجة كبيرة مع ما توصلت إليه الدراسات السابقة، من أن الإناث أكثر أرقاً من الذكور (انظر: Ohayon, 2002; Krystal, 2003; Zhang & Wing, 2006). ويمكن تفسير حصول طالبات الجامعة والموظفات على أعلى متوسط درجات في الأرق، بالمقارنة بالعينات الأخرى، في ضوء المنحى البيولوجي والمتمثل في عدم التوازن الهرموني، وبالأحرى في أعقاب سن البلوغ وعدم انتظام دورة الحيض، فقد يكون انخفاض هرمون الميلاتونين Melatonin من الأسباب البيولوجية المباشرة لحالات الأرق التي تصيب الإناث (Tjepkema, 2005).

وعلى الرغم من أن العلاقة بين اضطرابات النوم و التغيرات الهرمونية علاقة معقدة، فيبدو أن هناك علاقة جوهرية بين الخلل في إفراز هرموني الإستروجين والبروجسترون، وارتفاع معدلات الأرق (Krystal, 2003). فقد تبين أن النساء يملن إلى أن يكن أكثر أرقاً في مرحلة تكوين الجسم الأصفر Luteal phase، بالمقارنة بمرحلة ما قبل تكوين الجسم الأصفر، على الرغم من أن الفروق في الأرق بين المرحلتين لم تصل إلى حد الدلالة الإحصائية، كما تشهد المرأة في مرحلة ما قبل الحيض أرقاً واضطراباً في النوم، وغالباً ما تعاني في حالات عسر الطمث من اضطرابات في النوم من المرحلة الثانية (نوم خفيف مع انتفاء حركات العين) (Hudson, 2004).

كما يفترض المنحى البيولوجي أن الأرق لدى الإناث يمكن أن يعزى إلى ردود أفعال اللحاء الأمامي المداري Orbital frontal cortex، التي ترتبط بتنظيم الانفعالات، ويفترض أنها أعلى بصورة نسبية لدى الإناث مقارنة بالذكور (Gur, Gunning-Dixon, Bilker, & Gur, 2002). أما على المستوى النفسي، فقد أسفرت الدراسات عن أن الإناث أكثر استهدافاً للإصابة باضطرابات القلق

والحقيقة أن هناك عدداً كبيراً من الدراسات التي توصلت إلى ارتفاع معدلات انتشار الأرق وحددت آثاره السلبية على الفرد، ويمكن مقارنة نتائجها بما توصلت إليه هذه الدراسة، إلا أن عملية المقارنة تمثل مخاطرة كبيرة، نظراً لاختلاف المناهج المستخدمة بين الدراسات، وطبيعة العينات، وطرق اختيارها، بالإضافة إلى التباين في تعريف الأرق، فمنها من تبنى تعريف الدليل التشخيصي الرابع، ومنها ما استخدم تعريف التصنيف الدولي للأمراض، ومجموعة أخرى من الدراسات استخدمت الاستخبارات التي تختلف فيما بينها من حيث الصياغة وبدائل الإجابة (Abdel-Khalek, 2004).

وبما أن موضوع الأرق يواجه كثيراً من المشكلات التي تشغل الأذهان، سواء أكان ذلك من حيث التعريف، أو التصنيف، أو القياس، فهناك جدل كبير حول إعداد أداة تقيس الأرق بوصفه ظاهرة إكلينيكية، واختيار بنود لها حساسية كافية للكشف عما إذا كان الفرد يحصل على القسط الكافي من النوم من عدمه، وقد اتسم المقياس المستخدم في هذه الدراسة بخواص سيكومترية جيدة، بالإضافة إلى اعتماد بنوده على رصد كافة الأعراض بصورة مناسبة، ومن ثم، فقد تم التعرف إلى البنية العاملة لهذا المقياس لدى أربع مجموعات من الذكور والإناث من طلاب الجامعة والموظفين، وعلى الرغم من استخراج ثلاثة عوامل فقط في كل مجموعة من المجموعات الأربعة، فلم يكن هناك اتساق بين أسماؤها جميعاً، بل كان هناك اختلاف في بنية العوامل المستخرجة من كل جنس ومجموعة عمرية، ولا يتفق ذلك مع نتائج الدراسة الأصلية التي أجريت على المقياس (Abdel-Khalek, 2008) على عينات كويتية، حيث تم استخراج عاملين فقط سميّا: "صعوبة استهلال النوم ومواصلته"، و"عواقب الأرق"، وعلى أية حال فهذا الاختلاف أمر متوقع غالباً عند استخدام التحليل العاملي الاستكشافي Exploratory، الذي يؤدي إلى

ومن أبرز نتائج هذه الدراسة حصول عينة طالبات الجامعة على أعلى متوسط درجات في مقياس الأرق، يليها مباشرة عينة الموظفات، ثم طلبة الجامعة، فالموظفين. وتنسق هذه النتيجة بدرجة كبيرة مع ما توصلت إليه الدراسات السابقة، من أن الإناث أكثر أرقاً من الذكور (انظر: Ohayon, 2002; Krystal, 2003; Zhang & Wing, 2006). ويمكن تفسير حصول طالبات الجامعة والموظفات على أعلى متوسط درجات في الأرق، بالمقارنة بالعينات الأخرى، في ضوء المنحى البيولوجي والمتمثل في عدم التوازن الهرموني، وبالأحرى في أعقاب سن البلوغ وعدم انتظام دورة الحيض، فقد يكون انخفاض هرمون الميلاتونين Melatonin من الأسباب البيولوجية المباشرة لحالات الأرق التي تصيب الإناث (Tjepkema, 2005).

وعلى الرغم من أن العلاقة بين اضطرابات النوم و التغيرات الهرمونية علاقة معقدة، فيبدو أن هناك علاقة جوهرية بين الخلل في إفراز هرموني الإستروجين والبروجسترون، وارتفاع معدلات الأرق (Krystal, 2003). فقد تبين أن النساء يملن إلى أن يكن أكثر أرقاً في مرحلة تكوين الجسم الأصفر Luteal phase، بالمقارنة بمرحلة ما قبل تكوين الجسم الأصفر، على الرغم من أن الفروق في الأرق بين المرحلتين لم تصل إلى حد الدلالة الإحصائية، كما تشهد المرأة في مرحلة ما قبل الحيض أرقاً واضطراباً في النوم، وغالباً ما تعاني في حالات عسر الطمث من اضطرابات في النوم من المرحلة الثانية (نوم خفيف مع انتفاء حركات العين) (Hudson, 2004).

كما يفترض المنحى البيولوجي أن الأرق لدى الإناث يمكن أن يعزى إلى ردود أفعال اللحاء الأمامي المداري Orbital frontal cortex، التي ترتبط بتنظيم الانفعالات، ويفترض أنها أعلى بصورة نسبية لدى الإناث مقارنة بالذكور (Gur, Gunning-Dixon, Bilker, & Gur, 2002). أما على المستوى النفسي، فقد أسفرت الدراسات عن أن الإناث أكثر استهدافاً للإصابة باضطرابات القلق

- Abdel-Khalek, A. M. (2004). Prevalence of reported insomnia and its consequences in a survey of 5,044 adolescents in Kuwait. *Journal Sleep*, 27, 726-731.
- Abdel-Khalek, A. M. (2006). Prevalence of insomnia complaints and its consequences in Kuwaiti college students. *Sleep and Hypnosis: An International Journal of Sleep, Dream, and Hypnosis*, 8, 54-60.
- Abdel-Khalek, A. M. (2008). The development and validation of the Arabic Scale of Insomnia (ASI). *Sleep and Hypnosis*, 10, 3 – 10.
- Abdel-Khalek, A. M., & Alansari, B. M. (2004). Gender differences in anxiety among undergraduates from ten Arab countries. *Social Behavior and Personality*, 32, 649-655.
- Abe, Y., & Germain, A. (2012). Insomnia and its correlates: Current concepts, epidemiology, pathophysiology and future remarks. In Jay Maddock (Ed.), *Public health - methodology, environmental and systems issues* (pp. 387-418). <http://www.intechopen.com/books/public-health-methodology-environmental-and-systems-issues/insomniaand-its-correlates-current-concepts-epidemiology-pathophysiology-and-future-remarks>. Retrieved on 30. 04. 2013
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Bakr, I. M., Abou El Ezz, N. F., AbdElaziz, K. M., Khater, M. S., & Fahim, H. I. (2011). Prevalence of insomnia in elderly living in geriatric homes in Cairo. *The Egyptian Journal of Community Medicine*. 29(5), 53-65.
- Buysse, D. J. (2008). Assessing insomnia in epidemiological studies: What do we need? *Sleep and Hypnosis: An International Journal of Sleep, Dream, and Hypnosis*, 10, 1-2.
- Dohnt, H., Gradisar, M., & Short, M. A. (2012). Insomnia and its symptoms in adolescents: Comparing DSM-IV and ICSD-II diagnostic criteria. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 8, 295-299.
- Grossman, M., & Wood, W. (1993). Sex differences in intensity of emotional experience: A social role interpretation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1010-1022.
- Gur, R. C., Gunning-Dixon, F., Bilker, W. B., & Gur, R. E. (2002). Sex differences in temporo-limbic and frontal brain volumes of healthy adults. *Cerebral Cortex*, 12, 998-1003.
- Hudson, T. (2004, April). Women's health update. Townsend letter for doctors and patients. <http://www.encognitive.com/files/Insomnia>

استخراج عوامل متقلبة، ومن ثم فإن الحاجة ماسة إلى استخدام التحليل العاملي التوكيدي Confirmatory. وذلك منوط بدراسة مستقلة.

وخلص من النتائج التي أسفرت عنها هذه الدراسة، إلى أن الأرق من الاضطرابات التي تحتاج إلى بحوث مستمرة، فالأرق بات يهدد كل فرد في أي مرحلة عمرية وفي كل مجتمع، ولذا فإن الحاجة ماسة إلى التدخل السريع من خلال برامج إرشادية تعني بصحة الفرد النفسية والجسمية، بالإضافة إلى ضرورة التوعية بالأساليب الصحية لمواجهة الضغوط، واختيار نوعية حياة صحية، تخفف من مخاطر الإصابة بالأرق، مع ضرورة وضع برنامج وقائي لخفض الأرق، كما ينبغي شحذ همم الباحثين المهتمين بدراسة اضطرابات النوم بصفة عامة والأرق بصفة خاصة، في سبيل إجراء مزيد من البحوث التي تهدف إلى الوصول إلى نمط حياة ملائم، يساعد الأشخاص المصابين بالأرق بوجه عام، والمرأة بصفة خاصة على مواجهة تلك المتغيرات الحادثة في الحياة اليومية، التي تؤثر سلباً على استقرار النوم ومواصلته بشكل طبيعي، حتى يتمكن الفرد من شحذ طاقاته لمداومة نشاطه في صباح اليوم التالي.

المراجع

References

- عبدالخالق، أحمد محمد (٢٠٠٧). معدلات انتشار الأرق وعواقبه لدى عينة من الراشدين. *دراسات نفسية*. ١٧ (١٧) - ٢٧٠.

- [%20and%20Sleep%20Disorders%20in%20Women.pdf](#) Retrieved on 24. 03. 2013.
- Kaneita, Y., Ohida, T., Osaki, Y., Tanihata, T., Minowa, M., Suzuki K., Wada, K., Kanda, H., & Hayashi, K. (2006). Insomnia among Japanese adolescents: A nationwide representative survey. *Sleep, 29*, 1543-1550.
- Kline, P. (2000). *Handbook of psychological testing* (2nd ed.). London: Routledge.
- Krystal, A. D. (2003). Insomnia in women. *Clinical Cornerstones, 5* (3), 41-50.
- Léger, D., Guilleminault, C., Dreyfus, J. P., Delahaye, C., & Paillard, M. (2000). Prevalence of insomnia in a survey of 12778 adults in France. *Journal of Sleep Research, 9*, 35-42.
- Li, R., Wing, Y., Ho, S., & Fong, S. (2002). Gender differences in insomnia-A study in the Hong Kong Chinese population. *Journal of Psychosomatic Research, 53*, 601-609.
- Lopes, C., Robaina, J. R., & Rotenberg, L. (2012). Epidemiology of insomnia: Prevalence and risk factors. www.intechopen.com Retrieved on 22. 03. 2013
- Mai, E., & Buysse, D. J. (2008). Insomnia: Prevalence, impact, pathogenesis, differential diagnosis, and evaluation. *Sleep Medicine Clinics, 3*, 167-174.
- Mydin, Y., Zahrim, N., & Almashor, S. (2012). Correlates between insomnia, psychological distress and daytime sleepiness of Malaysian adults with symptoms of insomnia. *Journal of Psychiatry, 13*, 122-127.
- National Sleep Foundation. (2005). Sleep in America poll 2005. http://www.sleepfoundation.org/content/hottopics/2005_summary_of_findings. Retrieved on 22. 03. 2013
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). New York: McGraw Hill.
- Ohayon M. (1997). Prevalence of DSM IV diagnostic criteria and insomnia: Distinguishing insomnia related to mental disorders from sleep disorders. *Journal of Psychiatry Research, 31*, 333-346.
- Ohayon, M. M. (2002). Epidemiology of insomnia: What we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine, 6*, 97-111.
- Ohayon, M. M., & Sagales, T. (2010). Prevalence of insomnia and sleep characteristics in the general population of Spain. *Sleep Medicine, 11*, 1010-1018.
- Pallesen, S., Nordhus, I., Nielsen, G., Havik, O., Kvale, G., Johnsen, B., & Skjøtskift, S. (2001). Prevalence of insomnia in the adult Norwegian population. *Sleep, 24*, 771-779.
- Roth, T. (2007). Insomnia: Definition, prevalence, etiology, and consequences. *Journal of Sleep Medicine, 15*, 7-10.
- Roth, T., Krystal, A. D., & Lieberman, J. A. (2007). Long-term issues in the treatment of sleep disorders. *CNS Spectrums, 12*, 1-14 .
- Schopenhauer, A. (2007). *Counsels and maxims* (T. Bailey Saunders, Trans.). New York, NY: Cosimo. (Original work published 1890).
- Sheng, T. S. (2011). *A study of prevalence of insomnia among University Tunku Abdul Rahman's students*. MA thesis, Faculty of Creative Industries, University Tunku Abdul Rahman.
- Sing, C. Y., & Wong, W. S. (2010). Prevalence of insomnia and its psychosocial correlates among college students in Hong Kong. *Journal of American College Health, 59*, 174-182.
- Stevens, J. (1995). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (3rd ed.) New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Talbot, L. S., & Harvey, A. G. (2010). Psychological models of insomnia. In M. Sateia & D. Buysse (Eds.). *Insomnia: Diagnosis and treatment*. (pp. 42-49). New York: Routledge, Medical Psychiatry Series.