

كلية الآداب



جامعة بنغازي



الدراسات العليا

شعبة : علم النفس

قسم : التربية وعلم النفس

" اضطرابات النوم وعلاقتها بقلق السمة لدى طلاب جامعة بنغازي "

قدمت هذه الدراسة استكمالاً لمتطلبات درجة الإجازة العليا " الماجستير "

بكلية الآداب : قسم التربية وعلم النفس

إعداد الطالبة : أميمة أمبارك فضل الله المسماري

إشراف الدكتور: بشير الأمين الشيباني

التخصص دقيق

علم نفس التربوي

كلية الآداب - جامعة بنغازي

تاريخ المناقشة : 05 / 07 / 2012 م

كلية الآداب

جامعة بنغازي



الدراسات العليا

شعبة : علم النفس

قسم : التربية وعلم النفس

" اضطرابات النوم وعلاقتها بقلق السمة لدى طلاب جامعة بنغازي "

قدمت هذه الدراسة استكمالاً لمتطلبات درجة الإجازة العليا " الماجستير "

بكلية الآداب : قسم التربية وعلم النفس

إعداد الطالبة : أميمة أمبارك فضل الله المسماري

لجنة المناقشة :

التوقيع

الصفة

الاسم

.....

مشرفاً

أ. د. بشير الأمين الشيباني

.....

ممتحناً داخلياً

د. عبد الكريم سليمان أبوسلوم

.....

ممتحناً خارجياً

د. أبوبكر مفتاح المنصوري

يعتمد / عميد كلية الآداب

تاريخ المناقشة 5 / 7 / 2012 م

الآية القرآنية

إِذْ يُغَسِّطُكُمُ النَّعَاسَ أَمَنَةً مِّنْهُ وَيُنزِلُ عَلَيْكُم مِّنَ السَّمَاءِ مَاءً لِّيُطَهِّرَكُم بِهِ وَيُذْهِبَ عَنْكُم رَجْزَ

الشَّيْطَانِ وَلِيَرْبِطَ عَلَى قُلُوبِكُمْ وَيُنَبِّتَ بِهِ الْأَقْدَامَ (11)

سورة الأنفال

الإهداء

إلى من لهما الفضل بعد الله تعالى, إلى من شعرت أمامهم بعجزتي عن ردّ فضلهما عليّ والدي العزيزين.

إلى من رفع همي وشجعني على إتمام هذا العمل زوجي.

إلى من كانوا لي على الزمان عوناً, وفي أوج الشدائد سنداً وفخراً إخوتي وأخواتي.

إلى قرّة عيني ابني وابنتي.

إلى من علمني حرفاً فصرت له عبداً أساتذتي الأفاضل أهدي هذا العمل عرفاناً وامتناناً وعرفاناً.

شكر لتقدير

الهي بديع السموات والأرض وخالقهما على غير مثال سبق لك الحمد على ما أسديت من فضل وأسديت من نعم وورفت إليه من جهد – حمدا يليق بجلال وجهك وعظيم سلطانتك واصلي واسلم على المبعوث رحمة للعالمين – سيدنا محمد صلي الله عليه وسلم خاتم الأنبياء والمرسلين وبعد .

أتقدم بخالص الشكر وفائق الاحترام إلى من علمني نطقاً به لساني وجرى به قلبي أستاذي الأفاضل .

كما أتقدم باسمي آيات الشكر والتقدير والعرفان لأستاذي الجليل الدكتور بشير الأمين الشيباني الذي شرفني بالإشراف على هذا العمل المتواضع ، وعلى ما قدمه من علم وافر وعون صادق ونصح غال ، فلم يبخل عني بإرشاداته وحسن توجيهه رغم إعيائه الكثيرة فاجرة الله عني خيراً الجزاء كما أتقدم بشكري وامتناني إلى الأستاذ الدكتور محمد أبو عروش لما قدمه لي من اهتمام ومساعدات طيلة سنوات دراستي

كما أن الوفاء يلزمني أن اذكر بالشكر والعرفان زميلاتي أحلام العبيدي ونجية العقوري وذلك بما ولوني من توجيهات ومساعدات .

ويطيب لي أن أتقدم باسمي آيات الشكر والتقدير والعرفان إلى والدي الكريمين أطال الله في عمرهما .

كما أتقدم بخالص شكري إلى زوجي الذي شاركني خطوات البحث وما تحمله معي من صعاب .

أتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى أخواتي وأخواتي الأعزاء .

وختاماً فإن كنت قصرت فمن نفسي ، وإن كنت قد وفقت فبفضل من الله ، وحسبي واني قد اجتهدت ، ولا داعي الكمال لان الكمال وحده الله ، فإن أصبت لي أجران ، وإن أخطأت فذلك من طبع البشر .

واسأل الله العلي القدير أن ينعماً بما علمنا وينفع منا الإسلام والمسلمين ، وصلى الله على نبينا محمد وعلى اله وصحبه أجمعين .

استهدفت الدراسة الحالية التعرف على طبيعة العلاقة بين اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية وقلق السمة لدى عينة من طلبة جامعة قاريونس ، كما استهدفت التعرف على الفروق العائدة للنوع والتخصص الدراسي في اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية ، وقلق السمة لدى عينة من طلبة السنة الثالثة وتكونت عينة الدراسة من (248) طالباً وطالبة تم اختيارهم عشوائياً موزعين على مجموعتان (124) طالباً وطالبة من كلية الآداب يمثلون التخصص الأدنى و (124) طالباً وطالبة من كلية العلوم ويمثلون التخصص العلمي بلغ عددهم (62) من الذكور و (62) من الإناث من كلا التخصصين للعام الجامعي 2009 – 2010 ، كما تم تطبيق مقياس اضطرابات لنوم إعداد (خالد عبد الغني ، 1998) ، مقياس قلق السمة (إعداد سبيلبيرجر وتعريب عبد الرقيب البحيري ، 1984) وتم استخدام بعض الأساليب الإحصائية ؛ لغرض استخراج النتائج ، ومن هذه الأساليب المتوسطات الحسابية ، والانحرافات المعيارية ، ومعامل الارتباط بيرسون ، واختبار (T) لاختبار الفروق ، والمعيار السباعي ، ومصفوفة الارتباطات البينية للمتغيرات المقارنة وأبعادها الفرعية ، وكشفت الدراسة النتائج الآتية :

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية بين متوسط عينة الدراسة والمتوسط النظري للمقياس .

مستوى قلق السمة لدى أفراد عينة الدراسة متوسط .

لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين درجات اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية ومستوى قلق السمة ، فيما عدا ابعدى احتكاك الأسنان و الصداع النصفي .

توجد فروق دالة إحصائية في درجات اضطرابات النوم بين الذكور والإناث .

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية بين طلبة التخصص الأدبي وطلبة التخصص العلمي ، فيما عدا بعد إيقاع النوم واليقظة فهو دال إحصائياً لصالح التخصص الأدبي ، وبعد الفرع أثناء النوم فهو دال إحصائياً لصالح التخصص العلمي .

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق السمة الذكور والإناث .

توجد فروق دالة إحصائية في مستوى قلق السمة بين طلبة التخصص الأدبي وطلبة التخصص الأدبي وطلبة التخصص العلمي لصالح التخصص الأدبي

الموضوع	الصفحة
الإهداء.....	
شكر وتقدير.....	
ملخص الرسالة.....	
قائمة المحتويات.....	
قائمة الجداول.....	
قائمة الأشكال.....	
الفصل الأول	
مشكلة الدراسة وأهميتها	
أولاً: المقدمة.....	
ثانياً: مشكلة الدراسة.....	
ثالثاً: أهمية الدراسة.....	
رابعاً تعريف المصطلحات.....	
خامساً: حدود الدراسة.....	
الفصل الثاني	
الإطار النظري	
أولاً: اضطرابات النوم وتشمل:	
1.2 مفهوم النوم.....	
2.2 أنواع النوم.....	
3.2 وظائف النوم.....	
4.2 نظرات تفسر النوم.....	

5.2 مفهوم اضطرابات النوم.....	5.2
6.2 تصنيف اضطرابات النوم.....	6.2
7.2 أسباب اضطرابات النوم.....	7.2
8.2 علاج اضطرابات النوم.....	8.2
ثانياً: القلق ويشمل	
1.1 مفهوم القلق.....	1.1
2.1 أعراض القلق.....	2.1
3.1 أنواع القلق.....	3.1
4.1 أسباب القلق.....	4.1
5.1 علاج القلق.....	5.1
6.1 الاتجاهات النظرية المفسرة لقلق.....	6.1

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

- 1- المحور الأول: الدراسات التي تناولت اضطرابات النوم وعلاقتها بقلق السمة.
- 2- المحور الثاني: الدراسات التي تناولت اضطرابات النوم وعلاقتها بمتغيرات أخرى.
- 3- المحور الثالث: الدراسات التي تناولت قلق السمة وعلاقتها بمتغيرات أخرى.

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية للدراسة

1.4 التمهيد.....	1.4
2.4 منهج الدراسة.....	2.4
3.4 مجتمع الدراسة.....	3.4
4.4 الدراسة الاستطلاعية.....	4.4

5.4 أدوات الدراسة.....

6.4 جمع بيانات الدراسة.....

7.4 الأساليب الإحصائية.....

الفصل الخامس

عرض نتائج الدراسة

1.5 التمهيد.....

2.5 نتائج الدراسة.....

3.5 تفسر النتائج.....

4.5 التوصيات والمقترحات.....

المراجع.....

الملاحق.....

ملحق رقم (1) مقياس اضطرابات النوم.....

ملحق رقم (2) مقياس قلق السمة.....

ملحق رقم (3) مقياس العصابية.....

الملخص باللغة الإنجليزية.....

.....	أفراد المجتمع الأساسي للدراسة.....
.....	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب النوع والتخصص.....
.....	معاملات الاتساق الداخلي لمقياس اضطرابات النوم.....
.....	صدق الارتباط (الاتساق الداخلي) لمقياس قلق السمة.....
.....	قيمة ألفا المحسوبة لمقياس القلق.....
.....	معامل ثبات مقياس سمة القلق بطريقة إعادة الاختبار.....
.....	متوسطات العينة وانحرافاتها المعيارية في اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية.
.....	المستويات السباعية لقلق السمة.....
.....	العلاقة بين درجات اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية وقلق السمة.....
.....	متوسطات الذكور والإناث في درجات اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية....
.....	متوسطات طلبة التخصصين الأدبي والعلمي في درجات اضطرابات النوم وأبعادها.....
.....	متوسطات درجات الذكور والإناث على مقياس قلق السمة.....
.....	متوسطات طلبة التخصص الأدبي والعلمي على مقياس مستوى قلق السم.....

.....(DSM_LII_R) تصنيف الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع	
..... تصنيف الخالدي والبنا لاضطرابات النوم	
..... توزيع الدرجات لدى عينة الدراسة (الإناث) على مقياس القلق حسب السباعيات	
..... توزيع الدرجات لدى عينة الدراسة (الذكور) على مقياس القلق حسب السباعيات	
..... الفروق بين الذكور والإناث في اضطرابات النوم	
..... الفروق بين التخصص العلمي و الأدبي في اضطرابات النوم	
.....	
..... توزيع الدرجات لدى عينة التخصص الأدبي على مقياس القلق حسب السباعيات	
..... توزيع الدرجات لدى عينة التخصص العلمي على مقياس القلق حسب السباعيات	

الفصل الأول

مشكلة الدراسة وأهميتها

. المقدمة

. مشكلة الدراسة

. أهمية الدراسة

. أهداف الدراسة

. تحديد مصطلحات الدراسة

. حدود الدراسة

مقدمة الدراسة:

للنوم قيمة حيوية فهو عملية فسيولوجية نفسية تعيد للكائن البشري توازنه الفسيولوجي والنفسي، وله دور كبير في حياة الكائنات الحية بصفة عامة و حياة الإنسان بصفة خاصة، وهو فرصة للجسم لتنظيم أجهزته واستعادة نشاطه الداخلي وتخزين الطاقة التي يحتاجها في الحياة اليومية. (عبد القوي، 1995: 25).

وهو ضروري للإنسان كالطعام والماء والهواء، كما أنه رحمة من رب العالمين فقد قال تعالى في كتابه الكريم: ﴿وجعلنا الليل لباساً﴾ لذلك أجمع العلماء على أن النوم في الليل مهم لصحة البدن كما أنه آية من آيات الله عز وجل لتحقيق الصحة النفسية. (زهران، 1974 : 428).

وذلك رغم اختلاف الساعات التي يحتاجها الإنسان في نومه إذ تختلف من شخص لآخر ففي حين يحتاج معظم الأشخاص إلى سبع ساعات نوم يومياً يحتاج البعض الآخر إلى خمس ساعات فقط . (الأمنازي، 2007 : 40).

وفي بعض الأحيان تنعدم أو تقل الساعات أو تطول ويكون ذلك دليلاً على وجود اضطراب ما. (الشربيني، 1992 : 138).

فقد يكون طول فترات النوم أحد الأساليب الدفاعية ضد الصراعات النفسية، ويعتبر ذلك أحد أساليب الهروب، كما قد يقل النوم نتيجة الإصابة ببعض الاضطرابات النفسية كالقلق . (غانم، 1986 : 275).

فالحرمان من النوم قد يؤدي إلى ظهور اضطرابات في أداء الوظائف العقلية كسرعة الاستثارة والقلق وأحلام اليقظة وتراجع القدرة على الأداء وتناقص الدافع، وأعراض أخرى تشبه الاضطرابات العقلية. (عبد العزيز، 2004 : 29).

وهذه الاضطرابات هي العلامات الأولى لوجود توتر انفعالي متزايد، ومن السهل التعرف على حالات معينة من النوم بوصفها اضطرابات للنوم. (الزيادي، 1986 : 230).

كما أوضحت الدراسات أن نسبة كبيرة - وخصوصاً الشباب - يعانون من اضطرابات النوم وأن هناك علاقة بين اضطرابات النوم والقلق؛ فقد أشارت بعض الدراسات إلى أن اضطرابات النوم ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالقلق. (Taylor, and Weem Alfano , Zakem ,Costa, 2009)

ومن هذه الدراسات دراسة (فريدمان وساتلر 1982) التي أوضحت علاقة اضطرابات النوم بالقلق؛ فقد أظهرت نتائجها أن أفراد المجموعة التي تعاني من اضطرابات في النوم كالأرق حصلت على درجة مرتفعة في القلق مقارنة بالمجموعة التي ليس لديها اضطرابات في النوم. (غانم، 2006 : 83).

كما أوضحت نتائج دراسة هايدين وسيكمك أن ارتفاع درجات مفحوصي مجموعة اضطرابات النوم على مقياس القلق. (إبراهيم والنيال، 1993 : 83).

وتوصل إلى النتيجة نفسها عدد من الباحثين منهم سينج موك وكريستيل 1982، وبيلهتاوس وآخرون 1988، وعبد الخالق والنيال 1992، وإبراهيم والنيال 1993، وعبد الغني 1998، و غريغوري 2009، وسفرز وآخرون 2002 .

ويعتبر القلق أساس أغلب الأمراض النفسية، وعندما يتجاوز حدوده الطبيعية ويسيطر على الإنسان يصبح مصدر إزعاج، وقد يسبب الكثير من الكدر أو الضيق والألم، كما يؤدي إلى ظهور العديد من الاضطرابات ويمثل مشكلة حقيقية للإنسان، والواقع أن العصر الذي نعيشه كثيراً ما يوصف بعصر القلق؛ بسبب الضغوط الهائلة التي يتعرض لها الفرد . (القطان، 1986 : 1).

تعتبر ظاهرة القلق النفسي من الظواهر الإنسانية التي أصبحت عنوان العديد من الدراسات النفسية، سواء تلك التي ترتبط بالسلوك المضطرب أو التي تتصل بالحاجة إلى الإبداع والتفوق؛ لذا اهتم بها الكثيرون في ميدان علم النفس. (السمادوني، 1997 : 199).

واختلفت وجهات نظر الباحثين اختلافاً بيناً؛ إذ يركز أغلبهم على واحد أو أكثر من المفاهيم المتعددة للقلق، وما بين أنه انفعال سلبي، وزملة إكلينيكية، ومستويات متعددة، كما أنه ينقسم إلى قلق حالة أو قلق سمة. (غانم، 2006 : 285).

وقد تشير حالة القلق إلى حالة انفعالية موقفة مؤقتة يشعر بها الفرد في مواقف التهديد والخطر وتزول بزوال مصدر الخطر أو التهديد. (القريطي، 1998 : 132).

أما قلق السمة فهو استعداد أو اتجاه سلوكي يجعل القلق يعتمد بصورة أساسية على الخبرات الماضية. (عثمان، 2001 : 99).

ويعد أكثر ارتباطاً بالصحة النفسية للفرد كما يعد عرضاً للاضطرابات العصابية. (كفافي، 1997 : 344).

كما أن الأشخاص ذوي الدرجة المرتفعة لقلق السمة قابلون لإدراك العالم بأنه مصدر خطر وتهديد أكثر من الأفراد ذوي الدرجة المنخفضة في قلق السمة، وبذلك هم أكثر عرضة للاضطرابات العصابية .

2.1- مشكلة الدراسة:

تعتبر اضطرابات النوم من الظواهر التي يصعب تفسيرها تفسيراً علمياً واضحاً؛ فممايزال يحيط بها الغموض، وقد تعددت حولها الآراء التي وضعت لتفسيرها ومعرفة أسبابها، والإجماع الوحيد حول وصفها هو أنها حالة تنخفض فيها قدرة الإنسان على استقبال المثيرات الحسية المحيطة به؛ فهي من الموضوعات المهمة والجوهرية في مجال الصحة النفسية وعلم النفس،

وقد يغفل البعض عن مدى خطورة شيوخ مثل هذه الظاهرة في ظل عصر يتسم بالسرعة والحركة المستمرة. (إسماعيل، 2004 : 11).

وهي تشكل مصدر قلق إضافي للإنسان، كما تؤثر على النواحي النفسية والجسمية والاجتماعية والمعرفية وعلى الأداء المهني. (شندون والدسوقي، 2006 : 10).

فلا يوجد شخص لم يعان من اضطرابات النوم في فترة أو أكثر من فترات حياته؛ لذلك فإن هذه الاضطرابات لا تعتبر أعراضاً مرضية من الناحية التشخيصية إلا إذا تكررت كثيراً أو طالبت مدتها بحيث تؤثر على الحالة النفسية أو الجسمية أو أداء الفرد وعلاقته بالآخرين. (عبد العزيز، 2001 : 3).

ورغم ذلك فإن علماء النفس لا يعرفون سوى القليل عن تشخيص اضطرابات النوم وعلاجها مقارنة بتشخيص المشكلات العقلية والصحية التي تحدث أثناء النهار، رغم أنها تعد واحدة من المشكلات واسعة الانتشار؛ فقد أشارت جمعية علم النفس الأمريكية (APA) في عام (2005) إلى أن اضطرابات النوم تنتشر فيما يقرب من 75% من البالغين و بين (25_40) من الأطفال .

كما أشارت العديد من الدراسات إلى أن هناك علاقة متبادلة بين اضطرابات النوم والصحة العقلية بما في ذلك القلق والاكتئاب. (Meltzer, Phillips and Minolell , 2009)

ويعد اضطراب القلق من أكثر الاضطرابات انتشاراً فقد أظهرت مجموعة من الدراسات العلمية - التي أجريت على ست عشرة دولة - تزايداً في معدلات القلق؛ إذ وصلت إلى 17.7% وتعد هذه المعدلات عالية جداً، ناهيك عن عدم تقديم خدمات مناسبة لمن يعانون من هذا الاضطراب. (Hishinuma, Migamigoto, Nishimura , Goedert, Ruen Makini and etat, 2001.

ومن خلال الاطلاع على الدراسات التي أجريت حول موضوع اضطرابات النوم وقلق السمة تبين أنه لم تجر سوى دراسة واحدة - في حدود علمنا - تبحث في علاقة اضطرابات النوم بقلق السمة عند طلاب الجامعة، فكان هذا حافزاً للقيام بهذه الدراسة، وبذلك تتحدد مشكلة الدراسة في التساؤل الآتي:

معرفة طبيعة علاقة اضطرابات النوم بقلق السمة لدى طلاب السنة الثالثة بالمرحلة الجامعية للعام (2009-2010) ؟

3.1 - أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة الحالية جزئياً في المتغيرات التي تتناولها وفي استكشاف طبيعة العلاقة بينها، كما أن موضوع دراسة اضطرابات النوم من الموضوعات الجوهرية في مجال الصحة النفسية والشخصية، وما زال المجال في حاجة ماسة إلى مزيد من البحث والدراسة خاصة في هذا العصر الذي زادت فيه اضطرابات النوم؛ إذ تؤثر اضطرابات النوم على الفرد نفسه

وعلاقته بالآخرين، وتؤدي إلى قلة الطاقة الجسمية بصفة عامة وشرود الذهن واضطرابات المزاج وسوء علاقة الفرد بنفسه وبالناس وبكل من حوله، كما أن الاهتمام بهذا الموضوع من كافة جوانبه قد يؤدي إلى زيادة الإنتاجية وتحسين نوعية الحياة، وقد يعالج كثيراً من الاضطرابات العصبية مثل القلق.

وما يضيف للدراسة أهمية هو أن اضطرابات النوم تأتي في مقدمة الاضطرابات التي يشكو منها مجموع المرضى المترددين على الأطباء من كافة التخصصات؛ فعلى أقل تقدير هناك ثلاثة أشخاص من بين كل عشرة لديهم شكوى متعلقة بالنوم. (أسعدة، 2001: 3).

وللاهتمام بدراسة القلق أهمية في مجال الصحة النفسية؛ إذ يعد القلق لب الاضطرابات النفسية؛ فهو أساس جميع الاضطرابات النفسية، كما أنه من أهم سمات عصرنا، ويمثل مشكلة مركزية في هذا العصر، ويعتبر القلق بنوعيه (الحالة أو السمة) أكثر أنواع القلق شيوعاً في التراث النفسي. (الأحمد، 2001: 7).

وتتجلى أهمية الدراسة في أنها تجرى على شريحة واسعة ومهمة من شرائح المجتمع، هم طلبة الجامعة؛ إذ يعد الطالب نفسه لبذل العطاء للمجتمع، لذلك - ومن وجهة نظر اجتماعية ونفسية - يجب بذل أقصى الجهود؛ حفاظاً على هذه الطاقة البشرية، والعمل على تنميتها واستثمارها بصورة أفضل .

فضلاً عن ذلك فإن الكشف عن القلق كونه سمة عند طلبة الجامعة، يمكننا من العمل على إرشاد الطالب القلق وتوجيهه نفسياً واجتماعياً؛ حتى يستطيع الاستمرار في دراسته دون قلق واضطراب.

فلارتفاع نسبة القلق آثاره الجسمية والعقلية والاجتماعية؛ فقد تؤدي إلى الشعور بالاختناق والصداع، والتوتر والأرق، وفقدان الشهية وسرعة النسيان، وعدم القدرة على التركيز وسوء التوافق الاجتماعي، مما يؤدي إلى اضطراب علاقة الطالب بالآخرين، وهذا كله من شأنه أن يؤثر على المستوى التحصيلي للطلاب وعلى قدرتهم في تحقيق ما يرغبون فيه. (حافظ، 1981: 199).

كما يمكن الاستفادة من هذه الدراسة في وضع البرامج الإرشادية المناسبة مثل بناء برامج علاجية؛ لتخفيف حدة القلق وتحسين نوعية النوم .

كما أن لهذه الدراسة أهميتها؛ فهي تطرح موضوعاً يعد ظاهرة إنسانية عامة تضيف للمكتبة العربية جديداً، مما قد يساعد الطلاب الجامعيين والباحثين في توسيع دائرة معارفهم، كما قد تحث الباحثين في مجال الإرشاد والصحة النفسية على إجراء المزيد من الأبحاث المتعلقة

بمتغيرات الدراسة، وبذلك يكون لهذه الدراسة الدور الإيجابي في وضع جزء من الدراسات المستقبلية التي تفيد في إثراء الموضوع من كافة جوانبه.

كما أن فكرة هذا البحث تنبع من الإحساس بالافتقار الشديد إلى المعلومات التي تتعلق باضطرابات النوم وقلق السمة .

4.1- أهداف الدراسة :

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على ما يأتي :

درجات اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية لدى عينة الدراسة .

مستوى قلق السمة لدى عينة الدراسة .

العلاقة الارتباطية بين درجات اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية ومستوى قلق السمة لدى عينة الدراسة .

الفروق العائدة للنوع (ذكور، إناث) في درجات اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية في اضطرابات النوم .

الفروق العائدة للتخصص (علمي، أدبي) في درجات اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية.

الفروق العائدة للنوع (ذكور، إناث) في مستوى قلق السمة .

الفروق العائدة للتخصص (علمي، أدبي) في مستوى قلق السمة .

5.1 - تحديد المصطلحات :

1.5.1- اضطرابات النوم :

أولاً - التعريف النظري لاضطرابات النوم:

عرفها محمد غانم (2006) بأنها : معاناة الفرد من اضطراب أو أكثر من اضطرابات النوم، وأن هذه المعاناة متكررة تقود إلى حدوث خلل في وظائف الفرد الحياتية. (غانم، 2006 : 274).

وعرفها أنور البنا (2007) بأنها حدوث مشكلة أو خلل في كمية وحدة النوم، وبذلك يحدث خلل بالنسبة للإنسان فيشعر بالتعب والإرهاق. (البنا، 2007 : 590).

ثانياً : التعريف الإجرائي لاضطرابات النوم :

هي الدرجة التي يحصل عليها الطالب من خلال إجابته على فقرات مقياس اضطرابات النوم الذي أعده خالد محمد عبد الغني (1998)، الذي تدل فيه الدرجة العليا على وجود اضطراب في النوم، أما الدرجة السفلى فتدل على عدم وجود اضطراب في النوم .

2.5.1 - قلق السمة :

أولاً: التعريف النظري لقلق السمة :

عرفه عبد الرقيب البحيري (1984) بأنه يشير إلى الاختلافات الفردية الثابتة نسبياً في قابلية الإصابة بالقلق، التي ترجع إلى الاختلافات الموجودة بين الأفراد في استعدادهم للاستجابة للمواقف المدركة كونها مواقف تهديدية بارتفاع القلق. (البحيري، 1984 : 11).

وعرفته سميحة إسماعيل (1994) بأنه أسلوب يميز شخصية الفرد، أو هو استعداد سلوكي يجعل الفرد قلقاً. (إسماعيل، 1994: 50).

ثانياً: التعريف الإجرائي لقلق السمة :

هو مستوى القلق كسمة أساسية في شخصية الفرد، الذي يتضح من خلال استجابات أفراد العينة على مقياس قلق السمة .

6.1- حدود الدراسة :

تحدد الدراسة بالمتغيرات الأساسية، والأدوات التي تقيسها، وكذلك أفراد العينة التي تخضع لإجراءاتها، وهم فئة الطلبة الجامعيين ضمن التخصصات العلمية والأدبية، وبالسنة الدراسية.

الفصل الثاني

الإطار النظري

أولاً: اضطرابات النوم وتشمل:

1.2 مفهوم النوم.

2.2 أنواع النوم.

3.2 وظائف النوم.

4.2 نظرات تفسر النوم.

5.2 مفهوم اضطرابات النوم.

6.2 تصنيف اضطرابات النوم.

7.2 أسباب اضطرابات النوم.

8.2 علاج اضطرابات النوم.

ثانياً: القلق ويشمل:

1.1 مفهوم القلق.

2.1 أعراض القلق.

3.1 أنواع القلق.

4.1 أسباب القلق.

5.1 علاج القلق.

6.1 الاتجاهات النظرية المفسرة لقلق.

الفصل الثاني

الإطار النظري

أولاً - اضطرابات النوم :

1.2- مفهوم النوم :

لقد أثار موضوع النوم والتناقض بين حالة النوم واليقظة انتباه أجدادنا القدماء ودفعهم إلى التأمل والتفكير في حالة الوعي أو الشعور، كما أن التشابه الذي يوجد بين حالة النوم والموت وكذلك اصطحاب النوم بظاهرة الأحلام، كل هذا قد يساعد في صياغة فكرة الإنسان عن النوم واليقظة، والحياة والموت، وفكرة الفناء والحياة الآخرة؛ فقد اعتبروا النوم عبارة عن اختفاء الروح اختفاءً مؤقتاً، أما الموت فهو اختفاؤها اختفاءً مطلقاً. (العيسوي، 1987: 146).

وبذلك يكون هناك تشابه بين النوم والموت؛ ففي كليهما ينتقل الإنسان من حالة اليقظة إلى حالة أخرى يفقد فيها يقظته وإرادته وحركته، لكن هذه التغيرات تكون مؤقتة في حالة النوم، ودائمة في حالة الموت. (المهدي، 2001: 14).

كما قد شغل موضوع النوم واضطرابات أذهان كثير من الرجال والنساء والمفكرين منذ أكثر من ألفي عام، إلى درجة خصص فيها اليونانيون القدامى إلهاً للنوم سمي (هبنوس؛ أي توأم الموت)، لكن البحث العلمي الجاد في موضوع النوم واضطرابات لم يظهر بجلاء إلا منذ حوالي أربعين عاماً. (رضوان، 2003: 32).

وقد تناول العديد من المختصين في مجال الصحة النفسية دراسة النوم من حيث المفهوم والمتغيرات المرتبطة به منهم (فرويد) الذي عرفه بأنه : انسحاب مؤقت إلى وضع يشابه وضع الكائن الحي في المرحلة الجنينية.

و(بافلوف) الذي عرفه بأنه حالة من الكف عند الكائن الحي تساعده على استعادة التوازن بين عمليات البناء والهدم. (ربيع، 2004: 204).

أما (جميس دريفر James، 1963) فعرفه : بأنه حالة غير متغيرة من الاستثارة المنخفضة، تتسم بأنشطة متنوعة ومستمرة في حركة الجسم، والنظم الفسيولوجية. (الخالدي، 2007: 552).

ويرى (كلابرد Kelabird) أن النوم ليس نتيجة لحلول التعب، وإنما هو وظيفة حيوية يقوم بها الكائن الحي ليقى نفسه من حلول التعب. (كمال، 2005: 281).

وعرفة (الكندي) بأنه : ترك استعمال النفس للحواس جميعاً؛ أي إذا سكنت أعضاء الإنسان ولم يستخدم حواسه إطلاقاً أدى به ذلك إلى النوم. (نجاتي، 1993: 31).

ويشير (خليل البياني، 2002) إلى النوم : بأنه حالة من عدم الوعي الجزئي بحيث يمكن أن يعود الفرد إلى اليقظة في حالة تنبيهه.

وهذا يميز النوم عن حالة الغيبوبة؛ لأنه في حالة الغيبوبة لا يمكن إعادة الشخص إلى الوعي إلا في حالة التنبيه الزائد. (البياتي، 2002: 300).

وعرفه (محمد ربيع، 2004) بأنه حالة من الاسترخاء الجسمي يغمض الإنسان فيها عينيه وينعزل عن العالم الخارجي، ويكف فيها عن الأنشطة والوظائف الحركية. (ربيع، 2004 : 104).

ومجمل القول أن النوم حالة متكررة من انعدام الفعالية تفتقر بفقدان الوعي المؤقت وانخفاض مستوى الشعور بالمؤثرات المحيطة، ويختلف عن فقدان الوعي المطلق؛ لسهولة عودة النائم إلى مستوى اليقظة بمجرد إيقاظه من نومه. (غانم، 2004 : 116).

ويمكن اعتبار حالتي النوم واليقظة متغيرين يقعان على مدى متصل يتباين من الغيوبة وفقدان الوعي والنوم العميق في طرف، وحالة اليقظة التامة في طرف آخر، ويقوم على طول المدى المتصل مستويات متفاوتة من النوم واليقظة، ويعتبر التبادل بين حالتي النوم واليقظة نموذجاً للدورة اليومية التي تحدث كل أربع وعشرين ساعة. (عبد الستار، 1994 : 17).

لذلك أشار حسن باش إلى أن النوم حالة طبيعية متكررة يتوقف فيها الكائن الحي عن اليقظة وتصبح حواسه معزولة نسبياً عما يحيط به من أحداث. (باش، 1993 : 25).

ويحدد (رمضان القذافي، 1999) معنى النوم بأنه : انخفاض النشاط في جهاز التنبيه والإيقاظ؛ إذ يعمل جهاز التنبيه كمركز للإيقاظ مما يؤدي إلى الانتباه والاستثارة. (القذافي، 1999 : 166).

وبذلك يعتبر النوم حالة من الهدوء تشمل الجهاز العصبي والعضلات، كما يدل على ذلك تسجيل النشاط الكهربائي للمخ. (الشربيني، 2000 : 25).

2.2- أنواع النوم :

في القديم كان ينظر إلى النوم بأنه حالة واحدة من انخفاض مستوى الوعي والحركة والاستجابة، وإذا اختلف فإنما تختلف من حيث العمق. (المهدي، 2001 : 20).

أما الآن فقد قسم النوم بناءً على ثلاثة قياسات فسيولوجية دقيقة إلى نوعين رئيسيين تبعاً لسرعة حركة العين تحت الجفن أثناء النوم، ففي الثلث الأول من النوم تهيم موجة حركة العين البطيئة ويهيمن على الثلث الأخير حركة العين السريعة. (fort,p,2010)

كما توصل العلم الحديث إلى أن النوم ليس نوعاً واحداً، كما يعتقد فهو - على الأقل - نوعان مختلفان هما :

النوع الأول : هو ما يسمى بالنوم الكلاسيكي أو النوم السوي، وخلال هذا النوع من النوم تكون أجهزة الجسم في حالة هدوء، فيقل التنفس وضربات القلب وإفرازات المعدة. (الملاي، 2006 : 26).

وهذا النوع من النوم يتميز بأنه لا تصاحبه حركات العين السريعة، ويمكن تقسيم هذا النوع من النوم إلى أربع مراحل من خلال موجات الدماغ عن طريق رسم المخ الكهربائي. (إبراهيم والنيال، 1993 : 89).

المرحلة الأولى (مرحلة الإرهاق أو النعاس) : هي حالة اليقظة التي تسبق الدخول في النوم، ويكون نشاط (ألفا) بين (7-12) هيرتز / ثانية. (رضوان، 2003 : 34).

وهنا تطول الفترات بين ظهور موجات ألفا وتصبح هذه الذبذبة أقل سرعة مع احتمال ظهور الذبذبة ثيتا في هيئة سريعة. (عكاشة، 1993 : 227).

المرحلة الثانية (مرحلة بدء النوم) : تظهر في هذه المرحلة حركات العين السريعة، التي تميز هذا النوع من النوم الذي يظهر في أثناء الأحلام. (عكاشة، 1993 : 288).

كما تظهر في هذه المرحلة الموجات المغزلية وتستمر الواحدة من (1-2 / ثانية) تقريباً وتكون سرعة الموجات من (12-24) موجة في الثانية. (عوض، 1995 : 138).

المرحلة الثالثة (مرحلة النوم الخفيف) : تتميز هذه المرحلة بوجود الموجات المغزلية، وهي حوالي (14موجة/ ثانية) وتقل ذبذبتها تدريجياً كلما زاد النوم عمقاً ويحل محلها الذبذبة ثيتا. (عكاشة، 1993 : 229).

وتهبط العمليات الحيوية مثل التنفس وضربات القلب، وتكون عضلات الجسم مسترخية جداً. (البياني، 2002 : 303).

المرحلة الرابعة (مرحلة النوم العميق) : يكون النائم في حالة استرخاء تام، ونادراً ما يتحرك غير مدرك للعالم الخارجي، ومن الصعوبة إيقاظه، وفي هذه المرحلة يحتمل أن يقوم النائم بالمشي أو الكلام، وتكون موجات دلتا هي الغالبة على رسم المخ. (دافيدوف، 1992 : 302).

المرحلة الخامسة (مرحلة النوم شديد العمق) : في هذه المرحلة تظهر موجات بيتا وتصل إلى 1 هيرتز / ثانية. (رضوان، 2003 : 34).

تزداد العمليات الحيوية مثل التنفس وضربات القلب، لكن نشاط الجهاز العصبي ينخفض وتكون العضلات مسترخية، ما عدا العضلات المحركة للعين، وفي هذه المرحلة يظهر الحلم أكثر من غيره في المراحل السابقة. (البياني، 2002 : 303).

وتستغرق هذه المرحلة من (20-25) من إجمالي وقت النوم، ولها مميزاتها الواضحة على صعيد التخطيط الدماغى؛ ففيها تكون الموجات منخفضة، وأشبه بالتخطيط أثناء اليقظة، ويشبه هذا التخطيط أسنان المنشار. (النابلسي، 1991 : 109).

النوع الثاني: يطلق عليه النوم غير المتزامن أو النقيض، وسمي بالنوم النقيض؛ لأن نشاط المخ الكهربائي أثناءه يختلف عن النشاط أثناء النوم الحقيقي، ويحدث هذا النوع من النوم مرة كل 90 دقيقة، ويستمر 20 دقيقة في كل دورة. (القطان، 1980 : 85).

وتحدث فيه حركات العين السريعة، ويصاحبها في رسم الدماغ الكهربائي موجات سريعة وقصيرة، مما يدل على أن النوم في هذه الفترة يكون خفيفاً، ويصاحب النوم النقيض نشاط في كل الأجهزة، وتزداد حركة التنفس وسرعة القلب وضغط الدم، وإفرازات المعدة. (إبراهيم والنيال، 1993 : 80).

وهذان النوعان من النوم ضروريان ويحدثان بالتناوب والتتابع عدة مرات، غير أن ما يلاحظ هو أن فترات النوم الكلاسيكي تكون أطول، وقد تستغرق ثمانين بالمائة تقريباً من فترات النوم.

3.2- وظائف النوم :

لا يزال فهمنا لوظيفة النوم من الأمور المحيرة، لكن يبدو منطقياً أن من وظائف النوم الوظيفة التجديدية، فهناك آراء تشير إلى أن المرحلتين الثالثة والرابعة من النوم - على الأخص - تساعدان في تركيب بعض المركبات الكيميائية وتكاملها مثل البروتينات وحمض (RNA)، كما أن المرحلة الخامسة من النوم تجدد وظائف الانتباه والعاطفة، وأشار بعض الباحثين إلى أن جزءاً كبيراً من هذه المرحلة يحدث في العادة بعد أيام مليئة بالقلق والتوتر والتعلم المكثف؛ فالنوم (خاصة المرحلة الخامسة) يساعد في التعامل أو التعايش مع المواقف الضاغطة في الحياة والتعامل مع البيئة بكفاءة أكبر بعد أن يستيقظ الفرد. (الريماوي، 2004: 211).

وللنوم وظيفة جسمية فللنوم الطبيعي الهادئ أثر كبير على الجسم؛ إذ تستريح كل أجهزة الجسم، وتكون هناك فرصة لإعادة بناء بعض الأنسجة التي تتلف أثناء ساعات النشاط، وهناك أيضاً فرصة للتخلص من أنواع التمثيل الغذائي المتراكمة مثل (حمض اللبنيك) وبذلك يستيقظ الشخص وهو يشعر بالراحة وتجدد النشاط. (المهدي، 2001 : 35).

إذن ليس النوم مرحلة ركود أو خمول، وإنما هو مرحلة صيانة للجسم واستعادة لما فقده من عناصر، ويستطيع الجسم من خلاله أن يحصل على حيوية ونشاط، وبذلك تكون وظيفة النوم الأساسية هي إعطاء الجسم الطاقة والحيوية؛ ليستعيد قواه. (الدسوقي، 2006: 129).

4.2- نظريات تفسر النوم :

لماذا ننام؟ سؤال قد يبدو عديم المعنى؛ فضرورة النوم مسألة يعرفها الجميع، ومع ذلك فإن الحاجة للنوم ضرورية شغلت العلماء بشكل كبير، وظهرت العديد من النظريات التي حاولت تفسير كل المظاهر المرتبطة بالنوم، وسوف تقوم الباحثة بعرض أكثر الاتجاهات الموضوعية في تفسير ظاهرة النوم :

أولاً: الاتجاه البيولوجي :

1-النظريات الأيضية للنوم :

يرى أنصار هذه النظرية أن المخ في فترة اليقظة يقوم بإنتاج مادة تسمى (الحامل الحادت للنوم)، وهذه المادة تتجمع في السائل المخي النخاعي، وعند وصولها لمستوى معين من التركيز يحدث النوم، وأن دورة التجمع والتخلص تؤدي إلى دورة النوم واليقظة. (عبد الغني، 1998 :12).

2- النظرية النيورنية للنوم :

يفترض أنصار هذه النظرية أن النوم واليقظة يحدثان نتيجة تباعد وتقارب اتصال الخلايا العصبية في المخ، بالإضافة إلى نقص الدورة الدموية للمخ، وأنه إذا حدث (كف) فوق النصفين الكرويين بالمخ حدث النوم، وإذا انحصر تلاشى النوم. (الشربيني، 1994: 140).

3- النظرية الوعائية :

يُعد العالم الفسيولوجي (موسو) من أوائل أنصار هذه النظرية، وتفترض هذه النظرية أن السبب في حدوث النوم هو نقص في كمية الدم التي تذهب إلى المخ، حيث توجد مناطق عصبية في المخ مرتبطة عن طريق وصلات عصبية، وهذه المناطق هي المسؤولة عن الحفاظ على دورة النوم واليقظة. (الزيات ولوكيل، 1968: 25).

وهذه المناطق هي (أ) التكوين الشبكي: وهي شبكة من الخلايا العصبية تتحكم في حالة اليقظة، وتجعلنا متيقظين فإذا انتهت من عملها تبدأ نشعر بالنعاس. (إبراهيم والنيال، 1993: 80) (ب) وهي مجموعة نوبات تمتد من النخاع المستطيل حتى المخ ولها تأثيرها الخاص على النوم، وأي تلف في هذه المنطقة يؤدي إلى الأرق. (عكاشة، 2000: 305).

ج- الخلايا العظمى للغطاء أو الحاف: وهي موجودة بالقنطرة، ولها دور فعال في النوم؛ إذ تتفاعل منطقة الخلايا العظمى بالغطاء مع الجسم الأزرق؛ لتغيير النوم التزامني إلى غير تزامني والعكس، وهذه الخلايا العظمى لها أهمية واضحة خاصة في النوم غير المتزامن، كما أن تلفها يؤدي إلى زوال هذا النوع من النوم. (المهدي، 2001: 19).

د- الجسم الأزرق: يحتوي على (النور أدرينالين) وله دور في عملية النوم واليقظة؛ ففي عملية اليقظة إذا حدث قطع عرضي فإن ذلك يؤدي إلى زيادة نشاط أنوية الحافة، وهذا يؤدي إلى زيادة السيروتونين الذي يثبط نشاط التكوين الشبكي عن طريق مساراته، وهذا يعني زيادة النوم، وأما دوره في النوم فيؤدي إلى التغيير من النوم المتزامن إلى النوم غير المتزامن. (حقي، 2004 : 90).

ه- الهيپوثلامس: يعتبر مركز الاستيقاظ حيث يؤدي إلى إضافة بعض الأنواع إلى اليقظة، بينما تؤدي إصابة بعض الأجزاء إلى النوم. (أغا، 1981، 115).

4- النظرية الكيميائية :

ومن أبرز أنصار هذه النظرية العالمان (هنري بيير وليجندر) وتفترض هذه النظرية أنه أثناء النشاطات الجسمية والفسيولوجية المختلفة، ومن خلال العديد من العمليات الكيميائية والحيوية التي تحدث داخل جسم الإنسان ينتج العديد من الفضلات، وهذه الفضلات عندما تزيد نسبتها في الدم وخاصة في السائل الدماغي تؤثر على المراكز العصبية؛ فيشعر الإنسان بالتعب فيحدث النوم، وأثناء النوم يتخلص الجسم تدريجياً من هذه النواتج الضارة فيستعيد الجهاز العصبي نشاطه ويستيقظ الإنسان من النوم .

ويؤخذ على هذه النظرية أنها لا تفسر حدوث النوم واليقظة المفاجئة، وهكذا يمكن القول بأن هذه النظرية توضح أسباباً تهيئ الفرد للنوم، لكنها لا تفسر النوم ذاته ولا توضح طبيعته. (الدسوقي، 2006 : 128).

ثانياً: الاتجاه النفسي :

1- نظرية التحليل النفسي: اهتم علماء التحليل النفسي بدراسة صعوبة النوم عند الأطفال وفسروها بعدة عوامل منها قلق الانفصال، والقلق الأوديبي، والخوف من ظهور الرغبات المكبوتة، وفيما يلي عرض لكل عامل من هذه العوامل :

1- ضعف الأنا : أشار فرايبيرج إلى أن الأطفال يعانون من صعوبات النوم في السنة الثانية؛ لأن (الأنا Ego) في هذا السن ضعيفة لا تقوى على حل الصراعات الشرجية، ومن هنا يفزع الطفل ويضطرب نومه .

2- قلق الانفصال : يفصل النوم الطفل عن والديه، ويشعر بعض الأطفال بالقلق من هذا الانفصال، فيكرهون النوم، ويقاومون الذهاب إلى الفراش أو يسهرون ويعانون الأرق، أو النوم الخفيف المتقطع، أو يرفضون النوم إلا في أحضان أمهاتهم، وهذا يعني أن صعوبات النوم هي رفض الطفل الانفصال عن أمه لتعلقه بها أو لخوفه من الوحدة التي يشعر بها في النوم. (عودة ومرسي، 1994: 314).

3- القلق الأوديبي : يصاحب القلق الأوديبي الذي يعانيه الأطفال من سن 4-6 سنوات صعوبات في النوم؛ ففي سن ما قبل المدرسة يسقط الولد خوفه من أبيه على أي شيء مثل الأشباح، والحيوانات المفترسة، ويستدل علماء التحليل النفسي على صحة هذا التفسير من انتشار الفزع أثناء النوم عند الأطفال. (القذافي، 1999: 124).

4- الخوف من الرغبات المكبوتة :

عند تدريب الطفل على تنظيم عمليات الإخراج قد يعامله والداه بقسوة، فيشعر بالعداوة نحوهما، لكنه يكبتها ويخاف من النوم؛ لأنه يضعف سيطرته على هذه المشاعر وغيرها من الرغبات المكبوتة في اللاشعور ويخشى ظهورها في الشعور، فإلحاح هذه الرغبات وخوف الأنا

من ظهورها قد يسبب الأرق والنوم المتقطع، وقد تؤدي قسوة الوالدين على الطفل في مواقف التبول اللاإرادي إلى خوف الأنا الأعلى عنده من الوقوع في الخطأ وبالتالي لا يرغب في النوم لخوفه من أن يبلى فراشه، ويعاقبه والداه، فيعاني الأرق والفرع أثناء النوم. (الدسوقي، 2006 : 127).

2- النظرية السلوكية :

يفسر أصحاب المدرسة السلوكية النوم الطبيعي والمضطرب بأنه سلوك متعلم، ويرجعون صعوبة النوم عند الأطفال إلى أخطاء الوالدين في تنشئة الطفل خلال الارتباط الشرطي وإلى الظروف والمواقف السيئة أو التطبيق الخاطئ للثواب والعقاب في مواقف النوم، مما يجعل النوم مضطرباً، كما قد يتم تعلم اضطرابات النوم عن طريق التقليد الاجتماعي الخاطئ. (عودة ومرسي، 1986 : 315).

3- نظرية الكف والإثارة :

يعتبر (بافلوف) صاحب هذه النظرية وهو أشهر علماء وظائف الأعضاء، فقد اشتهر بدراساته على السلوك العصبي الأعلى، وخاصة المتصل بالأفعال المشروطة، ويرى صاحب النظرية أن عملية النوم ما هي إلا حالة عامة من الردع تعقب فترة طويلة من النشاط لتلك الخلايا. (الزيات والوكيل، 1968 : 28).

فهو يفسر النوم بأنه فترة راحة للمخ تسببه مجموعتان من المنبهات هما:

أ- المنبهات الباطنية: ناتجة عن تعب جسمي وإرهاق، ويمكن في هذه الحالة إعاقة النوم عن طريق الإثارة لأجزاء المخ مما يؤدي إلى اضطرابات النوم. (الدسوقي، 2006 : 127).

ب - المنبهات الخارجية: وهي تتكرر على نحو منظم أو متناسق وهذا يؤدي إلى النوم .

5.2- مفهوم اضطرابات النوم :

يقصد باضطرابات النوم الصعوبات أو المعوقات التي تؤدي إلى قلة النوم أو إلى سوء نظامه، وهي إما أن تظهر في بداية النوم أو في أثنائه. (عبد المعطي، 2003 : 120).

وهي ظواهر للنوم المفكك بدلاً من النوم المتكامل، وقد يظهر اضطراب النوم في أشكال متباينة تأخذ طابع الخطورة والتكرار والاستمرار، وقد يكون ذلك نتيجة لمؤثرات بيئية وأسرية أو مجموعة خبرات مؤلمة وتربوية غير رشيدة. (شاكر، 1985 : 18).

وعرفها (عبد الرحمن العيسوي، 1990) بأنها تعبير عن رغبات مكبوتة وصراع نفسي وشعور بالفشل والدونية والإهمال. (العيسوي، 1990 : 195).

وحدها (حسين فايد، 2001) بأنها مصدر إزعاج خطير يتداخل في أنماط النوم السوي ويتعارض مع الأداء المهني أو الاجتماعي للشخص ويسبب له ضيقاً نفسياً. (فايد، 2001 : 203).

وعرفها (أديب الخالدي، 2006) بأنها حالات اضطرابية غير عابرة ومزيج من الصعوبات والمصاحبات للنوم نتيجة للضغوطات النفسية، والمدرسية، والاجتماعية، وعدم إشباع الحاجة للنوم، فتؤثر على الجهاز العصبي، وتؤدي إلى ضعف الانتباه وإغراق الإدراك وبطء النشاط الحركي . (الخالدي، 2006 : 4).

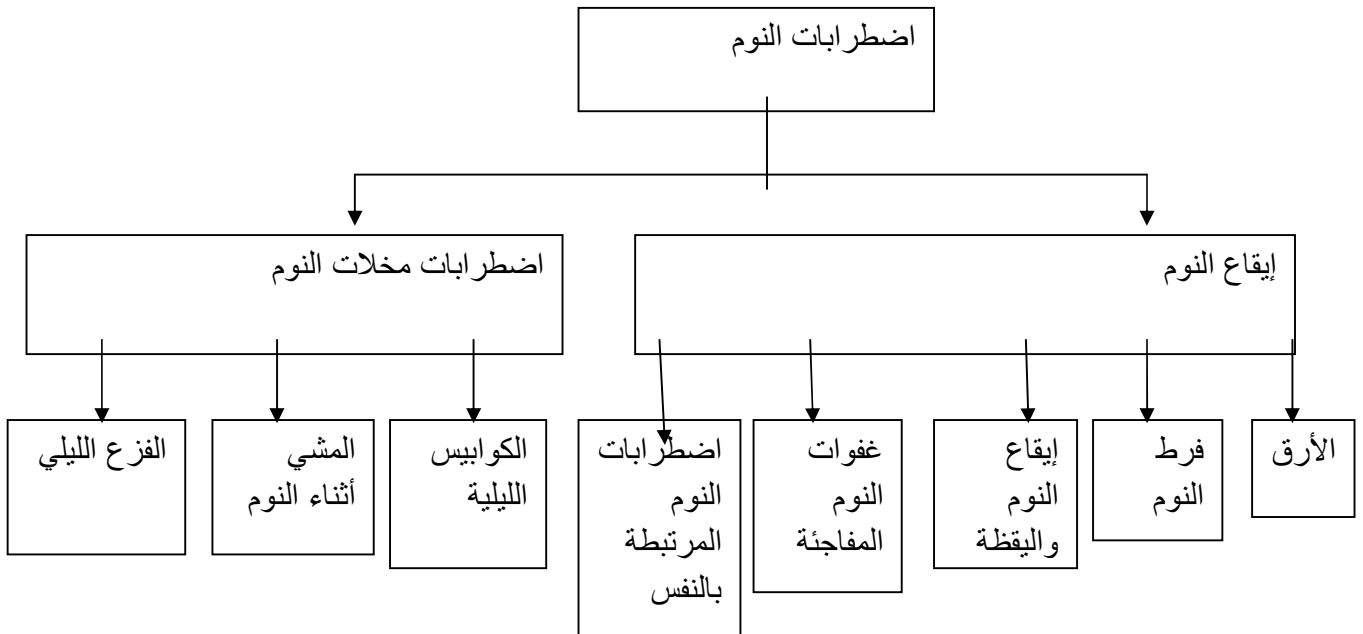
وعرف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع اضطرابات النوم بأنها معاناة الفرد من اضطراب أو أكثر من اضطرابات النوم، وأن هذه المعاناة متكررة وتعود إلى إحداث خلل في وظائف الفرد الحياتية. (غانم، 2004 : 274).

من خلال عرض التعريفات السابقة يتضح لنا أنها اتفقت فيما بينها على أن اضطرابات النوم معوقة للنوم وتؤثر في وظائف الفرد الحياتية، وفي الانتباه والتركيز والنشاط المهني والاجتماعي، لكنها اختلفت في تحديد أسباب اضطرابات النوم؛ فمنهم من أرجعها إلى المؤثرات البيئية، أو إلى الرغبات المكبوتة والصراع النفسي، والخبرات المؤلمة أو إلى ضغوطات نفسية ودراسية، وبالتالي تعتبر اضطرابات النوم من الظواهر التي يصعب تفسيرها تفسيراً علمياً واضحاً؛ فما يزال يحيطها الغموض.

6.2- تصنيف اضطرابات النوم :

قد أسهمت جهود الكثير من المشتغلين في دراسة النوم واضطراباته إلى ظهور تصنيفات عديدة لاضطرابات النوم، وتعرض الباحثة في هذا السياق أهم هذه التصنيفات شيوياً في الدراسات العربية والأجنبية التي اهتمت بتصنيف اضطرابات النوم .

شكل (1) تصنيف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM_LII_R, 1987)



هي حدوث اضطراب في كمية النوم أو كميته أو توقيته، ويشمل ثلاثة

اضطرابات فرعية

1- اضطراب الأرق : Insomnia

هو عدم قدرة الفرد على النوم إلا بعد فترة من الوقت، وعند الاستيقاظ يشعر الفرد بالتعب وعدم الراحة، مما يؤدي إلى عدم أداء الفرد لعمله في النهار. (منسي، 1998 :155).

ويعرف الأرق من وجهة نفسية بأنه استجابة مؤقتة لمثير انفعالي، ومن وجهة فسيولوجية يعرف بأنه استجابة مؤقتة لمثير فيزيقي، مثل التعب أو تناول أدوية أو تغيير الفراش. (رضوان، 2003 :38) .

أشكال الأرق :

1- الصعوبة في بدء النوم: هو أكثر أشكال الأرق شيوعاً، وفي هذه الحالة يعاني الشخص من البقاء في الفراش لمدة طويلة انتظاراً للدخول في النوم، وخلال هذه الفترة يتقلب في الفراش ويتحرك في قلق و مع مرور الوقت ينام.

2- أرق مواصلة النوم: أهم ما يميز هذا الشكل كثرة الاستيقاظ أو النوم المتقطع، كما أن النوم يكون سطحياً مما يؤدي إلى عدم حصول الفرد على وقت كاف من النوم.

3- أرق نهاية النوم: حيث يصحو الفرد قبل الفجر وهو ما يسمى بالاستيقاظ المبكر ويصعب عليه أن ينام بعد ذلك. (العزة، 2006 : 193).

كما يعد اضطراب إيقاع الساعة البيولوجية من أنواع الأرق ويظهر في صور نعاس قبل الدخول في النوم، وأحياناً يظهر في شكل استيقاظ من النوم في منتصف الليل، وعدم العودة بسهولة إلى حالة النوم. (Denis Marti nez and Maria docarmo sfreddo Lanz 2010) .

ومن حيث ديمومته يصنف الأرق إلى ثلاثة أشكال عيادية هي :

الأرق العابر: قد يستمر الأرق عدة أيام كرد فعل شائع لفترات الشدة الحادة.

الأرق قصير الأمد: قد يستمر ثلاثة أسابيع ويرتبط بشكل أساسي بحالات الشدة في المواقف المرتبطة بظروف العمل أو الحياة العائلية، بما في ذلك فقدان الوظيفة أو فقدان أحد أفراد العائلة. (مارشي، 1990 :33).

ج- الأرق طويل الأمد (المزمن) : هذا النوع من الأرق يستمر لأسابيع أو شهور عديدة وقد يستمر سنوات عدة، ويسبب هذا النوع من الأرق الاكتئاب والضغط المزمنة وبعض المشاكل الصحية مثل التهاب المفاصل وقصور القلب والربو وأمراض الكلى. (العزة، 2006 :194).

أسباب الأرق :

العمر المتقدم؛ إذ يزداد انتشار الأرق لدى الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن 60 عاماً.

التوتر الشديد الذي يؤثر على مجرى الحياة مثل فقدان الوظيفة أو تغيير الوظيفة أو وفاة شخص عزيز أو الانتقال إلى بيئة أخرى.

القلق والاضطراب والهم والمتاعب المسببة للقلق، والغضب والحزن أو توقع حدث هام .

الحالات المرضية مثل حالات مرض القلب والتنفس، والجهاز الهضمي وارتفاع ضغط الدم، والتهاب المفاصل، وفقدان الشهية للطعام.

تغيير الوقت الزمني مثل الانتقال أو السفر إلى أماكن يختلف التوقيت الزمني فيها.

الألم وهو أحد الأسباب الأكثر شيوعاً.

تغيير المكان مثل الانتقال إلى منزل جديد.

العوامل البيئية مثل الضوضاء أو درجات الحرارة الزائدة جداً عن الحد، التي تعوق النوم وتسبب عدم الراحة.

الأشياء التي تعوق أو تؤثر على النوم الطبيعي مثل التعب أو الإرهاق.

المخدرات والعقاقير.

هناك بعض السلوكيات التي تساعد على استمرار الأرق مثل تناول الشاي والقهوة والكوكاكولا وتدخين السجائر قبل وقت النوم، وشرب الخمر قبل وقت نوم القيلولة الزائد عن الحد. (الرشدي، 1999 : 318).

وكي يتم تشخيص الأرق الأولي لا بد من توفر المحكات الآتية:

الشكوى البارزة من صعوبة بدء النوم ويحدث هذا مدة شهر على الأقل .

ينعكس هذا الإجهاد الناتج من صعوبة النوم على المجالات الحياتية بصفة عامة، وكي يتم تحديد الأرق الأولي لا بد من استبعاد أي اضطرابات أخرى مثل الاكتئاب أو القلق.

يجب استبعاد تأثير المواد الإدمانية التي تؤثر مباشرة على أجهزة الفرد الجسمية.

يجب الأخذ في الاعتبار أسباب هذه الاضطرابات بعيداً عن استبعاد مؤثرات أخرى.

(غانم، 2004 : 280).

2- اضطراب فرط النوم Hypersomnia :

يعرف بأنه حالة من النعاس الشديد خلال النهار مع نوبات من النوم تستغرق مدةً طويلةً للانتقال إلى حالة اليقظة الكاملة عند الاستيقاظ، وفي هذه الحالة يصعب على الفرد أن يستيقظ

بشكل تلقائي، ويستغرق في النوم ساعات طويلة قد تستمر من (16-17) ساعة. (عبد القوي، 1995: 288).

وقد يكون فرط النوم تعبيراً عن صراع نفسي أو هروباً من واقع معين أو تعبيراً عن حالة اكتئاب أو قلق، وفي هذه الحالة يكون النوم نوعاً من أنواع النكوص. (إبراهيم والنيال، 1993: 81).

كما قد يكون فرط النوم نتيجة أسباب عضوية مثل نقص هرمون الغدة الدرقية، أو نتيجة سوء التغذية أو الإصابة في الجهاز العصبي مثل التهاب السحائي، أو الحمى الشوكية. (الدسوقي، 2006: 114).

وغالباً ما يؤدي اضطراب فرط النوم إلى حدوث خلل وظيفي، أو إعاقة للنشاط الاجتماعي وتفاوت الإعاقة الوظيفية والاجتماعية حسب شدة الاضطراب. (الخالدي، 2002: 385).

-المعايير التشخيصية لاضطراب فرط النوم وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع: يشخص هذا الاضطراب وفقاً للمعايير الآتية:

الشكوى الواضحة من فرط النوم مدة شهر على الأقل، ويأخذ شكل نوبات متواصلة أو نوبات النوم النهاري التي تحدث يومياً.

يسبب فرط النوم كريباً (إكلينيكي) حاداً أو خللاً في الأداء الاجتماعي أو الوظيفي، أو أي مجالات أخرى هامة تتأثر بالأداء .

لا يتم تفسير اضطراب فرط النوم بواسطة الأرق أولاً؛ فقد يحدث أثناء حدوث أي اضطراب آخر من اضطرابات النوم .

لا يرجع الاضطراب إلى أي عوامل أخرى خارجية أو فسيولوجية، أو تناول أي أدوية نفسية أو أي حالة طبية عامة. (غانم، 2006 : 278).

3- اضطراب جودل للنوم واليقظة Sleep wake Schedule disorder :

هو حالة من فقدان التزامن بين نظام الفرد في النوم واليقظة وبين نظام النوم واليقظة المرغوب فيه من قبل محيط الفرد، مما يترتب عليه شكوى إما من الأرق وإما من فرط النوم، وبالتالي فإن الفرد المصاب بهذا الاضطراب لا ينام عندما يريد، بل ينام في أوقات أخرى لا يرغب فيها. (يوسف، 2000 : 151).

وقد يحدث عدم التناسق بين دورة النوم - اليقظة الخاصة بالفرد وبين البيئة المحيطة - بين الأفراد الذين يتعرضون كثيراً لفروق في التوقيت بين البلدان نتيجة السفر المتكرر بالطائرة، ولا يجزم بوجود هذا الاضطراب إلا عندما يشعر المريض بضغط نفسي بالغ أو تلف وظيفي. (رضوان، 2004 : 233).

وقد يكون هذا الاضطراب نفسي المنشأ؛ إذ إن الأفراد الذين تتصف أوقات نومهم واستيقاظهم بعدم التنظيم، كثيراً ما يعانون من اضطرابات شخصية أو وجدانية. (عكاشة، 1992: 20).

وهناك ثلاثة أنواع لهذا الاضطراب :

النوع المتقدم أو المتأخر: وفيه ينام الشخص قبل المواعيد المعتادة لعامة الناس ويستيقظ قبلهم أو العكس، بحيث ينام متأخراً ويصحو متأخراً .

النوع غير المنتظم : نجد اضطراباً شديداً في أوقات النوم واليقظة، بحيث لا يوجد نظام ثابت ولا مواعيد ثابتة للنوم واليقظة .

النوع عديد التغير: في هذا النوع نجد أنه يحدث تغييراً في نظام النوم واليقظة من وقت لآخر، لكن هذا التغير يحدث بصورة منتظمة. (المهدي، 2001: 53).

المحكات التشخيصية لاضطراب جدول النوم - اليقظة :

نظام الفرد في النوم واليقظة غير متوافق مع نظام اليقظة المرغوب فيه، ولا يتناسب مع أغلب الأشخاص في محيط الفرد .

يعاني الفرد نتيجة اضطراب جدول النوم واليقظة من الأرق أثناء الجزء الأكبر فترة النوم أو فرط النوم أثناء فترة الاستيقاظ وذلك كل يوم تقريباً لمدة شهر على الأقل .

الكمية والكيفية وأوقات النوم غير المرضية تسبب إزعاجاً شديداً؛ لتعارضها مع أداء الفرد لمهامه الاجتماعية والمهنية. (عكاشة، 1998 : 517).

مصاحبات النوم Parasomnia:

قد تحدث أحداث غير طبيعية تؤدي إلى اختلال النوم، ويطلق على هذه الحالات اضطرابات المخلات بالنوم، وتتميز بوقوع حدث غير عادي خلال ساعات النوم أو عند العتبة بين النوم واليقظة.

تشمل مصاحبات النوم الاضطرابات الآتية :

الكابوس Nightmaress: هو استجابة خوف أو رعب ليلي يحدث أثناء النوم، و يحدث في الغالب نتيجة حلم مخيف. (داود وحمدى، 1989: 279).

ويعرفها سبور ماكر وسكريدلب وباوتا (2006) بأنها أحلام مرعبة للغاية تؤدي بالشخص إلى الاستيقاظ مباشرة وتؤدي إلى مشاعر الغضب والحزن، ويضعون نوعين من الكوابيس:

كوابيس ما بعد الصدمة: هي الكوابيس التي تعقب الصدمات وتعد جزءاً منها؛ أي تعد جزءاً من اضطراب ما بعد الصدمة، كما ينظر إليها كرد فعل بعد الصدمة.

الكوابيس مجهولة السبب: هي الكوابيس التي لا علاقة لها بحدث مؤلم، وإنما تعد مجهولة المصدر. (Spooe Maker , Schitedl and Bowt , 2006).

ويحدث الكابوس أثناء النوم النقيض ويصحو الفرد في حالة خوف شديد، ويصاحب هذا الشعور زيادة في ضربات القلب وسرعة في التنفس، ويتذكر الفرد الحلم بوضوح وسرعان ما يهدأ و يعود للنوم مرة ثانية. (إبراهيم والنيال، 1993 : 81).

المحكات التشخيصية للكابوس الليلي:

استيقاظ متكرر في فترة النوم الرئيسية أو في القيلولة مع استعادة مفصلة لأحلام مخيفة.

في الاستيقاظ من الحلم المزعج فإن الفرد يصبح متنبهاً.

تؤدي خبرة الحلم إلى صعوبة النوم.

لا تحدث أحلام النوم المزعجة بصورة متفردة أثناء وجود اضطرابات عقلية أخرى، ولا يرجع إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة لاستعمال الأدوية والعقاقير. (عبد المعطي، 2003 : 127).

اضطراب الفزع الليلي Terror disorder :

هو نوبات من الفزع الشديد والهلع تصاحبها أصوات عالية وحركة زائدة ومستويات عالية من النشاط العصبي اللاإرادي ينهض الفرد من نومه جالساً أو واقفاً وذلك أثناء الثلث الأول من النوم عادة. (يوسف، 2000 : 160).

وقد وجد أن هذه الحالة تحدث أثناء مراحل النوم العميق وتستمر الحالة مدة (1-10) دقائق، ثم يهدأ الشخص ويعود إلى النوم، ولا يتذكر حلاًماً أو شيئاً عن هذه النوبة عند استيقاظه في الصباح. (المهدي، 2001 : 55).

وتظهر العديد من الاستجابات التلقائية مثل خفقان القلب وسرعة التنفس، والعرق الغزير ويحاول البعض الهروب من الحجرة من شدة الفزع. (حقي، 2001 : 95).

- يفرق (سوين، 1979) بين اضطراب الكابوس الليلي وفزع النوم على النحو الآتي:

1- الكابوس خبرة مخيفة أثناء النوم يستيقظ الفرد ثم يستعيد التوجه الصحيح والإدراك الواضح، أما الفزع فهو خبرة مخيفة تحدث بين النوم واليقظة، ولا يستيقظ الفرد بعدها استيقاظاً تاماً.

2- في الكابوس يسبق الاستيقاظ أصوات أنين وحركات دفاعية طفيفة، أما في الفزع فإن ملامح الفرد تتغير فتتسع العينان، وينهض الفرد من فراشه ويقفز من سريره في حالة اهتياج.

في الكابوس يكون الفرد في حالة استيقاظ تام، وبعد أن يهدأ يستطيع قص الحلم الذي شاهده، أما في الفزع الليلي فإن الفرد يكون نائماً؛ لذا يعجز عن تقديم تفسير لحالته.

4- في الكابوس يتعرف الفرد على كل المحيطين به، أما في الفزع فإنه لا يتعرف على من حوله.

5- في الكابوس لا تحدث الهلاوس مطلقاً، أما في الفزع فإن الفرد يرى الأشياء المخيفة ماثلة في الغرفة.

6- في الكابوس لا يوجد عرق، أما في نوبة الفزع فعادةً ما يصاحبها تصبب عرق.

7- تعقب الكابوس فترة يقظة طويلة يستعيد فيها الفرد الحلم، أما في نوبة الفزع فإن الفرد ينام مباشرة.

8- لا تستغرق واقعة الكابوس فترة تزيد عن دقيقة أو اثنتين، أما في الفزع فتستمر فترة تصل إلى 15-20 دقيقة. (عبد المعطي، 2003: 129).

المحكات التشخيصية لاضطراب الفزع أثناء النوم وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع:

تكرار الاستيقاظ المفاجئ من النوم ويحدث هذا غالباً في الثلث الأول من النوم.
ظهور خوف شديد.

عدم استجابة الشخص السريعة لأي محاولة لتهدئته خلال النوبة.

لا يمكن تذكر تفاصيل الحلم ويوجد فقدان للذاكرة أثناء النوبة.

تسبب هذه الحالة انعكاسات مؤلمة في حياة الشخص. (غانم، 2004: 281).

3- اضطراب المشي أثناء النوم Sleep Waking Disorder:

هو اضطراب يحدث أثناء النوم ويحدث تبادل الوعي؛ إذ تجتمع فيه ظواهر النوم واليقظة أثناء نوبة التجول، ويقوم الفرد من سريره غالباً أثناء الثلث الأول من النوم ويسير متجولاً مبدياً مستوى منخفضاً من الإدراك والتفاعل والمهارة الحركية. (عكاشة، 1998: 517).

ويعتبر هذا الاضطراب تغييراً في حالة الانتباه؛ إذ تزودج ظاهرتا النوم واليقظة في وقت واحد، ويستطيع الفرد التحرك في منزله، وأحياناً ما يغادره فعلاً، مما يعرضه للأذى والإصابة. (حقي، 2001: 94).

ويستمر المشي أثناء النوم عادة من (15-30) دقيقة وقد يؤدي المتجول نفسه أذىً بالغاً أثناء تجواله، هذا الاضطراب شائع بين المراهقين، وقد يحدث لدى الأطفال والراشدين، وهو أكثر انتشاراً عند الذكور من الإناث. (رجح، 1991: 586).

لكن استمرار هذه الأعراض بعد البلوغ يدل على وجود صراع نفسي لا تظهر أعراضه إلا أثناء النوم أو أحد أعراض الهستيريا الانفصالية التي يحدث فيها انفصال بين السبب والعرض نتيجة للكبت الشديد، أي يدل على وجود معاناة نفسية عند الراشدين. (إبراهيم والنيال، 1993 : 82).

وقد يكون للوراثة سبب في ظهور هذا الاضطراب؛ إذ توصلت دراسة (يسرى عبد المحسن 1987) إلى أن العامل الوراثي وراء عدد من الحالات؛ فقد ينتشر الاضطراب في نفس العائلة وعندما يصاب أحد أفراد الأسرة فإن نسبة (10-20%) من الأقرباء قد يظهر لديهم هذا الاضطراب. (البنا، 2007 : 596).

المحكات التشخيصية لاضطراب المشي أثناء النوم وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع : نوبات متكررة من النهوض من الفراش أثناء النوم والتجوال مدة دقائق أو نصف ساعة تحدث عادة أثناء الثلث الأول من النوم.

يكون وجه المريض أثناء النوبة شاحباً وبدون تعبير، ولا يمكن إيقاظه إلا بصعوبة بالغة.

عند الاستيقاظ لا يتذكر الفرد شيئاً عن النوبة سواء كان بعدها مباشرة أو في الصباح.

عند الاستيقاظ تكون هناك فترة صغيرة من التشويش وعدم التوجه والاستجابة لتوجيهات الآخرين.

غياب أي دليل على وجود اضطراب عضوي أو جسمي. (غانم، 2006 : 282).

بالإضافة إلى ما تقدم هناك العديد من الاضطرابات غير مصنفة، إلا أنها لا تقل أهمية عن اضطرابات النوم المصنفة من حيث تأثيرها على حالة النوم لدى الفرد، ومن بين هذه الاضطرابات ما يأتي:

غفوات النوم المفاجئ (الخدار) :

وفي هذه الحالة ينام المريض بسرعة ويتملكه النوم فجأة وترتخي عضلات الجسم، مما يسبب سقوطه على الأرض. (عوض، 1995: 147) وهذه الغفوات تنتاب الشخص فجأة ولا يستطيع مقاومتها، وتحدث في أي وقت، ولاسيما في الظروف التي تساعد على النوم. (فرج، 2000 : 638).

وتستمر غفوات النوم المفاجئة دقائق وتصل إلى ربع ساعة، وغالباً ما تكون مسبقة بشحنة انفعالية قوية. (يوسف، 2000 : 153).

اضطراب شلل النوم:

هو فقدان القدرة على الحركة يمتد بين النوم واليقظة، ويمثل شلل النوم انقلاباً سريعاً من النوع الأول للنوم (الكلاسيكي) إلى النوع الثاني (النقيض) والعكس صحيح، ويصحو الفرد فجأة، لكن جسمه في حالة من الارتخاء الشديد المميز للنوع الأول من النوم الكلاسيكي. (إبراهيم والنيال، 1993: 81).

وفي أثناء شلل النوم لا يستطيع الفرد الصراخ أو الحركة، وتستغرق هذه النوبة من ثوان إلى دقائق تمر ببطء شديد. (عكاشة، 1993:253).

ويحدث هذا الاضطراب مع بداية النوم أو عند نهايته، وقد يتكرر في الليلة الواحدة مما يثير الخوف أكثر لدى النائم، وأثناء سيطرة شلل النوم لا تبدو أي علامات على النائم ويمكن للشخص العودة إلى حالته بمجرد لمسه أثناء نومه، وإن كانت تزول تلقائياً تاركةً إجهاداً وتعباً. (غانم، 2004: 125).

الشخير :

هو صدور صوت من الأنف أثناء النوم نتيجة انزلاق اللسان والفك الأسفل إلى الوراء ومرور الهواء من تجويف الأنف وحدث التنفس من الفم. (عبد المعطي، 2003: 125).

ينتشر الشخير بنسبة عالية بين الناس بنسبة تصل في بعض الإحصائيات إلى 10% من الناس، وتشير إحصائيات أخرى إلى أنه ينتشر بين أعلى من ذلك فقد يبلغ 31% عند الذكور و 19% عند الإناث.

وله أسباب فسيولوجية أهمها الاضطراب في عملية التنفس من الفم بدلاً من الأنف، ومن الأسباب كذلك أمراض البرد والجيوب الأنفية والسمنة. (ربيع، 2004: 120).

4- اضطراب احتكاك الأسنان:

احتكاك الأسنان أو ما يسمى بصرير الأسنان، وهو يشبه عملية مضغ الطعام بشدة مع عدم وعي النائم بذلك، ويحدث هذا الاضطراب خلال مرحلة النوم غير المصحوب بحركة العين السريعة، وقد يشكو النائم من ألم في الفك عندما يستيقظ. (الشربيني، 2002: 127).

ويؤدي احتكاك الأسنان إلى تآكل ميناء الأسنان، ومن الأساليب المستخدمة للتغلب عليه أن يتعلم الفرد أن يصبح أكثر استرخاءً ويتخلص من التوتر قبل مواعيد النوم مباشرةً. (داود وحمد، 1989: 279).

تقلص العضلات أثناء النوم:

هي إحساس حسي جسدي يدفع الفرد إلى تحريك الأرجل، وذلك بعد الاستيقاظ من النوم المضطرب. (الدسوقي، 2006 :103).

7.2- أسباب اضطرابات النوم:

ترجع اضطرابات النوم لأسباب متعددة منها ما هو وراثي أو جسمي أو نفسي أو اجتماعي أو بيئي وفيما يلي شرح لهذه الأسباب:

1 – الأسباب الوراثية :

يستدل العلماء على أثر الوراثة في اضطرابات النوم من الدراسات على أسر الأطفال الذين يعانون من هذه الاضطرابات. (محمد ومرسي، 1994 : 315).

فقد أشارت بعض الدراسات إلى أن نصف الأطفال الذين يمشون أثناء النوم يكونون من أسر يعاني فيها فرد أو أكثر من هذا الاضطراب، كما وجد في دراسات أخرى تشابهاً عند 40% من التوائم المتماثلة، و10% من التوائم غير المتماثلة في اضطرابات النوم، وهذا ما يؤكد أن للوراثة دوراً في هذه الاضطرابات. (عبد المعطي، 2003 : 133).

2- الأسباب الجسمية:

أشارت نتائج بعض الدراسات إلى أن أسباب قلة النوم، والنوم الخفيف، وكثرة الاستيقاظ عند الأطفال في مرحلة الرضاعة ترجع إلى المضايقات الجسمية مثل الجوع، أو الشبع الزائد، أو نتيجة الألم الناتجة عن دخول الهواء مع الطعام، كما أشارت نتائج دراسات أخرى إلى أن نسبة كبيرة من الأطفال الذين يمشون أثناء النوم يعانون من تأخر في نضج الجهاز العصبي المركزي، كما كشف جهاز رسم المخ الكهربائي عن شذوذ في موجات المخ لدى حوالي 20% من هؤلاء الأطفال، مما يؤكد عدم نضج الجهاز العصبي لديهم. (مرسي، 1986 :316).

الأسباب النفسية والاجتماعية :

تصنف الأسباب النفسية والاجتماعية لاضطرابات النوم إلى ستة مجالات هي :

أ – أخطاء يتبعها الآباء في معاملة الطفل أثناء النوم منها ما يأتي :

قص القصص المخيفة للطفل.

غلق الغرفة على الطفل عند الذهاب إلى النوم.

عدم تعويد الطفل منذ الصغر على النوم بمفرده.

إيقاظ الطفل من نومه للعب معه.

ب- أخطاء الوالدين في تنشئة الطفل من هذه الأخطاء ما يأتي:

التدليل الزائد أو القسوة الزائدة.

الخلافات الأسرية.

تفضيل الوالدين أحد الأطفال على الآخر.

خوف الأم الزائد على الطفل. (الدسوقي، 2006 : 119).

ج- الضغوط النفسية والاجتماعية :

تؤثر الضغوط النفسية التي يتعرض إليها الأطفال في البيت والمدرسة تأثيراً سيئاً على نومهم؛ فالأطفال المهملون والقلقون والمحبطون، والذين يعانون من صراعات نفسية أو يواجهون تهديدات لتقدير الذات، يضطرب نومهم ولا يحصلون على القسط الكافي منه، ويسوء توافقهم في البيت والمدرسة؛ فالعلاقة قوية بين اضطراب نوم الطفل وما يعانيه من مشكلات نفسية وجسمية واجتماعية. (محمد ومرسي، 1974 : 308).

كما أشارت نتائج العديد من الدراسات إلى أن الأطفال الذين يتمتعون بنوم هادئ وطبيعي ومتصل يكونون أقل عصبية وعدوانية من الأطفال الذين يعانون من اضطرابات النوم، وبذلك يعد التوافق بين الوالدين مطلباً مهماً للوقاية من اضطرابات النوم؛ لأن المشكلات الأسرية تشعر الأبناء بالقلق الذي يؤدي بدوره إلى ظهور الأعراض السيكولوجية، التي تتمثل في الشعور بالضيق، وعدم القدرة على النوم وانخفاض مستوى الانتباه، وفي هذا الصدد أوضحت دراسة (بفرينا، 1989) وجود علاقة ارتباطية دالة بين طلاق الآباء واضطرابات النوم لدى الأبناء. (إسماعيل، 2004 : 33).

د- عدم القدرة على تنظيم مواعيد النوم واليقظة :

هناك العديد من العوامل التي تؤدي إلى عدم القدرة على تنظيم مواعيد النوم واليقظة منها القلق والضغوط النفسية، وبعض الأمراض المزمنة كالروماتيزم والحساسية، ومن ثم يضطرب وقت النوم والاستيقاظ صباحاً مما يؤدي إلى اضطراب جدول النوم واليقظة، وإذا استمر هذا الاضطراب فترةً طويلةً يصبح هو الاضطراب الأساسي.

هـ- الارتباط السيئ بالأشياء التي تحيط بالفرد وقت النوم .

و- العادات السيئة الخاصة بتناول الطعام والشرب .

4 - الأسباب البيئية وتتمثل في:

- الضوضاء الخارجية، والأحداث الاجتماعية والسفر وتغيير مكان النوم، وجو غرفة النوم (الريماوي، 2003 : 115).

ويحدد حامد زهران (1999) الأسباب الآتية لاضطرابات النوم :

الأسباب الصحية مثل الأمراض، والإجهاد العصبي، وعدم ملاءمة غرفة النوم والإفراط في الأكل قبل النوم .

الأسباب النفسية مثل الاضطراب الانفعالي والتوتر وعدم الاستقرار والاكتئاب، ونقص الشعور بالأمن النفسي والخوف، وعدم إشباع الحاجات و كثرة الهموم .

أسباب أخرى مثل اتجاهات الوالدين الخاطئة عن موعد النوم ومتطلباته، وإجبار الطفل على النوم، وكذلك أساليب المعاملة السيئة والعوامل الاجتماعية. (زهران، 1999 : 486).

7.2- علاج اضطرابات النوم :

لاضطرابات النوم آثار سلبية على الفرد من الناحية العقلية والنفسية والجسمية، وهذا بدوره يؤدي إلى قصور في الناحية التعليمية، وهذا ما دعا الكثيرين إلى محاولة علاجها، ومن الأساليب العلاجية لاضطرابات النوم العلاج النفسي، العلاج الطبي، العلاج السلوكي، العلاج المعرفي .

العلاج النفسي :

من أهم أساليب العلاج النفسي العلاج التحليلي، ويمكن استخدام هذا العلاج من خلال الكشف عن العوامل اللاشعورية الكامنة وجعل ما هو لا شعوري شعورياً، مما يؤدي إلى زيادة استبصار المريض بمشاكله، وتدريب المريض على حل هذه المشاكل، كما يمكن استخدام أسلوب التدريب على الاسترخاء؛ فلعل هذا الأسلوب أفضل الأساليب العلاجية؛ للدخول في النوم دون اللجوء إلى عقاقير. (غانم، 2004 : 284).

العلاج الطبي :

لكي يتم علاج اضطرابات النوم يجب أولاً علاج الاضطرابات العضوية أو الفسيولوجية التي قد تسببها كالإمساك، أو الإصابة بالديدان أو التهاب اللوزتين، أو اضطرابات التنفس، وارتفاع درجة الحرارة، أو حالة انخفاض السكر في الدم كما يحدث في حالة الكابوس والفرع الليلي. (عبد المعطي، 2003 : 139).

كما يجب أن لا تستخدم العقاقير المنومة إلا بعد أن يتم استنفاد جميع البدائل الأخرى؛ إذ إن معظم العلاجات المنومة عندما يتم استخدامها بشكل معتاد لفترة أسبوعين تفقد فعاليتها و تؤدي إلى إحداث الاعتماد النفسي والجسدي عليها. (داود وحمد، 1989 : 296).

فهناك العديد من المشاكل الناجمة عن استخدام المنومات بجرعة زائدة ولفترة طويلة، والمبدأ الرئيسي للحد من الآثار الجانبية يكمن في استخدام أصغر جرعة مؤثرة من منومات لأقصر فترة زمنية ممكنة مع مراقبة العلاج بعناية، سواء لجهة الفاعلية أو لجهة الآثار الجانبية. (مارش، 1990 : 35).

3-العلاج السلوكي :

لقد اهتم علماء النفس الإكلينيكي اهتماماً متزايداً بمجال علاج اضطرابات النوم، وبينوا أن العلاج السلوكي من الأساليب الفعالة، وتكاد تصل فاعليتها إلى مستوى الأدوية المنومة؛ وذلك لعلاج الأرق على المدى القصير؛ فهو أكثر فاعلية من الأدوية في علاج الأرق ذي الأمد الطويل. (Meltzer,Ps and Mi ndell,2009).

ويهدف العلاج السلوكي إلى جعل مواقف النوم محببة للطفل، وتدعيم سلوكيات النوم المقبولة وإطفاء سلوكيات النوم غير المقبولة، وتقديم النماذج السلوكية المناسبة ليقلدها الطفل، ويتضمن العلاج السلوكي الإرشاد والتوجيه للوالدين؛ لتحسين علاقتهم بالطفل وتحسين أساليب معاملتهم في مواقف النوم، وتبصيرهم بالأساليب المناسبة وبكيفية تطبيقها في علاج مشكلة طفلهم؛ فمسؤولية الآباء والأمهات كبيرة في علاج اضطرابات النوم والوقاية منها. (إسماعيل، 2004: 36).

4- العلاج المعرفي:

يهدف العلاج المعرفي إلى إعادة تشكيل الأنماط الصحية للنوم؛ لأجل التغلب على مشاكل النوم، ومن بين العلاجات المعرفية إعادة البناء المعرفي والتوقف عن التفكير وإعادة الاشتراط. (الدسوقي، 2006 : 175).

ويشير حامد زهران (1978) إلى الطرق العلاجية التالية لعلاج اضطرابات النوم :

علاج الاضطرابات الجسمية.

العلاج النفسي الفردي والجماعي وإزالة الأسباب الانفعالية.

علاج الضغوط البيئية في المنزل والمدرسة.

تنظيم النوم ومدته ومكانه، ومراعاة الشروط الصحية في حجرة النوم.

تجنب الارتباطات الشرطية مع النوم، التي لا ينام الطفل إلا بها.

استخدام العقاقير المنومة في حالات الأرق. (زهران، 1978 : 486).

ثانياً : مفهوم القلق :

ليس القلق مفهوماً جديداً؛ وإنما تمتد جذوره إلى البدايات الأولى للفكر الإنساني، ويشير بك نقلاً عن كريتزل (Kriteck,1956) إلى أن مفهوم القلق موجود في الكتابات الهيروغليفية القديمة، كما شهد القرن التاسع عشر، كما أشار (سبيليجر، 1972) إلى تزايد الاهتمام بالانفعالات وخاصة القلق، وفي القرن العشرين برز القلق بوصفه مشكلة مركزية.

واهتم العديد من علماء النفس بدراسة القلق، وتنوعت تفسيراتهم كما تباينت آراؤهم حول الوسائل التي يمكن استخدامها للتخلص منه، واختلفوا فيما بينهم في تعريف القلق، وعلى الرغم من هذا الاختلاف فإنهم اتفقوا على أن القلق هو نقطة البدء للأمراض النفسية والعقلية. (الداهري والعبيدي، 1999 : 731).

كما أشار علماء النفس إلى مفهوم القلق؛ لتفسير ردود الفعل المختلفة للإحباط والأشكال الأخرى للضغط؛ أي أن القلق يعني المشاعر غير السارة التي تتميز بالهم والخشية والفرع والرغبة والخوف، التي يشعر بها الفرد في وقت ما من حياته وبدرجات مختلفة، ولعل فرويد من أوائل من تحدث عن القلق بوصفه عنصراً من عناصر الحياة النفسية. (عدس وتوق، 1995: 367).

والقلق كما يراه فرويد نوع من أنواع الانفعال المؤلم يكتسبه الفرد خلال المواقف التي يصادفها، ويختلف عن بقية الانفعالات غير السارة مثل الشعور بالإحباط أو الغضب؛ لما يسببه من تغيرات جسمية داخلية يحس بها الفرد، وأخرى خارجية تظهر على ملامحه بوضوح. (كمال، 2005: 112).

وعرفه فرويد (1962) بأنه حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يملك الفرد ويسبب له كثيراً من الكدر والضيق والألم. (فرويد، 1962: 21).

وعرفه (يونج) بأنه عبارة عن رد فعل يقوم به الفرد حينما تغزو عقله قوى وخيالات غير معقولة صادرة عن اللاشعور الجمعي؛ فالقلق برأي يونج هو خوف من سيطرة محتويات اللاشعور الجمعي غير المعقولة التي مازالت باقية من حياة الإنسان البدائية. (غالب، 1978: 35).

وترى (ماي) أن القلق توجس يصاحبه تهديد لبعض القيم التي يتمسك بها الفرد، ويعتقد أنها أساسية لوجوده شخصياً، وترى أن للقلق أساسين هما الاستعداد الفطري والأحداث الخاصة التي تستحضر القلق عن طريق التعلم بأنواعه المختلفة. (عثمان، 1993: 138).

وعرفه ريتشارد سوين (1979) بأنه حالة انفعالية غير سارة يستثيرها وجود الخطر وترتبط بمشاعر ذاتية من التوتر والخشية، وتتضمن تغيرات فسيولوجية في الجهاز العصبي السمبثاوي والباراسمبثاوي. (سوين، 1979: 341).

وعرفه (الرفاعي، 1981) بأنه استجابة انفعالية لخطر يخشى وقوعه، ويكون موجهاً للمكونات الأساسية للشخصية، وتحمل هذه الاستجابة معنىً داخلياً بالنسبة للفرد يحاول إطلاقه على العالم الخارجي. (القمش والمعاطبة، 2007: 255).

وعرفه (خليل معوض) بأنه حالة من التوتر النفسي يصاحبها شعور بالخوف والضيق وعدم القدرة على التركيز، ويصاحبها تغيرات فسيولوجية. (معوض، 1983: 242).

وعرفه حامد زهران (1995) بأنه حالة توتر شامل نتيجة توقع تهديد خطر حقيقي أو متخيل غير موجود موضوعياً، ويصاحبها خوف غامض وأعراض نفسية. (زهران، 1995: 397).

وعرفه أحمد عكاشة (1998) بأنه شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر، مصحوب عادةً ببعض الإحساسات الجسمية خاصةً زيادة نشاط الجهاز العصبي

اللاإرادي، ويأتي في نوبات متكررة في نفس الفرد مثل الشعور بنبضات القلب والصداع.
(عكاشة، 1998: 107).

وعرفه عبد الخالق (2004) بأنه شعور عام بالخشية أو أن هناك مصيبة وشيكة الوقوع أو تهديداً غير معلوم المصدر مع شعور بالتوتر أو الشدة أو الخوف من مستقبل مجهول، كما يتضمن القلق استجابة مفرطة مبالغ فيها لمواقف لا تمثل خطراً حقيقياً. (غانم، 2006: 35).

ويعرف (الزعيبي) القلق بأنه حالة انفعالية تنشأ من الخوف من المجهول أو الخوف من شيء لا يستدعي الخوف وقد لا يكون لوجوده أصل؛ فهو مركب من انفعالات كثيرة تختلف عما نحس به غضباً عابراً أو نوعاً من الخوف الذي يبعث على الأسى والحزن في النفس. (الزعيبي، 2001: 450).

من خلال التعريفات السابقة لوجهات نظر هؤلاء الباحثين يمكن أن نجمل مفهوم القلق في أنه شعور مبهم غير سار بالتوقع والخوف والتوتر، مصحوب عادةً ببعض الإحساسات الجسمية مثل الشعور بالضيق في النفس والصداع أو كثرة الحركة، ويأتي في نوبات متكررة في نفس الفرد.

وبذلك اتفق أغلب الباحثين على أن القلق حالة انفعالية، يصاحبها خوف غامض وتغيرات فسيولوجية وجسمية ونفسية.

2.1 أعراض القلق:

يمكن حصر الأعراض الإكلينيكية للقلق في نوعين من القلق لكل واحد منهما أعراضه الخاصة:

القلق الحاد وأعراضه النفسية تتخلص فيما يأتي:

حالة الخوف الحاد تتمثل في ظهور التوتر الشديد والقلق الحاد، مصحوباً بكثرة الحركة وعدم القدرة على الاستقرار مع سرعة التنفس، والكلام السريع غير المترابط.

حالة الرعب الحاد أهم ما يميز هذه الحالة هو السكون المستمر وعدم الحركة، مع تقلص العضلات والارتجاف، وظهور عرق بارد وغزير.

ج- إعياء القلق الحاد؛ إذ يستمر القلق مدةً طويلةً، ويصاب خلالها الفرد بالإجهاد والأرق أياماً عدةً، وينعكس ذلك على سلوك الفرد وانفعالاته. (غانم، 2006: 44).

القلق المزمن هو مرحلة تالية من الإصابة تنتج من خلال استمرار القلق مدةً طويلةً دون علاج، وله بعض الأعراض والعلامات هي:

الأعراض النفسية: من هذه الأعراض سرعة الاهتياج كما تبدو في سرعة الانزعاج والحساسية المفرطة للضوضاء، وضعف القدرة على التركيز وشروذ الذهن وصعوبة اتخاذ القرارات، وتزاحم الأفكار المزعجة على المريض، مع فقدان الشهية للطعام

والأرق، والشعور بالتعب والإرهاق، ومشاعر مصاحبة بعدم الأمان والاستقرار،
والشعور بالنقص وتجنب مواقف التنافس. (عبد الخالق، 2004 : 337).

بالإضافة إلى الخوف الشديد والإحساس الدائم بتوقع الأذى والمصائب، وعدم الثقة
بالنفس، والرغبة في الهروب عند مواجهة أي موقف من مواقف الحياة، والخوف من
الإصابة بأحد الأمراض. (عبد الله، 2004 : 171).

الأعراض الجسمية: هي أكثر الأعراض شيوعاً؛ إذ يؤدي تنبيه الجهاز العصبي
اللاإرادي إلى ظهور بعض الأعراض العضوية في أجهزة الجسم المختلفة مثل الشعور
بالضعف العام، ونقص الطاقة الحيوية والنشاط، وانخفاض القوة البدنية بشكل عام،
وتتضح هذه الأعراض في الأجهزة الحشوية في الآتي:

الجهاز القلبي الدوري: تكون هذه الأعراض على شكل الشعور بالألم العضلي فوق
القلب، والشعور بالألام في الناحية اليسرى من الصدر، والخفقان والإحساس بالاختلاج،
والشعور بسرعة دقات القلب، والشعور ببعض ضربات القلب غير المنتظمة،
والإحساس بشحوبة الوجه - ونقص في الدم Giucironilse، والإحساس بنبضات القلب في
كل مكان في الجسم. (الجلالي، 207 : 58).

الجهاز الهضمي: الإسهال والثقل بعد الأكل وجفاف الحلق وعسر الهضم وفقدان
الشهية.

الجهاز التنفسي: سرعة التنفس التي قد تؤدي إلى تقلص الأصابع. (كمال، 2005 :
57).

الجهاز العصبي: يزداد نشاط الجهاز العصبي، ويؤدي ذلك إلى زيادة في التوتر
العضلي وعدم الاستقرار وزيادة الحركة. (الفيومي، 1985 : 70).

5- **أعراض جلدية:** يعتبر القلق عاملاً أساسياً في نشأة الكثير من الأمراض الجلدية، مثل حب
الشباب والإكزيما، والارتكالية، والصدفية، والبهاق وسقوط الشعر. (عسكر، 2004 : 177).

6- **الجهاز البولي التناسلي:** الإحساس الدائم بضرورة إفراغ المثانة، واحتباس البول رغم
الرغبة الشديدة في التبول، وخاصة عند الانفعالات الشديدة واضطراب الوظيفة الجنسية؛ أي
فقدان القدرة الجنسية أو ضعف الانتصاب، أو القذف السريع عند الرجال، واضطرابات الطمث
عند المرأة. (عكاشة، 1992 : 117).

الأعراض النفسجسمية: تتمثل فيما يطلق عليه بالأمراض السيكوسوماتية؛ أي تلك
الأمراض العضوية التي يسبقها القلق أو يؤدي دوراً هاماً في نشأتها، أو في زيادة
أعراضها مثل الذبحة الصدرية والربو الشعبي، وجلطة الشرايين التاجية، وروماتيزم

المفاصل والبول السكري، وقرحة المعدة والاثنى عشر، والقولون العصبي والصداع النصفي وفقدان الشهية العصبي. (شربت وحلاوة، 2003: 103).

3.1 أنواع القلق :

فرق فرويد بين ثلاثة أنواع من القلق هي: (القلق الموضوعي، القلق العصابي، القلق الأخلاقي)، ولعل هذه الأنواع الثلاثة لا تختلف فيما بينها من حيث النوعية؛ فكلها تتفق في أن الفرد غير مسرور، لكنها تختلف بالنسبة لمصادرها فقط؛ ففي القلق الموضوعي المصدر يكمن في العالم الخارجي؛ فيخاف الفرد من الأفاعي السامة مثلاً ولم يكن يسيطر عليها، أما في القلق العصابي ففيه يتصف الفرد بنوع دائم (عائم) من القلق يظهر مضاعفاً عند مواجهة أي موقف يستدعي القلق فعلاً. (حقي، 1998: 544).

القلق الأخلاقي: مصدر التهديد هو الضمير في الذات العليا؛ فيخاف الفرد من عقاب الضمير بسبب القيام بعمل أو التفكير في عمل مناقض لمعايير الذات المثالية. (دحام والكيال، 1995: 71).

ويشير القريطي (1998) إلى تصنيفات القلق وفقاً للأسس الآتية:

من حيث وعي الفرد به ينقسم إلى قلق شعوري يعي الفرد أسبابه، ويمكنه تحديدها والتصدي لها، وغالباً ما يزول القلق بزوال تلك الأسباب، وقلق لاشعوري لا يدرك الفرد مبرراته رغم سيطرته على سلوكه.

من حيث تأثيره على مستوى أداء الفرد لواجباته هناك قلق دافع ينشط الأداء وقلق مضاعف يعوق الأداء .

ج- من حيث درجة شدته ينقسم القلق إلى قلق بسيط وقلق حاد، وقلق مزمن.

د- من حيث مدى تأثيره على توافق الفرد وصحته النفسية يصنف إلى قلق عادي، وقلق أخلاقي، وقلق عصابي. (القريطي، 1998: 125).

كما قسم (هادفيلد) القلق إلى (القلق الموضوعي، القلق الشرطي العادي، القلق الذاتي أو الشخصي، القلق العصبي).

القلق الموضوعي: سبقت الإشارة إليه.

القلق العادي الشرطي: يختلف القلق الشرطي العادي عن القلق العادي الموضوعي الذي يمتاز بأنه قلق دعمته تجربته سابقة، لهذا فهو قلق مبالغ فيه، وما يزيد في خطره عن الصحة النفسية أن مصدره مجهول لصاحبه.

القلق الشخصي: فيه يكون موضوع القلق داخلياً ومصدره معروف لدى صاحبه، لكنه لا يستطيع وقفه.

القلق العصبي: يركز على وجود الاستعداد العصبي، ويكون قلقاً غامضاً نحو الحياة يتوقع البشر فيه في كل ركن، ومصدره غير معروف لصاحبه. (الجاموس، 2004: 120).

كما يصنف عدد من الباحثين القلق إلى الآتي:

قلق داخلي المنشأ وقلق خارجي المنشأ: هناك نوعان من القلق في الأساس الأول هو الذي يحس به الناس في الأحوال الطبيعية كرد فعل على الضغط النفسي أو الخطر، وهذا هو القلق الذي يكون استجابة سوية للضغط الخارجي من خارج الفرد (قلق خارجي المنشأ) أما النوع الثاني فهو القلق داخلي المنشأ.

قلق الحالة وقلق السمة: هناك وجهة نظر أخرى تسمى نظرية قلق الحالة أو قلق السمة التي ميزت بين نوعين من القلق هما (الحالة، والسمة).

القلق الموضوعي والقلق العصبي: أشار فرويد إلى نوعين من القلق هما القلق الموضوعي والقلق العصبي سبق ذكرهما.

قلق الامتحان: أشار علماء النفس إلى أن الامتحانات عامة والصعبة خاصة تثير القلق لدى بعض الطلبة.

قلق الأطفال: ينشأ هذا النوع من القلق من المخاوف استجابة لمراحل التطور المختلفة، ويرى (شتاينر) أنه ينشأ لدى الأطفال عندما يبدأون في تعلم مهارات جديدة، وأهم هذه الأنواع قلق الانفصال. (القمش والمعايطة، 2007: 255).

4.1 أسباب القلق :

هناك اتفاق في الرأي بأن اضطراب القلق يعود منشؤه إلى أسس محددة هي:

الأساس البيولوجي للقلق: يفترض العلماء أن النورادينالين والجابا (BA-GA) والسيروتونين في الفص الأمامي والجهاز الطرفي من المخ يشتركون معاً في فسيولوجية هذا الاضطراب، وأن هؤلاء المرضى لديهم زيادة في نشاط الجهاز السمبثاوي واستجاباتهم المبالغ فيها.

كما لوحظ وجود شدوذ في تخطيط الدماغ خاصة في إيقاع ألفا، كما كشفت الدراسات تخطيط الدماغ أثناء النوم عن نقص النوم المتميز بموجات دلتا ونقص النوم المصحوب بحركة العين السريعة، والملاحظ أن هذه التغيرات البيولوجية مبنية على قياسات موضوعية تقارن وظائف الدماغ لدى مرضى القلق بالأسوياء. (عبد العزيز، 2001: 192).

كما يؤكد (محمود حمودة، 1998) أن للقلق عوامل بيولوجية مسببة لحدوثه، ويفسر ذلك بأن نجاح علاج الهلع بمضادات الاكتئاب شجع البحث في النواحي البيولوجية ولوحظ الآتي:

تبلد في استجابة هرمون النمو عند التنشيط بواسطة الكولوندين ونقص في هرمون البرولاكتين، ونقص الاستجابة لهرمون منشط الغدة الدرقية.

حقن الإكتان الصوديوم وريديا يحدث نوبات هلع في 70% من مرضى القلق الحاد، و5% فقط من الأسوياء؛ إذ تحدث زيادة غير طبيعية للإكتان في النورادينالين للمرضى الذين لديهم قابلية للقلق.

استنشاق ثاني أكسيد الكربون بواسطة الأشخاص ذوي القابلية للقلق يحدث لديهم قلقاً وهلعاً.

دراسة تدفق الدم إلى المخ كشفت زيادة الدم المتدفق لنصف المخ الأيمن يمكن في مرضى اضطراب الهلع الذين لديهم نتائج موجبة في اختبار حقن اللاكتات، كما لوحظ زيادة أيضاً المخ لدى هؤلاء المرضى .

لوحظ وجود بروز في الصمام الميتريالي في 50% من مرضى القلق، بينما يمثل وجوده في عامة الناس 15% فقط ، ويبدو أن للصمام الميتريالي واضطراب الهلع أساساً جينياً واحداً. (الخالدي، 2006 : 200).

الأساس الوراثي: تؤدي الوراثة دوراً هاماً في اضطراب القلق؛ إذ يلاحظ في كثير من الأحيان أن والدي المريض وأحياناً أقاربه يعانون من القلق، وهذا يدل على أهمية العامل الوراثي في إحداث القلق. (فايد، 2001 : 25).

بينت الدراسات أن أبناء المصابين بالقلق يطورون هذا الاضطراب بشكل أكثر من بقية الناس، ويمكن أن يستدل من ذلك أن هناك بنية نفسية موروثية في قابلية الإصابة. (سرحان والتكرارتي ، 1994 : 19).

كما بينت الدراسات وجود تشابه في الجهاز اللاإرادي، واستجابة للمنبهات الخارجية والداخلية لدى التوائم، كما قد أشار (شيلدر) إلى أن نسبة القلق بين التوائم المتشابهة تصل إلى 50% أما لدى التوائم غير المتشابهة فتصل إلى 4% فقط . (الكناني وعبد الله والموسوي، 1994 : 455).

الأسس السيكولوجية: تمتد الأسس السيكولوجية للقلق فتشمل :

انعدام الشعور بالأمن وهو السبب الرئيسي للقلق، ومن أهم أسباب انعدام الأمن ما يأتي :

التناقض وعدم الانسجام: فتناقض الوالدين أو المعلم يؤدي إلى الشعور بالقلق بحيث تصبح الحياة سلسلة من الأحداث المرعبة التي يصعب توقعها أو التنبؤ بها.

توقع الكمال: إن مبالغة الآباء في تقييمهم لقدرة أبنائهم وتوقعهم الكمال منهم يقود إلى ردود فعل قلقة عند كثير من الأطفال.

ج- الإهمال: يؤدي غياب الحدود الواضحة إلى الشعور بعدم الأمن.

د- النقد: يؤدي النقد الزائد من قبل الأهل والرفاق إلى التوتر والقلق.

هـ- الثقة الزائدة: إن النظرة إلى الصغار كأنهم أصبحوا كباراً، وطرح المشكلات عليهم والقضايا الاجتماعية والاقتصادية أمامهم يجعلهم يشعرون مبكراً بالعبء الكبير الملقى عليهم مما يثير قلقهم.

الشعور بالذنب: يشعر الأطفال بالقلق عندما يعتقدون بأنهم تصرفوا على نحو سيئ. (حواشين، 2003 : 302).

تقليد الوالدين: يكون للأباء القلقين في معظم الأحوال أبناء قلقون؛ إذ يتعلم الأطفال القلق ويرون الخطر في كل ما يحيط بهم.

الإحباط المستمر يؤدي الإحباط الزائد إلى مشاعر القلق (عبد الهادي والعزه، 2004 : 168).

ويحدد عبد الفتاح دويدار أسباب الإصابة بالقلق في الآتي:

انحراف النشأة : نشأة الطفل في بيئة تدلل الطفل، تظهر الكثير من الخوف عليه؛ فينشأ هيباباً يخاف من مواجهة المواقف، ويصبح الخوف من خصائصه فيتولد لديه القلق. الشذوذ في تكوين الطفل البدني مما يشعره بالنقص في قدراته على المشاركة في أمور حياته شتى.

سوء التربية مثل تخويف الطفل بالعفاريت أو الظلام وغيرها.

الإيحاء الخاطيء مسؤول عن الكثير من حالات الإصابة بالقلق، وهو نوعان إيحاء ذاتي ينشأ مما يرتبه الفرد في مخيلته من أفكار تبعث في نفسه الخوف، وإيحاء مكتسب ينشأ مما يسمع عنه من حوادث الوفاة الفجائية أو المصادفات.

عدم الإشباع الجنسي يعد من أهم الأسباب التي تعزى إليها الإصابة بحالة القلق، ويتمثل عدم الإشباع في الخوف من المراقبة، والخوف من الأمراض السرية والكراهية، ويلاحظ بين الأفراد الذين يتجهون إلى طرق غير مشروعة؛ تلبية لرغباتهم الجنسية.

المشكلات الحالية بينت في تعريف حالة القلق المرضية أنها حالة يظهر فيها الخوف دون أن تتطلبها المشكلات الحالية التي يتعرض لها الفرد، وأن هذه المشكلات تترك أثراً تؤدي إلى الإصابة بالقلق.

الأمراض العضوية تبدو أثارها في إحداث القلق من وجهتين الأولى من وجهة المريض المنحرف النشأة والواقع تحت تأثير الإيحاء الخاطيء، والوجهة الثانية حالات الإيحاء

الشديد والأمراض التي يكون تأثيرها التسممي واقعاً على عقلية المريض فتضطرب نفسيته ويفقد التكيف. (دويدار، 1994 : 350).

وخلاصة القول أن القلق مثل غيره من الاضطرابات النفسية يساهم في حدوثه أكثر من عامل مما يتطلب من المعالج الدقة في تحري الأسباب؛ حتى يتمكن من تقديم العلاج المناسب.

5.1 علاج القلق :

على الرغم من صعوبة علاج القلق فإنه من أكثر الاضطرابات النفسية استجابة للعلاج؛ إذ يمكن علاجه بإزالة الأسباب التي أدت إليه، ويمكن القول أن علاج القلق يرتبط بعوامل عدة، منها شخصية الفرد القلق، وشدة حالة القلق، ومن أساليب العلاج المستخدمة في مجال علاج القلق ما يأتي :

أولاً: العلاج النفسي :

يهدف العلاج النفسي إلى تطوير شخصية المريض وإزالة مخاوفه وخفض توتره، وهناك عدة طرق للعلاج النفسي منها (التحليل النفسي، العلاج السلوكي، العلاج السلوكي المعرفي، العلاج الجشطلتي، العلاج العقلاني الانفعالي، العلاج البيئي).

علاج التحليل النفسي: يهدف إلى تقوية (أنا) المريض وإظهار الذكريات والأحداث المكبوتة، وبمعنى آخر تحديد أسباب القلق النفسية في اللاشعور ونقلها إلى حيز الشعور؛ ذلك عن طريق ما يسمى بالتداعي الحر، الذي يسمح فيه للمريض بالتعبير عن كل ما يجول في ذهنه من أفكار وطرحها أمام المعالج، وكذلك عن طريق تفسير الأحلام وزلات اللسان؛ حتى يصل المريض إلى الاستبصار الكامل من خلال علاقة المريض بالمعالج بحيث يحاول المحلل النفسي مساعدة المريض من خلال الحكم العقلي محل الكبت اللاشعوري. (الداهري والعبيدي، 1999 : 86).

العلاج السلوكي : هو أسلوب علاجي يعتمد على استخدام قوانين ونظريات التعليم الشرطي؛ لعلاج اضطرابات السلوك عن طريق تعديل السلوك المرضي؛ إذ إن الاضطراب النفسي ما هو إلا تجمعات لعادات خاطئة وسلوك مكتسب من البيئة التي يعيش فيها المريض؛ إذ إن هذا السلوك المرضي قد اكتسبه المريض وليس أصلاً فيه، فإنه يجب محو هذا السلوك الخاطئ وتعلم السلوك السوي من جديد. (سرى، 2000 : 119).

وهناك عدة طرق سلوكية تهدف إلى التقليل من القلق، ومن هذه الطرق استخدام القواعد الإيجابية للاسترخاء، التي تستند إلى أن حالة الاسترخاء تتعارض في طبيعتها مع حالة القلق؛ فإذا تم إحداث الأولى لم يكن هنالك مجال بفعل الثانية، ومن الطرق

السلوكية ما يهدف إلى تعويد الفرد على مواجهة مواقف تثير القلق والتمرن على حلها والسيطرة عليها. (كمال، 1988 : 186).

ج- العلاج المعرفي السلوكي: لقد حقق الاتجاه المعرفي السلوكي نجاحاً باهراً في علاج اضطرابات القلق؛ إذ قدم العلاج المعرفي السلوكي إستراتيجيات فعالة لعلاج هذا الاضطراب منها إستراتيجية الانتباه؛ فقد أظهرت العديد من الدراسات أن لهذه الإستراتيجية فاعليتها في التخفيف من حدة اضطراب القلق مثل دراسة ما كلويد وآخرين (2002) ، ودراسة بيرد وبرترو بومي عام (2009) ، وأظهرت جميع هذه الدراسات فاعلية هذا الأسلوب في التقليل من حدة القلق. Behar,Mchng,Peckham,otto (2010).

د- العلاج العقلي الانفعالي : هو أسلوب جديد من أساليب العلاج النفسي رائده (ألبيرت)، وهو علاج مباشر وتوجيهي يستخدم فنيات معرفية وانفعالية؛ لمساعدة المريض؛ لتصحيح معتقداته اللاعقلانية وتحويل معتقداته اللامعقولة، التي يصابها خلل انفعالي وسلوكي إلى معتقدات يصابها ضبط انفعالي وسلوكي. (سرى، 2000 :171).

ومن أهدافه الأساسية تخفيف مشاعر القلق والعداء، وتزويد الفرد بوسيلة ملاحظة الذات وتقييمها بما يكفل أقل قدر من مشاعر القلق والعداء، والدور الأساسي للمعالج هو إيقاف التعميم الزائد من قبل المريض، وجعله يحدد مصطلحاته بدقة، ويظل وثيق الصلة بالواقع. (عبد الخالق، 2004 :405).

هـ- العلاج الجشطلتي: هو العلاج الذي يركز على الوعي المباشر الحالي لخبرة الفرد الذاتية؛ أي أن محور الاهتمام هو الوعي هنا، ولا يسمح في العلاج بالتفسيرات العقلية أو المعرفية للأسباب أو الأعراض، والعلاج الجشطلتي له أساليب عديدة أهمها الكرسي الخالي؛ إذ يجلس الفرد على مقعد وأمامه مقعد خال يتخيل جلوس فرد آخر عليه، ويبدأ في حوار تخيلي مع الفرد، أو يتناول الدور ويحل محل الفرد الآخر. (الجلالي، 2007 : 115).

و- العلاج البيئي: يهدف هذا العلاج إلى تعديل العوامل البيئية التي تؤثر على المريض وتزيد من قلقه، مثل تغير نوع العمل، وإيجاد الحلول للمشكلات الأسرية، وإرشاد الأسرة إلى تغيير أنماط سلوكهم مع الفرد الذي يعاني من قلق، مما يساعد المريض علي الشفاء. (الجبلى، 2000 : 139).

ثانياً: العلاج الطبي :

ويتضمن هذا النوع من التدخل العلاجي ما يأتي:

أ – العلاج الدوائي: فاستعمال العقاقير ذو نفع كبير في علاج حالات القلق النفسي الحاد، التي يسيطر فيها الخوف والهلع على شعور المريض بشكل لا يترك مجالاً

للعلاج النفسي، واستعمال الأدوية المهدئة في مثل هذه الحالات الحادة يعطي المريض شيئاً من الثقة في الطبيب، مما يسهل على الطبيب بحث مشاكله النفسية وعلاجها بالطرق النفسية المناسبة، ومن هذه العقاقير عقار (نبروديازبينز)، وتضم هذه المجموعة عدداً من المركبات المتقاربة في تركيبها وفعاليتها، وأهم مزايا هذه المجموعة هي فعاليتها الكبيرة في التخفيف من القلق وقلة أعراضها الجانبية. (كمال، 1988 : 183).

ب- العلاج الكهربائي: يستخدم في علاج حالات القلق التي تصاحبها أعراض اكتئابية شديدة، ويكون العلاج بتعرض المريض لصدمة كهربائية تعيد تنظيم المواد الكيميائية والهرمونات العصبية التي تصل بين قشرة المخ والهيپوثلامس.

ج- العلاج الجراحي: يستخدم في الحالات التي لا تشفى بالوسائل العلاجية السابقة؛ إذ يعتمد على قطع الألياف الخاصة بالانفعال الشديد الموصلة بين الفص الجبهي بالمخ والثلاموس. (عبد الله، 2004 : 172).

6.1 الاتجاهات النظرية المفسرة للقلق:

تزرح المكتبة النفسية الحديثة بالكثير من الأدبيات والمراجع التي تتعرض إلى النظريات المختلفة للقلق، التي تسعى إلى تفسير ظاهرة القلق والكشف عن طبيعته، وسوف تتناول الباحثة فيما يلي عرض المبادئ والأفكار الرئيسية لهذه النظريات، ومن هذه النظريات التي فسرت القلق:

أولاً: اتجاه التحليل النفسي:

القلق من وجهة نظر التحليل النفسي الكلاسيكي القديمة، ومن أشهر روادها :

فرويد: رأي فرويد أن القلق النفسي ينشأ نتيجة التعارض والصراع بين مطالب الهو (قوة الغرائز) ومطالب الأنا الأعلى (قوة المعايير الأخلاقية) وعجز (الأنا) عن التفريق بينهما، وسبب هذا العجز يرجع إلى خبرات الطفولة وخاصة (عقد الخضي) أو عقد الخوف من فقدان العضو التناسلي والشعور بالذنب الذي يحيط بالرغبات الجنسية. (عبد الله، 2004 : 168).

أي أن هناك علاقة وثيقة بين القلق والحرمان الجنسي؛ فالذين يشكون من الحرمان الجنسي يعانون غالباً من مشاعر القلق. (غالب، 1978 : 34).

وبذلك أكد فرويد أن الكبت الجنسي يحدث الصراع الأول بين الطفل وأحد والديه من الجنس المخالف. (غانم، 2006 : 46).

إدلر: رأى إدلر أن نشأة القلق النفسي ترجع إلى طفولة الإنسان الأولى كأن يشعر الفرد

بالقصور الذي ينتج عنه عدم الشعور بالأمن، و حدد مفهوم القصور في بادئ الأمر بأنه القصور العضوي، ثم عمم هذا القصور حتى شمل القصور بمعناه المعنوي أو الاجتماعي، والمقصود بنظرية القصور في نظر إدلر أن منشأ القصور قد يرجع لخلل في أحد أعضاء

الجسم؛ إذ وجد أن هناك علاقة بين الشعور بهذا القصور والنمو النفسي؛ لعدم استكمال نموه ويحدث في وظائف الأعضاء القاصرة في الجسم؛ لوجود علاقة بين الشعور بهذا القصور والنمو النفسي. (الكناني وآخرون، 1994: 436).

أتورانك: ربط أتورانك بين القلق والصدمات التي يواجهها الطفل أثناء مراحل عمره، فقد ربط بين القلق وصدمة الميلاد وسمي (قلق الانفصال) لانفصال لطفل عن أمه وخروجه من رحمها، ثم تأتي بعد ذلك صدمة الفطام التي ينشأ عنها قلق الفطام، ثم قلق الانفصال عن الأسرة للذهاب إلى المدرسة، وهكذا أوضح (رانك) أن الإنسان ينتقل من قلق إلى قلق، وأن الإنسان يعيش في حياته متأرجحاً بين قلق الحياة وقلق الموت، ورأى أن الإنسان إذا فشل في تحقيق التوازن أثناء تأرجحه هذا يدخل في دائرة القلق العصابي. (جبل، 2000: 132).

كارل يونج: ينظر يونج إلى القلق باعتباره رد فعل يقوم به الفرد حينما تغزو عقله خيالات غير معقولة صادرة عن اللاشعور الجمعي وباقية من حياة الإنسان البدائية (فهمي، 1967:321).

ففي اللاشعور الجمعي تختزن الخبرات الماضية المترابطة عبر الأجيال؛ فالقلق هو الخوف من سيطرة اللاشعور الجمعي غير المعقولة، التي مازالت فيه من حياة الإنسان البدائية، كما يعتقد أن الإنسان يهتم عادةً بتنظيم حياته على أسس معقولة منظمة، وأن ظهور المادة غير المعقولة من اللاشعور الجمعي يعتبر تهديداً لوجوده. (فرويد، 1962: 37).

القلق من وجهة نظر التحليل النفسي الجديد من أشهر روادها:

إيريك فروم: يرى إيريك فروم أن الطفل يقضي فترةً طويلةً من الزمن معتمداً على الكبار وخاصةً والديه، وهذا الاعتماد يقيد به بقبود يلتزم بها؛ حتى لا يفقد حنانهم، وبازدياد نمو الطفل يزداد تحرره دون الاعتماد على نفسه، الذي يولد شعوره بالعجز والقلق نتيجة ما يود إنجازه من الأعمال، وعدم اكتمال قدراته لإنجاز هذه الأعمال، وهكذا يرى فروم أن القلق ينشأ عن الصراع بين الحاجة للتقرب من الوالدين والحاجة إلى الاستقلال. (المرجع السابق: 42).

كامن هورني: ترى أن القلق الأساسي في الطفولة ينشأ عن كبت الطفل لرغباته العدائية نحو والديه، ويعبر عن ذلك بسرعة اعتراضه وعناده وميله إلى التخريب. (الزعيبي، 2001: 15).

كما ترى أن الثقافة من شأنها أن تخلق قدراً كبيراً من القلق في الفرد الذي يعيش في هذه الثقافة، وتفسر القلق بأنه استجابة انفعالية تكون موجهة إلى المكونات الأساسية للشخصية، ويرجع القلق إلى الشعور بالعجز والشعور بالعداوة، وتعتقد أن القلق ينشأ من العناصر الآتية:

انعدام الدفء العاطفي في الأسرة وتفككها وشعور الطفل بأنه شخص منبوذ.

المعاملة التي يتلقاها الطفل لها علاقة وطيدة بنشأة القلق في البيئة التي يعيش فيها.

(الزهري، 1961: 157).

هاري سوليفان: يرى سوليفان أن من أهم أسباب القلق العلاقات الاجتماعية بين الطفل وبين الأفراد المحيطين به وخاصة الأم، ويعتقد أن القلق حين يكون موجوداً لدى الأم تنعكس آثاره في الوليد؛ لأنه يستحث القلق من خلال الارتباط العاطفي بين الأم ووليدها. (عثمان، 23).

فالأم المتوترة سرعان ما تدرك أن صغيرها يبدي سمات القلق، فكأن الرضيع يتناغم انفعالياً مع أمه، وبالمثل فإن الأطفال الذين ينشأون في بيئة تشعرهم بالحرمان والإحباط وعدم الأمان يكونون أكثر استعداداً من غيرهم؛ لإظهار استجابة القلق، كما يعتبر التعليم غير الملائم للسلوك التوافقي من بين العوامل البيئية التي قد تساهم في نشوء القلق، فقد أشارت الكثير من الدراسات لتواريخ حالات مرضى القلق عن عدم النضج في نشأتهم وتطورهم وانعدام الأمن وانعدام اكتساب المهارات اللازمة لمواجهة مشكلات الحياة. (عودة ومرسي، 1994: 187).

ثانياً: الاتجاه السلوكي:

يرى أن القلق استجابة خوف اشتراطية ارتبطت بمثير محايد نتيجة اقترانه بمثير من طبيعته أن يثير الخوف، وتحدث الاستجابة فيما بعد، إذا ما واجه الفرد هذا المثير دون أن يكون واعياً أو ذاكرةً للاقتران الذي حدث.

ويفسر السلوكيون القلق بأنه يرتبط بما في ذات الإنسان وما يوجهه من خيرات أو مثيرات أو أحداث غير سارة تثير ردود فعل انفعالية تؤدي إلى عدم الارتياح. (محمد ، 2004 : 51).

ومن أبرز علماء هذا الاتجاه:

أيزنك : أشار أيزنك إلى أن القلق العصبي خوف زائد لا يناسب ما في الموقف من تهديد حقيقي، تثيره أحياناً تهديدات موضوعية مثل الحرب، ومصاعب العمل ومشاكل الأسرة، لكن ما يميزه عن الخوف العادي شدة الانفعال والشعور بالخوف، بحيث يصبح حالة غير مألوفة في مثل هذه المواقف، فليس غريباً أن يخاف الإنسان من القنابل، لكن الغريب أن يصل الخوف لدرجة من الشدة لا يحتملها .

دولار وميلر: يرى دولارد وميللر أن القلق دافع مكتسب، أو قابل للاكتساب وهو يرتبط بفكرة الصراع الانفعالي الشديد، لكن الصراع هنا شعوري، وينتج خلال التنشئة الاجتماعية، ولتخفيف الفرد من القلق الناشئ عن الصراع الانفعالي يلجأ إلى الحيل الدفاعية. (كامل، 2004 : 38).

ثالثاً: الاتجاه الإنساني:

المدرسة الإنسانية هي الاتجاه الثالث الرئيسي في علم النفس، تؤكد خصوصية الإنسان بين الكائنات الحية؛ لذا تركز في دراستها على الموضوعات التي ترتبط بهذه الخصوصية، مثل

الإدارة والحرية والمسؤولية والابتكار والقيم، وترى أن التحدي أمام الإنسان هو أن يحقق وجوده وذاته إنساناً وفرداً يختلف عن بقية الأفراد. (شربت وحلاوة، 2003: 95).

لذلك يرى أصحاب المذهب الإنساني أن القلق هو الخوف من المستقبل، وما قد يحمله هذا المستقبل من أحداث قد تهدد وجود الإنسان أو تهدد إنسانيته؛ فالقلق ينشأ مما يتوقع الإنسان أنه قد يحدث، ويرى أصحاب هذا المذهب أن الإنسان هو الكائن الحي الوحيد الذي يدرك أن نهايته حتمية، وأن الموت قد يحدث في أية لحظة، وأن توقع الموت هو المثير الأساسي للقلق عند الإنسان. (العناني، 2003: 104).

ومن أبرز رود هذا (الاتجاه كارل روجرز) يفسر روجرز القلق باعتباره مؤشراً لحدوث تعارض بين مفهوم الفرد عن ذاته وبين خبراته الشخصية؛ حيث إن الخبرات التي لا تتفق مع مفهوم الفرد عن ذاته تدرك أنها نوع من التهديد والخطر الذي يستثير القلق، وعلى هذا فقد يتم إنكار هذه الخبرات أو تحريفها بالشكل الذي يتفق ومفهوم الفرد ذاته. (عبد الرؤوف، 1994: 62).

ماي : تفسر ماي القلق بأنه توجس يصاحبه تهديد لبعض القيم التي يتمسك بها الفرد وترى أن سبب القلق يرجع إلى عاملين هامين أولهما الاستعداد الفطري، وثانيهما الأحداث الخاصة التي تثير القلق عن طريق التعلم بأنواعه المختلفة. (السمادوني، 1994: 202).

نظرية قلق الحالة - السمة :

تعتبر هذه النظرية الأكثر شيوعاً في الوقت الحاضر والأكثر قبولاً لدى علماء النفس والطب النفسي المعاصر حيث عملت على الإفادة من سائر النظريات التي سبقتها وتحقيق شيء من المواءمة بينها. (عبد الرؤوف، 1994: 16).

ويعتبر ريموند كاتل أول من قدم مفاهيم حالة القلق وسمته وقام سيبيلبرجر بتطوير هذين المفهومين وميز بينهما، وحدد قلق الحالة بأنه انفعال عابر وقتي تصاحبه تغيرات فسيولوجية وخوف من شر مرتقب، وحدد قلق السمة بأنه مستقل وقائم بذاته، وعرفه بأنه تهيؤ أو استعداد سلوكي للاستجابة لمواقف الخطر بزيادة في شدة إرجاع حالة القلق. (Koevski.232,2001 and Shdler).

وتعتبر سمة القلق من سمات الشخصية المزاجية التي تدل على استعداد سلوكي كامن عند الفرد؛ لشعوره بالقلق في موقف التهديد لتقدير الذات. (مرسي، 1988: 278).

وينظر إلى حالات الشخصية بوجه عام أنها قطاعات مستعرضة وعابرة في حياة الفرد، وأن الحالة الانفعالية توجد في لحظة محددة من الزمن وعند مستوى معين من الشدة، وتتميز حالات القلق بمشاعر ذاتية تتضمن التوتر والخشية والانزعاج، كما تتضمن تنشيط الجهاز العصبي الذاتي وزيادة تنبيهه، وعلى الرغم من أن حالات الشخصية مؤقتة وسريعة الزوال غالباً، فإنها يمكن أن تعاود وتكرر عندما تستثيرها منبهات ملائمة، ومن الممكن أيضاً أن تبقى زمناً إضافياً

عندما تستقر الظروف المثيرة لها، وعلى العكس من الطبيعة المؤقتة للحالات الانفعالية، يمكن أن نتصور سمات الشخصية بأنها فروق ثابتة نسبياً بين الناس في التهيو وإدراك العالم بطريقة معينة، وفي الميل إلى الاستجابة أو السلوك بأسلوب خاص له انتظام يمكن التنبؤ به. (الأنصاري، 2006: 347).

ويوجه قلق السمة الفرد؛ ليرى المنافسة والتقييم الاجتماعي في مواقف أكثر أو أقل تهديداً حيث يدرك الشخص في القلق مرتفع السمة أن المواقف أكثر تهديداً، ويستثار القلق لديه أكثر من ذوي قلق السمة المنخفض. (محمد، 2005: 28).

كما وصف سبيلبرجر قلق السمة بأنه قلق مزمن يمكن أن يواجهه الفرد بغض النظر عن الظروف المحيطة التي يمر بها، أما قلق الحالة فيتغير بتغير المواقف، وهذا لا يعني أن الحالتين مستقلتان بل تؤثر كل واحدة منهما في الأخرى. (الضامن، 2005: 160).

ويتضح من العلاقة بين حالة القلق وسمته أن الاستعداد أو التهيو للقلق يظل كامناً (سمة القلق)، ويستثار فقط بمثيرات مهددة وظروف ضاغطة (حالة القلق)، وهذه العلاقة تأخذ شكل المنحى. (عثمان، 1994: 39).

وسمة القلق مفهوم نفسي له خصائص مميزة أطلق عليه أتكينسون Atkinson الدوافع، وقد أشار (كامبل) Campell إلى أنها استعدادات سلوكية مكتسبة، ولما يمثل مفهوم قلق السمة من أهمية في الدراسات النفسية؛ تركزت الدراسة في استخلاص عدد من التعريفات، منها: تعريف أتكينسون الذي عبر عن تلك الدوافع بالاستعدادات السلوكية التي تبقى كامنة حتى تنشطها مؤثرات المواقف، وتتضمن الاستعدادات السلوكية المكتسبة في رأي كامبل، تلك التي تمثل الرواسب الخاصة بالخبرة السابقة، والتي تهيو الفرد لأن يرى العالم أو المجتمع بطريقة معينة، ويظهر ميولاً استجابية نحو الأشياء. (أبو رسين ودرويش، 2003: 420).

وعرف (سانتر وسنجر، 1971) قلق السمة بأنه رد فعل ضد خطر حقيقي خارجي هدفه حماية الفرد، وغالباً ما ينشأ عن غريزة حفظ الذات، ويصاحبه بعض التغيرات الفسيولوجية، ويؤيد هذا التعريف إيكمان، أما رحايل فأشار إلى أن قلق السمة يعد استجابة انفعالية تتسم ببعض الخصائص الشعورية مثل الإحساس بالارتباك والتوتر. (أبو رسين ودرويش، 2003: 421).

ويرى سبيلبرجر أن قلق السمة يرجع إلى فروق ثابتة نسبياً في القابلية للقلق، أي إلى الاختلافات بين الأفراد في ميلهم إلى الاستجابة للمواقف التي يدركون أنها مواقف مهددة، وذلك حسب شدة القلق. (عبد الغني، 2006: 126).

ويشير أحمد عبد الخالق وحافظ خيرى (1988) إلى أن لقلق السمة فروقاً فردية ثابتة نسبياً في الاستهداف للقلق؛ أي أنها فروق بين الناس في الميل إلى إدراك أن المواقف العصبية خطيرة أو مهددة، والاستجابة لمثل هذه المواقف بزيادة في شدة إرجاع حالة القلق لديهم، وكلما كانت سمة القلق أقوى زاد احتمال أن يعاني الفرد من ارتفاع أشد في حالة القلق في المواقف التي تتضمن تهديداً. (عبد الخالق وخيري، 1988: 183)

وعرفت (أمينة كاظم، 1987) قلق السمّة بأنه حالة انفعالية يتسم بها الفرد بصفة دائمة وتكون مظهراً مميزاً من مظاهر سلوكه، وتتضمن الصفات الرئيسية التي تقاس بواسطة قلق السمّة. (الخدافي، 1993: 26).

وعرفه غريب عبد الفتاح (1999) بأنه استعداد أو هو قابلية الفرد لأن يعاني من حالات القلق الوجداني، ويؤكد أن قلق السمّة يمثل درجة عالية من الثبات؛ كونه سمّة من سمات الشخصية، وهذا الثبات النسبي هو الذي يسمح للباحث بدراسة القلق. (غريب، 1999: 105). وتشير سكينه قدراة (2006) إلى أن قلق السمّة استجابة انفعالية صادرة عن الفرد لأسباب متعددة وبدرجات متفاوتة، تتسم ببعض الأعراض مثل الخوف والاضطرابات العصبية والتوتر والارتباك. (قدراة، 2006: 236).

ورأى سيلبرجر وكاتل وأتكسون وكامبل أن قلق السمّة عبارة عن استعداد سلوكي مكتسب يظل كامناً حتى تنهيه وتنشطه منبهات داخلية أو خارجية. (مرسي، 1978: 39) واتفق ناجي ووادا وسيوناغا (2002) على أن قلق السمّة صفة شخصية ثابتة نسبياً تتضمن مشاعر واضحة؛ لانعدام الأمن. (Nogai, Wada and Sunaga, 2002).

كما تقترح النظرية المعرفية أن قلق السمّة يرتبط بعملية التشويش المعرفي، وبشكل خاص قلة التركيز وسوء معالجة المعلومات. (Telzer, Mogg, Bradley, Mai, Ernst and Pine. 216, 2008)

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

- 1- **المحور الأول:** الدراسات التي تناولت اضطرابات النوم وعلاقتها بقلق السمّة.
- 2- **المحور الثاني:** الدراسات التي تناولت اضطرابات النوم وعلاقتها بمتغيرات أخرى.
- 3- **المحور الثالث:** الدراسات التي تناولت قلق السمّة وعلاقتها بمتغيرات أخرى.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

1.3- الدراسات السابقة :

تساعد الدراسات السابقة في تحقيق عدة أغراض أهمها وضع النتائج في إطار تاريخي؛ يتبع أهم جوانب تطور المشكلة، ومكانها وموضوعها من الإطار، لذلك من الصعب بناء صرح متكامل من المعرفة لأي موضوع تربوي نفسي دون ربطه بالدراسات السابقة. (أبو علام، 1998 : 96).

وفي هذا الجزء من الدراسات يوضع الوعاء النظري للمتغيرات موضوع الاهتمام والبحث من خلال الجهد الذي بذلته الباحثة في سبيل إثراء معلوماتها حول مشكلة دراستها، وبالتالي تستطيع أن تضع تفسيرها للنتائج التي تتوصل إليها وفق المعايير والقواعد العلمية والأصول البحثية المتعارف عليها، ولذلك تتبلور فكرة عرض الدراسات السابقة بشيء من التفصيل تتناول فيه الباحثة الجهود العلمية في دراسة المتغيرات موضوع الاهتمام والمتغيرات المرتبطة بها وفق المحاور الآتية:

الدراسات التي تناولت اضطرابات النوم وعلاقتها بقلق السمة.

الدراسات التي تناولت اضطرابات النوم وعلاقتها بمتغيرات أخرى.

الدراسات التي تناولت قلق السمة وعلاقتها بمتغيرات أخرى.

المحور الأول الدراسات التي تناولت اضطرابات النوم وعلاقتها بقلق السمة:

1- دراسة (سينج موك وكريستيل، 1982، Sung Mook and Christelle)

هدف الدراسة: من أهداف الدراسة معرفة العلاقة بين سمة القلق والاختلال وعادات النوم.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (60) طالباً و (61) طالبة بالمرحلة الثانوية بأعمار زمنية بلغت (15: 16) سنة.

أدوات الدراسة: استخدم الباحثان مقياس القلق ومقاييس أخرى لقياس المتغيرات الأخرى.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية دالة بين سمة القلق والغضب مما أدى إلى إحداث اختلافات بعادات النوم، وشعورهم باضطرابات النوم. (الشارف، 2007).

2 - دراسة (فوستر وسوزان بيل، 1983)

هدف الدراسة: من أهداف الدراسة معرفة العلاقة بين التوتر المؤدي إلى اضطرابات النوم وسمة القلق.

عينة الدراسة: أجريت الدراسة على عينة بلغت (30) فرداً ممن يعانون من التوتر الشديد.

أدوات الدراسة: طبق مقياس حالة _سمة القلق ومقياس اضطرابات النوم.

نتائج الدراسة: توصل الباحثان إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين التوتر الشديد واضطرابات النوم والقلق. (الشارف، 2007).

3- دراسة (أحمد عبد الخالق ومايسة النيال، 1992)

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين اضطرابات النوم وقلق السمة، والاكتئاب والوسواس.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (178) طالباً من طلاب جامعة الإسكندرية.

أدوات الدراسة: مقياس اضطرابات النوم، قائمة بيك للاكتئاب، مقياس سمة القلق الذي أعده سبيلبرجر قائمة الوسواس القهرية.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة وجود ارتباطات إيجابية بين مقياس اضطرابات النوم والقلق والاكتئاب والوسواس، كما أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق جوهرية بين الجنسين في متغيرات الدراسة، ماعدا متغير عدد ساعات النوم المطلوبة؛ إذ كانت الإناث أكثر من الذكور. (عبد الخالق والنيال، 1992).

4 - دراسة (سفورز وهيدروبيلبسو لوريشن وبيانز ، 2002)

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة ما إذا كانت اضطرابات النوم تسهم في ظهور القلق والسمة والاكتئاب.

عينة الدراسة: أجريت الدراسة على عينة مكونة من (60) فرداً ممن يعانون من اضطرابات النوم. (الأرق، الشخير، حركات الأرجل).

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة أن 16% من الذين يعانون من اضطرابات النوم يعانون أيضاً من القلق، وأن 7% منهم يعانون من الاكتئاب. (Zforza ,Hilaire ,Pelissolo Rechat and Itanez, 2002)

5 - دراسة (غر يغوري وآخرون ، 2009)

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين اضطرابات النوم والقلق والاكتئاب.

عينة الدراسة: أجريت الدراسة على عينة مكونة (175) طفلاً ومرافقاً.

أدوات الدراسة: مقياس القلق ومقياس اضطرابات النوم من إعداد الباحث، ومقياس الاكتئاب من إعداد الباحث.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة وجود ارتباطات موجبة ودالة إحصائياً بين اضطرابات النوم والقلق والاكتئاب، كما أظهرت أن الارتباطات بين اضطرابات النوم والاكتئاب تكبر لدى المراهقين، بينما ارتبط القلق بصورة أكبر باضطرابات النوم لدى الأطفال.(Gru??????).

المحور الثاني: الدراسات التي تناولت اضطرابات النوم ومتغيرات أخرى:

1- دراسة (بيلهاوس وبتويت و جولد وبيرح وبورارد، 1988)

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تحليل سمات الشخصية كما في قائمة مينسوتا المتعددة الأوجه والكشف عن درجة اضطرابات النوم لدى عينة الدراسة.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من ثلاث مجموعات، مجموعة سوية، ومجموعة تميزت بالاكتئاب والقلق، في حين تميزت المجموعة الثالثة بخصائص الشخصية السيكوسوماتية، وتم تحليل الفروق بين المجموعات الثلاث.

أدوات الدراسة: مقياس مينسوتا المتعدد الأوجه ومقياس اضطرابات النوم، ومقياس الاكتئاب ومقياس القلق.

نتائج الدراسة: أسفرت نتائج الدراسة عن تزايد حدة اضطرابات النوم وارتباطها بدرجة كبيرة بالمشكلات النفسية التي يتعرض لها الفرد. (إسماعيل، 2004).

2 - دراسة (حمدي شاكر ، 1985)

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على اضطرابات النوم التي يعاني منها طلاب الجامعة، ومعرفة مدى انتشارها، وعلاقة الأرق والكوابيس بالتوافق النفسي.

عينة الدراسة: أجريت الدراسة على عينة بلغ عددها (394) طالباً وطالبة من طلاب جامعة أسيوط ، (197) طالبة.

أدوات الدراسة: مقياس اضطرابات النوم واختبار الذكاء المصور، واختبار تفهم الموضوع، واختبار التوافق النفسي واستمارة المقابلة الشخصية، ومقياس المستوى الاقتصادي والاجتماعي.

نتائج الدراسة: توصلت نتائج الدراسة إلى أن الأرق ينتشر عند طلاب الجامعة بنسبة (37.2%) والكوابيس بنسبة (30.2%)، وهلاوس النوم بنسبة (14%)، والمشي أثناء النوم بنسبة (5%)، وكثرة النوم بنسبة (20%)، كما أسفرت النتائج عن أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين الأرق وبين الكوابيس والتوافق النفسي؛ فقد كانت معاملات الارتباط مرتفعة لدى الذكور، كما توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور المضطربين والإناث المضطربات في بعدي الأرق والكوابيس؛ إذ كانت الإناث أكثر أرقاً من الذكور المضطربين. (شاكر، 1985).

3 - دراسة (ليفين ، 1989)

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة الآثار الناجمة عن تكرار الكوابيس الليلية من خلال التقارير الذاتية للمفحوصين.

عينة الدراسة: تم إجراء الدراسة على عينة قوامها (40) طالباً وطالبة من طلاب الجامعة، نصفهم تتكرر لديهم الكوابيس ونصفهم مجموعة ضابطة ليس لديهم كوابيس.

أدوات الدراسة: مقياس بارون لقوة الأنا ومقياس قلق الموت.

نتائج الدراسة: توصلت نتائج الدراسة إلى أن تكرار الكوابيس يؤثر على قوة الأنا وقلق الموت. (سليمان وعبد الله، 1996).

4 - دراسة (هيث كوت، 1989)

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تحديد مدى انتشار اضطراب شلل النوم لدى عينة سوية، وعينة غير سوية تعاني من اضطرابات عقلية.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من مجموعتين المجموعة الأولى تكونت من (36) مفحوصاً أطلق عليهم عينة ما قبل العناية، وتكونت المجموعة الثانية من (36) مفحوصاً أطلق عليهم ما بعد العناية، وهم أفراد العينة الذين تعرضوا للعلاج الفعلي من اضطرابات عقلية.

أدوات الدراسة: مقياس التوافق الاجتماعي لقياس القلق.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة أن (18) مفحوصاً من عينة ما قبل العناية و(12) مفحوصاً من عينة ما بعد العناية تعرضوا لاضطرابات شلل النوم. (أنور البناء، 2007).

5 - دراسة (إبراهيم علي ومايسة النيال، 1993)

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين اضطرابات النوم متمثلة في (الأرق، والأحلام المزعجة، والهلوسة، وقفزات النوم، وشلل النوم) وبعض الاضطرابات الانفعالية (القلق، والاكتئاب، والوسواس القهري).

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (220) طالبة من طالبات جامعة قطر تتراوح أعمارهن ما بين (20:24) عاماً، وقسمت العينة طبقاً لقائمة اضطرابات النوم إلى مجموعتين:

مجموعة الطالبات (السويات) وعددهن (61) طالبة .

مجموعة الطالبات اللاتي يعانين بعض مشكلات النوم، عددهن (159) طالبة، وصنفت هذه المجموعة إلى أربع فئات هي:

فئة الأرق تشمل (56) طالبة.

فئة الأحلام المزعجة تشمل (41) طالبة.

فئة هلوسة النوم وقفزات النوم تشمل (39) طالبة.

د- فئة شلل النوم تشمل (23) طالبة.

أدوات الدراسة: استخدم الباحثان مقياس اضطرابات النوم من إعداد الباحثين، ومقياس الاضطرابات الانفعالية من إعدادهما أيضاً.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً لصالح الطالبات (غير السويات) في تعرضهن للاضطرابات الانفعالية، كما أظهرت أن فئة طالبات الأحلام المزعجة تأثرن بالاكتئاب والعصبية، بينما تأثرت طالبات اضطراب هلوسة النوم وقفزات النوم باضطراب العصبية فقط ، لصالح العصبية والاكتئاب والوسواس، كما اتضح من النتائج أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً لصالح فئة مشكلة الأرق في تأثرهن بالاضطرابات الانفعالية موضوع الدراسة. (إبراهيم والنيال، 1993).

6 - دراسة (أحمد عبد الخالق و عادل شكري و عبد الفتاح دويدار و عويد المشعان، 1993)

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تحديد محتوى الأفكار التي تشغل الذهن قبل الدخول في النوم (خلال فترة الكمون) ومعرفة الفروق بين الجنسين في تكرار هذه الموضوعات.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (177) طالباً من طلاب جامعة الإسكندرية بلغ عدد الطلاب (93) وعدد الطالبات (83).

أدوات الدراسة: طبق مقياس قائمة التفكير قبل النوم من إعداد الباحثين، وقائمة ويلبي للميول العصبية ومقياس الوسواس القهري.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة أن هناك ارتباطاً جوهرياً بين الدرجة الكلية على القائمة المختصرة للتفكير قبل النوم، والأرق والتنقل بين الأفكار والوسواس القهري في فترة الكمون، كما اتضح أيضاً عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الجنسين في قائمة التفكير قبل النوم. (عبدالخالق، وشكري، ودويدار، والمشعان، 1993).

7 - دراسة (لبت وآخرون ، 1994)

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين نوبات الفزع والقلق والاكتئاب لدى طلاب الجامعة.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة (95) طالباً من طلاب جامعة النرويج.

نتائج الدراسة : اتضح من نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائياً بين من يعانون من نوبات الفزع والقلق والاكتئاب. (عامر، 2008).

8 - دراسة (أحمد عبد الخالق و عويد المشعان و عدنان الشطي ، 1995)

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تحديد موضوعات التفكير قبل النوم لدى عينة من طلاب جامعة الكويت.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (229) طالباً و (211) طالبة من طلاب جامعة الكويت.

أدوات الدراسة : القائمة الكويتية لموضوعات التفكير قبل النوم.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج أن التفكير في المستقبل كان أكثر شيء يفكر فيه الفرد، ثم المجال المتصل بالجانب الوجداني والعواطف.

كما أظهرت عدم وجود فروق جوهرية بين الجنسين في موضوعات التفكير قبل النوم، واتضح أيضاً أنه كلما زادت موضوعات التفكير قبل النوم قل عدد ساعات النوم التي ينامها الفرد؛ أي زاد الأرق، كما أسفرت عن وجود ارتباط جوهرية وموجب بين عدد الموضوعات التي يفكر فيها الفرد قبل النوم، ومتغير التنقل بين الأفكار قبل النوم. (عبد الخالق وآخرون، 1995).

9 - دراسة (خالد عبد الغني، 1998)

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة مدى انتشار اضطرابات النوم لدى الراشدين والمسنين ومعرفة علاقة اضطرابات النوم بالذهانية والعصابية.

عينة الدراسة: تكونت من (288) طالباً و (100) طالب وطالبة من جامعة بنها بمصر.

أدوات الدراسة: طبق مقياس اضطرابات النوم الذي أعده الباحث، واختبار أيزنك للشخصية.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج أن هناك علاقة بين أنماط اضطرابات النوم وبعض المتغيرات النفسية المتمثلة في الذهانية والعصابية لدى الراشدين والمسنين. (عبد الغني، 1998).

10 - دراسة (ناهد إسماعيل ، 2004)

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة الارتباطية بين اضطرابات النوم والقلق والاكتئاب والمشاعر الوجدانية لدى طلاب المرحلة الثانوية، كما هدفت أيضاً إلى معرفة الفروق بين الطلبة الذين يعانون من اضطرابات في النوم، والذين لا يعانون من اضطرابات في النوم في متغيرات الدراسة.

عينة الدراسة: أجريت الدراسة على عينة بلغ (400) طالب وطالبة من طلاب المرحلة الثانوية.

أدوات الدراسة: قائمة اضطرابات النوم من إعداد إبراهيم علي ومايسة النيال، وقائمة سبيلبرجر لقلق (الحالة، والسمة) تعريب عبد الخالق، ومقياس المشاعر الوجدانية وقائمة بك للاكتئاب.

نتائج الدراسة: أظهرت الدراسة عدم وجود ارتباط بين اضطرابات النوم والقلق والاكتئاب والمشاعر الوجدانية، كما اتضح من النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموع الطلاب الذين يعانون والذين لا يعانون من اضطرابات النوم في القلق والاكتئاب، والمشاعر الوجدانية. (إسماعيل، 2004).

11 - دراسة (أنور البنا ، 2007)

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على أهم المواقف الحياتية الضاغطة وأهم اضطرابات النوم انتشاراً بين الطلاب، كما هدفت إلى معرفة العلاقة بين اضطرابات النوم والمواقف الحياتية الضاغطة، وإلى معرفة الفروق بين الجنسين في اضطرابات النوم.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (200) طالبة من طالبات جامعة الأقصى.

أدوات الدراسة: طبق مقياس المواقف الحياتية الضاغطة، ومقياس اضطرابات النوم من إعداد الباحث.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج أن أكثر المواقف الحياتية الضاغطة شيوعاً هي المواقف الانفعالية، وأكثر اضطرابات النوم شيوعاً في مجال صعوبات النوم هي الإفراط في النوم واضطرابات جدول النوم واليقظة ثم الأرق، أما في مجال صعوبات النوم فكانت الكوابيس أكثر انتشاراً، وكذلك أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد اضطرابات النوم تعزى لمتغير الجنس، كما أظهرت عدم وجود علاقة ارتباطية بين المواقف الحياتية الضاغطة واضطرابات النوم.

12 - دراسة (سلامة الشارف، 2007)

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستويات قلق الامتحان واضطرابات النوم ومعرفة العلاقة بينهما، كما هدفت إلى معرفة الفروق بين مستويات قلق الامتحان واضطرابات النوم حسب التخصص والنوع و المرحلة الدراسية.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من أدوات (400) طالب وطالبة من طلاب جامعة المرقب.

أدوات الدراسة: طبق الباحث مقياس قلق الامتحان الذي أعدته لمعان الجلاي، ومقياس اضطرابات النوم الشامل الذي أعده أديب الخالدي.

نتائج الدراسة : أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة وذات دلالة إحصائية بين مستويات قلق الامتحان واضطرابات النوم، كما أظهرت وجود علاقة ارتباطية بين مستويات قلق الامتحان واضطرابات النوم تبعاً للتخصص، واتضح من نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائية بين أفراد عينة العلوم التطبيقية والعلوم الإنسانية في مستويات قلق الامتحان والعلوم التطبيقية وفي اضطرابات النوم.(الشارف 2007)

13 - دراسة (زينب العجيلي ، 2008)

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية من خلال دراسة مستواها، والفروق العائدة للنوع والتخصص والسنة الدراسية.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (476) طالباً وطالبة من طلاب جامعة قاريونس.

أدوات الدراسة: طبقت الباحثة مقياس اضطرابات النوم من إعداد خالد عبد الغني (1998).

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية دال إحصائياً، كما أسفرت عن وجود فروق دالة إحصائياً في اضطرابات النوم لصالح الإناث، كما تبين وجود فروق دالة إحصائياً بين التخصصين العلمي والأدبي لصالح التخصص العلمي، وعدم وجود فروق دالة إحصائياً بين طلبة السنتين الأولى والرابعة، كما أشارت النتائج أيضاً إلى أن التفاعل بين النوع والتخصص دال إحصائياً (العجيلي 2008).

المحور الثالث : الدراسات التي تناولت سمة القلق مع متغيرات أخرى:

1 - دراسة (مصطفى أحمد تركي ، 1981)

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة علاقة قلق الامتحان بسمة القلق، وحالة القلق لدى طالبات جامعة الكويت.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (175) طالبة من طالبات جامعة الكويت متوسط أعمارهن (69:20) سنة.

أدوات الدراسة: مقياس سبيلبرجر لسمة القلق تعريب أمينة كاظم، واختبار ساراسون لقلق الامتحان.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج أن الارتباط بين سمة القلق وقلق الامتحان أعلى من الارتباط بين حالة القلق وقلق الامتحان، وأن الفرق بين الارتباطين دال عند مستوى أقل من 0.005 كما اتضح أن تأثير سمة القلق على قلق الامتحان أعلى من تأثير حالة قلق الامتحان. (تركي، 1981).

2 - دراسة (سبيلبرجر وآخرون ، 1983) :

هدف الدراسة: معرفة الفروق بين الجنسين في حالة وسمة القلق.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من طلاب جامعة فلوريدا.

أدوات الدراسة: مقياس قلق الحالة والسمة من إعداد الباحث.

نتائج الدراسة: اتضح من نتائج الدراسة أن درجات الطالبات أعلى من الطلاب في حالة القلق وسمته. (عبد الخالق، 1984).

3 - دراسة (عبد الرقيب البحيري ، 1984)

هدف الدراسة: معرفة الفروق بين الجنسين في قلق الحالة و قلق السمة لدى طلاب الجامعة.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (273) طالباً و (270) طالبة من طلاب جامعة أسبوت .

أداة الدراسة: طبق مقياس قلق (الحالة، والسمة) تعريب البحيري.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة أن متوسط درجات الذكور على مقياس قلق السمة بلغ (41.77) ، ومتوسط درجات الإناث (43.12) ، أما بالنسبة لقلق الحالة فإن متوسط درجات الذكور بلغ (36.95) والإناث (37.69)، ومن خلال ذلك وجد أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين متوسط درجات الذكور والإناث على مقياس قلق الحالة، بينما توجد فروق بين متوسط درجات الذكور والإناث على مقياس قلق السمة. (البحيري، 1984).

- دراسة (أحمد عبد الخالق وأحمد حافظ ، 1988)

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تحقيق أهداف عدة من بينها معرفة الفروق بين الجنسين في قلق الحالة وقلق السمة.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (616) مفحوصاً من طلاب المرحلة الثانوية وطلبة الجامعة والمدرسين.

أدوات الدراسة: استخدمت قائمة القلق (الحالة، والسمة) من وضع سبيلبرجر وتعريب عبد الخالق (1984).

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج أن الفروق بين طلبة الجامعة وطلبة المرحلة الثانوية غير جوهريّة في مقياس قلق الحالة وقلق السمة، ومن ناحية أخرى فإن الفروق جوهريّة بين طالبات الثانوية وبقية المجموعات الثلاث، وكلهم من الذكور، وهم طلبة الجامعة، وطلبة الثانوية، والمدرسون. (عبد الخالق وحافظ ، 1988).

5- دراسة (كاظم ولي آغا ، 1988) :

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة علاقة قلق السمة بالتحصيل الدراسي لدى طلاب المرحلة الإعدادية في دولة الإمارات العربية.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (200) طالب وطالبة من طلبة المرحلة الإعدادية.

أدوات الدراسة: مقياس قلق السمة إعداد سبيلبرجر وتعريب أمينة كاظم.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث، كما وجد أن هناك ارتباطاً سالباً بين القلق والتحصيل. (آغا، 1988).

6 - دراسة (أحمد الزعبي ، 1990)

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى القلق كونه حالة أو سمة لدى طلاب الجامعة، ومعرفة الفروق بين الجنسين في القلق بنوعيه.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (200) طالب وطالبة من طلاب جامعة صنعاء.

أدوات الدراسة: استخدم الباحث مقياس قلق (الحالة، والسمة) لـ (سبيلبرجر) تعريب البحيري (1985).

نتائج الدراسة: اتضح من نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في درجات قلق الحالة لصالح الإناث، كما تبين عدم وجود فروق بين الجنسين في درجات قلق السمة، كما أظهرت النتائج عدم وجود اختلاف في مستويات القلق بوصفه حالة أو سمة بين الجنسين. (الزعيبي، 1990).

7 - دراسة (عماد محمد إبراهيم ، 1990)

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين القلق كونه حالة أو سمة، والتفكير اللاعقلاني والتوجه الشخصي.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (213) طالباً من طلاب جامعة الزقازيق.

أدوات الدراسة: قائمة سبيلبرجر لقلق (الحالة، والسمة) واختبار التوجه الشخصي ومقياس التفكير اللاعقلاني.

نتائج الدراسة: أسفرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية بين الأفكار اللاعقلانية والقلق بوصفه حالة أو سمة. (إبراهيم، 1990).

8 - دراسة (سهير أحمد ، 1991)

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة الفروق غير الحضارية بين الجنسين في قلق الحالة وقلق السمة في ظروف ضاغطة.

عينة الدراسة: أجريت الدراسة على عينة مكونة من (120) طالباً - 60 طالبة من طلاب جامعة بنها بمصر) و (120) طالباً - 60 طالبة من طلاب جامعة الملك سعود بالمملكة العربية السعودية) .

أدوات الدراسة: قائمة قلق الحالة والسمة لـ (سبيلبرجر).

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق جوهريّة في المتوسطات الحسابية بين الجنسين على جميع متغيرات الدراسة لصالح الإناث؛ لارتفاع سمة القلق لديهن. (أحمد، 1991).

9 - دراسة (فاروق السيد عثمان ، 1993)

هدف الدراسة: هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين أنماط القلق المختلفة، كما هدفت أيضاً إلى معرفة الفروق بين طلاب العلوم والآداب في مستويات القلق.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (140) طالباً وطالبة من طلاب كليتي الآداب والعلوم بجامعة البحرين.

أدوات الدراسة: مقياس القلق العام تعريب أحمد فهمي، ومقياس قلق الحالة، وقلق السمّة إعداد سبيلبرجر، تعريب أمينة كاظم ومقياس قلق الموت والحرب.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة أن التخصص الدراسي له علاقة ارتباطية سالبة بالقلق العام، وقلق الحالة، وقلق السمّة، وقلق الحرب، وقلق الموت، كما اتضح من نتائج الدراسة أن طلاب الآداب أكثر إحساساً بالقلق من طلاب العلوم، كما أظهرت النتائج أنه لا يوجد تأثير لمتغير الجنس على متغيرات القلق. (عثمان، 1993).

10 - دراسة (نجاه مرار ، 1993)

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين قلق (الحالة، والسمّة) والتحصيل الدراسي تبعاً لمتغير الجنس.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (798) طالباً وطالبة من طلاب الجامعة الأردنية.

أدوات الدراسة: مقياس سبيلبرجر.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق (الحالة، والسمّة) والتحصيل الدراسي تبعاً لمتغير الجنس، كما أظهرت عدم وجود ارتباط سالب بين القلق كونه حالة أو سمّة وبين التحصيل الدراسي. (العرفي، 2004).

11 - دراسة (محمود عبد الرحمن ومعتز عبد الله ، 1994)

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية وحالة القلق وسمته و مركز التحكم لدى عينة من الأطفال والمراهقين.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (428).

أدوات الدراسة: مقياس الأفكار اللاعقلانية ومقياس التحكم أعده ناويكي، ومقياس سبيلبرجر لقلق الحالة وقلق السمّة.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة أن الأفكار اللاعقلانية ومركز التحكم (عبد الرحمن وعبد الله، 1994).

12 - دراسة (جاسم الخوجة ، 2000)

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين قائمة هويكنز للقلق والاكتئاب
وسمة القلق.

عينة الدراسة: شملت الدراسة (733) من طلاب الجامعة منهم (382) طالباً و(351)
طالبة.

أدوات الدراسة: استخدمت قائمة هويكنز للإعراض 25 ترجمة الباحث، واختبار سمة
القلق إعداد سبيلبرجر وتعريب أحمد عبد الخالق، وقائمة بيك للاكتئاب تعريب أحمد عبد
الخالق.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق دالة بين الذكور والإناث في
هويكنز للقلق وهويكنز للاكتئاب وسمة القلق. (الخوجة، 2001).

13 - دراسة (أمل الأحمد ، 2001)

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين قلق الحالة وقلق السمة، والنوع
والتخصص لدى طلاب الجامعة.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (278) من طلاب جامعة دمشق (163) طالب
(115) طالبة، وتراوح أعمارهم بين (24:22) سنة.

أدوات الدراسة: استخدمت الباحثة مقياس قلق (الحالة والسمة) إعداد سبيلبرجر وتعريب
عبد الرقيب البحيري.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين حالة
القلق وسمته لدى أفراد العينة، كما لا توجد فروق دالة بين الذكور والإناث في حالة
القلق وسمة القلق، ولا يوجد تأثير دال لمتغير التخصص الدراسي على قلق الحالة وقلق
السمة. (الأحمد، 2001).

14 - دراسة (فادية كامل حمام ، 2001)

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين القلق بنوعيه (الحالة والسمة)
وقلق الامتحان.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (140) طالباً وطالبة من طلاب جامعة الملك
سعود بالرياض متوسط أعمارهم (21) سنة.

أدوات الدراسة: مقياس سبيلبرجر لقلق (الحالة والسمة) تعريب عبد الرقيب البحيري
(1984)، واختبار ساراسون لقلق الامتحان، وتعريب ليلى عبد الحافظ (1984).

نتائج الدراسة: أسفرت نتائج الدراسة عن عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في سمة القلق وقلق الامتحان، كما أظهرت وجود ارتباط دال إحصائياً بين سمة القلق وحالة القلق. (حمام، 2001).

15 - دراسة (حسين فايد ، 2002)

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين حساسية القلق وسمة القلق، والهلع والاكتئاب.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (300) طالب وطالبة من طلاب جامعة حلوان تراوحت أعمارهم الزمنية (20:18) سنة.

أدوات الدراسة: استبيان حساسية القلق إعداد تايلور، ومقياس الهلع من إعداد الباحث، وقائمة بيك للاكتئاب تعريب غريب عبد الفتاح، ومقياس سمة القلق لـ (سيبلرجر) تعريب أحمد عبد الخالق.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج وجود ارتباط دال إحصائياً بين حساسية القلق وسمة القلق والهلع والاكتئاب، كما يوجد أيضاً ارتباط دال بين سمة القلق والهلع والاكتئاب. (فايد، 2002).

16 - دراسة (نوار العرفي ، 2004)

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين إدراك الخبرات المؤلمة المبكرة، وقلق السمة لدى عينة من طلبة المرحلة الثانوية، كما هدفت إلى معرفة مستوى قلق السمة.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (339) من طلبة المرحلة الثانوية بمدينة بنغازي.

أدوات جمع البيانات: استبيان إدراك الخبرات المؤلمة المبكرة ومقياس القلق (الحالة والسمة) لـ (سيبلرجر) تعريب البحيري (1984).

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين إدراك الخبرات المؤلمة وقلق السمة، كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث على مقياس قلق السمة لصالح الإناث، كما اتضح أيضاً أن معظم أفراد العينة يتميزون بمستوى فوق المتوسط في قلق السمة. (العرفي، 2004).

17 - دراسة (سكيمة اقدارة ، 2006)

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين أبعاد مفهوم الذات وسمة القلق وفقاً لمتغير النوع والتخصص.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (382) من طلبة المرحلة الثانوية بمدينة زليتن.

أدوات الدراسة: طبق مقياس مفهوم الذات ومقياس قلق السمة لـ (سبيلبرجر) .

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية بين أبعاد مفهوم الذات (التباعد، تقبل الذات، تقبل الآخرين) وسمة القلق، وفيما يتعلق بالفروق بين الجنسين في سمة القلق

أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائياً لصالح الإناث. (اقدارة، 2006).

4.3-مناقشة الدراسات السابقة :

من خلال مراجعة البحوث والدراسات السابقة يمكن القول بأن بعض هذه الدراسات التي تم عرضها تتصل بموضوع الدراسة الراهنة، ومنها ما اهتم بمتغيرات مرتبطة بها .

وقد استفادت الباحثة من هذه الدراسات في بلورة العديد من المفاهيم وأسهمت في مراعاة بعض الجوانب الهامة في هذه الدراسة .

وبعد استعراض هذه الدراسات، وجدت اختلافات عدة من حيث العينة، وأدوات القياس، والأساليب الإحصائية والنتائج، ومن خلال ذلك يمكن تقديم الملاحظات الآتية:

أولاً : الدراسات التي تناولت اضطرابات النوم وقلق السمة:

الأهداف:

تباينت أهداف الدراسات السابقة من حيث هدف الدراسة؛ إذ تناولت موضوع

اضطرابات النوم وقلق السمة ومتغيرات أخرى، منها دراسة (سينج موك و كريستيل، 1982) التي حاولت معرفة العلاقة بين اضطرابات النوم وسمة القلق والغضب ومركز التحكم، وهدفت دراسة (فوستر وسوزن، 1983) إلى معرفة العلاقة بين التوتر المؤدي إلى اضطرابات النوم وسمة القلق، بينما هدفت دراسة (عبد الخالق والنيال، 1992) إلى معرفة العلاقة بين اضطرابات النوم وقلق السمة والاكتئاب والوسواس، وهدفت دراسة (سفورز وآخرون، 2002) إلى معرفة ما إذا كان اضطراب النوم يساهم في ظهور قلق السمة والاكتئاب، وهدفت دراسة (غريغوري وآخرون، 2009) إلى معرفة العلاقة بين اضطرابات النوم والقلق والاكتئاب.

العينة:

تباينت أحجام العينات التي استعانن بها تلك الدراسات في جمع البيانات من دراسة لأخرى وفقاً لطبيعة كل دراسة وأهدافها وطبيعة المجتمع التي تجرى فيها الدراسة، فقد أجريت (دراسة فوستر وسوزن، 1983) ودراسة (سفورز وآخرون، 2002) على عينة تعاني من اضطرابات في النوم، وأجريت دراسة (عبد الخالق والنيال، 1992)

على جزء من طلاب الجامعة، وهي بذلك اتفقت مع الدراسة الحالية في إجراء دراستها على طلاب جامعيين.

أما من حيث تباين أحجام العينات فقد كانت أكبر عينة هي العينة التي استخدمها (عبد الخالق والنيال، 1992) فبلغت (178) فرداً، وأصغر عينة هي التي استخدمتها دراسة (سينج موك وكريستيل، 1982) فبلغت (30) فرداً.

الأدوات:

تنوعت الأدوات التي اعتمدها الدراسات السابقة وإجراءاتها المنهجية التي اتبعتها حسب الأهداف.

الأساليب الإحصائية:

استخدمت الدراسات السابقة عدة أساليب إحصائية حسب الأهداف، من هذه الأساليب معامل ارتباط بيرسون لتحليل التباين، حساب المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، والاختبار التائي؛ لمعرفة الفروق بين المتوسطات.

من حيث النتائج:

دراسة (سينج موك وكريستيل، 1982) توصلت نتائج هذه الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين سمة القلق والغضب، مما أثر على عادات نومهم؛ أي أن سمة القلق تؤدي إلى اضطرابات في النوم.

وأظهرت نتائج دراسة (عبد الخالق والنيال، 1992) وجود ارتباطات إيجابية بين اضطرابات النوم وقلق السمة، كما أظهرت عدم وجود فروق جوهريّة بين الجنسين في المتغيرات الدراسية، ما عدا متغير عدد ساعات النوم فكانت درجات الإناث أعلى من الذكور.

كما أوضحت نتائج دراسة (سفورزو وآخرون، 2002) أن 16 من الذين يعانون من اضطرابات في النوم يعانون من القلق، بينما أظهرت نتائج دراسة (فوستر وسوزان، 1983) عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين القلق والتوتر واضطرابات النوم.

ثانياً: الدراسات التي تناولت اضطرابات النوم مع متغيرات أخرى:

الأهداف:

اختلفت أهداف الدراسات التي تناولت اضطرابات النوم وعلاقتها ببعض المتغيرات الأخرى؛ فهدفت دراسة (بيلها ومرو وآخرون، 1988) إلى الكشف عن درجات اضطرابات النوم وتحليل سمات الشخصية، أما دراسة (حمدي شاكر، 1985) فهدفت

إلى التعرف على مدى انتشار اضطرابات النوم لدى طلاب الجامعة، وكذلك معرفة العلاقة بين بعدي الأرق والكوابيس بالتوافق النفسي، بينما هدفت دراسة (ليفين، 1989) إلى معرفة الآثار الناجمة عن تكرار الكوابيس.

وهدفت دراسة (هيت كوت، 1989) إلى تحديد مدى انتشار اضطراب شلل النوم لدى عينة سوية وعينة إكلينكية.

بينما هدفت دراسة (إبراهيم علي ومايسة النيال، 1993) إلى معرفة العلاقة بين اضطرابات النوم وبعض الاضطرابات الانفعالية مثل القلق، أما دراسة (عبد الخالق وآخرون، 1993) فهدفت إلى تحديد محتوى الأفكار التي تشغل الذهن قبل الدخول في النوم، وهدفت كذلك إلى معرفة الفروق بين الجنسين في تكرار هذه الموضوعات، وهدفت دراسة (لبت وآخرون، 1994) إلى معرفة العلاقة بين نوبات الفزع والقلق والاكتئاب لدى طلاب الجامعة، وهدفت دراسة (عبد الخالق وآخرون، 1995) إلى تحديد موضوعات التفكير قبل النوم لدى طلاب الجامعة ومعرفة الفروق بين الجنسين في موضوعات التفكير قبل النوم، أما دراسة (خالد عبد الغني، 1998) فهدفت إلى الكشف عن معدلات انتشار اضطرابات النوم، وعلاقتها الذهانية والعصابية.

بينما هدفت دراسة (ناهد أبو النجا، 2004) إلى معرفة العلاقة الارتباطية بين اضطرابات النوم والقلق والاكتئاب والمشاعر الوجدانية، كما هدفت أيضاً إلى معرفة الفروق بين الطلبة الذين يعانون من اضطرابات في النوم، والذين لا يعانون من اضطرابات في النوم في متغيرات الدراسة، وهدفت دراسة (أنور البنا، 2007) إلى معرفة أكثر اضطرابات النوم شيوعاً لدى طلاب الجامعة، وأكثر المواقف الحياتية الضاغطة شيوعاً لدى طلاب الجامعة وهدفت أيضاً إلى معرفة الفروق بين الجنسين في متغيرات الدراسة.

أما دراسة (سلامة الشارف، 2007) فهدفت إلى الكشف عن مستويات قلق الامتحان واضطرابات النوم ومعرفة العلاقة بينهما، كما هدفت أيضاً إلى معرفة الفروق العائدة للنوع والتخصص في متغيرات الدراسة.

بينما هدفت دراسة (زينب العجيلي، 2008) إلى التعرف على درجة اضطرابات النوم وأبعاده الفرعية؛ بدراسة مستواها، والفروق العائدة للنوع والتخصص والسنة الدراسية، ومن خلال عرض أهداف الدراسات السابقة عن أغلب الدراسات تبين أنها هدفت إلى معرفة العلاقة بين اضطرابات النوم والقلق مثل دراسة (إبراهيم علي ومايسة النيال، 1993)، ودراسة (لبت وآخرون، 1994) ودراسة (ناهد أبو النجا، 2000)، ودراسة (سلامة الشارف، 2007).

من حيث العينة:

اختلفت العينات التي استخدمتها الدراسات السابقة من حيث الحجم والنوع والعمر، فطبيعة العينة التي تعتمد عليها الدراسات أمر يحدده هدف الدراسة وطبيعة المجتمع الذي تجرى فيه الدراسة، وقد كانت أكثر عينات هي العينة التي استخدمتها دراسة (العجيلي، 2008) فبلغت (476) فرداً، وأصغر عينة هي التي استخدمتها دراسة (ليفين، 1989) فبلغت (40) فرداً، كما وجدت الباحثة أن أغلب الدراسات استخدمت عينات شملت كلا الجنسين، وبذلك اتفقت الدراسة الحالية مع تلك الدراسات عدا دراسة (بلهاوس، 1984)؛ إذ اقتصر على الذكور فقط ودراسة (إبراهيم النيال، 1993) التي اقتصر على الإناث فقط.

كذلك اعتمدت أغلب الدراسات السابقة في اختيار عيناتها من طلبة المرحلة الجامعية مثل دراسة (شاكر، 1985) ودراسة (ليفين، 1989) ودراسة (إبراهيم والنيال، 1993) ودراسة (ليت وآخرون، 1994) ودراستي (عبد الخالق وآخرون، 1993) ودراسة (أنور البناء، 2007) ودراسة (الشارف، 2007) ودراسة (العجيلي، 2008) بينما تكونت دراسة (عبد الغني، 1998) من طلاب جامعة ومسنيين.

وأجريت دراسة (بيلهاوس وآخرون، 1988) ودراسة (هيس كويت، 1989) من مجموعة تعاني من قلق و اكتئاب، ووجدت الباحثة أن أغلب الدراسات استخدمت عينات شملت كلا الجنسين وبذلك اتفقت مع الدراسة الحالية.

الأدوات:

اختلفت الدراسات في استخدام مقاييس اضطرابات النوم، إلا أن هذه الدراسة اتفقت مع دراسة (زينب العجيلي، 2008) و (خالد عبد الغني، 1998)؛ إذ استخدمت الباحثة مقياس أنماط اضطرابات النوم الذي أعده خالد عبد الغني (1998).

من حيث الأساليب الإحصائية :

استخدمت الدراسات السابقة عدة أساليب إحصائية مختلفة حسب الأهداف، من هذه الأساليب معامل ارتباط بيرسون تحليل الانحرافات المعيارية وتحليل التباين الأحادي والاختبار التائي لمعرفة الفروق بين المتوسطات.

النتائج :

كما نجد أن هناك تضارباً في نتائج الدراسات السابقة فقد توصلت نتائج بعض الدراسات إلى أنه يوجد ارتباط بين اضطرابات النوم والمشكلات النفسية التي يتعرض إليها الفرد؛ إذ أشارت دراسة (بيلهاوس وآخرون، 1988) إلى تزايد حدة اضطرابات النوم وارتباطها بدرجة كبيرة بالمشكلات النفسية التي يتعرض لها الفرد، وأظهرت نتائج دراسة (ليفين، 1989) أن تكرار الكوابيس يؤثر على قلق الموت وأظهرت نتائج

دراسة (إبراهيم والنيال، 1993) وجود فروق دالة إحصائياً لصالح مجموعة الطالبات غير السويات في تعرضهن لبعض الاضطرابات الانفعالية.

وأظهرت نتائج دراسة (عبد الخالق وآخرون، 1993) أن هناك ارتباطاً جوهرياً إيجابياً بين القائمة الكلية للتفكير قبل النوم والأرق والوسواس القهري والتنقل بين الأفكار، وأسفرت نتائج دراسة (ليت وآخرون، 1994) عن وجود فروق دالة إحصائياً بين من يعانون من نوبات الفزع والقلق والاكتئاب، كما أظهرت دراسة (عبد الغني، 1998) أن هناك علاقة بين أنماط اضطرابات النوم وبعض المتغيرات النفسية، وتوصلت دراسة (الشارف، 2007) إلى أن هناك علاقة ارتباطية موجبة وذات دلالة إحصائية بين مستويات قلق الامتحان و اضطرابات النوم، في حين اختلفت نتائج دراسة (إسماعيل، 2004)؛ إذ أشارت إلى عدم وجود علاقة ارتباطية بين اضطرابات النوم والقلق والاكتئاب والمشاعر الوجدانية، أما من حيث انتشار اضطرابات النوم فأظهرت نتائج دراسة (شاكر، 1985) أن الأرق ينتشر عند طلاب الجامعة بنسبة (37.2%) والكوابيس بنسبة (30.2%)، وهلاوس النوم بنسبة (14%) والمشى أثناء النوم بنسبة (5%)، وكثرة النوم بنسبة (20%)، وتوصلت دراسة (البناء، 2007) إلى أن اضطراب فرط النوم ينتشر عند طلاب الجامعة بنسبة (39.7%)، واضطراب جدول النوم واليقظة بنسبة (37.69%)، في حين احتل اضطراب الأرق المرتبة الثالثة بنسبة (36.97%)، واضطراب الكوابيس الليلية بنسبة (17.58%)، واضطراب التحول أثناء النوم بنسبة (7.33%)، وتوصلت دراسة (العجيلي، 2006) إلى أن الأرق ينتشر لدى طلاب الجامعة بنسبة (87.7%)، والكوابيس الليلية بمتوسط (28.74%)، والفزع أثناء النوم بمتوسط (29.89%)، والمشى أثناء النوم بمتوسط (36.54%)، وتوصلت دراسة (شاكر، 1985) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور المضطربين والإناث المضطربات في بعدي الأرق والكوابيس؛ إذ كانت الإناث أكثر أرقاً من الذكور، وتوصلت دراستي (عبد الخالق وآخرون، 1993، 1995) إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الجنسين في اضطرابات النوم والقلق.

كما أظهرت نتائج دراسة (الشارف، 2007) وجود فروق دالة إحصائياً بين أفراد عينة العلوم التطبيقية، كما أظهرت نتائج دراسة (البناء، 2007) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد اضطرابات النوم تعزى لمتغير الجنس.

وأظهرت نتائج دراسة (العجيلي، 2008) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في أبعاد اضطرابات النوم لصالح الإناث، كما تبين كذلك وجود فروق بين التخصصين العلمي والأدبي لصالح التخصص العلمي.

ثالثاً: الدراسات التي تناولت قلق السمة مع متغيرات أخرى:

الأهداف :

اختلفت الدراسات السابقة في تناول قلق السمّة من حيث طبيعة الأهداف التي سعت إلى تحقيقها من خلال دراسة قلق السمّة، فهدفت دراسة (كاظم آغا، 1988) ودراسة (نجاه مرار، 1993) إلى معرفة العلاقة بين قلق السمّة وعلاقته بالتحصيل الدراسي، بينما هدفت دراسة (عماد إبراهيم، 1990) و (محمود عبد الرحمن ومعتز عبد الله، 1994) إلى معرفة تأثير قلق السمّة على التفكير اللاعقلاني، كذلك وضعت دراسات هدفها تناول قلق السمّة وعلاقته بالاكتئاب مثل دراسة (جاسم الخوجة، 2000) و (حسين فايد، 2002)، بينما هدفت دراسة (نوار العرفي، 2004) إلى معرفة علاقة الخبرات المؤلمة المبكرة بقلق السمّة.

وهدفت دراسة (سكنية عثمان، 2006) إلى معرفة علاقة مفهوم الذات بقلق السمّة، كما أن بعض الدراسات تناولت قلق السمّة في ظل ظروف ضاغطة مثل دراسة (سهير أحمد، 1991) و(فاروق السيد عثمان، 1993)، كذلك هناك دراسة تناولت علاقة قلق السمّة بالانزعاج مثل دراسة (تركي، 1981)، ودراسة (سبيلبرجر، 1983) ودراسة (البحيري، 1984) ودراسة (عبد الخالق وحافظ، 1988) ودراسة (الزعيبي، 1995)، ودراسة (غريب، 1993) ودراسة (أمل الأحمد، 2001).

العينات:

اختلفت العينات التي استخدمتها الدراسات السابقة من حيث الحجم، والنوع، والعمر وفقاً لطبيعة كل دراسة وأهدافها، وطبيعة المجتمع التي تجرى فيه الدراسة، وقد كانت أكبر عينة هي العينة التي استخدمتها دراسة (نجاه مرار) فبلغت (798) فرداً، يليها دراسة (جاسم الخوجة) فبلغت (733) فرداً، وأصغر عينة هي التي استخدمتها دراسة (سهير أحمد، 1991) ودراسة (فادية حمام، 2001) إذ بلغ عدد أفرادها (140) فرداً، كما وجدت الباحثة أن أغلب الدراسات استخدمت عينات شملت كلا الجنسين مثل دراسة (سبيلبرجر، 1983) و(البحيري، 1984)، ودراسة (عبد الخالق وحافظ، 1988)، ودراسة (آغا، 1988) ودراسة (أحمد الزعيبي، 1990)، ودراسة (سهير أحمد، 1991) و(غريب عبد الفتاح، 1995)، ودراسة (نجاه مرار، 1993) و(فاروق عثمان، 1993)، و(جاسم الخوجة، 2000) و(أمل الأحمد، 2001)، و(فادية حمام، 2001) و(حسين فايد، 2001)، ودراسة (نوار العرفي 2004) ودراسة (سكنية قدارة، 2006)، بينما اقتصررت دراسة (مصطفى تركي، 1981) على الإناث، ودراسة (عماد إبراهيم، 1994) على الذكور فقط، واعتمدت أغلب الدراسات في اختيار عيناتها على طلاب المرحلة الجامعية مثل دراسة (تركي، 1981) ودراسة (البحيري، 1981) ودراسة (عبد الخالق حافظ، 1988) ودراسة (الزعيبي، 1990) ودراسة (سهير أحمد، 1991) ودراسة (غريب عبد الفتاح، 1995) ودراسة (نجاه مرار، 1993) ودراسة (فاروق عثمان، 1993) ودراسة (جاسم الخوجة، 2000) ودراسة (أمل الأحمد، 2001) ودراسة (فادية حمام، 2001)، ودراسة (حسين فايد، 2002) ودراسة (سكنية

اقدارة، 2006)، بينما اعتمدت دراسة (العرفي، 2004) ودراسة (اقدارة، 2000) على طلبة المرحلة الثانوية، واعتمدت دراسة (كاظم آغا، 1988) على طلبة الإعدادية. الأدوات المستخدمة:

كانت الأداة الأكثر استخداماً في الدراسات السابقة هي مقياس قلق السمة وقلق الحالة للراشدين إعداد (سبيلبرجر، 1984)، تعريب عدة مؤلفين منهم عبد الخالق، واستخدم في دراسة (تركي، 1981)، ودراسة (عبد الخالق وحافظ، 1988)، ودراسة (مرار، 1993)، ودراسة (الخوجة، 2000)، ودراسة (حسين فايد، 2002)، وممن عرب المقياس أيضاً أمينة كاظم واستخدم في دراسة (آغا، 1988)، وممن عربيه أيضاً (البحيري، 1984) وقد استخدم في دراسة (الزعيبي، 1996) ودراسة (الأحمد، 2001) و (فايد وحماد، 2001) و(نوار العرفي، 2004)، وكذلك تعريب أحمد فهمي واستخدم في دراسة (عثمان، 1993).

الأساليب الإحصائية :

استخدمت الدراسات السابقة الأساليب الإحصائية الآتية: معامل بيرسون للارتباط، ومعامل الارتباط الجزئي، وتحليل التباين، والانحرافات المعيارية، والاختبار التائي لمعرفة دلالة الفروق بتحليل الانحدار الخطي، والمقياس السباعي.

نتائج الدراسات السابقة:

أوضحت الدراسات السابقة أن هناك علاقة بين قلق السمة والتحصيل والأفكار اللاعقلانية، إذ أشارت نتائج دراسة (تركي، 1981) ودراسة (آغا، 1988) ودراسة (مرار، 1993) ودراسة (فادية حمام، 2001) إلى أن هناك ارتباطاً بين قلق السمة والتحصيل الدراسي، كما توصلت نتائج دراسة (عماد إبراهيم، 1990) ودراسة (عبد الرحمن وعبد الله، 1994) إلى أن الأفكار اللاعقلانية ترتبط بقلق السمة.

كما يظهر من خلال استعراض الدراسات السابقة أن هناك تعارضاً في النتائج حول مسألة الفروق بين الجنسين في قلق السمة؛ إذ توصل بعضها إلى أن هناك فروقاً جوهرية بين الجنسين لصالح الإناث، منها دراسة (سبيلبرجر، 1983)، ودراسة (البحيري، 1984)، ودراسة (عبد الخالق وحافظ، 1988)، ودراسة (آغا، 1988)، ودراسة (سهير أحمد، 1991)، ودراسة (عبد الفتاح، 1992) ودراسة (العرفي، 2004)، ودراسة (اقدارة، 2006)، وبعضها الآخر كشف عن عدم وجود فروق جوهرية بين الجنسين في قلق السمة مثل دراسة (عثمان ومرار، 1993)، ودراسة (الزعيبي، 1996)، ودراسة (الأحمد، 2001)، ودراسة (حماد، 2001)، أما من حيث التخصص فقد أشارت نتائج دراسة (فاروق عثمان، 1993) إلى أن طلاب الأدب أكثر إحساساً بالقلق من طلاب العلوم، بينما أشارت نتائج دراسة (الأحمد، 2001) إلى أنه لا يوجد تأثير لمتغير التخصص على قلق السمة، ومن حيث مستوى قلق السمة أشارت

نتائج بعض الدراسات إلى أن مستوى قلق السمة مرتفع نسبياً لدى بعض العينات مثل دراسة (تركي، 1981) ودراسة (عبد الخالق وحافظ ، 1988)، ودراسة (الزعيبي، 1990)، ودراسة (نواراة العرفي، 2004)، بينما أشارت نتائج دراسة (عبد الفتاح، 1992) إلى أن مستوى قلق السمة منخفض لدى عينة الدراسة.

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية للدراسة

1.4 التمهيد.

2.4 منهج الدراسة.

3.4 مجتمع الدراسة.

4.4 الدراسة الاستطلاعية.

5.4 أدوات الدراسة.

6.4 جمع بيانات الدراسة.

7.4 الأساليب الإحصائية.

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية للدراسة

1.4 **Θηρ**: يشمل هذا الفصل الطريقة البحثية التي اتبعتها الباحثة في تحقيق أهداف الدراسة، والدراسة الاستطلاعية وأغراضها، وكيفية اختيار العينة، كما يشمل وصفاً للأدوات المستخدمة في الدراسة الأساسية، وصدق هذه الأدوات وثباتها، وكيفية جمع البيانات والأساليب الإحصائية التي استخدمتها الدراسة.

2.4- منهج الدراسة :

استخدمت الدراسة المنهج الوصفي لتحقيق أهداف الدراسة الحالية، ويهتم هذا النوع من البحوث بوصف الوضع الراهن للظاهرة، من حيث تحديد مرات حدوثها واقتزان ظهورها بمتغيرات أخرى، وتفسير الظاهرة، كلما كان ذلك ممكناً. (مرسي، 1994: 32).

بالإضافة إلى أن المنهج الوصفي يساعد على الكشف عن طبيعة العلاقات الارتباطية بين المتغيرات الأساسية موضع الدراسة، واستخراج مستويات دلالاتها الإحصائية، مما يعطي صورة دقيقة ومنظمة للنتائج التي يتوصل إليها.

فالغرض من جمع البيانات تحديد الدرجة التي ترتبط بها المتغيرات، ويعبر عن درجة العلاقة بين المتغيرات بمعامل الارتباط؛ إذ يحدد حجم معامل الارتباط قوة العلاقة بين المتغيرات. (الخالدي، 2008: 332).

3.4- مجتمع الدراسة :

يتكون مجتمع الدراسة الحالية من طلبة السنة الثالثة بكلية الآداب وما يعادلها من كلية العلوم بجامعة قاريونس للعام الدراسي (2009-2010) بمدينة بنغازي.

ووقع الاختيار على طلبة السنة الثالثة؛ لأن طلبة هذه المرحلة أكثر تعاوناً في أدوات البحث العلمي وأكثر توافقاً مع المناخ الأكاديمي، والجدول (1) يوضح المجتمع الأساسي للدراسة الحالية.

الجدول (1) أفراد المجتمع الأساسي للدراسة

المجموع الكلي	السنة الثالثة		الكلية
	إناث	ذكور	
1300	1061	239	الآداب
1847	1290	557	العلوم

4.4- الدراسة الاستطلاعية:

قامت الباحثة بإجراء دراسة استطلاعية؛ للتحقق من الأهداف التالية قبل البدء في جمع بيانات الدراسة الحالية، وأول هذه الأهداف: التعرف على مدى تقبل المفحوصين، وتجاوبهم على المقاييس المستخدمة في جمع البيانات. ثانياً: التعرف على مدى وضوح فقرات المقاييس المستخدمة في جمع البيانات وسلامتها. ثالثاً: التدريب والألفة بتطبيق المقاييس المستخدمة. وللتحقق من الأهداف السابقة قامت الباحثة باختيار (60) طالباً وطالبة من مجتمع الدراسة؛ لاستخراج ثبات مقياس اضطرابات النوم وصدقه، وقامت الباحثة أيضاً باختيار (50) طالباً وطالبة من مجتمع الدراسة؛ لاستخراج ثبات اختبار قلق السمة وصدقه.

وتحقت الباحثة من أهداف الدراسة الاستطلاعية من حيث مناسبة الأدوات لجمع بيانات الدراسة الحالية ووضوح العبارات.

5.4- عينة الدراسة:

اختيرت عينة الدراسة الحالية وفقاً للطريقة العشوائية البسيطة؛ إذ تتيح هذه الطريقة احتمال اختيار أي فرد في مجتمع الدراسة وتمنحه فرصة متساوية؛ ليكون أحد أفراد هذه العينة، واختيار أي فرد في العينة لا يؤثر على اختيار فرد آخر. (أبو علام، 2001).

ويستخدم هذا النوع من العينات عندما يريد الباحث أن يختار عدداً متساوياً من الأفراد من كل شريحة من شرائح المجتمع المدروس. (الهالي، 1994).

ولكثر عدد الكليات التي تشملها جامعة قاريونس، وفي ضوء الإمكانيات المتواضعة المتاحة للباحثة، اختارت الباحثة كلية الآداب ممثلة في التخصص الأدبي؛ باعتبارها أكثر الكليات الأدبية؛ إذ تحوي خمسة عشر قسمًا، كما اختارت الباحثة كلية العلوم ممثلة في التخصص العلمي؛ باعتبارها أكبر الكليات العلمية؛ إذ تحوي تسعة أقسام، وبعد تحديد مجتمع الدراسة الأصلي الذي بلغ (3147) طالباً وطالبة، وقع اختيار عينة الدراسة بنسبة تزيد عن (7%) من مجتمع الدراسة، والجدول (2) يوضح كيفية توزيع أفراد عينة الدراسة حسب النوع والتخصص.

جدول (2) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب النوع والتخصص

الكلية	النوع	العدد	المجموع
الأداب	ذكور	62	124
	إناث	62	
العلوم	ذكور	62	124
	إناث	62	
المجموع		284	

6.4- أدوات الدراسة :

ولتحقيق أهداف الدراسة المشار إليها سابقاً استخدمت المقاييس الآتية:

مقياس اضطرابات النوم من إعداد (خالد عبد الغني، 1998)، ومقياس قلق السمة من إعداد (سبيليرجر، 1984)، وتعريب (عبد الرقيب البحيري، 1984) .

أولاً : مقياس اضطرابات النوم :

يتكون المقياس من (14) بُعداً كل بُعد يحوي عدداً من الفقرات، وفيما يلي عرض لأبعاد المقياس كما في الملحق (1):

الأرق: يتكون من خمسة وعشرين فقرةً.

توقف التنفس أثناء النوم: يتكون من عشر فقرات.

فرط النوم: يتكون من عشر فقرات.

النوم الانتيابي: يتكون من عشر فقرات.

اضطراب إيقاع النوم واليقظة: يتكون من إحدى عشرة فقرةً.

الكوابيس الليلية: تتكون من ثمان فقرات.

الفرع أثناء النوم: يتكون من سبع فقرات.

المشي أثناء النوم: يتكون من ثمان فقرات.

احتكاك الأسنان: يتكون من أربع فقرات.

تقلص العضلات الخاصة بالأرجل: يتكون من أربع فقرات.

الصداع النصفي: يتكون من فقرتين.

اضطراب يعزى للحالة الصحية: يتكون من ثمان فقرات.

الشخير: يتكون من ست فقرات.

طريقة تصحيح المقياس :

يوجد أمام كل بعد خمسة بدائل (إطلاقاً، نادراً، أحياناً، غالباً، دائماً)، وعلى المفحوص أن يختار أحد البدائل، ويحصل على درجة واحدة إذا اختار البديل إطلاقاً، ويحصل على درجتين إذا اختار البديل نادراً ويحصل على ثلاث درجات إذا اختار البديل أحياناً، ويحصل على أربع درجات إذا اختار البديل غالباً، ويحصل على خمس درجات إذا اختار البديل دائماً، وهذا لا ينطبق إلا على الفقرات السالبة أما الفقرات الموجبة فتصحح بطريقة عكسية.

صدق الصورة الأصلية للمقياس:

قام معد المقياس بحساب الصدق بالطرق الآتية:

صدق المجموعات المتناقضة:

يعد التناقض بين المجموعات أحد طرق حساب الصدق؛ إذ يصبح اختلاف الدرجات على المقياس تابعاً للتناقض بينهما، وقد عرض السؤال الآتي: هل لديك مشكلات مرتبطة بالنوم؟

(نعم أو لا) على مجموعة من الراشدين بلغ عددهم (87) ذكراً (65) أنثى، وبلغت نسبة من أجابوا بنعم من الذكور (40.2%)، و (62.5%) من الإناث.

الصدق الذاتي لمعامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

تم حساب الصدق الذاتي على عينة من الراشدين (90) من الذكور و (47) من الإناث، وعينة من المسنين (40) من الذكور و(30) من الإناث؛ إذ بلغت الدرجة الكلية للمقياس بالنسبة للراشدين (0.92) للذكور و(0.90) للإناث، أما المسنين فبلغت (0.93) للذكور و(0.90) للإناث.

ثبات الصورة الأصلية للمقياس:

قام معد المقياس بحساب الثبات بالطريق الآتية:

إعادة التطبيق:

وضع حساب ثبات المقياس بطريقة إعادة تطبيق الاختبار بعد فترة زمنية - مداها أسبوعان - على مجموعة من الراشدين من الذكور والإناث؛ إذ بلغت الدرجة الكلية للمقياس (0.92) .

التجزئة النصفية:

كما تم حساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية؛ إذ بلغت الدرجة الكلية للمقياس بالنسبة للراشدين (الذكور 0.85، والإناث 0.85) وبلغت لدى عينة المسنين (الذكور 0.85، والإناث 0.81).

ج- ثبات مقياس اضطرابات النوم وصدقه في الدراسة الحالية:

قامت الباحثة بحساب الصدق والثبات في الدراسة الاستطلاعية، ودلت النتائج على أن المقياس يمتاز بمعاملات صدق وثبات ملائمين للبيئة المحلية.

معاملات الصدق والثبات :

أولاً: صدق المقياس :

صدق الاتساق الداخلي :

فيما يتعلق بصدق المقياس كان حسابه في الدراسة الاستطلاعية بطريقة الاتساق الداخلي، وهذه الطريقة تقوم على حساب الصدق من خلال معاملات الارتباط بين مفردات المقياس والدرجة الكلية لبعده المقياس، وهي تزودنا بمعلومات عن الاتساق الداخلي، ويفيدنا هذا في معرفة ما إذا كان المقياس يقيس سمة أو بعداً واحداً، كما يوفر قياس الاتساق الداخلي أدلة ذات علاقة بالتكوين الفرضي للمقياس. (أبو علام، 1998: 416).

وقد استخرجت الباحثة درجة ارتباط كل فقرة بالدرجة الكلية للمقياس، وقد كانت جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً مما يشير إلى وجود درجة مرضية من الاتساق الداخلي بين الفقرات ، بينما لم تصل ثلاث فقرات إلى مستوى الدلالة الإحصائية، وقد قامت الباحثة بحذفها، وبذلك أصبح المقياس مكوناً من (72) فقرة، علماً بأن الفقرات التي استبعدت جاءت من بعد واحد هو الأرق، وقد تراوحت معاملات الارتباط بين كل مفردة في البعد والمتوسط .

جدول رقم (3) يوضح معاملات الاتساق الداخلي لمقياس اضطرابات النوم:

مفردات الأبعاد	الصدق(معامل الارتباط)	مفردات الأبعاد	الصدق(معامل الارتباط)
الأرق 1	0.48**	60	0.47**
2	0.58**	61	0.47**

0.43**	62	0.42**	3
0.48**	63	0.33**	4
0.48**	64	0.50**	5
0.57**	65	0.34**	6
0.38**	66	0.42**	7
0.84**	الكوابيس الليلية 67	0.49**	8
0.77**	68	0.67**	9
0.66**	69	0.69**	10
0.66**	70	0.49**	11
0.65**	71	0.58**	12
0.75**	72	0.58**	13
0.57**	73	0.56**	14
0.21**	74	0.56**	15
0.69**	الفرع أثناء النوم 75	0.59**	16
0.57**	76	0.48**	17
0.57**	77	0.42**	18
0.54**	78	0.60**	19
0.74**	79	0.19**	20
0.79**	80	0.57**	21
0.70**	81	0.49**	22
0.84**	المشي أثناء النوم 82	0.40**	23
0.83**	83	0.42**	24

0.86**	84	0.39**	25
0.87**	85	0.64**	التنفس خلال النوم 26
0.29**	86	0.67**	27
0.84**	87	0.78**	28
0.94**	88	0.53**	29
0.33**	89	0.42**	30
0.76**	احتكاك الأسنان 90	0.76**	31
0.83**	91	0.67**	32
0.62**	92	0.68**	33
0.87**	93	0.66**	34
0.87**	تقلص عضلات الأرجل 94	0.57**	35
0.86**	95	0.53**	فرط النوم 36
0.77**	96	0.65**	37
0.79**	97	0.54**	38
0.68**	أرجحة الرأس خلال النوم 98	0.70**	39
0.75**	99	0.65**	40
0.49**	100	0.51**	41
0.69**	101	0.38**	42
0.87**	الصداع النصفي 102	0.41**	43
0.88**	103	0.52**	44
0.65**	اضطراب يعزى للحالة	0.45**	45

	الصحية 104		
0.72**	105	0.54**	نوم انتيابي 46
0.86**	106	0.47**	47
0.69**	107	0.68**	48
0.63**	108	0.71**	49
0.71**	109	0.62**	50
0.54**	110	0.62**	51
0.64**	111	0.58**	52
0.64**	الشخير 112	0.48**	53
0.65**	113	0.74**	54
0.84**	114	0.70**	55
0.69**	115	0.65**	اضطرابات إيقاع النوم 56
0.69**	116	0.61**	57
0.62**	117	0.74**	58
		0.64**	59

* عند مستوى دلالة 0.05

** عند مستوى دلالة 0.01

ويعني ذلك أن ارتباط كل مفردة من مفردات المقياس بالدرجة الكلية للبعد مرتفع.

ثانياً: ثبات المقياس:

طبق حساب ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ، ولعل معامل ألفا أنسب طريقة

لحساب ثبات الأوزان المستخدمة في البحوث المسحية؛ إذ يوجد مدى من الدرجات

المحتملة لكل فقرة

(علام ، 2006 : 475).

كما أسفر التحليل الإحصائي عن طريق معامل ألفا كرونباخ - لاضطرابات النوم وأبعادها الفرعية والدرجة الكلية للمقياس - عن وجود ثبات جيد للمقياس؛ إذ بلغت قيمة ألفا المحسوبة 0.92% .

ثالثاً: مقياس التقدير الذاتي ط2 (قلق السمة) :

يتكون مقياس قلق السمة من عشرين فقرة، وتتراوح قيمة الدرجات على المقياس من (20) درجة حداً أدنى إلى (80) درجة حداً أقصى، ويجب المفحوصون على كل عبارة من الاختبار بأسلوب التقدير الذاتي، وذلك على نحو متصل مكون من أربع نقاط هي: (1- مطلقاً 2- أحياناً 3- غالباً 4- دائماً).

طريقة تصحيح المقياس:

يوجد أمام كل فقرة أربعة بدائل هي: (1- مطلقاً 2- أحياناً 3- غالباً 4- دائماً) وعلى المفحوص أن يختار أحد البدائل، ويحصل على درجة إذا اختار البديل مطلقاً ودرجتين إذا اختار البديل أحياناً، وثلاث درجات إذا اختار البديل دائماً، وهذا ينطبق على الفقرات الموجبة أما الفقرات السالبة فتصحح بطريقة عكسية.
صدق الصورة الأصلية للمقياس:

أولاً : **الصدق**: قام معد المقياس بحساب الصدق بالطرق الآتية:

الصدق المرتبط بالمحك:

يعتبر هذا النوع أهم أنواع الصدق وأكثرها شيوعاً، ويطلق عليه أحياناً الصدق الواقعي أو التلازمي، ومن المحكات الأساسية التي استخدمت في حساب الصدق التلازمي: مقياس كاتل للقلق وبعد العصائية من مقياس أيزنك للشخصية، الذي طبق على طلاب المرحلة الثانوية والجامعية والدراسات العليا، وتراوحت معاملات الارتباط 0.50-0.68 لدى الذكور من المستويات التعليمية السابقة، و 0.50 - 0.76 لدى الإناث من كافة المستويات التعليمية التي سبق ذكرها. وكانت هذه الارتباطات عالية ودالة عند مستوى (0.01)، كما طبق حساب الصدق من خلال التشخيص السيكاتري كونه محكاً خارجياً، وكان الصدق مرتفعاً؛ لارتباطه بالتشخيص الإكلينيكي .

وقام المترجم بحساب (صدق المفردات) و(علاقة الجزء بالكل)، وتوصل إلى أن الارتباطات مرتفعة، ويصل معظمها إلى مستوى الدلالة الإحصائية في المرحلة الجامعية.

يصدق التكوين الفرضي (الاتساق الداخلي) :

اعتبر الباحث الدرجة الكلية في الاختبار محكاً للصدق، ثم قام بحساب ارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية للمقياس، وذلك لدى عينة مكونة من 273 طالباً، و270 طالبة بالمرحلة الجامعية.

وكانت معاملات ارتباط العبارات بالدرجة الكلية مرتفعة وتصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية.

ثبات الصورة الأصلية للمقياس:

قام معد المقياس بحساب الثبات بالطرق الآتية:

إعادة الاختبار :

طبق حساب ثبات المقياس من قبل مترجمه بطريقة إعادة التطبيق بفارق زمني مداه أسبوعان، وبلغ ثبات مقياس سمة الفلق إلى (0.79، 0.86) لدى طلبة المرحلة الثانوية من الذكور والإناث على التوالي، بينما بلغ لدى طلبة الدراسات العليا (0.86، 0.91) لدى الذكور والإناث على التوالي عند مستوى دلالة (0.01) .

طريقة كرونباخ (معامل ألفا) :

طبق حساب معامل ألفا على عينة من البنين والبنات في المرحلة الجامعية، وبلغ معامل الثبات لدى الذكور (0.71) وبلغ لدى الإناث (0.69) .

رابعاً: ثبات مقياس التقدير الذاتي وصدقه ط2 (قلق السمة) في الدراسة الحالية:

أولاً: الصدق:

تم حساب الصدق بالطرق الآتية:

الاتساق الداخلي: قامت الباحثة بتقدير صدق الاتساق الداخلي وارتباط كل مفردة بالدرجة الكلية كما هو موضح في الجدول الآتي:

الجدول (4) يوضح صدق الارتباط (الاتساق الداخلي) لمقياس قلق السمة في الدراسة الحالية:

مفردات الأبعاد	الصدق(معامل الارتباط)	مفردات الأبعاد	الصدق(معامل الارتباط)

0.39**	11	0.27	1
0.55**	12	0.20	2
0.48**	13	0.39**	3
0.30*	14	0.39**	4
0.51**	15	0.18	5
0.32**	16	0.44**	6
0.72**	17	0.49**	7
0.50**	18	0.51**	8
0.01	19	0.48**	9
0.58**	20	0.47**	10

* عند مستوى دلالة 0.05

** عند مستوى دلالة 0.01

ويعني ذلك أن ارتباط كل مفردة من مفردات المقياس بالدرجة الكلية للبعد مرتفعة.

ب- الصدق التلازمي:

تقوم هذه الطريقة على فكرة ارتباط الاختبار بمحك خارجي ثبت صدقه لكثرة البحوث أو الاستخدام، واستخدم بعد العصابية من مقياس أيزنك للشخصية محكاً خارجياً لمقياس قلق السمة، وكان معامل ارتباط القلق في التطبيق الأول 0.659^{**} ومعامل ارتباط العصابية محكاً 0.510^{**} وهذا يدل على ارتفاع معامل الصدق للمقياس.

ثانياً: الثبات

طبق حساب الثبات بالطرق الآتية:

معامل ألفا كرونباخ :

يعتبر معامل ألفا دليلاً ذا معني كبير لثبات مقياس القلق؛ إذ يوجد مدى من الدرجات المحتملة لكل فقرة.

الجدول (5) يوضح قيمة ألفا المحسوبة لمقياس الفلق

المقياس	قيمة ألفا المحسوبة
الدرجة الكلية	0.76

إعادة التطبيق :

تعتبر هذه الطريقة من أبسط الطرق في تعيين معامل ثبات الاختبار، وتتخلص في تطبيق الاختبار على مجموعة من الأفراد، ثم يعاد التطبيق مرة أخرى على المجموعة نفسها، ويحسب معامل الارتباط بين التطبيق؛ لتحصل على معامل ثبات درجات الاختبار. (عبد الرحمن، 2003: 170).

والجدول التالي (6) يوضح معامل ثبات مقياس سمة الفلق بطريقة إعادة الاختبار:

العينة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
50	0.60	0.0001

الفصل الخامس

عرض نتائج الدراسة

1.5 التمهيد

2.5 نتائج الدراسة

3.5 تفسر النتائج

4.5 التوصيات والمقترحات

الفصل الخامس

عرض نتائج الدراسة

1.5- تمهيد :

تتناول الباحثة في هذا الفصل عرض النتائج التي أسفرت عنها الدراسة الميدانية، والتي هدفت إلى معرفة العلاقة بين درجات اضطرابات النوم ومستوى قلق السمة لدى عينة من طلبة جامعة قارونس، وذلك باستخدام برنامج الحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS ، فكانت نتائج الدراسة مرتبة حسب أهدافها على النحو الآتي :

2.5- أولاً: نتائج الدراسة:

الهدف الأول : (التعرف على درجات اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية لدى عينة الدراسة) .

لمعرفة درجات اضطرابات النوم قورن متوسط العينة في المقياس المستخدم؛ لقياس اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية بالمتوسط النظري للمقياس ذاته والجدول (7) يوضح متوسطات العينة وانحرافات المعيارية، في اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية، ومقارنتها بالمتوسط النظري لمقياس اضطرابات النوم وقيمة (ت) ؛ للفرقة بين هذه المتوسطات ودالاتها الإحصائية.

الجدول (7)

متوسطات العينة وانحرافات المعيارية في اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية:

اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية	متوسط العينة	المتوسط النظري	الانحراف المعياري	درجة الحرية	مستوى الدالة	الدالة
الأرق	63.29	75	12.13	247	0.00	دالة
توقف التنفس أثناء النوم	16.02	30	6.82	247	0.00	دالة

فرط النوم	23.48	30	6.42	247	0.00	دالة
النوم الانتيايبي	19.81	30	6.49	247	0.00	دالة
اضطرابات إيقاع النوم واليقظة	27.68	33	12.75	247	0.00	دالة
الكوابيس الليلية	18.67	24	3.93	247	0.00	دالة
الفرع أثناء النوم	10.97	21	4.77	247	0.00	دالة
المشي أثناء النوم	10.38	24	7.04	247	0.00	دالة
احتكاك الأسنان	5.59	12	2.77	247	0.00	دالة
تقلص العضلات الخاصة بالأرجل	7.13	12	4.29	247	0.00	دالة
أرجحة الرأس	7.34	12	3.58	247	0.00	دالة
الصداع النصفي	3.22	6	2.07	247	0.00	دالة
اضطرابات تعزى للحالة الصحية	17.87	24	6.69	247	0.00	دالة
الشخير	13.79	18	2.78	247	0.00	دالة
الدرجة الكلية	245.238	351	37.429	247	0.00	دالة

يلاحظ من الجدول (7) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط عينة الدراسة في درجات اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية والمتوسط النظري للمقياس عند مستوى دلالة (0.01).

الهدف الثاني: (معرفة مستوى قلق السمة لدى عينة الدراسة) .

لمعرفة مستوى قلق السمة عند أفراد عينة الدراسة الكلية حدد مستوى الطلبة بالنسبة لقلق السمة، باستخدام المعيار السباعي؛ لتقييم مستويات القلق لدى طلبة السنة الثالثة بالمرحلة الجامعية، حيث حسبت القيم السباعية المقابلة لمستويات قلق السمة بالأسلوب والخطوات ذاتها التي يتم فيها حساب الرباعيات والتسعينات. (السيد، 1979: 141).

وقد وزعت درجات قلق السمّة لدى أفراد عينة الدراسة على سبعة مستويات تمتد من قلق ضعيف جداً إلى قلق حاد، كما هو موضح في الجدول والرسم (3)، (4).

جدول (8)

المستويات السباعية لقلق السمّة:

الدرجة السباعية	مستوى القلق	الذكور	الإناث	العلمي	الأدبي
1	خال من القلق	33	33	33	37
2	قلق ضعيف	38	40	38	39
3	أقل من المتوسط	42	43	42	43
4	متوسط	46	46	45	47
5	فوق المتوسط	50	50	49	51
6	قلق شديد	54	54	53	55
7	قلق شديد جداً	58	57	57	59

شكل (3) توزيع الدرجات لدى عينة الدراسة (الإناث) على مقياس القلق حسب السباعيات

شكل (4) توزيع الدرجات لدى عينة الدراسة (الذكور) على مقياس القلق حسب السباعيات

من خلال الاطلاع على متوسط درجات قلق السمّة عند الذكور وهو يساوي (47.44)، ويساوي متوسط درجات الإناث (47.60) نلاحظ أنه يقابل المستوى الرابع في المعيار السباعي، الذي يعني قلقاً متوسطاً، وبذلك يتضح لنا أن الذكور والإناث من طلبة الجامعة لديهم قلق متوسط .

الهدف الثالث: (معرفة العلاقة الارتباطية بين درجات اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية ومستوى قلق السمّة لدى عينة الدراسة) .

لمعرفة العلاقة الارتباطية بين درجات اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية - ومستوى قلق السمة لدى أفراد عينة الدراسة - استخدم معامل ارتباط بيرسون، والجدول (9) يوضح العلاقة بين درجات اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية وقلق السمة .

جدول (9) العلاقة بين درجات اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية وقلق السمة:

الأبعاد	الأرق	توقف التنفس أثناء النوم	فرط النوم	النوم الانتبائي	إيقاع النوم واليقظة	الكوابيس	الفرع	المشي	احتكاك الأسنان	تقلص عضلات الأرجل	أرجحة الرأس	الصداع النصفي	الحالة الصحية	الشخير	الدرجة الكلية
القلق	-0.08	0.04	0.03	0.11	0.12	0.11	0.06	0.07	**0.19	**0.13	0.01	*0.16	0.7	-0.9	0.12

يلاحظ من الجدول (9) أنه لا توجد علاقة ارتباطية بين درجات اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية، ومستوى قلق السمة لدى عينة الدراسة، ما عدا بعدي احتكاك الأسنان؛ فهو دال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.01 ، وبعد الصداع النصفي فهو دال عند مستوى دلالة 0.05 .
الهدف الرابع: (معرفة الفروق بين الذكور والإناث في درجات اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية) .

لمعرفة الفروق بين الذكور والإناث تمت المقارنة بين متوسطات الذكور والإناث في درجات اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية، كما هو موضح بالجدول (10).

جدول (10)

متوسطات الذكور والإناث في درجات اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية:

اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية	النوع	متوسط العينة	الانحراف المعياري	درجة الحرية	ت الجدولية	قيمة ت	مستوى الدلالة	الدلالة
---------------------------------	-------	--------------	-------------------	-------------	------------	--------	---------------	---------

الأرق	ذكور	63.02	11.10	246	0.03	0.36	0.72	غير دالة
	إناث	63.56	13.11					
توقف التنفس أثناء النوم	ذكور	15.43	6.02	246	0.02	1.38	0.17	غير دالة
	إناث	16.62	7.52					
فرط النوم	ذكور	23.79	6.06	246	0.70	-0.76	0.45	غير دالة
	إناث	23.17	6.78					
النوم الانتيابي	ذكور	19.92	6.21	246	0.45	-0.25	0.80	غير دالة
	إناث	19.71	6.77					
اضطرابات إيقاع النوم واليقظة	ذكور	23.56	14.59	246	0.00	5.36	0.00	غير دالة
	إناث	31.79	8.92					
الكوابيس الليلية	ذكور	18.47	3.89	246	0.73	0.81	0.42	غير دالة
	إناث	18.87	3.97					
الفرع أثناء النوم	ذكور	9.78	3.81	246	0.00	4.03	0.00	غير دالة
	إناث	12.15	5.33					
المشي أثناء النوم	ذكور	9.92	3.56	246	0.04	1.78	0.08	دال
	إناث	10.83	4.44					
احتكاك الأسنان	ذكور	5.31	2.36	246	0.004	1.61	0.11	غير دالة
	إناث	5.87	3.12					
تقلص العضلات الخاصة بالأرجل	ذكور	7.26	4.61	246	0.5	-0.47	0.64	غير دالة
	إناث	7.00	3.96					
أرجحة الرأس	ذكور	7.21	3.65	246	0.58	0.58	0.56	غير دالة
	إناث	7.48	3.52					

الصداع النصفي	ذكور	3.14	2.16	246	0.39	0.64	0.52	غير دالة
	إناث	3.31	1.99					
اضطرابات تعزى للحالة الصحية	ذكور	18.07	6.88	246	0.99	-0.48	0.63	غير دالة
	إناث	17.66	6.51					
الشخير	ذكور	13.64	2.79	246	0.61	0.87	0.39	غير دالة
	إناث	13.94	2.79					
الدرجة الكلية	ذكور	238.508	32.556	246	0.01	2.873	0.004	دالة
	إناث	251.968	40.767					

الشكل (5) الفروق بين الذكور والإناث في اضطرابات النوم

يلاحظ من الجدول (10) وشكل (5) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط الذكور والإناث في درجات اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية عند مستوى دلالة 0.01 لصالح الإناث.

الهدف الخامس: (معرفة الفروق في درجات اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية بين طلبة التخصصين الأدبي والعلمي) .

لمعرفة الفروق في درجات اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية بين طلبة التخصصين الأدبي والعلمي وضعت مقارنة بين متوسطاتهم في درجات اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية، كما هو موضح بالجدول (11) والشكل (6) .

جدول (11)

متوسطات طلبة التخصصين الأدبي والعلمي في درجات اضطرابات النوم وأبعادها:

مستوى الدلالة	الدلالة الإحصائية	قيمة ت	درجة الحرية	الانحراف المعياري	متوسط العينة	التخصص	اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية
---------------	-------------------	--------	-------------	-------------------	--------------	--------	---------------------------------

غير دال	0.11	-1.61	246	11.67	62.16	أدبي	الأرق
				12.49	64.52	علمي	
غير دال	0.93	0.09	246	7.38	16.06	أدبي	توقف التنفس أثناء النوم
				6.24	15.98	علمي	
غير دال	0.26	-1.14	246	5.94	23.02	أدبي	فرط النوم
				6.87	23.94	علمي	
غير دال	0.44	0.78	246	6.57	20.14	أدبي	النوم الانتيابي
				6.41	19.49	علمي	
دالة إحصائياً	0.000	3.95	246	8.53	30.78	أدبي	اضطرابات إيقاع النوم واليقظة
				15.31	24.57	علمي	
غير دال	0.80	0.26	246	3.81	18.73	أدبي	الكوابيس الليلية
				4.06	18.60	علمي	
غير دال	0.03	2.14	246	4.09	10.32	أدبي	الفرع أثناء النوم
				5.30	11.61	علمي	
غير دال	0.96	-0.05	246	4.09	10.36	أدبي	المشي أثناء النوم
				4.01	10.39	علمي	
غير دال	0.34	-0.96	246	2.49	5.42	أدبي	احتكاك الأسنان
				3.03	5.76	علمي	
غير دال	0.95	-0.06	246	4.71	7.11	أدبي	تقلص العضلات الخاصة بالأرجل
				3.84	7.15	علمي	
غير دال	0.19	-1.29	246	3.17	7.05	أدبي	أرجحة الرأس
				3.95	7.64	علمي	

الصداع النصفي	أدبي	3.28	2.17	246	0.46	0.65	غير دال
	علمي	3.16	1.98				
اضطرابات تعزى إلى الحالة الصحية	أدبي	17.05	6.19	246	-1.94	0.05	غير دال
	علمي	18.69	7.08				
الشخير	أدبي	13.69	2.13	246	-0.55	0.59	غير دال
	علمي	13.89	3.32				
الدرجة الكلية	أدبي	245.080	37.222	246	0.07	0.95	غير دال
	علمي	245.395	37.783				

اضطرابات النوم

يلاحظ من الجدول (11) والشكل (6) أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في درجات اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية بين طلبة التخصصين الأدبي والعلمي، ما عدا بعدي إيقاع النوم؛ فهو دال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.01 لصالح أثناء فهو دال عند مستوى دلالة 0.05 لصالح التخصص العلمي .

الهدف السادس : (معرفة الفروق بين الذكور والإناث في مستوى قلق السمة) .

لمعرفة الفروق بين الذكور والإناث في مستوى قلق الأدبي وضعت مقارنة بين متوسطات الذكور والإناث على مقياس قلق السمة، كما هو موضح بالجدول (12) والشكل (7) .

الجدول (12) يوضح متوسطات درجات الذكور والإناث على مقياس قلق السمة:

المتغير	النوع	عدد أفراد العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجة الحرية	القيمة الجدولية	مستوى الدلالة	الدلالة الإحصائية
---------	-------	------------------	-----------------	-------------------	--------	-------------	-----------------	---------------	-------------------

قلق السمة	ذكور	124	47.61	5.44	0.26	246	0.21	0.80	غير دالة إحصائياً
	إناث	124	47.45	4.88					

من خلال الجدول (12) نلاحظ أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في مستوى قلق السمة.

الهدف السابع: (معرفة الفروق بين طلبة التخصصين الأدبي والعلمي في مستوى قلق السمة) .

لمعرفة الفروق بين طلبة التخصصين الأدبي والعلمي في مستوى قلق السمة وضعت مقارنة بين متوسطات مستوى قلق السمة، كما هو موضح بالجدول (13)، والشكل (8)، (9) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة (ت) لطلبة التخصصين الأدبي والعلمي في مستوى قلق السمة.

جدول (13) يوضح متوسطات طلبة التخصص الأدبي والعلمي على مقياس مستوى قلق السمة

المتغير	التخصص	عدد أفراد العينة	المتوسط الحسابي	الانحرا ف المعياري	قيمة ت	درجة الحرية	القيمة الجدولية	مستوى الدلالة	الدلالة الإحصائية
قلق السمة	أدبي	124	48.23	5.22	2.17	246	0.55	0.03	دال إحصائياً
	علمي	124	46.82	5.02					

تفسير النتائج :

لعل الأسلوب الدقيق الذي ينبغي أن تتبعه الباحثة في تفسير النتائج التي توصلت إليها، يجب أن يعتمد أساساً على استجابات أفراد العينة على فقرات المقاييس المستخدمة؛ لقياس المتغيرات موضوع البحث، لذا فإن تفسير النتائج سوف يأخذ الصيغة العلمية الدقيقة وفق الأهداف التي تقدمت بها الباحثة التي سعت الدراسة الحالية إلى تحقيقها، وفيما يلي عرض تفصيلي لتفسير النتائج:

الهدف الأول: (معرفة درجات اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية لدى عينة الدراسة).

توصلت الدراسة إلى نتيجة تفيد بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط العينة والمتوسط النظري للمقياس عند مستوى دلالة 0.01 لصالح المتوسط النظري.

ولم تتفق هذه النتيجة مع دراسة عبد الغني (1998) ودراسة الشارف (2007) ودراسة العجيلي (2008)، ويبدو أن هذه النتيجة لا تتفق مع الإطار النظري ومع ما توصلت إليه نتائج معظم الدراسات السابقة، مما يمكن اعتباره مشكلة تتطلب المزيد من الدراسات المستقبلية.

الهدف الثاني: (معرفة مستوى قلق السمة لدى عينة الدراسة) .

توصلت الدراسة إلى نتيجة تفيد بأن مستوى قلق السمة لدى عينة الدراسة متوسط ، وهذا لم يتفق مع معظم نتائج الدراسات السابقة ومع دراسة العرفي (2004) التي أجريت على المجتمع الليبي، وقد يفسر ذلك بأن دراسة العرفي أجريت على طلبة المرحلة الثانوية، وهي مرحلة المراهقة، التي تنشأ فيها التغيرات نتيجة مظاهر النمو الانفعالي والاجتماعي والنفسي لهذه المرحلة وما تتميز به هذه المرحلة من عدم الاستقرار الانفعالي، وتذبذب في المشاعر والانفعالات، أو ربما يرجع ذلك إلى وجود بعض القصور في التخطيط التربوي السليم للتعليم الثانوي، وإغراق الطلبة في التفكير في مستقبلهم العلمي وتفكيرهم في التوجه الجماعي ربما يثير لديهم القلق ويجعلهم فوق المتوسط ، أما انخفاض القلق لدى طلبة الجامعة من فوق المتوسط إلى المتوسط ، فنتيجة توجههم نحو التخصصات الجامعية، بالإضافة إلى أنهم في نهاية المراهقة إلى مرحلة الرشد والشباب والاستقرار الانفعالي .

الهدف الثالث: (معرفة العلاقة الارتباطية بين درجات اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية ومستوى قلق السمة) .

توصلت الدراسة إلى نتيجة تفيد بعدم وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجات اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية وقلق السمة، ما عدا احتكاك الأسنان والصداع النصفي. ويفسر ذلك جزئياً بأن الطلاب قد يعبرون عن قلقهم بواسطة بعض الأعراض الجسمية مثل احتكاك الأسنان أو الصداع النصفي؛ إذ إن القلق قد يؤدي إلى احتكاك الأسنان والصداع، وهذا ما أشارت إليه دراسة الشارف من أن القلق يؤدي إلى احتكاك الأسنان والصداع، وهذا أشارت إليه دراسة الشارف من أن القلق يؤدي إلى الصداع النصفي بم الاستيقاظ، وقد لا يكون هناك تأثير للقلق على اضطرابات النوم كما أشار إلى ذلك دراسة (عبد الخالق، 2003) الذي يرى أن شكوك مريض القلق ليست مؤشراً صادقاً لما عليه اضطرابات النوم فعلاً ؛ فقد لا يتأثر النوم لديه مطلقاً، وأن الشكوك تعكس إدراكاً غير دقيق، مثال ذلك أن النوم إذا بدأ يطول لكنه بمجرد أن يبدأ يتم ويكتمل بطريقة سوية، كما نجد عدم وجود علاقة بين درجات اضطرابات النوم وقلق السمة اتفقت مع دراسة فوسترونوزان (1983) ودراسة موك وكرسنيل (1982)، ودراسة عبد الخالق والنيال (1992) ودراسة إبراهيم والنيال (1993) ودراسة غريغوري وآخرين (2009) ودراسة الشارف (2007) حيث توصلت دراسة الشارف (2007) إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستويات قلق الامتحان واضطرابات النوم؛ وربما يرجع ذلك إلى أن اضطرابات النوم تتأثر بالضغط والانفعالات الموقفية التي يتعرض لها الفرد أكثر من قلق السمة؛ باعتبار قلق السمة سمة ثابتة نسبياً في الشخصية تتأثر لكن بدرجة أقل .

الهدف الرابع : (معرفة الفروق بين الذكور والإناث في درجات اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية) .

توصلت الدراسة إلى نتيجة تفيد بوجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط الذكور والإناث في درجات اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية عند مستوى دلالة 0.01 لصالح الإناث وكانت بعض الأبعاد غير دالة إحصائياً ولكن متوسطها النظري أعلى لدى الإناث منه لدى الذكور باستثناء بعد فرط النوم و تقلص العضلات أثناء النوم واضطراب الحالة الصحية، أما الدرجة الكلية فهي دالة ، وتتفق نتيجة الدراسة مع الإطار النظري ومع نتائج معظم الدراسات السابقة ومع دراسة العجيلي (2008) التي منهم لا تتفق مع دراسة عبد الخالق والنيال (1992) والبنا (2007) حيث أظهرت نتائج دراستهم عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اضطرابات النوم تعز لمتغير النوع .

ويمكن تفسير تلك النتيجة المتوقعة في إطار ما تفرضه التقاليد الاجتماعية والتنشئة الاجتماعية المتمثلة في الظروف الأسرية السيئة التي تعايشت فيها الإناث دون الذكور؛ إذ تساهم العوامل الاجتماعية في إثارة مشاعر الإحباط من المرأة، يضاف إلى ذلك المناخ الاجتماعي السائد، الذي يعود إلى الحرمان من المشاركة الاجتماعية، مما يجعل المرأة أكثر اضطراباً من الرجل، ويبدو أن ذلك يرجع إلى أساليب التنشئة الاجتماعية والنظم السائدة في المجتمع الليبي التي تجعل بعض الآباء يفرضون القيود على الإناث، بعكس الذكور الذين يتمتعون بالحرية والمبادرة، بالإضافة إلى التكوين البيولوجي للإناث.

الهدف الخامس: (معرفة الفروق بين طلبة التخصص الأدبي والعلمي في درجات اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية) .

توصلت الدراسة إلى نتيجة تفيد بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين طلبة التخصصين الأدبي والعلمي في درجات اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية، ما عدا بعدي إيقاع النوم واليقظة؛ فهو دال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.01 لصالح التخصص الأدبي، وبعد الفرع أثناء النوم؛ فهو دال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05 لصالح التخصص العلمي، واتفقت دلالة التخصص العلمي عند مستوى دلالة 0.05 مع دراسة العجيلي (2008) .

كما نجد أن متوسط الدرجة الكلية لاضطرابات النوم وأبعادها الفرعية أعلى لدى طلاب التخصص العلمي من طلاب التخصص الأدبي، ما عدا توقف التنفس أثناء النوم، والنوم الانتيابي وإيقاع النوم واليقظة، أما باقي الأبعاد والدرجة الكلية فالمتوسط لدى طلاب العلمي أعلى من طلاب التخصص الأدبي، لكنها غير دالة وكونها أعلى فهي تتفق مع دراسة الشارف (2007) ودراسة العجيلي (2008) .

وربما يعود ارتفاع متوسط درجات اضطرابات النوم وأبعادها الفرعية إلى طبيعة المواد الدراسية التي يدرسها طلاب التخصص العلمي، والتي تتطلب وقتاً وجهداً وتجديداً أكثر من طلبة التخصص الأدبي.

الهدف السادس: (معرفة الفروق بين الذكور والإناث في مستوى قلق السمّة) .

توصلت الدراسة إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور والإناث في مستوى قلق السمّة، وبذلك يكون هناك تعارض في نتائج الدراسات السابقة؛ إذ أظهرت مجموعة من الدراسات عدم وجود فروق بين الجنسين في قلق السمّة مثل دراسة عبد الخالق والنيال (1992) ودراسة نجاة مرار (1993) ودراسة عثمان (1993) والزعبي (1996) والخوجة (2000) والأحمد (2001) وحمام (2001) .

وهناك بعض الدراسات توصلت إلى وجود فروق بين الجنسين في قلق السمّة منها دراسة سبيلبرجر (1983) والبحيري (1984) ومرسي (1978)، وآغا (1988) وعبد الخالق (1988) وسهير أحمد (1991)، وعبدالفتاح (1995) وسليمان وعبدالله (1996) ودراسة العرفي (2004).

أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن متوسط درجات الإناث أعلى من الذكور، لكنها غير دالة، ويرجع ارتفاع درجات سمّة القلق لدى الذكور؛ إلى اقترابه من درجات قلق السمّة لدى الإناث، وبالتالي أدى إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بينهما، كما أن سمّة القلق هي طاقة كامنة، وهي سمّة ثابتة نسبياً في الشخصية سواء عند الذكور أم الإناث، وأنها ظاهرة سلوكية متعلمة عامة لدى الشباب من الجنسين، وبذلك تساوى قلق السمّة لدى الذكور والإناث على حد سواء. الهدف السابع: (معرفة الفروق بين طلبة التخصصين الأدبي والعلمي في مستوى قلق السمّة) .

أشارت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين طلبة التخصص الأدبي والعلمي لصالح التخصص الأدبي، وبذلك اختلفت هذه النتيجة مع دراسة الأحمد (2001) التي أظهرت عدم وجود تأثير لمتغير التخصص على سمّة القلق، بينما اتفقت الدراسة الحالية مع دراسة الزعبي (1996) .

ويمكن تفسير ذلك بأن طلاب الآداب أكثر استعداداً في سمّة القلق من طلاب العلوم؛ فقد تجعل الدراسات الأدبية بالجامعة طلاب الآداب أكثر رقة وحساسية في التعبير عن أنفسهم من طلاب العلوم، وبالتالي فإن استعدادهم للقلق يكون أكبر من طلاب العلوم، كما أن طلاب العلوم أكثر اهتماماً بالحقائق المجردة والتفكير العلمي والمنطقي المنظم، مما يجعلهم أقل قلقاً، بالإضافة إلى طبيعة المواد والتجارب لدى طلاب التخصص العلمي، التي أدت إلى تقارب المسافة بينهم، وفي ذلك يقول مصطفى فهمي (1979): إنه كلما شعر الفرد بأنه في موقف متأزر مع جماعته يشعر بالسعادة والتوافق الشخصي، وبالتالي ينخفض قلقه والعكس صحيح، بالإضافة إلى أن طلاب العلوم غالباً ما تكون درجاتهم في مرحلة الثانوية العامة أعلى من درجات طلاب الآداب، وبالتالي فإن درجة التفوق الدراسي تعطي قدراً من الثقة بالنفس والإحساس بالإنجاز مما ينعكس على قدراتهم في الضبط والتكامل، وهذا يجعلهم أقل إحساساً في درجة القلق من طلاب الآداب.

4.5- التوصيات والمقترحات :

توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج لعله يتطلب من الباحثة أن تقدم التوصيات والمقترحات المتعلقة بتلك النتائج وفق النحو الآتي :

أولاً: التوصيات :

إنشاء مكتب للإرشاد النفسي بالجامعة؛ لتقديم الاستشارات النفسية اللازمة؛ لخفض حالات القلق، والكشف المبكر لاضطرابات النوم، وعلاجها لدى الطلبة الذين يعانون من هذه الاضطرابات خلال دراستهم الجامعية.

العمل على توفير المناخ التربوي المناسب داخل الجامعة أو المنزل بعيداً عن القلق والتوتر، وهذا يتم من خلال تشجيع العلاقات الطيبة بين الطلبة وأساتذتهم، والتوسع في الأنشطة الطلابية والثقافية التي تتيح لهم تصريف طاقاتهم في الاتجاهات المناسبة والتي تخفف من حدة القلق والتوتر.

مراعاة الآباء الفروق الفردية بين أبنائهم في الحاجة إلى النوم ليساعدوا أبناءهم على التخلص من التوتر والإحباط، ولإرشادهم إلى سبل المعالجة؛ حتى لا يكون التأثير عكسياً.

النوم لا يقل أهمية عن المأكل والمشرب فهو ميزان للجسم ومصدر لضبطه وانتظام لأجهزته؛ لذا يجب تنظيم مواعيد النوم والاستيقاظ .

ثانياً: المقترحات :

دراسة العلاقة بين اضطرابات النوم وقلق الحالة.

دراسة العلاقة بين اضطرابات النوم والاكتئاب.

دراسة اضطرابات النوم وعلاقتها ببعض سمات الشخصية.

دراسة العلاقة بين اضطرابات النوم وأساليب معاملة الوالدين وقلق السمة.

القيام بدراسة مماثلة للدراسة الحالية لدى عينات من طلاب ما قبل المرحلة الجامعية.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية

ثانياً: المراجع الأجنبية

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية

إبراهيم ، علي والنيال ، مايسة (1993) مشكلات النوم وعلاقتها ببعض الاضطرابات الانفعالية ، مجلة مركز البحوث التربوية ، السنة الثانية ، العدد الرابع 57-105 .

إبراهيم ، عماد ومحمد (2003) دراسة التفكير اللاعقلاني من حيث علاقته بالقلق والتوجيه الشخصي لدى عينة من شباب الجامعة ، رسالة ماجستير (غير منشورة) كلية الآداب ، جامعة الزقاريق .

أبو حطب ، فوائد السيد (1993) التقويم النفسي الطبعة الثالثة ، القاهرة : دار الانجلو المصرية .

أبو علام ، رجاء (1998) مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية القاهرة : دار النشر للجامعات .

أبو علام ، رجاء (2001) مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية ، الطبعة الخامسة ، القاهرة : دار النشر للجامعات .

أبو رسين ، محمد بن حسن ودرويش ، عبد الفتاح السيد (2003) الفروق في عملية المقارنة الاجتماعية ووجهة عدم التأكد وسمة القلق بين مجموعتين من السعوديين والمصريين ، دراسة ثقافية مقارنة ، دراسات نفسية ، مجلد الثالث عشر ، العدد الثالث .

إسماعيل سميحة

إسماعيل ، ناهيد (2004) اضطرابات النوم وعلاقتها بالقلق والاكتئاب والمشاعر الوجدانية لدى عينة من المراهقين ، رسالة ماجستير (غير منشورة) .

آغا ، كاظم ولى (1988) القلق والتحصيل الدراسي دراسة تجريبية مقارنة لدى طلبة المرحلة الإعدادية بدولة الإمارات العربية المتحدة ، جامعة دمشق ، المجلد الرابع ، العدد الرابع عشر .

العزة ، سعيد حسن (2004) طرق دراسة الطفل ، عمان : دار الثقافة النفسية .

الأحمد ، أمل (2001) حالة القلق وسمة القلق وعلاقتها بمتغير الجنس والتخصص العلمي لدى عينة من طلبة جامعة دمشق ، مجلة جامعة دمشق ، مجلد السابع عشر ، العدد الأول .

الارمنازى ، أيمن (2007) لا قلق بعد اليوم ، السعودية : العبيكات .

الانصارى ، محمد (2002) مقاييس الشخصية ، الكويت : دار الكتاب الحديث .

- البياتى ، خليل ابراهيم (2002) علم النفس الفسيولوجي ، عمان : دار وائل للنشر والتوزيع .
- البحيرى ، عبد الرقيب (1984) اختبار القلق الحالة – السمة للكبار سلسلة الاختبارات النفسية المصرية المقننة ، القاهرة : دار النهضة المصرية .
- البناء ، انور (2007) المواقف الحياتية الضاغطة وعلاقتها باضطرابات النوم لدى طلبة جامعة الأقصى ، مجلة الجامعة الإسلامية . العدد الثاني ، مجلد الرابع عشر .
- الجاموس ، نور الهدى (2004) الاضطرابات السيكوسوماتية ، الأردن : دار البارونى للنشر .
- الجلالى ، لمعان (2007) سيكولوجية القلق ، غريان بليبيا : الكتية الجامعية .
- الجبلى ، فوزى (2000) الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية ، الإسكندرية : المكتبة الجامعية .
- الخالدى ، أديب (2002) المرجع في الصحة النفسية ، الطبعة الثانية ، غريان : الدار العربية للنشر والتوزيع .
- الخالدى ، أديب (2006) مرجع في علم النفس الإكلينيكي (المرضي) الفحص والعلاج ، عمان : دار وائل للنشر والتوزيع .
- الخالدى ، أديب (2008) سيكولوجية الفروق الفردية و التفوق العقلي ، عمان : دار وائل للنشر والتوزيع .
- الخدافي ، نورية (1993) القلق كحالة وكسمة لدى أبناء الشهداء والأسرى الكويت ، مجلة التربية ، المجلد الثامن ، العدد السادس والعشرين .
- الخوجة ، جاسم (2000) الأداء على قائمة هوبكنز للأعراض 25 و علاقتها بالأداء على كل مكنها اختبار سمة القلق وقائمة بك للاكتئاب ، مجلة بحوث كلية الآداب .
- الداهرى ، صالح والعبيدى ، ناظم (1999) الشخصية والصحة النفسية ، الأردن : دار الكندى .
- الدسوقى ، مجدى محمد (2006) اضطرابات النوم الأسباب التشخيص الوقاية والعلاج ، القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية .
- الرشدى ، هارون توفيق (1999) الضغوط النفسية ، القاهرة : الانجلو المصرية .
- الريمادى ، محمد عودة (2004) علم النفسي العام / الآداب : دار المسيرة للنشر .

- الزعيبي ، احمد محمد (1997) مستوى القلق كحالة وكسمة لدى طلبة جامعة صنعاء ،
ملة مركز البحوث التربوية ، العدد الثاني عشر : السنة السادسة .
- الزعيبي ، احمد (2001) علم النفس النمو الأسس النظرية للمشكلات وسبل علاجها ،
عمان : دار الزهراء للنشر .
- الزهري ، أميرة (1961) مفهوم القلق عند كارت هورنى ، رسالة ماجستير (غير
منشورة) جامعة عين شمس كلية التربية .
- الزيادى ، محمود (1986) الأمراض النفسية ، الطبعة الثانية ، الكويت : مكتبة الفلاح.
- السمادونى ، السيد إبراهيم (1994) القلق وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى عينة من
طلبة المدارس المتوسطة بمدينة الرياض ، مجلة التربية المعاصرة ، العدد الأول :
السنة الحادية عشر : دار المعرفة الجامعية .
- الشربيني ، زكريا (2001) المشكلات النفسية عند الأطفال ، القاهرة : دار الفكر
العربي .
- الشربيني ، احمد (1994) الأرق واهم علاج وأحداث الدراسات عن النوم والأحلام
ومشكلة الأرق . القاهرة : مكتبة ابن سينا .
- الشارف ، سلامة (2007) مستويات قلق الامتحان وعلاقتها باضطرابات النوم لدى
طلبة جامعة المرقب . رسالة ماجستير (غير منشورة) .
- الضامن ، منذر عبد (2005) علم النفس النمو الطفولة والمراهقة ، الكويت : مكتبة
الفلاح .
- العجيلي ، زينب عامر (2008) اضطرابات النوم وعلاقتها ببعض المتغيرات لدى
طلاب الجامعة ، رسالة ماجستير (غير منشورة) جامعة قاريونس .
- العرفي ، نورا (2004) الخبرات المؤلمة المبكرة وعلاقتها بالقلق السمة لدى طلبة
المرحلة الثانوية العامة بمدينة بنغازي ، رسالة ماجستير (غير منشورة) جامعة
قاريونس .
- العفيقي ، عبد الحكيم (1993) الكوابيس والأحلام تفسير علمي ديني ، القاهرة : الدار
المصرية اللبنانية .
- العناني ، حنان (2003) الصحة النفسية ، الطبعة الثانية ، الإسكندرية : دار المعرفة
الجامعية . العيسوى ، عبد الرحمن (1990) باثولوجيا النفس دراسة في الاضطرابات
العقلية والنفسية ، القاهرة : دار الفكر العربي .
- الفيومي ، محمد إبراهيم (1985) القلق الإنساني ، القاهرة : دار الفكر العربي .

- القذافي ، رمضان محمد (1994) الصحة النفسية والتوافق ، الطبعة الثانية ، طرابلس : دار الراود .
- القذافي ، رمضان محمد (1999) علم النفس الفسيولوجي ، تلازيمية : المكتب الجامعي .
- القريظي ، عبد المطلب (1998) أسس الصحة النفسية ، القاهرة : دار الفكر العربي .
- القطان ، سامية (1980) كيف تقوم بالدراسة الإكلينيكية ، القاهرة : دار الفكر العربية .
- القمش ، مصطفى والمعايطة ، خليل (2007) الاضطرابات السلوكية و الانفعالية ، عمان : دار المسيرة للنشر والتوزيع .
- الكناني ، ممدوح والكندی ، احمد والموسوى ، جابر (1994) المخل إلى علم النفس ، عمان : مكتبة الفلاح .
- الكيالي ، دحام (1995) مبادئ علم النفس الفرويدي ، بغداد : مؤسسة شباب الجامعة .
- المالكي ، موزة (1994) علم النفس حول العالم ، مجلة الثقافة النفسية ، العدد التاسع عشر : المجلد الخامس ، بيروت : دار النهضة العربية للطباعة والنشر .
- الملاي ، عبد المنعم (2006) الأمراض والاضطرابات النفسية ، الإسكندرية : مؤسسة شباب الجامعة .
- المهدي ، محمد عبد العزيز (2001) النوم والأحلام في الطب والقرآن ، المنصورة : دار يقين .
- الهمالى ، عبد الله (1994) أسلوب الحث الاجتماعي وتقنياته ، بنغازي : منشورات جامعة قاريونس .
- الوكيل ، ممدوح والزيات ، احمد (1968) النوم والأرق ، القاهرة : دار الكتاب العربي .
- باش ، حسان شمس (1991) النوم والأرق والأحلام بين الطب والقران ، جدة : دار المنارة .
- تركي ، احمد مصطفى (1981) قلق الامتحان بين قلق الحالة وقلق السمة ، مجلة العلوم الاجتماعية ، العدد الثالث : السنة التاسعة ، جامعة الكويت .
- حقي الفت (1995) الاضطراب النفسي ، الجزء الأول ، الإسكندرية : مراكز الإسكندرية للكتاب .

- حقي ، الفت (1998) الاضطراب النفسي ، الجزء الثاني ، الإسكندرية : مركز الإسكندرية للكتاب .
- حقي ، الفت (2001) علم النفس المعاصر ، الإسكندرية : مركز .
- دافيدوف ، الندال (1992) موسوعة علم النفس الذاكرة والإدراك ، ترجمة نجيب الفواس : مصر : الدرا الدولية للاستثمارات .
- دواد ، نسيمة وحمدى ، نزية (1989) مشكلاتنا المراهقين وأساليب المساعدة فيها ، عمان : منشورات الجامعة الأردنية .
- دويدار ، عبد الفتاح (1994) في الطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي ، القاهرة : دار النهضة العربية .
- راجح ، احمد عزت (1991) أصول علم النفس ، الإسكندرية : مركز الإسكندرية للكتاب .
- زايد ، محمد الشريبي (2004) سيكولوجية النمو الطبعة الثانية ، القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .
- زهران ، حامد عبد السلام (2004) الصحة النفسية والإرشاد النفسي ، الطبعة الأولى ، القاهرة : عالم الكتاب .
- زهران ، حامد عبد السلام (1974) علم النفس الاجتماعي ، الطبعة الثالثة ، القاهرة : عالم الكتب .
- زهران ، حامد عبد السلام (1979) الصحة النفسية والعلاج النفسي ، الطبعة الثالثة ، القاهرة : عالم الكتب .
- زهران ، حامد عبد السلام (1999) علم النفس النمو الطفولة والمراهقة ، الطبعة الخامسة ، القاهرة : دار عالم الكتب .
- سرى ، جلال محمد (2000) علم النفس العلاجي ، القاهرة ، عالم الكتب .
- سليمان ، عبد الرحمن وعبد الله ، هشام (1996) دراسة لموضوع الضبط في علاقة بكل من قوة الأنا والقلق لدى عينة من طلبة وطالبات جامعة قطر ، مجلة مركز البحوث التربوية ، جامعة قطر ، العدد التاسع عشر : السنة الخامسة .
- سوين ، ريتشارد (1979) علم الأمراض النفسية (العقلية) ، ترجمة احمد عبد العزيز ، القاهرة : دار النهضة المصرية .
- شربت ، اشرف وحلاوة ، محمد (2003) الصحة النفسية بين النظرية والتطبيق ، الإسكندرية : المكتب الجامعي الحديث .

عبد الفتاح ، احمد وشكرى ، عادل ودويدار ، عبد الفتاح والمشعان ، عويد و المشطى ،
عدنان (1993) محتوى التفكير قبل النوم دراسة مسحية ارتباطيه ، المجلة المصرية
للدراستات النفسية ، العدد الرابع ، القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية .

عبد الخالق ، احمد والنيال ، مايسة (1992) اضطرابات النوم وعلاقتها بكل من
الاكتئاب والقلق والوسواس ، المجلة المصرية للدراستات النفسية ، القاهرة : الانجلو
المصرية .

عبد الخالق ، احمد (1994) الدراسة التطورية للقلق ، مجلة النشر العلمي حوليات ،
كلية الآداب ، العدد الرابع عشر .

عبد الخالق ، احمد والمشعان ، عويد الشطى ، عدنان (1995) موضوعات التفكير قبل
النوم لدى عينة من طلاب جامعة الكويت ، مجلة العلوم الاجتماعية ، العدد الثاني :
المجلد الثالث والعشرون .

عبد الخالق ، احمد (2004) أصول الصحة النفسية ، الطبعة الثانية ، الإسكندرية : دار
المعرفة الجامعية .

عبد ، طارق (2001) مقياس اضطرابات النوم ، جامعة عين شمس .

عبد الرحمن ، سعد (2003) القياس النفسي بين النظرية والتطبيق ، الطبعة الرابعة ،
القاهرة : دار الفكر العربي .

عبد المعطي ، حسن مصطفى (2003) الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة ،
القاهرة : مكتبة القاهرة للكتاب .

عبد المعطي ، حسن مصطفى (2003) منهج البحث الإكلينيكي ، دار المعرفة الجامعية
.

عكاشة ، احمد (1993) علم النفس الفسيولوجي ، الطبعة الثامنة ، القاهرة : مكتبة
الانجلو المصرية .

عكاشة ، احمد (1998) الطب النفسي المعاصر ، القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية .

غالب ، مصطفى (1978) في سبيل موسوعة نفسية للتغلب على القلق ، بيروت :
مكتبة الهلال .

غانم ، محمد حسن (1986) الأمراض النفسية دراسات إكلينيكية لحالات عربية ،
الإسكندرية : مكتبة الفلاح المصرية .

غانم ، محمد حسن (2004) المشكلات النفسية عند الأطفال ، الإسكندرية : مكتبة
المصرية .

- غانم ، محمد حسن (2004) الأمراض النفسية للشخصية ، الإسكندرية ، المكتبة المصرية
- غانم ، محمد حسن (2006) الاضطرابات النفسية والعقلية ، القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية .
- فرج ، صفوت (2000) مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين ، القاهرة : الانجلو المصرية .
- فرويد ، سيجمون (1962) سيكولوجية القلق ، ترجمة عثمان نجاتي ، القاهرة : دار النهضة العربية .
- فايز ، حسن (2001) الاضطرابات السلوكية تشخيصها أسبابها علاجها ، طنطا للنشر والتوزيع .
- فايدة ، حسين (2002) العلاقة بين حساسية القلق وكل من سمة القلق والهلع والاكتئاب لدى عينة غير إكلينيكية ، المجلة المصرية للدراسات النفسية ، العدد الثاني عشرة : المجلد السابع والثلاثون ، ص 48- 45 .
- فايد ، حسن (2004) علم النفس العام ، الإسكندرية : مؤسسة دوراس الدولية للنشر والتوزيع .
- قدارة ، سكينه عثمان (2006) مفهوم الذات وعلاقة القلق لدى طلبة الثانويان بمدينة زليتن ، مجلة العلوم الإنسانية والتطبيقية ، العدد السابع .
- كاظم ، أمينة (1978) العلاقة السببية بين التحصيل الدراسي الجامعي ومستوى قلق السمة والحالة ، مجلة كلية الآداب والتربية ، جامعة الكويت ، العدد الرابع .
- كامل ، سهير (1999) الصحة النفسية والتوافق ، الإسكندرية : مركز الإسكندرية للكتاب .
- كفاص ، علاء الدين (1997) الصحة النفسية ، القاهرة : دار هجر للنشر .
- كمال ، علي (1988) النفس وانفعالاتها وأمراضها وعلاجها ، الطبعة الرابعة ، الأردن : دار واسط .
- كمال ، وحيد مصطفى (2004) علاقة تقدير الذات بالقلق الاجتماعي لدى الأطفال ضعاف السمع ، مجلة دراسات نفسية ، العدد الأول : المجلد الرابع عشر .
- كمال ، طارق (2005) الصحة النفسية للأسرة ، الإسكندرية : مؤسسات شباب الجامعة .
- مارش ، هنيد (1990) مجلة الثقافة النفسية ، العدد الثاني : المجلد الأول بيروت .

- مارش ، هنيذ (1991) مجلة الثقافة النفسية ، العدد الخامس ، المجلد الأول .
- محمد ، عودة ومرسي كمال (1994) الصحة النفسية في ضوء علم النفس والإسلام ، الكويت : دار القلم .
- محمود ، حمدي شاكر (1985) دراسة تحليلية لبعض اضطرابات النوم وعلاقتها بالتوافق النفسي ، رسالة ماجستير (غير منشورة) كلية التربية ، جامعة أسيوط .
- مرسي ، كمال (1986) الفروق بين الأحداث الجانحين وغير الجانحين في أدراك الخبرات المؤلمة ، المجلة التربوية ، كلية التربية ، جامعة الكويت ، 32 98 .
- مرسي ، كمال (1988) علاقة بعض سمات الشخصية في المراهقة بأدراك المعاملة الوالدية في الطفولة ، العدد الخامس عشر : المجلد الرابع .
- مرسي ، كمال (1978) القلق وعلاقته بالشخصية في مرحلة المراهقة ، القاهرة : دار النهضة العربية .
- معوض ، خليل مخائيل (1983) سيكولوجية النمو ، الطبعة الثانية ، الإسكندرية : دار الفكر العربي .
- منذر ، وفاء (2005) مشاكل طفلك النفسية ، الأردن : مكتبة المجمع العربي للنشر .
- منسي ، حسن (1998) الصحة النفسية ، بيروت : دار الكندي .
- نجاتي ، محمد عثمان (1993) الدراسات النفسانية عند العلماء المسلمين ، القاهرة : دار الشروق .
- يوسف ، جمعة السيد (2000) الاضطرابات السلوكية وعلاجها ، القاهرة : دار الغريب .
- محمد ، جاسم محمد (2004) علم النفس الإكلينيكي ، عمان : دار الثقافة
- محمد ، عبد العزيز عبد المجيد (2005)
- محمد ، مجدي وشندون سميرة (2006) مقياس الارق ، القاهرة : الانجلو المصرية .

ثانياً: المراجع الأجنبية

Alfano, C., Zakem, A, Costa, N., Taylor, L., Weems., C. (2009). Sleep problem and their relation to cognitive factors, anxiety and depressive symptoms in children and adolescents. *Depression and anxiety*, 26, 503-512.

- Behar, E., McHugh, R., Peckham, A., Otto, Michael, A. (2010). D-Cycho-serine for the augmentation of an attentional training intervention for trait anxiety, *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 440-445.
- Chokroverty, S. (2010). Overview of sleep and sleep disorders. *Indian J Med Res*, 131, 126-140
- Endler, N., Kocovski, N. (2001). State and trait anxiety revisited. *Anxiety Disorders*, 15, 231-215.
- Martinz, D., Lenz, M. (2010). Circadian rhythm sleep disorders. *Indian J Med Res*, 131, 141-149.
- Meltzer, L., Philips, C., Mindell. (2009). Clinical psychology training in sleep and sleep disorders. *Journal of clinical psychology*, 65(3), 305-318.
- .Nagai, M .,Wada, M., Sunnag, N. (2002). traits anxiety affects the papillary light reflex in college students, *Neuroscience Letters*, 328, 68-70.
- Sforza, E., Hilaire, Z., Pelissolo, A., Rochat, T., Ibanez, V. (2002). Personality, anxiety and mood traits in patients with sleep-relation berthing disorders: effect of reduced daytime alertness. *Sleep Medicine*, 3, 139-145.

