

الأرق لدي عينات مصرية من طلاب الجامعة والموظفين

أ.د. مایسة النیال

أ.د. أحمد عبد الخالق

د. حنان سعید

كلية الآداب – جامعة الإسكندرية

الأرق لدى عينات مصرية من طلاب الجامعة والموظفين

ملخص

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد **معدلات** انتشار الأرق، والفروق بين الجنسين، وبين مجموعتين عمريتين، وبيان البنية العائلية للمقياس العربي للأرق، واستخدمت عينة من طلاب الجامعة (ن = 500) والموظفين (ن = 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 بالاكئاب 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.

Insomnia Among Egyptian Samples of University Students and Employees

Abstract:

The aim of this study was to estimate the prevalence of insomnia, differences between men and women, 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 is it important to introduce counselling for those who obtained high scores on the ASI.

مقدمة

شغل موضوع النوم أذهان كثير من الرجال والنساء والمفكرين منذ أكثر من ألفي عام، إلي الدرجة التي خصص فيها اليونانيون القدامى إلهاً للنوم هو "هبنوس" Hipnos توأم الموت، وفي القرن التاسع عشر أشار الفيلسوف الألماني "آرثر شوبنهاور" (1788-1860) 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.

ومما 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) فتتقسم إلى: السير أثناء النوم Somnambulism، وفزع النوم Sleep Terror، والكوابيس الليلية Nightmares (APA, 2000, pp.567-661).

وتتطلع 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 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).

وقد عقدت المعاهد القومية للحالة الصحية مؤتمراً بعنوان: "مظاهر الأرق المزمن لدى الراشدين وإدارته" Manifestations and management of chronic insomnia in adults، بحثت 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 30-40% إلى نسبة 5-10%، وهي أرقام، وإن ظلت ضخمة، إلا أنها أكثر مصداقية عند تقدير نسبة السكان الذين يحتاجون إلى تدخل علاجي (Ibid).

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 الشيع يتراوح بين 9-15%، ويمثل التعريف الثالث ما بين 8-18% من السكان عامة، ويحدد التعريف الأخير انتشار تشخيص الأرق عند نسبة 6% 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 المسؤولة عن اختلاف معدلات انتشاره. وكانت حجتهم في ذلك عدم وجود تعريفات متسقة للأرق، وأن المفاهيم المستخدمة في تعريف الأرق متعددة، وتتراوح من مفهوم "نوم غير مريض" الذي صاغه معهد الطب الأمريكي عام 1979، 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. وتختلف تعريفات النوم من دليل تشخيصي إلى آخر؛ إذ يختلف تعريف النوم بين ثلاثة تصنيفات هي: التصنيف الدولي الثاني لاضطرابات النوم

ICSD-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، فتراوح بين 10-40%، وفي ضوء كافة المعلومات المتاحة، فإن انتشار أعراض الإصابة بالأرق يمكن أن تقدر بنسبة 30%، في حين أن نسب الإصابة باضطرابات الأرق نفسها تتراوح بين 5-10% (Mai & Buysse, 2008; Roth, Krystal, & Lieberman, 2007).

وفي هذا الصدد يشير "روث" إلى أن تقدير معدلات انتشار الأرق يعتمد على المحك المستخدم في تعريف الأرق، وكذلك على المجتمع الذي سوف تجري عليه الدراسة، فقد أجمعت دراسات عدة، أجريت على عينات متنوعة من الراشدين من دول متباينة، على أن 30% 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 2005، إلى أن 10% من معدلات انتشار الأرق ترجع إلى أعراض الكرب أو الضيق الناتج عن الأرق، والخلل المدرك في وظائف الجسم في أثناء اليوم. وأخيراً، تطبيق بعض 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 6% (Roth, 2007).

وتجدر الإشارة إلى أنه بعد الظهور المبدئي للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس (DSM-5) في عام 2010، والمتوقع صدوره رسمياً في مايو من عام 2013، فقد دارت مناقشات حول ما إذا كان ينبغي أن يستبدل بالفتنيتين: الأرق الأولي، والأرق الثانوي فئة واحدة تسمى اضطرابات الأرق، وعلى أية حال فإن هذا التصنيف الجديد سوف يضيف 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 توالى العمليات المعرفية التي تعمل في أثناء الليل والنهار، والعمليات المعرفية الخمس المسؤولة عن تكوين هذا التوالى 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 أى لحظة في هذا النموذج، ونتيجة للخبرات النهارية أو الليلية على حد سواء (Abe & Germain, 2012).

والى 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 الأيض وضربات القلب، وقياس بعض الأجهزة العصبية الغدية، وهنا تجب الإشارة إلى أن هذه الأجهزة تقوم بدور الوسيط لآثار السيروتونين Serotonin، في دورتي النوم واليقظة. ومصادقاً لذلك، فعندما يُقارن بين الأشخاص الذين ينامون بشكل طبيعي وجيد من ناحية، ومرضى الأرق من ناحية أخرى، تبين أن معدلات ضربات القلب والأيض لدى مرضى الأرق كانت أعلى مقارنة بالأسوياء. ويضيف "روث" أن النشاط المزمن 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

المخيق في أثناء الاستيقاظ، فضلاً عن غياب رمشة العين في أثناء اليوم مقارنة بالأسوياء (Roth, 2007; Sheng, 2011). وقد يسهم النموذجان 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، و إن 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.

ومن الواضح أن هناك عوامل متداخلة كثيرة، يمكن أن تفسر أسباب اختلاف معدلات انتشار الأرق بين الجنسين وعبر المراحل العمرية، فكل 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 المتباينة لتفسيره، نعرض فيما يلي لمشكلة الدراسة وأهدافها.

مشكلة الدراسة:

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

1. ما معدلات انتشار الأرق لدى عينات الدراسة؟
2. هل هناك فروق جوهريّة بين الجنسين في الأرق؟
3. هل يختلف الأرق بين الطلاب والموظفين ؟
4. هل تختلف البنية العاملية لمقياس الأرق بحسب الجنس ، و المرحلة العمرية؟

الدراسات السابقة:

نعرض فيما يلي لعدد من الدراسات السابقة وثيقة الصلة بموضوع هذه الدراسة مصنفة إلى ثلاثة محاور رئيسة على النحو التالي:

- 1- معدلات انتشار الأرق.
- 2- الفروق بين الجنسين في الأرق.
- 3- الفروق بين الأعمار في الأرق.

المحور الأول – دراسات تناولت معدلات انتشار الأرق:

درس "بالاسين، ونورداس، ونيلسين، وهافيك، وكال، وجونسن، وسكيوتسكيفت" (Pallesen, Nordhus, Nielson, Havik, Kvale, Johnsen, & Skjøtskift, 2001) في النرويج، مدي انتشار الأرق لدى عينات من الراشدين (ن=2.001)، 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 الانحدار، ظهر أن كلاً من المشكلات الجسمية والطبية النفسية كانت من المنبآت القوية بالأرق، كما تبين أن 6.9% من الإناث في عينة الدراسة يتعاطين المنومات، وانسحب الأمر نفسه علي 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=5.044)، ممن تراوحت أعمارهم بين 14-19 سنة. واستخدم المقياس العربي للأرق، وأسفرت النتيجة عن معدلات انتشار لبنود المقياس تراوحت بين 6.4%، و 31.7% لدى الذكور، وبين 6.5%، و 35.9% عند الإناث. وكانت أعلى شكوى للبند: "أستيقظ مبكراً في الصباح قبل أن أحصل على كفايتي من النوم" (31.7% للذكور، و 35.9% للإناث)، كما قرر 14.6% من الذكور، و 20.3% من الإناث "صعوبة البدء في النوم"، في حين قرر 8.6% من الذكور، و 15.7% 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=2.210) 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 4,1% إلى 29% لدى الطلبة، وبين 4,8%، و 32,2% عند الطالبات، و كان أعلى تكرار لدى الجنسين، للبند "أستيقظ مبكراً في الصباح قبل أن أحصل على كفايتي من النوم"، وقرر 19,4% من الطلبة، و 18,1% من الطالبات "صعوبة البدء في النوم"، كما قرر 8.6% من الطلبة، و 15,7% 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 "كانييتا، وأوهيدا، وأوساكي، وتانيهاتا، وميناوا، وسوزوكي" مع آخرين (Kaneita, Ohida, Osaki, Tanihata, Minowa, Suzuki, et al. 2006) بدراسة مسحية على عينات من المراهقين باستخدام المنهج المستعرض، حيث شملت عينة الدراسة تلاميذ المرحلتين الإعدادية

والثانوية، وبلغت عينة الدراسة (103.650) مراهقاً، طبقت عليهم بطارية كاملة تتعلق بالأرق. وقد كشفت النتائج عن انتشار عسر النوم، وصعوبة الاستمرار في النوم، والاستيقاظ المبكر من النوم، وقد مثلت 14.8%، 11.3%، 5.5% على التوالي، في حين مثل الأرق نسبة 23.5% في عينة الدراسة. وخلصت هذه الدراسة إلى أن الأرق في المجتمع الياباني أمر شائع وأسبابه متعددة، وأوصت بضرورة وضع برنامج وقائي لخفض الأرق لدى المراهقين اليابانيين.

قام "عبد الخالق" (2007) بدراسة معدلات الأرق وعواقبه لدى عينة مكونة من 1.247 موظفاً كويتياً (713 ذكور، 534 إناث)، يعملون في مختلف الوظائف الحكومية في دولة الكويت، تتراوح أعمارهم بين 24، و 55 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" (26.8% للذكور، و 38.5% للإناث)، ثم البند "أستيقظ من نومي متعباً" (15.2% للذكور، و 26.3% للإناث)، يليه البند: "اضطراب النوم يسبب لي ضيقاً شديداً" (12.3% للذكور، و 26.3% للإناث). وكانت الفروق الدالة بين الجنسين في 10 من 12 بنداً المكونة لمقياس الأرق، وكان للإناث متوسط أعلى فيها جميعاً. وكانت أعلى فروق بين الجنسين - اعتماداً على اختبار "ت" - للبنود 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 تتسحب على الوظائف.

قام كل من "سينج ، وونج" (Sing & Wong, 2010) بدراسة انتشار الأرق وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية لدى طلاب الجامعة في هونج كونج، وتكونت عينة الدراسة من (529) طالباً، أجابوا عن المقاييس الآتية: قائمة "بتسبرج" لنوعية النوم PSQI، واختبار التوجه نحو الحياة (الصيغة المعدلة)، ومقياس الضغوط المدركة، وقائمة "بيك" للاكتئاب، وأسئلة أخرى تقيس بعض المتغيرات الديموجرافية والاجتماعية ونمط الحياة. وقد أسفرت الدراسة عن أن 68.6% من أفراد عينة الدراسة يعانون من الأرق، وكشف تحليل الانحدار عن أن كلاً من الضغوط، والاكتئاب من منبئات الأرق.

درس كل من "أوهايون، وساجالس" (Ohayon & Sagales, 2010) مدى انتشار الأرق في المجتمع الأسباني، فأجرى دراسة مسحية على عينة مكونة من 4.648 فرداً، كانت أعمارهم أكثر من 15 سنة، وكشفت هذه الدراسة أن واحداً من بين كل خمسة أفراد يعانون من الأرق، وقرر

17.6% من أفراد عينة هذه الدراسة (لاسيما من بلغت أعمارهم أكثر من 65 سنة) أن النوم المتقطع أحد أسباب الأرق، في حين قرر 4.3% أنهم يستيقظون مبكراً، و3.7% 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 ممن يقطنون دور العجزة في مدينة القاهرة، كما هدفت إلى تحديد العوامل المسببة للأرق، وتكونت عينة الدراسة من (184) مسناً، وبينت الدراسة أن 36.4% 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 (5.001) راشداً، ممن بلغوا أكثر من 18 عاماً، أجابوا عن قائمة "بتسبرج" لنوعية النوم PSQI، ومقياس نوعية الحياة QOL، ومقياس المستشفى للقلق والاكتئاب HADS، وكشفت عن انتشار الأرق بنسبة (39.4%) بين الراشدين الصينيين ممن 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، وظهري، والماشور" (Mydin, Zahrim, & Almashor, 2012) إلى تحديد العلاقة بين العوامل النفسية والأرق، وبيان تأثير الأرق على النوم أثناء النهار. وتكونت عينة الدراسة من (173) راشداً، تراوحت أعمارهم بين 20 و60 عاماً، أجابوا عن اختبار الصحة العامة GHQ، والمقياس اليوناني للأرق AIS، ومقياس النوم من وضع "إبورت" ESS. وكشفت نتائج الدراسة أن 43.7% يعانون من الأرق، كما ظهر ارتباط جوهري بين الكرب، والأرق، والنوم أثناء النهار، كما توصلت الدراسة إلى أن الكرب قد يكون مسئولاً عن صعوبات النوم، وأن الحرمان من النوم يؤدي إلى الرغبة في النوم أثناء النهار.

المحور الثاني - دراسات تناولت الفروق بين الجنسين في الأرق:

يشير "ليجر، وجويلمينو، درايفوس، وديلاهاي، وباليارد" (Léger, Guilleminault, Dreyfus, Delahaye, & Paillard, 2000) إلى أن استخدام المحكات التشخيصية الصارمة للأرق، سوف يكشف بوضوح عن الفروق بين الجنسين فيه، فعند استخدام المحك التشخيصي لتقييم عرض واحد من أعراض الأرق، فإن نسبة انتشار الأرق تكون لدي السيدات 78% ولدي الرجال 14%. وعند استخدام محك الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية الرابع DSM-IV،

فإن نسبة انتشار الأرق تكون 22% لدى النساء و14% عند الرجال، وإذا تضمن المحك التشخيصي أكثر من شكوى واحدة من اضطرابات النوم متضمناً في ذلك التبعات اليومية (محك الأرق الحاد)، فتكون نسبة الانتشار 12% لدى النساء و6.3% لدى الرجال.

فحص كل من "لي، ونج، وهو، وفونج" (Li, Wing, Ho, & Fong, 2002) الفروق بين الجنسين في الأرق، ومدى تأثير العوامل الديموجرافية في انتشاره، من خلال مسح أجري عن طريق الاتصال الهاتفي، لعينة قوامها 9,851 فرداً، تراوحت أعمارهم بين 18-65 سنة، وطبق مقياس يشتمل على بنود محددة، يتضمن بعض البيانات الديموجرافية، وعادات النوم، وأعراض الأرق، ونمط الحياة. وأسفرت نتائج الدراسة عن أن نسبة 11.9% من عينة الدراسة عانت من الأرق (تكرار اضطراب النوم لمدة لا تقل عن ثلاث مرات في الأسبوع)، و4% استيقظت مبكراً، و6.9% وجدت صعوبة في البدء في النوم. كما كشفت الدراسة عن أن الإناث كن عرضة للإصابة بالأرق 1.6 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 المستوي التعليمي المنخفض، وسن التقاعد، وذلك لدى الذكور، في حين كانت أسباب الأرق لدى الإناث متمثلة في: الطلاق، والترمل، 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 4:1، علماً بأن هذه النسبة تتزايد مع التقدم في العمر (Ohayon, 2002). وفي دراسة أخرى، أجريت في المؤسسة القومية للنوم، تبين أن 57% 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 31 بحثاً، شملت عينة كلية مكونة من (1,265,015) مشاركاً بواقع 546,187 ذكراً، و718,828 أنثى، وأسفرت النتائج عن استهداف الإناث للأرق مقارنة بالذكور.

المحور الثالث - دراسات تناولت الفروق بين الأعمار في الأرق:

اختلفت الآراء حول نسب 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 10% في المرحلة العمرية من 15-24 سنة، إلى 20% تقريباً في سن 75 سنة. وقد افترض أن إيقاع الساعة البيولوجية يتغير مع التقدم في العمر، ونتيجة لانخفاض 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: Buysse, Dodge, Cline, & Quan, 1995; 2004)، عن تقرير بعض الأفراد ممن تراوحت أعمارهم ما بين 45 إلى 54 سنة - أو من 55 إلى 64 عاماً، عن إصابتهم بالأرق مقارنة بالأفراد الذين تراوحت أعمارهم بين 15 و 24 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 55 و 64 عاماً (Tjepkema, 2005).

وفي دراسة "دونت، وجراديسار، وشورت" (Dohnt, Gradisar, & Short, 2012)، تراوحت نسب الأرق بين 7-40% لدى المراهقين، وبين 2-48% 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 12-17%. 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 4%، في حين تراوح بين 5-11% 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 النوم) والأعراض الجسمية، لدى عينتين من المراهقين والراشدين في أواسط العمر. وقد تكونت عينة الدراسة من (259) مراهقاً، منهم 69 يعانون من الأرق، وأولياء أمورهم (ن = 256)، منهم 78 ولي أمر يعاني من الأرق الفعلي. وقد طبقت قائمة "بتسبرج" 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.

تعقيب على الدراسات السابقة

من خلال عرض الدراسات السابقة التي تناولت موضوع الأرق من حيث معدلات الانتشار، والفروق بين الجنسين، وبين الأعمار، يتضح أن جميع المجتمعات تعاني من نسبة لا يمكن إغفالها من أعراض الأرق، ويلاحظ أن الغالبية العظمى من هذه الدراسات أجري في المجتمعات الغربية وبخاصة الأمريكية، وقليل منها أجري في المجتمعات العربية - وذلك في حدود علمنا - ومن ثم فإن الحاجة ماسة إلى إجراء دراسات تهدف إلى تحديد معدلات انتشار أعراض الأرق في المجتمعات العربية عبر مراحل العمر المختلفة. ومن ناحية أخرى فقد أظهرت الدراسات أن الإناث أكثر تعرضاً للأرق ومعاناة منه، وفسر ذلك بعض البحوث بوجود عوامل بيولوجية مسئولة عما تعاني منه المرأة من أعراض الأرق. كما كشفت الدراسات أن الأرق يزداد بتقدم العمر لدي الجنسين.

فروض الدراسة:

تستهدف هذه الدراسة التحقق من الفروض الآتية:

1. تختلف معدلات انتشار الأرق تبعاً للجنس والمرحلة العمرية.
2. هناك فروق ذات دلالة إحصائية في الأرق بحسب الجنس، والمرحلة العمرية.
3. تختلف البنية العائلية لبنود المقياس العربي للأرق باختلاف المرحلة العمرية.

المنهج و الإجراءات

المنهج المستخدم:

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

عينة الدراسة:

اشتملت عينة الدراسة على (957) فرداً بواقع (500) من طلاب الجامعة، و(457) 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 إلي بعض المدرسين في المدارس الثانوية وهي: سيد كريم، والنصر للبنين، والقلب المقدس للبنات. ويبين الجدول (1) توزيع أفراد العينة والمتوسطات والانحرافات المعيارية لعينة الدراسة وفقاً لمتغيري الجنس والمرحلة العمرية.

الجدول (1)

توزيع عينة الدراسة والمتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) لأعمار عينة الدراسة وفقاً لمتغيري الجنس والمرحلة العمرية

الجنس	طلاب الجامعة			الموظفون		
	ن	م	ع	ن	م	ع
الذكور	250	19.7	2.0	225	36.5	8.6
الإناث	250	19.8	1.6	232	33.1	8.3

أداة الدراسة:

المقياس العربي للأرق (ASI) The Arabic Scale of Insomnia

وضع "عبد الخالق" (Abdel-Khalek, 2008) هذا المقياس بغرض حصر أعراض الأرق وتحديداتها، وقد اعتمد بناء هذا المقياس على الأطر النظرية التي تناولت موضوع الأرق، فضلاً عن المحكين التشخيصيين : الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية -DSM-IV ، وكذلك التصنيف الدولي لاضطرابات النوم ICD-10.

ويشتمل هذا المقياس على 12 بنداً ، (انظر نص البنود في الجدول 11)، يجاب عن كل منها على أساس مقياس "ليكرت" خماسي البدائل كما يلي: صفر=لا، 1=قليلاً، 2=درجة متوسطة، 3=كثيراً، 4=كثيراً جداً. والدرجة الممكنة للمقياس تتراوح بين صفر و48. وتدل الدرجة المرتفعة في المقياس على معاناة الفرد من أعراض الأرق. وقد ترجم المقياس إلى اللغة الإنجليزية وتمت مراجعته بدقة. وللمقياس خواص سيكومترية جيدة على عينات كويتية من طلاب المرحلة الثانوية والجامعات والموظفين. وقد تراوحت معاملات ثبات إعادة التطبيق بين 0.70 و0.83، في حين تراوحت معاملات ثبات ألفا بين 0.84 و0.87. وتراوحت معاملات الصدق المرتبط بالمحك بين 0.56 و0.64. 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=210) منفصلة ومجموعة، ويوضحها الجدول (2).

الجدول (2)

معاملات ثبات ألفا لمقياس الأرق

معامل ألفا		
المجموع	إناث	ذكور
(ن=210)	(ن=100)	(ن=110)
0.88	0.90	0.89

يتضح من الجدول (2) أن معاملات ألفا لمقياس الأرق 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 0.7 أو يزيد عن ذلك فإنه مناسب للبحوث، ومن ملاحظة النتائج الواردة في الجدول (2) نجد أن المقياس له ثبات مناسب يزيد على هذا المستوي المقترح.

التحليلات الإحصائية:

للتحقق من صحة الفروض استخدمت المعالجات الإحصائية الآتية:

1- النسبة المئوية لإجابات المبحوثين في البدلين 3+4 (أي كثيراً، وكثيراً جداً) للمقياس العربي للأرق.

2- المتوسطات والانحرافات المعيارية.

3- تحليل التباين أحادي الاتجاه.

4- اختبار "شيفيه" للمقارنات المتعددة.

5- التحليل العاملي بطريقة المكونات الأساسية.

نتائج الدراسة

1- اختبار الفرض الأول - "تختلف معدلات انتشار الأرق تبعاً للجنس والمرحلة العمرية":

للتحقق من صحة هذا الفرض، حسب المتوسطات والانحرافات المعيارية للعينات الأربعة (انظر الجدول 3)، كما حسب معدل الانتشار بتحديد النسبة المئوية لإجابات المبحوثين

للبديلين 4+3 (أي كثيراً، وكثيراً جداً) للمقياس العربي للأرق (انظر الجداول: 4، 5، 6، 7، 8).

الجدول (3)

المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) للدرجة الكلية في مقياس الأرق
بحسب الجنس والمرحلة العمرية

المجموعة	ن	م	ع
طلبة الجامعة	250	14.86	9.16
طالبات الجامعة	250	16.95	8.89
موظفون	225	13.67	8.66
موظفات	232	16.83	9.27

يتضح من الجدول (3) 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 الجدول (4) النسب المئوية لبدائل الإجابة لبنود مقياس الأرق لدى عينة طلاب الجامعة الذكور.

الجدول (4)

النسبة المئوية لبدائل الإجابة لبنود مقياس الأرق لدى طلبة الجامعة الذكور (ن=250)

رقم البند	لا صفر	قليلاً 1	متوسط 2	كثيراً 3	كثيراً جداً 4	4+3
1	23.0	32.0	26.0	10.0	9.2	19.2
2	41.0	30.0	17.0	8.0	5.0	13.0
3	37.2	37.2	14.4	8.0	3.2	11.2
4	32.0	26	18.4	12.0	12.4	24.4
5	74.0	11.2	8.0	4.0	3.2	7.2
6	31.0	28.4	13.2	15.2	12.4	27.6
7	25.2	27	21.2	16.4	10.4	27.0

12,0	4.0	8.0	14.0	31.2	43.2	8
15,0	6.4	8.4	10.0	23	52.4	9
33.2	12.0	21.2	18.0	22.4	27.0	10
17.0	6.0	11.2	12.0	24.4	47.2	11
29.0	11.0	18.0	14.0	27.2	30.0	12

وبقراءة الجدول (4) يتضح أن النسب المئوية الاستجابات للبديلين 3 و 4 (كثيراً، وكثيراً جداً) تراوحت بين 7.2% (البند رقم 5) ونصه "أشعر بالاكنتاب عند ذهابي إلى السرير لأنام"، و33.2% (البند رقم 10) ونصه "اضطراب النوم يسبب لي ضيقاً شديداً". ويوضح الجدول (5) النسب المئوية لبدائل الإجابة لبنود مقياس الأرق لدى عينة طالبات الجامعة.

الجدول (5)

النسب المئوية لبدائل الإجابة لبنود مقياس الأرق لدى طالبات الجامعة (ن=250)

رقم البند	لا صفر	قليلاً 1	متوسط 2	كثيراً 3	كثيراً جداً 4	4+3
1	12.0	33.0	27.0	18.4	10.0	28.4
2	27.2	31.2	19.6	14.0	8.0	22.0
3	24.4	40.0	17.0	13.0	6.0	19.0
4	27.2	22.4	24.0	12.0	14.4	26.4
5	70.4	14.0	8.4	5.0	3.0	8.0
6	31.0	25.2	14.0	18.0	12.0	30.0
7	20.4	29.2	29.0	13.2	8.4	22.0
8	35.2	32.0	15.0	14.0	4.0	18.0
9	48.4	22.0	16.0	10.0	4.4	14.0
10	21.0	20.0	20.4	19.2	20.0	39.0
11	46.4	20.0	14.4	12.4	7.2	20.0
12	26.0	24.0	22.4	14.4	14.0	28.4

وبفحص الجدول (5) يتضح أن النسب المئوية للإجابة للبديلين 3 و 4 تراوحت بين 8.0% (البند رقم 5) ونصه: "أشعر بالاكنتاب عند ذهابي إلى السرير لأنام"، و39.0% (البند رقم 10) ونصه: "اضطراب النوم يسبب لي ضيقاً شديداً". ويوضح الجدول (6) النسب المئوية لبدائل الإجابة لبنود مقياس الأرق لدى عينة الموظفين.

الجدول (6)

النسب المئوية لبدائل الإجابة لبنود مقياس الأرق لدى عينة الموظفين (ن=225)

رقم البند	لا صفر	قليلاً 1	متوسط 2	كثيراً 3	كثيراً جداً 4	4+3
1	37.3	30.2	16.4	9.0	7.1	16.0
2	46.2	23.5	18.2	8.4	3.5	12.0
3	33.3	31.0	22.6	9.3	4.0	13.3
4	29.0	23.1	27.0	16.0	9.3	25.3

5.3	0.9	4.4	4.0	11.1	80.0	5
15.0	4.4	10.2	15.1	26.0	44.4	6
22.2	8.4	14.0	19.5	27.5	31.0	7
9.3	4.0	5.3	11.1	27.1	52.4	8
11.5	2.6	9.0	11.5	22.2	55.0	9
34.2	11.1	23.1	20.0	22.0	24.0	10
19.5	5.3	14.2	18.0	26.0	37.0	11
19.1	8.0	11.1	18.2	27.0	36.0	12

وبالنظر إلى الجدول (6) يتضح أن النسب المئوية لإجابة المبحوثين للبدلين 3 و 4 تراوحت بين 5.3% (البند رقم 5) ونصه: "أشعر بالاكنتاب عند ذهابي إلى السرير لأنام"، و34.2% (البند رقم 10) ونصه: "اضطراب النوم يسبب لي ضيقاً شديداً". ويوضح الجدول (7) النسب المئوية لبدائل الإجابة لبنود مقياس الأرق لدى عينة الموظفين.

الجدول (7)

النسب المئوية لبدائل الإجابة لبنود مقياس الأرق لدى عينة الموظفين (ن=232)

رقم البند	لا صفر	قليلا 1	متوسط 2	كثيراً 3	كثيراً جداً 4	4+3
1	29.0	27.0	22.0	16.0	6.4	22.4
2	26.0	25.4	24.1	16.0	9.0	24.5
3	21.0	33.1	19.4	17.2	9.4	27.0
4	19.4	25.0	13.0	25.4	17.2	43.0
5	69.4	13.3	9.0	7.3	0.8	8.1
6	36.2	30.1	13.0	10.3	10.3	21.0
7	22.4	24.1	21.5	18.1	14.0	32.0
8	42.0	25.4	18.1	6.4	8.1	15.0
9	49.0	23.0	11.6	9.4	7.3	17.0
10	18.5	19.0	19.4	24.0	19.4	43.1
11	41.0	22.4	16.3	15.0	5.1	20.2
12	33.1	36.2	16.0	9.4	5.1	15.0

وبفحص الجدول (7) يتضح أن النسب المئوية للبدلين 3 و 4 لمقياس الأرق تراوحت بين 8.1% (البند رقم 5) ونصه "أشعر بالاكنتاب عند ذهابي إلى السرير لأنام"، و43.1% (البند رقم 10) ونصه "اضطراب النوم يسبب لي ضيقاً شديداً". ويوضح الجدول (8) النسب المئوية لبدائل الإجابة لبنود مقياس الأرق لدى عينة طالبات الجامعة.

الجدول (8)

النسب المئوية لبدائل الإجابة لبنود مقياس الأرق لدى العينة الكلية (ن=957)

رقم البند	لا صفر	قليلا 1	متوسط 2	كثيراً 3	كثيراً جداً 4	4+3
1	25.0	30.4	23.3	13.2	8.1	21.3

18.0	6.1	12.0	20.0	28.0	35.0	2
18.0	5.5	12.3	18.0	35.1	29.2	3
30.0	13.5	16.3	19.4	24.0	27.0	4
7.0	2.0	5.0	7.0	12.5	38.0	5
23.0	10.0	13.3	13.4	28.0	36.0	6
25.4	10.1	15.3	23.0	27.1	24.5	7
13.1	5.0	8.2	15.0	29.0	43.5	8
14.0	5.0	9.0	12.4	23.0	51.0	9
38.0	16.0	21.0	19.3	21.0	22.1	10
19.0	6.0	13.0	15.2	23.1	43.0	11
23.0	10.0	13.0	17.5	29.0	31.0	12

يتضح من الجدول (8) أن النسب المئوية للإجابات للبديلين 3 و 4 لبنود مقياس الأرق تراوحت بين 7.0% (البند رقم 5) ونصه: "أشعر بالاكئاب عند ذهابي إلى السرير لأنام"، و38.0% (البند رقم 10) ونصه: "اضطراب النوم يسبب لي ضيقاً شديداً".

2- 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 الجدول 9).

الجدول (9)

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

مصدر التباين	مج المربعات	د.ح.	م المربعات	قيمة ف	مستوي الدلالة
بين المجموعات	1780.615	3	593.538		
داخل المجموعات	80388.290	953	84.353	7.03	0.001
المجموع	82168.905	956			

يتضح من الجدول (9) 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 الأربع لمتغير الأرق يبينها الجدول (10).

الجدول (10)

نتائج اختبار "شيفيه" للمقارنات المتعددة للدرجة الكلية لمقياس الأرق
بحسب الجنس والمجموعة العمرية

المجموعة (أ)	المجموعة (ب)	الفرق بين المتوسطين (أ-ب)	الخطأ المعياري	مستوي الدلالة
طلبة	طالبات	2.09	0.82	-
	موظفون	1.19	0.84	-
	موظفات	1.96	0.83	-
طالبات	موظفون	3.28	0.84	0.05
	موظفات	0.12	0.83	-
موظفون	موظفات	3.16	0.85	0.05

يتضح من الجدول (10) أن الفروق في متوسطات الأرق جوهرية عند مستوى 0.05 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 0.05، 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.

3. 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 أدير المكونات تدويراً متعامداً بطريقة الفاريماكس Varimax، وذلك إذا اشتملت المصفوفة العاملية على أكثر من عامل، واختير معيار 0.3 بوصفه أقل قيمة مقبولة لتشبع البند بالعامل

(Stevens, 1995, p.367)، كما عدت أقل قيمة مقبولة للجذر الكامن بحسب معيار "كايزر" هي:
1.0، وأخيرا اشترط أن يشتمل العامل على ثلاثة تشعبات جوهرية على الأقل (Stevens, 1995, p.367)، ويبين الجدول (11) نتائج التحليل العاملي.

بالنظر إلى الجدول (11) يتضح استخراج ثلاثة عوامل في عينات الدراسة الأربعة: طلاب الجامعة والموظفين من الجنسين، وفيما يلي بيان بمكونات هذه العوامل.

الجدول (11)

تشبيعات العوامل المتعامدة لبنود المقياس العربي للأرق بحسب المرحلة العمرية والجنس

الموظفون						طلاب الجامعة						بنود مقياس الأرق
إناث (ن=232)			ذكور(ن=225)			إناث (ن=250)			ذكور(ن=250)			
3ع	2ع	1ع	3ع	2ع	1ع	3ع	2ع	1ع	3ع	2ع	1ع	
	0.710	0.360			0.801			0.653		0.561	0.407	1- أجد صعوبة في أن أبدأ النوم.
	0.319	0.810		0.305	0.784			0.842		0.849		2- نومي متقطع و مضطرب.
		0.806			0.689			0.790		0.841		3- أستيقظ من النوم عدة مرات .
		0.797		0.692				0.663		0.553		4- أستيقظ مبكرا في الصباح قبل أن أحصل على كفايتي من النوم .
	0.736		0.404		0.562	0.718					0.598	5- أشعر بالاكتماب عند ذهابي إلي السرير لأنام.
	0.791		0.339		0.650	0.755			0.311		0.456	6- تضغط الأفكار السيئة على عقلي وقت النوم .
	0.324	0.695		0.803		0.398	0.372			0.408	0.859	7- أستيقظ من نومي متعبا .
0.351	0.521	0.505	0.395	0.668		0.668	0.317				0.84	8- أستيقظ من نومي عادة وأنا في حالة نفسية سيئة.
0.422	0.392	0.502	0.324	0.674		0.620					0.77	9- أعصابي تكون مشدودة عندما أستيقظ من النوم.
0.684		0.376	0.606	0.418			0.715		0.72			10- اضطراب النوم يسبب لي ضيقا شديدا.
0.814			0.833				0.858		0.805		0.320	11- اضطراب النوم يعوق علاقاتي بالآخرين. .
0.794			0.846				0.848		0.863			12- اضطراب النوم يعوقني عن القيام بعملتي.
1.03	1.61	5.26	1.09	1.79	4.56	1.59	1.59	4.21	1.00	1.58	4.69	الجذر الكامن
8.59	13.48	43.88	9.15	14.96	38.01	10.12	13.31	35.09	8.33	13.23	39.13	النسبة المئوية لتباين العامل
65.95			62.11			58.531			60.707			النسبة المئوية لتباين العوامل

أولاً - العوامل المستخرجة من عينة طلبة الجامعة:

1. استوعب العامل الأول 39.13 % من النسبة المئوية للتباين، وقد تشبع به ستة بنود، كان أعلاها البند رقم (7) ونصه: "أستيقظ من نومي متعباً"، ثم البند رقم (8)، 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".

2. استوعب العامل الثاني 13.23 % من النسبة المئوية للتباين، وقد تشبع به خمسة بنود، وكان أعلاها للبند رقم (2)، ونصه: "نومي متقطع ومضطرب"، يليه مباشرة البند رقم (3)، ونصه: "أستيقظ من النوم عدة مرات"، ثم البند رقم (1)، ونصه: "أجد صعوبة في أن أبدأ النوم". ويمكن تسمية هذا العامل: "صعوبة استهلال النوم ومواصلته".

3. أما العامل الثالث، فقد استوعب 8.33 % من النسبة المئوية للتباين، وتشبع به أربعة بنود، وتدور البنود المشبعة بهذا العامل حول الآثار السلبية للأرق، ويمكن تسمية هذا العامل: "عواقب الأرق".

ثانياً - العوامل المستخرجة من عينة طالبات الجامعة:

1. استوعب العامل الأول 35.09 % من النسبة المئوية للتباين، وقد تشبع به أربعة بنود، وجميعها تدور حول صعوبات النوم ومواصلته، ويقترح تسميته عامل "صعوبة استهلال النوم ومواصلته".

2. أما العامل الثاني فقد استوعب 13.31 % من النسبة المئوية للتباين، وقد تشبع به خمسة بنود، تدور حول: تبعات الأرق، وذلك كما يتضح من البنود أرقام (10، 11، 12)، التي تدور حول اضطراب العلاقات، وإعاقة القيام بالعمل نتيجة اضطراب النوم، والضيق المصاحب للأرق، ويقترح تسمية هذا العامل: "عواقب الأرق".

3. أما العامل الثالث فقد استوعب 10.12 % من النسبة المئوية للتباين، وقد تشبع به خمسة بنود جوهرية، تدور حول تأثير الأرق على الفرد جسدياً ونفسياً. ويقترح تسمية هذا العامل: "الإرهاق الجسمي والنفسي المصاحب للأرق".

ثالثاً - العوامل المستخرجة من عينة الموظفين:

1. استوعب العامل الأول 38.01% من النسبة المئوية للتباين، وقد تشبع بهذا العامل خمسة بنود تشبعت جوهرية، وتدور هذه البنود حول صعوبة استهلال النوم، ومواصلته، بالإضافة إلى النوم المتقطع، ويقترح تسمية هذا العامل: "صعوبة استهلال النوم واضطرابه".

2. أما العامل الثاني فقد استوعب 14.96% من النسبة المئوية للتباين ، وتشبع به ستة بنود تشبعت جوهرية، تدور حول الآثار السلبية للأرق على الفرد سواء أكان جسمانياً أم نفسياً، ويقترح تسمية هذا العامل: "الآثار السلبية للأرق".

3. وقد استوعب العامل الثالث 9.15% من النسبة المئوية للتباين، وتشبع به جوهرياً سبعة بنود، تدور حول إعاقة الأرق للعمل والعلاقات مع الآخرين، ويقترح تسمية هذا العامل: "تأثير الأرق في العمل والعلاقات الاجتماعية".

رابعاً - العوامل المستخرجة من عينة الموظفين:

1. استوعب العامل الأول 43.88% 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".

2. أما العامل الثاني فقد استوعب 13.48% 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".

3. استوعب العامل الثالث 8.59% من النسبة المئوية للتباين، وتشبع به جوهرياً خمسة بنود، تدور حول تأثير الأرق على العمل والعلاقات الاجتماعية، ويقترح تسمية هذا العامل: "عواقب الأرق".

ويوضح الجدول (12) مسميات العوامل المستخرجة من العينات الأربعة.

الجدول (12)

مسميات العوامل المستخرجة من المقياس العربي للأرق لدى المجموعات الأربعة

عينة طلبة الجامعة			عينة طالبات الجامعة		
1ع	2ع	3ع	1ع	2ع	3ع
الإرهاق الجسمي والنفسي المصاحب للأرق	صعوبة استهلال النوم ومواصلته	عواقب الأرق	صعوبة استهلال النوم ومواصلته	عواقب الأرق	الإرهاق الجسمي والنفسي المصاحب للأرق
عينة الموظفين			عينة الموظفات		
1ع	2ع	3ع	1ع	2ع	3ع
صعوبة استهلال النوم واضطرابه	الآثار السلبية تأثير الأرق في العمل والعلاقات الاجتماعية	النوم المتقطع وغير المشبع	الإرهاق الجسمي والنفسي المصاحب للأرق	عواقب الأرق	

بالنظر إلى الجدول (12) يتضح استخراج ثلاثة عوامل من المقياس العربي للأرق لدى العينات الأربعة. ومن ناحية أخرى، فلم تتماثل جميع مسميات العوامل المستخرجة بين عينات الدراسة (انظر الجدول 12)، وبذلك يتحقق الفرض الثالث من فروض الدراسة بشكل كلي.

مناقشة النتائج

تراوحت معدلات انتشار الأرق لدى عينة الدراسة الكلية (ن=957) بين 7.0% و 38.0%، 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 ضيقا شديدا"، 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 10% إلى 40% (انظر: Abdel-Khalek, 2004).

يتضح مما سبق حصول البند رقم (5) الذي ينص على ما يأتي: 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 بحوث "نايلون" 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 اللوج إلى السرير واستثارة القلق. والسؤال هو: هل يرتبط البند رقم (5) بالقلق والاكتئاب؟ هناك كثير من النتائج الإكلينيكية التي توصلت إلى العلاقة بين القلق والاكتئاب، إلا أن عينة هذه الدراسة ليست من المرضى، بل يفترض أنهم أسوياء، ويتوقع أن كثيراً منهم لم يتعرض لخبرة الاكتئاب والقلق عند الذهاب إلى النوم.

ويمكن تفسير حصول البند رقم (10) 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. وتتسق هذه النتيجة بدرجة كبيرة مع ما توصلت إليه الدراسات السابقة، من أن الإناث أكثر أرقاً من الذكور (انظر: Krystal, 2003; Ohayon, 2002; 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 انتقاء 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 & Alansari, 2004)، فهن أكثر حساسية للضغوط النفسية، والاندفاع، وأقل تحملاً للظروف الضاغطة، وهي أسباب كفيلة بأن تجعل الإناث أكثر عرضة للإصابة بالأرق. وفي هذا الصدد يذكر كل من "جروسمان، وود" (Grossman & Wood, 1993) أنه "ينسب للمرأة قدر أعلى من التعبير الانفعالي والحساسية تجاه الأحداث الانفعالية"، وهذا يعنى أن المرأة يمكن أن تكون أكثر أرقاً من الذكور، نتيجة لأحداث ضاغطة وانفعالية قد تمر بها في حياتها اليومية، ويمكن أن تستجيب لتلك الضغوط بشدة انفعالية عالية، تؤثر فيها على المستوى النفسي والاجتماعي، ومن ثم تؤثر في استقرار نومها.

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، فمنهم من تبني تعريف الدليل التشخيصي الرابع، ومنهم من 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 العاملية 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 أسمائها 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 سميا: "صعوبة استهلال

النوم ومواصلته"، و"عواقب الأرق"، وعلى أية حال فهذا الاختلاف أمر متوقع غالباً عند استخدام التحليل العاملي الاستكشافي Exploratory، الذي يؤدي إلى استخراج عوامل متقلبة، ومن ثم فإن الحاجة ماسة إلى استخدام التحليل العاملي التوكيدي Confirmatory، وذلك منوط بدراسة مستقلة.

ونخلص 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، تخفض من مخاطر الإصابة بالأرق، مع ضرورة وضع برنامج وقائي لخفض الأرق. كما ينبغي شحذ هم 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

- عبد الخالق ، أحمد محمد (2007). معدلات انتشار الأرق وعواقبه لدى عينة من الراشدين. *دراسات نفسية*، 17، 247-270.
- 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, M.A. (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., Abd Elaziz, 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.
- Buyse, 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%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,
- 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 Tunkuy 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.
- Tjepkema, M.(2005).Insomnia. *Health Reports*, 17, 9-26.
- Wong, W.D., & Fielding, R. (2011). Prevalence of insomnia among Chinese adults in Hong Kong: A population-based study. *Journal of Sleep Research*, 20, 117-126.
- Zhang, B., & Wing, Y. K. (2006). Sex differences in insomnia: A meta-analysis. *Sleep*, 29, 85-93.
- Zhang, J., Lam, S., Li, S., Tang, N., Yu, M., Li, A., & Wing, Y. (2012). Insomnia, sleep quality, pain, and somatic symptoms: Sex differences and shared genetic components. *Pain*, 153, 666-673.

