

اضطرابات النوم وعلاقتها بالقلق والاكتئاب دراسة تنبؤية

أحمد محمد عبد الخالق

قسم علم النفس ، كلية العلوم الاجتماعية
جامعة الكويت

ملخص البحث :

اختيرت عينة عمدية قوامها ٥,٠٤٣ من طلاب المدارس الثانوية الحكومية في دولة الكويت من الذكور (ن = ٢,٥٢٢) والإناث (٢,٥٢١) ممن تتراوح أعمارهم بين ١٤ ، ١٩ عاما . وطبق عليهم - في موقف جمعي - مقياس اضطرابات النوم ، ومقياس جامعة الكويت للقلق ، ومقياس الاكتئاب الصادر من مركز الدراسات الوبائية ، وتنصف هذه المقاييس بثبات مقبول أو مرتفع . وأسفرت النتائج عن ارتباطات دالة إحصائيا وموجبة بين كل بنود مقياس اضطرابات النوم (٢٥ بندا) والدرجة الكلية على كل من القلق والاكتئاب على حدة لدى الجنسين ، وكثير من هذه الارتباطات مرتفع ، وغالبية الارتباطات المرتفعة توجد بين نفس بنود اضطرابات النوم وكل من القلق والاكتئاب، ومن ثم فليس من اليسير التفرقة بين اضطرابي القلق والاكتئاب اعتمادا على بنود مقياس اضطرابات النوم . ويؤكد الانحدار التدريجي النتيجة نفسها ، فغالبية بنود مقياس اضطرابات النوم المنبئة بالقلق هي ذاتها منبئة بالاكتئاب ، أي أنها مشتركة في تفسير القلق والاكتئاب ، ونوقشت النتائج على ضوء التداخل الكبير بين الاضطرابين الأخيرين .

اضطرابات النوم وعلاقتها بالقلق والاكتئاب

دراسة تنبؤية

أحمد محمد عبد الخالق^(١)

قسم علم النفس ، كلية العلوم الاجتماعية

جامعة الكويت

مقدمة :

تهدف هذه الدراسة إلى بحث العلاقة بين اضطرابات النوم وكل من القلق والاكتئاب لدى عينة كبيرة الحجم (ن = ٥,٠٤٣) من طلاب المدارس الثانوية من الجنسين في دولة الكويت ، فضلا عن تحديد اضطرابات النوم التي يمكن أن تتبى بكل من القلق والاكتئاب .

لقد بينت الدراسات الوبائية والبيانات المستعرضة والطولية معدلا مرتفعا من المرضية المشتركة Comorbidity بين اضطرابات النوم والاضطرابات النفسية وبخاصة الرابطة الوثيقة بين الأرق *Insomnia* والقلق *Anxiety* والاكتئاب *Depression* (Morin & Ware, 1996). ودرس " موريس أوهايون" وزملاؤه (Ohayon, Caulet, & Lemoine, 1998) المرضية المشتركة للاضطرابات النفسية والأرق في الجمهور العام (ن=٥,٦٢٢) من أعمار ١٥ عاما وما بعدها ، وأجريت الدراسة عن طريق الهاتف . وظهر أن ٩٩٧ (١٧,٧%) منهم يشكون من الأرق ، وصنفوا إلى ست فئات : ١- الأرق المرتبط باضطراب الاكتئاب ، ٢- الأرق المرتبط باضطراب القلق ، ٣- اضطراب الاكتئاب الذي تصاحبه أعراض الأرق ، ٤- اضطراب القلق الذي تصاحبه أعراض الأرق ، ٥- الأرق الأولي ، ٦- أعراض الأرق المستقلة . ودرس الباحثون خصائص كل مجموعة منها . كما ظهر من دراسات أخرى (Galindo & Ciocon, 1997; Morris, Wearden, & Battersby, 1997)

(١) دعت إدارة الأبحاث بجامعة الكويت هذا البحث تحت رقم OP0/01 . ويتوجه الباحث بالشكر الجزيل لإدارة الأبحاث والقائمين عليها.

أن أنواعا محددة من اضطرابات النوم ترتبط بزملة التعب أو الإرهاق المزمن Chronic Fatigue Syndrome (CFS) ، واتضح كذلك أن اضطرابات النوم ترتبط بزملة أعراض حرب الخليج Gulf War Syndrome (انظر: Brown, Fleishman & Casanova, 1996). ونعرض فيما يلي لعلاقة اضطرابات النوم بالقلق .

اضطرابات النوم والقلق :

دلت بحوث كثيرة على علاقات بين القلق وكثير من اضطرابات النوم (Lindberg, Janson, Gislason, Bjoernsson, Hetta, & Boman, 1997) ويتفاعل القلق والنوم بطريقة معقدة ، فالقلق لدى بعض الناس قد لا يسبب اضطراب النوم ، ولدى آخرين قد يؤثر اضطراب النوم في الصورة الإكلينيكية للقلق . وقد يؤثر القلق أيضا في أنواع معينة من السلوك خلال النوم مثل : طحن الأسنان ، وانتصاب القضيب ، والرعب أثناء النوم ، والنشاط الكهربائي على سطح الجلد ، وربما ينجم عنه كذلك حركات للعين ، وتوتر في عضلة الذقن بشكل مستقل عن المتغيرات الموحدة للنوم والمشتقة من مقاييس موجات المخ (Ware, 1988) . ولا يوجد شيء يسبب اضطراب النوم - على وجه التأكيد - أكثر من القلق ، فإن العقل عندما يكون غير مرتاح فمن النادر أن نستمتع بنوم عميق . لقد أوردت رابطة مراكز اضطرابات النوم في التشخيص التصنيفي لاضطرابات النوم واليقظة أن القلق المرتبط بالتوتر الجسمي يعد واحدا من العناصر الأساسية في حالة الأرق النفسي الفيزيولوجي الدائم .

ومن المعتقد أن الشخص القلق يستغرق وقتا أطول للاستغراق في النوم ، وينام نوما خفيفا (سطحياً) ، ويستيقظ مرات أكثر خلال الليل ، ولديه صعوبة أكثر في العودة إلى النوم إذا استيقظ . وهذه حقائق واضحة بذاتها حيث إن قليلاً من الناس يعدون محصنين ضد القلق وضد اضطراب النوم الذي يبدو أنه يتبعه غالبا ، ويؤكد عدد من الدراسات وجهة النظر هذه ، وبخاصة قياس كمون النوم Sleep latency وهو الزمن المنقضى بين إطفاء الأنوار وبداية النوم . كما بينت دراسات أخرى

للنوم لدى مرضى القلق تغيرات موضوعية في التخطيط المتعدد للنوم Polysomnography (PSG) ، ولكن ظهر أن التغيرات الأخرى مثل : تناقص الزمن الكلي للنوم ، وتناقص النوم العميق (المرحلتان ٣ و ٤) ، وانخفاض كفاية النوم (الزمن الكلي للنوم / الزمن الكلي في السرير) ، ظهر أن هذه المتغيرات أقل اتساقا بالنسبة لتأثيرها في زيادة فترة كمون النوم (Ibid) .

وقام " روزا " وصحبه باختيار مجموعة استجابت لإعلان نشر في جريدة ، وقاموا بتصنيفهم لتحديد الأفراد القلقين منهم بعد إجراء مقابلات وتطبيق استخبارات عليهم، وجمع الباحثون كلا من التقديرات الذاتية والقياسات الموضوعية للنوم ، ثم قارنوا نوم مرضى القلق هؤلاء ببيانات كانت قد جمعت من أشخاص أسوياء في مختبر آخر بوساطة باحثين آخرين . واتضح أن المجموعة القلقة لها نوم أقل ، ونسبة مئوية أقل في المرحلة الرابعة للنوم (ولم يختلف عن ذلك جمع المرحلتين الثالثة والرابعة) ، ونسبة مئوية منخفضة من نوم حركات العين السريعة، وكمون أقصر لحركات العين السريعة ، ونسبة مئوية كبيرة للنوم الخفيف (المرحلة الأولى) . وأما من الناحية الذاتية فقد قررت مجموعة القلق مزيدا من مرات الاستيقاظ أثناء الليل ، وعددا أقل من ساعات النوم بالمقارنة إلى المجموعة السوية . وتتفق مثل هذه التغيرات بشكل عام مع ما هو متوقع من مرضى القلق ، باستثناء الكمون القصير لحركات العين السريعة التي يعتقد بوجه عام أنها تحدث أكثر لدى مرضى الاكتئاب (Ware, 1988).

أثر الليلة الأولى : First night effect : التجربة التي تكررت آلاف المرات أسفرت عن نتائج يشار إليها على أنها " أثر الليلة الأولى " ، ويمكن أن تلقى بعض الضوء على علاقة القلق بالنوم. فقد اتضح أن المفحوصين في مختبرات النوم ينامون في الليلة الأولى بشكل مختلف عن الليالي التالية . وحقيقة أن النوم - وهو زمن أو وقت شخصي جداً - سوف يقتحمه في متخصص غير معروف ، وأنواع مختلفة من الأجهزة في محيط غير مألوف للشخص ... كل ذلك يفترض أن يولد القلق ، بحيث يكون القلق مقبولا عادة بوصفه سببا لنمط النوم الذي يحدث في الليلة

الأولى ، وهو نمط ثابت إلى حد بعيد ففي الليلة الأولى في المختبر يطول كمون نوم حركات العين السريعة ، ويتخطى المفحوصون غالباً أول فترة لهم في نوم حركات العين السريعة في هذه الليلة ، وتقل النسبة المئوية لكل من نوم حركات العين السريعة والنوم العميق ، فيقضى الفرد وقتاً أطول حتى يستغرق في النوم، ويحدث مزيد من مرات الاستيقاظ عادة .

وعلى افتراض أن أثر الليلة الأولى ينتج عن القلق ، فإن مرضى اضطراب القلق العام يمكن أن يحدث لديهم تغيرات أقل في نومهم من الليلة الأولى إلى الثانية، حيث إن نومهم الذي تأثر سابقاً بقلقهم يمكن أن يؤدي إما إلى مجال ضيق من التغير في اتجاه القلق (أثر السقف Ceiling effect) أو عندما يقارنون بحالة القلق الإكلينيكي عندهم ، بحيث إن الليلة التي يقضونها في مختبر النوم تؤدي إلى زيادة قليلة نسبياً في القلق . وهذا ما أسفرت عنه دراسة "رينولدس" وزملاؤه، عندما قارنوا بين مرضى اضطراب القلق العام بمجموعة من مرضى الاكتئاب، فقد كان لدى مرضى القلق الإكلينيكي مقدار أقل من "أثر الليلة الأولى" . (Ware, 1988)

استحداث القلق :

حاول عدد من الباحثين أن يستحدثوا (induce) الضغط Stress (الذي يمكن أن ينتج درجة ما من القلق) ، ثم قاسوا التغيرات الناتجة في نمط النوم . فقام "جودانف" وصحبه بدراسة شاهد فيها ٢٨ مفحوصاً ذكراً فيلماً يمثل سلسلة من العمليات الجراحية في قضييب رجل من السكان الأصليين في قبيلة ما ، وذلك في أثناء طقوس بدء دخوله في المجموعة. واستخدمت محاضرة مصورة عن رحلة بوصفها فيلماً ضابطاً. وتم قياس المزاج عن طريق قوائم تقدير الصفات ، وقد أثبتت الأخيرة زيادة القلق والاكتئاب وعدم الثقة والعدائية بعد مشاهدة الفيلم الضاغط.

ووجد المؤلفون أن فترات كمون النوم أصبحت أطول بعد مشاهدة الفيلم الضاغط ، وكان هناك أيضاً مزيد من المضمون القلق للحلم وبخاصة لدى

المفحوصين الذين حدثت لديهم أكبر زيادة من القلق قبل النوم . في حين أن دوام النوم وعدد فترات حركات العين السريعة وعدد الأحلام لم يتأثر بمشاهدة الفيلم الضاغط .

وقام " بيماستر" وزملاؤه بدراسة آثار القفز بالباراشوت على للقلق والنوم في الليالي الأربع السابقة على القفز بالباراشوت واللييلة التالية له لدى الأشخاص الذين يقفزون ، وكان منهم متمرسون وجمدا . وكما هو متوقع فقد زادت مستويات القلق بوضوح قبل القفزة ، ولكن لوحظت نتيجة غير متوقعة مؤداها أن " تأثير اللييلة الأولى " كانت مؤثرة أكبر على النوم عن القفز بالباراشوت . ودرس " ليستر" وصحبه تأثيرات امتحانات طلاب الطب ، وهي متغير آخر قوى ، ووجدوا أنه في الليالي التالية للأيام الضاغطة كان هناك تناقص في النسبة المئوية لنوم المرحلة الرابعة ، وزيادة في عدد مرات الاستيقاظ .

فحص القلق لدى مرضى الأرق

تلخص منحنى آخر في فحص المرضى الذى يشكون من الأرق ، لتحديد ما إذا كان لديهم مستويات مرتفعة من القلق . لقد بينت الدراسات على مرضى الأرق - بشكل متكرر - أن لديهم مستويات مرتفعة من الاضطراب النفسي بوجه عام، والاكنتاب والقلق بشكل خاص. ووجد "ميلنجر" وصحبه أن نسبة مرتفعة من المفحوصين في مسح شامل (وصلت إلى ٣٥%) كان لديهم مشكلات في النوم خلال العام الأخير ، وأن ١٧% من الأفراد في هذا المسح تضايقهم هذه المشكلة بشكل كبير ، ومن بين هذه المجموعة ذات الشكوى الشديدة من اضطراب النوم حصل ٤٢% منهم على تقديرات مرتفعة في مستوى القلق ، وكانت نسبة ٨% فقط ممن لم يكن لديهم أبدا مشكلة مع الأرق عندهم قلق مرتفع . وعندما صنف عدد من المفحوصين الذين لديهم أرق شديد - تبعا لمحكات الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث - ظهر أن ١٣% منهم لديهم اضطراب قلق عام GAD ، وأن ٢١% منهم عندهم اضطراب اكتئاب أساسي .

وباستخدام مقاييس التقرير الذاتي للقلق لدى عينة من طلاب الجامعة درسها

"هاينز" وصحبه ، فضلا عن دراسة أجريت على مجموعة غير متجانسة من المرضى الداخليين في مستشفى للطب النفسي أجراها "كازاريان" وزملاؤه اتضح أن مقاييس القلق فرقت بين أولئك الذين قرروا أن لديهم مشكلات في النوم مقابل من لم يقرروا ذلك . وقد بينت دراسة "كازاريان" وصحبه بشكل محدد أن القلق يؤثر في الزمن الذي يبدأ فيه النوم أكثر من الزمن الكلي للنوم.

وقد افترض أن التنبه الناتج عن فعل الجهاز العصبي اللا إرادي (الأوتونومي) والمصاحب للقلق هو العامل المسبب لدى كثير من مرضى الأرق ؛ أي أن التنبه الفيزيولوجي يتعارض مع النوم . وإذا كان ذلك كذلك فإن أرق بداية النوم يمكن أن يكون قابلا للعلاج بالاسترخاء أو أية طرق فنية أخرى تركز على تخفيض مقدار التنبه. وبرهن "بوركوفيك" ، ويرتس "على أن هذه الطرق السلوكية فعالة مع بعض مرضى الأرق الذين لديهم أيضا درجة مرتفعة من القلق ذي الأعراض الجسمية والتوتر ، على الرغم من أنه ليس كل مرضى الأرق النفسي الفيزيولوجي يتحسنون بتمرينات الاسترخاء .

ودرس "ويليامز" وصحبه مرضى الأرق الذين حولوا إلى مركز لاضطرابات النوم، وقارنوا نومهم بنوم مجموعة ضابطة سوية . وقيس القلق بخمسة مقاييس: بروفيل حالات المزاج ، وقائمة القلق الحالة والسمة ، بالإضافة إلى ثلاثة من المقاييس المشتقة من قائمة مينيسوتا متعددة الأوجه للشخصية : عامل "أ" من استخراج "ولش" ، ومقياس "تايلور" للقلق الصريح ، ومؤشر القلق . واتضح أن مجموعة الأرق أكثر قلقا من المجموعة السوية في كل مقاييس القلق . وعندما تم ضبط النتائج من ناحية العمر فإن مجموعة الأرق أخذت زمنا أطول للاستغراق في النوم ، وحصلت على درجة منخفضة في مؤشر كفاية النوم (النسبة المنوية للزمن المنقضى نائما بالنسبة للزمن المنقضى في السرير) وذلك بالمقارنة إلى المجموعة الضابطة السوية . ومع ذلك فقد ارتبطت هذه الفروق بمقياس الاكتئاب المشتق من قائمة مينيسوتا كما ارتبطت بمقاييس القلق من القائمة ذاتها.

وحيث إن مؤشرات القلق تحدث بكثرة لدى مرضى الأرق فمن السهل أن

نفترض أن القلق عامل مسبب في الأرق ، وعلى الرغم من ذلك فمن الممكن افتراض أن ذلك يبرهن أيضا على أن الأرق يقود إلى القلق . وقد فشل نموذج الأرق / القلق هذا أيضا في الإجابة عن السؤال المهم : هل من الممكن أن يصبح الشخص مصابا بالقلق الإكلينيكي دون وجود مكون من اضطراب واضح في النوم؟ وذلك لأن كل المرضى في هذا النموذج - منذ البداية - لديهم على الأقل شكوى من الأرق .

ويستخلص " وير " (Ware, 1988) من عرض لعدد من الدراسات ما يلي:
(١) يزيد القلق من فترة كمون النوم (الزمن المنقضى بين إطفاء الأنوار وبداية النوم) ، فإن كون الشخص قلقا وهو في السرير سوف يبعد النوم عنه، كما يمكن أن يجعله ذلك منشغلا بأي نشاط يؤدي إلى اليقظة ويتضارب مع بدء النوم ، (٢) يزيد القلق من إدراك اضطراب النوم أكثر مما تعكسه متغيرات أجهزة تخطيط النوم المتعددة ، ولكن : (٣) بمجرد نوم الشخص فإن دورة النوم الأساسية كما تقاس عامة تكتمل بشكل طبيعي ، وذلك باستثناء : (٤) إذا استيقظ الشخص في أثناء الليل فإن القلق يمكن أن يطيل من فترة الاستيقاظ نتيجة لحدوث سلوكيات مضادة للنوم .

وقد ظهرت نتيجة شائقة مفادها أن شكوى مريض القلق ليست مؤشرا صادقا لما هو عليه اضطراب النوم فعلا ، فقد لا يتأثر النوم لديه مطلقا ، وإن الشكوى تعكس فقط إدراكا غير دقيق ، مثال ذلك أن بدء النوم قد يطول ، ولكنه بمجرد أن يبدأ فإن النوم يمكن أن يتم ويكتمل بطريقة سوية ، وقد يتجزأ النوم العميق وينقسم نتيجة لتنبهات من نوع الرعب الذي يواجهه الفرد ليلا دون أن يكون ذلك رعب ليل حقيقي .

اضطرابات النوم والاكتئاب

تعد صعوبات النوم ومشكلاته من بين أكثر الأعراض شيوعا في الاضطرابات الوجدانية Affective disorders ، وقد وصفت بأنها مميزة للاكتئاب منذ أقدم العصور (Thase, 1998) . كما تعد اضطرابات النوم من بين أكثر الجوانب

المسببة للضيق في الاضطرابات الوجدانية (Coffield, 1997). ويقرر مرضى الاكتئاب شيوع مشكلات متعددة متصلة بالنوم مثل : النوم المضطرب بما في ذلك صعوبة بدء النوم ، والمحافظة على استمرارية النوم ، والاستيقاظ في الصباح الباكر . وقد افترض بعض الباحثين أن الأرق يمكن أن يعد عرضاً مبكراً أو مؤشراً للإصابة بالاكتئاب . ومع ذلك فمازالت هناك مسألة غير محسومة من ناحية اتجاه العلية أو السببية بين النوم واضطراب المزاج .

ومن ناحية أخرى بحثت العلاقة بين نوعية النوم والقابلية للانتحار لدى مرضى الاكتئاب الأساسي ، وكشفت هذه الدراسة عن أن المرضى المكتئبين ممن لديهم استعداد كبير للانتحار أكثر اضطراباً في النوم بدرجة دالة إحصائياً كما يتضح ذلك من تقريرهم الذاتي لنوعية النوم ، وكمون النوم ، ودوام النوم أو استمراره ، وكفاءة النوم وذلك بالمقارنة إلى المرضى المكتئبين الذين ليس لديهم توجهات انتحارية (Agargun, Kara & Solmaz 1997).

ويكشف غالبية مرضى الاكتئاب الأساسي عن اضطراب في استمرار النوم ، ويرتبط ذلك عادة بزيادة عدد مرات الاستيقاظ أو صعوبة الاحتفاظ بالنوم . وفي حين أن مرضى الاكتئاب صغار السن يقررون غالباً صعوبة في الاستغراق في النوم ، فإن مرضى الاكتئاب في أواسط العمر وفي العمر المتقدم يميلون أيضاً إلى الشكوى من صعوبة المحافظة على النوم، ويشمل ذلك الاستيقاظ في وقت مبكر في الصباح (Reynolds & Kupfer, 1988). وهذا المدى من الشكاوي المرتبطة باستمرارية النوم يبرهن ، من ثم ، على وجود متصل معتمد على العمر، وهو ما تؤكد موضوعياً في دراسات النوم المختبرية للمكتئبين من ذوى السن الصغير والمتوسط والكبير . وتؤكد نسبة قليلة من مرضى الاكتئاب الأساسي (ربما تراوحت هذه النسبة بين ١٠% ، و ٢٠%) أن لنومهم كفاية مرتفعة جداً ، وسوف يقررون أنهم يقضون في السرير وقتاً أطول . ويرتبط هذا الجانب الإكلينيكي غالباً بشكاوي فقدان النشاط Anergia والبطء النفسي الحركي . ويبدو أن بعضاً من هؤلاء المرضى - وليس كلهم - يعانون من اكتئاب ثنائي القطب Bipolar

ويحدث لدى المكتئبين انخفاض في الموجات البطيئة للنوم ، يتضح في انخفاض عدد الدقائق والنسبة المئوية للمرحلتين الثالثة والرابعة . وقد كشف استخدام الطرق الآلية المتقدمة معهم عن انخفاض كل من العدد الاجمالي لموجات دلتا في التخطيط الكهربى للمخ EEG خلال مرحلة النوم التي تخلو من نوم حركات العين السريعة NREM وفي كثافة density نشاط دلتا ؛ أي تتناقص في عدد الموجات البطيئة في الدقيقة في نوم انتقاء حركات العين السريعة ، وعلى الرغم من أن مثل هذا الانخفاض يبدو أنه يميز كل فترات انتقاء حركات العين السريعة فإن هذا الانخفاض يميز أكثر أول فترة لانتهاء حركات العين السريعة لدى المكتئبين بالنسبة للفترة الثالثة من انتقاء هذه الحركات (Ibid) .

ومن الواضح أن هناك تفاعلات مهمة وقوية بين العمر والمرض في تحديد خصائص النوم لدى المكتئبين ، وبوجه خاص فإن التغيرات في النوم التي تميز الاكتئاب تحدث كذلك - ولكن بدرجة أقل - خلال السير السوى للتقدم في العمر ذاته ، وهي بوجه خاص زيادة مرات اليقظة أي الأرق بعد بداية النوم ، وتناقص في النوم الذي يتسم بالموجات البطيئة الذي يميز كلا من العمر المتقدم ومرض الاكتئاب .

وفي النهاية الأخرى لدورة الحياة برهنت البحوث على وجود فترات كمون قصيرة جدا من حركات العين السريعة ، وزيادة في فترات أول مرحلة من مراحل حركات العين السريعة ، وصعوبة قصوى في المحافظة على النوم تميز التخطيط الكهربى للمخ في حالة النوم لدى كبار السن المكتئبين (من غير المصابين بالاكتئاب ثنائي القطب أو بالهذات ، ولكن لديهم اكتئابا داخليا في المقام الأول) . ويختلف المكتئبون صغار السن عن العينة الضابطة في مقاييس صعوبة بدء النوم ، في حين أن المكتئبين كبار السن يختلفون أكثر عن العينة الضابطة في مقاييس صعوبة المحافظة على النوم (Reynolds & Kupfer, 1988) .

مقارنة بين مرضى القلق والاكتئاب في اضطرابات النوم :

قارن " فوستر " وزملاؤه مجموعة مكونة من سبعة مرضى داخليين وثلاثة مرضى خارجيين لهم تشخيص اضطراب القلق العام GAD بمجموعة متكافئة من نفس العمر (م = ٢٩,٨ سنة) والجنس ممن لهم تشخيص اكتئاب أساسي أحادي القطب UMD . وكانت المجموعتان متشابهتين في مقاييس التقرير الذاتي للنوم، وكشفت المجموعتان عن فترة قصيرة نسبيا من كمون النوم ذي حركات العين السريعة (أى الزمن المنقضى بين بداية النوم وبداية نوم حركات العين السريعة). ولم يكن لدى هؤلاء الباحثين عينة ضابطة سوية ، ولكنهم قارنوا عينات المرضى بسجلات النوم التي توجد بشكل نمطي نمونجي لدى صغار الراشدين الأسوياء، فظهر أن فترة كمون النوم لدى مجموعة المرضى أطول (أكثر من ٣٥ دقيقة)، وكانت النسبة المئوية للنوم العميق أقل (أقل من ٧%) ، كما كانت كفاية النوم منخفضة (أقل من ٩٠%) . ويذكر الباحثان أن مرضى القلق والاكتئاب من المحتمل أن يكون الأفضل أن ننظر إليهم على أنهم جزء من المتصل النفسي البيولوجي ذاته ، وأن اضطراب النوم لديهم يجب أن يعالج عرضيا (تبعا لكل عرض لديهم) ، وليس تبعا لأي مرض ظهر عليهم أولا (Ware, 1988) .

وفي دراسة قام بها " رينولدز " وصحبه تم فحص مجموعة من عشرة مرضى باضطراب القلق العام ، اختبروا من بين مجموعة من المرضى الخارجيين الذين سبقت دراسة النوم لديهم في وقت سابق خلال مرحلة قلق إكلينيكي . واتضح أن مرضى اضطراب القلق العام لديهم فترة كمون نوم أطول ، بمتوسط قدره أربعون دقيقة ، وكفاءة منخفضة للنوم (٧٧%) ، ونسبة منخفضة من النوم العميق (٣,٨%) ، وزيادة في عدد مرات الاستيقاظ المتقطع أثناء النوم ، وذلك بالمقارنة إلى المدى السوي للقيم التي تشاهد لدى الأسوياء الأصحاء . وكشفت النتائج أن مرضى اضطراب القلق العام يتشابهون في معظم المتغيرات مع مجموعة من مرضى الاكتئاب الأساسي ، ومع ذلك اختلفت المجموعتان في أن مرضى القلق كان لديهم كمون أطول في حركات العين السريعة ، ونسبة مئوية منخفضة

لحركات العين السريعة ، وانخفاض في كثافة density حركات العين السريعة (عدد حركات العين لكل وحدة زمنية في نوم حركات العين السريعة) (Ware, 1988) .

ودرس " كاتلين برادي " وزميلتها (Brady & Kaltsounis-Puckett, 2002) للعلاقة بين اضطراب الاكتئاب الأساسي وأعراض القلق واضطراب النوم، وقدمتا مصطلح الاكتئاب القلق لتصفوا الأشخاص الذين تكون أعراض القلق بارزة لديهم في سياق اضطراب الاكتئاب الأساسي .

والدراسات العربية عن اضطرابات النوم قليلة ، ومنها دراسة أحمد عبد الخالق، ومايسة النيال (١٩٩٢) عن اضطرابات النوم وعلاقتها بكل من الاكتئاب والقلق والوساوس . ولكن اضطرابات النوم التي شملها المقياس المستخدم في هذه الدراسة لم تكن متعددة . كما قام راشد السهل (١٩٩٤) بدراسة أثر العدوان العراقي على حالة النوم وما يصاحبها من سلوك عند الأطفال ، ودرس راشد السهل (١٩٩٩) أيضا استخدام تقنيات الإرشاد السلوكي الجمعي والإرشاد الديني في علاج مشكلة الأرق عند طلبة الجامعة. وقام عويد المشعان ، وفريح العنزي (١٩٩٦) بدراسة الاضطرابات النفسية لدى الأسرة الكويتية التي كانت داخل الكويت والتي كانت خارجها أثناء العدوان ، ولم تظهر فروق دالة في اضطرابات النوم بينهما. ودرس أحمد عبد الخالق (٢٠٠١) سلوك النوم وعاداته لدى المراهقين الكويتيين، وقد ركزت هذه الدراسة على الجوانب السوية في النوم . ودرس الباحث نفسه المعدلات الوبائية لاضطرابات النوم عند المراهقين الكويتيين (Abdel-Khalek, 2001) .

ولا تهدف هذه الدراسة إلى بحث المؤشرات الوصفية لاضطرابات النوم ، ولا معدلات انتشارها ، ولا الفروق بين الجنسين فيها ، فهذه تقارير مستقلة ، بل إن الهدف الأساسي لهذه الدراسة - كما أسلفنا - هو بحث علاقة اضطرابات النوم بكل من القلق والاكتئاب ، وبيان اضطرابات النوم التي تنتجاً بكل من القلق والاكتئاب .

المنهج :

العينة :

أجريت هذه الدراسة على ٥,٠٤٣ طالباً (ن = ٢,٥٢٢) وطالبة (ن = ٢,٥٢١) من طلاب المدارس الثانوية ممن يدرسون في السنوات الأربع في عدد من المدارس الثانوية الحكومية في دولة الكويت . وتمثل هذه العينة ٨,٣٩ % ، و ٧,٠٥ % من كل طلاب المدارس الثانوية الحكومية الذكور والإناث على التوالي . وتمتد أعمارهم بين ١٤ ، ١٩ عاماً ، وكان متوسط أعمارهم ١٥,٩٩ + ١,٤٢ ، و ١٥,٩٨ + ١,٤٧ لكل من الذكور والإناث على التوالي (ت = ٠,٣١ ، غير دالة) . ومع أن اختيار أفراد هذه العينة قد تم على أساس عمدي مما هو متاح من مدارس فلم يجبر أي من الطلاب على الاشتراك في الدراسة .

الأدوات :

١ - مقياس اضطرابات النوم :

وضع كاتب هذه السطور عبارات هذا المقياس بلغة عربية فصحة سهلة ، واعتمد على مصادر متعددة من الدراسات السابقة أهمها دليل التصنيف الدولي لاضطرابات النوم (American Sleep Disorders Association, 1997). ويشمل هذا المقياس ٢٥ عبارة يجاب عنها بخمسة بدائل من لا : (صفر) ، إلى كثيراً جداً : (٤) . ومع أن للمقياس درجة كلية فإن الاهتمام هنا منصب على اضطرابات مفردة . ويبين جدول (١) نص هذه العبارات . وقد أعيد تطبيق المقياس بفواصل زمني قدره أسبوع واحد على عينة من طلاب المدارس الثانوية من الجنسين (ن = ١٢٠) ، وتراوحت معاملات الاستقرار بين ٠,٥٥ ، ٠,٨٢ وتعد هذه المعاملات مقبولة بوجه عام نظراً لأنها حسبت لبنود مفردة وليس لدرجة كلية . وعندما حسب معامل ألفا للدرجة الكلية وصل إلى : ٠,٨٧ ، ٠,٨٨ ، ٠,٨٨ للطلبة والطالبات والعينة الكلية على التوالي .

٢ - مقياس القلق :

استخدم مقياس جامعة الكويت للقلق من تأليف عبد الخالق

(Abdel-Khalek, 2000)، والمقياس أداة بحثية تهدف إلى تقدير سمة القلق في جمهور المراهقين والراشدين ، ويشمل هذا المقياس عشرين عبارة موجزة ، تجاب على أساس أربعة بدائل تبدأ من ١ (نادراً) إلى ٤ (دائماً) . واستخرج من المقياس ثلاثة عوامل : معرفية وسلوكية وجسمية . وتراوحت معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية على بقية البنود بين ٠,٢٧ و ٠,٧٤ ، وتراوحت معاملات الثبات في دراسة سابقة بين ٠,٨٨ ، و ٠,٩٢ (ألفا) ، وبين ٠,٧٠ و ٠,٩٣ (إعادة التطبيق) ، مشيرة إلى اتساق داخلي واستقرار مرتفع للمقياس ، ووصلت معاملات ألفا لهذا المقياس لدى عينات مناظرة لعينات هذه الدراسة (طلاب ثانوي) من الذكور والإناث والعينة الكلية على التوالي إلى : ٠,٩٠ ، ٠,٩١ ، ٠,٩١ ، في حين وصلت معاملات إعادة التطبيق بعد أسبوع إلى ٠,٩٠ ، ٠,٨٦ ، ٠,٨٨ ، وكلها معاملات ثبات مرتفعة . وتراوح الصدق المرتبط بالمحك (خمسة محكات) بين ٠,٧٠ ، ٠,٨٨ ، وكان تشبع المقياس بعامل عام للقلق قدره ٠,٩٣ ، و ٠,٩٥ في تحليلين عاملين مستقلين ، بما يشير إلى الصدق المرتبط بالمحك والصدق العملي للمقياس . وتمت البرهنة على الصدق التمييزي للمقياس ، وتتاح للمقياس معايير كويتية للمراهقين والراشدين ، وظهرت على المقياس فروق جوهرية بين الجنسين ، فقد حصلت الإناث على متوسطات أعلى في القلق من الذكور .

وقد استخدم بدر الأنصاري (٢٠٠٢) مقياس جامعة الكويت للقلق على عينات متعددة من طلاب الجامعة وطالباتها ، وأكدت دراسته المعالم القياسية الجيدة للمقياس ، ومن مزايا هذه الدراسة أنها تقدم معايير كويتية للمقياس على عينات كبيرة الحجم . وللمقياس أيضا معاملات ثبات وصدق مرتفعة على عينات سورية من طلاب الجامعة (Abdel-Khalek & Rudwan, 2001) .

٣ - مقياس الاكتئاب

استخدم مقياس الاكتئاب الصادر عن مركز الدراسات الباثية Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale (CES-D) ، وهذا المركز تابع للمعهد القومي للصحة النفسية NIMH بالولايات المتحدة،

والمقالة الأساسية التي تصف المقياس من وضع الدكتوراة " لينور راندلوف" (Radloff, 1977) .

وقد صمم هذا المقياس لتقدير الأعراض الاكتئابية الأساسية في الجمهور العام أي المجتمع ، واشتقت بنوده من مقياس تقرير ذاتي أطول تمت البرهنة على صدقها في دراسات سابقة ، منها قوائم الاكتئاب لكل من : بيك وصحبه ، وداهلستروم وويلش ، وجارنر ، وراسكين وصحبه ، وزونج .

ويضم هذا المقياس عشرين عبارة ، يشمل كل منها عرضا اكتئابيا نوعيا مصاعا بصيغة المتكلم مثل : " شعرت بالوحدة " ، و" شعرت بالحزن " . ويجاب عن كل منها باختيار بديل من أربعة بدائل (لا ، قليلا ، متوسط ، كثيرا) ، ويحدد الشخص إجابته اعتمادا على ما شعر به خلال الأسبوع الماضي ، وتقدر الدرجات بين صفر ، و ٣ . وتصف ستة عشر بندا الأعراض السلبية ، ووضعت أربعة بنود في الاتجاه الإيجابي لتجنب وجهة الاستجابة أو تحيزها . ويركز المقياس على المكون الوجداني والحالة المزاجية المكتتبة.

وللمقياس في صيغته الإنجليزية اتساق داخلي مرتفع جدا ، وثبات إعادة تطبيق مناسب، وتمت البرهنة على الصدق المرتبط بالمحك وصدق التكوين ، وللمقياس كذلك ثبات وصدق وتركيب عاملي متشابه عبر مدى واسع من الخصائص الديموجرافية المتنوعة في العينات التي اختيرت من الجمهور العام (Radloff, 1977). ويورد " ريهم" (Rehm, 1988)

أن للمقياس خواص سيكومترية جيدة جدا ، مع ميل إلى التركيز على الأعراض الوجدانية في حد ذاتها ، ويبدو أنه مناسب أكثر للهدف الذي وضع من أجله أصلا، وهو استكشاف العلاقات بين الأعراض الاكتئابية والخصائص الأخرى للمجتمع في العينات المسحية . كما يذكر "بيرنت" (Berndt, 1990) أن هذا المقياس ربما كان أفضل مقياس تقرير ذاتي للاكتئاب من ناحية إجراءات تقنيته بوصفه سمة لدى الأسوياء .

وقام كاتب هذه السطور بترجمة هذا المقياس إلى العربية ، وروجعت الترجمة

من قبل اثنين من المتخصصين في علم النفس (عضوا هيئة تدريس بجامعة الكويت) ، ثم طلب من متخصص لغوي (عضو هيئة تدريس بقسم اللغة الإنجليزية) أن يترجم الصيغة العربية ترجمة عكسية إلى الإنجليزية ، وأجريت التصويبات اللازمة.

وحسب ثبات هذا المقياس على عينات كويتية من المراهقين من طلاب المدارس الثانوية ، ووصل معامل ألفا إلى ٠,٨٠ للذكور ، وإلى ٠,٨١ للإناث ، في حين وصل معامل إعادة التطبيق بعد أسبوع لهذا المقياس إلى ٠,٧٩ ، ٠,٧١ ، ٠,٧٥ ، لدى الذكور والإناث وللمجموعتين على التوالي ، وكلها معاملات ثبات مرتفعة ، أما صدق المقياس فقد حسب عن طريق ارتباطه بمحكين هما : قائمة " بيك " للاكتئاب في صيغتها العربية (Abdel-Khalek, 1998) ومقياس الاكتئاب من قائمة " هوبكنز " للأعراض في صيغتها العربية من إعداد جاسم الخواجه (١٩٩٥) ، وكان معاملا الارتباط ٠,٧٤ ، ٠,٨٣ على التوالي ، ويشيران إلى صدق مرتبط بالمحك مرتفع .

إجراءات التطبيق :

قام عدد من الاختصاصيين النفسيين المدربين الذكور بتطبيق المقياس على الطلبة الذكور ، في حين قامت مجموعة مماثلة من الإناث بتطبيق المقياس على الطالبات . وكانت الوحدة في التطبيق هي الفصل الدراسي بأكمله ، وقد تراوح حجم الفصول بين ٣٠ ، و ٣٥ طالبا أو طالبة . وعلى الرغم من أن التطبيق تم على الفصل الدراسي بأكمله فقد استبعدت استمارات غير الكويتيين .

النتائج ومناقشتها

يبين جدول (١) معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات مقياس اضطرابات النوم وكل من القلق والاكتئاب لدى الجنسين على حدة ، ويتضح من ملاحظة هذا الجدول أن جميع الارتباطات دالة إحصائيا وتتراوح بين ٠,١٠ ، و ٠,٥٧ . وقد اتخذ معيار تحكيمي لبحث ارتباط اضطرابات النوم بكل من القلق والاكتئاب بصرف النظر عن نوع العينة (ذكور أو إناث) وهو $\leq ٠,٠٤$ ، واعتمادا

على هذا المعيار كانت البنود المرتبطة بالقلق أرقام : ١ ، ٢ ، ٣ ، ٥ ، ٦ ، ٧ ، ٨ ، ٩ ، ١٠ ، ١٢ ، ٢١ ، ٢٥ (ومجموعها ١٢ بندا) ، والبنود المرتبطة بالاكتئاب أرقام : ١ ، ٢ ، ٣ ، ٥ ، ٦ ، ٧ ، ٨ ، ٩ ، ١٠ ، ١٢ ، ٢٥ (مجموعها ١١ بندا) (انظر إلى نص البنود في جدول ١) . ويلاحظ أن هناك اتفاق كامل بين أرقام بنود مقياس اضطرابات النوم التي ترتبط بالقلق والاكتئاب أكبر من ٠,٤ . أوتساويها فيما عدا بند واحد هو رقم ٢١ حيث ارتبط بالقلق عند هذا المستوى ، ولم يتحقق ذلك في ارتباطه بالاكتئاب . وعند اتخاذ معيار أعلى وهو $\leq ٠,٥$ اتضح أن البنود الثلاثة الآتية ترتبط بالقلق عند هذا المستوى :

- ٦ - أستيقظ من نومي عادة وأنا في حالة نفسية سيئة .
- ٨ - اضطراب النوم يسبب لي ضيقاً شديداً .
- ١٢ - تضغط الأفكار السيئة على عقلي وقت النوم .

جدول (١) : بنود مقياس اضطرابات النوم ومعاملات استقرارها وارتباطاتها بكل من القلق والاكتئاب لدى طلبة (ن = ٢,٥٢٢) وطالبات (ن = ٢,٥٢١) المدارس الثانوية

م	عبارات المقاس	معاملات الاستقرار		الارتباط بالقلق		الارتباط بالاكتئاب	
		ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث
١	أجد صعوبة في أن أبدأ النوم .	٠,٧٢	٠,٣٩١	٠,٤٥٦	٠,٣٦٣	٠,٤٦١	٠,٣٦٣
٢	نومي منقطع ومضطرب .	٠,٧١	٠,٤١٥	٠,٤٩٦	٠,٤١٢	٠,٤٨٢	٠,٤٨٢
٣	أستيقظ من النوم عدة مرات .	٠,٨٢	٠,٣٥٦	٠,٤١٥	٠,٣٢٨	٠,٤٠٣	٠,٣٢٨
٤	أستيقظ مبكراً في الصباح قبل أن أحصل على كفايتي من النوم .	٠,٥٩	٠,٢٨٤	٠,٣٢١	٠,٢٧٠	٠,٣١١	٠,٢٧٠
٥	أستيقظ من نومي متعباً .	٠,٦٨	٠,٤٣٥	٠,٤٩٠	٠,٤١٨	٠,٤٨١	٠,٤١٨
٦	أستيقظ من نومي عادة وأنا في حالة نفسية سيئة .	٠,٧٦	٠,٥١٨	٠,٥٧٢	٠,٤٨٤	٠,٥٤٨	٠,٤٨٤
٧	أعصابي تكون مشدودة عندما أستيقظ من النوم .	٠,٧٨	٠,٤٦٨	٠,٤٩٦	٠,٤١٢	٠,٤٣٤	٠,٤١٢
٨	اضطراب النوم يسبب لي ضيقاً شديداً .	٠,٧٢	٠,٤٥٥	٠,٥١٠	٠,٤٢٥	٠,٤٧٧	٠,٤٢٥
٩	اضطراب النوم يوق علاتني بالآخرين	٠,٦٨	٠,٣٩٦	٠,٤٣٣	٠,٣٧٨	٠,٤٠٣	٠,٣٧٨
١٠	اضطراب النوم يوقني عن القيام بعملتي .	٠,٦٧	٠,٤٠٠	٠,٤٤٥	٠,٣٧٥	٠,٤٣٢	٠,٣٧٥
١١	أشعر بالاكتئاب عند ذهابي إلى السرير لأأتم	٦٢	٠,٣٠٤	٠,٣٧٥	٠,٢٦٥	٠,٣٧١	٠,٢٦٥

م	عبارات المقاس	معاملات الاستقرار	الارتباط بالقلق		الارتباط بالانقباض	
			نكور	قلق	نكور	قلق
١٢	تضخض الأكتاز السيلة على حتى وقت النوم.	٠,٥٦	٠,٤٨٦	٠,٥٥٣	٠,٤٦١	٠,٥٣٢
١٣	أقل فترة طويلة مستلقيا على السرير بعد الاستيقاظ.	٠,٧٠	٠,٢٨٢	٠,٣٦٦	٠,٢٧٣	٠,٣١٠
١٤	أقام نوما طويلا زيادة عن النوم.	٠,٧٠	٠,٢٢٩	٠,٢٠٩	٠,١٨٩	٠,١٧٨
١٥	أقام بالقيام مدة طويلة.	٠,٧٨	٠,٢٠٠	٠,٢١١	٠,١٤٧	٠,٢٠٧
١٦	النوم مدة طويلة يوقظني عن القيام بعمل.	٠,٥٥	٠,٢٣٤	٠,٢٣٣	٠,٢٣٠	٠,٢٠١
١٧	استيقظ أثناء النوم نتيجة توقف تنفسي.	٠,٦٠	٠,٢٩٢	٠,٣١٠	٠,٢٦٥	٠,٢٦٩
١٨	أقام في وقت متأخر من الليل واستيقظ في وقت متأخر من النهار.	٠,٥٧	٠,٢٤٢	٠,٢٧١	٠,٢٠٤	٠,٢٤٣
١٩	تسببني حالة من الرعب أو الخوف الشديد تجعلني استيقظ فجأة من النوم والصرخ أو البكي.	٠,٦١	٠,٢٩٥	٠,٣٧١	٠,٢٩٤	٠,٣٤٩
٢٠	أقوم من السرير أثناء النوم وأمشي.	٠,٥٦	٠,١٥٠	٠,١٣٥	٠,١٢٠	٠,٠٩٩
٢١	أحلم أحلاما مزعجة (كوابيس) تجعلني استيقظ مزووعا من النوم.	٠,٧٥	٠,٣٦٠	٠,٤٦٢	٠,٣٤٤	٠,٣٩٥
٢٢	تتحرك قدمي أثناء نومي على السرير.	٠,٧٢	٠,٣٠٧	٠,٣٢٨	٠,٢٢١	٠,٢٧٥
٢٣	مشاهدة التلفزيون تجعلني أغمض أو أنام.	٠,٧٠	٠,١٦٢	٠,١٦٤	٠,١٣٤	٠,١٣٩
٢٤	القرامة والمذاكرة تجعلني أغمض أو أنام.	٠,٧٥	٠,٢٨٤	٠,٣٣٧	٠,٢٥٠	٠,٣٠٣
٢٥	تفاجئني نوبات من النوم لا أستطيع مقاومتها في الشهور الثلاثة الأخيرة.	٠,٦٠	٠,٣٩٧	٠,٤٥٠	٠,٣٨٠	٠,٤١٤
الدرجة الكلية	مقاس اضطرابات النوم.	٠,٨٨	٠,٦٦٢	٠,٧٤٣	٠,٦٠٥	٠,٦٨٩

•• دال عند مستوى ٠,٠١ (اختبار الذيلين).

وعند تحديد الارتباط بمعيار $\leq ٠,٥$ بين اضطرابات النوم والاكنتاب اتضح أن البندين ٦ ، ١٢ فقط يحققان هذا المعيار .

واستخدم أسلوب تحليل الانحدار التدريجي Stepwise regression لبيان أثر المتغيرات المستقلة (التفسيرية) على المتغير التابع (القلق) ، وقد استخدم ٢٥ متغيرا مستقلا هي بنود مقياس اضطرابات النوم (انظر جدول ١) بالإضافة إلى متغير النوع (ذكر / أنثى) ، حيث دالة الانحدار هي توليفة خطية من المتغيرات المستقلة تختار لقوتها وتأثيرها على المتغير التابع . وفي أسلوب الانحدار التدريجي تدخل المتغيرات المستقلة في النموذج حسب قدرتها على التمييز والتأثير على المتغير التابع بالترتيب . واختير مستوى دلالة ٥% معياراً لدخول المتغيرات المستقلة في النموذج ، واستخدمت مجموعة البرامج SPSS ، وأمكن الحصول

على أفضل نموذج انحدار ، واتضح أن النموذج المبين في جدول (٢) عالي الدلالة ويفسر ٥٦,٣% من التباين الكلي للمتغير التابع ، وأن هناك سبعة عشر متغيراً مستقلاً مهما ولها دلالة إحصائية مرتفعة (انظر جدول ٢) .

ومن ملاحظة جدول (٢) يتضح من أسلوب الانحدار التدريجي أن أهم متغير يؤثر على المتغير التابع هو البند رقم ٦ : أستيقظ من نومي عادة وأنا في حالة نفسية سيئة * ، ويفسر من المتغير التابع ٢٩,٧% من التغيرات في القلق ، ثم يلي ذلك في الأهمية البند رقم ١٢ : تضغط الأفكار السيئة على عقلي وقت النوم ويفسر ١١,٩% ، ثم يأتي المتغير رقم ٢ : "نومي منقطع ومضطرب" ويفسر ٤,٣% ... وهكذا .

وبين جدول (٣) نتائج تطبيق أسلوب الانحدار التدريجي على اضطرابات النوم والاكتئاب ، ويتضح من هذا الجدول أن النموذج المستخرج يفسر ٥٠% من التباين الكلي للمتغير التابع (الاكتئاب) ، وأن هناك ثمانية عشر متغيراً مستقلاً مرتفع الدلالة ، أولها البنود رقم : ٦ ، ١٢ ، ٢ ، ٢٥ ، وهي نفس المتغيرات المستقلة التي تنبئ بالقلق (انظر جدول ٢) ، وتفسر هذه المتغيرات - بالترتيب - ٢٦,١% ، ١٠,٨% ، ٥% ، ٢% ... وهكذا. والملاحظ أن درجة الثقة في نموذجي الانحدار مرتفعة جداً : ٩٩,٩% ، بحيث يمكن الثقة في استخدام هذا النموذج لتفسير ظاهرة " اضطرابات النوم " وكل من القلق والاكتئاب في المجتمع الكويتي.

وبمقارنة نموذجي الانحدار التدريجي (الجدولان ٢ ، ٣) يتضح التشابه الكبير بينهما مع استثناءات قليلة كما يلي :

أولاً : تنبأ البند رقم ١٣ : " أظل فترة طويلة مستلقياً على السرير بعد الاستيقاظ " بالقلق وليس بالاكتئاب .

ثانياً : البنود ١٠ ، ٤ : " اضطراب النوم يعوقني عن القيام بعلمي " ، و" أستيقظ مبكراً في الصباح قبل أن أحصل على كفايتي من النوم" يعدان من بين المتغيرات المستقلة المفسرة للاكتئاب ، في حين أنهما لم يدخلتا في معادلة الانحدار الخاصة بالقلق .

ومع ذلك فإن التشابهات تفوق هذه الاختلافات الثلاثة ، ودليل ذلك أن ١٥ متغيراً مستقلاً من اضطرابات النوم التي تنبئ بالقلق وتفسره مشتركة مع الاكتئاب؛ أي بنسبة ٨٨% .

جدول (٢) : الانحدار التدريجي لاضطرابات النوم (المتغيرات المستقلة) والقلق (المتغير التابع) لدى العينة الكلية من الجنسين (ن=٥,٠٤٣)

الترتيب	المتغير	معاملات الانحدار B	معامل الانحدار المعياري Beta	الخطأ المعياري SE	دالة t	نسبة التفسير R ²
١	٦- استيقظ من نومي عادة ولما في حالة نضبة سيئة.	١,١٥	٠,١٢٥	٠,١٣٣	٠,٠٠٠١	٠,٢٩٧
٢	١٢- تضغط الأفكار السيئة على عقلي وقت النوم.	١,٥٧	٠,١٩٤	٠,٠٩٨	٠,٠٠٠١	٠,١١٩
٣	٢- نومي متقطع ومضطرب.	٠,٧٨	٠,٠٧٦	٠,١٢٤	٠,٠٠٠١	٠,٠٤٣
٤	٢٥- تقاوتي نوبات من النوم لا أستطيع مقاومتها في الشهور الثلاثة الأخيرة.	٠,٩١	٠,٠٩٦	٠,١١٠	٠,٠٠٠١	٠,٠٢٥
٥	٢١- أظم أعلنا مزعجة (كوابيس) تجعلني استيقظ مغزوما من النوم.	٠,٩٠	٠,٠٨٩	٠,١٢٥	٠,٠٠٠١	٠,٠١٩
٦	٧- أصابي تكون مشدودة عندما استيقظ من النوم.	٠,٩٥	٠,١٠٣	٠,١٢٤	٠,٠٠٠١	٠,٠١٤
٧	٨- اضطراب النوم يسبب لي ضيقا شديدا.	٠,٥٣	٠,٠٦٠	٠,١٢٠	٠,٠٠٠١	٠,٠٠٨
٨	٢٢- تحرك قدامي أثناء نومي على السرير.	٠,٦٨	٠,٠٨٠	٠,٠٩١	٠,٠٠٠١	٠,٠٠٨
٩	النوع (نكر / أنثى).	١,٨٨-	٠,٠٨٢-	٠,٢٣٦	٠,٠٠٠١	٠,٠٠٦
١٠	١٧- استيقظ أثناء النوم نتيجة توقف تنفسي.	٠,٨٧	٠,٠٦١	٠,١٥٦	٠,٠٠٠١	٠,٠٠٥
١١	١١- أشر بالاكواب عند نعلي إلى السرير أثناء النوم.	٠,٧٤	٠,٠٦٢	٠,١٣٣	٠,٠٠٠١	٠,٠٠٤
١٢	٥- استيقظ من نومي متعبا.	٠,٥٣	٠,٠٦٠	٠,١١٤	٠,٠٠٠١	٠,٠٠٣
١٣	١٩- تصيبي حالة من القربح لوالعوف الشديد تجعلني استيقظ فجأة من النوم وأصرخ أو أبكي.	٠,٨٠	٠,٠٦٣	٠,١٥١	٠,٠٠٠١	٠,٠٠٣
١٤	٢٤- القراءة والذاكرة تجعلني أتمس لولألم.	٠,٤٠	٠,٠٥٠	٠,٠٨٨	٠,٠٠٠١	٠,٠٠٣
١٥	١- أجد صعوبة في أن أبدا النوم.	٠,٥٦	٠,٠٥٦	٠,١٢٨	٠,٠٠٠١	٠,٠٠٢
١٦	٩- اضطراب النوم يعوق علاقتي بالآخرين.	٠,٥٠	٠,٠٤٦	٠,١٣٥	٠,٠٠٠١	٠,٠٠١
١٧	١٢- أنزل فترة طويلة مستلقيا على السرير بعد الاستيقاظ.	٠,٣٠	٠,٠٣٣	٠,١٠٠	٠,٠٠٠١	٠,٠٠١
		٢٥,٦٠	٠,٠٠٠	٠,٢٦٨		

الثابت (١)

الثابت (أ) يعني المستوى الأدنى للمتغير التابع فيما لو كانت كافة المتغيرات التفسيرية أصفارا (غير مؤثرة).

$$R^2 = 0,063 = \text{الخطأ المعياري (SE)} = 0,496$$

$$\text{نسبة ف} = 330,85 \text{ (دالة عند مستوى } 0,0001 \text{)}$$

جدول (٣) : الانحدار التدريجي لاضطرابات النوم (المتغيرات المستقلة) والاكتئاب (المتغير التابع) لدى العينة الكلية من الجنسين (ن = ٥٠٤٣)

الترتيب	المتغير	معاملات الانحدار B	معامل الانحدار المعياري Beta	الخطأ المعياري SE	دلالة t	نسبة تفسير R ²
١	٦ - استيقظ من نومي عادة ولما في حالة نفسية سيئة.	١,٢٨	٠,١٣٥	٠,١٤٧	٠,٠٠٠١	٠,٢٦١
٢	١٢ - تضغط الأفكار السيئة على عقلي وقت النوم.	١,٦٢	٠,١٩٤	٠,١٠٨	٠,٠٠٠١	٠,١٠٨
٣	٢ - نومي منقطع ومضطرب.	١,٠٨	٠,١٠٢	٠,١٤٩	٠,٠٠٠١	٠,٠٤٩
٤	٢٥ - تواجتي نوبات من النوم لا أستطيع مقاومتها في الشهور الثلاثة الأخيرة.	٠,٨٩	٠,٠٩١	٠,١٢٢	٠,٠٠٠١	٠,٠٢٠
٥	١٩ - تصيبي حالة من الرعب أو الخوف الشديد تجعلني استيقظ فجأة من النوم ولسرخ أو ليكي.	١,١٧	٠,٠٩٠	٠,١٦٧	٠,٠٠٠١	٠,٠١٦
٦	النوع (ذكر / أنثى)	٢,٦٧-	٠,١١٤-	٠,٢٦١	٠,٠٠٠١	٠,٠١١
٧	٥ - استيقظ من نومي متعبا.	٠,٦٧	٠,٠٧٣	٠,١٣٠	٠,٠٠٠١	٠,٠٠٩
٨	٩ - اضطراب النوم يحوق علاقتي بالآخرين .	٠,٤٧	٠,٠٤٢	٠,١٥٧	٠,٠٠٠٣	٠,٠٠٧
٩	١١ - أشعر بالاكتئاب عند ذهابي إلى السرير لأتم.	٠,٧١	٠,٠٥٨	٠,١٤٦	٠,٠٠٠١	٠,٠٠٥
١٠	١ - أجد صعوبة في أن أبدأ النوم .	٠,٦٨	٠,٠٦٦	٠,١٤١	٠,٠٠٠١	٠,٠٠٤
١١	٢١ - أطمأ حلما مزعجة (كوابيس) تجعلني استيقظ مزعجا من النوم.	٠,٤٨	٠,٠٤٦	٠,١٣٨	٠,٠٠٠١	٠,٠٠٢
١٢	٢٤ - القراءة والمذاكرة تجعلني أتمس أو أتم.	٠,٣٣	٠,٠٢٩	٠,٠٩٧	٠,٠٠٠١	٠,٠٠٢
١٣	٧ - أصابي تكون مشدودة عندما استيقظ من النوم.	٠,٤٤	٠,٠٤٦	٠,١٣٧	٠,٠٠٠١	٠,٠٠٢
١٤	١٧ - استيقظ أثناء النوم نتيجة توقف تنفسي.	٠,٥٢	٠,٠٣٦	٠,١٧٢	٠,٠٠٠٢	٠,٠٠١
١٥	١٠ - اضطراب النوم يحوقني عن القيام بعملتي.	٠,٣٨	٠,٠٣٨	٠,١٤٠	٠,٠٠٠٧	٠,٠٠١
١٦	٨ - اضطراب النوم يسبب لي ضيقا شديدا .	٠,٣٠	٠,٠٣٢	٠,١٣٥	٠,٠٠٢٧	٠,٠٠١
١٧	٤ - استيقظ مبكرا في الصباح قبل أن أحصل على كفايتي من النوم.	٠,٢٢	٠,٠٢٦	٠,١٠١	٠,٠٠٣٠	٠,٠٠١
١٨	٢٢ - تتحرك لعمامي أثناء نومي على السرير.	٠,٢٠	٠,٠٢٣	٠,١٠٠	٠,٠٠٤٥	٠,٠٠٠١
	الثابت (أ)	١٠,٤٨	٠,٠٠٠	٠,٢٩٩	٠,٠٠٠١	

الثابت (أ) يعني المستوى الأدنى للمتغير التابع فيما لو كانت كافة المتغيرات التفسيرية أصفارا (غير مؤثرة).

ر ٢ (R2) = ٠,٤٩٩ = الخطأ المعياري (SE) = ٨,٢٨٧ .

نسبة ف = ٢٤١,٦٥ (دالة عند مستوى ٠,٠٠٠١).

استنتاجات هامة :

من المهم أن نشير إلى أن معاملات إعادة التطبيق لمقياس اضطرابات النوم (تراوحت بين ٠,٥٥ ، و ٠,٨٢) لا تعد منخفضة لأنها حسبت لبنود مفردة وليس لمقياس كامل ، والبند بطبيعته ليس مرتفع الثبات ، وأما تجمع البنود أو للمقاييس متعددة البنود - بشرط تحقق جوانب أخرى - فإن احتمال ارتفاع ثباتها أكبر (انظر: أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٠ ، ص ٩٢). والدليل على ذلك أن معاملات ألفا عندما حسبت للدرجة الكلية على المقياس تراوحت بين ٠,٨٧ ، و ٠,٨٨ نستنتج من ذلك إن إمكانية الاعتماد على نتائج بنود مقياس اضطرابات النوم. وأما معاملات ثبات الاتساق الداخلي (ألفا) والاستقرار (إعادة التطبيق) لمقياس جامعة الكويت للقلق ومقياس الاكتئاب الصادر من مركز الدراسات الوبائية فتعد مرتفعة .

ومن الملاحظ أن جميع ارتباطات بنود مقياس اضطرابات النوم بكل من القلق والاكتئاب على حدة دالة إحصائيا وموجبة ، وكثير منها مرتفع ، مما يمكن أن يشير إلى الرابطة الوثيقة بين اضطرابات النوم وكل من القلق والاكتئاب ، ويتفق ذلك مع كثير من الدراسات السابقة (انظر مقدمة هذا البحث).

وقد قورنت الارتباطات بين اضطرابات النوم والقلق بارتباطات اضطرابات النوم والاكتئاب اعتمادا على معيار الارتباطات المرتفعة ، فاتخذ معيار تحكمي هو: $r \leq 0,4$ ، فظهر أن الاتفاق كامل في هذا المعيار في ارتباطات أحد عشر بندا ، في حين لم يتحقق هذا المعيار في بند واحد فقط . ويمكن أن نستدل من هذه النتيجة أن الغالبية العظمى من الارتباطات المرتفعة توجد بين نفس بنود مقياس اضطرابات النوم وكل من القلق والاكتئاب . والاستنتاج العام الذي يترتب على ذلك مفاده أنه ليس من اليسير أن نفرق بين اضطرابي القلق والاكتئاب اعتمادا على بنود اضطرابات النوم .

ويؤكد تحليل الانحدار التدريجي هذه النتيجة ذاتها ، فالملاحظ أن خمسة عشر متغيرا مستقلا (٨٨%) من مقياس اضطرابات النوم مشتركة في تفسير كل من القلق والاكتئاب ، فضلا عن ذلك فإن البنود الأربعة الأولى في الترتيب من مقياس اضطرابات النوم هي ذاتها التي تفسر كلا من القلق والاكتئاب .

ومن المتوقع - في مجال الظواهر النفسية - بطبيعة الحال ألا تكون التشابهات

كاملة، فإذا تركنا هذه التشابهات الكبيرة جانبا ونظرنا إلى الاختلافات لوجدنا أن البند رقم ١٣ : "أقل فترة طويلة مستقيا على السرير بعد الاستيقاظ" ينبيء بالقلق وليس بالاكتئاب . ومن ناحية أخرى فإن البند رقم ١٠ " اضطراب النوم يعوقني عن القيام بعملتي " ، والبند رقم ٤ : "أستيقظ مبكرا في الصباح قبل أن أحصل على كفايتي من النوم" يعدان من بين المتغيرات المستقلة المفسرة للاكتئاب في حين أنهما لم يدخلتا في معادلة الانحدار الخاصة بالقلق . ومن الأهمية بمكان أن نبهت الفائدة التشخيصية لمثل هذه البنود الثلاثة على عينة إكلينيكية ، وذلك منوط بدراسة أخرى .

مجمّل نتيجة هذه الدراسة أن العلاقات وثيقة بين اضطرابات النوم وكل من القلق والاكتئاب ، وأنه ليس من الميسور استخدام بنود اضطرابات النوم في التفرقة بين القلق والاكتئاب . ويرجع ذلك في المقام الأول إلى أن الاضطرابين الأخيرين متداخلان تداخلا كبيرا إلى الدرجة التي يعد فيها بعض الباحثين أن القلق مقدمة للاكتئاب ، أو أن العملية المرضية هنا واحدة ولكنها ذات طورين : قلق يقضي إلى اكتئاب ، ومن ثم فقد ظهر مصطلح القلق الاكتئابي ، وتعبير الاكتئاب القلق (انظر: مي الرميح ، وأحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٢ ، Brady & Kaltsounis-Pukett, 2002).

ومن التطبيقات العملية لهذه الدراسة أنه يمكن استخدام أعراض اضطرابات النوم بنودا في مقاييس كل من القلق والاكتئاب دون أفضلية لأحدهما على الآخر ، ومن دون أن تستخدم بنود النوم في التفرقة بين القلق والاكتئاب ، كما أن بحث المرضية المشتركة Comorbidity بين اضطرابات النوم والقلق ، وبين اضطرابات النوم والاكتئاب لها ما يسوغها تماما ، وجديرة بمواصلة استكشافها . وعلى الرغم من استخدام هذه الدراسة لأكثر من خمسة آلاف مبحث فإن المدى العمري لأفرادها محدود (من ١٤ - ١٩ عاما) ، ولذا فإن الحاجة ماسة إلى الامتداد بهذه الدراسة إلى شرائح عمرية أخرى في المجتمع الكويتي .

المراجع

- ١- أحمد محمد عبد الخالق (٢٠٠٠). استخبارات الشخصية . الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية، ط ٣.
- ٢- أحمد محمد عبد الخالق (٢٠٠١). سلوك النوم وعاداته لدى المراهقين الكويتيين. دراسات نفسية ، ١١ (١) ، ٣ - ٢٨.
- ٣- أحمد محمد عبد الخالق ، ومايسة أحمد النبال (١٩٩٢) . اضطرابات النوم وعلاقتها بكل من الاكتئاب والقلق والوساوس . بحوث المؤتمر الثامن لعلم النفس في مصر ، القاهرة، في المدة من ٦ - ٨ يونيو ١٩٩٢.
- ٤- بدر محمد الأنصاري (٢٠٠٢) . مقياس جامعة الكويت للقلق : دراسة لارتباطاته ومعاملات صدقه وثباته على عينات من طلاب جامعة الكويت . مجلة كلية الآداب ، جامعة الإسكندرية ، إصدار خاص ، ص ص ١ - ٤٧ .
- ٥- جاسم محمد على الخواجه (١٩٩٥) . دراسة علاقة الصدمات الحياتية بسمة القلق والاكتئاب باستخدام قائمة اضطراب الضغوط التالية للصدمة وهوبكنز - ٢٥ . مجلة كلية الآداب ، جامعة المنوفية ، العدد ٢٢ ، ص ص ١٨٩ - ٢٠٨ .
- ٦- راشد على السهل (١٩٩٤) . أثر العدوان العراقي على حالة النوم وما يصاحبها من سلوك عند الأطفال . المؤتمر العالمي عن آثار العدوان العراقي على دولة الكويت (الكويت ٢ - ٦ أبريل ١٩٩٤) ، مركز دراسات الخليج والجزيرة العربية : الآثار النفسية والاجتماعية ، المجلد ٢ ، ص ص ٢٢٥ - ٢٥٠ .
- ٧- راشد على السهل (١٩٩٩). استخدام تقنيات الإرشاد السلوكي الجمعي والإرشاد الديني في علاج مشكلة الأرق عند طلبة الجامعة . بحث ألقى في مؤتمر الخدمة النفسية والتنمية، قسم علم النفس، كلية العلوم الاجتماعية ، جامعة الكويت ، في المدة من ٥ - ٧ أبريل ١٩٩٩.

- ٨- عويد سلطان المشعان ، وفريح عويد العنزي (١٩٩٦). الاضطرابات النفسية لدى الأسرة الكويتية بعد العدوان العراقي . دراسات نفسية ، ٦ (٣) ، ٣٣١ - ٣٥١ .
- ٩- مي الرميح ، وأحمد عبد الخالق (٢٠٠٢) . التمييز بين القلق والاكتئاب باستخدام النموذجين المعرفي والوجداني . دراسات نفسية ، ١٢ (٤) ، ٥٤١ - ٥٧٨ .
- 10-Abdel-Khalek, A. M.(1998). Internal consistency of an Arabic adaptation of the Beck Depression Inventory in four Arab countries. Psychological Reports, 82, 264-266.
- 11-Abdel-Khalek, A. M. (2000). The Kuwait University Anxiety Scale: Psychometric properties. Psychological Reports, 87, 478-492.
- 12-Abdel-Khalek, A. M. (2001). Epidemiologic study of sleep disorders in Kuwaiti adolescents. Perceptual & Motor Skills, 93, 901-910.
- 13-Abdel-Khalek, A. M., & Rudwan, S. (2001). The Kuwait University Anxiety Scale: Reliability and criterion-related validity in Syrian college students. Psychological Reports, 89, 718.
- 14-Agargun, M.Y., Kara, H., & Solmaz, M. (1997). Subjective sleep quality and suicidality in patients with major depression. Journal of Psychiatric Research, 31, 377-381.
- 15-American Sleep Disorders Association (1997). The international classification of sleep disorders: Diagnostic and coding manual. Rochester, MN: ASDA, 2nd ed.
- 16-Berndt, D.J. (1990). Inventories and scales. In B. Wolman (Ed.) & G. Stricker (Co-ed.), Depressive disorders: Facts, theories, and treatment methods, (pp. 255-274). New York: Wiley.
- 17-Brady, K.T., & Kaltsounis-Puckett, J. (2002). Major depressive disorder with anxiety symptoms or

- sleep disturbance. Journal of Clinical Psychiatry, 63 (Supp. 11), 5-7.
- 18-Brown, T.M., Fleishman, S.A., & Casanova, M.F. (1996). Gulf War syndrome: Polysomnographic study of eight cases. Journal of Chronic Fatigue Syndrome, 2, 41-51.
- 19-Coffield, T.G. (1997). Psychomotor activity in depressed sleep. Dissertation Abstracts . International: Section-B: The Sciences and Engineering, 57 (12-B), 7762.
- 20-Galindo, C.D., & Ciocon, J.O. (1997). Chronic fatigue in the elderly. Journal of Clinical Geropsychology, 3, 291-298.
- 21-Lindberg, E., Janson, C., Gislason, T., Bjoernsson, E., Hetta, J., & Boman, G. (1997). Sleep disturbances in a young adult population: Can gender differences be explained by differences in psychological status? Sleep, 20, 381-387.
- 22-Morin, C.M., & Ware, J.C. (1996). Sleep and psychopathology. Applied & Preventive Psychology, 5, 211-224.
- 23-Morris, R.K., Wearden, A.J., & Battersby, L. (1997). The relation of sleep difficulties to fatigue, mood, and disability in chronic fatigue syndrome. Journal of Psychosomatic Research, 42, 597-605.
- 24-Ohayon, M.M., Caulet, M., & Lemoine, P. (1998). Comorbidity of mental and insomnia disorders in the general population. Comprehensive Psychiatry, 39, 185-197.
- 25-Radloff, L.S. (1997). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement, 3, 385-401.
- 26-Rehm, L. P. (1988). Assessment of depression. In A.S. Bellack & M. Hersen (Eds.) Behavioral

- assessment: A practical handbook, (pp. 313-364). New York: Pergamon, 3rd ed.
- 27-Reynolds, C.F., & Kupfer, D.J. (1988). Sleep and depression. In R.L. Williams, I. Karacan, & C.A. Moore (Eds.), Sleep disorders: Diagnosis and treatment, (pp. 147-164). New York: Wiley, 2nd ed.
- 28-Thase, M. E. (1998). Depression, sleep and antidepressants. Journal of Clinical Psychiatry, 59 (Suppl. 4), 55-65.
- 29-Ware, J.C. (1988). Sleep and anxiety. In R.L. Williams, I. Caracan & C.A. Moore (Eds.), Sleep disorders: Diagnosis and treatment, (pp. 189-214). New York: Wiley, 2nd ed.