

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



كلية التربية بسوهاج

المجلة التربوية

\*\*\*

اضطرابات النوم وعلاقتها ببعض ابعاد الشخصية لدى  
طلاب الدبلوم العام في التربية بسوهاج

## اعداد

الاستاذ الدكتور

خلف احمد مبارك

أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية

بكلية التربية بسوهاج - جامعة جنوب الوادي

جمهورية مصر العربية

المجلة التربوية - العدد الواحد و العشرون - يناير ٢٠٠٥م

## اضطرابات النوم وعلاقتها ببعض أبعاد الشخصية

لدى طلاب الدبلوم العامة في التربية بسوهاج

أ.هـ/ خلف أحمد مبارك

أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية

كلية التربية بسوهاج - جامعة جنوب الوادي

مقدمة:

خلق الله - عز وجل - الإنسان خليفة في الأرض، وكرمه على بقية المخلوقات، وسخر له ما في السماوات والأرض، وأناط به مسئولية تعمير الكون، وميزه - دون غيره - باللغة والعلم والإرادة والاختيار، ومع ذلك يقضى ثلث حياته نائماً، حيث يكون بمنأى عن اليقظة والانتباه، بل تصيح حواسه معزولة نسبياً عن الأحداث المحيطة به... فهل يستقيم هذا مع ذلك؟! إن الإجابة عن هذا السؤال، ربما كانت الدافع وراء ظهور العديد من النظريات حول حقيقة الوظيفة التي يؤديها النوم للإنسان في يقظته، وفي أنشطته الحياتية المختلفة عبر التاريخ، بل ربما كان الدافع وراء تزايد البحوث العلمية في السنوات الأخيرة بهدف التوصل إلى تلك الحقيقة.

ومن ثم تأكد الباحثون اخذتون من أن النوم مطلب ضروري للحياة لا يمكن محافاته، وأنه وظيفة طبيعية للحياة، بل جانب دوري يؤدي العديد من الوظائف الحيوية لدى الإنسان، حيث يتجلى ذلك في إعادة النشاط والصحة والوعي، والحفاظ على التوازن الداخلي، وتنظيم حرارة الجسم والاحتفاظ بالطاقة (أحمد عبد الخالق وآخرون، ١٩٩٥: ٦٣)، وبالتالي فإن النوم إن النوم - إذن - ليس مجرد حالة ركود أو خمول، وإنما هو مرحلة صيانة للجسم، واستعادة لما فقدته من عناصر حيوية، وهو مرحلة يحصل الجسم خلالها على ما يلزمه من مواد يحتاجها في الفترة التالية من اليقظة والنشاط (حسان باشا، ١٩٩٣: ٣٨).

وعلى هذا فإن النوم الطبيعي ليس محلاً بمكانة الإنسان السامية، أو معوقاً للدور المنوط به، بل هو أمر ضروري لتلك المكانة وميسراً لهذا الدور، وبهذا المعنى يكون النوم من أبرز نعم الخالق على عباده، ولا يقدر المرء هذه النعمة إلا إذا حُرِمَ منها، أو حاول النوم فاستعصى عليه، أو ناله ثم فقدته قبل أن ينشده منه خالته، ونحن ندرك مدى إلحاح النوم علينا، وكيف نشعر بعدم الارتياح عندما تقاومه، فإذا ما أرغمنا الواحد منا على البقاء منقطعاً في هذه الحالة، فإنه سيُشعر بالضجر من المهام التي يقوم بها، كما أن أداءه لن يكون كما هو في حالة الراحة التي تعقب الاكتفاء من النوم الطبيعي.

وإذا كان الحرمان من النوم لفترة قصيرة، فإنه يؤدي إلى الشعور بالتعب والإعياء وفقدان القدرة على التركيز واضطراب المزاج، ويصاحب ذلك تغيرات واضطرابات في دقات القلب، كما يصبح تخطيط الدماغ غير منتظم، وأما إذا كان الحرمان من النوم لفترات طويلة فإن ذلك يؤدي إلى تفكك الأنسج وشلخ العضلات والاضلالات، وتدهور الوعي واضطراب السلوك، فضلاً عن ضعف القدرة على العمل (أحمد عبد الخالق وآخرون، ١٩٩٥: ٦٣)، والواقع أن الحرمان من النوم الطبيعي يأخذ صوراً وأتماطاً شتى من اضطرابات اليوم أو مشكلاته *Sleep Disorders or Disturbances*، كما تنتشر هذه الاضطرابات بمعدلات تجعلها من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً بين الناس على اختلاف أعمارهم وأجناسهم وثقافتهم، ففي عينة من طلاب الجامعة السعوديين قرر ٣٨% منهم بأنهم يعانون من اضطرابات النوم (عبد الستار إبراهيم ورضوي إبراهيم،

وفي عينة من طالبات جامعة قطر بلغ قوامها ٢٢٠ طالبة تبين أن ١٥٩ طالبة منهن تعانين من بعض مشكلات النوم، أي نسبة ٧٢,٢٧% (إبراهيم على ومايسة النبال، ١٩٩٣: ٩٤-٩٥). وفي منطقة بلجراد أجريت دراسة انتشافية على عينتين مختلفتين عرقياً، وتعيشان معاً في نفس المنطقة، حيث تبين أن معدلات انتشار مشكلات النوم لدى أفراد العينة الأولى من الروس قد بلغ ٨١,٤% للذكور و ٧٧,٤% للإناث، بينما بلغت هذه المعدلات لدى أفراد العينة الثانية من الرومانيين ٢١% للذكور و ٢٥% للإناث (Nilssen et al., 1997) وعلى هذا فلا غرو أن تأتي اضطرابات النوم في مقدمة الأمراض التي يشكو منها مجموع المرضى المترددين على الأطباء من كافة التخصصات، فعلى أقل تقدير هناك ثلاثة أشخاص من بين كل عشرة أشخاص لديهم شكوى أو مشكلة متعلقة بالنوم (طارق عبده وألفت كحلح، ٢٠٠١: ١).

ومع ذلك فإن الأدلة السابقة توحي بأن هذه المعدلات الانتشافية المرتفعة لاضطرابات النوم تختلف نسبياً تبعاً لاختلاف العديد من المتغيرات الديموجرافية والشخصية والثقافية والبيئية، فضلاً عن اختلاف نمط اضطراب النوم وأعراضه، ومن ثم يقلد عدد الذين عانوا من اضطراب الأرق *Insomnia*، ووصل الأمر بهم إلى حد البحث عن علاج في عام واحد ٣٠% من مجموع المواطنين الأمريكيين (محمود حمودة، ١٩٩١: ٢٩٦)، في حين تبين أن الأرق ينتشر بنسبة ١١,٢% لدى اليابانيات، وأن نسبة من يتناولن منهم العقاقير المنومة لمواجهة الأرق قد بلغت ١٦,٨% (Kageyama et al., 1997)، وفي سويسرا وجد أن ٥٥% من البالغين لديهم شكوى من الأرق، بل قرر ٥٧% من الذكور و ١٢% من الإناث اضطراب نومهم بصفة دائمة (الكسندر بوربلي، ١٩٩٢: ١٢٢)، وفي عينة الطالبات القطريات المشار إليها آنفاً، بلغت فئة الأرق ٥٦ طالبة من أصل ٢٢٠ طالبة، أي نسبة ٢٥,٤٥% (إبراهيم على ومايسة النبال، ١٩٩٣: ٩٥) وفي عينة كندية كبيرة الحجم من الراشدين والمسنين، تبين أن أعراض الأرق تنتشر بنسبة ٣٦,٢% لديهم (Ohayon et al., 1997a).

وهناك نتائج انتشافية عالمية تؤكد ما توحي به النتائج السابقة، حيث الارتفاح الملحوظ في معدلات الشكوى من اضطرابات النوم عموماً، واضطرابات الأرق خصوصاً، وأن هذه الشكوى تزداد مع التقدم في العمر، وكذلك لدى الإناث مقارنة بالذكور (APA, 1994: 554)، كما تبين أيضاً أن هذه المعدلات تختلف نسبياً تبعاً لاختلاف الثقافات، وبالتالي يمكن أن يكون لاختلاف الثقافات الفرعية دوراً في ذلك، وهذا ما تؤكدته بالفعل بعض الدراسات الانتشافية لاضطرابات النوم عموماً، ففي إحدى هذه الدراسات تبين أن نسبة انتشار اضطرابات النوم بلغت ٢٥% لدى الأمريكيين في ولاية فلوريدا، بينما بلغت هذه النسبة ٤٢% لدى الأمريكيين في ولاية لوس أنجلوس (Hamouda, 1993: 14).

وهكذا يبدو أن متغيرات عديدة كالجنس والعمر والنشأة يمكن أن تؤثر في معدلات انتشار اضطرابات النوم عموماً واضطراب الأرق خصوصاً، بل يمكن أن يتسبب ذلك حتى على اختلاف الظروف الطبيعية للبيئة الواحدة باختلاف فصول السنة فيها، فعلى سبيل المثال توصلت إحدى الدراسات للانتشافية التي أجريت في شمال النرويج إلى أن معدلات الشكوى من الأرق قد بلغت ٤٢% لدى الإناث و ٣٠% لدى الذكور أثناء فصل الشتاء، بينما بلغت نسبة المعاناة من هذا الاضطراب طوال العام ١٨% لدى الإناث و ٩% لدى الذكور (Huseby & Lingjaerd, 1990)، وكما سبق فإن اضطرابات النوم تبدو في صور أو أنماط شتى، وبالتالي فإن الأرق لا يعد اضطراب النوم الوحيد، كما يظن البعض، بل أن هناك اضطرابات أخرى، وإن كانت أقل انتشاراً من الأرق، ومع ذلك فإنها قد تأخذ الاتجاه العام له من حيث اختلاف معدلات شيوعتها بين الناس تبعاً لاختلاف المتغيرات الديموجرافية والبيئية سالفة الذكر، وبغض النظر عن وجهة هذه الفروق.

ومن هذه الاضطرابات ما يعرف بالنعاس أو النوم المفرط *Somnolence or Hypersomnia* ، والذي يمكن اعتباره نقيضاً للأرق، ويتنشر بنسبة ٣,٥-٥% بين الجمهور العام (Guilleminault & Roth, 1993: 287)، كما يشخص حوالي ٥-١٠% من مرضى العيادات الخارجية لاضطرابات النوم بأنهم مصابون بالنوم المفرط الذي عادة يبدأ ما بين عمر ستة وحتى ٣٠ سنة، وتزايد بمرور الزمن ويتحول إلى اضطراب مزمن لدى معظم المصابين به إذا لم يقدم لهم العلاج المناسب (APA, 1994: 558). وفي دراسة خالد عبد الغنى (١٩٩٨) تبين وجود فرق دال بين نسبي انتشار النوم المفرط لدى الراشدين والراشدين في جانب الراشدين، في حين كان الفرق غير دال بين نسبي انتشار هذا الاضطراب لدى المسنين والمسنات من أفراد العينة.

ومن اضطرابات النوم الأخرى ما يعرف بالخدار أو صرع النوم أو غشيته أو غفوات النوم المفاجئة *Narcolepsy*، والذي توضح نتائج الدراسات الانتشارية أن نسب وجوده لدى الراشدين تتراوح ما بين ٠,٠٢-٠,١٦، ومع تساوى معدلات الانتشار لدى الإناث والذكور، إلا أن هناك نتائج أخرى تشير إلى وجود هذا الاضطراب بنسبة ٦% على مستوى العالم، وبنسبة ١٦% في اليابان، وأن حوالي ربع مليون أمريكي يعانون من الإصابة به، وإن يعزى بها لاحتمال اقترانه بالأمراض العصبية، كما يكثر هذا الاضطراب لدى الذكور عن الإناث (Rosenthal, 1993: 396)، إلا أن هذه الفروق الجنسية لم تكن متاغمة بطراد في نتائج الدراسات اللاحقة، حيث يبدو أن الأمر يعتمد على التفاعل مع عوامل أخرى، ومنها شدة الاضطراب، ففي دراسة خالد عبد الغنى (١٩٩٨) وجد فرق دال في جانب الإناث الراشدين بالنسبة لغشية النوم الخفيف، بينما كان الفرق الدال في جانب الذكور الراشدين في حالة غشية النوم المتوسط، في حين وجد فرق دال في جانب الذكور المسنين في حالتى غشية النوم الخفيف والشديد، بينما كان الفرق دال في جانب الإناث بالنسبة لحالة غشية النوم المتوسط.

وهناك من اضطرابات النوم الأخرى ما يعرف بالمشى أثناء النوم أو الجوال الليلي *Sleep Walking Disorder or Somnambulism* ، والذي تبين بعض المسوح والدراسات الانتشارية وجوده بنسبة ٤,٠% لدى الأطفال فيما بين ١٠-١٢ عاماً، وبنسبة ٢,٥% من الراشدين (Mahowald, 1993b: 5790)، غير أن هناك من يرى أن نسبة انتشار هذا الاضطراب أقل من ذلك، وربما تتراوح ما بين ١-٥% لدى الصغار، كما تشير مسوح أخرى إلى أن انتشار اضطراب المشى أثناء النوم لدى الراشدين يتراوح ما بين ٠,١-٠,٧% (جمعة يوسف، ٢٠٠٠: ١٦٣)، وفي حالة ظهوره لدى الراشدين واستمراره فإنه يصنف ضمن الاستجابات الانشاقية باعتباره تعبيراً عن صراع مكبوت (أحمد عكاشة، ١٩٩٨: ١٩٧).

ولا توجد أدلة حول علاقة الاختلافات الثقافية بهذا الاضطراب أو مظهره، وإن كان من المحتمل تزايد النشاطات العنيفة خلال المشى أثناء النوم لدى الراشدين، كما أن نسبة حدوثه تتساوى لدى الذكور والإناث (APA, 1994: 589)، ومع ذلك توجد إحصاءات أخرى تشير إلى وجود هذا الاضطراب لدى الذكور أكثر من الإناث (Karle & Binder, 1994: 418). وفي الوقت نفسه توجد بعض النتائج التي توضح أن المستوى المتوسط من اضطراب المشى أثناء النوم يتنشر بنسبة ٠,٠٧% لدى الراشدين، وبنسبة ١,٤% لدى الراشدين، بينما كانت هذه النسبة ٤% لدى الذكور المسنين، و٨% لدى الإناث المسنات، وعلى الرغم من أن الفروق بين الذكور والإناث لم تكن دالة إحصائياً في الحالتين، إلا أنها توحي بعدم التسليم المطلق بوجود فروق دائمة بين الجنسين في جانب الذكور بالنسبة لهذا الاضطراب (خالد عبد الغنى، ١٩٩٨).

ومن اضطرابات النوم الأخرى أيضاً ما يعرف بزملة الاحتناق أثناء النوم أو اضطراب النوم المرتبط بالنفخ *Sleep Apnea Sndrome*، والذي يحد بنسبة ٤-٨% لدى الذكور، ونسبة ٢-٤% لدى

الإناث، وهو أكثر ارتباطاً بالسنة طبقاً لنتائج بعض الدراسات الانتشارية والارتباطية (Shapiro & Dement, 1993: 2)، كما يزداد هذا الارتباط كدالة للأحداث المسببة للاختناق، وتكثر أعراض هذا الاضطراب مع تنضج اللوزتين لدى الأطفال قبل البلوغ، وأيضاً مع تقدم العمر وبخاصة لدى المسنين المتساين بأمراض القلب والجهاز العصبي (Davison & Neal, 2001: 479)، ومن خلال فحص ٢٥ ذكراً من ذوى اضطرابات اختناق التنفس أثناء النوم، ومن الذين تراوحت أعمارهم ما بين ٢٦-٧٤ عاماً، توصل "رينولدر" (Reynolds, 1984) إلى أن ٤٠% من المفحوصين يعانون من الاضطرابات الوجدانية أو إدمان الكحول، فضلاً عن معاناتهم من أعراض الاكتئاب.

ومن اضطرابات النوم الشهيرة ما يعرف بالأحلام المرعبة أو الكوابيس الليلية (Nightmares)، حيث تشير الإحصاءات إلى أن الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب، بشكل يكفى لإثارة انزعاج ذويهم، تتراوح نسبتهم ما بين ١٠-٥٥% من إجمالي مجتمعهم الطفولي، كما يقرر حوالي ٥٥% من الراشدين خبرتهم بالكابوس الليلي في مناسبات مختلفة، ومع ذلك فإن كثيراً من الحالات تخف مع النمو، والأقلية قد يستمر معها هذا الاضطراب إلى الرشد ويصبح اضطراباً على مدى الحياة (APA, 1994: 581)، ولهذا يلحظ بعض الباحثين أن الكوابيس الليلية تحدث من ٤-٨ مرات سنوياً لدى طلاب الجامعة، بينما تحدث مرتين في العام لدى الأكبر سناً من هؤلاء الطلاب (Hartman, 1993: 107). وفضلاً عن ذلك فإن هذه النسب والمعدلات قد تتضاعف لدى الفرد الذى يعانى من اضطرابات نفسية أخرى، ومن ثم ففى دراسة "سيموندز وباراجا" (Simonds & Paraga, 1984) تبين انتشار الكوابيس والأحلام المرعبة بمعدلات أعلى لدى الذين يعانون من الاضطرابات الوجدانية والقلق، مقارنة بأفراد العينة غير الكليينكية ذوى الفئات العمرية نفسها.

ومن الجدير بالذكر، أن تقييم الكوابيس الليلية أو الأحلام المرعبة، يختلف باختلاف الثقافات السائدة، فالبعض ينظر إليه باعتباره عملاً من أعمال الأرواح الشريرة أو ظاهرة من ظواهر ما وراء الطبيعة، بينما ينظر إليه البعض الآخر باعتباره مؤشراً لاضطراب نفسى أو جسمى، وفى جميع الأحوال فإن الكابوس الليلي يحدث بكثرة لدى الأطفال الواقعين تحت وطأة الضغوط النفسية الاجتماعية الشديدة، كما تقر الإناث الشكوى من هذا الاضطراب أكثر من الذكور (APA, 1994: 484)، ومن ثم ففى دراسة إبراهيم على ومايسة النيسال (١٩٩٣) على عينة كلية قوامها ٢٢٠ طالبة بجامعة قطر، بلغ عدد ففة الكوابيس أو الأحلام المرعبة ٤١ طالبة، أى بنسبة ١٨,٦٤% من أفراد العينة، وبشكل عام، وبصرف النظر عن تكرار حدوث الكابوس أو شدته، فإن "شايبرو وديمنت" (Shapiro & Dement, 1993: 3) يشيران إلى أن هذا الاضطراب يحدث، ولو مرة واحدة لدى العاديين من الجمهور العام بنسب تتراوح بين ٤٠-٥٥%. بينما يتكرر حدوثه بشكل ملحوظ بنسبة ٤٠% لدى مرضى غفوات النوم المفاجئة.

وهناك ما يعرف بفرع النوم Sleep Terror، والذى تتشابه أعراضه مع الكوابيس الليلية والأحلام المرعبة، كما تتداخل إلى حد ما مع أعراض المشى أثناء النوم، وتقدر نسب انتشار نوبات هذا الاضطراب مسا بين ١-٦% لدى الأطفال، وعلى الأقل لدى ١% من الراشدين، ولا توجد بيانات عن الفسروق الثقافية فى اضطراب فرغ النوم، بالرغم من أن أسبابه ودلالاته قد تختلف بين الثقافات، وعلى غير العادة فى اضطرابات النوم، فإن هذا الاضطراب أكثر شيوعاً بين الذكور عن الإناث فى الطفولة، وإن كانت النسبة تتساوى فى الرشد (جمعة يوسف، ٢٠٠٠: ١٦١)، ومع ذلك تشير نتائج دراسة خالد عبد الغنى (١٩٩٨) إلى وجود فرقة دالة فى جانب الذكور الراشدين بالنسبة للمستوى الشديد لاضطراب الفرغ الليلي والكابوس معاً مقارنة بذلك لدى الراشدين، والشئ نفسه يتسبب على المقارنة بين الذكور المسنين والإناث المسنات بالنسبة للفرغ الليلي

والكوابوس الخفيف، في حين ينعكس الأمر بحيث يكون الفرق في جانب الإناث بالنسبة للفرع الليلي والكوابوس المتوسط الشدة.

ولا يقتصر الأمر على ذلك فاضطرابات النوم تتعدد صورها وأماطها بشكل يفوق كل ما سبق، فهناك الاضطرابات التي تخل بالنوم أو وظيفته بغض النظر عن كونها جزءاً من النوم ذاته، ومنها ما يعرف بتقلص العضلات أثناء النوم *Myoclonus* أو زملة الرجل غير المستريحة، والذي يوجد بنسبة بين ٥-١٥% لدى الناس العاديين، ونسبة تتراوح بين ٢-٥% لدى من يعانون من اضطراب مواعيد النوم واليقظة المرتبطة بالعمل في نوبات مختلفة التوقيت (4: *Shapiro & Dement, 1993*)، وبالمناسبة فإن اضطراب مواعيد النوم واليقظة *Sleep- wake Schedule Disorder* يعد من اضطرابات النوم الأولية، والذي قد تصل نسبة حدوثه إلى ٧% أثناء مرحلة النوم المرجأ لدى المراهقين، وإلى ٦٠% في نمط تغير جداول النوم نتيجة العمل ليلاً، كما تمتد مرحلة النوم المرجأ- دون تدخل علاجي- لعدة سنوات أو عقود، ولكن يمكن أن تصحح نفسها، ويحدث فيما بعد الاضطرابات في جدول النوم واليقظة مع التقدم في العمر، وأما النمط الخالص بتغيير أوقات العمل فقد يستمر لفترات أطول ما دام الفرد يطبق الجدول الخاص بالعمل (جمعية يوسف، ٢٠٠٠: ١٥١).

ومن الاضطرابات المخلة بالنوم أو المصاحبة له، الشخير *Snoring* أثناء النوم، والذي ينتشر بنسبة تتراوح بين ٤-٥٠% لدى المسنين من الجنسين فوق الخامسة والستين عاماً (*Shapiro & Dement, 1993: 4*)، ونسبة ٢٠% لدى الراشدين في منتصف العمر (19: *Douglas, 1993*)، وكثيراً ما يكون الشخير مزعجاً للآخرين، حيث تين أن صوت الشخير لدى المصابين به من الراشدين الإيطاليين يصل ٩٠ وحدة ديسبل (الكسندر يوريلي، ١٩٩٢: ١٣٨)، وفي حالة حدوث الشخير لدى المصابين بالأرق، فإن هناك من النتائج التي تشير إلى وجود فروق جنسية في جانب الإناث، حيث تين أن نسبة انتشار الشخير في هذه الحالة تبلغ ١٢,٩% لدى الذكور، بينما تبلغ ٢١,٥% لدى الإناث (347: *Ohayon et al., 1997c*)، ومن هذه الاضطرابات أيضاً ما يعرف بأرجحة الجسم أو الرأس بشكل إيقاعي *Head Banging*، وكذا صك الأسنان أو احتكاكها *Bruxism* أثناء النوم أيضاً (1: *Stores, 1991*)، والذي ينتشر بنسب تتراوح ما بين ٢٠-٥% لدى الجمهور العام (28: *Driver & Shapiro, 1993*)، ويضاف إلى ذلك اضطرابات أخرى كالصداع والشعور بعدم الارتياح أو الآلام الجسدية أثناء النوم أو عند الاستيقاظ، فضلاً عما يمكن اعتباره اضطرابات نوم أولية أو أعراض منها، مثل: شلل النوم *Sleep Paralysis*، فترات النوم *Startling*، وهلاوس النوم (إبراهيم على ومايسة النبال، ١٩٩٣: ٨١-٨٢).

وهكذا يبدو تعدد اضطرابات النوم وتنوعها، فضلاً عن ارتفاع معدلات انتشارها- فرادى أو مجتمعة- بشكل ملفت للانتباه، الأمر الذي يجسد ضخامة هذه المشكلة وخطورتها كماً وكيفاً، وقد يضاعف من تلك الخطورة وجود ارتباط متبادل بين اضطرابات النوم أو بعض أماطها من جهة، وبين العديد من الاضطرابات الانفعالية والعقلية والجسمية والاجتماعية من جهة أخرى، حيث تكشف نتائج البحوث الإمبريقية عن وجود علاقات ارتباطية دالة بين اضطرابات النوم أو مشكلاته والاضطرابات الانفعالية كالقلق والاكتئاب والوسواس القهري (أحمد عبد الخالق ومايسة النبال، ١٩٩٢: إبراهيم على ومايسة النبال، ١٩٩٣)، فضلاً عن الاضطرابات الذهانية كالفضاضة وعته الشيوخية (1995: *Schramm et al.*)، وكذلك الاضطرابات النفسجسمية (1984: *Muratoria*).

وعلى وجه الخصوص يقرر بعض الباحثين أن ٩٥ شخص من كل مائة شخص يتأزم لديهم اضطراب النوم واحد أو أكثر من الأمان السكائبة السد أو شعبي ١٩٩٣: ٣١٥، بل أن ٦٩ بعد دراسة

شائعة في غالبية هذه الأمراض المنتملة في الاضطرابات الوجدانية والعصائية، فضلا عن الفصام واضطرابات الأكل واستخدام العقاقير، أو مع اضطرابات أخرى للنوم كالأحلام المرعبة أو الكوابيس الليلية (أحمد عكاشة، 1998: 509-510؛ WHO, 1992: 1813)، ولذا تركز العلاج في الحالة التي أوردتها بانيستى (Baptiste, 1990) حول علاقة كوابيس المريض ونوبات الفزع الليلي لديه بمخاوفه من أمه وإمكانية انحرافها جنسياً، واعتبرت هذه الكوابيس ونوبات الفزع أثناء النوم بمثابة حيلة دفاعية لا شعورية لمشاعر المحصور نحو الجنسية المثلية.

وفي المقابل تشكل اضطرابات النوم المزمعة هاملاً مهياً *Resk Factor* لاضطرابات المزاج اللاحقة، وكذلك اضطرابات القلق، وقد يؤدي اعتماد المصابين بالأرق الأولي على الأدوية المومة ومثباتها إلى الوقوع في مشكلة الاعتماد على العقاقير النفسية (جمعة يوسف، 2000: 148)، كما يؤدي استعمال هذه العقاقير وخاصة المنشطة أو المنبهة منها، أو التعود عليها ثم التوقف عن استعمالها إلى اضطراب النوم، كما يحدث هذا الاضطراب في الظروف الطارئة التي تعترض حياة الإنسان (علي كمال، 1989: 162)، ولذا جاء في الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للاضطرابات العقلية *DSM-IV* أن فزع النوم يكثر وقوعه مع اضطرابات الضغوط التالية للصدمة *Posttraumatic Stress Disorder* (APA, 1994: 584).

وتؤكد هذا المعنى دراسة كراكو (Krakow et al., 2000) حول اضطراب النوم والاكتئاب والتفكير في الانتحار أو الميول الانتحارية لدى عينة من الإناث اللواتي تعرضن للاغتصاب الجنسي والمنخرطات في برنامج لعلاج الكابوس الليلي، وكذا الأمر في دراسة أخرى أجراها -أيضا- كراكو وآخرون (Krakow et al., 2001) حول علاقة نوعية النوم والضغوط التالية للصدمة باضطرابات النوم الكامنة لدى عينة من الإناث اللواتي تعرضن أيضا للاغتصاب الجنسي والمصابات بالكوابيس الليلية، الأرق، واضطراب الضغوط التالية للصدمة *PTSD*، وفي دراسة روز وآخرون (Ross et al., 1994) أشارت النتائج إلى ظهور الكوابيس الليلية لدى الجنود الأمريكيين الذين شاركوا في حرب فيتنام، وفي دراسة ميلمان وزملائه (Mellman et al., 1995a) أوضحت النتائج تلازم حدوث الأرق والكوابيس الليلية وكثرة الحركة أثناء النوم، فضلا عن ظهور أعراض الطلع والإعياء البدني لدى عينة من هؤلاء الجنود أيضا.

ومن ثم ذهب بعض الباحثين إلى القول بوجود ارتباط بين اضطرابات النوم والأمراض البدنية، فالأرق قد يلازم هذه الأمراض التي يصاحبها ألم أو قلة الراحة الجسمية (أحمد عكاشة، 1998: 509؛ WHO, 1992: 1813)، كما تشير الدراسات إلى أنه كلما زاد الوزن زادت فترة النوم المليئة بالأحلام المرعبة، والكوابيس الليلية أو النوم المتقطع، والشخير، وربما الاختناق (محمود هودق، 1996: 101)، بل توصل بعض الباحثين إلى وجود علاقة ارتباطية دالة بين أعراض كل من الاكتئاب واضطرابات النوم من جهة، وبين التسبب الأذن المزمن من جهة أخرى (Alaster et al., 1993)، وأكد باحثون آخرون على وجود مشكلات في النوم لدى من يعانون من الصداع (Pavia et al. 1994).

وإذا كان الأمر كذلك بالنسبة لارتباط اضطرابات النوم بالاضطرابات الانفعالية والبدنية والمشكلات السلوكية، فإنه الصورة التبادلية، فمن المعتقد أن يكون هناك ارتباطا متبادلا بين اضطرابات النوم وأبعاد الشخصية أو أنماطها وسماتها، والتي تعد عوامل مهيبة للصحة والمرضى معاً، وتوجد بعض الأدلة النظرية والامبيريقية التي توحى بإمكانية وجود ذلك الارتباط، ففي دراسة حسام الدين عزب وشادية عبد الحماني (1997: 33) حول اضطرابات النوم وعلاقتها بالانفعال السلوكي للشخصية لدى طلاب الجامعة، كشفت النتائج عن ارتباط واضح بين اضطرابات النوم المقاسة بالنمط المذكور، وبينما اقتضت هذه العلاقة

الارتباطية الدالة على اضطراب النوم المفرط في حالة النمط السلوكي (ب). وفي دراسة خسالد عبد الفنى (١٩٩٨) لأنماط اضطرابات النوم وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية، أشارت النتائج إلى وجود ارتباطات دالة بين بعض هذه الأنماط وبعض هذه المتغيرات، وبخاصة بعدى العصبية والذهانية على الترتيب، مع وجود اختلافات نسبية تبعاً لاختلاف كل من الجنس والمرحلة العمرية لأفراد العينة من الراشدين والمسنين.

ومن جهة أخرى، فقط لوحظ أن اضطراب النوم المرجأ يرتبط بملامح الشخصية الشيفصامية وفصامية الطبع والشخصية التجنبية خاصة لدى المراهقين (جمعة يوسف، ٢٠٠٠: ١٥٢). كما يوجد تاريخ لاضطرابات شخصية سابقة أو آنية لدى حوالي ٤٠% من المصابين باضطراب غفوات النوم المفاجئة: (APA, 1994: 563)، وربما كغالبية اضطرابات النوم، يعد هذا الاضطراب استجابة لسوء التوافق النفسى. فالقرن يستخدمه كوسيلة للهروب من مشكلات الحياة، كما يرتبط بالهستيريا (محمود حمودة، ١٩٩٠: ٤٢٤)، السيد أبو شعيث، (١٩٩٣: ٣١٧). كذلك يلحظ أن الأسباب المرضية النفسية لاضطراب فرغ النوم أكثر احتمالاً لدى الراشدين على وجه الخصوص، كما قد يحدث هذا الاضطراب لدى ذوى اضطرابات الشخصية وبخاصة اضطرابات الشخصية الاعتمادية والشيفصامية والحدية (جمعة يوسف، ٢٠٠٠: ١٦٢-١٦٣). كما يلحظ أن الكثير من المصابين باضطراب النوم المفرط يعانون من أعراض اكتئابية قد لا تستوفى احكامات التشخيصية للإصابة بالاكتئاب الحاد أو المزمن، كما يؤدي اضطراب زملسة الاحتياقي أثناء النوم *Sleep Apnea Syndrome* إلى اختلال في الذاكرة وضعف التركيز والقبالية للاستشارة، فضلاً عن حدوث تغيرات في الشخصية، واضطراب الزواج والإصابة بالقلق العام والعته (APA, 1994: 558-559).

وهكذا يبدو أن موضوع اضطرابات النوم من الموضوعات المثيرة للبحث والتقصى لما له من أهمية كبيرة وتداخل مع العديد من أشكال الاضطرابات السلوكية والانفعالية والشخصية لدى الجنسين من كافة الأعمار والثقافات، فضلاً عن تعدد صور هذه الاضطرابات وتنوع أنماطها، وزيادة معدلات انتشارها لدى الناس بشكل قد يفوق جميع الاضطرابات الأخرى، ومع ذلك يبدو أن الدراسات العربية ما زالت قليلة نسبياً حول هذه الاضطرابات.

ومن هنا كانت الدراسة الحالية الانتشارية الارتباطية لاضطرابات النوم وعلاقتها ببعض أبعاد الشخصية لدى عينة من خريجي الجامعات الملتحقين بالدبلوم العامة في التربية بسوهاج، حيث تسود مشكلات البطالة المهنية، والقلق الوجودى على المستقبل الشخصى والاجتماعى، والاضطرار إلى محاربه تغيير المسار إلى ما لم يكن مرغوباً من قبل، ولكن على غرار القول: مكره أخوك لا بطل، ولعلها القشة التي تعلق بها الفریق، ومن المعتقد أن يؤثر ذلك في زيادة انتشار اضطرابات النوم لدى هؤلاء الطلاب، ولكن من الاعتقاد بوجود فروق نسبية في معدلات انتشارها بينهم تبعاً لاختلاف بعض المتغيرات الديموجرافية والثقافية والشخصية بينهم، والسق يمكن اعتبارها بمثابة عوامل مهينة أو معجلة لظهور الاضطرابات النفسية بشكل عام واضطرابات النوم بشكل خاص.

#### مشكلة الدراسة:

في ضوء ما سبق تبلورت مشكلة هذه الدراسة في التعرف على أنماط اضطرابات النوم السائعة لدى طلاب الدبلوم العامة - نظام العام الواحد - بكلية التربية بسوهاج، وتحديد معدلات انتشار كل منها بينهم، فضلاً عن الكشف عن حجم الفروق النسبية في هذه المعدلات تبعاً لاختلاف متغيرات العمر الزمنى، الجنس، والثقافة الفرعية المنضلة في النشأة أو محل الإقامة. وأخيراً محاولة الكشف عن طبيعة العلاقة الارتباطية من حيث نوعها وحجمها ووجهتها ومستوى دلالتها بين اضطرابات النوم المقاسة من جهة، وبين بعض أبعاد الشخصية المنضلة في: الذكاء العام، الانبساط، العصامية، الذهانية، والكذب أو الجاذبية الاجتماعية من جهة أخرى لدى هؤلاء الطلاب.



- وبالتالي تغير مشكلة هذه الدراسة عددا من الأسئلة البحثية، وتسعى للإجابة عنها، وهذه الأسئلة هي:
- ١- ما اضطرابات النوم الشائعة ومعدلات انتشارها لدى أفراد عينة الدراسة من طلاب الدبلوم العامة في التربية بسوهاج طبقا لنتائج المقياس المستخدم من إعداد الباحث؟
  - ٢- هل توجد فروق دالة بين متوسطات درجات اضطرابات النوم المقاسة لدى أفراد العينة من هؤلاء الطلاب تبعاً لاختلاف متغير الجنس بينهم (ذكور/إناث)؟
  - ٣- هل توجد فروق دالة بين متوسطات درجات اضطرابات النوم المقاسة لدى هؤلاء الطلاب تبعاً لاختلاف متغير الثقافة الفرعية بينهم، والمتنقل في محل النشأة أو الإقامة (مدن/ريف)؟
  - ٤- هل توجد فروق دالة بين متوسطات درجات انتشار اضطرابات النوم المقاسة لدى أفراد العينة من هؤلاء الطلاب تبعاً لاختلاف الفئة العمرية بينهم (الأكثر والأصغر عمرا)؟
  - ٥- هل توجد فروق دالة بين متوسطات درجات اضطرابات النوم المقاسة لدى هؤلاء الطلاب تبعاً لاختلاف درجات بعد الذكاء العام بينهم (الأعلى والأقل ذكاء)؟
  - ٦- هل توجد معاملات ارتباطية دالة بين درجات اضطرابات النوم المقاسة ودرجات أبعاد الانبساط، العصابية، الذهانية، والكذب أو الجاذبية الاجتماعية للشخصية لدى هؤلاء الطلاب؟

### التحديد الإجرائي للمفاهيم:

- ١- اضطرابات النوم (Sleep Disorders) ويقصد بها أنماط اضطرابات النوم المتمثلة في اضطرابات: الأرق، النوم المنقطع، غفوات النوم المفاجئة، اضطراب مواعيد النوم واليقظة، زملة الاحتقان أثناء النوم، الكابوس الليلي، فرع النوم، المشي أثناء النوم، واضطرابات مصاحبة للنوم كالشخير أثناء النوم، لزمنة البلع أثناء النوم، الصداع أثناء النوم أو عند الاستيقاظ، صك الأسنان أو احتكاكها أثناء النوم، تقلص العضلات أثناء النوم، والشعور بعدم الراحة البدنية أثناء النوم أو عند الاستيقاظ، وأن جميع هذه الأنماط يقيسها مقياس اضطرابات النوم من إعداد الباحث.
- ٢- أبعاد الشخصية (Dimensions of Personality) ويقصد بها السمات أو الأنماط أو العوامل والأبعاد ثنائية القطب، المعبرة عن الأبعاد الأساسية للشخصية، طبقاً لنظرية "أيزنك" في بناء الشخصية (أحمد عبد الخالق، ١٩٨٣: ١٧٩-١٨١)، وهي: الانبساط، العصابية، الذهانية، والكذب أو الجاذبية (المرغوية) الاجتماعية كما يقيسها اختبار أيزنك للشخصية (صورة الراشدين) إعداد: صلاح الدين أبو ناجية (١٩٨٩)، بالإضافة إلى الذكاء العام، كما يقيسه اختبار الذكاء العالى إعداد: السيد محمد خيرى (١٩٧٩).

## الطريقة والإجراءات

### أولاً: عينة الدراسة:

تتكون العينة الكلية من ٢٣٩ فرداً يمثلون طلبة وطالبات الدبلوم العامة في التربية، نظام العام الواحد، بكلية التربية بسوهاج - جامعة جنوب الوادى، ومن الذين تتراوح أعمارهم ما بين ٢٠-٣٠ عاماً، ويمتوسط عمرى قدره ٢٤,٩٩ سنة، وانحراف معيارى قدره ٢,٧٣ سنة، وذلك لحظة التطبيق النهائى للدراسة الحالية خلال الفصل الأول من العام الدراسى الجامعى ٢٠٠٢/٢٠٠٣، ويوضح جدول (١) توزيع هؤلاء الأفراد على بعض المتغيرات الديموجرافية والشخصية والمعرفية قيد البحث في هذه الدراسة، وهي: النوع (ذكر/ أنثى)، الثقافة الفرعية المتنقل في محل الإقامة (ريف/ مدن)، الفئة العمرية (٢٠ > ع ≥ ٢٥، ٢٥ > ع ≥ ٣٠)، الذكاء العام  $د > ٥١$ ؛  $٥١ < د < ٥١$ ، نسبة متسبة.

جدول (1)

توزيع أفراد العينة (ن = 139) على المتغيرات الديموجرافية والمعرفية

المتغير	النوع		محل الإقامة		الفئة العمرية		الفئة العقلية
	ذكور	إناث	ريف	مدن	الأكبر عمر	الأصغر عمر	الأقل ذكاء
العدد	٦٣	٧٦	٧٥	٦٤	٦٩	٧٠	٦٢
النسبة %	٤٥,٣	٥٤,٧	٥٣,٩	٤٦,١	٤٩,٦	٥٠,٤	٤٤,٦
							٧٧
							٥٥,٤

وكما هو واضح من توزيع أفراد العينة الكلية على المتغيرات الديموجرافية والمعرفية المذكورة، من وحيث العدد والنسبة المتوية، فإن المقارنة الإحصائية تبدو ممكنة في ضوء هذا التوزيع المتقارب إلى حد كبير، وفضلا عن ذلك تجدر الإشارة إلى بعض الخصائص الأخرى لهذه العينة، والتي لا تبدو من جدول (١) لارتباطها بتفسيرات أخرى، وهذه الخصائص هي:

١- يمثل أفراد العينة الكلية للدراسة الحالية حوالي ٧٠% من العدد الكلي لطلبة وطالبات الدبلوم العامة في التربية المقيدون في نظام العام الواحد بكلية التربية بسوهاج خطة إجراء هذه الدراسة (١٣٩ من ٢٠٠)، بل ارتفعت هذه النسبة إلى ٨٧% ممن أدى امتحانات الدور الأول (مايو ٢٠٠٣م) من هؤلاء الطلبة والطالبات (١٣٩ من ١٦٠)، وهذه نسبة يمكن معها اعتبار هذه العينة ممثلة إلى حد كبير لخصائصها الأصلية، بل تكاد تكون هذا المجتمع كله.

٢- جميع أفراد العينة الكلية من غير المتزوجين (العزاب)، وذلك لقلّة نسبة المتزوجين في مجتمع العينة إلى الحد الذي يحول دون المقارنة الإحصائية السليمة بين المتزوجين وغير المتزوجين، فضلا عن عدم وجود حالات طلاق أو أرامل بينهم.

٣- جميع هؤلاء الأفراد من ذوي التخصصات الأدبية في الدرجة الجامعية الأولى، وبخاصة ما يتعلق باللغات والدراسات الإسلامية الاجتماعية، حيث تبين أن التخصصات العلمية في مجتمع هذه العينة نادرة جدا إلى الحد الذي لا يسمح بالمقارنة الإحصائية السليمة في ضوء اختلاف متغير التخصص (أدبي - علمي مثلا).

٤- جميع أفراد العينة من المقيمين بمحافظة سوهاج، وذلك حتى لا يحدث تداخل بين الثقافة العامة والثقافة الفرعية عند المقارنة على أساس متغير محل الإقامة أو النشأة، فضلا عن أن الحالات المقيدة بالدبلوم العامة والمنتمية إلى محافظات أخرى، وبالتحديد أسوط وقنا، كانت قليلة جدا إلى الحد الذي لا يسمح بالمقارنة الإحصائية السليمة.

٥- جميع أفراد العينة من غير العاملين، حيث يشترط فيمن يلتحق بالدبلوم العامة في التربية نظام العام الواحد أن يكون لا يعمل، وحتى من كان يعمل من أفراد العينة، في مهنة مؤقتة كالإشراف في المدينة الجامعية أو العمل في التدريس بالخاصة، فقد تبين أنهم لا يمثلون نسبة يمكن على أساسها المقارنة الإحصائية تبعا لاختلاف نوع المهنة أو العمل من عدمه، ولذلك تم حذفهم من العينة أو المجتمع الأصلي لها.

وعلى كل حال يمكن القول إجمالاً بأن أفراد هذه العينة قد تم انتقاؤهم بصورة تحقق الأهداف البحثية للدراسة الحالية، وتسهم في الإجابة عن تساؤلاتها وفروضها بدرجة كبيرة من الدقة والموضوعية والتحديد.

**ثانياً: أدوات القياس:**

**١- مقياس اضطرابات النوم**

يتكون هذا المقياس (إعداد الباحث) من ٥٤ عبارة، تشير كل منها لعرض من مشكلات النوم أو لنسب من اضطراباته، وهذه العبارات موزعة بالصاوي (بواقع ٦ عبارات)، وبشكل دائري على تسعة مقاييس فرعية تبين نسب النوم من غير اضطراب النوم، وحتى على ترتيبها من حيث الأهمية النسبية، فكلما قلت النسبة...

وأما اضطراب المشى أثناء النوم أو الجوال الليلي. فقد كان معدل انتشاره منخفضا نسبيا بشكل ملحوظ لدى أفراد العينة الكلية من طلاب الدبلوم العامة في التربية بسوهاج، حيث احتل المرتبة الأخيرة بين اضطرابات النوم المقاسة لدى هؤلاء الأفراد، ويفارق كبير نسبيا بينه وبين الاضطراب الذي احتل المرتبة قبل الأخيرة، وهو زملة الاختناق أثناء النوم، والذي بلغ معدل انتشاره ١٣,٦٧%، في حين بلغ معدل انتشار المشى أثناء النوم ٢,١٦%، كما هو واضح من جدول (٢)، ومع ذلك فإن هذا المعدل يفوق غالبية المعدلات السابقة، ويقترّب من بقيتها إلى حد كبير، حيث تشير المسوح الانتشارية إلى أن معدل شيوع هذا الاضطراب بين الراشدين يتراوح بين ٠,١-٠,٧% (جمعة يوسف، ٢٠٠٠: ١٦٣)، كما تدل الإحصاءات إلى أن المشى أثناء النوم يظهر عند نصف الحالات في سن ما قبل المدرسة، وأن النصف الآخر في الطفولة المتأخرة، ويختفى عادة في المراهقة، حيث يندر أن تجد طفلا يمشى أثناء نومه بعد سن البلوغ، وإن استمر هذا العرض هذا السن، فإنه يدل على وجود صراع نفسي لا تظهر أعراضه إلا أثناء النوم (حسن عبد المعطي، ٢٠٠١: ١٢٠).

وأخيرا يلحظ من جدول (٢) أيضا، أن نمط اضطرابات مصاحبة للنوم، قد بلغ معدل انتشاره لدى أفراد العينة الحالية من هؤلاء الطلاب، ما نسبته ٢٢,٣٠%، وهو بذلك يحتل المرتبة الثالثة بين اضطرابات النوم المقاسة لدى هؤلاء الأفراد، ولعل هذا الارتفاع النسبي يرجع إلى كون هذا النمط يتكون في المقياس المستخدم من ست أنماط ثنائية مصاحبة للنوم ومختلة به، وهي: الشخير، لزمة تكرار البلع غير الطبيعي، صك الأسنان واحتكاكها، الشعور بعدم الارتياح البدني، الصداع، وتقلص العضلات أثناء النوم أو عند الاستيقاظ، وهناك من الأدلة ما يؤكد انتشار هذه الاضطرابات بمعدلات مرتفعة نسبيا، وإن كان المعدل الحالي يفوق أغلبها طبقا لنتائج المسوح والدراسات الانتشارية السابقة، فمثلا تبين من دراسة مسحية أجرتها منظمة الصحة العالمية في إيطاليا أن ١٠% من كل الراشدين يصدر عنهم شخيرا مرتفعا يمكن سماعه من الغرفة الخاوية (يوربلي، ١٩٩٢: ١٣٨). وفي دراسة محمود حمودة (Hamouda, 1993) بلغت نسبة انتشار احتكاك الأسنان أثناء النوم ٧,٥% من أفراد العينة الكلية، ويقرر شابيرو وديميت (Shapiro & Dement, 1993: 2) أن النسبة العالمية لانتشار احتكاك الأسنان تتراوح ما بين ٥-٢٠%، وأن هذه النسبة لتقلص عضلات الأرجل تتراوح ما بين ٥-١٥%.

ومن الواضح أن مقارنة مثل هذه النسب مع المعدل الحالي توحى بأن هذا المعدل يفوق العديد من هذه المعدلات، وبخاصة إذا ما أخذنا في الاعتبار الحدود الدنيا لهذه المعدلات، ومهما يكن من أمر فإن العرض والمقارنات السابقة لأنماط اضطرابات النوم المقاسة لدى أفراد العينة من طلاب الدبلوم العامة في التربية بسوهاج، على المستوى الفرعي والكلّي، يؤكد زيادة معدلات انتشار هذه الاضطرابات لدى هؤلاء الأفراد بالتقريب إلى المعدلات المناظرة لها في غالبية المسوح والدراسات الانتشارية السابقة، وتشير إلى ما يعاينه هؤلاء الطلاب من أفراد عينة الدراسة الحالية من اضطرابات نوم متعددة في نوعها، ومرتفعة في حدتها، وإذا ما أمكن مراجعة أسباب اضطرابات النوم كما يوردها الباحثون والمختصون في هذا المجال (جمعة يوسف، ٢٠٠٠: ١٦٥-١٧١؛ حسن عبد المعطي، ٢٠٠١: ١٣٣-١٣٩).

وإذا ما نحنا العوامل الوراثية والعضوية جانباً، واقتصرنا على الأسباب النفسية والاجتماعية والبيئية، باعتبارها عوامل أساسية للاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية عموماً، فإنه يمكننا التركيز هنا على إغراء هذه المعدلات المرتفعة لانتشار اضطرابات النوم لدى أفراد العينة الحالية، وذلك إلى الضغوط النفسية والاجتماعية الراهنة التي يعاني منها هؤلاء الأفراد، فضلاً عن غموض المستقبل لديهم، فيم قد أكملوا تعليمهم الجامعي، ولكنهم لم يكتفوا بالعمل لها، بل هذا العمل، بل أن أملهم في الحصول على هذا العمل، أو حتى عمل آخر مناسب ربما قد تضاعف كثيراً لديهم، وبالتالي فيهم يشقون إلى إشباع حاجة لتحقيق الذات والاعتبار

الاجتماعي، ويعانون من مشاعر الاضطراب النفسي وفقدان الهوية وغموض الدور، فضلا عن مشاعر الإحباط والاكتئاب والحوف من الجهول، وغير ذلك من المشاعر السلبية التي تحيل نماهم إلى عالم من الموم التي تترق نومهم. فلا يبدأ هم مضجع، وإن هدا وقتا انتابهم الكوابيس ونوبات الفزع والأحلام المرعبة، وبالتالي يستيقظون وهم متعبون متصدعون أحيانا، وهنا قد تتأهم غفوات النوم المفاجئة كاستجابة فسيولوجية قسرية لعدم كفاية النوم الطبيعي ليلا.

بل ربما يلجأ بعضهم إلى الإفراط في النوم النهاري كحيلة هروبية مما يعانیه من ضغوط راحة وهموم مستقبلية، ونتيجة لذلك كله، فضلا عن ظروف الدراسة وضغوطها، وعدم انتظام الجدول الدراسي اليومي لدى هؤلاء الأفراد، الأمر الذي يكون من الطبيعي معه أن تضرب مواعيد النوم واليقظة لديهم، مما يزيد الطين بلة في معاناتهم من اضطرابات النوم واليقظة بشكل عام، وقد يضاف إلى ذلك وقت إجراء الدراسة الحالية حيث كان ذلك في شهر ديسمبر، أي مع بداية فصل الشتاء، حيث تقل ساعات النهار، وتزداد ساعات الليل، مما قد يسهم في زيادة اضطرابات النوم، ويتضح ذلك من دراسة هوسباي ولينجريد (Husby & Lingjaerde, 1990) التي تناولت معدلات انتشار الأرق في علاقتها بفصول السنة؛ وهكذا يبدو أن هناك عوامل عديدة ومتنوعة أسهمت في ظهور هذه النتيجة الانتشارية لدى أفراد العينة الحالية من طلاب الدبلوم العامة في التربية بسوهاج.

### نتائج اختبار الفرض الثاني ومناقشتها:

وينص هذا الفرض على الآتي: "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أنماط اضطرابات النوم المقاسة لدى الذكور والإناث من طلاب الدبلوم العامة في التربية في جانب الإناث".

ولاختبار مدى صحة هذا الفرض، استخدم أسلوب "ت"  $T.test$  لدلالة الفرق بين متوسطين غير مترتبين لعينتين غير متساويتين عدديا (محمود منسى، ١٩٩٤: ٣٢١-٣٢٢)، وذلك لحساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات مجموعتي الذكور والإناث من أفراد العينة الكلية، وبالتالي استخرجت المتوسطات الحسابة والانحرافات المعيارية، وحسبت القيم التائية، وتم الكشف عن مستوى دلالتها الإحصائية، بين درجات هاتين المجموعتين في أنماط اضطرابات النوم المقاسة، فضلا عن الدرجة الكلية للمقياس المستخدم من إعداد الباحث، ويوضح جدول (٣) نتائج ذلك.

### جدول (٣)

نتائج أسلوب "ت" بين مجموعتي الذكور والإناث في أنماط اضطرابات النوم

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	المجموعة			
		الإناث (ن=٧٦)		الذكور (ن=٦٣)	
		٢ع	٢م	١ع	١م
٠,٠١	٤,١٣-	٣,٦١	٢١,٤٢	٣,٦٢	١٨,٨٦
٠,٠٥	٢,٤٢+	٤,١٥	١٣,٢١	٣,٦٨	١٤,٧٨
غير دال	٠,٦٠-	٣,٣١	٩,٧٩	٢,٣١	٩,٤٩
غير دال	١,٢٦-	٣,٧٠	١٩,٢٨	٣,٢٠	١٨,٥٦
٠,٠٥	٢,٥٤+	٢,٤٢	٤,٤٥	٣,٨٨	٧,٣٧
٠,٠٥	٢,٠٤+	٣,٥٨	٢١,٢٣	٤,٣٦	١٣,٢٧
٠,٠١	٢,٧٧-	٢,٨١	٩,٢٨	٢,٨٠	٧,٩٥
٠,٠٥	٢,٠٤+	١,٦٣	٣,٢٨	١,٥٤	٣,٨٥
غير دال	٠,٨٨-	٢,٩٥	١٦,٠٧	٢,٨٨	١٥,٦٢
غير دال	٠,٣١+	١٩,٤٤	١٠٨,٥١	١٧,٤٣	١٠٩,٧٥

٢٠٠١ < ٠,٠١ عند مستوى ٠,٠٥ < ١٩٨

وبالنظر في جدول (٣) يتضح وجود فروق بين متوسطات درجات مجموعتي الذكور والإناث من أفراد العينة الكلية للدراسة الحالية بالنسبة لجميع أنماط اضطرابات النوم المقاسة، إلا أن هذه الفروق لم تشمل جميعها إلى حد الإحصائية، كما أن وجهة هذه الفروق لم تكن متسقة في جانب أي من الذكور أو الإناث، بل اعتمد الأمر على نوع نمط الاضطراب، وبالتالي لا يمكن القول بأن الفرض الثاني من فروض هذه الدراسة قد تأكد صحته أو عدمها بشكل مطلق، مما يحتم مناقشة نتائج المقارنة بين الذكور والإناث لكل نمط على حدة.

ومن ثم يتضح أن هناك فروقا دالة عند مستوى ٠,٠١ بين المجموعتين بالنسبة لنمط اضطراب الأرق في جانب الإناث، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج المسوح العالمية التي تشير إلى أن انتشار الشكوى من الأرق تزداد لدى الإناث منها لدى الذكور (APA, 1994: 555)، كما تتفق أيضا مع نتائج العديد من الدراسات الانتشارية والارتباطية الأخرى التي أجريت على عينات مختلفة من الراشدين. ومن ذلك دراسة هوسباي ولينجريدي (Husby & Lingjreade, 1990)، التي توصلت إلى أن نسبة انتشار الأرق بين الذكور ٩% وبين الإناث ١٨%، ودراسة نيلسون وآخرين (Nilssen et al., 1997) التي توصلت إلى أن نسبة انتشار الأرق عند الذكور ٢١% وعند الإناث ٢٥%، ودراسة خالد عبد الغني (١٩٩٨) التي توصلت إلى أن نسبة انتشار الأرق المرضى لدى الذكور الراشدين ٤٢% ولدى الإناث الراشدين ٤٨%.

وقد تأكدت هذه الفروق الجنسية في دراسات أخرى تضمنت عينات من مختلف الأعمار، ومن المرضى والأسوياء على حد سواء، ومن الجمهور العام، ومن مختلف المهن والطبقات الاجتماعية. ومن ذلك دراسة هوهاجن وآخرين (Hohagen et al., 1994a) لدى عينة من المسنين التي كشفت عن وضوح الرغبة في زيادة عدد ساعات النوم لدى الإناث عن الذكور. وفي دراسة جونز وهركينج (Johns & Hocking, 1997) على عينة من العمال تبين أن الشكوى من عدم جودة النوم أو كفايته تنتشر بنسبة ١٢,٤% لدى الذكور ونسبة ١٨,٨% لدى الإناث، وفي دراسة أوهايون وآخرين (Ohayon et al., 1977c) لدى عينة من المرضى تبين أن نسبة انتشار الأرق لدى الإناث ٢١,٥% ولدى الذكور ١٢,٩%. كما تبين وجود فروق دالة بين الجنسين في صعوبة الدخول في النوم وانحفاظة على الاستمرار فيه لجانب الإناث، وفي دراسة أحمد عبد الخالق (Abdel Khatek, 2001) لدى عينة من المراهقين الكويتيين أظهرت النتائج أن متوسط تقديرات الإناث أعلى بشكل دال منه لدى الذكور في عبارات المقياس الخاصة بأعراض صعوبة البدء في النوم، الاستيقاظ المتكرر مبكرا، والنوم المقلق، أو المتقطع.

أما بالنسبة لنمط النوم المفرط، فإنه يتضح من جدول (٣) وجود فرق دال عند مستوى ٠,٠٥ بين الذكور والإناث من أفراد العينة الكلية، ولكن في جانب الذكور، ويتفق ذلك مع التراث النظري والإمبيرتي السابق في هذا المجال، حيث تشير مسوح الجمهور العام إلى أن زملة كلاين ليفين (Klien-Levein) وهي إحدى صور النوم المفرط نادرة الحدوث، إنما توجد لدى الرجال بثلاثة أضعاف وجودها لدى النساء (جمعية يوسف، ٢٠٠٠: ١٤٩)، وفي دراسة خالد عبد الغني (١٩٨٨) لدى عينة الراشدين بلغت نسبة انتشار النوم المفرط المتوسط ٣٨% لدى الذكور، و٢٧% لدى الإناث، وبفرق دال عند مستوى ٠,٠٥، وأما دراسة محمود حمودة (Hamouda, 1993) لدى عينة غير ككلينكية تراوحت أعمار أفرادها بين ١٥-٥٤ سنة، فقد توصلت نتائجها إلى أن نسبة انتشار النوم المفرط عند الذكور ٢٦% وعند الإناث ٢٤%.

ومن الواضح أن هذه النتائج رغم قلتها النسبية، فإنها تدعم بلا استثناء النتيجة الحالية التي كشفت عن وجود فرق دال بين الذكور والإناث في النوم المفرط في جانب الذكور من طلاب الدكتوراه في التربية بمرحلة الماجستير من جامعة الكويت، حيث أظهرت النتائج أن نسبة انتشار النوم المفرط لدى الذكور ٢٦% وعند الإناث ٢٤%.

الذكور أعباء شخصية واقتصادية واجتماعية أكثر مما تتحمل الإناث، ومع ضيق ذات اليد السعي تميز هؤلاء الذكور من أفراد هذه العينة، فرما يلجأون إلى الإفراط في النوم أكثر من الإناث كحيلة هروبية من العجز عن مواجهة الكثير من هذه الضغوط والمسئوليات المتزايدة، ومن ثم كانت هذه النتيجة التي يمكن القول كذلك أنها تتفق منطقيا مع النتيجة السابقة، حيث بعد النوم المفرط نقيضا صريحا لاضطراب الأرق، ولذلك فعندما تكون الإناث أكثر أرقا من الذكور ليلا، فمن المنطقي أن يكون الذكور أكثر إفراطا في النوم من الإناث نهارا.

هذا عن الأرق والنوم المفرط، وأما عن اضطراب غفوات النوم المفاجئة، فكما هو واضح من جدول (3) لا يوجد فرق دال بين متوسطي درجات مجموعتي الذكور والإناث من أفراد العينة علبى هذا الاضطراب، والواقع أن هذه النتيجة تتفق مع نتائج وتقارير الدراسات الانتشارية الواردة في الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية، والتي تشير إلى تساوى معدلات انتشار غفوات النوم المفاجئة لدى الإناث والذكور (APA, 1994: 565)، إلا أنها تختلف مع غالبية التقارير والنتائج الأخرى، والتي تؤكد زيادة انتشار هذا الاضطراب لدى الذكور عن الإناث، ومن ثم يقرر كل من كرسى وشايبيرو (Crisp & Shapiro, 1993: 46) أن زيادة انتشار هذا الاضطراب تكون في جانب الذكور عن الإناث وبخاصة في سن المراهقة والرشد دون سن الثلاثين.

وفي دراسة هوهاجن وآخرين (Hohagen et al., 1994a) لدى عينة من المسنين، تبين أن ٦٤% من الذكور يعانون من غفوات النوم المفاجئة، وذلك في مقابل ٤٥% من الإناث تعانين من هذا الاضطراب، وفي دراسة جونز وهوكينج (Johns & Hocking, 1997) لدى عينة من العمال أوضحت النتائج أن اضطراب غفوات النوم المفاجئة أثناء النهار ينتشر بنسبة ٤٦% لدى الذكور وبنسبة ٧٣% لدى الإناث، وفي دراسة أحمد عبد الخالق (Abdel - Khalek, 2001) لدى عينة من المراهقين سجلت الإناث تقديرات أعلى بشكل دال من الذكور على بنود المقياس الخاصة بغفوات النوم المفاجئة أثناء مشاهدة التلفزيون، وهكذا تبدو الغلبة في جانب الاتجاه الذي يدعم انتشار هذا الاضطراب لدى الذكور بنسب أعلى من الإناث، وهذا يتعارض مع النتيجة الحالية.

ومع ذلك فإن الباحث يرى هذه النتيجة تبدو منطقية للغاية، ومتسقة تماما مع ما أسفرت عنه الدراسة الحالية من نتائج بخصوص الاضطرابين السابقين، فقد كان الفرق الدال في جانب الإناث في الاضطراب الأول وهو الأرق، بينما كان الفرق الدال في الاضطراب الثاني وهو النوم المفرط في جانب الذكور، ولذلك جاء الفرق بين الذكور والإناث غير دال في اضطراب غفوات النوم المفاجئة كتعادل لكفسي الفرق بينهما في الاضطرابين السابقين، فقد يكون من الطبيعي أن من يعاني أكثر من الأرق ليلا أن يضطر أكثر من غيره بدفء فسيولوجي إلى أن تهاجمه غفوات نوم نهارية أكثر من غيره، وفي الوقت نفسه فإن من يعاني من النوم المفرط ربما يعاني من غفواته النهارية أكثر من غيره أيضا، خاصة وأنه يمكن اعتبار هذا النمط مظهرا من مظاهر النوم المفرط (جمعة يوسف، ٢٠٠٠: ١٥٣).

وعلى ما يبدو أن الشيء نفسه ينطبق على نمط اضطرابات النوم المتمثل في اضطراب مواعيد النوم واليقظة، حيث يتضح من جدول (3) أنه لا يوجد فرق دال بين متوسطي درجات هاتين المجموعتين في هذا الاضطراب، وتتعارض هذه النتيجة مع بعض النتائج الإمبريقية المتأخرة حول انتشار هذا الاضطراب، والتي أوضحت وجود فروق جنسية بين معدلات انتشاره في جانب الذكور غالبا، فسعى دراسة محمود حمودة (Hamouda, 1993) تبين أن اضطراب إيقاع النوم واليقظة ينتشر بنسبة ٢٠% بين الذكور، وبنسبة ١٣% بين الإناث، ومن مرساة سنه عبد النبي (١٩٩٤) تبين أن انتشار هذا الاضطراب بين الجنسين متساو.

تبين أن المستوى المتوسط من هذا الاضطراب ينتشر بنسبة ٥١,٢% بين الذكور، ونسبة ٤٢% بين الإناث. وأن المستوى الشديد منه يوجد بنسبة ٥% بين الذكور، ونسبة ١,٤% بين الإناث. وأما نسبة انتشار المستوى الخفيف من هذا الاضطراب فقد بلغت ٤٦% بين الذكور، و٥٧% بين الإناث.

ومع ذلك فإن النتيجة الحالية رغم تعارضها مع غالبية النتائج السابقة، إلا أن لها ميراها الواقعية التي تحمى أفراد عينتها من الجنسين على حد سواء، حيث يعتقد أن الظروف الدراسية لهؤلاء الأفراد عموماً وما تتطلبه من سفر بعضهم، فضلاً عن عدم انتظام مواعيد الجدول الدراسي اليومي والأسبوعي، وتداخل ذلك مع متطلبات الحياة اليومية الأخرى، والعوامل الاجتماعية والأنشطة الترفيهية وما شابه ذلك، يمكن أن تشكل جميعها أسباباً عديدة مشتركة كذلك التي تكمن وراء سوء تنظيم إيقاع النوم واليقظة (جمعة يوسف، ٢٠٠٠: ١٦٩)، بل يمكن أن يؤدي ذلك إلى عدم انتظام ما يعرف بالساعة البيولوجية لدى أفراد العينة الحالية، وإذا ما حدث ذلك بالفعل فإنه ينطبق على هؤلاء الأفراد جميعهم ما أوضحته البحوث العلمية من أن الذين لا تنظم لديهم الساعة البيولوجية، ولا ينامون في أوقات منتظمة يشعرون بعدم الراحة، كما أنهم أقل شعوراً بالسعادة، وأقل كفاءة في العمل (أمين الشريبي، ١٩٩٤: ١٢-١٣).

وفي الوقت نفسه يؤدي عدم انتظام هذه الساعة إلى أنواع مختلفة من اضطرابات النوم كالأرق والنوم المفرط واضطراب مواعيد النوم واليقظة (جمعة يوسف، ٢٠٠٠: ١٦٩)، وفيما سبق اتضح كيف تبادلت الإناث مع الذكور من أفراد العينة الحالية وجود فرق دال بينهما بالنسبة لكل من الأرق والنوم المفرط، وبشكل أدى إلى عدم وجود فرق دال بينهما في غفوات النوم المفاجئة فئراً، وهما الآن يتساوى إحصائياً مرة أخرى في اضطراب مواعيد النوم واليقظة لتعرضهما لظروف دراسية وحياتية مماثلة أدت إلى سوء تنظيم إيقاع النوم واليقظة، فضلاً عن عدم انتظام الساعة البيولوجية لديهما معاً مما أدى إلى النتيجة الحالية الخاصة بعدم وجود فرق جنسي دال في اضطراب مواعيد النوم واليقظة.

وأما فيما يتعلق باضطراب النوم المرتبط بزملة الاختناق، فيبدو من جدول (٣) وجود فسرق دال عند مستوى ٠,٠٥ بين مجموعتي الذكور والإناث على هذا الاضطراب في جانب الذكور، وهذه النتيجة تتفق مع ما يقرره دافيسون ونيلي (Davison & Neale, 2001: 479) من أن زملة الاختناق الانسدادي أثناء النوم *Obstructive Sleep Apnea Syndrome* يمكن أن تحدث في أي عمر وإن كان الاختناق يكثر لدى الذكور في منتصف العمر، كما تتفق هذه النتيجة أيضاً مع نتائج دراسات انتشارية أوردتها شابيرو وديمينت (Shapiro & Dement, 1993: 4) وأظهرت أن اضطراب الاختناق أثناء النوم ينتشر بنسبة ٤-٨% بين الذكور، ونسبة ٢-٤% بين الإناث، وأما دراسة خالد عبد الغني (١٩٩٨) فقد أوضحت نتائجها أن نسبة حدوث توقف التنفس الخفيف أثناء النوم تزداد لدى الذكور عن الإناث بشكل دال عند مستوى ٠,٠٥، بينما تزداد نسبة حدوث توقف التنفس المتوسط لدى الإناث عن الذكور بشكل دال عند المستوى نفسه، في حين كان الفرق غير دال بين الذكور والإناث في نسبة انتشار توقف التنفس الشديد أثناء النوم.

وهكذا يبدو أن غالبية الأدلة المتاحة تؤيد النتيجة الحالية التي تقضي بحدوث زملة الاختناق أثناء النوم أكثر بين الذكور، ولعل ذلك يرجع إلى ما هو معروف طبيًا من أن الذكور أكثر عرضة لأمراض القلب والتنفس وتصلب الشرايين من الإناث، وأن لذلك علاقة وطيدة بزملة الاختناق أثناء النوم، ففي دراسة ستين وآخرين (Stein et al., 1995) تبين أنه مرضى القلب أكثر معاناة من أعراض الاختناق، وضعف القدرة على التنفس الطبيعي أثناء النوم، وقد يضاف إلى ذلك بعض أسباب اضطرابات النوم المعاصرة، والتي يعتقد أن تكون

(٢٠٠٠: ١٦٦) حول زيادة مشكلات النوم بتعاضى العقاقير المنبهة أو المنكبات كالتهدئة والمشاي والتدخين. وفي دراسة رينولدز (Reynolds, 1984) لدى عينة من الذكور المصابين بزملة اضطراب الاحتياق أثناء النوم تبين أن ٤٠% من المفحوصين يعانون من الاضطرابات الوجدانية أو إدمان الكحول وغيره من الإدمانات والمكيفات الأخرى. وبالتالي يمثل الفرق بين الذكور والإناث في ذلك تفسيراً منطقياً يمكن الاستناد إليه في حدوث النتيجة الحالية التي كشفت عن معاناة أكثر لدى الذكور عن الإناث في نمط اضطراب زملة الاحتياق أثناء النوم.

وفيما يتعلق ببقية اضطرابات النوم المقاسة لدى أفراد عينة الدراسة الحالية والمقارنة بين انتشارها لدى مجموعتي الذكور والإناث من هؤلاء الأفراد، فإنه يبدو من جدول (٣) أن هاتين المجموعتين قد عاودتا تبادل المواقع مرة أخرى في وجود فروق دالة بينهما بخصوص اضطراب الكابوس الليلي وفتح النوم، حيث يتضح وجود فرق دال عند مستوى ٠.٠٥ في جانب الذكور بالنسبة للكابوس الليلي، بينما يتضح فسرق دال عند مستوى ٠.٠١ في جانب الإناث بالنسبة لفتح النوم، وكالعادة تتفق كل من هاتين النتيجةين مع بعض النتائج السابقة وتعارض مع بعضها الآخر، وإن كان التعارض أكثر وروداً وتكراراً من الاتفاق في هذا الاضطراب بالذات، حيث يشير الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية (APA, 1994: 581-584) إلى أن الإناث يذكرون الشكوى من الكابوس أكثر من الذكور، بينما يشيع فتح النوم لدى الذكور أكثر من شيعه لدى الإناث، وإن كانت النسبة تتساوى لدى الجنسين في مرحلة الرشد، ومع ذلك ففي دراسة أحمد عبد الحسانى (Abdel-Khalek: 2001) أظهرت النتائج أن متوسط تقديرات الإناث أعلى بشكل دال منه لدى الجنسين في البنود المعبرة عن كل من: الكوابيس الليلية وفتح النوم لدى عينة من المراهقين الكويتيين.

وعلى ما يبدو أن هذا التباين بين النتائج السابقة من جهة، وبينها وبين النتيجة الحالية من جهة أخرى، ربما يعزى إلى تشابه أعراض هذين الاضطرابين، بل تداخلهما إلى حد كبير، مما دعا بعض الباحثين إلى التعامل معهما كاضطراب واحد تحت مسمى الفزع الليلي والكابوس كما حدث في دراسة خالد عبد الغنى (١٩٩٨)، والتي توصلت نتائجها إلى عدم وجود فروق دالة بين الذكور والإناث في هذا النمط المزوج مما يتعارض أيضاً مع النتيجة الحالية، إلا أن التشابه بين هذين النمطين في اضطرابات النوم لا يقتصر على الأعراض فحسب، بل ينسحب على الأسباب أيضاً، ومنها مثلاً الأسباب العضوية الواحدة تقريباً لكل من الكوابيس الليلية وفتح النوم (حسن عبد المعطى، ٢٠٠١: ١٣٤)، ومن هذا المنطلق المنسل في تشابه الأعراض والأسباب بين هذين الاضطرابين، يمكن اعتبار وجود فروق دالة فيهما بين الذكور والإناث بشكل تبادلي، دليلاً على التساوى بين المجموعتين في الخصلة الإجمالية لهذه النتيجة التي كشفت عن انتشار أكثر نسبياً للكابوس الليلي بين الذكور، بينما كان فرع النوم أكثر شيعاً بين الإناث ضمن عينة الدراسة الحالية من طلاب الدبلوم العامة في التربية بسوهاج.

وأما عن اضطراب المشى أثناء النوم، فإنه يتضح من جدول (٣) وجود فرق دال عند مستوى ٠.٠٥ بين متوسطى درجات مجموعتي الذكور والإناث على هذا الاضطراب في جانب الذكور من أفراد العينة الحالية، وتتفق هذه النتيجة مع ما أوردده بعض الباحثين من أن نسبة من يعانون من المشى أثناء النوم بين الذكور أعلى منها بين الإناث (الكسندر بوربلى، ١٩٩٢: ١٣٨)، وتدعم ذلك دراسة أحمد عبد الحسانى (Abdel-Khalek, 2001) التي تضمنت نتائجها تسجيل الذكور لتقديرات أعلى بشكل دال عن الإناث في بنود المقياس المعبرة عن المشى أثناء النوم، إلا أن هذه النتيجة تتعارض مع ما تجاء في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (APA, 1994: 589) حول الدراسات الانتشائية، إلا أن تامة التوجه تشبه نتائجنا إلى احتمال تزايد النشاطات العنيفة خلال المشى أثناء النوم عند الراشدين، مع تساوى نسبة حدوثه لدى الذكور



والإناث، وينطبق ذلك أيضا على دراسة خالد عبد الغنى (١٩٩٨) التي أشارت نتائجها إلى عدم وجود فروق دالة بين الذكور والإناث في نسب انتشار هذا الاضطراب، وأمام هذا الاتفاق مع النتيجة الحالية تارة، والاختلاف معها تارة أخرى، يمكن أن تعزى هذه النتيجة إلى وجود فجوة أكثر نسيبا للذكور من الإناث في الاعتراف بهذا الاضطراب في حالة وجوده، والذي يعتبره البعض سلوكا مستهجنا، بل ربما دالا على الشذوذ أو الجنون، وقد لاحظ الباحث ذلك بالفعل أثناء تطبيقه لمقياس اضطرابات النوم على طلاب الدبلوم العامة في التربية، حيث يتجسد المعنى السابق بوضوح في المجتمع الأصلي لهؤلاء الطلاب.

وأخيرا يأتي النمط الفرعي التاسع لاضطرابات النوم المقاسة لدى أفراد العينة الحالية، والمسمى باضطرابات أخرى مصاحبة للنوم، فضلا عن الدرجة الكلية لمقياس اضطرابات النوم المستخدم، والمنتملة للنمط الكلي لاضطرابات النوم المقاسة لدى أفراد هذه العينة، وبالنظر في جدول (٣) يتضح عدم وجود فروق دالة بين مجموعتي الذكور والإناث بالنسبة لهذين النمطين كل على حدة، وقد سبق ذكر ست اضطرابات ثانوية مختمة بالنوم يتكون منها نمط اضطرابات أخرى مصاحبة للنوم، وإذا ما روجعت بعض النتائج والمسرح السابقة حول كل من هذه الاضطرابات الفرعية، فرما يتبين أن بعضها يتفق مع النتيجة الحالية لهذا النمط، بينما يتعارض البعض الآخر معها، فنيما يتعلق باضطراب الشخير أظهرت الاستطلاعات أن حوالي ٣١% من الرجال يشخرون في مقابل ١٩% من النساء يشخرون أثناء النوم (حسن عبد المعطى، ٢٠٠١: ١٢١)، بينما يتبين أن حدوث اضطراب صك الأسنان أو احتكاكها أثناء النوم يتزامن كثيرا مع زملة الاختناق أثناء النوم والنشاط المنفرط للحيز العصبي الذاتي، وأنه أكثر حدوثا بين الإناث عن الذكور (Bader et al., 1997: 982). وأما دراسة خالد عبد الغنى (١٩٩٨) لدى عينة من الراشدين فلم تكشف عن فروق دالة بين الذكور والإناث في نمط اضطرابات مصاحبة للنوم بشكل عام.

وهكذا يبدو تأرجح النتائج السابقة بين وجود فرق دال في جانب الذكور مرة، وفي جانب الإناث مرة أخرى، وذلك حسب نوع الاضطراب الثانوي الذي يمثل عنصرا في هذا النمط المركب، وبالتالي فلا غرو أن تكون الخصلة متساوية، ومن ثم كانت هذه النتيجة التي أوضحت عدم وجود فرق دال بين مجموعتي الذكور والإناث في نمط اضطرابات أخرى مصاحبة للنوم، والواقع أن هذا التحليل يمكن أن يفسر أيضا- تلك النتيجة الإجمالية التي كشفت عنها الدراسة الحالية المنتملة في عدم وجود فرق دال بين هاتين المجموعتين على مستوى الدرجة الكلية لمقياس اضطرابات النوم، وعلى الرغم من أن هذه النتيجة الإجمالية تتعارض مع ما هو شائع في التراث النظري والإمبيريقى السابق من أن اضطرابات النوم عموما أكثر انتشارا بين الإناث عنها بين الذكور، فإن هذه النتيجة إنما تعكس محصلة تفاعل العديد من العوامل والظروف والضغوط التي يمكن التسول بأنها تساوت في مجملها، وإن اختلفت في تفصيلاتها، ومن ثم تجانس مجموعتي الذكور والإناث في النمط الكلي، واختلافهما في العديد من الأنماط الفرعية، وبالشكل الذي حقق الأمرين معا بين هاتين المجموعتين من أفراد العينة الحالية من طلاب الدبلوم العامة في التربية بسوهاج.

### نتائج اختبار الفرض الثالث ومناقشتها:

ينص هذا الفرض على الآتي: "توجد فروق دالة بين متوسطات درجات أنماط اضطرابات النوم المقاسة لدى مجموعتي المدن والريف من طلاب الدبلوم العامة في التربية في جانب مجموعة المدن".

ولاختبار مدى صحة هذا الفرض استخدم أسلوب "ت" حساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات أنماط اضطرابات النوم المقاسة لدى مجموعتي المقيمين في المدن والمقيمين في الريف من أفراد العينة الكلية

للدراية الحالية من طلاب الابلوم العامة في التربة بسوهاج، وذلك على مقياس اضطرابات النوم المستخدم وبالطريقة المتبعة في معالجة بيانات الفرض السابق، ويوضح جدول (٤) نتائج ذلك.

وبالنظر في جدول (٤) يتضح وجود فروق بين مجموعتي العينة المقيمين في المدن والمقيمين في الريف. وأن جميع هذه الفروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى لا يقل عن ٠,٠٥ بالنسبة لأنماط اضطرابات النوم الفرعية. فضلا عن الدرجة الكلية للمقياس المستخدم في تحديد هذه الاضطرابات. وذلك باستثناء نمطين فقط لم تصل الفروق عليهما حد الدلالة الإحصائية، وهما: زملة الاختناق، والمشي أثناء النوم؛ كما أن هذه الفروق الدالة تبدو في جانب المقيمين بالمدن. باستثناء نمطين أيضا، وهما: الكابوس الليلي وفرع النوم؛ حيث جاءت الفروق الدالة عليها في جانب المقيمين بالريف؛ وبذلك يمكن القول أن الفرض الثالث من فروض الدراية الحالية، قد تأكدت صحته بشكل عام، مما يعني أن اضطرابات النوم المقاسة تنتشر بنسبة أكبر لدى المقيمين في المدن مقارنة بالمقيمين في الريف من طلبة وطالبات العينة الكلية للدراية الحالية بشكل عام.

#### جدول (٤)

نتائج أسلوب "ت" بين مجموعتي المدن والريف في أنماط اضطرابات النوم

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	المجموعة			
		الريف (ن=٦٤)	الريف (ن=٦٤)	المدن (ن=٧٥)	المدن (ن=٧٥)
		٢٤	٢٤	١٤	١٤
٠,٠٥	٢,٣٧	٣,٣٣	١٩,٤٠	٣,٨٤	٢٠,٨٧
٠,٠١	٢,٩٢	٣,٩٢	١٣,٢٦	٣,٥٢	١٤,٧٢
٠,٠٥	٢,٠٤	٢,٨٥	٩,١٢	٢,٩٥	١٠,١٤
٠,٠١	٣,١٢	٣,٥٩	١٨,٠١	٣,٢٩	١٩,٨٣
غير دال	٠,٥٢	٢,٧٩	٦,١٦	٢,٨٣	٦,٤١
٠,٠٥	٢,٢٥	٣,٦٤	١٣,١٤	٤,٤٦	١١,٥٩
٠,٠٥	٢,٣٩	٢,٢٩	٧,٣٤	٣,٣٥	٦,١٩
غير دال	٠,٣٤	١,٤٤	٣,٦١	١,٧٣	٣,٥٢
٠,٠٥	٢,٢١	٣,٣٢	١٤,١٣	٤,٥١	١٧,٩٧
٠,٠٥	٢,٢٨	١٦,٢٧	١٠,٤١٧	١٩,٥٦	١١١,٢٤

\* قيمة "ت" الدالة عند مستوى ٠,٠٥  $\leq ١,٩٨$ ، وعند مستوى ٠,٠١  $\leq ٢,٦٣$

وإذا ما أخذ في الاعتبار أن المدن والريف يمكن اعتبارهما يمثلان ثقافتين فرعيتين مختلفتين. فإن هذه النتائج العامة تعكس تأثير الاختلاف الثقافي الفرعي في انتشار اضطرابات النوم، والواقع أن المستعرض لما هو متاح من إحصاءات أو تقارير أو نتائج للمسوح والدراسات الإثنائية السابقة حول هذا الموضوع، يمكن أن يلحظ ذلك بوضوح، حيث غالبا ما تتباين نسب انتشار هذه الاضطرابات على المستوى الكلي والفرعي من ثقافية لأخرى، ويكفي التذكير هنا ببعض هذه الأدلة التي توضح تأثير الثقافة الفرعية في ذلك، ومن ثم سبقت الإشارة في المقدمة إلى إحدى الدراسات الأمريكية التي بينت نتائجها أن نسبة انتشار اضطرابات النوم بلغت ٢٥% في ولاية فلوريدا، بينما بلغت هذه النسبة ٤٢% في ولاية لوس أنجلوس (Hamouda, 1993: 4). وفي إحدى الدراسات التي أجريت على عينتين من النرويجيين والروس يعيشان معا في منطقة بلجراد أسفرت نتائجها عن متوسط معدلات انتشار لمشكلات النوم لدى عينة النرويجيين بلغت ٢١% بين الذكور و ٢٥% بين الإناث؛ وأما بين عينة الروس فقد بلغت هذه المعدلات ٨١,٤% بين الذكور و ٧٧,٤% بين الإناث (Nilssen et al., 1997).

وإذا كانت هذه الأدلة تفسر وجود فروق بين مجموعتي الطلاب المقيمين في المدن والمقيمين في الريف من العينة الحالية بشكل عام، إلا أن ذلك لا ينفي وجود هذه الفروق والدلالات الأخرى التي ستناقشها

تفصيلية لأبرز العوامل المميزة لكلا البيئتين، ومحاولة ربطها بذلك، ومن ثم يتضح من جدول (٤) وجود فرق دال عند مستوى ٠.٠٥ على اضطراب الأرق في جانب مجموعة المدن، أى أن المعاناة من الأرق أكثر انتشاراً بين الطلاب المقيمين في المدن عن نظرائهم المقيمين في الريف. ومع الاعتراف بأن هذه النتيجة لا يمكن تفسيرها بعامل واحد، بل الأخرى أنها تعزى إلى عوامل متعددة ومتفاعلة، فإن العوامل البيئية في هذا المقام بالذات قد تكون هي الأكثر تأثيراً، فالنوم عند الأصحاء كثيراً ما يضطرب بسبب أحوال أو ظروف بيئية كتفسير المرور خارج نوافذ غرف النوم، مما يؤدي إلى عدم الراحة أثناء النوم، ففي دراسة مسحية مسيرية اتضح أن ضجيج السيارات والطائرات من أكثر العوامل المسببة لاضطرابات النوم (الكستدر بوريلي، ١٩٩٢: ١٢٦).

ويتفق ذلك مع ما كشفت عنه نتائج دراسة آرون وآخرين (Aaron et al., 1996) من وجود علاقة طردية دالة بين عدد ساعات اليقظة اللاإرادية وشدة الضوضاء، ويؤكد هذا المعنى جمعة يوسف (٢٠٠٠: ١٦٦) عندما يذكر عوامل الضوضاء الخارجية والسفر والأحداث الاجتماعية باعتبارها ضمن أسباب صعوبات النوم العابرة، وأما محمد بيومي (٢٠٠١: ٥٣) فيقرر أن التلوث بأشكاله المختلفة يؤدي إلى الوسواس والضييق مما يكون سبباً في إعاقة آلية النوم، بل قد يؤدي إلى الأرق، وحسبما يرى الباحث الحالي فإن مثل هذه الظروف البيئية تميز الحياة في المدينة أكثر من الحياة في الريف. وبالتالي فلا غرو أن ينتشر الأرق بين المقيمين في المدينة أكثر منه بين المقيمين في الريف، وهو ما كشفت عنه نتيجة الدراسة الحالية الخاصة بهذا الاضطراب.

فيذا ما أضيف إلى ذلك تعقد الحياة في المدينة وزيادة ضغوطها اليومية، فضلاً عن ارتفاع مستوى طموح سكانها، وذلك بالمقارنة إلى الحياة في الريف، وبالتالي فإن تحقيق الذات وإشباع الحاجة إلى الاعتبار الاجتماعي لدى خريجي الجامعات، ربما تتأخر كثيراً في المدن بالمقارنة إلى الريف وبخاصة في التجمع الأصلي لعينة الدراسة الحالية، ويرجح أن ذلك كله ربما أسهم مع الظروف البيئية السابقة، في وجود هذه النتيجة الخاصة باضطراب الأرق، بل انعكست بالمثل على اضطرابات النوم الأخرى المتمثلة في النوم المفرط، وغفوات النوم النهارية المفاجئة، ذلك أن هذين الاضطرابين يمكن اعتبارهما استجابة حيوية قسرية يعرض لهما الفرد لهما ما يعانيه من أرق ليلاً، وهذا ما اتضح بالفعل من خلال المقارنة عليهما بين مجموعتي المدن والريف من طلاب الدبلوم العامة في التربية بسوهاج، حيث يتضح من جدول (٤) وجود فرق دال عند مستوى ٠.٠١ في اضطراب النوم المفرط، وعند مستوى ٠.٠٥ في اضطراب غفوات النوم المفاجئة بين هاتين المجموعتين، وفي الحالتين جاء الفرق في جانب مجموعة المدن، مما يعنى أن انتشار هذين الاضطرابين بين طلاب العينة المقيمين في المدن أكثر منه بشكل جوهري بين نظرائهم المقيمين في الريف.

وبالرجوع إلى هذا الجدول أيضاً، يتضح أن هذا الاتجاه ينسحب على اضطراب مواعيد النوم واليقظة كذلك، حيث يوجد فرق دال عند مستوى ٠.٠١ بين مجموعتي المدن والريف في جانب مجموعة المدن، أى أن هذا الاضطراب أكثر انتشاراً بين الطلاب المقيمين في المدن من نظرائهم المقيمين في الريف، ولعل ذلك راجع إلى أن إيقاع النوم واليقظة أكثر انتظاماً في القرية منه في المدينة، نظراً لارتباط الحياة الرئيسية بأنشطة زراعية وحيوانية وطفوس دينية واجتماعية يلتزم بها غالبية المقيمين في القرية بمواقف محددة سواء حدث ذلك طوعاً أم كرهاً، وهذا ما قد لا يحدث بالمثل في حياة المدينة المليئة بالصخب والإثارة، مما يجعل المقيمين فيها قد ينسون في ساعات اليقظة، ويستيقظون في ساعات النوم، وبخاصة إذا كانوا يعانون من البطالة المهنية، ويعيشون حالة من السأم والملل، كما هو الحال بالنسبة لعينة الدراسة الحالية من طلاب الدبلوم العامة في التربية، ومن ثم كانت هذه النتيجة التي استمرت عن معاناة أكثر من اضطراب مواعيد النوم واليقظة لدى هؤلاء الطلاب المقيمين في المدن مقارنة بزملائهم المقيمين في الريف.

ومع ذلك يتبين من جدول (٤) عدم وجود فروق دالة بين مجموعتي المدن والريف من هؤلاء الطلاب في كل من: زملة الاختناق، والمشى أثناء النوم، مما يعني تساوى معدلات انتشار هذين الاضطرابين إحصائياً بين أفراد هاتين المجموعتين، وإذا ما تم عرض بعض الأسباب الرئيسة لكل من هذين الاضطرابين، ربما أمكن الكشف عن تفسير هذه النتيجة أو العوامل المرتبطة بها، فزملة الاختناق أثناء النوم ربما ترتبط أكثر بعوامل الصحة الجسمية (جمعة يوسف، ٢٠٠٠: ١٧٠-١٧١؛ Davison & Neale, 2001: 479)، وإذا كان الجو الصحي أكثر ارتباطاً بالريف من المدن، فإن الخدمات الصحية والرعاية الصحية أكثر في المدن من الريف، وبالتالي ربما يمكن القول بأن اخصلة متعادلة في الحالتين، ومن ثم كانت النتيجة الحالية التي تساوى فيها انتشار اضطراب زملة الاختناق أثناء النوم لدى مجموعتي العينة المقيمين في المدن والمقيمين في الريف من طلاب الدبلوم العامة في التربية بسوهاج.

كذلك يتبين من جدول (٤) أيضاً، عدم وجود فرق دال بين متوسطى درجات مجموعتي المدن والريف في اضطراب المشى أثناء النوم، ولتفسير ذلك يذكر أن هذا الاضطراب ينظر إليه باعتباره عرضاً لاضطراب عصبي، ومحاولة حل بعض المواقف الصراعية، حيث لا تظهر أعراض الصراع إلا أثناء النوم بصورة رمزية، خاصة تلك التي ترتبط بتخيلات جنسية، وفضلاً عن ذلك يعتبر المشى أثناء النوم أحد أعراض اضطراب الانفصالية (الانشقاقية)، ونظراً للكبت الشديد لصراع معين يعانى منه الفرد تحدث عملية الانفصال بين السبب والأعراض، ونظراً لقوة الخيل الدفاعية اللاشعورية أثناء اليقظة فلا تظهر هذه الأعراض، ولكن أثناء النوم يبدأ المريض في التعبير عن انفعالاته بالمشى، وذلك لضعف القشرة أو النحاء في المخ الذى يسيطر على عملية التفكير اللاشعوري (حسن عبد المعطى، ٢٠٠١: ١٣٦).

وإذا كان الأمر كذلك فإن طلاب الدبلوم العامة في التربية من أفراد العينة الحالية، وبسبب ما يعانونه من احباطات وصراعات بين قيمهم التي تربوا عليها وحاضرهم المفاير، وبخاصة فيما يعانونه من بطالة جنسية، نظراً لكونهم من غير المتزوجين، وفي مرحلة عمرية يعدفق فيها الدافع الجنسي، ولا يمكن إشباعه في مجتمع محافظ إلا لمس استطاع منهم البقاء، وهو أمر يطول انتظاره إلى أن يقضى الله أمراً كان مفعولاً، ويستوى في ذلك أبناء المسدّن والريف على حد سواء، ومن ثم فلا غرو أن تساوى طلاب المدن مع طلاب الريف في انتشار اضطراب المشى أثناء النوم بينهما، مع العلم بأن معدلات انتشار هذا الاضطراب احتلت المرتبة الأخيرة بين أفراد المجموعتين على حد سواء.

ومع ذلك، وعلى غير العادة في غالبية النتائج السابقة لهذا الفرض، فإنه يتضح من جدول (٤) معاناة أكثر نسبة بين طلاب الريف في اضطراب آخرين من اضطرابات النوم المقاسة، وهما الكابوس الليلي وفسزع النوم، حيث يتبين وجود فرق دال عند مستوى ٠,٠٥ بين متوسطى درجات مجموعتي العينة من طلاب المسدّن وطلاب الريف في كل من هذين الاضطرابين في جانب طلاب الريف، ولكن يمكن الوصول إلى أعزاء مناسب هذه النتيجة، ربما يكون من المفيد أولاً عرض بعض ملامح هذين الاضطرابين والعوامل المصاحبة لهما وأسبابهما، وبخاصة ما يرتبط بالجوانب النفسية والاجتماعية والتربوية، ومن ذلك ما يلي:

- يختلف تقييم الكابوس الليلي باختلاف الثقافة، فالبعض ينظر إليه باعتباره من أعمال الأرواح أو ظواهر من وراء الطبيعة، والبعض الآخر ينظر إليه على أنه مؤشراً لاضطراب نفسى أو جسمى (جمعة يوسف، ٢٠٠٠: ١٥٩).

- يشكل عام فإن هذه الأحيال المرعبة يعيشها الفرد أثناء النوم، وتشمل قلهدا حياته أو لشعوره بالأمان أو احترامه لذاته (محمد حمودة، ١٩٩١: ٢٧٠).

- قد تختلف دلالة وأسباب الفزع الليلي بين الثقافات. فالأطفال الأكثر سنا والراشدون يقدمون تفاصيل مجمعة أكثر للحلم أو الصور المرعبة المرتبطة باضطراب الفزع عن الأطفال الأصغر سنا (جمعة يوسف، ٢٠٠٠: ١٦١).

- يكثر حدوث كل من الكوابيس الليلية، ونوبات فزع النوم، مع اضطرابات أخرى، كاضطراب الضغوط التالية للصدمة: (Hartman, 1993: 2; Driver & Shapiro, 1993: 584-585; APA, 1994: 408; Krakow et al., 2000, 20001; Mellman et al, 1995a,b; Ross et al., 1994)

- قص القصص المخيفة أو قراءتها على الطفل أو سماعه لقصة مزعجة، أو حادثة مرعبة، كل ذلك يؤرقه ويجعل نومه مضطربا، والشئ نفسه ينطبق على تخويف الطفل قبل النوم بالأشباح والعمالقة والحوانات، وغيرها (حسن عبد المعطى، ٢٠٠١: ١٣٤-١٣٦).

- في دراسة حالة لشاب عمره ٢٧ سنة يعاني من الفزع الليلي فضلا عن الاكتئاب والقلق والصراعات الجنسية، تركز العلاج فيها حول علاقة الأحلام المرعبة ونوبات فزع النوم لدى المفحوص بمخاوفه من أمه وامكانية انحرافها جنسيا (Baptiste, 1990).

- من وجهة نظر التحليل النفسي، يرجع الكابوس والفزع الليلي إلى الخوف الغريزي في نفس الطفل، كما يعتقد "فرويد" أنما ناتجان عن رؤية الطفل للجماع بين الوالدين، وما يحدثه ذلك من أضرار (سبيء) في نفسيته (حسن عبد المعطى، ٢٠٠١: ١٣٦).

- إن التذليل الزائد الذي يجعل الطفل متعلقا بأمه، يجعل النوم خيرة مؤلمة، كما أن الحرمان من الأم يشعره بالوحدة ويخاف من النوم ويعانق الأرقى والكوابيس،، والشئ نفسه ينطبق على القسوة الزائدة (محمد عودة وكمال مرسى، ١٩٨٦: ٣١٧-٣١٨).

والواقع أن المطع على النقاط السابقة، يمكنه إدراك أن الكوابيس الليلية ونوبات الفزع الليلي تزداد في البيئات الثقافية التي تجعل أصحابها يعانون مزيدا من الصراعات الجنسية، والخرافات السنية تدغم المخاوف الدوهمية، فضلا عن التحديات والمخاطر الحقيقية على الحياة والقيم والأخلاقيات، ومن خلال خبرة الباحث عين كعب، ومعايشته للحياة الثقافية اليومية في كل من المدن والريف، يمكنه أن يقرر بدرجة كبيرة من الثقة، أن هذا الاستنتاج ينطبق أكثر على الحياة في الريف، ولذا يمكن القول أن هذه النتيجة التي كشفت عن زيادة في انتشار الكوابيس الليلية ونوبات فزع النوم لدى طلاب الريف مقارنة بطلاب المدن من أفراد العينة الحالية، إنما كانت انعكاسا طبيعيا للفروق بينهما في درجة شوع هذه العوامل الكائنة وراء هذه الاضطرابات.

وبمع ذلك، يعاود طلاب المدن معاناتهم الزائدة نسبيا من اضطرابات النوم، حيث يتضح من جدول (٤) وجود فرق دال عند مستوى ٠,٠٥ بين مجموعتي المدن والريف، في جانب مجموعة المدن وذلك بالنسبة لكل من نمط اضطرابات أخرى مصاحبة للنوم، والنمط الكلي لاضطرابات النوم المعبر عنه بالدرجة الكلية للمقياس المستخدم، ولما كان نمط اضطرابات مصاحبة للنوم يتكون من ستة اضطرابات فرعية مصاحبة للنوم ومخلبة به كما سبق توضيح ذلك، وأن الدرجة الكلية للمقياس تعبر عن محصلة درجات أنماط اضطرابات النوم التسعة المقاسة، والتي تبين من الفرض السابق أن غالبيتها في جانب مجموعة المقيمين في المدن، فإن ذلك يعنى أن مجموعة المدن من طلاب الدبلوم العامة في التربية بسوهاج أكثر معاناة مقارنة بنظرانهم من طلاب الريف من اضطرابات النوم المقاسة بشكل عام.

هذا يؤكد للمرة الثانية توافر عوامل هذه الاضطرابات لدى طلاب المدن، وبخاصة تلك المرتبطة بالاضغوط النفسية والاجتماعية الراهنة، والافتقار المستقبلي التي تضخمها طبيعة حياتهم الأكثر تعقيدا من حياسة نظرانهم

الرتين بشكل عام، ومن ثم كانت هذه النتائج الفارقة في هذين الاضطرابين خصوصا. وفي اضطرابات النوم المقاسة لدى مجموعتي العينة الخالية من هؤلاء الطلاب عموما.

### نتائج اختبار الفرض الرابع ومناقشتها:

وينص هذا الفرض على: "توجد فروق دالة بين متوسطات درجات أنماط اضطرابات النوم المقاسة لدى فئتي العمر الزمني الأكبر والأصغر من طلاب الدبلوم العامة في التربية في جانب الفئة العمرية الأكبر".

ولاختبار مدى صحة هذا الفرض، فقد تم تقسيم العينة الكلية إلى فئتين عمريتين متساويتين في الحجم، هما: الفئة العمرية الأصغر وتضم ذرى الأعمار التي تزيد عن ٢٠ سنة وحتى ٢٥ سنة ( $20 < E \leq 25$ )، والفئة العمرية الأكبر وتضم ذرى الأعمار التي تزيد عن ٢٥ سنة وحتى ٣٠ سنة ( $25 < E \leq 30$ )، ثم استخدم أسلوب "ت" بالطريقة المتبعة في الفرضين السابقين، وذلك لحساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات هاتين الفئتين على أنماط اضطرابات النوم المقاسة، فضلا عن الدرجة الكليسة للمقياس المستخدم، ويوضح جدول (٥) نتائج ذلك.

جدول (٥)

نتائج أسلوب "ت" بين فئتي العمر الزمني في أنماط اضطرابات النوم المقاسة

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	الفئة العمرية				نمط الاضطراب
		الأصغر (ن=٢٩)	الأصغر (ن=٢٩)	الأكبر (ن=٧٠)	الأكبر (ن=٧٠)	
		٢ع	٢م	١ع	١م	
٠,٠١	٤,٠٧	٣,٤٦	١٨,٨١	٣,٦٤	٢١,٢٩	١- اضطراب الأرق.
٠,٠١	٢,٩٠	٤,١٥	١٣,٤٨	٣,٣٠	١٤,٦٧	٢- اننوم المفرط.
٠,٠١	٣,٦٨	٢,٧٥	٨,٤٥	٣,٠٢	١٠,٢٩	٣- غفوات النوم المفاجئة.
غير دال	٠,٢٤-	٣,٥١	١٨,٢٦	٣,٣٩	١٨,٥٢	٤- اضطراب مواعيد النوم واليقظة.
٠,٠٥	٢,٨٤	٢,٧٨	٥,٨١	٢,٨٩	٧,١٩	٥- زملة الاختناق أثناء النوم.
٠,٠٥	٢,١٧	٣,٥٤	١٢,١٥	٣,١٨	١٣,٤١	٦- الكابوس الليلي.
٠,٠٥	٢,٣٦	٢,٤٧	٧,٦١	٢,٩٨	٨,٧٢	٧- فزع النوم.
٠,٠١	٢,٧٧-	١,٢٦	٣,٨٣	١,٥٦	٢,٦٧	٨- المشى أثناء النوم.
٠,٠٥	٢,٢٤	٣,٧٩	١٥,١١	٣,٤٧	١٦,٣١	٩- اضطرابات أخرى مصاحبة للنوم.
٠,٠١	٢,٩٣	١٧,٥٤	١٠٣,٩١	١٨,٧٩	١١٣,٠٧	١٠- الدرجة الكلية للمقياس.

\* قيمة "ت" الدالة عند مستوى ٠,٠٥  $\leq 1,98$ ، وعند مستوى ٠,٠١  $\leq 2,63$ .

وبالنظر إلى جدول (٥) يتضح وجود فروق دالة عند مستوى لا يقل عن ٠,٠٥ بين فئتي العمر الأكبر والأصغر من أفراد العينة الكلية في جانب فئة العمر الأكبر، وذلك بالنسبة لجميع اضطرابات النوم الفرعية المقاسة، باستثناء نمطين فقط من إجمالي تسعة أنماط فرعية، فضلا عن النمط الكلي لاضرابات النوم المقاسة، وهذين النمطين هما نمط اضطراب مواعيد النوم واليقظة الذي يتبين عدم وجود فرق دال عليه بين الفئتين العمريتين، ونمط المشى أثناء النوم الذي يوجد فرق دال عليه عند مستوى ٠,٠١ في جانب الفئة العمرية الأصغر. وبالتالي يمكن القول أن هذا الفرض الرابع من فروض الدراسة الخالية قد تأكدت صحته إلى حد كبير، حيث ينص على انتشار اضطرابات النوم المقاسة بمعدلات أعلى بشكل دال بين أفراد الفئة العمرية الأكبر عن تلك المعدلات بين أفراد الفئة العمرية الأصغر من طلاب الدبلوم العامة في التربية بسوهاج.

والمواقع أن هذه النتائج تتفق مع ما توصلت إليه العديد من المسوح والدراسات الاستشارية والإرتباطية السابقة في موضوع اضطرابات النوم على المستوى العام والخاص أيضا، فعلى المستوى العام تشير الدراسات المسحية إلى أن اضطرابات النوم تصبح أكثر انتشارا وتكرارا بتقدم العمر (مسنن عبد المعطى، ٢٠٠١:

المنعنى في دراسة جيسلاسون (Gislason, 1987) لدى عينة قوامها ٣٢١٠ فردا من الذكور السويديين الذين تتراوح أعمارهم ما بين ٣٠-٦٩ سنة، وفي دراسة ليندبيرج وآخرون (Lindberg et al., 1997) لدى عينة من الراشدين تتراوح أعمارهم ما بين ٢٠-٤٥ سنة، حيث توصلت نتائج هاتين الدراستين إلى وجود ارتباط دال بين التقدم في العمر والشخير أثناء النوم.

هذا عن اضطرابات النوم المقاسة في الدراسة الحالية، والتي كشفت نتائجها عن وجود فروق دالة في جانب الفئة العمرية الأكبر بالنسبة لهذه الاضطرابات، وأما عن النتائج الاستثنائية، فإن النتيجة الأولى تختلف مع التراث النظرى والإمبيريقى السابق حول هذا الموضوع، حيث يلاحظ أن الضغوط النفسية الاجتماعية أو التغيرات الحادة في مواعيد النوم واليقظة، تسبق حدوث اضطرابات غفوات النوم المفاجئة في نصف الحالات، كما تعد هلاوس النوم *Hopnagogic Hallucination* وشلل النوم *Sleep Paralysis* أعراضا متضاربة لهذه الاضطرابات، مما يعنى تناقضا بين هذه النتيجة ونتائج اضطرابات النوم الأخرى المقاسة سالفه الذكر، ومن ناحية ثانية تكشف بعض المسوح والدراسات الانتشارية عن أن ظاهرة تأخير النوم قد تمتد لعدة سنوات أو عقود ما لم يتم التدخل لعلاجها، وفيما بعد ذلك يحدث الاضطراب في مواعيد النوم واليقظة بشكل متزايد مع تقدم العمر، وأما عن النمط المرتبط بتغير أوقات العمل من هذا الاضطراب، فقد يستمر لفترات أطول ما دام الفرد خاضع لتطبيق جدول المواعيد الخاصة بهذا العمل (APA, 1994: 576).

والواقع أن هذا المعنى الأخير يمكن أن يفسر عدم وجود فرق دال بين فئتي العمر لأفراد العينة الحالية، إذا ما أخذ في الاعتبار أن أفراد هاتين الفئتين يتعرضون معا لظروف دراسية وحياتية مماثلة، والتي ربما يرجع إليها اضطراب مواعيد النوم واليقظة لدى أفراد هذه العينة من طلاب الدبلوم العامة في التربية بسوهاج، وأما عن النتيجة الثانية، وخاصة باضطراب المشي أثناء النوم، فإنما تتفق مع غالبية النتائج الحالية لاضطرابات النوم المقاسة لدى هؤلاء الطلاب من جهة، وفي الوقت نفسه تتفق مع التراث السيكلوجي السابق حول هذا الاضطراب، ومن ثم تشير الإحصاءات على أن المشي أثناء النوم يظهر عند نصف الحالات في سن ما قبل المدرسة، وعند النصف الآخر في الطفولة المتأخرة، ويختفي عادة في المراهقة، حيث ينذر أن تجد طفلا يمشي أثناء النوم بعد سن البلوغ (حسن عبد المعطى، ٢٠٠١: ١٢٠)، غير أن هناك نسبة ضئيلة قد يكون لها مسار متكرر، حيث تعود النوبات في الرشد المبكر بعد سلسلة من النوبات في الطفولة (جمعة يوسف، ٢٠٠٠: ١٦٤)، وفي حالة ظهوره في الراشدين واستمراره، فإنه يصف ضمن الاستجابات الانشقاقية باعتباره تعبيراً عن صراع مكبوت (أحمد عكاشة، ١٩٩٨: ١٩٧).

ومع ذلك فإن هذه الاستثناءات، لا تنفي -على المستويين الكمي والكيفي- معاناة الأفراد الأكبر عمرا من طلاب الدبلوم العامة في التربية من اضطراب نومهم بدرجة أكبر من تلك المعاناة لدى نظرائهم الأصغر سناً، حيث كانت الغالبية العظمى للفروق الدالة في جانب الفئة العمرية الأكبر، وربما يمكن إعزاء ذلك إلى ما يعانيه هؤلاء الطلاب عموماً من إحباطات وضغوط دراسية نفسية واجتماعية واقتصادية بسبق التنبؤ عنها مسرراً، وأن هذه المشاعر السلبية تزداد كلما تقدموا في العمر وبقيت مشكلاتهم الشخصية والزوجية والمهنية دون حل. لهذا يؤدي إلى انخفاض تقديرهم لذواتهم، مع زيادة مشاعر القلق لديهم. الأمر الذي ينعكس بنفس النسبة على اضطرابات النوم لديهم، ومن ثم كانت هذه النتائج التي أكدت صحة الفرض الرابع من فروض الدراسة الحالية لدى أفراد عينة الراشدين تراوحت أعمارهم ما بين ٢٠-٣٠ عاماً، وقد أكملتوا التعليم الجامعي، ولكنهم لم يحققوا بعد أهدافهم الشخصية والمهنية والاجتماعية كما يجب أن يكون.

## نتائج اختبار الفرض الخامس ومناقشتها:

ينص هذا الفرض على الآتي: "توجد فروق دالة بين متوسطات درجات أنماط اضطرابات النوم المقاسة لدى فئتي الذكاء الأكثر والأقل من طلاب الدبلوم العامة في التربية. في جانب الفئة الأكثر ذكاءً".  
ولاختبار مدى صحة هذا الفرض، فقد تم أولاً تقسيم أفراد العينة الكلية من هؤلاء الطلاب إلى فئتين حسب القدرة العقلية، والمعبر عنها بدرجاتهم على مقياس الذكاء العاني إعداد السيد محمد خيرى (١٩٧٩)، وهما: الفئة الأكثر ذكاءً بلغ عددها ٦٢ طالباً وطالبة من الذين حصلوا على درجات تزيد في قيمتها عن ٥١ رتبة مئوية على هذا الاختبار، والفئة الأقل ذكاءً بلغ عددها ٧٧ طالباً وطالبة من الذين حصلوا على درجات تقابل في قيمتها الرتبة المئوية ٥١ فأقل على هذا الاختبار أيضاً، وبعد ذلك استخدم أسلوب "ت" بالطريقة المستخدمة في الفروض الثلاثة السابقة، وذلك لحساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات هاتين الفئتين على كل من الأنماط الفرعية لاضطرابات النوم، فضلاً عن النمط الكلي لهذه الاضطرابات. والمعبر عنه بالدرجة الكلية لمقياس اضطرابات النوم المستخدم في الدراسة الحالية، ويوضح جدول (٦) نتائج ذلك.

### جدول (٦)

نتائج أسلوب "ت" بين فئتي الذكاء في أنماط اضطرابات النوم المقاسة

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	الفئة العقلية				نمط الاضطراب
		الأقل ذكاءً (ن=٧٧)	٢٨	١٤	١٥	
٠,٠١	٤,٢٧	٣,٤٣	١٩,٢١	٣,٥١	٢١,٧٣	١- اضطراب الأرق.
غير دال	٠,٣٥	٣,١٢	١٣,٩١	٣,٦٦	١٤,١١	٢- النوم المفرط.
غير دل	١,١٢	٢,٧٧	٩,٣٦	٣,١١	٩,٩٢	٣- غفوات النوم المفاجئة.
٠,٠١	٤,١٥	٣,٢٥	٢٠,٤٣	٣,٨٤	١٧,٩٦	٤- اضطراب مواعيد النوم واليقظة.
٠,٠١	٣,٥٤	٢,١٣	٥,٤٢	٣,٠١	٦,٩٨	٥- زملة الاختناق أثناء النوم.
٠,٠١	٣,١٦	٣,١٧	١١,٦٥	٤,١٢	١٣,٦١	٦- الكابوس الليلي.
٠,٠١	٣,٠٦	٢,٥٤	٧,٨٦	٣,٤٢	٩,٤٢	٧- فرج النوم.
٠,٠١	٤,٤٢	١,٢٩	٣,٨٧	١,٧٧	٢,٧٢	٨- المشى أثناء النوم.
٠,٠٥	٢,٥٢	٤,١٦	١٥,٤٢	٤,١٢	١٧,٢١	٩- اضطرابات أخرى مصاحبة للنوم.
٠,٠٥	٢,٠٦	١٧,٨٤	١٠٧,١٦	١٩,١٤	١١٣,٦٦	١٠- الدرجة الكلية للمقياس.

\* قيمة "ت" الدالة عند مستوى ٠,٠٥ ك ١,٩٨، وعند مستوى ٠,٠١ ك ٢,٦٣

وبالنظر في جدول (٦) يتبين أن هناك فروق دالة بين فئتي العينة الأكثر ذكاءً والأقل ذكاءً في جانب الفئة الأكثر ذكاءً من أفراد العينة الكلية، وذلك باستثناء أربعة أنماط من أصل تسعة أنماط فرعية، فضلاً عن النمط الكلي لاضطرابات النوم المقاسة، الأمر الذي يمكن معه القول بأن الفرض الخامس من فروض الدراسة الحالية قد تحقق بشكل عام، حيث يقضى هذا الفرض بوجود فروق دالة في اضطرابات النوم المقاسة بين هاتين الفئتين في جانب الفئة الأكثر ذكاءً، بمعنى معاناة أفراد هذه الفئة من هذه الاضطرابات بدرجة أكبر من معاناة نظرائهم الأقل ذكاءً، وقبل مناقشة هذه النتائج كقاعدة عامة، ربما يكون من الواجب التنويه عن الاستثناءات الأربعة التي شذت عن هذه القاعدة، والمتصلة - كما يتضح من جدول (٦) - في الآتي:

- عدم وجود فروق دالة بين فئتي العينة الأكثر ذكاءً والأقل ذكاءً في كل من اضطرابي النوم المفرط، وغفوات النوم المفاجئة.
- وجود فروق دالة بين هاتين الفئتين عند مستوى ٠,٠١ في جانب فئة الأقل ذكاءً بالنسبة لكل من اضطرابي مواعيد النوم واليقظة، والمشى أثناء النوم.



والواقع أن الاستثناءين الأخرين لا يتسقان مع كون الفئة الأكثر ذكاءً أكثر معاناة من الأرق مقارنة بالفئة الأقل ذكاءً، حيث يستدعي الأمر في أغلب الأحيان أن يكون الأكثر أرقاً في نومه ليلاً، أكثر ميلاً للإفراط في النوم أو تعرضاً لغفوات النوم المفاجئة نهاراً، وذلك لتعويض ما لم يتم تداركه فيسولوجياً من قلة النوم ليلاً، وبالتالي فلا بد من وجود عوامل أخرى أسهمت في ظهور ما لم يكن متوقعا، ومن ثم قد تتضمن بعض هذه العوامل ما يصف به الطلاب الأكثر ذكاءً من كونهم أكثر انبهاً وإثارة بالمقارنة إلى نظرائهم الأقل ذكاءً، وبالتالي ربما عوضت هذه الزيادة في الانتباه والإثارة نهاراً قلة نومهم ليلاً، مما أدى إلى تجانس هاتين الفئتين العقليتين في معاناة أفرادهما من كل من النوم المفرط، وغفوات النوم المفاجئة.

وأما عن الاستثناءين الآخرين، حيث يبدو أحدهما في معاناة أفراد الفئة الأكثر ذكاءً بشكل أقل من اضطراب مواعيد النوم واليقظة مقارنة بأفراد العينة الأقل ذكاءً، فقد يجد هذا الاستثناء ما يفسره فيما توصلت إليه بعض الدراسات الرائدة في مجال التفوق العقلي، من أن هذا التفوق - سواء حدد في ضوء مستويات الذكاء أو مستويات التحصيل الأكاديمي - يرتبط بصفات معينة، نعلم من أهمها: التصميم، المثابرة، الاعتماد على النفس، الاكتفاء الذاتي، الثبات الانفعالي، القدرة على إنشاء العلاقات السليمة، والتكيف الاجتماعي بصفة عامة (عبد السلام عبد المغفار، ١٩٧٧: ١١٨)، وإذا كان الأمر كذلك فإن الأكثر ذكاءً إنما يتصفون أكثر من غيرهم بالتخطيط والتنظيم، والجدولة واحترام المواعيد، ومن ثم كان أفراد العينة الأكثر ذكاءً أقل تأثراً باضطراب مواعيد النوم واليقظة مقارنة بزملائهم الأقل ذكاءً مع تعرض الفريقين لظروف دراسية واجتماعية مشابهة، وذات علاقة مباشرة بالعمل على سوء تنظيم هذه المواعيد.

وأما الاستثناء الآخر فيتمثل في وجود فرق دال بين هاتين الفئتين بالنسبة لاضطراب المشي أثناء النوم في جانب الفئة الأقل ذكاءً، وبما يعنى أن الفئة الأكثر ذكاءً أقل عرضة بشكل نسبي للمعاناة من هذا الاضطراب، فإنه يمكن مناقشته في ضوء ما سبق الإشارة إليه من أن حدوث هذا الاضطراب نادر الشيوع بين الراشدين. وفي حالة ظهوره واستمراره بينهم، فإنه يصف ضمن الاستجابات الانشاقاقية باعتباره تعبيراً عن صراع مكبوت (أحمد عكاشة، ١٩٩٨: ١٩٧)، والواقع أن من تصدر عنه هذه الاستجابات يكون مصاباً بالمستربيا كمرض عصبي، وأن شخصيته قبل المرض تشبه شخصية الأطفال، بحيث لو تأملت سلوك الشخص المستربى لوجدته "سلوك طفل كبير"، وأن من أبرز سمات هذه الشخصية عدم النضج الانفعالي (حامد زهران، ١٩٩٧: ٤٩٨-٤٩٩).

وهذا قد يقل حدوته نسبياً لدى الأذكاء طبقاً لنتائج الدراسات الرائدة في مجال التفوق العقلي، والتي تشير إلى أن تلك الفئة من الطلاب يتميزون عن العاديين بالنضج المبكر في جميع جوانب الشخصية (السماذوي، ١٩٩٠: ٧٢٩)، كما يشير الباحثون في ميدان الصحة النفسية والعلاج النفسي، إلى أن المستربيا أكثر شيوعاً بين الأشخاص ذوي الذكاء المتوسط أو دون المتوسط (حامد زهران، ١٩٩٧: ٤٩٨)، وبالتالي عكست هذه النتيجة نضجاً شخصياً أكثر نسبياً لدى طلاب الفئة العقلية الأكثر ذكاءً مقارنة بطلاب الفئة العقلية الأقل ذكاءً، فكانوا أقل معاناة من اضطراب المشي أثناء النوم، والمعبر في جوهره عن استجابة انفعالية لشخصية غير ناضجة في مواجهتها للضعف النفسية والاجتماعية، واسلوبها في التعبير عن الصراعات المكبوتة.

هذا عن الاستثناءات في نتائج الفرض الحالي، وأما عن القاعدة العامة التي تضمنت معاناة إجمالية أكبر من اضطرابات النوم المقاسة بين أفراد الفئة الأكثر ذكاءً مقارنة بأفراد الفئة الأقل ذكاءً، فإنه بالإمكان مناقشتها - أيضاً - في ضوء نتائج الدراسات التي أجراها الرواد الأوائل في مجال التفوق العقلي، أمثال *Terman* و *Hollingsworth* وغيرهما، والتي أشارت إلى أنه بالرغم من أن الصفات الجسدية المميزة والتفرد العقلية المبتدعة لبعض هذه الفئة تساعد على ألا تكون أكثر قدرة في الكفاح والاحتياط من نظرائهم الذين هم

بشيء من الذكاء، فإن كثيرا من هؤلاء الطلاب تقابلهم مشكلات معقدة خلال مواقف الحياة (عبد السلام عبد الغفار، ١٩٧٧: ٨٦-١١٨). بل يوجد بين المتفوقين عقليا من يمتلك إمكانات عقلية كاملة. ولكنهم لا يحاولون تحقيقها، أو لا يمتلكون ذلك، ويواجهون صعوبات متعددة أثناء تكيفهم الاجتماعي. كما يعانون من الضغوط الخطية بهم، والتي تؤثر في مستوى إنجازهم (السيد السامودي، ١٩٩٠: ٧٣٩).

والواقع أن هذه المعاني تنطبق على طلاب الفئة الأكثر ذكاء من أفراد العينة الحالية، فهم بالفعل يعانون مشكلات معقدة في حياتهم، كما أنه لا تتاح أمامهم الفرص المناسبة لتحقيق إمكاناتهم واستغلالها كما يجب أن يكون، مما قد يجعلهم أكثر إحباطا من غيرهم، بل ربما يؤدي ذلك إلى انخفاض مماثل في تقدير الذات لديهم، الأمر الذي يضاعف من هبوطهم الشخصية والمهنية والاجتماعية، ويعكس بدرجة مماثلة على اضطرابات النوم لديهم. حيث تبين بعض الدراسات وجود علاقة ارتباطية دالة بين بعض هذه الاضطرابات وانخفاض تقدير الذات (Cohen, et al., 1992)، ومن جهة أخرى، يتبين من البحث أن ما قد يكون مثيرا للضغط لدى أحد الأفراد قد لا يكون صحيحا لدى فرد آخر، فقد يكون الأول الذي يتعرض للضغط لديه قابلية في تكويته الشخصي، وفي طريقة إدراكه للأمور والظروف الخطية؛ مما يجعل أي ظرف منها قابل لإفارة الضغوط لديه، بينما الآخر ليس لديه مثل هذه القابلية الشخصية، بل ربما عنده من المقاومة ما يجعله لا يتعرض لهذا الضغط الذي تعرض له الفرد الأول (عبد الرحمن الطرطيري، ١٩٩٤: ٤٥).

وفي مجال الحديث عن أسباب الاضطرابات النفسية عموما، يلحظ أن الأسباب التي تؤدي إلى اختيار فرد ما قد تؤدي هي نفسها إلى صقل شخصية فرد آخر (حامد زهران، ١٩٩٧: ١٠٨)، والفرق في الحالتين هو فرق في درجة القابلية لتحمل أو الاقتراب على حد سواء، ويضاف إلى ذلك الكيفية التي يتعامل بها الفرد بالظروف والمتغيرات الخطية به، فدور العقل والكيفية التي يتعامل بها مع المواقف تنعكس على ردود الفعل. وكذا الآثار المترتبة فيما بعد (سميرة أبو غزالة، ١٩٩٩: ١٢٧)، وفي هذا المعنى يرى أصحاب علم النفس العقلي أو المعرفي، أمثال أليس Ellis وبيك Beck، أن ردود الفعل الانفعالية ما هي إلا نتاج الكيفية التي يتم بها الضغط، ومن خلال إدراك الواقع والتعامل معه (عبد الرحمن الطرطيري، ١٩٩٤: ١٣).

ومن المعتقد أن الأكثر ذكاء سيكونون أكثر معاناة من هذه الردود الانفعالية، وبخاصة إذا ما كانت ضمن ظروف مماثلة لتلك التي يعانها طلاب الدبلوم العامة في التربية من أفراد العينة الحالية، فهم أكثر قلقا على وجودهم ومستقبلهم، وأكثر حزنا واكتئابا على ماضيهم، وجهودهم السابقة التي يبدو أنهم أنفاس قد ذهبت سدى، كما أنهم قد يكونون أكثر غضبا من مجتمعهم الذي لا يقدر تفوقهم وإمكاناتهم العقلية. وإذا كان الأمر كذلك، فمن المتوقع أن تنعكس هذه الانفعالات السالبة على زيادة اضطرابات النوم لديهم، وقد أكدت نتائج العديد من الدراسات الامبيريقية السابقة على العلاقة الارتباطية القوية والموجبة بين هذه الاضطرابات من جهة، وبين العديد من الاضطرابات الانفعالية من جهة أخرى (مثلا: أحمد عبد الخالق ومايسة النبال، ١٩٩٢؛ إبراهيم على ومايسة النبال، ١٩٩٣؛ Nilssen et al., 1997; Lindberg et al., 1997; Brabbins et al., 1993; Krakow et al., 2000, 2001; Ghorayeb et al., 2002).

وعلى أية حال، فإن الأسباب العقلية الإدراكية تشكل في مجملها مصدرا من مصادر الضغط النفسي، الذي يعكس بدوره في أشكال عديدة من الاضطرابات الأخرى التي يعاني منها الواقع عليه هذا الضغط، سواء حدث ذلك في نموه أو يقظته أو اللتين معا، ذلك أن تصور الفرد لتقديرته وقواعيته الذاتية تؤثر على الكيفية التي يتعامل بها مع المثيرات التي يتعرض لها، وبخاصة المواقف المتضاربة منها (سميرة أبو غزالة، ١٩٩٩: ١٣١). فإذا شعر الفرد أن لديه القدرة على التحكم في الموقف المتضارب المتعاكس عليه، فإن تمسكها أو تقاربها والتعامل

يخفص شعوره بالضغوط النفسية، وأما إذا شعر الفرد بانتعاسة إزاء الموقف الضاغط وعدم القدرة للتغلب عليه، فإنه لا يقاومه جيدا، ويزداد شعوره بالضغوط (السيد السمادوني، ١٩٩٠: ٧٣٠). فضلا عن ذلك فإن حضور الفرد لعدده قدرته على التحكم في الموقف لا يحدث إثارة للضغط فقط. بل إنه يجعل الحالة العقلية جسديا الفرد في وضع غير مستقر (عبد الرحمن الطرطري، ١٩٩٤: ٦٨).

وعلى النقيض مما هو متوقع لدى البعض، فإن نتيجة ذلك قد لا تكون على الدوام- في صالح المتفوقين عقليا أو الأكثر ذكاء مقارنة بالعاديين أو الأقل ذكاء. ففيما يتعلق بطبيعة الشخصية من حيث القابلية للتأثر بالضغوط، يعتقد الباحث الحالي أن شخصية المتفوقين عقليا أو الأكثر ذكاء أقرب إلى ما يعرف بنمط الشخصية (A) Type (A)، منها إلى نمط الشخصية (B) Type (B)، وعلى وجه الخصوص فإن الاختلافات في الشخصية بين هذين النمطين تشكل عاملا يمكن التنبؤ من خلاله بصحة الفرد النفسية ومدى تعرضه للضغط من عنده، أو قوة مستوى الضغط وضعفه، وبخاصة أثرها على علاقات التوتر- الانفعال (أحمد عبد الخالق، ٢٠٠٢: ٢٦٢-٢٦٣).

وهذا مما يتسبب في بروز بعض ملامح التوتر على الأفراد ذوي النمط (A)، وعدم وضوحها على نظرائهم ذوي النمط (B)، وذلك عائد لقدرة الشخص ذي النمط (A) على التصدي للظروف الخطية ومحاولة مواجهتها (عبد الرحمن الطرطري، ١٩٩٤: ٣٤-٣٥)، وبالطبع فإنه إذا ما وجدت ظروف بيئية قاسية تحول دون استغلال هذه القدرة، وإحباط تلك المحاولة، فإن معاناة ذوي النمط (A) وتواترهم ستضاعف مرارا، وذلك إلى الحد الذي يبدو في صورة اضطرابات نفسية متعددة لديهم، بما في ذلك اضطرابات النوم، وغنى عن الدليل أن مثل هذه الظروف تحيط بأغلب طلاب الجامعات وخريجياتها في مصر الآن، الأمر الذي يجسد هذه الفروق وعراقبها السلبية من ذوي هذين النمطين للشخصية، وهذا ما أوضحته دراسة حمام الدين عزب وشادية عبد الخالق (٢٠٠٣) لدى عينة من طالبات وطلبة الجامعة، والتي أسفرت نتائجها عن وجود فروق دالة بين أفراد النمط السلوكي للشخصية (A)، وأفراد النمط السلوكي للشخصية (B)، وذلك فيما يتعلق بمعاناة أفراد النمطين من اضطرابات النوم المقاسة: كالأرق، الفزع الليلي، النوم المقطع، الكوابيس، وغيرها، وكانت الفروق في جانب أفراد النمط (A).

وإذا كان الأمر كذلك، فإن ما سبق يوحى بأن لدى المتفوقين عقليا أو الأكثر ذكاء، من الخصائص الشخصية مما جعلهم أقل معاناة من العاديين أو الأقل ذكاء من أفراد العينة الحالية في اضطرابات معينة للنوم، مثل اضطراب مواعيد النوم واليقظة، واضطراب المشي أثناء النوم، وفي الوقت نفسه لديهم من هذه الخصائص أيضا مما جعلهم أكثر عرضة للتوتر والضغوط البيئية الخطية بهم، والتفاعل معها بشكل جعلهم أكثر معاناة من بقية اضطرابات النوم الأخرى المقاسة، الأمر الذي أسهم في بروز هذه النتائج الفارقة بشكل عام، والتي جاءت في جانب فئة الطلاب الأكثر ذكاء، ومن جهة أخرى يفهم مما سبق أيضا، أن هناك عدد من العوامل الشخصية الأخرى التي تمثل دورا محوريا في تفاعل الفرد مع الضغوط، وأن أحد هذه العوامل يتمثل في إدراك الفرد للتحكم أو التغلب على هذه الضغوط، وعلى ما يبدو من التراث النظري والابصيري السابق أن هذا العامل ربما تكون سلبياته أكثر من إيجابياته بالنسبة للأفراد الأكثر ذكاء.

وتأكيدا لما أسفرت عنه الدراسات الرائدة في مجال التفوق العقلي ذاته، يشير بعض الباحثين إلى أنه بالرغم من أن الذكاء المرتفع هؤلاء الطلاب يعطيهم قوة تصبر تساعد على حل مشكلاتهم، إلا أن إحسانهم العميق غالبا ما يكون هو السبب الذي يجعلهم يواجهون مشكلات لا يقابلها العاديون (السيد السمادوني، ١٩٩٠: ٧٣١). وفي دراستهما لأبعاد الحياة المدرسية والضغوط المرتبطة لدى الصغار، يذهب كبل من دي (D'Arment & Timmon 1991) إلى أن نسبة كبيرة من التفوقات المرتبطة بالذكاء

يتميز بها الأذكيا عن العاديين، فأنهم يتأثرون بدرجة مرتفعة أيضا بالضغط التي تنشأ من البيئة الخطرة بهم. وتكون نتيجة عجزهم عن مقاومة تلك الضغوط، احتمال تعرضهم للخطر، وظهور بعض المشكلات الانفعالية والاضطرابات الحسية، وفضلا عن ذلك أجرى كل من: كارنر وأولير - سينت (Karnes & Oehlor, 1986) دراسة لتعرف على أحداث الحياة الضاغطة لدى عينة من الطلاب المراهقين المتفوقين عقليا، وتوصل الباحثان إلى تشابه نتائج دراستهما مع نتائج الدراسات السابقة في هذا المجال، وقد عزى ذلك إلى أن الأكثر ذكاء أو المتفوقين عقليا أكثر حساسية لأحداث الحياة الضاغطة مقارنة بالأقل ذكاء أو العاديين.

وبالتالي فلا غرو أن جاءت نتائج الدراسة الحالية مشيرة إلى انتشار اضطرابات النوم عموما بين طلاب الفئة العقلية الأكثر ذكاء بمعدلات أكبر بشكل دال مقارنة بمعدلات انتشارها بين طلاب الفئة العقلية الأقل ذكاء، ومع الأخذ في الاعتبار الاستثناءات سالفة الذكر، والتي بدورها لا تنفي القاعدة العامة التي كشفت عنها تلك النتائج، مما يوجب الاهتمام بفئة الأذكيا من الطلاب، والرعى بمخاطرة عدم استغلال قدراتهم، ووضع التيود أمام طموحاتهم، حيث لا يترتب على ذلك فقط إهدار الطاقات النامية والخلقة لدى أفراد هذه الفئة، وبالذات في مرحلة الشباب، بل يتعدى ذلك إلى معاناة أفراد هذه الفئة من اضطرابات انفعالية متنوعة تسبب أثناء يقظتهم ونومهم على حد سواء.

### نتائج اختبار الفرض السادس ومناقشتها:

وينص هذا الفرض على الآتي: "توجد علاقات ارتباطية موجبة وذالة إحصائيا بين درجات أنماط اضطرابات النوم وأبعاد الشخصية المقاسة لدى أفراد العينة الكلية من طلاب الدبلوم العامة في التربية".

ولاختيار مدى صحة هذا الفرض، استخدمت طريقة بيرسون *Pearson*، أو ما يسمى بمعامل الارتباط بطريقة العزوم *Product Moment Correlation* بين الدرجات الخام لمعشرين (محمود منسى، ١٩٩٤: ١٥٠-١٥٥)، وذلك لتحديد قيم العلاقات وطبيعتها ومستوى دلالتها الإحصائية بين أنماط اضطرابات النوم وأبعاد الشخصية المقاسة لدى أفراد العينة الكلية من طلاب الدبلوم العامة في التربية، وبالتالي حسب معاملات الارتباط، بهذه الطريقة، بين درجات هؤلاء الأفراد على مقياس اضطرابات النوم من إعداد الباحث، واستخبار أيزنك للشخصية (صورة الراشدين) من إعداد صلاح الدين أبو ناهية (١٩٨٩)، ويوضح جدول (٧) نتائج ذلك:

#### جدول (٧)

نتائج معاملات ارتباط "بيرسون" بين اضطرابات النوم وأبعاد الشخصية لدى أفراد العينة الكلية (ن=١٣٩)

اضطرابات النوم	الانسياط	العصبية	الذهائية	الكتب
١- اضطراب الأرق.	٠,٠٥١	**٠,٤٩٢	*٠,١٩٤	**٠,٣٧١
٢- النوم المفرط.	٠,١٣٢	*٠,١٩٣	**٠,٢٩٢	٠,١١٤
٣- غفوات النوم المفاجئة.	**٠,٣٨١	**٠,٢٣٢	*٠,١٠٣	٠,٠٩٢
٤- اضطراب مواعيد النوم وانقطة.	**٠,٢٥٧	*٠,١٤٢	*٠,٢١٩	٠,٠٨٣
٥- زملة الاختناق أثناء النوم.	٠,١٠٦-	**٠,٣٢١	**٠,٢٨٣	*٠,١٩٦-
٦- الكابوس الليلي.	٠,٠٩٧-	**٠,٢٧٢	**٠,٣٨٩	**٠,٢٩٤
٧- فرغ النوم.	٠,١١٢-	**٠,٢٨٣	*٠,٢١٤	*٠,١٨١
٨- المشي أثناء النوم.	٠,٠٩٩-	**٠,٣٩٢	٠,٠٩٧	٠,١٠٢-
٩- اضطرابات الحرق مصحبة للنوم.	*٠,١٨٥	**٠,٢٨٥	**٠,٢٨٥	٠,٠٦٤
١٠- الدرجة الكلية للمقياس.	٠,٠١٧-	**٠,٤١١	*٠,٢١٩	*٠,١٩٣

دالة عند مستوى ٠,٠٥ > ٠,١٧٤ دالة عند مستوى ٠,٠١ > ٠,٢٢٨

وبالنظر في جدول (٧) يتضح وجود العديد من الارتباطات المرجحة والدالة عند مستوى لا يقل عن ٠,٠٥. وبشكل يمكن معه القول بأن الفرض السادس والأخير من فروض الدراسة الحالية قد تحقق بصفة عامة إلى حد كبير لدى أفراد العينة الكلية من طلاب الدبلوم العامة في التربية بسوهاج، فنيما يحتضن بالعلاقات بين بعد الانبساط واضطرابات النوم، يتضح وجود ارتباطات دالة وفارقة بين هذا البعد عند مستوى ٠,٠١ وبين نمطين فقط من أنماط اضطرابات النوم، هما: غفوات النوم المفاجئة، واضطراب مواعيد النوم واليقظة، فضلا عن وجود ارتباط موجب ودال عند مستوى ٠,٠٥ بين هذا البعد ونمط اضطرابات أخرى مصاحبة للنوم، بينما لم تصل بقية الارتباطات إلى الحد الأدنى لمستوى الدلالة الإحصائية بين بعد الانبساط وبقية أنماط اضطرابات النوم الفرعية والكلية المقاسة، وهذه النتيجة تتعارض مع ما توصلت إليه نتائج دراسة خالد عبد الغنى (١٩٩٨) التي أوضحت عدم وجود أية علاقات دالة بين الانبساطية واضطرابات النوم المقاسة لدى عينة الراشدين والمرشحات.

ومع ذلك يمكن مناقشتها في ضوء خصائص الشخص المنبسط الخالص باعتبارها واقعا على قطب الانبساط المقابل لقطب الانطواء في بعد الانبساط- الانطواء، حيث يمكن القول بصفة عامة أن المنبسط الخالص لا يسيطر على انفعالاته بدقة، ولا يعتمد عليه أحيانا، وأما المنطوي الخالص فإنه يأخذ بشئون الحياة اليومية بالخدمية المناسبة، ويعطى أهمية كبيرة للمعايير الأخلاقية، ويأجيز يذهب "إيزنك" إلى أن الهوتبدو لها السيادة لدى المنبسطين، والأنا الأعلى لدى المنطويين (جابر عبد الحميد، ١٩٨٦: ٣٣٢-٣٣٤)، والواقع أن التمعن في هذه الاختلافات وغيرها، يمكن أن يخلص إلى أن الفرد الذي يحصل على درجات مرتفعة على بعد الانبساط- الانطواء، يتميز بكثرة النشاط، ولكن مع عشوائيته وعدم مراعاته للواقع في كثير من الأحيان، ومع ذلك تهيئ شخص أقرب إلى التناؤل منه إلى التناؤم، ولعل كثرة نشاطه غير المنظم، كان وراء ارتباط بعد الانبساط بغفوات النوم المفاجئة التي تواجه كرد فعل حيوي طبيعي لكثرة النشاط، وأيضاً وراء ارتباط هذا البعد باضطراب مواعيد النوم واليقظة كاستجابة متوقعة لمن يسلك دون أسلوب منهجي يراعى فيه الدقة في الوقت، ويشعر فيه باحترام الذات والآخرين معا.

وفي الوقت نفسه يبدو من الوصف السابق أيضا أن ميل الشخص الانبساطي إلى التناؤل وبغده عن التناؤم يجعله يمتأى إلى حد كبير عن التأثير بالهموم والضغوط التي تحيط به، وانخفاض تفاعله معها بشكل يقل كثيرا عن غير تحت نفس الظروف، وهذا ما تؤكدته نتائج إحدى الدراسات التي أجريت على عينة من طلاب الجامعة، حيث أوضحت أن المشائمين كانوا أطول في مدة الإصابة بالأمراض المعدية كالزكام- مثلا- بالإضافة إلى وضوح مؤشرات ومسببات الضغط النفسي لديهم، وأما المغائلون من هؤلاء الطلاب فقد كانوا الأقل عرضة للمرض، كما كانوا الأقل عرضة للضغط النفسي أيضا (عبد الرحمن الطرطري، ١٩٩٤: ٣٧)، وإذا كانت الضغوط النفسية يمكن أن يعبر عنها في صورة اضطرابات النوم، فلا عرو أن لا يعان الشخص المنبسط من هذه الاضطرابات كالأخرين، لكون شخصيته لا تكثر من كثر بالهموم، ولا تمأ كغيرها بالضغوط بالدرجة نفسها، ومن ثم كانت هذه النتيجة التي لم تربط بين درجات أفراد العينة على بعد الانبساط ودرجاتهم على غالبية أنماط اضطرابات النوم الفرعية المقاسة (٦ من ٩)، فضلا عن النمط الكلي لهذه الاضطرابات جميعها.

وأن ما وجد من ارتباطات دالة فيما يتعلق بغفوات النوم المفاجئة، واضطراب مواعيد النوم واليقظة، كذلك استثناء هذه القاعد، والذي يعد في الوقت نفسه بمثابة ردود حيوية متوقعة إلى حد كبير، وعلى ما يبدو أن الأمر نفسه ينطبق على الاستثناء الأخير المتمثل في نمط اضطرابات أخرى مصاحبة للنوم. ذلك أن بعض عناصره، ربما أحيانا عن هدوء بال أو نود صحي ينعم به الفرد المنبسط بمخاضه السابقة. ومن ذلك الشخص الذي غالبا ما يتلازم حدوثه أثناء فترة النوم من النوع البطيء أو العميق الخالي من حركات النوم السريعة (VREM)،

كما أن حدوثه على فترات متباعدة يعد من الأمور الطبيعية، وعلامة على الاسترخاء العضلي للجسم (عبد المنعم الخفي، ١٩٩٢: ١٣٤١)، ومن ذلك أيضا الشعور بعدم الارتياح البدني، والصداع أثناء النوم أو عند الاستيقاظ، وقد بينت دراسة لكشتين وآخرين (Lichstein et al., 1997) ارتفاع شدة التعب لدى من يعانون من اضطرابات النوم عموما، مع وجود ارتباطات دالة بين التعب وكل من: الاكتئاب والحالة الصحية والتدخين.

وفي هذا السياق يذكر جابر عبد الحميد (١٩٨٦: ٣٣٣) "أن الانبساطين يدخون أكثر من المنطويين ويفضلون السجائر، كما يفضلون الصور الأكثر ألوانا وإشراقا، ويميلون إلى التركيز على التفاصيل عندما يواجهون مواقف جديدة، ويحاطرون بدرجة أكبر ويقامرون في ظروف الخسارة أكثر من المنطويين، ويرتبطون بالنمط الدموي والصفراوي عند أبقراط"، وإذا كان الأمر كذلك فإن هذه الخصائص تعد إضافة أخرى في شخصية المنبسط، تجعله أبعد من غيره عن المعاناة من الاكتئاب، ولكنه أقرب إلى التدهور الصحي والإفراط في التدخين، الأمر الذي يسهم في ارتباط شخصيته بأنماط اضطرابات النوم المستتاة في النتيجة الحالية عموما، وتعد اضطرابات أخرى مصاحبة للنوم خصوصا، وهكذا يمكن إعزاء ما أسفرت عنه هذه النتيجة إلى الخصائص الشخصية التي تميز ذوي الدرجات المرتفعة على هذا البعد ثنائي القطب (الانبساط- الانطواء).

وأما فيما يتعلق بالعلاقات الارتباطية التي كشفت عنها الدراسة الحالية بين بعد الكذب (الجاذبية الاجتماعية) وأنماط اضطرابات النوم المقاسة لدى أفراد العينة الكلية من طلاب الدبلوسوم العامة في التربية بسوهاج، فإنه يتضح من جدول (٧) وجود ارتباط دال عند مستوى ٠,٠١ بين بعد الكذب وبين كسل من اضطراب الأرق، والكابوس الليلي، ووجود ارتباط دال عند مستوى ٠,٠٥ بين هذا البعد وبين أنماط اضطرابات النوم الآتية: زملة الاختناق أثناء النوم، فرغ النوم، والنمط الكلي أو الدرجة الكلية لقياس اضطرابات النوم، وفي الوقت نفسه عدم وجود ارتباطات دالة بين بعد الكذب وبقية أنماط اضطرابات النوم الفرعية المقاسة لدى هؤلاء الطلاب، والواقع أن هذه النتيجة يمكن مناقشتها أيضا في ضوء المعنى السيكولوجي لسمة الكذب عموما، ومن وجهة نظر "أيزنك" واستخارده المستخدم خصوصا، حيث يقيس الكذب عاملا مستقرا وثابتا في الشخصية هو الجاذبية أو المرغوبة الاجتماعية (صلاح الدين أبو ناهية، ١٩٨٩: ١٣).

وبالتالي يبدو ميل المفحوص - الذي يتصف بمهذبة السمة - للرياء والتضع والاتجاه لتزييف الإجابة وإخفاء الحقيقة، وذلك في محاولة منه للظهور بمظهر مقبول اجتماعيا معبرا عن جوهر المفحوص وحقيقته الذاتية، ولكن المشكلة تبدو عندما يكون هناك تباين واضح بين المظهر الاجتماعي والجوهر الذاتي، حيث يعاني الفرد عندئذ من زيادة الضغط أو الحمل النفسي لكونه يبدي ما لا يبطن، ويخفي ما لا يظهر، فضلا عن خشية من أن يفتضح أمره فتظهر حقيقته أمام الناس، فيصاب بالقلق العصبي، والذي يتضمن صعوبة الدخول في النوم بسبب الأرق كعرض أساسي من أعراض هذا الاضطراب (ممتاز عبد الوهاب، ٢٠٠١: ١٥)، بل يعاني تمديدا مستمرا لاعتباره الاجتماعي واحترامه لنفسه، وهذا يدعم معاناته من القلق أيضا، والذي يمكن اعتباره انفعالا مركبا من الخوف وتوقع التهديد والخطر (حامد زهران، ١٩٧٧: ٤٨٤)، ومن ثم زيادة المعاناة من الأرق كعرض أساسي لتشخيص القلق العصبي أو العام.

بل يمكن أن تعكس هذه الزيادة في الحمل النفسي على جودة النوم ليدي، إذا ما هدأ غضبه بعد أرق طويل. وتظهر في صورة اضطرابات أخرى للنوم كنبوات الفرغ والكوابيس الليلية، بل ربما المعاناة من اضطرابات التنفس أو الاختناق أثناء النوم، ولا غرو في ذلك، فالكابوس هو خيرة حلم يحمل بالقلق والخوف، ولذا استرجاعه وتذكره في الحلم لها عكاشة (١٩٩٨: ٥١٥). وأن هذا الأخير يرتبط بالقلق

واضطرابات النوم باعتبارها استجابات عصبية فعلية كنتاج للتفاعل بين ضغوط نفسية ومواقف عصبية يتعرض لها أفراد العينة الحالية، وبين مواقفهم المتقدمة التي أحرزوها على بعد العصائية، وتحتل اعتبار المكتسبات الأولى لتفاعل بمثابة عوامل معجلة، والثاني بمثابة عوامل استعدادية أو مهينة لظهور هذه الاضطرابات لديهم.

ولكن يجب ألا يحتفظ مثل هذا التمييز أو الاستعداد مع الأفيار العصائي الفعلي، فمن الممكن أن يكون لدى شخص ما درجة مرتفعة من العصائية، ومع ذلك فإنه يقوم بوظائفه بكفاءة في مجالات العمل والجنس والأسرة والجمع (أحمد عبد الخالق، ٢٠٠٢: ٧٢)، بل أن السلوك العام للمريض العصائي نفسد يظل في حدود العادي، أو أن تكون غرائبه معقولة لأنه يساير المعايير الاجتماعية، كما يحافظ المريض على مظهره العام ويهتم بنفسه وبيئته (حامد زهران، ١٩٩٧: ٤٨١)، ومع ذلك فالعصابيون أقل قدرة على الرؤية في الظلام من الأسوياء، وحين تعصب عيونهم لحجب الرؤية يتأرجحون إلى الأمام أكثر، ويكون مسترعى حافزهم أعلى مقارنة بالأسوياء (جابر عبد الحميد، ١٩٨٦: ٣٣٥).

والواقع أن مثل هذه الخصائص تعد سلاحا ذو حدين، ففي من جهة تزيد من حلبيهم النفسي مما يجعل يتفجر استعدادهم العصائية لتعب عن نفسها في صورة اضطرابات انفعالية مرضية، ومنها اضطرابات النوم بانطباع، ومن جهة أخرى تجعلهم مرتبطين بالواقع الاجتماعي، وتحقيق هدف يتم عن طموح مرتفع، ولعل الأمر الأول أسهم بدور كبير في وضوح ارتباطات بعد العصائية باضطرابات النوم كقاعدة عامة لدى أفراد العينة الحالية من طلاب الدبلوم العامة في التربية بسوهاج، بينما أسهم الأمر الثاني في وجود الاستياء الوحيد المشثل في عدم وجود ارتباط دال بين هذا البعد واضطراب مواعيد النوم واليقظة لدى هؤلاء الطلاب، حيث أن ارتباطهم بالواقع وطموحهم المرتفع، وسعيهم لاحترامهم لذواتهم ورغم كل المنغصات الأخرى، قد تدخل لجعلهم أكثر حرصا لتنظيم أوقاتهم ومواعيدهم، وبالتالي كانت هذه النتائج الارتباطية في عموميتها الغالبة، وخصوصيتها الاستثنائية لدى هؤلاء الطلاب.

وهكذا يبدو - بشكل عام - أن نتائج هذا الفرض قد جاءت متسقة إلى حد كبير مع السترات النظرية والاميريقى في هذا المجال، مما جعل مناقشتها ثرية وبمسورة إلى حد ما، حيث احتل بعد العصائية المرتبة الأولى في علاقته الارتباطية الدالة مع اضطرابات النوم المقاسة، وتلى ذلك بعد الذهانية ثم بعد الكذب أو الجاذبية الاجتماعية، وجاء في المرتبة الأخيرة بعد الانبساط، وبهذا المعنى تعكس هذه النتائج أهمية العوامل الاستعدادية في الإصابة باضطرابات النوم بشكل عام، وفي الوقت نفسه فإن وجود اختلافات كمية وكيفية في ارتباطات أبعاد الشخصية مع بعض اضطرابات النوم، إنما يؤكد كون هذه الأبعاد تمثل سمات أساسية تعكس عوامل أولية مستقلة في الشخصية، وفي الوقت نفسه فإن وجود اتفاقات كمية وكيفية أيضا في ارتباطات هذه الأبعاد مع البعض الآخر من اضطرابات النوم، إنما يعكس وحدة الشخصية في أبعادها البنائي والوظيفي والدينامي، وبالتالي فإن ما تتمتع به هذه الأبعاد من استقلالية هو أمر نسبي وليس مطلق، كما أن ما كشفت عنه نتائج هذا الفرض من ارتباطات دالة بين أبعاد الشخصية واضطرابات النوم المقاسة، لا يعنى مطلقا الحكم على طلاب الدبلوم العامة في التربية بسوهاج بأنهم البساطين أو عصائين أو ذهائين أو حتى كذابين يميلون إلى الترييف الاجتماعي.

فمن المعروف أن أبعاد الشخصية المقاسة هنا تعبر جميعها عن عوامل ثنائية القطب، وأن كل فرد له درجة بين القطبين تعبر عن موقعه على هذا البعد، التي تقربه أو تبعده عن أي منهما، مع الأخذ في الاعتبار أنه لا يوجد من تقع درجته عند أي من القطبين تماما، وأن العلاقة بين هذه الأبعاد واضطرابات النوم علاقة تفاعلية تبادلية تكاليفا يمكن أن يؤثر في الآخر ويتأثر به، وبقدر نتيجة التفاعل بين هذا التأثير والتأثر المتبادل تكون درجته المستقرية يتغير من حالة إلى حالة، وهذا لا يتعارض مع الفرضيات السابقة في التحصيل

بل غالباً ما تكون هذه العلاقة راجعة إلى متغيرات أخرى وسيطة أو بينية، وهي لدى أفراد العينة من هؤلاء الطلاب، تنضال فيما يعانون هؤلاء الأفراد من ضغوط شخصية ودراسية ومهنية واجتماعية، والتي أسهمت بالإضافة إلى كونها عوامل وسيطة، في القيام بدور العوامل المعجلة أو المرسة التي فجرت العوامل الاستعدادية، فظهرت في صورة اضطرابات عصابية عديدة لديهم، ومنها اضطرابات النوم، وهذا المعنى يجب ألا يغيب عن ذهن من يقيم النتائج الانتشارية أو الفارقة أو الارتباطية للدراسة الحالية بشكل عام.

## قائمة المراجع

### أولاً: المراجع العربية:

- ١- إبراهيم على إبراهيم، ومايسة أحمد النبال (١٩٩٣). "مشكلات النوم وعلاقتها ببعض الاضطرابات الانفعالية: دراسة أمريقية لدى عينة من طالبات جامعة قطر". مجلة مركز البحوث التربوية بجامعة قطر. السنة الثانية. العدد الرابع. ص ٧٧-١٠٢.
- ٢- أحمد عكاشة (١٩٩٨). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٣- أحمد محمد عبد الخالق (١٩٨٣). الأبعاد الأساسية للشخصية. ط ٢. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- ٤- أحمد محمد عبد الخالق (٢٠٠٢). قياس الشخصية. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- ٥- أحمد محمد عبد الخالق، عويدات سلطان المشعان، وعدنان عبد الكريم الشطي (١٩٩٥). "موضوعات التفكير قبل النوم لدى عينة من طلاب الجامعة". مجلة العلوم الاجتماعية (تصدر عن مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت). المجلد الثالث والعشرون: العدد الثاني. ص ٦٢-٨٧.
- ٦- أحمد محمد عبد الخالق، ومايسة أحمد النبال (١٩٩٢). "اضطرابات النوم وعلاقتها بكل من الاكتئاب والقلق والوسواس". بحوث المؤتمر الثامن لعلم النفس في مصر. العدد الأول. القاهرة: الجمعية المصرية للدراسات النفسية، ص ٥١-٧٢.
- ٧- السيد إبراهيم السمدوني (١٩٩٥). "إدراك المتفوقين عقلياً للضغوط والاحترق النفسي في الفصل المدرسي وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية والبيئية". بحوث المؤتمر السنوي السادس لعلم النفس في مصر. الجزء الثاني. القاهرة: الجمعية المصرية للدراسات النفسية، ٢٢-٢٤ يناير. ص ٧٢٩-٧٦١.
- ٨- السيد أبو شديع (١٩٩٣). أسس علم النفس التسيولوجي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٩- الكسندر بوربلي (١٩٩٢). أسرار النوم. ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة. الكويت: سلسلة عالم المعرفة، العدد ١٦٣.
- ١٠- أيمن الشرييني (١٩٩٤). الأرق وهم له علاج. القاهرة: مكتبة ابن سينا.
- ١١- جابر عبد الحميد جابر (١٩٨٦). نظريات الشخصية (البناء، الديناميات، النمو، طرق البحث والتقييم). القاهرة: دار النهضة العربية.
- ١٢- جمعة سيد يوسف (٢٠٠٠). الاضطرابات السلوكية وعلاجها. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- ١٣- حامد عبد السلام زهران (١٩٩٧). الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة: عالم الكتب.
- ١٤- حسام الدين عزب، وشادية أحمد عبد الخالق (٢٠٠٣). "اضطرابات النوم وعلاقتها باللمط السلوكي للشخصية لدى عينة من طلاب الجامعة". المؤتمر السنوي التاسع عشر لعلم النفس في مصر. ندوة المآثر، ومختصات الأبحاث القاهرة: الجمعية المصرية للدراسات النفسية، ٢٧-٢٩ يناير. ص ٥١-٥١.



- ١٥ - حسان شمسى باشا (١٩٩٣). النوم والأرق والأحلام بين الطب والقرآن. جدة: دار المنارة للنشر والتوزيع.
- ١٦ - حسن مصطفى عبد المعطى (٢٠٠١). الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة. القاهرة: دار القاهرة.
- ١٧ - خالد محمد عبد العنى (١٩٩٨). "أنماط اضطرابات النوم لدى الراشدين والمسنين وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية: دراسة مقارنة بين الذكور والإناث". رسالة ماجستير، غير منشورة. كلية الآداب بينها- جامعة الزقازيق.
- ١٨ - سمية عنى جعفر أبو غزالة (١٩٩٩). "الضغوط النفسية وعلاقتها بكل من: الذكاء، تأكيد الذات، وبعض السمات المرتبطة". مجلة كلية التربية بجامعة عين شمس. العدد الثالث والعشرون. الجزء الثالث. ص ص ١٢٧-١٥٩.
- ١٩ - صلاح الدين محمد أبو ناهية (١٩٨٩). استخراج أيزنك للشخصية (صورة الراشدين). كراسة التعليمات. القاهرة: دار النهضة العربية.
- ٢٠ - طارق أسعد عبده، وألفت حسن فيمى كحلة (٢٠٠١). مقياس اضطرابات النوم. القاهرة: مكتبة الأجلو المصرية.
- ٢١ - عبد الرحمن سليمان الطرطيرى (١٩٩٤). الضغط النفسى (مفهومه، تشخيصه، طرق علاجه ومقاومته). الرياض: مكتبة الصفحات الذهبية.
- ٢٢ - عبد الستار إبراهيم، ورضوى إبراهيم (١٩٩٦). "الحضارة والعلاج النفسى: خبرة سلوكية في إطار عربي". مجلة العلوم الاجتماعية (تصدر عن مجلس النشر العلمى بجامعة الكويت). المجلد الرابع والعشرون. العدد الثالث. ص ص ٨١-٩٩.
- ٢٣ - عبد السلام عبد الغفار (١٩٩٧). التفوق العقلى والابتكار. القاهرة: دار النهضة العربية.
- ٢٤ - عبد المنعم الخفنى (١٩٩٢). موسوعة علم النفس والطب النفسى. القاهرة: مكتبة مدبولى.
- ٢٥ - على كمال (١٩٨٩). أبواب العقل المرصدة (باب النوم وباب الأحلام). بيروت: دار الجيل.
- ٢٦ - محمد عودة محمد، وكمال إبراهيم مرسى (١٩٨٦). الصحة النفسية في ضوء علم النفس والإسلام. الكويت: دار القلم.
- ٢٧ - محمد فتحي فرج بيومى (٢٠٠١). "النوم: آية من آيات الله في خلقه". منبر الإسلام. السنة الثانية والستون. العدد الخامس. ص ص ٥٠-٥٤.
- ٢٨ - محمود عبد الحليم منسى (١٩٩٤). القياس والإحصاء النفسى والتربوى. القاهرة: دار المعارف.
- ٢٩ - محمود عبد الرحمن حودة (١٩٩٠). النفس (أسرارها وأمراضها). القاهرة: مكتبة الفجالة.
- ٣٠ - محمود عبد الرحمن حودة (١٩٩١). الطب النفسى (الطفولة والمراهقة والمشكلات النفسية والعلاج). القاهرة: مكتبة الفجالة.
- ٣١ - ممتاز عبد الرهاب (٢٠٠١). القلق والاكتئاب: بداية المعاناة من المرض النفسى. كتاب اهللال الطبي، يصدر عن مؤسسة دار اهللال بالقاهرة. العدد الخامس.

### ثانياً: المراجع الأجنبية:

- 1- Aaron, J.N. Carlisle, C.C.; Carskadon, M.A.; Meyer, T.J.; Hill, N.S., & Millman, R.P. (1996). "Environmental Noise as A Cause of Sleep Disruption in An Intermediate Respiratory Car Unit". Sleep: Journal of Sleep & Sleep Disorders Research., 19 (9), pp. 707-710.
- 2- Abdel-Khalek, A. M. (2001). "Epidemiologic Study of Sleep Disorders in Egyptian Adolescents". Perceptual & Motor Skills., 20 (2), pp. 901-910.

- 3- Alaster, J.; Schemesh, Z.; Oman, M. & Attias, J. (1993). "Sleep Disturbances in Chronic Tinnitus". *Biological Psychiatry*, 34 (1-2), pp. 84-90.
- 4- APA "American Psychiatric Association" (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- 5- Bader, G.G.; Kample, T.; Tagdae, T.; Karlsson, S. & Bolquist, M. (1997). "Descriptive Physiological Data on a Sleep Bruxism Population". *Sleep: Journal of Sleep & Sleep Disorders Research*, 20 (11), pp. 982-990.
- 6- Baptiste, D. (1990). "Night Terrors as a Defense against Feeling of Homosexual Panic: A Case Report". *Journal of Gay, Lesbian and Psychotherapy*, 13 (1), pp. 121-131.
- 7- Berrtini, W. H. (1988). "Paranoid Psychosis and Sleep Apnea Syndrome". *American Journal of Psychiatry*, 137 (4), pp. 493-494.
- 8- Bootzin, R. & Acocella, J. (1984). *Abnormal psychology*. New York: Random House.
- 9- Brabbins, C. J.; Dewey, M. E.; Copeland, J.R. & Davidson, I.A. (1993). "Insomnia in Elderly: Pervalece, Gender Differences and Relation with Mortality". *International of Geriatric Psychiatry*, 8 (6), pp. 473-480.
- 10- Crisp, A. H & Shapiro, C.M. (1993). "Psychiatric Aspects of Sleep Disorders and Sleep Patterns". In C.M. Shapiro (Ed.). *ABC of Sleep Disorders*. London: Publishing Group Tavistock Square, pp. 45-47.
- 11- D'aurora, D. L. & Fimian, M. J. (1988). "Dimensions of Life and School: Stress Experienced by Young People". *Psychology in the School*, 25 (1), pp. 44-53.
- 12- Davison, C. G. & Neale, J. M. (2001). *Abnormal Psychology*. Wiley International Edition. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- 13- Douglas, N. J. (1993). "The Sleep Apnea/ Hypopnea Syndrome and Snoring". In C.M. Shapiro (Ed.). *ABC of Sleep Disorders*. London: Group Tavistock Square, pp. 18-20.
- 14- Driver, H. S. & Shapiro, C.M (1993). "Parasomnias". In C.M. Shapiro (Ed.). *ABC of Sleep Disorder*. London: Publishing Group Tavistock Square, pp. 26-28.
- 15- Dworetzky, J. (1985). *Psychology*. New York: West Publishing Company.
- 16- Ghorayeb, I.; Yekhlief, F.; Chrysostome, V.; Balestre, E.; Bioulac, B. & Tison, F. (2002) "Sleep Disorders and Their Determinants in Multiple System Atrophy". *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 72 (6), pp. 698-800.
- 17- Gislason, T. (1987). "Prevalence of Sleep Complaints among Swedish Men: An Epidemiological Study". In J.H. Peter; T. Podszus & P. Vonwichert (Eds.). *Sleep Related Disorders and Internal Diseases*. New York: Springer-Verlage & Berlin Heidelberg, pp. 192-198.
- 18- Guillemineault, C. & Roth, T. (1993). "Hypersomnia" in M.A. Carskadon (Ed.). *Encyclopedia of Sleep and Dreaming*. New York: Macmillan Publishing Co. pp. 287-288.

- 19- Guyton, A. G. (1991). *Textbook of Medical Physiology*. Philadelphia: W.B. Saunders Co.
- 20- Hamouda, M. A. (1993). "Sleep Disorders Patterns and Risk Factor in Sample of Non-Psychiatric Egyptian Population". *Al -Azher Medical Journal*, 22, pp. 13-26.
- 21- Happe, S.; Schroedl, B.; Fallt, M.; Mueller, C.; Auff, E. & Zeithofer, J. (2001). "Sleep Disorders and Depression in Patients with Parkinson's Disease". *Acta Neurologica Scandinavica*, 104 (5), pp. 275-280.
- 22- Hartman, E. (1993). "Nightmares". In M.A. Carskadon (Ed.). *Encyclopedia of Sleep and Dreaming*. New York: Macmillan Publishing Co. pp. 406-408.
- 23- Hohagen, F.; Kappler, C. & Schramm, E. (1994a). "Prevalence of Insomnia in Elderly General Practice Attenders and The Current Treatment Modalities", *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 90 (1), pp. 102-108.
- 24- Hohagen, F.; Kappler, C.; Schramm, E. & Riemann, D. (1994b). "Sleep Onset Insomnia with Morning Awakening: Temporal Stability of Subtypes in A Longitudinal Study on General Practice Attenders". *Sleep: Journal of Sleep & Sleep Disorders Research*, 17 (6), pp. 551-554.
- 25- Huseby, R. & Lingjaerd, M. (1990). "Prevalence of Reported Sleep Illness in Northern Norway in Related to Sex, Age, and Season". *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 81(4), pp. 542-547.
- 26- Johns, M. & Hocking, B. (1997). "Daytime Sleepiness and Sleep Habits of Australian Workers". *Sleep: Journal of Sleep & Sleep Disorders Research*, 20 (10), pp. 844-849.
- 27- Karie, W. & Binder, J. (1994). "Sleep Treatment". In R.J. Corsini (Ed.). *Encyclopedia of Psychology*. New York: John Wiley & Sons Inc., pp. 417-419.
- 28- Karnes, F. A. & Oehler-Stinnett, J.J. (1986). "Life Events as Stressors with Gifted Adolescents". *Psychology in the School*, 23 (3), pp. 406-414.
- 29- Krakow, B.; Artar, A.; Warner, T.D.; Melendrez, D.; Johnston, L.; Hollifield, M.; Germain, A. & Koss, M. (2000). "Sleep Disorders, Depression and Suicidality in Female Sexual Assault Survivors". *Crisis: Journal of Crisis Intervention & Suicide*, 21 (4), pp. 163-170.
- 30- Krakow, B.; Germain, A.; Warner, T.D.; Schrader, R.; Koss, M.; Hollifield, M.; Tandberg, D.; Melendrez, D. & Johnston, L. (2001). "The Relationship of Sleep Quality and Posttraumatic Stress to Potential Sleep Disorders in Sexual Assault Survivors with Nightmares, Insomnia, and PTSD". *Journal of Traumatic Stress*, 14 (4), pp. 647-665.
- 31- Lichstein, K.L.; Means, M.K.; Nole, S.L. & Aguillard, R.N. (1997). "Fatigue and Sleep Disorders". *Behavior Research and Therapy*, 35 (8), pp. 733-740.
- 32- Lindberg, E.; Janson, C.; Gislason, T.; Bjornsson, E.; Hetta, J. & Boman, C. (1997). "Sleep Disturbances in An Adult Population Can Gender Differences Be Explained by Differences in

- Psychological Status". *Sleep: Journal of Sleep & Sleep Disorders Research.*, 19 (9), pp. 707-710.
- 33- Mahowald, M.W. (1993b). "Sleep Walking". In M.A. Carskadon (Ed.), *Encyclopedia of Sleep and Dreaming*. New York: Macmillan Publishing Co. pp. 578-579.
- 34- Mellman, T.A.; Bell, R. K.; Ashlock, L.E. & Nolan, B. (1995a). "Sleep Events among Veterans with Combat Related Posttraumatic Stress Disorder". *American Journal of Psychiatry.*, 152 (1), pp. 110-115.
- 35- Mellman, T. A.; David, D.; Bell, R.K.; Hebding, J. & Nolan, B. (1995b). "Sleep Disturbance and Its Relationship to Psychiatric Morbidity after Hurricane Andrew". *American Journal of Psychiatry.*, 152 (11), pp. 1659-1663.
- 36- Mikulincer, M.; Babkoff, H.; Caspy, T. & Sing, H. (1989). "The Effects of 72 Hours of Sleep Loss on Psychological Variables". *British Journal of Psychology.*, 80 (2), pp. 145-164.
- 37- Muratoria, A. (1984). "Sleep Disorders in Neuropsychiatric Children". *Research Communications in Psychology.*, 9 (2), pp. 285-306.
- 38- Nilssen, O.; Lipton, R.; Hoyer, G.; Boik, E. & Tkatchev, A. (1997). "Sleep Problems at 78 Degrees North: The Savalbard Study". *Acta Psychiatrica Scandinavia.*, 95 (1), pp. 44-48.
- 39- Ohayon, M.M.; Caulat, M.I.; Priest, R. G. & Guilleminault, C. (1997a). "DSM-IV and ICSD-10 Insomnia Symptoms and Sleep Dissatisfaction". *British Journal of Psychiatry.*, 171 (10), pp. 382-388.
- 40- Ohayon, M.M.; Morseelli, P.L. & Guilleminault, C. (1997c). "Prevalence of Nightmares and their Relationship to Psychopathology and Daytime Function in Insomnia Subjects". *Sleep: Journal of Sleep & Sleep Disorders Research.*, 20 (5), pp. 340-348.
- 41- Ohayon, M.M. & Roberts, R. E. (2001). "Comparability of Sleep Disorders Diagnosis Using DSM-IV and ICSD Classifications with Adolescents". *Sleep: Journal of Sleep & Sleep Disorders Research*, 24 (8), pp. 920-925.
- 42- Pailhous, E.; Benoit, O.; Goldenberg, F. & Bouard, G. (1988). "Psychological Profile and Sleep Organization in Young Subjects with Poor Quality of Sleep". *Psychiatry Research.*, 45 (2), pp. 287-290.
- 43- Pavia, T.; Martins, P.; Batista, A. & Esperanca, P. (1994). "Sleep Disturbances in Chronic Headache Patients Comparison with Healthy Controls". *Headache Quarterly.*, 5 (2), pp. 135-141.
- 44- Reynolds, C.F. (1984). "Depressive Psychopathology in Male Sleep Apneas". *Journal of Clinical Psychiatry.*, 45 (2), pp. 287-290.
- 45- Rosenthal, L. D. (1993). "Narcolepsy" In M.A. Carskadon (Ed.). *Encyclopedia of Sleep and Dreaming*. New York: Macmillan Publishing Co. pp. 395-396.
- 46- Ross, R. J.; Bell, W.A.; Dinges, D.F.; Kribbs, N.B.; Morrison, A.R.; Sliver, S.M.; Mulvaney, F.D. (1994). "Rapid Eye Movement Sleep Disturbance in Posttraumatic Stress Disorders". *Biological Psychiatry.*, 35 (2), pp. 195-202.

- 47- Schramm, E.; Høhagen, F.; Kapler, C.; Grasshoff, U. & Berger, M. (1995). "Mental Comorbidity of Chronic Insomnia in General Practice Attenders Using DSM-II-R". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 19 (1), pp. 10-17.
- 48- Shapiro, C. M. & Dement, W. C. (1993). "Impact and Epidemiology of Sleep Disorders". In C.M. Shapiro (Ed.). *ABC of Sleep Disorders*. London: Publishing Group Square, pp. 1-4.
- 49- Simonds, J. & Parraga, H. (1984). "Sleep Behaviors and Disorders in Children and Adolescents Evaluated at Psychiatric Clinics". *Journal of Development and Behavioral Pediatrics*, 5 (1), pp. 6-10
- 50- Stein, M.B.; Miller, T.W.; Larson, D.K. & Kryger, M.H. (1995). Irregular Breathing during Sleep in Patients with Panic Disorder". *American Journal of Psychiatry*, 152 (8), pp. 1168-1175.
- 51- Stepanski, E. Koshorek, G. & Zorick, F. (1989). "Characteristics of Individuals Who do not Seek Treatment for Chronic Insomnia". *Psychosomatics*, 30 (3), pp. 421-427.
- 52- Stores, G. (1991). "Confusions Concerning Sleep Disorders and the Epilepsia in Children and Adolescents". *British Journal of Psychiatry*, 158 (1), pp. 1-7.
- 53- Tarek, A. (1995). "Polysomnographic Finding in-patient with Obsessive-Compulsive Disorder". *Egyptian Neuropsychiatry & Neurosurgery*, 32 (1), pp. 109-111.
- 64- WHO "World Health Organization" (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders, Clinical Descriptions, and Diagnostic Guide Lines*. Geneva: World Health Press.