

الخصائص السيكومترية لمقياس "بيرجن" للأرق لدى كبار السن بدولة الكويت

أ.د. / أحمد كمال البهناوي
أستاذ ورئيس قسم علم النفس
كلية الآداب - جامعة أسيوط

أ.د. / م. ساره حمدي نجيب التلاوي
أستاذ علم النفس الإكلينيكي المساعد
كلية الآداب - جامعة أسيوط

أ/ سليمان عبد الكريم حسن محمد
باحث ماجستير بقسم علم النفس - كلية الآداب - جامعة أسيوط

مستخلص:

هدف البحث إلى معرفة الخصائص السيكومترية لمقياس "بيرجن" للأرق لدى كبار السن بدولة الكويت، وتكونت عينة البحث من (١٠٠) مفردة من كبار السن الذكور بدولة الكويت، تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (٦١ - ٦٦) عامًا بمتوسط عمري قدره (٦٤,١٢) عامًا وانحرف معياري قدره (٠,٩٥) عامًا، واستخدم بالبحث مقياس "بيرجن" للأرق ترجمة الباحثين، وأظهرت النتائج أن مقياس "بيرجن" للأرق لدى كبار السن بدولة الكويت له خصائص سيكومترية جيدة، حيث أظهرت نتائج التحليل العملي التوكيدي أن المقياس يتكون من عاملين لنفس البنود كما في المقياس الأصلي، وهما: الأعراض الليلية ويشمل بنود المقياس من (١ - ٣) والأعراض النهارية ويشمل بنود المقياس من (٤ - ٦)، كما بلغ معامل الفا كرونباخ للأبعاد والدرجة الكلية للمقياس (٠,٧٨٩، ٠,٨٣٢، ٠,٧٨٩)، وايضًا بلغ معامل ارتباط التجزئة النصفية للأبعاد والدرجة الكلية (٠,٥١٥، ٠,٦٩٥، ٠,٦١٠)، وسبيرمان- براون للأبعاد والدرجة الكلية (٠,٩٨٠، ٠,٨٢٠، ٠,٧٥٨)، وجتمان للأبعاد والدرجة الكلية (٠,٧٨٩، ٠,٨٣٢، ٠,٧٣٠)، كما تراوح معامل الارتباط بين البنود والدرجة الكلية ما بين (٠,٧١٥ - ٠,٨٦٢) كما بلغت معاملات الارتباط بين بنود البعد الأول بالدرجة الكلية للبعد وارتباط البعد بالدرجة الكلية للمقياس ما يلي على التوالي: (٠,٧٥٥، ٠,٨٦٣، ٠,٨٢٤، ٠,٨٢٤)، وايضًا بلغت معاملات الارتباط بين بنود البعد الثاني بالدرجة الكلية للبعد وارتباط البعد بالدرجة الكلية للمقياس ما يلي على التوالي: (٠,٧٦٩، ٠,٧١٢، ٠,٧٨٤، ٠,٧٩٢).

الكلمات المفتاحية: الأرق، كبار السن.

الخصائص السيكومترية لمقياس "بيرجن" للأرق لدى كبار السن بدولة الكويت

أ.د. /م. ساره حمدي نجيب التلاوي
أستاذ ورئيس قسم علم النفس
كلية الآداب - جامعة أسيوط

أ.د. / أحمد كمال البهنساوي
أستاذ علم النفس
كلية الآداب - جامعة أسيوط

أ/ سليمان عبد الكريم حسن محمد

باحث ماجستير بقسم علم النفس - كلية الآداب-جامعة أسيوط

مقدمة:

يُعد النوم حاجة ضرورية للإنسان كالأحتياجات الأولية مثل الطعام والماء والهواء، وهو رحمة من رب العالمين، ولذلك أجمع العلماء على أن النوم في الليل مهم جدًا لصحة الأبدان، كما أنه آية من آيات الله عز وجل وجعل له قيمة حيوية في حياتنا، فهو عملية جسمية نفسية ضرورية من أجل تحقيق الصحة النفسية والجسمية، ويركز معظم الباحثين على الاضطرابات والمشكلات النفسية أثناء اليقظة، ولا يركز كثيرًا على اضطرابات النوم على الرغم من أننا ننام ثلث أعمارنا تقريبًا (شلبى وآخرون، ٢٠١٧: ٥٢٩). كما أن اضطرابات النوم من أكثر الاضطرابات النفسية انتشارًا بين الناس، وهي شائعة ضمن أعراض نفسية وجسمية كثيرة مثل القلق والاكتئاب (يوسف، ٢٠٠٠: ١٤٥).

لذا تُعد اضطرابات النوم بمختلف أنواعها خبرة شخصية، كما أن النوم من الحاجات الفطرية التي تحتاج إلى اشباع، وهي من الحاجات المؤثرة وبشكل كبير على النواحي النفسية والجسمية والاجتماعية والمعرفية والأداء المهني، كما أنها تعد مؤشرًا لكثير من الاضطرابات الجسمية والنفسية مثل أمراض القلب والاكتئاب، كما أن الأرق وفرط النوم وفرغ النوم يعد من أكثر اضطرابات النوم انتشارًا بالنسبة للمراحل العمرية المختلفة (شلبى وآخرون، ٢٠١٧: ٥٤٠).

كما تعد الخطوة الأولى والمهمة في علاج اضطرابات النوم، هي محاولة تحديد نوعية اضطراب النوم الذي يعاني منه الفرد والوقوف على الأسباب التي أدت إلى وجود هذا الاضطراب، أو ساعدت على تطويره واستمراره، كما تقتضي هذه الخطوة ضرورة القيام بعدد

الخصائص السيكومترية لمقياس "بيرجن" للأرق

من الفحوص النفسية والجسمية والعصبية اللازمة، بالإضافة إلى توفير أكبر قدر ممكن من المعلومات حول التاريخ المرضي للفرد، وخاصة من المصدر أو المصادر الأكثر تعاضداً مع الحالة أثناء حياته اليومية وخاصة أثناء فترة النوم (البيلاوي، ٢٠١٠: ٣٦٠). وتشير الدراسات الوبائية إلى أن ١٠-١٥٪ من الراشدين يعانون من شكل من أشكال الأرق المزمن وأن ثلثهم الآخر يعانون من الأرق العابر أو العرضي (Doghranji, 2006: 214). كما وجدت الدراسات في أوروبا أن انتشار الأرق المزمن والشديد يتراوح ما بين ٤٪ و ١٢٪ لدى عامة السكان (Hajak, 2001; 50) كما توصلت النتائج بعد مراجعة نتائج الدراسات الوبائية إلى أن ١٥-٣٥٪ من السكان في البلدان الصناعية الغربية يعانون من أرق معتدل أو شديد (Weyerer & Dilling, 1991; 393).

مشكلة البحث:

اتضح مشكلة البحث من خلال ما أشارت إليه مراجعة المئات من الدراسات الوبائية إلى أن مشاكل النوم منتشرة بين عامة السكان؛ حيث أن ما يقرب من ثلث عامة السكان يعانون من أعراض الأرق والتي تُعرف بأنها صعوبات في النوم أو النقاء في نوم مستقر، وأن ما بين (٤% - ٢٦%) من عامة السكان يعانون من النعاس المفرط، وبين (٢% - ٤%) يعانون من انقطاع النفس الانسدادي النومي، بالإضافة إلى ذلك أفادت دراسة حديثة أجريت على أكثر من ٢٠٠٠ مشارك أن انتشار "اضطرابات النوم العامة" كان ٣٢٪ بين عامة السكان. (Scott et al., 2021: 2)

كما ترتبط مشاكل النوم باضطرابات الصحة النفسية ارتباطاً جوهرياً (Baglioni et al., 2016: 970) وإيضاً كان يُفترض سابقاً أن اضطراب الصحة النفسية يؤدي إلى مشاكل في النوم. (Stepanski & Rybarczyk, 2006: 9) ومع ذلك فإن العكس قد يكون صحيحاً أيضاً؛ حيث يسهم قلة النوم في ظهور اضطرابات الصحة النفسية وتكرارها والحفاظ عليها. (Baglioni et al., 2011: 11)

لذلك كانت هناك حاجة ماسة لأداة مختصرة وجيدة تصلح لمقياس الأرق لدى كبار السن بالعالم العربي وخصوصاً بدولة الكويت، كما توجد ندرة شديدة في الدراسة والبحوث العربية والأجنبية التي حاولت التحقق من الخصائص السيكومترية لمقياس "بيرجن" للأرق لدى كبار السن بصفة عامة بالعالم العربي والأجنبي وتحديدًا بدولة الكويت/ وذلك في حدود اطلاع

الباحثين. وبالتالي تحددت مشكلة البحث في التساؤل التالي: "ما هي الخصائص السيكومترية لمقياس "بيرجن" للأرق لدى عينة البحث من كبار السن بدولة الكويت؟".

أهداف البحث:

قد هدف البحث إلى التعرف على الخصائص السيكومترية لمقياس "بيرجن" للأرق لدى عينة البحث من كبار السن بدولة الكويت.

أهمية البحث:

يمكن توضيح أهمية البحث من خلال ما يلي:

أ- الأهمية النظرية للبحث:

(١) أهمية الفئة التي يتناولها البحث بالدراسة وهم كبار السن وخصوصًا الذين يعانون من الأرق والذي ربما يكون ناتجًا عن الاكتئاب الذي يعانون منه ويكون ناتجًا عن المشكلات الاجتماعية والنفسية وشعورهم بالوحدة النفسية وغيرها من الأسباب.

(٢) أهمية التعرف على مشكلات كبار السن لأنهم أصبحوا فئة كبيرة العدد في ظل التقدم العلمي وخصوصًا في المجال الصحي؛ حيث ارتفع سقف معدل العمر، وهم فئة لا يستهان بها ولا يجب تهميشها في ضوء البحث العلمي لأن لهم خبرات واحتياجاتهم ومشكلاتهم الخاصة مثل غيرهم من الفئات العمرية الأخرى.

(٣) أهمية دراسة الأرق وخصوصًا في عصرنا الحالي؛ حيث تشير التقارير إلى ارتفاع نسبة انتشار الأرق لدى كافة المراحل العمرية، بالإضافة إلى ما أشارت إليه الدراسات والبحوث السابقة من وجود تأثير متبادل بين الأرق والاكتئاب وما ينتج عنهما من آثار سلبية على أداء الفرد في كافة مجالات الحياة والأداء الوظيفي، مما يؤثر بالتبعية على إنتاج واقتصاد الفرد والمجتمع معًا.

ب- الأهمية التطبيقية للبحث:

(١) المساهمة في إعداد الورش التدريبية والتثقيفية لخفض مستوى الأرق لدى كبار السن وغيرهم من الفئات العمرية الأخرى.

الخصائص السيكومترية لمقياس "بيرجن" للأرق

٢) المساهمة في توفير أداة لها خصائصها السيكومترية والمقننة على عينة من كبار السن بالمجتمع الكويتي، والتي يمكن الاعتماد عليها في تشخيص الأرق لدى كبار السن وخصوصًا بالمجتمع الكويتي، وهي مقياس "بيرجن" للأرق.

المفاهيم الإجرائية للبحث:

أ- الأرق *Insomnia*:

الأرق هو عبارة عن شكوى موضوعية تتمثل في صعوبة الدخول في النوم أو البقاء في النوم أو نوعية النوم المتقطعة. (Hrayr, 2006: 73) كما أن الأرق هو عبارة عن حالة من عدم كفاية النوم كما وكيفا والتي قد تستمر لفترة تصل إلى عدة أسابيع، وتظهر في صورة (صعوبة الدخول في النوم، أو الاستيقاظ المتكرر أثناء النوم، أو الاستيقاظ المبكر رغم نوم الفرد في فترة متأخرة من الليل)، ويصاحب ذلك آثار سلبية على التكيف الشخصي والاجتماعي وعلى ممارسة الفرد لمهاراته العملية أثناء النهار (شلبى وآخرون، ٢٠١٧: ٥٣٢-٥٣٣). ويُعرف الباحثين "الأرق" إجرائيًا على أنه "عبارة عن الدرجة التي يحصل عليها أحد أفراد عينة البحث من كبار السن، والذي يعاني من الأرق على مقياس "بيرجن" للأرق المستخدم بهذا البحث".

ب- كبار السن *Elderly*:

توجد العديد من التعريفات لمفهوم كبار السن أو المسنين أو الشيخوخة، وذلك تبعًا للمعيار الذي يستخدمه الفرد في تعريفه لكبار السن، سواء كان المعيار النفسي أو الجسمي أو الاجتماعي أو الزمني. فكبار السن هم الأشخاص الذين تحدث لهم مجموعة من التغيرات في الخصائص النفسية المصاحبة لتقدم الفرد في العمر، خاصة فيما يتعلق بسلوكه وحاجاته ودوافعه (فهمي وفهمي، ١٩٩٩: ١٠٦). كما يُعرف (قصير، ٢٠١٥: ١٠) كبار السن على أنهم الأشخاص الذين بلغوا سن الستين عامًا فأكثر من الجنسين، وذلك على اعتبار أن هذا السن بداية التقدم في العمر وفقًا للمعيار الزمني للعمر. ويُعرف الباحثين كبار السن إجرائيًا على أنهم الأفراد من الذكور والإناث أفراد عينة البحث والمقيمين بالكويت والذين يبلغون من العمر (٦٠) عامًا فأكثر".

الاطار النظري للبحث:

أولاً: الأرق:

أ- مفهوم الأرق:

الأرق هو الشكل العام لصعوبات النوم والذي يؤدي إلى انخفاض مستوى الأداء اليومي وجودة الحياة (Edinger, & Means, 2005: 539). فالأرق هو أحد اضطرابات النوم ويتميز بصعوبة بدء النوم والحفاظ عليه أو الاستيقاظ مبكراً، مما يؤدي إلى ضعف الأداء أثناء النهار (National Institute of Health, 2005: 2) وايضاً يُعرف الأرق بأنه عبارة عن نقص في كمية أو جودة النوم، والتي تنتج عن عدم كفاية وقت النوم مثل: (صعوبات في بدء النوم، وصعوبات في الحفاظ على النوم، والاستيقاظ المبكر جداً) والشعور بعدم الراحة أثناء النوم أو يستريح الفرد بعد النوم، وتؤدي هذه الصعوبات إلى انخفاض مستوى الرفاهية والضعف في الأداء أثناء النهار (Finogenow, 2017: 57).

ويُعرف الباحثين اضطراب الأرق على أنه "أحد اضطرابات النوم التي تتميز بعدم كفاية النوم وصعوبة بدء النوم والنوم غير المستقر والمريح وعدم القدرة على استمرارية النوم والمحافظة عليه بشكل صحي أو طبيعي، والذي ينتج احياناً نتيجة لبعض الاضطرابات النفسية مثل القلق بأنواعه أو الاكتئاب أو يتزامن مع بعض الأمراض العضوية والإحساس بالألم، وينتج عن اضطراب الأرق عدم الرضا عن جودة النوم واضطراب أداء الفرد أثناء النهار في كافة مجالات الحياة".

ب- تشخيص الأرق:

يمكن تشخيص الأرق عندما تحدث اضطرابات النوم لمدة شهر واحد على الأقل وخلال ثلاث ليالٍ على الأقل في الأسبوع، بالإضافة إلى إن تشخيص الأرق غير العضوي يتطلب استبعاد الأسباب العضوية مثل: الأمراض العصبية والأمراض الجسدية والاضطرابات المتعلقة بتناول المواد والأدوية ذات التأثير النفساني، وفي الدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي للاضطرابات النفسية الإصدار الرابع DSM-IV، والذي كان يشار فيه إلى الأرق على أنه أرقاً إجبارياً، تم تقسيمه إلى أرق أولي (يحدث تلقائياً) وأرق ثانوي (يتزامن مع بعض

الخصائص السيكومترية لقياس "بيرجن" للأرق

الاضطرابات الأخرى)، وفي الإصدار الحالي من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الإصدار الخامس، يُفترض أنه يجب تشخيص الأرق في كل مريض يستوفي معايير التشخيص، بغض النظر عن حدوث اضطراب آخر متزامن (Finognow, 2017: 57). ويشخص اضطراب الأرق من خلال الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الإصدار الخامس DSM-5، من خلال ما يلي:-

- ١) تكرار حدوث الأرق في ثلاثة ليالٍ أو أكثر في الأسبوع ولمدة ثلاثة شهور أو أكثر.
- ٢) صعوبة في بدء النوم والحفاظ على النوم
- ٣) الاستيقاظ في الصباح الباكر
- ٤) عدم القدرة على العودة إلى النوم على الرغم من وجود فرصة كافية للنوم.
- ٥) وجود ضعف كبير في الأداء أثناء النهار أو ضغوط كبيرة، بسبب الأرق.
- ٦) لا يمكن تفسير الأرق أو الأعراض بشكل أفضل من خلال اضطراب آخر في النوم واليقظة أو التأثيرات الفسيولوجية للمواد (مثل: الأدوية أو المواد ذات التأثير النفسي) أو الظروف المتزامنة. (van der Zweerde et al., 2020: 117)

ج- اضطراب الأرق لدى كبار السن:

يُعد الأرق من أكثر اضطرابات النوم شيوعًا، في التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشكلات الصحية، يشار إلى الأرق غير العضوي (الأولي) على أنه أحد اضطرابات النوم غير العضوية. (Finognow, 2017: 57) ويزداد اضطراب النوم مع تقدم العمر، حيث يبلغ نسبة تتراوح ما بين (٢٠-٤٠٪) لدى كبار السن عن مشاكل في النوم (Ancoli-Israel & Cooke, 2005: 264). وفي هذا الصدد تُشير التقديرات إلى أن مشكلة الأرق تؤثر على نسبة تتراوح ما بين (١٠%-٢٠٪) من عامة السكان، في حين أن المؤشرات اضطراب الأرق لدى كبار السن أعلى بشكل ملحوظ والتي تصل إلى (٤٠٪) (Montgomery, & Dennis, 2004: 47).

فالأرق مشكلة شائعة بين كبار السن المصابين بأمراض نفسية حادة، ويشترك الأرق والاكئاب في علاقة قوية ثنائية الاتجاه، كما توصلت بعض الدراسات أن ما يصل إلى (٧٠٪) من كبار

السن المصابين بالاكتئاب يمكن أن يعانون من أعراض الأرق المرضي، وغالبًا ما يكون للأرق دورًا مهمًا في التعجيل بأعراض الاكتئاب واستمرارها، وعلى الرغم من أن معظم كبار السن المصابين بالاكتئاب يعانون من صعوبات في بدء النوم أو الحفاظ عليه (الأرق)، ولكن غالبًا ما يتم استبعاد الأرق كهدف محدد للعلاج، وعندما لا يتم تقييم أو علاج الأرق المرضي بشكل كافٍ، فمن الممكن زيادة خطر الانتكاس الاكتئابي والانتحار. (Sadler et al., 2018: 1)

كما يزداد خطر الإصابة بالأرق مع كل عقد من العمر ولدى النساء أكثر من الرجال (Nau et al., 2005: 645). وأيضًا شكل اضطرابات النوم يتغير مع التقدم بالعمر، فغالبًا ما يتخذ الأرق لدى كبار السن شكل أرق ثانوي، أي أرق متزامن مع بعض الاضطرابات النفسية الأخرى والأمراض المزمنة، وقد يكون نتيجة للأدوية التي تؤثر على النوم (Fiorentino & Martin, 2010: 1162). بالإضافة إلى أن الأرق غالبًا ما ينتج عن نظافة النوم السيئة (أي النوم غير الصحي والذي يستخدم به على سبيل المثال الأدوية) والنشاط اليومي غير الكافي والذي يزداد مع التقدم بالعمر (3: Montgomery, & Dennis, 2002). كما تتغير الصعوبات المتعلقة بالنوم مع تقدم العمر فخلال مرحلة البلوغ المبكرة تسود مشاكل النوم، بينما في أواخر مرحلة البلوغ قد لوحظ تسريع مرحلة النوم (الذهاب المبكر للفراش)، وتزايد الصعوبات في الحفاظ على النوم، والاستيقاظ مبكرًا جدًا (48: Montgomery, & Dennis, 2004).

ويحدث الأرق المزمن لدى كبار السن في كثير من الأحيان أكثر من الفئات العمرية الأخرى فغالبًا ما يعانون منه لسنوات، ومن بين العوامل التي تزيد من خطر الإصابة بالأرق لدى كبار السن، توجد العديد من الأمراض المعدودة مثل السكري وأمراض القلب والشرابيين وغيرها، والتي تعد مميزة لكبار السن وكذلك الاضطرابات الاكتئابية التي تحدث في هذه الفترة من الحياة (59-57: Finogenow, 2017). بالإضافة إلى حدوث بعض التغيرات الطبيعية في النوم، والتي تظهر مع تقدم العمر مثل تناقص كمية النوم العميق مع تقدم العمر، كما يصبح النوم الخفيف أكثر تواترًا، مما يؤدي إلى استيقاظ أسهل بسبب بعض الضوضاء، وايضًا تزداد بعض اضطرابات النوم الأخرى مع التقدم بالعمر مثل انقطاع النفس النومي، وبعض الأمراض الجسدية المرتبطة بالإحساس بالألم، والتي تعتبر شائعة لدى كبار السن، والتي قد تعيق النوم الهادئ (1161: Fiorentino & Martin, 2010).

الخصائص السيكومترية لمقياس "بيرجن" للأرق

وايضًا يؤدي التكرار المتزايد وفترات الاستيقاظ الأطول لدى كبار السن إلى انخفاض كفاءة النوم، وإلى تصور ذاتي لنوم المرء على أنه نوم خفيف ومتقطع، وايضًا في هذه المرحلة العمرية يوجد تسريعًا في مرحلة النوم (الذهاب إلى الفراش مبكرًا) والاستيقاظ مبكرًا جدًا، فأحيانًا يكون ما بين الساعة (٢-٣) صباحًا، وربما يصبح من المستحيل الحفاظ على النوم والحفاظ على البقاء مستيقظًا، ونتيجة لذلك يستمر النوم الليلي فقط لمدة تتراوح ما بين (٤-٥) ساعات، مما يؤدي إلى اللجوء إلى النوم النهاري أو القيلولة والتي قد تحدث يوميًا، وهذا يؤدي إلى حلقة مفرغة تساهم فيها القيلولة في تطور الأرق واستمراره ليلاً. (Finogonow, 2017: 57).

د- العوامل المؤدية إلى الأرق:

توجد مجموعة من العوامل المؤدية إلى الأرق، والتي تنحصر في نموذج العوامل الثلاثة الذي اقترحه "سبيلمان وآخرون". (Spielman et al., 1987: 49) والتي توضح بدء الأرق والحفاظ عليه أو استمراره، وهي ما يلي:-

(١) **العوامل المؤهبة للأرق:** حيث تحدد العوامل المؤهبة حساسية الفرد للأرق وتشتمل على خصائص بيولوجية ونفسية، وتشمل هذه العوامل من بين أمور أخرى: العمر، والجنس (أنثى)، والإيقاع اليومي المضطرب، والسمات الشخصية المختلفة، والاستراتيجيات المختلفة للتعامل مع الضغوط، والاندفاعية، واستعداد الأسرة للأرق، مما يشير إلى الخلفية الجينية المحتملة.

(٢) **العوامل المعجلة للأرق:** وهذه العوامل تزيد وتعجل من خطر الإصابة بالأرق عندما يواجه الفرد بعض العوامل المسببة للأرق، والتي تشمل أولاً وقبل كل شيء الضغوط المرتبطة بأحداث الحياة المتنوعة (مثل القلق بشأن فقدان العمل أو المرض أو وفاة شخص مقرب)، ايضًا الأمراض الجسدية والعقلية لها دورًا مهمًا في حدوث الأرق، وكذلك الإفراط في استخدام المواد ذات التأثير النفساني، والعمل بنظام الورديات، وأساليب النوم غير الصحيحة.

(٣) **العوامل المستدامة:** والتي تتضمن العوامل المعرفية والسلوكية؛ حيث أن بعض التغييرات في سلوكيات وأفكار المرضى، والتي تظهر غالبًا نتيجة للأرق، تصبح من العوامل الدائمة،

أ/ سليمان عبد الكريم حسن محمد

فالعوامل الدائمة المؤدية إلى الأرق واستمراره تشمل استراتيجيات سلوكية مختلفة للتعامل مع الأرق (مثل البقاء في السرير لفترة طويلة، وعدم انتظام وقت النوم، والقيولة اليومية)، والمعتقدات المختلفة حول النوم والأرق، وزيادة النشاط المعرفي السلبي قبل النوم، والقلق بشأن قلة النوم والعواقب السلبية للأرق (مثل الشعور بسوء، والتعب أثناء في اليوم)، مما يؤدي إلى الإفراط في تناول الحبوب المنومة.

ثانياً: كبار السن:

أ- مفهوم كبار السن:

لم يوجد تعريف محدد وواضح أو متفق عليه لمصطلح كبار السن (الشيخوخة)؛ وذلك لأن هذه المرحلة العمرية ليست من الظواهر الثابتة والتي تحدث في المراحل الأخيرة من حياة الفرد أو الكائن الحي عموماً، ولكنها حالة نسبية تتأثر بالعديد من العوامل لدى الفرد، والتي تتمثل في الحالة الفسيولوجية والنفسية والثقافية والاجتماعية والبيئية والاقتصادية، التي يعيش فيها الفرد واتجاهاته التي يتخيلها ويتصرف طبقاً لها (عبد الحميد، ١٩٨٧: ٩٨).

ويُعرف مفهوم كبار السن في ضوء المعيار الفسيولوجي أو البيولوجي: على أنه هي عبارة عن مجموعة من التغيرات التي تحدث في الجسم وليست متوقفة على السن وحده، وإن كان شرطاً مسبقاً فيها، إلا أنه من الصعب جداً تحديد سن الدخول في مرحلة الشيخوخة لكل فرد، لأنها نسبية وتتفاوت من شخص لآخر، فهذا مثلاً إنسان أتته الشيخوخة في سن الخمسين وضعف واشتعل الرأس شيباً، بينما نشاهد إنسان آخر قد بلغ الخمسين أو أكثر وهو في كامل صحته، ولا يبدو عليه أي شيء من مظاهر الشيخوخة، إلا أن كثيراً من الحكومات عدت سن الستين أو الخامسة والستين هي بداية سن الشيخوخة أو كبر السن، وانطلاقاً من ذلك سنت في انظمتها تشريعات وقوانين مختلفة تجبر بموجبها كل فرد بلغ هذا السن من الموظفين والمستخدمين أو العمال ان يعتزل العمل، وحجتهم في ذلك أنه العمر الذي تتضاءل فيه طاقة الفرد على الخدمة، وإن كان هناك كثيرون ممن بلغوا هذا السن أو حتى تجاوزوه أقدر على العمل أحياناً ممن هم في سن الأربعين (قناوي، ١٩٨٧: ٥).

الخصائص السيكومترية لقياس "بيرجن" للأرق

كما أن المسن هو الشخص الذي تجاوز الستين من عمره، ويزداد اعتماده على غيره بازدياد تراجع وظائفه الجسدية والنفسية والاجتماعية، ويختلف هذا تبعاً لشخصية المسن والمعايير الاجتماعية والثقافية السائدة في المجتمع (بلان، ٢٠٠٩: ٢١). وأيضاً كبار السن هم الأشخاص الذين تجاوزوا عمر الستين وبدأت تظهر عليهم علامات الشيخوخة من تراجع في الوظائف الجسدية والنفسية والاجتماعية (القيق، ٢٠١٦: ٣١). ويُعرف الباحثين كبير السن على أنه "كل فرد ذكرًا كان أو أنثى يبلغ من العمر (٦٠) عامًا أو أكثر أو سن التقاعد عن العمل المعروف، ونتيجة لتقدمه في العمر يحدث له انحدار تدريجي من الناحية الجسمية والقدرات المعرفية أو يصاب ببعض الأمراض العضوية أو المزمنة أو الاضطرابات النفسية، كما تتأثر علاقاته الاجتماعية بالآخرين ودوره في المجتمع".

ب- التحديات التي تواجه كبار السن:

يبدو أن حجم وشدة التحديات النفسية التي يمكن أن يتعرض لها المسنون شديدة الحساسية للمتغيرات ذات الصلة بخصائصهم الشخصية والاجتماعية والاقتصادية، ومقدار المساندة الاجتماعية التي يتلقونها، واستعداداتهم الفسيولوجية، ووسائل الدفاع والمواجهة التي يتبنونها، فضا عن مستويات إدراكهم لقيمتهم الذاتية ومدى تحقيقهم لتوقعاتهم، كما يتبنى كبار السن معتقدات سلبية حول عدم قدرته على التحكم بنفسه، والذي يكسبه عادة شعور بالعجز وانعدام الجدى والفاعلية والوهن، ويزيد من الشعور بالاغتراب لديه (أبو سمهدانة، ٢٠٠٦: ٦).

ومن التحديات والمشكلات التي تواجه كبار السن بحكم تقدمهم في السن ما يلي:-

١) التحديات الصحية: حيث يوجد اتفاق عام حول العلاقة بين التقدم في العمر والضعف

البدني بشكل عام، مثل ضعف البصر والسمع مما قد يسبب لهم العديد من المشكلات (منصور، والشربيني، ٢٠٠٠: ١٤٧). كما أن أمراض المسنين تختلف اختلافًا كبيرًا مقارنة بأي مرحلة عمرية أخرى، وذلك لضعف المناعة الجسمية التي قد تكون موجودة لدى الشباب ومرحلة وسط العمر، فكلما كانت المناعة قوية كلما استطاع الإنسان مواجهة المرض (جعفر، ٢٠٠٣: ٢٢). كما تؤثر الحالة الصحية لدى كبار السن على العديد من مجالات الحياة، مثل: القدرة على العمل والاشتراك في الأنشطة الترفيهية، وعلاقاته الاجتماعية والدخل والزواج، كما توجد علاقة وثيقة بين الصحة النفسية والصحة البدنية، لأن كل منهما يؤثر على الآخر (إبراهيم، ١٩٩٧: ١٤١).

(٢) **التحديات النفسية:** وهي التحديات التي تواجه كبار السن ومتعلقة بمستوى صحتهم النفسية، حيث يعاني كبار السن من الاكتئاب وفقدان الأمل واليأس والشعور بالوحدة النفسية، فالقلق من أكثر الاضطرابات النفسية انتشارا لدى كبار السن وبأنواعه المختلفة مثل: (قلق الصحة، قلق التقاعد، قلق الموت، قلق الفراغ والوحدة)، فالقلق لدى المسنين يؤثر على جميع نواحي حياتهم، حتى أن بعضهم يلجأ إلى العزلة والاكتئاب وانتظار الموت، كما يفضل الكثيرون من كبار السن أن يعيشوا بمفردهم على العيش مع الآخرين، كما لا يريدون الإحساس بالعجز أو الشعور بأنهم عالة على غيرهم (الطفيلي، ٢٠٠٤: ٦٣). كما يعاني كبار السن من الشعور بالوحدة النفسية، فكثير من المسنين يعانون من وحدتهم وانشغال الابناء عنهم والاهتمام بأنفسهم وعائلاتهم وأعمالهم، كما قد يعاني المسن من فقدان الزوج أو الزوجة مما يترك فراغ عاطفي ووحدة لم يألفها من قبل مما يشعره بتخلي الاهل والاصدقاء والاحبة، مما يعرضه للانطواء والعزلة والدخول في دوامة التفكير والوسواس (العابدي، ٢٠١٨: ١٥).

(٣) **التحديات الاجتماعية:** حيث يشعر كبار السن بالإهمال والانعزالية بعد أن تقلصت علاقاته وضاعت خبراته وتوقفت مشروعاته بعد أن حل محله جيل لا يقدر ما بدأه من مشروعات وتنظيمات وأبحاث، وأن كل هذا العمل السابق والمشروعات المخطط لها لا يعمل لها حساب يذكر ولا يستمع أحد إلى مشورته، واستلهام خبراته الثمينة (قناوي، ١٩٩٨٧: ٨٦). ورغم أن الشيخوخة ليست مشكلة في حد ذاتها، وإنما عدم تكيف الفرد مع التغيرات الفسيولوجية التي تطرأ عليه تجعله يعيش مشاكل اجتماعية مع المحيطين به. إضافة إلى تميز مرحلة الشيخوخة بانحصار العلاقات الاجتماعية وانكماشها وذلك راجع إلى تقاعد المسن عن عمله الذي يقلص من علاقاته الاجتماعية. وحينما يفقد المسن أصدقائه في هذه المرحلة، يجد صعوبة في استبدالهم بآخرين، كما أن تدهور العلاقات الأسرية تؤدي به إلى الشعور بالوحدة والانعزال (خليفة، ١٩٩٧: ١١٦).

(٤) **التحديات الاقتصادية:** حيث تعد مشكلة التقاعد وقلة الدخل من أهم المشاكل التي يعاني منها المسن وانقطاع الصلة والعلاقات الاجتماعية بين الشيوخ، مما كان على

الخصائص السيكومترية لمقياس "بيرجن" للأرق

علاقة بهم في العمل من زملاء عمل ورؤساء وعملاء، وزيادة وقت الفراغ، بالإضافة إلى زيادة الأعباء المادية من كمصارييف للعلاج والدواء والإنفاق على ضروريات الحياة اليومية، وقلة الموارد المالية بسبب الإحالة على التقاعد وغيرها من المشاكل الاقتصادية، تؤثر على قدرة المسن على أن يحيا حياة مشبعة بالدرجة الكافية، أكثر مما يؤثر عليه كبر سنه (أحمد، ١٩٩٨: ٢١٩).

دراسات وبحوث سابقة:

من الدراسات التي أمكن العثور عليها والتي سعت إلى التحقق من الخصائص السيكومترية لمقياس "بيرجن" للأرق ما يلي:

حيث هدفت دراسة "بجورفاتن وآخرون" (2014) Bjorvatn et al إلى معرفة العلاقة الارتباطية بين الأرق وكل من النعاس المفرط وتوقف التنفس الانسدادي اثناء النوم، والتعرف على الخصائص السيكومترية لمقياس الأرق، لدى عينة من الراشدين الذين تراوحت أعمارهم ما بين (٤٠ - ٧٠) عامًا، وتكونت عينة الدراسة من (١٥٠٢) مشاركًا من الذكور، واستخدم بالدراسة مقياس "بيرجن" للأرق ومقياس "إيبورث" للنعاس، وتم الاعتماد على الأزواج في تقييم الشخير وتوقف التنفس الانسدادي أثناء النوم، وأشارت الدراسة في نتائجها إلى إن مقياس الأرق له خصائص سيكومترية جيدة من خلال ارتباطه الايجابي بأعراض النعاس وتوقف التنفس أثناء النوم والشخير، كما بلغ معامل الفا كرونباخ لمقياس "بيرجن" للأرق (٠,٨٣).

بينما أجرى "بجورفاتن وآخرون" (2015) Bjorvatn et al دراسة هدفت إلى الكشف عن العلاقة الارتباطية بين الأرق وتوقف التنفس الانسدادي اثناء النوم والنعاس المفرط، لدى عينة من مرضى توقف التنفس الانسدادي اثناء النوم، وتكونت عينة الدراسة من (١١١٥) مشاركا ومشاركة متوسط أعمارهم (٤٨) عامًا، واستخدم بالدراسة مقياس "بيرجن" للأرق ومقياس "إيبورث" للنعاس ومقياس توقف التنفس، وأظهرت الدراسة وجود علاقة ارتباط بين الأرق والنعاس المفرط وتوقف التنفس الانسدادي اثناء النوم، كما أشارت الدراسة إلى إن مقياس "بيرجن" للأرق له كفاءة سيكومترية جيدة حيث بلغ معامل الفا كرونباخ في هذه الدراسة (٠,٨١).

كما هدفت دراسة كل من "ارجون، وباي" (2018) Bay, & Ergun إلى التعرف على الكفاءة السيكومترية لمقياس "بيرجن" للأرق النسخة التركية، وذلك لدى عينة من المراهقين بتركيا،

وتكونت عينة الدراسة من (١٢٩٣) مراهقا ومراقبة كما تم التحقق من ثبات إعادة التطبيق على عينة مكونة من (١١٠) طالبًا وطالبة وذلك بعد مرور أربعة أسابيع من التطبيق الأول، واستخدم بالدراسة مقياس "بيرجن" للأرق والمكون من (٦) مفردات، وأظهرت الدراسة أن للمقياس خصائص سيكومترية ويصلح لقياس الأرق لدى المراهقين بتركيا، حيث أظهر التحليل العاملي للنسخة التركية لمقياس الأرق أن المقياس يتكون من (٦) مفردات كما هي وتنقسم إلى عاملين كل عامل منهم يتضمن (٣) مفردات فالعامل الأول يتضمن العبارات من (١-٣) والعامل الثاني يتضمن العبارات من (٤-٦) وذلك كما هي في النسخة الأصلية للمقياس، كما تم عرض المقياس على عدد (١٠) من المحكمين للتعرف على صدق المحتوى ومناسبته للثقافة التركية والذين أقرروا على مناسبته وصلاحيته كما بلغت نسبة اتفاقهم على المقياس (٩٩,٠%)، وايضا بلغ معامل الفا كرونباخ للاتساق الداخلي للمقياس (٠,٧٢)، وايضا بلغ معامل ارتباط ثبات إعادة التطبيق (٠,٧٤).

وايضا هدفت دراسة "ظفر وآخرون" (2018) Zafar et al إلى التعرف على العلاقة الارتباطية بين إدمان الإنترنت والأرق ومشكلات الصحة النفسية، لدى طلاب الجامعة في باكستان، والتعرف على الكفاءة السيكومترية لمقياس "بيرجن" للأرق، وتكونت عينة الدراسة من (١٣٥٢) طالبًا وطالبة، واستخدم بالدراسة مقياس إدمان الإنترنت ومقياس "بيرجن" للأرق ومقياس الصحة النفسية، وأظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباط ايجابي بين الأرق وكل من إدمان الإنترنت ومشكلات الصحة النفسية، كما أظهرت النتائج أن الأرق يتوسط العلاقة الارتباطية بين إدمان الإنترنت ومشكلات الصحة النفسية، كما أشارت الدراسة إلى إن مقياس "بيرجن" للأرق له كفاءة سيكومترية جيدة حيث بلغ معامل الفا كرونباخ في هذه الدراسة (٠,٨٩).

تعقيب عام على الدراسات والبحوث السابقة:

من خلال عرض الدراسات والبحوث السابقة يتضح وجود ندرة شديدة في الدراسات السابقة والتي سعت إلى التعرف على الخصائص السيكومترية لدى كبار السن بصفة عامة بالعالم الغربي والعربي وخصوصًا بدولة الكويت، وذلك على الرغم من أن كبار السن من أكثر الفئات العمرية التي تعاني من الأرق والنتاج عن القلق المتعلق بالموت والأمراض المزمنة أو الصحة الجسمية والمشكلات النفسية والشعور بالوحدة، والمشكلات الاقتصادية والتقاعد عن العمل، ووقت الفراغ وفقدان العديد من الأصدقاء والأهل وغيرها من التحديات التي تواجه كبار السن،

الخصائص السيكومترية لمقياس "بيرجن" للأرق

لذلك كانت هناك حاجة ماسة لأداة لها خصائصًا السيكومترية والمختصرة والتي تسهم في تشخيص الأرق لدى كبار السن بدولة الكويت، كما أشارت الدراسات السابقة والتي أجريت على عينات مختلفة خارج نطاق المجتمع الكويتي والتي تم العثور عليها، إلى أن مقياس "بيرجن" للأرق له خصائص سيكومترية جيدة ويصلح لقياس الأرق، كما أشارت الدراسات والبحوث السابقة في نتائجها إلى أن الدرجة على مقياس "بيرجن" للأرق ترتبط بمشكلات الصحة النفسية وإدمان الإنترنت واضطراب التنفس أثناء النوم والنعاس المفرط كصدق تلازمي، وأن المقياس يتكون من عاملين كما في النسخة الأصلية للمقياس.

فروض البحث:

من خلال عرض الدراسات السابقة والتعقيب عليها تم صياغة فرض البحث بالشكل التالي: توجد خصائص سيكومترية لمقياس "بيرجن" للأرق لدى عينة البحث من كبار السن بدولة الكويت.

الإجراءات المنهجية للبحث:

أولاً: منهج الدراسة:

قد استخدم بهذا البحث المنهج الوصفي، لأنه الأنسب لطبيعة وأهداف البحث، وهو التعرف على الخصائص السيكومترية لمقياس "بيرجن" للأرق لدى عينة البحث من كبار السن بدولة الكويت.

ثانياً: عينة الدراسة:

تم إجراء البحث على عينة مكونة من (١٠٠) مفردة من كبار السن الذكور بدولة الكويت، والمقيمين بدور رعاية المسنين بالكويت ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (٦١ إلى ٦٦ عاماً) بمتوسط عمري قدره (٦٤,١٢) عاماً وانحرف معياري قدره (٠,٩٥) عاماً.

ثالثاً: أدوات البحث:

تم الاعتماد في هذا البحث على مقياس "بيرجن" للأرق Bergen insomnia scale والذي أعده "بالسين وآخرون" (2008) Pallesen et al., ملحق (١)، وتم تسمية بهذا المقياس الاسم نسبة إلى جامعة "بيرجن"، وقد قام الباحثين بترجمة المقياس إلى اللغة العربية، وقد تم إعداد المقياس وفقاً لمعايير تشخيص الأرق الواردة بالدليل التشخيصي والإحصائي للجمعية

الأمريكية للطب النفسي الإصدار الرابع المعدل DSM-IV-TR، لذلك يتكون المقياس من (٦) مفردات الثلاث مفردات الأولى تستخدم لتقييم (الصعوبات في بدء النوم، والحفاظ على النوم أو استمراره، وأرق الاستيقاظ في الصباح الباكر)، بينما الثلاث مفردات الأخيرة الهدف منها هو تقييم (عدم الشعور بالراحة الكافية، ضعف الأداء النهاري، والرضا عن النوم الحالي)، والهدف من المقياس ككل هو تشخيص الأرق خلال آخر الشهر الماضي ومعدل تكرار الأرق خلال الأسبوع من الشهر الماضي، وبالتالي تتدرج الإجابة على مفردات المقياس ما بين (ولا مرة خلال الأسبوع، مرة واحدة خلال الأسبوع، مرتان خلال الأسبوع، ثلاث مرات خلال الأسبوع، أربع مرات خلال الأسبوع، خمسة مرات خلال الأسبوع، ست مرات خلال الأسبوع، سبعة مرات خلال الأسبوع)، والتي تصحح كما يلي على التوالي: (٠، ١، ٢، ٣، ٤، ٥، ٦، ٧) وبالتالي تتراوح الدرجة على المقياس ما بين (٠ - ٤٢) درجة، والمقياس له خصائص سيكومترية جيدة؛ حيث تم التحقق من خصائصه السيكومترية من خلال تطبيقه على ثلاث عينات وهي: مجموعة من طلاب جامعة "بيرجن" وعددها (٣٢٠) مفردة ومجموعة من عامة السكان وعددها (٢٦٤٥) مفردة ومجموعة من المرضى بالمستشفيات والذين يعانون من اضطرابات النوم والقلق والاكتئاب وعددها (٢٢٥) مفردة، وجميع أفراد العينات الثلاثة من الذكور والإناث وتتراوح أعمارهم ما بين (١٨ - ٨٠) عامًا، وقد بلغ معامل الفايرونيباخ كما يلي على التوالي: (٠,٧٩، ٠,٨٧، ٠,٨٠)، كما بلغ معامل الارتباط لإعادة التطبيق بعد مرور (١٥) يوم من التطبيق الأول والتي تم إجراؤها على عينة الطلبة فقط (٠,٧٧)، كما أسفر التحليل العملي لبنود المقياس إلى أن المقياس لدى عينة عامة السكان يتكون من عامل واحد يشمل المفردات الستة للمقياس، بينما يتكون المقياس من عاملين ولنفس البنود لدى عينة طلاب الجامعة والمرضى وهما: العامل الأول: وهو الأعراض الليلية ويشمل البنود (١، ٢، ٣)، والعامل الثاني: وهو الأعراض النهارية ويشمل بنود المقياس (٤، ٥، ٦)، كما أن المقياس يتمتع بصدق محكي جيد من خلال وجود علاقة ارتباط بين الدرجة على المقياس لدى عيني الطلاب والمرضى فقط وكل من مقياس (مقياس أثينا للأرق، ومؤشر جودة النوم لـ "بيتسبرغ"، وقائمة بيك الاكتئاب، ومقياس بيك للقلق، ومقياس "إبويرث" للنعاس، ومقياس المستشفى للقلق والاكتئاب)، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين المقياس الحالي وهذه المقاييس ما بين (٠,٢٥ - ٠,٧٩) وجميعها دال إحصائيًا عند (٠,٠١).

الخصائص السيكومترية لمقياس "بيرجن" للأرق

رابعاً: الأساليب الإحصائية:

للتحقق من صحة فرض البحث تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:

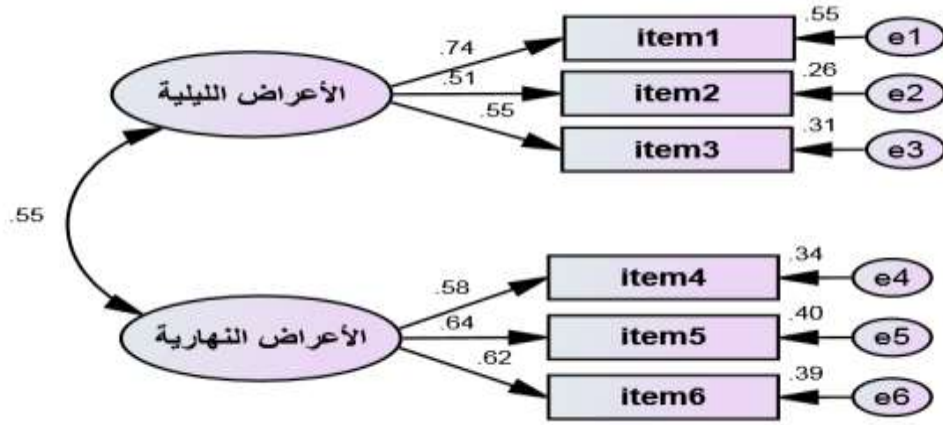
- (١) المتوسط والانحراف المعياري والنسب المئوية لتحديد خصائص عينة البحث.
- (٢) معامل ارتباط بيرسون لمعرفة معاملات الارتباط بين نصفي المقياس وكذلك معامل ارتباط سبيرمان - براون ومعامل جتمان وألفا كرونباخ للتجزئة النصفية، وذلك للتحقق من الخصائص السيكومترية لمقياس "بيرجن" للأرق لدى عينة البحث من كبار السن بدولة الكويت.
- (٣) التحليل العاملي التوكيدي: للتحقق من الصدق العاملي التوكيدي لمقياس "بيرجن" للأرق لدى عينة البحث من كبار السن بدولة الكويت.

نتائج البحث ومناقشتها:

للتحقق من فرض البحث والذي ينص على "توجد خصائص سيكومترية لمقياس "بيرجن" للأرق لدى عينة البحث من كبار السن بدولة الكويت"، أمكن التحقق من الخصائص السيكومترية (الثبات والصدق) بأكثر من طريقة؛ حيث أمكن حساب الصدق العاملي التوكيدي وحساب الثبات بطريقة الفأكرونباخ والتجزئة النصفية، ثم حساب الاتساق الداخلي للمقياس، ويمكن توضيح الثبات والصدق لهذا المقياس كما يلي:

أ- حساب الصدق لمقياس "بيرجن" للأرق لدى كبار السن:

للتحقق من الصدق التوكيدي لمقياس "بيرجن" للأرق لدى عينة البحث من كبار السن بدولة الكويت، قد أمكن للباحثين التأكد من النموذج القياسي لمقياس "بيرجن" للأرق، ويمكن عرض النموذج القياسي باستخدام التحليل العاملي التوكيدي لهذا المقياس، وذلك كما هو موضح بشكل (١) التالي:



$X^2 = 25.460$, $DF = 8$, $df/X^2 = 3.183$, $CFI = 0.910$, $RMSEA = 0.07$,
 $IFI = 0.924$, $TLI = 0.889$, $GFI = 0.951$

شكل (١) نموذج التحليل العاملي التوكيدي لمقياس "بيرجن" للأرق لدى عينة البحث من كبار السن (ن = ١٠٠)

يتضح من خلال الشكل (١) أن مقياس بيرجن للأرق لدى عينة البحث من كبار السن بدولة الكويت يتمتع بمؤشرات حسن مطابقة ممتازة، لذا تم الاعتماد عليه في قياس الأرق لدى عينة هذا البحث من كبار السن بدولة الكويت.

ب- حساب الثبات لمقياس "بيرجن" للأرق لدى كبار السن:

للتأكد من ثبات مقياس "بيرجن" للأرق لدى عينة البحث من كبار السن بدولة الكويت، قد تم حساب الثبات لهذا المقياس من خلال حساب معامل الفاكرونباخ للمقياس والتجزئة النصفية، واستخدام معادلة تصحيح اثر الطول للمقياس، ويمكن توضيح ذلك من خلال جدول (١) التالي:

الخصائص السيكومترية لمقياس "بيرجن" للأرق

جدول (١) ثبات الفاكرونباخ والتجزئة النصفية لمقياس بيرجن للأرق لدى عينة البحث من كبار السن (ن = ١٠٠)

التجزئة النصفية		معامل الارتباط	الفاكرونباخ	المتغيرات
تصحيح أثر الطول	جتمان			
٠,٧٨٩	٠,٦٨٠	٠,٥١٥	٠,٧٨٩	الأعراض الليلية
٠,٨٣٢	٠,٨٢٠	٠,٦٩٥	٠,٨٣٢	الأعراض النهارية
٠,٧٣٠	٠,٧٥٨	٠,٦١٠	٠,٧٨٩	الدرجة الكلية لمقياس الأرق

يتضح من خلال جدول (١) أن مقياس "بيرجن" للأرق يتمتع بثبات الفاكرونباخ حيث بلغت قيمة الفاكرونباخ (٠,٧٨٩، ٠,٨٣٢، ٠,٧٨٩) لبعدى الأعراض الليلية والأعراض النهارية والدرجة الكلية لمقياس الأرق على التوالي، كما يتسم المقياس بثبات التجزئة النصفية حيث بلغ معامل الارتباط بين النصفين (٠,٥١٥، ٠,٦٩٥، ٠,٦١٠) لبعدى الأعراض الليلية والأعراض النهارية والدرجة الكلية لمقياس الأرق على التوالي، كما بلغ ثبات التجزئة النصفية بعد تصحيح أثر الطول للمقياس بمعادلة سبيرمان براون بلغ ثبات التجزئة النصفية (٠,٦٨٠، ٠,٨٢٠، ٠,٧٥٨) لبعدى الأعراض الليلية والأعراض النهارية والدرجة الكلية لمقياس الأرق على التوالي، وكما بلغ ثبات التجزئة النصفية بعد التصحيح بمعادلة جتمان (٠,٨٣٢، ٠,٧٨٩، ٠,٧٣٠) لبعدى الأعراض الليلية والأعراض النهارية والدرجة الكلية لمقياس الأرق على التوالي، وهي قيم جميعها تدل على ثبات جيد للمقياس.

ج- حساب الاتساق الداخلي لمقياس "بيرجن" للأرق لدى كبار السن:

وأيضاً استكمالاً لإجراءات التحقق من الكفاءة السيكومترية لمقياس "بيرجن" للأرق لدى عينة البحث من كبار السن بدولة الكويت، قد تم حساب الاتساق الداخلي لهذا المقياس، وذلك من خلال معاملات الارتباط بين بنود المقياس بالدرجة الكلية للمقياس، وإيضاً بين درجة كل بعد بالدرجة الكلية للمقياس، ويمكن توضيح ذلك من خلال جدول (٢) التالي:

جدول (٢) الاتساق الداخلي لمقياس "بيرجن" للأرق لدى عينة البحث من كبار السن (ن = ١٠٠)

ارتباط البنود بالدرجة الكلية		البنود	الدرجة الكلية لمقياس الأرق	الارتباط البنود بالبعد الفرعي	الدرجة الكلية لليلية
			٠,٨٢٤	البعد الأول: الأعراض الليلية	
**٠,٨٠٩	١		٠,٨٢٤	**٠,٧٥٥	١
**٠,٨٤٢	٢			**٠,٨٦٣	٢
**٠,٧٦٧	٣			**٠,٨٢٤	٣
			٠,٧٩٢	البعد الثاني: الأعراض النهارية	
**٠,٨٦٢	٤			**٠,٧٦٩	٤
**٠,٧١٥	٥			**٠,٧١٢	٥
**٠,٧٧٢	٦			**٠,٧٨٤	٦
**٠,٨٠١	٧				

يتضح من خلال جدول (٢) أن مقياس "بيرجن" للأرق يتسم باتساق داخلي جيد بين درجة البنود والدرجة الكلية للمقياس حيث تراوحت معاملات الاتساق بين (٠,٧١٥) إلى (٠,٨٦٢) لمقياس بيرجن للأرق لدى عينة البحث من كبار السن، كما اتسم المقياس باتساق داخلي جيد بين درجات البنود بدرجة كل بعد فبالنسبة لبعد الأعراض الليلية كانت قيمة الارتباط تتراوح ما بين (٠,٧٥٥) إلى (٠,٨٦٣)، وهي قيم جيدة، وبالنسبة للبعد الثاني الأعراض النهارية قد تراوحت معاملات الاتساق ما بين (٠,٧١٢) إلى (٠,٧٨٤) وهي قيم جميعها تدل على اتساق داخلي جيد للمقياس الحالي لدى عينة البحث من كبار السن. وايضاً بلغت معاملات الاتساق الداخلي لدرجات بعدي مقياس "بيرجن" للأرق بالدرجة الكلية للمقياس (٠,٨٢٤ ، ٠,٧٩٢) لبعدي الأعراض الليلية، والأعراض النهارية على التوالي، وهي قيم جميعها تدل على اتساق داخلي جيد للمقياس.

مناقشة نتائج البحث:

قد توصلت النتائج إلى أن مقياس "بيرجن" للأرق لدى كبار السن بدولة الكويت له خصائص سيكومترية جيدة من حيث الصدق والثبات، وهذه النتيجة تتفق مع ما توصلت إليه الدراسات السابقة والتي تم التوصل إليها، والتي حاولت التحقق من الخصائص السيكومترية لمقياس "بيرجن" للأرق، وهي دراسة "بجورفاتن وآخرون" (Bjorvatn et al (2014) التي سعت إلى معرفة العلاقة الارتباطية بين الأرق وكل من النعاس المفرط وتوقف التنفس الإنسدادى اثناء النوم، والتعرف على الخصائص السيكومترية لمقياس الأرق، لدى عينة من الراشدين الذين

الخصائص السيكومترية لمقياس "بيرجن" للأرق

تراوحت أعمارهم ما بين (٤٠ - ٧٠) عامًا. ودراسة "بجورفاتن وآخرون" Bjorvatn et al (2015) التي حاولت الكشف عن العلاقة الارتباطية بين الأرق وتوقف التنفس الانسدادي أثناء النوم والنعاس المفرط، لدى عينة من مرضى توقف التنفس الانسدادي أثناء النوم. وايضًا دراسة كل من "ارجون، وباي" (Bay, & Ergun (2018) والتي هدفت إلى معرفة الكفاءة السيكومترية لمقياس "بيرجن" للأرق النسخة التركية، وذلك لدى عينة من المراهقين بتركيا. ودراسة "ظفر وآخرون" (Zafar et al (2018) التي حاولت الكشف عن العلاقة الارتباطية بين إدمان الإنترنت والأرق ومشكلات الصحة النفسية، لدى طلاب الجامعة في باكستان. كما يرجع الباحثين هذه النتيجة إلى أن الأرق يعد من المشكلات النفسية التي قد يعاني منها كبار وصغار السن، والتي لا تختلف أعراضها التشخيصية باختلاف الأعمار والثقافات، لذلك كانت نتيجة الدراسة الحالية مؤكدة لما توصلت إليه الدراسات السابقة من نتائج تشير إلى أن مقياس "بيرجن" للأرق له خصائص سيكومترية جيدة يمكن الاعتماد عليه في قياس الأرق، كما أنه مقياس مختصر يوفر الوقت والجهد وخصوصا لدى كبار السن.

التوصيات:

- (١) إجراء الندوات التثقيفية من جهة المتخصصين لتوعية كبار السن بالآثار السلبية للأرق، والعمل على خفض مستواها من خلال الإرشاد النفسي.
- (٢) العمل على توفير المزيد من الرعاية الصحية والنفسية لكبار السن من جهة مؤسسات المجتمع المعنية، وذلك لكبار السن داخل الأسرة أو بمراكز رعاية كبار السن.
- (٣) تفعيل دور الإرشاد النفسي الديني من جهة المتخصصين وذلك لخفض مستوى الأرق لدى كبار السن بدولة الكويت.

المقترحات البحثية:

- (١) إجراء بحث لمعرفة العلاقة الارتباطية بين الأرق والاكتئاب لدى كبار السن بالمجتمع الكويتي.
- (٢) إجراء بحث يستهدف التعرف على الخصائص السيكومترية لمقياس "بيرجن" للأرق لدى طلاب جامعة الكويت.

المراجع:

١. إبراهيم، سيد سلامة. (١٩٩٧). رعاية المسنين. (ط. ٢). الإسكندرية: المكتب العلمي للكمبيوتر للنشر والتوزيع.
٢. أبو سمهدانة، تغريد. (٢٠٠٦). الصلابة النفسية وعلاقتها بالعنف الإسرائيلي لدى المرأة الفلسطينية في ظل انتفاضة الأقصى في قطاع غزة. (رسالة ماجستير). برنامج الدراسات العليا المشترك بين جامعتي الأقصى وعين شمس. كلية التربية، جامعة الأقصى.
٣. أحمد، سهير كامل. (١٩٩٨). دراسات في سيكولوجيا المسنين. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
٤. الببلاوي، إيهاب. (٢٠١٠). اضطرابات النوم (الأسباب - التشخيص - العلاج). الرياض: دار الزهراء.
٥. بلان، كمال يوسف. (٢٠٠٩). دراسة مقارنة لسمة القلق بين المسنين المقيمين في دور الرعاية أو مع أسرهم - دراسة ميدانية لدى عينة من المسنين في محافظات دمشق وريفها وحمص واللاذقية. مجلة جامعة دمشق، ٢٥(٢)، ١٥ - ٤٧.
٦. جعفر، حسان. (٢٠٠٣). الشيخوخة بين الأمل والشباب الدائم. بيروت: دار البحار.
٧. خليفة، عبد اللطيف محمد. (١٩٩٧) دراسات في سيكولوجية المسنين. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
٨. شلبي، محمد عبد الله محمد ، عليوة، سهام علي عبدالغفار، معوض، مروة نشأت. (٢٠١٧). فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي لتخفيف اضطرابات النوم (الأرق - الفرع الليلي - فرط النوم) لدى طلاب الجامعة. مجلة كلية التربية - جامعة كفر الشيخ، ١٧(٣)، ٥٢٥ - ٥٦٨.

الخصائص السيكومترية لقياس "بيرجن" للأرق

٩. الطفيلي، امثال زين الدين. (٢٠٠٤). علم النفس النمو من الطفولة إلى الشيخوخة. بيروت: دار المنهل اللبناني.
١٠. العابد، إيمان. (٢٠١٨). واقع الرعاية الصحية لكبار السن- دراسة ميدانية لعينة من المسنين بدائرة نقرت فيفري ٢٠١٨. (رسالة ماجستير). كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرياح.
١١. عبد الحميد، محمد. (١٩٨٧). العلاقات الأسرية للمسنين وتوافقهم النفسي. الإسكندرية: الفنية للطباعة والنشر.
١٢. فهمي، محمد، فهمي، نورهان. (١٩٩٩). الرعاية الاجتماعية للمسنين. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
١٣. قصير، ضحى. (٢٠١٥). الصلابة النفسية وعلاقتها بالطمأنينة الانفعالية لدى عينة من المسنين في محافظة حلب (رسالة ماجستير). كلية التربية، جامعة حلب.
١٤. قناوي، هدى محمد. (١٩٨٧). سيكولوجية المسنين. القاهرة: مركز التنمية البشرية والمعلومات.
١٥. القيق، أريج خليل محمد. (٢٠١٦). قلق الموت وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المسنين- دراسة مقارنة بين المسنين القائمين بدور المسنين وأقرانهم العاديين. (رسالة ماجستير). كلية التربية، الجامعة الإسلامية. غزة.
١٦. منصور، عبد الحميد سيد، الشربيني، زكريا أحمد. (٢٠٠٠). الأسرة على مشارف القرن ٢١ الأدوار- المرض النفسي- المسؤوليات. القاهرة: دار الفكر العربي.
١٧. يوسف، جمعة سيد. (٢٠٠٠). الاضطرابات السلوكية وعلاجها. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

18. Ancoli-Israel, S., & Cooke, J. R. (2005). Prevalence and comorbidity of insomnia and effect on functioning in elderly

- populations. **Journal of the American Geriatrics Society**, 53(7), 264– 271 .
19. Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalder, K., Nissen, C., & Voderholzer, U. (2011). Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. **J Affect Disord**, 10- 19.
 20. Baglioni, C., Nanovska, S., Regen, W., Spiegelhalder, K., Feige, B., & Nissen, C. (2016). Sleep and mental disorders: a meta-analysis of polysomnographic research. **Psychol Bull**, 42(9), pp. 969- 982.
 21. Bay, T., & Ergun, A. (2018). Validity and Reliability of Bergen Insomnia Scale (BIS) Among Adolescents. **Clinical and Experimental Health Sciences**, 8, 268- 275.
 22. Bjorvatn, B., Lehmann, S., Gulati, S., Aurlien, H., Pallesen, S., & Saxvig, I. W. (2015). Prevalence of excessive sleepiness is higher whereas insomnia is lower with greater severity of obstructive sleep apnea. **Sleep Breath**, 19, 1387–1393.
 23. Bjorvatn, B., Pallesen, S., & GRØNLI, J. (2014). Prevalence and correlates of insomnia and excessive sleepiness in adults with obstructive sleep apnea symptoms. **Perceptual & Motor Skills: Physical Development & Measurement**, 118(2), 571-586.
 24. Doghramji, K. (2006). The epidemiology and diagnosis of insomnia. **Am J Manag Care**, 12, 214–234.
 25. Edinger, J. D., & Means, M. (2005). Cognitive–behavioral therapy for primary insomnia. **Clinical Psychology Review**, 25, 539– 558.
 26. Finogenow, M. (2017). Cognitive behavioural therapy for insomnia and possibilities of its use among the elderly. **Psychoterapia**, 3(182), 57–68.
 27. Fiorentino, L., & Martin, J.L. (2010). Awake at 4 a.m.: Treatment of insomnia with early morning awakenings among older adults. **J Clin Psychol**, 66(11), 1161–1174.

الخصائص السيكومترية لقياس "بيرجن" للأرق

28. Hajak, G. (2001). Epidemiology of severe insomnia and its consequences in Germany. **Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci**, 251, 49–56.
29. Hrayr, P. (2006). **Sleep Disorders in Women: A Guide to Practical Management**. Vermont Regional Sleep Center Department of Neurology.
30. Montgomery, P., & Dennis, J.A. (2002). Physical exercise for sleep problems in adults aged 60+. **Cochrane Database Syst Rev**, 4, 1- 16.
31. Montgomery, P., & Dennis, J.A. (2004). A systematic review of non-pharmacological therapies for sleep problems in later life. **Sleep Med Rev**, 8, 47- 62.
32. National Institute of Health. (2005). NIH state of science conference on manifestations and management of chronic insomnia in adult. **NIH Consensus and State of the Science Statements**, 22 (2), 1–36.
33. Nau, S.D., McCrae, C.S., Cook, K.G., & Lichstein, K.L. (2005). Treatment of insomnia in older adults. **Clin Psychol Rev**, 25, 645- 672.
34. Sadler, P., McLaren, S., Klein, B., Harvey, J., & Jenkins, M. (2018). Cognitive behavior therapy for older adults with insomnia and depression: a randomized controlled trial in community mental health services. **SLEEPJ**, 41(8), 1–12.
35. Scott, A.J., Webb, T.L., James, M. M.S., Rowse, G., & Weich, S. (2021). Improving sleep quality leads to better mental health: A meta-analysis of randomised controlled trials. **Sleep Medicine Reviews**, 60, 1- 20.
36. Spielman, A.J., Saskin, P., & Thorpy, M.J. (1987). Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. **Sleep**, 10, 45- 56.
37. Stepanski, E.J., & Rybarczyk, B. (2006). Emerging research on the treatment and etiology of secondary or comorbid insomnia. **Sleep Med Rev**, 10, 7- 18.

38. van der Zweerde, T., Lancee, J., Ida Luik, A., & van Straten, A. (2020). Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia: Tailoring Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia for Patients with Chronic Insomnia. **Sleep Medicine Clinics**, 15(2), 117-131.
39. Weyerer, S & Dilling, H. (1991). Prevalence and treatment of insomnia in the community: results from the upper bavarian field study. **Sleep**, 14, 392–400.
40. Zafar, N., Kausar, R., & Pallesen, S. (2018). Internet Addiction, Insomnia and Mental Health Problems in University Students in Pakistan. **Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology**, 16(2), 10- 16.

الخصائص السيكومترية لمقياس "بيرجن" للأرق

□ ملحق (١) مقياس بيرجن للأرق

٢	البنود	ولا مرة خلال الأسبوع	مرة واحدة خلال الأسبوع	مرتان خلال الأسبوع	ثلاث مرات خلال الأسبوع	أربع مرات خلال الأسبوع	خمسة مرات خلال الأسبوع	ست مرات خلال الأسبوع	سبعة مرات خلال الأسبوع
١	خلال الشهر الماضي، كم يوماً في الأسبوع استغرقت أكثر من ٣٠ دقيقة لتغفو أو تنام بعد إطفاء الإضاءة؟								
٢	خلال الشهر الماضي، كم عدد أيام الأسبوع التي استيقظت فيها أكثر من ٣٠ دقيقة بين فترات النوم؟								
٣	خلال الشهر الماضي، كم يوماً في الأسبوع استيقظت فيه أكثر من ٣٠ دقيقة مبكراً أو قبل وقت استيقاظك المعتاد دون أن تتمكن من العودة للنوم مرة أخرى؟								
٤	خلال الشهر الماضي، كم عدد الأيام في الأسبوع التي شعرت فيها أنك لم تحصل على قسط كافٍ من الراحة (أثناء								

أ/ سليمان عبد الكريم حسن محمد

م	البنود	ولا مرة خلال الأسبوع	مرة واحدة خلال الأسبوع	مرتان خلال الأسبوع	ثلاث مرات خلال الأسبوع	أربع مرات خلال الأسبوع	خمسة مرات خلال الأسبوع	ست مرات خلال الأسبوع	سبعة مرات خلال الأسبوع
	النوم) بعد الاستيقاظ؟								
٥	خلال الشهر الماضي، كم عدد الأيام في الأسبوع التي شعرت فيها بالنعاس أو التعب والإرهاق لدرجة أنه أثر عليك في المدرسة أو العمل أو في حياتك الخاصة؟								
٦	خلال الشهر الماضي، كم يوماً في الأسبوع كنت غير راضٍ عن نومك؟								

Psychometric properties of the "Bergen" insomnia scale for the elderly in the State of Kuwait

Ahmed K. A. El-Bahnsawy
Professor of Psychology, Faculty of Art,
Assiut University

Sara H. El Tallawy
Assistant Professor of Clinical
Psychology, Faculty of Arts,
Assiut University

Suleiman A. H. Mohamed
Master's researcher of
psychology

Abstract:

The aim of the research is to find out the psychometric properties of the "Bergen" scale for insomnia among the elderly in the State of Kuwait, The research sample consisted of (100) elderly males in the State of Kuwait, their ages ranged between (61-66) years, with an average age of (64.12) years, and a standard deviation of (0.95) years, used in this search the "Bergen" scale for insomnia, translated by the researchers, The results showed that the "Bergen" scale for insomnia among the elderly in the State of Kuwait has good psychometric properties, Where the results of the confirmatory factor analysis showed that the scale consists of two factors for the same items as in the original scale, namely: nocturnal symptoms and includes scale items from (1-3) and diurnal symptoms and includes scale items from (4-6), The Cronbach's alpha coefficient for the dimensions and the total score of the scale was (0.789, 0.832, 0.789), Also, the score and the midterm correlation coefficient for dimensions and total score (0.515, 0.695, 0.610), Spearman-Brown for dimensions and total score (0.980, 0.820, 0.758) and Getman for dimensions and total score (0.789, 0.832, 0.730), The correlation coefficient between the items and the total score ranged between (0.715-0.862), and the correlation coefficients between the items of the first dimension with the total score of the dimension and the correlation of the dimension with the total score of the scale were as follows: (0.755, 0.863, 0.824, 0.824), respectively, Also, the correlation coefficients between the items of the second dimension with the total score of the dimension and the correlation of the dimension with the total score of the scale were as follows: (0.769, 0.712, 0.784, 0.792).

Keywords: Insomnia, The elderly.