



أبعاد الضغوط النفسية المنبئة باضطرابي الأرق ومواعيد النوم واليقظة لدى عينة من مرضى الصداع

د. إبراهيم حسن محمد حسن

مدرس بقسم علم النفس

كلية الآداب - جامعة جنوب الوادي

DOI: 10.21608/qarts.2024.347690.2137

مجلة كلية الآداب بقنا - جامعة جنوب الوادي - المجلد (33) العدد (65) أكتوبر 2024

ISSN: 1110-614X الترخيم الدولي الموحد للنسخة المطبوعة

ISSN: 1110-709X الترخيم الدولي الموحد للنسخة الإلكترونية

<https://qarts.journals.ekb.eg>

موقع المجلة الإلكتروني:

أبعاد الضغوط النفسية المنبئة باضطرابي الأرق ومواعيد النوم واليقظة لدى عينة من مرضى الصداع

الملخص:

هدفت الدراسة الراهنة إلى معرفة إسهام أبعاد الضغوط النفسية في التنبؤ باضطرابي الأرق ومواعيد النوم واليقظة لدى عينة من مرضى الصداع؛ اشتملت العينة على (75) مريضاً بالصداع (نصفي- توتري- عنقودي) في المدى العمري من (20: 47) سنة، بمتوسط عمري قدره (31.9) وانحراف معياري (6.5)، تم اختيارهم من مرضى الصداع المترددين على عيادة الصداع بمستشفى الدمرداش الجامعي بالقاهرة، ومركز إرادة للطب النفسي وعلاج الإدمان بمحافظة قنا والأقصر، طُبّق عليهم مقياس الضغوط النفسية من إعداد الباحث، ومقياسي اضطراب الأرق ومواعيد النوم واليقظة إعداد (محمد عبد الصبور، 2021)، أظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية بين أبعاد الضغوط النفسية ومجموعها الكلي وبين اضطراب الأرق. كما كشفت النتائج وجود علاقة إيجابية بين (الضغوط الصحية، الأسرية، الاقتصادية، والدرجة الكلية للضغوط) وبين اضطراب مواعيد النوم واليقظة. في المقابل، لم تُظهر النتائج ارتباطاً بين الضغوط المهنية واضطراب مواعيد النوم واليقظة؛ من جهة أخرى، لم تسفر النتائج عن وجود فروق في متغيرات الدراسة (أبعاد الضغوط النفسية، اضطراب الأرق، اضطراب مواعيد النوم واليقظة) وفقاً للجنس، العمر، نوع الوظيفة، أو نوع الصداع، باستثناء الضغوط الأسرية، حيث كانت الفروق لصالح مرضى الصداع العنقودي. وأخيراً، أظهرت الدراسة أن أبعاد الضغوط النفسية ومجموعها الكلي تسهم في التنبؤ باضطرابي الأرق ومواعيد النوم واليقظة، باستثناء بعد الضغوط المهنية الذي لم يسهم في التنبؤ باضطراب مواعيد النوم واليقظة.

الكلمات المفتاحية: الضغوط النفسية، اضطرابي الأرق ومواعيد النوم واليقظة، الصداع.

مدخل إلى مشكلة الدراسة

يعتبر الألم من أولى الخبرات التي يمر بها الفرد وتستمر إلى آخر مراحل حياته؛ فلا يوجد شخص لم يتعرض إلى الألم كالخدش أو الجرح أو الحرق أو الصداع...؛ فالألم تجربة حسية أو عاطفية تجعلنا نشعر بالكدر، وتنطوي على مكونات جسدية، انفعالية عاطفية، معرفية وسلوكية، ويتدرج الألم من الحاد إلى المزمن حسب مدة الإصابة؛ فكلما ازدادت مدة الألم عن ستة أشهر اعتبر ألماً مزمناً (دموم ريمة، 2022، 1)

وتعد آلام الرأس بصفة عامة أكثر الأمراض شيوعاً بين كافة البشر، وفي الستينات من القرن الماضي كان القائمون على الإحصائيات ينشرون تقارير مضمونها ارتباط سمات معينة للشخصية بحدوث آلام الرأس، وكانت هذه الاستنتاجات قائمة في معظمها على الانطباعات الإكلينيكية، ووصف المصابون بالصداع على أنهم يعانون من الشعور بالقلق والاكتئاب والعداوة والغضب والوسواس وجمود الفكر (روبي محمد وبن هني مونة، 2018)؛ حيث إن كل تغير في الحالات الفسيولوجية يكون مرتبطاً بتغير في الحالة الوجدانية والنفسية والعكس أيضاً، وقد جاء في تقرير الجمعية الأمريكية للصداع The US Headache Consortium أن الصداع النفسي يعد من أهم الأعراض التي لها ارتباط وثيق بالاضطرابات والتوتر النفسي (Peres et al., 2001) وباستعراض أنواع الصداع وجد أن أكثر أنواعه انتشاراً هو الصداع النفسي أو الصداع التوتري؛ حيث وصلت نسبة انتشاره (3%) من تعداد السكان في العالم، وتشير الإحصائيات إلي أنه من بين كل عشرة أفراد هناك فرد واحد يعاني من الصداع عالمياً، كما أن نسبة الإصابة بالصداع التوتري أكثر من الإصابة بالصداع النصفي بنسبة تتراوح من (3-4) مرات، كما أن الصداع التوتري يصيب حوالي 27% من البالغين؛

هذا إلى جانب نسبة انتشاره الواسع لدى الإناث إلى الذكور (3-1) وأنه لمن المؤسف أن يصيبهم خلال مرحلة الشباب؛ حيث ترتفع معدلات تفشي المرض من (25-55) سنة، والتي يكون أدايمهم في قمة النضج وتحمل المسؤولية والتخطيط للمستقبل (LU et al., 2000)

وقد كشفت منظمة الصحة العالمية وجود قرابة مليار و 200 مليون مصاب بمرض الشقيقة (الصداع النصفي) على مستوى العالم، فيما وجدت الدراسات الحديثة من ضمنها دراسات في المملكة أن نسبة معدل انتشار المريض هو من 12 إلى 26٪، وبحسب تصنيف منظمه الصحة العالمية فإن مرض الشقيقة (الصداع النصفي) يعتبر ثاني مرض مسبب للإعاقة بعد أمراض الأم أسفل الظهر وثالث أكثر مرض كمعدل انتشارا في العالم (نهال جول، 2017).

ويوصف العصر الحالي بعصر الضغوط النفسية؛ التي أصبحت موضع اهتمام معظم الباحثين في المجال النفسي؛ فالحياة تتغير وتتباين أدوارنا الاجتماعية معها، وقد نتوافق مع هذه التغيرات وقد لا نتوافق؛ مما يصيب الإنسان بالاضطراب النفسي وتقل إنجازاته الشخصية (أحمد صالح، 2018). وتختلف الضغوط باختلاف مصادرها؛ فبعضها يرتبط بظروف الحياة اليومية الاعتيادية كالمطالب الاجتماعية؛ في حين البعض ينشأ من مطالب وظروف العمل؛ حيث تتسم ضغوط العمل من أكثر الضغوط تأثيراً على حياة الأفراد والمجتمعات؛ نظراً لآثارها السلبية على الصحة العامة للفرد وعلاقاته مع الآخرين؛ قد يكون الفرد نفسه مصدراً للضغوط؛ ذلك في الأفكار والمعتقدات المختلفة التي يتبناها الفرد (خديجه عميري، 2017).

والأحداث الضاغطة التي يتعرض لها الفرد قد تؤثر في بناءه النفسي والجسدي؛ فقد تتسبب الضغوط النفسية كثير من الأعراض الجسدية مثل: ضغط الدم،

السكر، وتصلب الشرايين والقولون العصبي والصداع، كما أنها قد تؤدي إلى ضعف التركيز وتضاؤل القدرة على حل المشكلات والإدراك الخاطئ للمواقف المختلفة، وقد تؤدي إلى اضطرابات اجتماعية كالانسحاب الاجتماعي والعجز عن التوافق الاجتماعي؛ فالضغوط النفسية المستمرة على الفرد قد تؤدي إلى اضطرابه وسوء توافقه خاصة إذا استمر اضطرابه الانفعالي لمدة طويلة؛ مما يؤدي إلى بعض التغيرات الفسيولوجية؛ التي قد تسبب أضراراً بالغة في الجسم (عايدة حسن، 2001، 79).

والضغوط ترتبط بالأحداث اليومية؛ فنحن نتعرض بلا استثناء لها يومياً ومن مصادر مختلفة؛ فالضغوط تلاحقنا في البيت أو الشارع أو العمل والتعاملات المالية؛ كذلك الضغوطات الصحية، فتسبب لنا في بعض الأحيان أزمات نقف عاجزين أمام حلها؛ فنعاني من إحباط يشعر الفرد بحالة انفعالية غير سارة؛ تشعر الفرد بالضيق والتهديد وزيادة ضربات القلب والتنفس والتعرق وزيادة شد العضلات ويتم تحفيز عمل الغدد الصماء؛ التي تكون مسؤولة عن خلق هذه المظاهر الجسمية للفرد؛ فتؤثر على الصحة من خلال تقليل مقاومة الأمراض وجعل الفرد عرضة للمرض؛ فيصاب بالأزمات القلبية، والصداع والأرق (ثامر حسين وعبدالكريم عبدالله، 2014، 125). وتعتمد الدراسة الراهنة على أربعة أبعاد من الضغوط النفسية وهي: الضغوط المهنية، الصحية، الأسرية والاقتصادية.

وتعتبر اضطرابات النوم من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً تشتمل على أعراض نفسية وجسمية كثيرة مثل القلق والاكتئاب، أو قد تكون مستقلة بذاتها، وفي جميع الحالات تشكل اضطرابات النوم مصدر قلق إضافي للإنسان؛ هذا القلق لا يتوقف عن الإنسان الذي يعاني من الأرق وحده؛ بل يمتد في معظم الأحيان إلي

الأشخاص المحيطين به؛ حيث يعانون من صعوبة التعامل معه بسبب سرعة الاستشارة والعصبية الزائدة لديه (مجدى الدسوقي وسميره شند، 2008).

وقد صنف الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (5-DSM) اضطرابات النوم واليقظة كما يلي: (اضطراب الأرق، واضطراب فرط النعاس، أما الاضطرابات النوم ذات صلة بأعراض جسمية أكثر منها نفسية مثل (اضطراب النوم الانتيابي انخفاض القدرة على تنظيم دورات النوم والاستيقاظ واضطرابات النوم المرتبطة بالتنفس)، واضطرابات النوم والاستيقاظ بإيقاع الساعة البيولوجية، واضطرابات الاستيقاظ أثناء النوم، واضطراب الكوابيس، وحركة العين السريعة (REM) اضطراب سلوك النوم، ومتلازمة تلمل الساقين، واضطراب النوم الناجم على مادة أو دواء؛ حيث يعاني الأفراد المصابون بهذه الاضطرابات عادة من شكاوى من النوم والاستيقاظ من عدم الرضا فيما يتعلق بجودة وتوقيت وكمية النوم (American Psychiatric Association, 2013)

ولأن الأفراد يقضون ثلث حياتهم في النوم تقريبا، وأثناء هذه الحياه قد يعاني الإنسان من اضطرابات النوم؛ حتي لو مره واحده فقط، وتقدر نسبة المصابين بالاضطرابات النوم حوالي 35.35%، وفي إحصائيات أخرى 37.37%، وقد أجمع العلماء على أهمية النوم فهو عملية جسمية نفسية ضرورية لتحقيق الصحة الجسدية والنفسية (حامد زهران، 1997، 428) الأمر الذي يدفع هؤلاء المصابون للحصول على العلاج، لاعتقاد بعضهم بعدم حصولهم على النوم دون أدوية (Ryjen, 2014).

وتعتمد الدراسة الراهنة على اضطرابي الأرق ومواعيد النوم واليقظة، وأشارت دراسة كرسيتوفر وآخرون (Christopher et al., 2004) إلي أن الأرق له تأثيرات سلبية على الصحة العامة وطول العمر وعلي المدى البعيد، حيث أن اضطرابات النوم

وخاصة الحرمان من النوم يرتبط بمجموعة واسعة من العواقب الصحية الوخيمة مثل ارتفاع ضغط الدم، والسكر، السمنة والاكنتئاب، والنوبات القلبية والسكتة الدماغية بالعصبية والتوتر وتقلب المزاج ونوبات الغضب، (2, 2006, Coltensaltevogt.); علاوة على ذلك فإن اضطرابات النوم تسبب إلي العجز المعرفي الوظيفي كاضطرابات الإدراك، والانتباه، والذاكرة، والتركيز (Rocaeial.2012). واضطراب مواعيد النوم واليقظة هو "فقدان التزامن بين برنامج الفرد في النوم واليقظة، وبين برنامج النوم واليقظة المرغوب فيه من قبل المحيطين بالفرد" (أحمد عكاشة وطارق عكاشة، 2013، 629).

ووفقاً الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM-5 فإن الأفراد الذين يعايشون الأرق يعاني 10-15% منهم من مشكلات أثناء النهار، وأن اضطراب الأرق هو أكثر شيوعاً من اضطرابات النوم الأخرى، وما يقرب من 10-20% من الأفراد يشكون من أعراض الأرق الشديدة، كما أنه أكثر انتشاراً لدى الإناث عن الذكور بنسبة 1,44:1، وبلغت نسبة اضطراب مواعيد النوم واليقظة 0,17% (APA.,2013، 364-405).

وأشارت بعض الدراسات إلى أن نوعية الحياة والصدمات والضغوط لها علاقة ارتباطية باضطرابات النوم عامة، وخاصة لدى المرضى المصابين باضطرابات جسمية، وفي مقدمتها، سينول وسويور وأرجون" (Senol, Soyuer & Argun.,2013)، و"ياماواكي" وآخرون (Yamawaki et al.,2014)، و"فوروكاوا وموريوكا" (Furukawa & Morioka.,2017)، و"كانج وبيرليشتاين وشاركي" (Kang, Pearlstein & Sharkey.,2020) وأظهرت نتائج تلك الدراسات أن نوعية

الحياة والضغط والنكبات لها تأثير على مدة النوم وكفاءته، ولها تأثير أيضاً على نوعية النوم.

ودفع الباحث إلى الاهتمام بمشكلة الدراسة الراهنة معاناته الشخصية كأحد مرضى الصداع؛ حيث استمرت متابعته لحالته على مدار سبع سنوات في عيادات الصداع؛ خلال هذه الفترة، لاحظ من واقع تجربته وملاحظاته العملية للمرضى في العيادات احتمال وجود تأثير للضغط النفسية على اضطرابات النوم لدى مرضى الصداع؛ مما أثار اهتمامه بإجراء دراسة علمية معمقة لاستكشاف هذه العلاقة وفهم أبعادها بشكل منهجي، كما أن الضغوط النفسية أحد أبرز العوامل المؤثرة على جودة حياة الأفراد وصحتهم النفسية والجسدية، وقد ترتبط باضطرابات النوم، مثل الأرق وتغير مواعيد النوم واليقظة، وتتأثر فئة مرضى الصداع (النصفي، التوتري، العنقودي) بشكل خاص بهذه الضغوط نتيجة التداخل بين الآلام المزمنة والاضطرابات النفسية والجسدية. ورغم أهمية هذا الموضوع، تقتصر الأبحاث إلى دراسة العلاقة بين أبعاد الضغوط النفسية واضطرابات النوم لدى مرضى الصداع؛ لذا تهدف الدراسة الراهنة إلى استكشاف هذه العلاقة، وتحديد قدرة الضغوط النفسية على التنبؤ باضطرابي الأرق ومواعيد النوم واليقظة، مع مراعاة متغيرات مثل الجنس، العمر، نوع الوظيفة، ونوع الصداع؛ من خلال ما سبق يمكن بلورة مشكلة الدراسة في التساؤلات التالية:

- 1- ما طبيعة العلاقة بين أبعاد الضغوط النفسية ومجموعها الكلي وكل من اضطرابي الأرق ومواعيد النوم واليقظة لدى عينة من مرضى الصداع؟
- 2- ما الفروق في متغيرات الدراسة (الضغوط النفسية- اضطرابي الأرق ومواعيد النوم واليقظة) التي ترجع إلى (الجنس- نوع الصداع- العمر- الوظيفة) لدى عينة من مرضى الصداع.

3- ما مدى إسهام أبعاد الضغوط النفسية ومجموعها الكلي في التنبؤ باضطرابي الأرق ومواعيد النوم واليقظة لدى عينة من مرضى الصداع.

أهداف الدراسة

هدفت الدراسة الراهنة إلى:

- 1- الكشف عن العلاقة بين أبعاد الضغوط النفسية ومجموعها الكلي وكل من اضطرابي الأرق ومواعيد النوم واليقظة
- 2- معرفة الفروق في متغيرات الدراسة (الضغوط النفسية- اضطرابي الأرق ومواعيد النوم واليقظة) التي ترجع إلى الجنس- نوع الصداع- العمر- الوظيفة.
- 3- معرفة إسهام أبعاد الضغوط النفسية ومجموعها الكلي في التنبؤ باضطرابي الأرق ومواعيد النوم واليقظة.

أهمية الدراسة

- 1- تعميق فهم العوامل النفسية لمرضى الصداع.
- 2- تقدم الدراسة فهماً أفضل لكيفية تأثير الضغوط النفسية على أنماط النوم لدى مرضى الصداع بأنواعه (النصفي، التوتري، العنقودي).
- 3- قد تبرز النتائج الحاجة إلى تصميم برامج تدخل نفسي موجهة لإدارة الضغوط النفسية لتحسين جودة النوم لدى مرضى الصداع.
- 4- تتمثل أهمية الدراسة في أهمية العينة وهم مرضى الصداع؛ نظراً للانتشار الواسع لمرض الصداع داخل البيئة المصرية.
- 5- يمكن للنتائج أن تساعد المستشفيات والمراكز النفسية في تصميم خطط علاج شاملة تشمل إدارة الضغوط النفسية لتحسين النوم لدى مرضى الصداع.

6- إعداد الباحث لمقياس الضغوط النفسية يلائم العينات المرضية بشكل عام وعينة الدراسة بشكل خاص.

مفاهيم الدراسة وإطارها النظري:

أولاً: الضغوط النفسية

عرف جوردون (Gordon,1993) الضغوط على أنها الاستجابة النفسية والانفعالية والفيسيولوجية للجسم تجاه أي مطلب تم إدراكه على أنه تهديد لاستقرار الفرد وهذه التغيرات تقوم بإعداد وتأهيل الفرد للتوافق مع الضغوط سواء حاول الفرد مواجهتها أو تجنبها(طه عبدالعظيم وسلامه عبدالعظيم، 2006، 20)، وعرفتها (زينب شقير، 2002) بأنها عدد من المصادر الخارجية والداخلية الضاغطة؛ التي يخبرها الفرد في حياته؛ ينتج عنها قصور قدرته على إحداث الاستجابة المناسبة للموقف ويصاحبها اضطرابات انفعالية و فيسيولوجية تؤثر على جوانب الشخصية الأخرى لدى الفرد، ويشير لازورس (Lazarus, 2006, 32) إلى أن الضغوط النفسية هي علاقة بين الشخص والبيئة يقدر الشخص بأنها مرهقة له، وأنها تفوق قدراته وتهدد تواقفه. وعرفها بوميستر (Baumeister, 2007, 948) بأنها تحدث عندما يدرك الفرد أن مطالب موقف شخصي مهم تفرض عليه عبء ثقيل أو تتجاوز قدراته؛ حيث يمكن أن يكون الموقف حدثاً جليلاً مثل وفاة أحد أفراد الأسرة، أو تفاعل مع شخص آخر مثل الخلاف مع زميل العمل، أو حتى حدثاً داخلياً مثل إدراك أن المرء يتقدم في العمر؛ لكنه لم يحقق ذاته، ويستخلص الباحث بأن الضغوط النفسية الضغوط النفسية هي مجموعة من الاستجابات النفسية والانفعالية والفيسيولوجية الناتجة عن إدراك الفرد لمطالب أو مواقف تمثل تهديداً لاستقراره النفسي والجسدي، وتفوق قدراته على التكيف مع البيئة؛ مما

يؤدي إلى اضطرابات تؤثر على حالته الانفعالية والفيسيولوجية؛ خاصة في مواجهة مصادر الضغط الداخلية أو الخارجية المرتبطة بتجارب الحياة اليومية. وتُعرف إجرائياً بأنها الدرجة التي يحصل عليها مريض الصداع في كل بعد من أبعاد الضغوط والمجموع الكلي لها.

أنواع الضغوط النفسية

هناك عدة أنواع للإجهاد، وتتنابن أعراضه وفقاً للنوع؛ كذلك وفقاً لرد فعل الشخص والمواقف التي يمر بها، وتشمل ما يلي:
الضغط النفسي المستمر: وهي الضغوط الروتينية نتيجة لاستمرار المواقف المسببة لها، مثل الضغوط في العمل أو المدرس.

الضغط النفسي المفاجئ: وهو الذي يحدث بشكل مفاجئ نتيجة موقف طارئ، مثل المرض، أو فقدان العمل، أو الأزمة المادية، أو الطلاق، فهي أمور تسبب صدمة مفاجئة وغير متوقعة، حيث يشعر الشخص حينها بالقلق الشديد من المستقبل.

الضغط الناتج عن الصدمة: يحدث هذا بسبب حدث كبير، مثل حادث، أو اعتداء، ومع الآثار الجانبية لهذا الموقف؛ يعاني الشخص من ضغط نفسي (إيمان محمود ، 2022).

أبعاد الضغوط النفسية كما تتبناها الدراسة الراهنة:

الضغوط المهنية:

هي حالة الإجهاد العقلي أو الجسمي التي تحدث نتيجة بيئة العمل؛ تسبب قلقاً أو انزعاجاً أو نتيجة لعدم الرضا أو الأجواء العامة التي تسود بيئة العمل وهناك كثيراً

من الأفراد الذين لا يحبون عملهم بل الظروف اضطرتهم لممارسة هذا العمل(طه عبدالعظيم، 2006، 17).

الضغوط الصحية:

فإصابة الإنسان ببعض الأمراض العضوية أو النفسية وخاصة المزمنة وما يرافق تلك الأمراض من أعراض جانبية وتكلفة مادية؛ تصبح هذه الأعراض والآلام مصدراً كبيراً لشعور المريض بالضغوط النفسية (خالد محمد، 2012، 22).

الضغوط الأسرية:

تظهر نتيجة عدم التوافق الزوجي إما لاختلاف العمر أو الوضع الثقافي لدى الأزواج أو الاختلافات في صفات وخصائص الشخصية لكل منهم؛ بالإضافة إلى الخلافات والمشاحنات المستمرة بينهم أو إهمال الشريك واجباته تجاه الشريك الآخر، أو ضغوط تجابه الفرد نتيجة أسرته بشكل عام والمناخ الأسري المحيط به (سحر أحمد، 2013، 50).

الضغوط الاقتصادية:

وهي ضغوط مادية ومتعلقة بالجوانب الاقتصادية للفرد وعدم قدرته على تلبية متطلباته الشخصية والأسرية؛ مما يترتب عليه من تبعات مادية ووقت، وقد يفشل الفرد على التكيف مع متطلبات الحياة الاجتماعية؛ فتصبح حينها مصدراً ضاعطاً يكون له آثاره النفسية والاجتماعية عليه(طه عبدالعظيم، 2006، 19).

النظريات المفسرة للضغوط النفسية

أشارت كثير من النظريات في علم النفس إلى طبيعة الضغوط النفسية، وفسرت الانفعالات المرتبطة بها، وما ينتج عنها من آثار؛ حيث اعتبرت ظاهرة نفسية معقدة ونعرض أهمها فيما يلي:

نظرية الجهد

يعتبر هانز سيللي هو أول من درس الضغوط النفسية؛ كونه طبيب مختص بالهرمونات ودراسة الفسيولوجية والأعصاب؛ حيث يرى أن كل شخص يعاني في حياته لعدد من الضغوط النفسية، وأن قدر مناسب من الضغوط النفسية قد تساعد الفرد على أداء العمل بطريقة أفضل، بينما الضغوط القوية تؤدي إلى اضطراب التوازن الجسمي (خالد محمد، 2012، 70).

نظرية المقاومة أو الهروب

تعد نظرية المقاومة من أوائل التي ركزت على الجوانب البيولوجية في تفسير ودراسة الضغوط النفسية؛ حيث ترى أن الحياة البشرية تجلب معها كثير من الأحداث الضاغطة المرغوبة وغير المرغوبة التي ربما تهدد الحياة؛ مما يحتم على الأفراد أن يجاهدوا ويكافحوا لمقاومة هذه الأحداث أو الهروب بعيداً عنها؛ فالأشخاص عندما يتعرضون لمواقف ضاغطة؛ تظهر عليهم كثير من التغيرات مثل: ارتفاع ضغط الدم وزيادة سرعة التنفس وتوتر العضلات؛ حيث تعمل هذه التغيرات على تهيئة الجسم لمقاومة الخطر أو الهروب منه (سارة طلبه، 2016، 60-61).

النظرية المعرفية:

ترى هذه النظرية أن الأشخاص الذين يعانون من سوء التوافق هم أشخاص لديهم أفكار مشوشة وأخطاء في أفكارهم وآرائهم التي تعبر عن اتجاهاتهم ومعتقداتهم نحو انفسهم ونحو الأحداث الضاغطة التي تعد في الحقيقة أقل خطر مما يدركه الأشخاص، فالضغوط النفسية لا يمكن عزلها عما يتعلمه الفرد من البيئة أو المجال المحيط به، وأنها تحت اضطراباً في التنظيم العقلي وفي الوظائف العقلية وتحت عدد من التشوهات التي من بينها : التعميم: هو ميل إلى الأحكام المطلقة والتعميمات المتطرفة، وكذلك التقليل من شأن الأحداث الإيجابية؛ حيث يخفض الفرد أهمية الحوادث الإيجابية التي يمر بها ويحولها إلى حوادث سلبية(سلاف مشري، 2016).

تعقيب على النظريات المفسرة للضغوط النفسية

تقدم النظريات الثلاث رؤية جامعة لفهم الضغوط النفسية وتأثيراتها من زوايا متعددة؛ فترى نظرية الجهد (هانز سيلبي) الضغوط النفسية من منظور فسيولوجي وعصبي؛ حيث سلطت الضوء على التفاعل بين الجوانب الجسدية والنفسية في مواجهة الضغوط؛ فضلاً عن الإضافة العلمية المتميزة للنظرية في التمييز بين المستويات المناسبة والمفرطة للضغوط وتأثيرها على الأداء، ما يفتح آفاقاً لفهم الضغوط كعامل محفز عند مستويات معينة، وتتميز نظرية المقاومة والهروب بتفسيرها الجوانب البيولوجية لاستجابة الأفراد للأحداث الضاغطة؛ حيث توضح كيف يؤدي التعرض للضغوط إلى تهيئة الجسم إما للمقاومة أو للهروب، وتتجلى أهميتها في تقديمها تفسيراً عملياً لكيفية استجابة الجسم لمصادر الضغط، مثل التغيرات الفسيولوجية التي ترافق الضغط، إلا أن النظرية قد تفتقر إلى معالجة الجانب النفسي والإدراكي للأفراد، مثل كيفية تفسيرهم للمواقف الضاغطة وتأثير ذلك على استجاباتهم، وتضيف النظرية المعرفية بعداً إدراكياً مهماً، حيث تركز على دور الأفكار والمعتقدات في تحديد

استجابة الأفراد للضغوط. تعد هذه النظرية محورية لفهم التشوهات المعرفية؛ التي تضخم من تأثير الضغوط وتجعل الأفراد أكثر عرضة للتوتر وسوء التوافق، ويتبنى الباحث النظرية المعرفية والتي تركز على أهمية الجانب الإدراكي والمعرفي في تفسير الضغوط النفسية وآلية التعامل معها.

ثانياً: اضطرابات النوم

شغل موضوع النوم واضطراباته أذهان كثير من العلماء والمفكرين منذ أكثر من ألفي عام إلى الدرجة التي خصص فيها اليونانيون القدامى إلهاً للنوم يُدعى " هبنوس" Hepnos؛ لكن البحث العلمي الجاد لم يظهر بوضوح إلا منذ حوالي أربعين عاماً؛ حيث شغل مزيداً من الاهتمام في الوقت الراهن (أحمد عبد الخالق ومايسة النيال، 1992).

مفهوم اضطرابات النوم

النوم هو حالة مؤقتة من توقف التفاعل واليقظة بصورة دورية في كل البشر (مايسة النيال، 2018)، واضطرابات النوم متعددة وتصنف إلى الأرق وصعوبة الدخول في النوم والمحافظة عليه وفرط النوم وسن أثناء النهار واختلالات النوم وهي كوابيس والتكلم أثناء النوم والسير أثناء النوم ويعد الأرق أكثرها انتشاراً (عبد الحميد عبدوني، 2010)، وتعرفها الجمعية الأمريكية للطب النفسي وفقاً لأنماطها بأنها " اختلال في نظام النوم وهو إما أن يكون أولياً، وهي اضطرابات في النوم من حيث الكمية والكيفية والتوقيت، وإما أن يكون اضطراب في النوم ثانوي وهي أحداث تؤثر على طبيعة النوم وجودته، وأن هذه الاضطرابات بشقيها متكررة وقد تؤدي إلى إحداث خلل في وظائف الفرد الحياتية (APA, 2000, 597). وتعرف اضطرابات النوم بأنها الصعوبات التي يتعرض لها الفرد أثناء نومة وقد تكون في شكل اضطرابات ايقاع النوم أي اختلال في كم ونوع النوم أو في شكل اضطرابات مخلات النوم أي اختلال في النوم ناتج عن

وقوع أحداث بارزة قوية وقد تكون ثانوية أو أولية (زينب شقير, 2010). وفيما يلي عرض اضطرابات النوم التي تعتمد عليها الدراسة وتتوافق وطبيعة العينة؛ حيث لاحظ الباحث أنهم أكثر اضطرابات النوم ارتباطاً ووجوداً لدى مرضى الصداع، وهما كما يلي:

1- اضطراب الأرق

يوضح الدليل التشخيصي الخامس للاضطرابات النفسية أن ثلث السكان يخبرون بعض الأعراض المرضية للأرق (APA, 2013, 364) ويمثل اضطراب الأرق مشكلة جسيمة لدى الأفراد، فإنه يؤدي إلى فقدان الطاقة، وعدم انتظام الانفعالات، وضعف في بعض الوظائف المعرفية مثل الذاكرة، والانتباه (Kotagal & Pianosi, 2006) ويعتبر الأرق من أكثر اضطرابات النوم شيوعاً، وهو يؤثر في حوالي 35% من الأفراد خلال أي وقت من الأوقات، ويحتمل أن يكون حوالي 50% قد عانوا من هذا الاضطراب (ليند ساي وجاهنشاهي، 2000، 691)، وأشار عدد من الباحثين إلى أن اضطراب الأرق " حالة من عدم اكتفاء كمي أو كفي من النوم تستمر لفترة قد تصل لعدة أسابيع، يشكو منها الفرد بشكل مستمر من صعوبة الدخول في النوم أي عدم القدرة على أن ينام الشخص المدة التي يعتقد أنه ينبغي أن ينامها. ويصاحب ذلك آثار سلبية على تكيفه الشخصي والاجتماعي، وعلى ممارسة مهاراته العملية أثناء النهار (حسام الدين عزب، سميرة شند، هاني مصطفى، 2013؛ ليندساي، جاهنشاهي، 2000، 691؛ Okun et al., 2006, 75-76; Colten & Altevogt, 2009). ويعرف بأنه حالة عدم اكتفاء كمي أو كفي من النوم تستمر لفترة طويلة (أحمد عكاشة وطارق عكاشة، 2005، 169)، غالباً ما يكون نتيجة مرض نفسي أو سراع داخلي أو عقلي أو اضطراب وجداني أو انشغال الفرد بمشاكل الحياة؛ فضلاً عن أن هؤلاء الأفراد الذين يعانون من الأرق يتسمون بالتنبيه الذائد، وقد يشعرون بأنهم

مستيقظون برغم كونهم نياماً ولا سيما في صدر الليل (مايسة النيال، 2018). ويستخلص الباحث بأن الأرق هو اضطراب نوم يتسم بصعوبة في البدء أو الاستمرار في النوم، أو الاستيقاظ المبكر مع عدم القدرة على العودة للنوم؛ مما يؤدي إلى تأثير سلبي على الأداء اليومي والصحة العامة ويسبب للفرد كرب وتعطيل في روتينه اليومي، ويعرف إجماعاً بأنه الدرجة التي يحصل عليها مريض الصداع في مقياس الأرق.

ويمكن تقسيم مشاكل الأرق إلى ثلاثة أنواع:

1. أرق البداية:

الصعوبة في بدء النوم، والبقاء في حالة يقظة لمدة تزيد عن نصف ساعة.

2. أرق الإبقاء:

أي صعوبة الاستمرار أو الاستغراق في النوم، وكثرة الاستيقاظ ليلاً، أو النوم المتقطع، كما أن النوم يكون سطحياً يتبعه العودة إلى النعاس مرة بعد أخرى؛ مما يؤدي إلى عدم حصول الشخص على فترة كافية من النوم.

3. أرق الانتهاء:

وهو الاستيقاظ المبكر عن الميعاد المرغوب فيه، وصعوبة العودة إلى النوم

ثانيةً (عادل خضر، خالد عبد الغني، 2013)؛ (فاتن قنصوه، 2015).

محكات تشخيص الأرق وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM_5 :

- الشكوى المسيطرة هي عدم الاكتفاء بكمية أو نوعية النوم، متبوعة بوحدة أو أكثر من الأعراض الآتية :
- صعوبة البدء في النوم

- صعوبة الحفاظ على النوم ويتصف بالاستيقاظ المتكرر أو بمشاكل العودة إلي النوم بعد الاستيقاظ
- الاستيقاظ باكراً مع عدم القدرة علي العودة إلى النوم.
- التعطيل في الأداء الاجتماعي والمهني والمجالات الأخرى المهمة.
- تحدث صعوبة النوم بما لا يقل عن ثلاث ليالي في الأسبوع.
- تستمر صعوبة النوم لمدة ثلاثة أشهر علي الأقل.
- تحدث صعوبة النوم علي الرغم من الفرصة الكافية للنوم.
- لا يتزامن الأرق مع أي من اضطرابات النوم واليقظة الأخرى.
- لا يرجع الأرق إلى أي التأثيرات الفسيولوجية (الأدوية).
- لا يتزامن الأرق مع أي حالات طبية أو اضطرابات عقلية (أنور الحمادي, 2014).

2- اضطراب مواعيد النوم واليقظة:

يعرف هذا الاضطراب بأنه "فقدان التزامن بين برنامج الفرد في النوم واليقظة، وبين برنامج النوم واليقظة المرغوب فيه من قبل المحيطين بالفرد مما يترتب عليه شكوى إما من الأرق أو من فرط النوم" (أحمد عكاشة وطارق عكاشة، 2013، 629). ويُعرف بأنه نوبات متضاربة من النوم واليقظة، ويرتبط بإيقاع الساعة البيولوجية غير المرتبطة بفترة نوم رئيسية، ويتم تجزئة النوم إلى ما لا يقل عن ثلاث فترات في اليوم على مدار (24) ساعة، ولا توجد فترة واحدة طويلة في النوم، فإن الشخص المصاب بهذا النمط لا ينام عندما يريد بل ينام في أوقات أخرى لا يريد (Through et al., 2014)، وقد ترجع أسباب اضطراب مواعيد النوم واليقظة إلى أسباب نفسية، أو قد يرجع إلى مصدر عضوي، تبعاً للمساهمة النسبية للعوامل النفسية أو العضوية في

إحداثه، وكثيراً ما يتعرض الأفراد الذين تتصف أوقات نومهم واستيقاظهم بعدم التنظيم والتباين إلى درجات من المشقة الشديدة (أحمد عكاشة، طارق عكاشة، 2013، 629). ويعرفه الباحث بأنه خلل في النمط الزمني للنوم؛ يتسبب في عدم التزام الفرد بمواعيد النوم والاستيقاظ المعتادة؛ مما يؤدي إلى تأثير سلبي على الأداء اليومي له. ويعرف إجرائياً بأنه الدرجة التي يحصل عليها مريض الصداع في مقياس اضطراب مواعيد النوم واليقظة.

المحكات التشخيصية لاضطراب مواعيد النوم واليقظة:

أشار الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية المحكات التشخيصية لاضطراب مواعيد النوم واليقظة كالتالي:

- أ- نمط مستمر أو متكرر من اضطراب النوم؛ الذي يرجع في المقام الأول إلى تغيير في النظام اليومي أو إلى اختلال في نظام الساعة البيولوجية، وعدم انتظام الفرد في النوم واليقظة مع جدول النوم واليقظة المرغوب فيه؛ التي تتطلبها بيئة عمل الفرد أو الجدول الزمني والاجتماعي، أو المهني.
- ب- يؤدي الاضطراب إلى الإفراط في النوم أو الأرق أو كلاهما.
- ج- يؤدي الاضطراب إلى كرب دال إكلينيكيًا، أو اختلال في الأداء المعرفي والاجتماعي، والمهني وغيرها من مجالات الأداء الأخرى (APA, 2013, 390).

كما تم تصنيف الاضطراب إلى ثلاثة أنماط من حيث الشدة وهي:

- أ- النمط العرضي: الأعراض تستمر ما لا تقل عن شهر ولكن أقل من ثلاثة أشهر.
- ب- النمط المستمر: الأعراض تستمر ثلاثة أشهر أو أكثر.

ج- النمط المتكرر: حدوث اثنين أو أكثر من النوبات خلال العام الواحد (APA, 2013, 391).

النظريات المفسرة لاضطرابات النوم

النظرية الفسيولوجية

يرى أصحاب هذه النظرية أن النوم عملية فسيولوجية لا تقل أهمية بأي عن العمليات الفسيولوجية الأخرى المهمة في حياة الإنسان مثل التنفس، وضربات القلب، ومن المعروف أن كل عملية من هذه العمليات لها مراكز موجودة في المخ، ومنها مركز النوم يكون مسئولاً عن حدوثه ويتحكم فيه، والمرضى الذين يموتون نتيجة الإصابة بالتهاب في المخ كانوا يظهرون قبل وفاتهم اضطرابات شديدة في النوم، وعندما تم تشريح جثثهم وجد حدوث تغير مرضي في جزء المخ القريب من قاعدته، واخترق وجود مركز في تلك المنطقة أدت إصابته إلى حدوث الاضطرابات الشديدة في النوم التي شوهدت قبل الوفاة (مجدي الدسوقي، 2006، 131).

النظرية السلوكية:

أوضح أنصار هذا الاتجاه إلى أن اضطرابات النوم واستمرارها ترجع إلى وجود ارتفاع في الإثارة أو المثيرات مسئولة عن اضطرابات النوم، وتتشكل هذه المثيرات في النهار من خلال مواقف الإجهاد ونقص في إمكانات مواجهة الإرهاق، وتستمر المثيرات حتى ساعات المساء المتأخرة وتؤثر بشكل مضاد للنوم (هانز رينكر، 2009، 477)؛ حيث أن النوم الطبيعي والمضطرب سلوكيات متعلمة؛ فكل أسرة تعلم طفلها السلوك السوي في النوم؛ فينام نوماً مستمراً وعميقاً لفترة تكفي حاجته، أو تعلمه السلوك غير السوي؛ فيضطرب نومه فيقلق، كما يرجعون صعوبات النوم إلى أخطاء الوالدين في تنشئة طفلها فيعلمانه الخوف من النوم من خلال الارتباط الشرطي

للنوم بأشياء مخيفة تتعلق بمكان النوم أو ظروفه أو مواعيده، أو تجعله يتعلم سلوكيات النوم بالتطبيق الخاطئ للثواب والعقاب في مواقف النوم، حيث يحدث تدعيم لسلوكيات مشكلات النوم، وإضعاف لسلوكيات النوم الطبيعي، كما يمكن أن يتعلم الطفل صعوبات النوم بالتقليد الاجتماعي لصعوبات النوم لدى الراشدين المهمين في حياته (مجدي الدسوقي، 2006، 127-128).

النظرية المعرفية:

التفكير المختل والسلبي يؤثر على مشاعر وسلوك الفرد هو الغالب في معظم الاضطرابات النفسية، فإن الأزمات والمشقة التي يعايشها الفرد وما يرتبط بها من اضطرابات انفعالية ترتبط بشكل كبير باضطراب المحتوى المعرفي للفرد من (معتقدات، وتفسيرات، واتجاهات، وافتراسات، وبناءات؛ إضافة إلى ذلك فإن أصحاب هذا التفسير يعتمدوا على مسلمة أساسية في تفسيرهم لسلوك الفرد خلاصتها أن ما يفكر فيه الأشخاص حول أنفسهم، وكذلك اتجاهاتهم ومعتقداتهم إنما هي أمور ذات صلة وثيقة بسلوكهم سواء في صورته المرضية أو السوية.

وأشار أنصار هذا المنحى إلى أن هناك أربعة مصادر رئيسة للضعف المعرفي ترتبط بظهور الاضطرابات النفسية وهي:

- 1- نقص المعلومات وقصور الخبرة في حل المشكلات.
- 2- أساليب التفكير وما تنطوي عليه من أخطاء كالتعميم والمبالغة في الحكم.
- 3- الآراء والمعتقدات والأفكار والتصورات حول الذات والآخرين والمواقف التي يتفاعل معها الفرد.
- 4- التوقعات السلبية (عبد الستار ابراهيم وآخرون 1993، 103-109).

وكذلك أشارت الأدلة الإكلينيكية إلى أن ارتباط النوم بمعتقدات مختلة حول النوم له دور فعال في استمرار الأرق، وعليه فإن المعتقدات والأفكار الخاطئة تؤدي بالفرد إلى

شعوره بالعجز والدونية وسرعة الاستثارة الانفعالية المصحوبة بالغضب التي تزيد من حدة الأرق (مجدي الدسوقي، سميرة شند، 2008).

وقدم هذا النموذج كل من "إدنجر ومينز" وافترضوا أن الآليات المعرفية تؤدي دوراً فاعلاً في الحفاظ على اضطراب مواعيد النوم واليقظة، والأرق، كما تؤدي إلى نموها، وأشارا إلى أن المعتقدات السلبية حول النوم تعد عامل معرفي يؤدي إلى إحداث أو ظهور اضطراب مواعيد النوم واليقظة، ويشترك هذا الاضطراب مع كل من العوامل المثبطة مثل مثيرات في غرفة النوم أو الفراش، والعوامل المتجانسة مثل النوم أثناء النهار في حدوث وظهور الأرق الأولي (Edinger & Means, 2005).

نظرية الاتصال

ترى هذه النظرية أن وعي اليقظة يتم عن طريق الضخ للأحاسيس من داخل الجسم وخارجة والتي تنتقل للدماغ عبر مجموعة من الأعصاب المحيطة والنخاع الشوكي وطبقاً لهذه النظرية فإن مجموعات من الخلايا في ساق الدماغ والتجمعات الشوكية تقوم بالسيطرة على ضخ الأحاسيس للدماغ وهي إما تسمح بعبورها لمراكز الدماغ المختلفة أو تمنع ذلك وعندما تعبر تشير الدماغ لنشاط اليقظة وإذا ما توقفت هدئت الدماغ بحالة النوم (حنان شوقي, 2013).

تعقيب على النظريات المفسرة لاضطرابات النوم

من خلال العرض السابق للنظريات يتبين لنا اختلاف الأطر النظرية في تفسير اضطرابات النوم وفقاً لاختلاف المنظرين النظرية؛ فالنظرية الفسيولوجية تسلط الضوء على الطبيعة البيولوجية للنوم كعملية تنظمها مراكز محددة في الدماغ، وتؤكد دورها الفعال في حياة الإنسان.

أما السلوكية تربط اضطرابات النوم بتأثير المثيرات والبيئة المحيطة، وتعلي دور التنشئة والسلوكيات المكتسبة. بينما النظرية المعرفية تركز على دور التفكير المشوه والمعتقدات المختلفة حول النوم في استمرار الأرق واضطراب مواعيد النوم واليقظة، وأخيراً نظرية الاتصال تعالج ارتباط النوم بالضخ العصبي للأحاسيس من الجسم إلى الدماغ، ويميل الباحث إلى تفضيل كل من النظرية الفسيولوجية لارتكازها على الأسس البيولوجية الواضحة للنوم، والنظرية المعرفية لإسهامها في فهم الأبعاد النفسية والمعرفية المرتبطة بالأرق ومواعيد النوم واليقظة.

ثالثاً الصداع

يعرف الصداع بشكل عام بأنه ألم في الرأس ومن أكثر الأمراض شيوعاً في الأفراد، وهو يعد عرضاً قبل أن يعد مرضاً في ذاته، ويقترن بعدة اضطرابات من بينها التوتر العضلي، ومعظم أنواع الصداع يأتي ويذهب ولا يمكث عدة ساعات أو يوم أو يومين، ويمكن أن يستمر لمدة شهور أو سنتين ويصبح صداع مزمن (زينب شقير، 2005، 270). واهتم البحث الحالي بالصداع كمرض أولى وليس عرض، وفيما يلي عرض أشهر أنواع الصداع

1- الصداع النصفي (الشقيقة)

وهو أشهر أنواع الصداع، ويصيب حوالي 25% من النساء وحوالي 8% من الرجال، ويمكن أن يكون نصفيًا؛ لكن الغالب منه يشمل الرأس بأكمله، وقد يشمل مؤخرة الرأس وقد يكون في الجبهة، وهو في الأصل صداع وعائي النشأة أي أن مصدره هو شرايين المخ؛ حيث تتقبض هذه الشرايين ثم تتسع بشكل مفاجئ لأسباب مجهولة؛ من ثم يحدث الألم، وهو قد يحدث أثناء النوم، بدرجات متفاوتة وهو دائماً صداع نابض، وله أعراض مصاحبة مثل الغثيان، والقيء، وعدم احتمال الضوء

والصوت، وقد يسبقه إنذار بصري مثل بقع أو نقط معتمة في مجال الإبصار أو هالات وخطوط متعرجة مضيئة وملونة أو فقدان لحظي للبصر ويعتبر الصداع النصفي أحد من الأعراض الشائعة التي تواجه الأطباء في حياتهم اليومية ويقدر أن وجود أعراض مرض الصداع النصفي لدى 50% من المرضى، ويشيرون أن الصداع يحدث نتيجة المرض الجسدي أو الاضطراب الانفعالي. والصداع النصفي عبارة عن حالة عامة تنتج من تغيرات في حركة الأوعية الدموية (محمد السيد، 1979).

2- الصداع التوترى (العصبي)

هذا النوع من الصداع منتشرًا بين الإناث وفيه يصف المريض هذا الصداع بالإحساس بحرقة أو سخونة بالرأس ويكون مصحوباً عادةً بالآلام بالرقبة وأرق وتوتر نفسي، ويحدث هذا الصداع نتيجة لتقلص العضلات المحيطة بالجمجمة والرقبة، ويستمر لأيام وأسابيع (وليد الديب، 2017). وهو ناتج عن شد عضلات فروة الرأس نتيجة للتوتر المستمر، ومثل هذا الصداع عادة ما يكون في جانبي الرأس أو مؤخرة الجمجمة، ويكون مصحوباً بالألم في الرقبة وقد ينتشر في بقية الرأس ويمتد من ساعات لأيام (عبد السلام الشيخ، 2000، 184)، وتعرفه موسوعة علم النفس بأنه ألم أو إحساس بالضجر في الجزء العلوي من الرأس، ويمثل عرضاً مصاحباً لمعظم الأمراض العضوية والنفسجسمية والألم الناتج عنه يجعل الفرد يشعر أنه عاجزاً عن التوافق في كثير من المواقف الحياتية (عبد المنعم الحفني، 1978)، ويعتبر الصداع التوترى ظاهرة نفسية حظيت باهتمام خاص من قبل الباحثين للعلوم النفسية؛ ذلك لما يحدثه من معادلة ذات علاقة متبادلة بين النفس والجسم؛ حيث إن ما يشعر به مريض الصداع النفسي من الآلام شديدة تعود إلى توترات وضغوط نفسية تؤثر على جميع جوانب حياته (low et al.2004)، وتتمثل الأعراض الأكثر شيوعاً للصداع التوترى في التعب

والإرهاق بنسبة 72% وصعوبات التركيز بنسبة 51% وتصلب الرقبة بنسبة 50% وخلل جميع الوظائف العقلية، حيث يوجد شبه اتفاق على أن الصداع النفسي ينتج عن ميكانيزم أساسي يتمثل في تمدد الأوعية الدموية للجمجمة نتيجة للتوتر والاضطراب الانفعالي محدثاً الام شديدة ومزعجة تعوق توافق الفرد في مواقف حياته (Amico, 2004)؛ فهو مشكلة صحية ونفسية خطيرة تمس حياة ضحايا كثيرين ويشكل عبئاً اقتصادياً على المجتمع وهذا لعدم التوصل إلى علاج قاطع له، فضلاً عن الانقطاع عن العمل والمشاكل الأسرية والاجتماعية (Silberteiu, 2004).

3- الصداع العنقودي

ظهر أول وصف له في كتاب البروفيسور الهولندي جيرهارد فان سويتن، والصداع العنقودي هو شكل مؤلم جداً من الصداع الوعائي العصبي؛ حيث يتبع نمطاً خاصاً به وهو أكثر شيوعاً في الرجال، وهو من الأنواع النادرة للصداع، وغالباً ما يلتبس تشخيصه بغيره من أنواع الصداع؛ لا سيما الشقيقة، ومع ذلك فإن الإعاقة والكره اللذان يسببهما الألم الدوري إضافة إلى العلاج النوعي تجعلان من هذا الصداع مرضاً عصبياً بالغ الأهمية ويشخص الصداع العنقودي على المحددات التي أصدرتها جمعية الصداع الدولية international headache society حيث له تميز سريري ومختلف من ناحية الألية المرضية والجينات والعلاج مما يجعله مختلفاً بشكل كامل عن بقية أنواع الصداع الأخرى كالشقيقة، وهو أقل انتشاراً ويأتي على هيئة نوبات موسمية أو شبه موسمية وقد يصيب الشخص مرة واحدة في حياته، ويستمر من أيام إلى أسابيع وهو صداع بالغ الشدة يشبه الوخز ويتركز في إحدى العينين أو ما حولها ولا يسكن عند النوم ولا يستجيب للمسكنات التقليدية ويختلف هذا النوع من الصداع عن الشقيقة؛ لكنه يشبه ألم العصب الخامس (Silberteiu, 2004). ويمكن للطبيب المتخصص أن يفرق بين هذه الأنواع من الآلام كما في الجدول التالي:

جدول (1) الفروق بين الصداع التوتري والصداع النصفي

م	وجه المقارنة	الصداع التوتري	الصداع النصفي
1	العمر الزمني للإصابة به	متوسط العمر	منذ الطفولة
2	مكان الصداع	الجبهة وينتشر بالرأس	في جانب واحد
3	طبيعته	نبض أو ألم متصل خفيف	نبض
4	الأمراض المصاحبة	نبض أو ألم متصل خفيف	قيء ، فوبيا الضوء ، زيادة التبول
5	وقت حدوثه	بعد الظهر	مبكراً أو متأخراً بالليل
6	تأثير الكحول	تخفيض الصداع	يزيد الصداع

(هبه بهي الدين، 1992، 38)

الدراسات السابقة

هدفت دراسة رايجيا (Raija et al., 2000) إلى تفحص العلاقة بين ضغوط العمل واضطرابات النوم، على عينة قدرها (3079) موظفًا، طبق مقياس اضطرابات النوم من إعداد (Theorell et al., 1988)، ومقياس ضغوط العمل من إعداد (karasek, 1979) وكانت التأثيرات الرئيسية لمتطلبات العمل والتحكم في العمل على الأرق والحرمان من النوم والتعب أثناء النهار ذات أهمية كبيرة. وأظهرت النتائج أن ضغوط العمل لها علاقة مباشرة باضطرابات النوم، بغض النظر عن ساعات العمل وأسلوب الحياة.

في حين استهدفت دراسة كوسيكسوا (Xuexue et al, 2020) تقييم العلاقة بين ضغوط العمل وجودة النوم لدى الممرضات الصينيين، بلغ حجم العينة (180)

ممرضة، تم تطبيق استبيان إجهاد العمل لتقييم الإجهاد المهني من إعداد الباحثين، وتم استخدام استبيان لتقييم حالة اضطراب النوم من إعداد (Lou, 2008)، أظهرت النتائج أن إجهاد العمل مرتبط سلبًا بجودة النوم؛ وكانت اضطرابات النوم لدى الممرضات مرتبطة ارتباطًا وثيقًا بعامل صعوبة العمل، والعلاقات بين الطبيب والمريض، والحالة النفسية الجسدية، والبيئة أو الأحداث، والترويج أو المنافسة وإجمالي درجات الضغط.

وأُجريت راسة دانيال (Daniel et al., 2022) لفحص المعتقدات والسلوكيات المختلفة المتعلقة بالنوم والعوامل النفسية في الصداع المرتبطة بالنوم ، بلغ حجم العينة (542) مشاركاً، استخدام الباحثين مقياس (Kubik& Martin, 2017) لقياس المحفزات المتعلقة بالنوم، ومقياس الصداع من إعداد (Maizels& Burchet, 2022)، ومقياس اضطرابات النوم من إعداد (Buysse et al.,1989)، توصلت النتائج إلى أن زيادة تجنب مثيرات النوم (نقص النوم، النوم الزائد، الإرهاق/ التعب) ارتبطت بزيادة تكرار الصداع، حيث ارتبطت فترات النوم التي تقل أو تزيد عن المعدلات الموصى بها (7-9 ساعات) بحدوث الصداع، وأظهرت أن المعتقدات المختلفة عن النوم مرتبطة إيجابياً بتكرار الصداع.

في حين اهتمت دراسة دانيلا (Daniela et al.,2022) بالاضطرابات النفسية وخيارات الإساءة في الطفولة واضطرابات الصحة النفسية لدى الوالدين وأطفالهم المتأثرين بالصداع. شملت الدراسة فحص (28) دراسة ربطت بين العوامل النفسية لدى الأطفال بما في ذلك الأعراض الداخلية والخارجية بجميع أنواع الصداع، أظهرت النتائج أن اضطرابات النوم ارتبطت إيجابياً بالصداع، وأن الضغوط النفسية والأحداث السلبية في الحياة وخاصة التنمر ارتبطا بالصداع، وأظهرت النتائج أن الصداع يعتبر جرس إنذار للتحقق وعلاج الاضطرابات النفسية لدى الأطفال وأسرههم.

هدفت دراسة سونج (Sung et al., 2023) إلى تقييم التوتر والأرق لدى مرضى الصداع اليومي المزمن، بلغ حجم العينة (103) مريض بالصداع اليومي الذي يستمر لمدة 4 ساعات وحدث لمدة 15 يوم ، استخدم مقياس (yam et al., 1996) لقياس الأرق، ومقياس الصداع من إعداد الباحثين، توصلت النتائج إلى أن 61% من حجم العينة أقر بتجربة التوتر والأرق؛ حيث يعد الأرق عاملاً هاماً في تفاقم اضطرابات الصداع.

وفي السياق نفسه اهتمت دراسة كايون (Kaiwen et al., 2023) تحليل العلاقة بين الضيق النفسي والضغط النفسية (الاجتماعية، المالية، وجائحة covid-19) وبين اضطرابات النوم لدى عينة من الشباب في هونغ كونغ، بلغ حجم العينة (1501) من الشباب والشابات، طبق مقياس جودة النوم من إعداد (Luik et al., 2019)، ومقياس الضغوط من إعداد الباحثين، أظهرت النتائج ارتباط الضغوط (الاجتماعية، المالية، وجائحة covid-19) باضطرابات النوم، وجود فروق لصالح الإناث في التأثير بالضغط، وفروق لصالح الشباب الأكبر سناً متأثراً بالضغط، تشير النتائج إلى أهمية التركيز على تحسين جودة النوم لتحسين الصحة النفسية في ظل الضغوط النفسية. وقامت دراسة أراو (Arao et al., 2024) لمعرفة العلاقة بين ضغوط العمل والصداع، بلغ حجم العينة (7644) موظفاً حكومياً منهم نشطاً ومتقاعداً تتراوح أعمارهم (35: 74) عاماً، تم تطبيق مقياس الصداع من إعداد (Bensenor et al., 1997) ومقياس ضغوط العمل من إعداد (Johnson & hall, 1988)، أظهرت النتائج ارتباط النشاط البدني خلال أوقات الفراغ بشكل إيجابي على العلاقة بين ضغوط العمل واضطرابات الصداع. ووجود علاقة بين ضغوط العمل واضطرابات الصداع؛ حيث أن الوظائف التي تتميز بقلّة التحكم والأنشطة التكرارية قد تحفز الصداع النصفي وبالتالي تعيق النشاط البدني.

بينما استهدفت دراسة إليزابيس (Elizabeth et al., 2024) التأثير اليومي للتعرض للصدمة واضطرابات النوم على الضغوط اليومية لدى الشباب المعرضين لخطر عائلي للإصابة بالاضطرابات الذهانية، كان هدف الدراسة دراسة الروابط اليومية بين شدة الصدمة ، مدة النوم الليلي، الضغط اللحظي في اليوم التالي لدى (19) شاباً في خطر عائلي، و(19) شاباً غير نفسي، أعمارهم (من 13 : 19 سنة، 66% إناث)، طبق مقياس لتقييم الخطر الوالدي من إعداد (First, 2005)، ومقياس شدة الصدمة من إعداد (susman & pennebaker, 1988)، ومقياس اضطرابات النوم من إعداد الباحثين، ومقياس الغوط من إعداد (Schiffman et al., 2008)، توصلت النتائج إلى أن مجموعة الخطر العائلي أبلغت عن صدمة أكبر ومدة نوم أقصر مقارنة بالمجموعة غير النفسية، وفي العينة الكاملة كانت شدة الصدمة وتقليل مدة النوم مرتبطين بالضغط النفسي في اليوم التالي، وكان تأثير مدة النوم الليلي على الضغط النفسي مهماً وسلبياً.

تعقيب على الدراسات السابقة

من خلال مراجعة الدراسات السابقة يتبين ما يلي:

- 1- قدمت الدراسات تنوعاً في العينات (العاملون، الشباب، الممرضات، الأطفال)، مما يتيح للدراسة الراهنة تحديد الفئة الأكثر ارتباطاً بموضوع البحث بناءً على أهدافها، وهم مرضى الصداع.
- 2- تنوع المقاييس المستخدمة للضغوط النفسية، وكانت غالبية الدراسات على الضغوط المهنية؛ مما شكل الدافع الرئيس للباحث لإعداد مقياس الضغوط النفسية يتلاءم وطبيعة البيئة المصرية ومرضى الصداع.
- 3- الندرة الشديدة - في حدود علم الباحث- في الدراسات التي تناولت متغيرات الدراسة مجتمعة مع مرضى الصداع وخاصة في البيئة العربية والمصرية.

4- أظهرت أهمية التركيز على العوامل النفسية واضطرابات النوم، مما يدعم تعزيز المنهجية في الدراسة الراهنة لفهم العلاقة بين هذه العوامل واضطرابات النوم لدى مرضى الصداع.

المنهج والإجراءات

أولاً: منهج الدراسة

اعتمدت الدراسة الراهنة على المنهج الوصفي الارتباطي المقارن؛ الذي يتناسب وأهداف الدراسة، ويتناسب مع طبيعة العينة.

ثانياً: عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة من (75) من مرضى الصداع (نصفي- توتري- عنقودي) في المدى العمري من (20) إلى (47) سنة، بمتوسط عمري قدره (31.9) وانحراف معياري (6.5)؛ تم اختيارهم من مرضى الصداع المترددين على عيادات الصداع بمستشفى الدمرداش الجامعي بالقاهرة قسم النفسية والعصبية ومن مركز إرادة للطب النفسي وعلاج الإدمان بمحافظة قنا والأقصر.

وقد راعى الباحث في اختياره لعينة الدراسة بعض المحكات الاستيعادية كاختيار أفراد عينة تم تشخيصها بواسطة الأطباء بالصداع كمرض أولى، وأن يكون قد مر (سنة) على الأقل من تشخيصه بالصداع؛ وألا يكون ناتج عن أمراض مزمنة أو عرض لأمراض أخرى، والجدول التالي يعرض لتوزيع العينة وفقاً لبعض المتغيرات الديموجرافية:

جدول (2) يعرض توزيع أفراد العينة حسب بعض المتغيرات الديموجرافية

(ن = 75)	المتغيرات	
32	ذكور	الجنس
43	إناث	
33	نصفي	نوع الصداع
29	توتري	
13	عنقودي	
33	من 20: 29	العمر
32	من 30: 39	
10	من 40: 47	
29	القطاع التعليمي	الوظيفة
23	أعمال حرة	
23	موظفي الشركات	

ثالثاً: أدوات الدراسة

أولاً: مقياس الضغوط النفسية إعداد (الباحث)

خطوات إعداد المقياس:

تم إعداد المقياس من خلال الخطوات التالية:

1- استقراء ما ورد من كتابات واستنتاجات علمية خاصة بالضغوط النفسية محل اهتمام الدراسة الحالية، وأبرز التعريفات المطروحة والأطر النظرية، والمراجع المعنية، فضلاً عن النماذج والتفسيرات الخاصة بها.

تم الاطلاع على عدد من المقاييس الخاصة بالضغوط النفسية سواء الأجنبية أو العربية المتاحة السابق استخدامها في الأبحاث والدراسات العلمية، ومن المقاييس التي تم جمعها، مقياس الضغوط النفسية إعداد (خديجة عميري، 2018)، ومقياس الضغوط

النفسية إعداد (سعد شاهين وخوله حسن، 2014)، مقياس الضغوط النفسية إعداد (حسام اسماعيل وآخرون، 2023)، ومقياس الضغوط المهنية إعداد (محمد عسيري، 2011). ومقياس الضغوط النفسية إعداد (إيمان محمد، 2020). وعلى الرغم من وفرة المقاييس والأدوات التي أُعدت لقياس الضغوط النفسية، فقد كانت هناك عدة اعتبارات مهمة دفعتنا لتكوين مقياس جديد، وذلك لعدة مبررات وهي كالتالي:

1- أن يكون كل مقياس ملائم لعينة الدراسة، وكذلك لطبيعة الثقافة، فبعض المقاييس الوارد ذكرها سلفاً طبقت على عينات من المسنين، والكفيفات، والمتزوجين، المعلمين.

2- لم يوجد مقياس مستقل أو منفرد -في حدود علم الباحث- يقيس الضغوط النفسية لدى مرضى الصداع.

3- عدم ملائمة أبعاد مقاييس الضغوط لعينة الدراسة الراهنة وطبيعتها.

وصف المقياس

يتكون المقياس من (60) بنداً مقسمة إلى أربعة أبعاد كل بُعد يمثل نوع من الضغوط النفسية محل اهتمام الدراسة الحالية نعرض لهم على النحو التالي:

1-البُعد الأول: الضغوط المهنية

ويتكون من (15) بنداً.

2-البُعد الثاني : الضغوط الصحية

ويتكون من (15) بنداً.

3-البُعد الثالث: الضغوط الأسرية

ويتكون من (15) بنداً.

4-البُعد الرابع: الضغوط الاقتصادية

ويتكون من (15) بنداً.

وفيما يلي عرضه بالتفصيل:

تصحيح المقياس

الاستجابة على هذا المقياس تتم عن طريق الاختيار من البدائل الثلاثة بوضع علامة (✓) على الاختيار المناسب الذي يتناسب مع حالة المفحوص وهذه البدائل هي (لا تنطبق، تنطبق بدرجة متوسطة، تنطبق بدرجة كبيرة)؛ علماً بأن الدرجات المحتملة لهذه الاستجابات الثلاث هي علي الترتيب (1 ، 2 ، 3) وأعلي درجة يمكن أن يحصل عليها المفحوص هي (أقصى درجة علي مقياس الشدة × عدد البنود = الدرجة الكلية) بمعنى (3 × 60 = 180)، وأقل درجة (60).

ثبات وصدق المقياس في الدراسة الراهنة

تم حساب الثبات بطريقتي ألفا كرونباخ وطريقة القسمة النصفية وقام الباحث بحساب معامل ثبات القسمة النصفية عن طريق تقسيم الاختبار لعبارات فردية وزوجية وتم حساب معامل الارتباط بينها ويعرض جدول (3) لمعاملات ثبات المقياس وأبعاده:

جدول رقم (3) يعرض معاملات ثبات مقياس الضغوط النفسية

المقياس	معامل ثبات ألفا	معامل ثبات القسمة النصفية بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون
الضغوط المهنية	0.874	0.858
الضغوط الصحية	0.880	0.871
الضغوط الأسرية	0.907	0.921
الضغوط الاقتصادية	0.920	0.899
الدرجة الكلية للضغوط	0.948	0.788

يتضح من جدول رقم (3) تمتع مقياس الضغوط النفسية وأبعاده بدرجة عالية من الثبات.

ثانياً: الصدق

قام الباحث بحساب الصدق بثلاث طرق هما: صدق المحكمين وصدق المحك الخارجي وصدق الاتساق الداخلي وفيما يلي عرضها بالتفصيل:

1- صدق المحكمين(1):

قام الباحث بعرض عبارات المقياس، والتعريف الإجرائي في صورته الأولية على الأساتذة المتخصصين في المجال النفسي وقد طلب من السادة المحكمين إبداء ملاحظاتهم على بنود المقياس، وهل يستطيع في صورته الحالية أن يقيس ما وضع لقياسه، وبناءً على آراء المحكمين قام الباحث بالتعديل في صياغة بعض البنود مما يجعلها أكثر وضوحاً وسهولة، كما قام الباحث بحذف بعض البنود المتشابهة وغير الصادقة، ويعرض جدول رقم (4) نتيجة صدق المحكمين:

جدول (4) نسب اتفاق المحكمين لمقياس الضغوط النفسية

البند	نسبة الاتفاق						
1	%100	16	%100	31	%100	46	%100
2	%100	17	%100	32	%80	47	%60
3	%100	18	%60	33	%100	48	%100
4	%100	19	%80	34	%60	49	%60
5	%100	20	%100	35	%100	50	%100
6	%100	21	%80	36	%100	51	%100

¹ يتوجه الباحث بخالص الشكر والتقدير للسادة المحكمين لجهدهم المعطاء وهم أ.د/ محمد عبد الوهاب، أ.د/ محمود أحمد الخيال، أ.د/ هناء أحمد شويخ، أ.د/ خالد زيادة، أ.د/ محمد أحمد خطاب ويعرض ملحق 4 لتخصصاتهم

البند	نسبة الاتفاق						
7	%80	22	%100	37	%100	52	%100
8	%100	23	%100	38	%100	53	%100
9	%100	24	%100	39	%100	54	%100
10	%100	25	%100	40	%100	55	%100
11	%100	26	%100	41	%100	56	%100
12	%100	27	%100	42	%100	57	%100
13	%100	28	%100	43	%100	58	%100
14	%100	29	%100	44	%100	59	%100
15	%100	30	%100	45	%100	60	%100

من خلال الجدول رقم (4) يتضح لنا أنه تراوحت نسب اتفاق المحكمين على جميع بنود المقياس بين (80% و 100%) فيما عدا البنود رقم (18، 34، 47، 49)، وتم حذفها من المقياس قبل التطبيق ليصبح المقياس مكوناً من (56) عبارة بدلاً من (60) عبارة.

2- صدق المحك الخارجي

قام الباحث بتطبيق مقياس الضغوط النفسية في الدراسة الراهنة ومقياس الضغوط النفسية من إعداد (حسام إسماعيل وآخرون، 2023) المكون من (48) بنداً على عينة متمثلة في (35) من مرضى الصداع، ثم تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين المقياسين وكان قيمته (0.703)؛ مما يدل على تمتع المقياس في الدراسة الراهنة بدرجة عالية من الصدق.

3- الصدق بطريقة الاتساق الداخلي

قام الباحث بحساب الاتساق الداخلي عن طريق حساب معاملات الارتباط بين البند والدرجة الكلية للبعد وبين البند والدرجة الكلية للمقياس وبين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس وكانت الدرجات كالتالي:

جدول (5) يعرض الصدق بطريقة الاتساق الداخلي لمقياس الضغوط النفسية

ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس	ارتباط البند بالدرجة الكلية للبعد	البند	ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس	ارتباط البند بالدرجة الكلية للبعد	البند
**0.515	**0.604	29	**0.466	**0.543	1
**0.693	**0.795	30	0.124	**0.266	2
**0.669	**0.714	31	**0.552	**0.689	3
**0.333	**0.762	32	**0.576	**0.756	4
**0.488	**0.355	33	**0.525	**0.689	5
**0.564	**0.699	34	**0.589	**0.742	6
**0.509	**0.544	35	**0.349	**0.544	7
**0.545	**0.673	36	**0.379	**0.601	8
**0.664	**0.736	37	**0.355	**0.483	9
**0.707	**0.729	38	**0.577	**0.777	10
**0.638	**0.830	39	**0.514	**0.596	11
**0.659	**0.714	40	**0.368	**0.474	12
**0.693	**0.683	41	**0.511	**0.706	13
**0.686	**0.714	42	**0.356	**0.466	14
**0.683	**0.700	43	**0.509	**0.683	15

ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس	ارتباط البند بالدرجة الكلية للبعد	البند	ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس	ارتباط البند بالدرجة الكلية للبعد	البند
**0.639	**0.638	44	**0.521	**0.653	16
**0.437	**0.617	45	**0.543	**0.691	17
**0.569	**0.633	46	**0.374	**0.601	18
**0.468	**0.597	47	**0.566	**0.742	19
**0.369	**0.598	48	**0.550	**0.565	20
**0.620	**0.752	49	**0.557	**0.706	21
**0.648	**0.834	50	**0.323	**0.563	22
**0.651	**0.796	51	**0.565	**0.700	23
**0.606	**0.789	52	**0.401	**0.742	24
**0.645	**0.818	53	0.180	**0.576	25
**0.528	**0.668	54	**0.427	**0.488	26
**0.323	**0.704	55	**0.403	**0.595	27
**0.541	**0.741	56	**0.522	**0.551	28

** دال عند 0.01

يتضح من الجدول (5) ارتباط البند بالدرجة الكلية للبعد والدرجة الكلية للمقياس فيما عدا البنود رقم (2) في بعد الضغوط المهنية ورقم (25) في بعد الضغوط الصحية وسيتم حذفهما من المقياس؛ مما يبين مدى الاتساق الداخلي للمقياس، وتمتعه بدرجة صدق جيدة.

جدول (6) يعرض الصدق بطريقة الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس الضغوط النفسية

ارتباط البعد بالدرجة الكلية للمقياس	البعد
**0.742	الضغوط المهنية
**0.733	الضغوط الصحية
**0.850	الضغوط الأسرية
**0.785	الضغوط الاقتصادية

** دال عند 0.01

يتضح من الجدول (6) ارتباط أبعاد مقياس الضغوط النفسية بالدرجة الكلية للمقياس؛ مما يبين مدى الاتساق الداخلي للمقياس، وتمتعه بأبعاده بدرجة صدق مرتفعة.

مقياس الضغوط النفسية في صورته النهائية

بعد اتمام إجراءات الثبات والصدق للمقياس أصبح في صورته النهائية يتكون من (54) بنداً، بعد حذف البنود رقم (2) في بعد الضغوط المهنية ورقم (25) في بعد الضغوط الصحية، وأعلى درجة يمكن أن يحصل عليها المفحوص هي (أقصى درجة علي مقياس الشدة × عدد البنود = الدرجة الكلية) بمعنى (3 × 54 = 162)، وأقل درجة (54). ويعرض ملحق (2) للمقياس في صورته النهائية.

ثانياً: مقياسي اضطراب الأرق واضطراب مواعيد النوم واليقظة (إعداد محمد عبد الصبور، 2021)

تم الاعتماد على بعدين من مقياس اضطرابات النوم الخاص ب (محمد عبدالصبور، 2021)، وفيما يلي وصفهم بالتفصيل:

1- اضطراب الأرق

يتكون من (16) بنداً تحملها الأرقام من (1: 16)، والبندان رقم (15، 16) يصححان في الاتجاه العكسي، ويتم تصحيح البعد أو الاضطراب من خلال حساب الدرجة الكلية للمفحوص بواسطة حاصل جمع درجاته على مقياس الشدة، والذي يتراوح بين (1-3) درجات، ويبلغ الحد الأقصى لهذا الاضطراب (48) درجة، فالدرجة الكلية لهذا الاضطراب = $(3 \times 16) = 48$ درجة، والحد الأدنى (16)؛ حيث تشير الدرجة المرتفعة إلى شدة معاناة الفرد من اضطراب الأرق.

2- اضطراب مواعيد النوم واليقظة

ويتكون من (15) بنداً تمثلها الأرقام من (1: 15) والبند التالي (8، 10، 14) بنوداً عكسية تصحح في الاتجاه العكسي، ويتم تصحيح البعد أو الاضطراب من خلال حساب الدرجة الكلية للمفحوص بواسطة حاصل جمع درجاته على مقياس الشدة والذي يتراوح بين (1-3) درجات، وتبلغ الدرجة العظمى للاضطراب (45) درجة، فالدرجة الكلية لهذا الاضطراب = $(3 \times 15) = 45$ ، وتشير الدرجة المرتفعة إلى حدة معاناة الفرد من اضطراب مواعيد النوم واليقظة.

مؤشرات الثبات والصدق في مقياس محمد عبد الصبور (2021)

أولاً الثبات

قام الباحث بحساب معاملي ثبات ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية وتراوح

معاملات الثبات بين 0.591 و 0.820

ثانياً الصدق

1- صدق المحكمين

قام الباحث في دراسته بعرض المقياس على مجموعة من السادة المحكمين وتراوحت نسب الاتفاق بين 80% و 100% مما يعد مؤشراً على صدق المقياس

2- صدق المحك الخارجي

قام الباحث بتطبيق مقياسه وتطبيق مقياس محمد حسن غانم لاضطرابات النوم وكانت نسب الارتباط بين الأبعاد الأرق 0.528 اضطراب مواعيد النوم واليقظة 0.273.

ثبات وصدق المقياسين في الدراسة الراهنة

تم حساب الثبات بطريقتين هما: ألفا كرونباخ والقسمة النصفية على عينة الدراسة (75) من مرضى الصداع، وقام الباحث بحساب معامل ثبات القسمة النصفية عن طريق تقسيم الاختبار لعبارات فردية وزوجية وتم حساب معامل الارتباط بينها ويعرض جدول (7) لمعاملات الثبات:

جدول رقم (76) يعرض معاملات ثبات مقياسي اضطراب الأرق واضطراب مواعيد

النوم واليقظة

معامل ارتباط إعادة التطبيق بين التطبيق أول والثاني	معامل ثبات ألفا كرونباخ	المقياس
0.868	0.931	اضطراب الأرق
0.864	0.845	اضطراب مواعيد النوم واليقظة

يتضح من جدول رقم (7) تمتع مقياسي اضطراب الأرق واضطراب مواعيد النوم واليقظة بدرجة عالية من الثبات.

ثانيًا: الصدق

قام الباحث بحساب الصدق بطريقة صدق الاتساق الداخلي وفيما يلي عرضها بالتفصيل:

الصدق بطريقة الاتساق الداخلي

قام الباحث بحساب الاتساق الداخلي لمقياسي اضطراب الأرق واضطراب مواعيد النوم واليقظة عن طريق حساب معاملات الارتباط بين البند والدرجة الكلية للمقياس وكانت الدرجات كالتالي:

جدول (8) يعرض الصدق بطريقة الاتساق الداخلي لمقياس اضطراب الأرق

البند	ارتباط البند بالدرجة الكلية للبعد	البند	ارتباط البند بالدرجة الكلية للبعد
1	**0.817	9	**0.513
2	**0.795	10	**0.603
3	**0.832	11	**0.766
4	**0.821	12	**0.768
5	**0.844	13	**0.721
6	**0.796	14	0.195
7	**0.653	15	**0.532
8	**0.792	16	**0.437

** دال عند 0.01

يتضح من الجدول (8) ارتباط البند بالدرجة الكلية فيما عدا البند رقم (14) وسيتم حذفه من المقياس؛ مما يبين مدى الاتساق الداخلي للمقياس، وتمتعه بدرجة صدق جيدة.

جدول (9) يعرض الصدق بطريقة الاتساق الداخلي لمقياس اضطراب مواعيد النوم واليقظة

البند	ارتباط البند بالدرجة الكلية للبعد	البند	ارتباط البند بالدرجة الكلية للبعد
1	**0.754	9	**0.682
2	**0.720	10	**0.527
3	**0.546	11	**0.519
4	**0.650	12	**0.775
5	**0.495	13	**0.811
6	**0.387	14	**0.488
7	**0.384	15	**0.616
8	**0.348	** دال عند 0.01	

يتضح من الجدول (9) ارتباط البند بالدرجة الكلية؛ مما يبين مدى الاتساق الداخلي للمقياس، وتمتعه بدرجة صدق جيدة.

مقياسي اضطراب الأرق واضطراب مواعيد النوم واليقظة في صورتها النهائية

بعد اتمام إجراءات الثبات والصدق للمقياس أصبح مقياس اضطراب النوم واليقظة في صورته النهائية يتكون من (15) بنداً بدلاً من (16) بند وأصبحت العبارات العكسية رقم (14، 15) بدلاً من (15، 16) بعد حذف البند رقم (14) غير الصادق في الدراسة الراهنة، وأعلى درجة يمكن أن يحصل عليها المفحوص فيه هي (أقصى درجة علي مقياس الشدة × عدد البنود = الدرجة الكلية) بمعنى (3 × 15 = 45)، وأقل درجة (15)، في حين أصبح مقياس اضطراب مواعيد النوم واليقظة كما هو في الصورة التي تم التطبيق بها ، وأعلى درجة يمكن أن يحصل عليها المفحوص فيه هي

(أقصى درجة علي مقياس الشدة × عدد البنود = الدرجة الكلية) بمعنى $3 \times 15 = 45$ ، وأقل درجة (15). ويعرض ملحق (3) للمقياسين في صورتها النهائية.

رابعًا: الأساليب الإحصائية

1- معامل ارتباط بيرسون

2- اختبار (ت)

3- تحليل التباين الأحادي

4- تحليل الانحدار الأحادي

عرض النتائج ومناقشتها

في ضوء الإجراءات المتبعة من عينة وإجراءات، تجدر الإشارة إلى أنه تم عرض النتائج في ضوء ترتيب الفروض، وتم مناقشتها وفقًا لمستويات ثلاثة؛ المستوى الأول: في ضوء الفروض والدراسات السابقة ومدى الاتفاق والاختلاف معها، ووفقًا للأطر النظرية، المستوى الثاني: تمت المناقشة في ضوء ما تحمله من معانٍ ومضامين نفسية اجتماعية تتعلق بالمجتمع المصري عامة والبيئة الثقافية لعينة أسر الشهداء بشكلٍ خاص، المستوى الثالث: في ضوء ما تثيره النتائج من تساؤلات؛ ثم نختم المناقشة بتوصيات واقتراحات لبحوث تالية.

نتائج الفرض الأول ومناقشتها

ينص الفرض على أنه توجد علاقة بين أبعاد الضغوط النفسية ومجموعها الكلي وكل من اضطراب الأرق واضطراب مواعيد النوم واليقظة لدى عينة من مرضى الصداع وللتحقق من هذا الفرض قام الباحث باستخدام معامل ارتباط بيرسون والجدول التالي يعرض ذلك:

جدول (10) نتائج العلاقة بين الضغوط النفسية بأبعادها وكل من اضطراب الأرق واضطراب مواعيد النوم واليقظة

اضطراب مواعيد النوم واليقظة	اضطراب الأرق	المتغيرات
0.136	**0.394	الضغوط المهنية
**0.572	**0.697	الضغوط الصحية
**0.375	**0.435	الضغوط الأسرية
**0.278	**0.269	الضغوط الاقتصادية
**0.424	**0.536	الدرجة الكلية للضغوط النفسية

** دال عند مستوى 0.01

من خلال الجدول السابق يتضح تحقق الفرض القائل بأنه: توجد علاقة بين أبعاد الضغوط النفسية ومجموعها الكلي وكل من اضطراب الأرق واضطراب مواعيد النوم واليقظة لدى عينة من مرضى الصداع بشكل شبه كلي؛ حيث أسفرت النتائج عن وجود علاقة إيجابية بين أبعاد الضغوط النفسية مجتمعة (الضغوط المهنية- الضغوط الصحية- الضغوط الأسرية- الضغوط الاقتصادية) والدرجة الكلية للضغوط وبين اضطراب الأرق، كما أنه توجد علاقة إيجابية بين أبعاد الضغوط النفسية مجتمعة (الضغوط الصحية- الضغوط الأسرية- الضغوط الاقتصادية) والدرجة الكلية للضغوط وبين اضطراب مواعيد النوم واليقظة، ولم تظهر النتائج ارتباط الضغوط المهنية واضطراب مواعيد النوم واليقظة؛ مما يعني أنه كلما ارتفعت الضغوط لدى عينة الدراسة كلما ارتفع اضطرابي الأرق ومواعيد النوم واليقظة.

وفي ضوء مناقشة الفرض وفقاً للدراسات السابقة؛ ففيما يخص العلاقة بين الضغوط النفسية بأبعادها وكل من اضطراب الأرق واضطراب مواعيد النوم واليقظة اتفقت نتائج الدراسة الراهنة مع نتائج دراسة (Raija et al,2000)؛ (2020, Xuexue Deng et al)؛ (Kaiwen et al,2023) في وجود علاقة بين الضغوط النفسية وكل من اضطراب الأرق واضطراب مواعيد النوم واليقظة كما دعمت نتائج دراسة كل من دراسة (Daniel et al.,2022)؛ (Sung et al,2023)؛ (Arao et al,2024) نتائج الدراسة الراهنة؛ حيث أسفرت هذه الدراسات عن وجود علاقة إيجابية بين الضغوط النفسية واضطرابات النوم والأرق والإصابة بالصداع. وعلى الجانب الآخر تعارضت نتائج الدراسة الراهنة مع نتائج دراسة (Elizabeth et al., 2024) التي أسفرت عن وجود علاقة بين الضغوط المهنية واضطرابات النوم؛ في حين لم تسفر نتائج الدراسة الراهنة عن وجود علاقة بين الضغوط المهنية واضطراب مواعيد النوم واليقظة وقد يرجع هذا التعارض لاختلاف عينات التطبيق

وفي ضوء تفسير النتائج وفقاً للأطر النظرية يزخر التراث النظري بما يؤيد نتائج الدراسة الراهنة حيث إن الضغوط النفسية قد تتسبب في كثير من الاضطرابات السيكوسوماتية مثل: ضغط الدم، السكر، وتصلب الشرايين والقولون العصبي والصداع، كما أنها قد تؤدي إلى ضعف التركيز وتضاؤل القدرة على حل المشكلات والإدراك الخاطئ للمواقف المختلفة، وقد تؤدي إلى اضطرابات اجتماعية كالانسحاب الاجتماعي والعجز عن التوافق الاجتماعي؛ فالضغوط النفسية المستمرة على الفرد قد تؤدي إلى اضطرابه وسوء توافقه خاصة إذا استمر اضطرابه الانفعالي لمدة طويلة مما يؤدي إلى بعض التغيرات الفسيولوجية التي قد تسبب أضراراً بالغة في الجسم؛ من ثم تؤدي إلى اضطرابات النوم (عايدة حسن، 2001 ، 79).

وترى نظرية المقاومة أن الحياة البشرية تجلب معها الكثير من الأحداث الضاغطة المرغوبة وغير المرغوبة التي ربما تهدد الحياة؛ مما يحتم على الأفراد أن يجاهدوا ويكافحوا لمقاومة هذه الأحداث أو الهروب بعيداً عنها، فالأشخاص عندما يتعرضون لمواقف ضاغطة؛ تظهر عليهم العديد من التغيرات مثل: ارتفاع ضغط الدم وزيادة سرعة التنفس وتوتر العضلات واضطرابات النوم؛ حيث تعمل هذه التغيرات على تهيئة الجسم لمقاومة الخطر أو الهروب منه (سارة طلبه، 2016، 60-61).

كما أن النوم من الحاجات الفطرية الحيوية لدى الأفراد وظاهرة من الظواهر المهمة لعملية نموه وصحته النفسية والجسمية؛ حيث يساعد الفرد على الاحتفاظ بطاقته ونشاطه حتى يتمكن من تلبية مطالب الحياة التي تستلزم منه جهداً وطاقاً جسدية وعقلية وتم التركيز الانتباه في الآونة الأخيرة على اضطرابات النوم المصاحبة للأمراض النفسية والعصبية، لأن فقدان النوم يؤدي إلى ضعف الانتباه، وضعف التقدم المعرفي لدى الفرد، والأخطر من ذلك يؤدي اضطراب النوم إلى اختلال في الوظائف الفسيولوجية للجسم، مما يؤدي إلى مضاعفات خطيرة، فضلاً عن التأثيرات الهرمونية والمناعية (Chokroverty et al., 2017)؛ فكل تغير في الحالات الفسيولوجية يكون مرتبطاً بتغير في الحالة الوجدانية والنفسية والعكس أيضاً، وقد جاء في الجمعية الأمريكية للصداع أن الصداع النفسي يعد من أهم الأعراض التي لها ارتباط وثيق بالاضطرابات والتوتر النفسي (Peres et al., 2001).

حيث أشارت دراسة كرسيتوفر وآخرون (Christopher,etal.,2004) إلى أن الأرق له تأثيرات سلبية على الصحة العامة وطول العمر وعلي المدى البعيد؛ حيث أن اضطرابات النوم وخاصة الحرمان من النوم يرتبط بمجموعة واسعة من العواقب الصحية الوخيمة مثل ارتفاع ضغط الدم، والسكر، السمنة والاكنتاب، والنوبات القلبية

والسكتة الدماغية بالعصبية والتوتر وتقلب المزاج ونوبات الغضب، (Coltensaltevogt, 2006, 2) وعلاوة على ذلك فإن اضطرابات النوم تسبب الشعور ويؤدي الحرمان من النوم إلي العجز المعرفي الوظيفي كاضطرابات الإدراك ، والانتباه، والذاكرة، والتركيز (Rocaeial, 2012).

ونجد أيضاً دراسة (Xuexue Deng et al.,2020) أشارت إلى أن إجهاد العمل مرتبط سلباً بجودة النوم؛ بعبارة أخرى، كلما كانت درجات إجهاد العمل أعلى، كانت جودة النوم أسوأ؛ حيث كانت اضطرابات النوم مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بعامل صعوبة العمل، والعلاقات بين الموظف والمدير، والحالة النفسية الجسدية، والبيئة أو الأحداث، والترويج أو المنافسة وإجمالي درجات الضغط. وهذا يؤكد نتائج الدراسة الراهنة في ارتباط الضغوط المهنية واضطراب مواعيد النوم واليقظة؛ مما يعني أنه كلما ارتفعت الضغوط لدى عينة الدراسة كلما ارتفع اضطرابي الأرق ومواعيد النوم واليقظة.

وأيدت رؤية (زينب شقير، 2002) نتائج الدراسة الراهنة؛ حيث ترى أن الضغوط النفسية من المصادر الخارجية والداخلية الضاغطة؛ التي يخبرها الفرد في حياته؛ ينتج عنها قصور قدرته على إحداث الاستجابة المناسبة للموقف ويصاحبها اضطرابات انفعالية وفسولوجية تؤثر على جوانب الشخصية الأخرى لدى الفرد؛ ذلك قد يؤثر على إيقاع حياته ونومه؛ بالتالي يصاب باضطرابات النوم.

كما أن الضغوط الاقتصادية تجعل الفرد يفشل الفرد في التكيف مع متطلبات الحياة الاجتماعية؛ فتصبح حينها مصدراً ضاغطاً يكون له آثاره النفسية والاجتماعية عليه وروتين يومه ونومه (طه عبدالعظيم، 2006، 19).

ويرى الباحث أن وجود علاقة إيجابية بين أبعاد الضغوط النفسية بشكل عام، وبين اضطراب الأرق ومواعيد النوم واليقظة لدى مرضى الصداع النصفي والتوتري والعنقودي. يمكن تفسيره من خلال فهم طبيعة الضغوط المتباينة لهؤلاء المرضى، فالضغوط الصحية والأسرية والاقتصادية أكثر تأثيرًا على مرضى الصداع المزمن مقارنة بالضغوط المهنية؛ ذلك لأن هذه الضغوط تمس جوانب حيوية من حياتهم بشكل مباشر ومستمر، الضغوط الصحية، على سبيل المثال، ترتبط بمعاناتهم اليومية من الألم والتحديات المرتبطة بإدارة حالتهم الصحية، مثل القيود الجسدية والقلق بشأن تقاوم الأعراض؛ هذا النوع من الضغوط يؤدي إلى تنشيط مستمر للجهاز العصبي المركزي، مما يزيد من احتمالية اضطراب النوم واليقظة. من ناحية أخرى، فإن الضغوط الأسرية والاقتصادية تضيف أعباء نفسية إضافية بسبب تأثيرها على الأمن النفسي والاستقرار المادي، والقلق المستمر حول الأسرة أو التحديات المالية يُقاوم من مستويات التوتر، مما يؤدي إلى اضطراب نمط النوم نتيجة التفكير المفرط، أما بالنسبة للضغوط المهنية، فقد تكون أقل تأثيرًا على مواعيد النوم واليقظة لدى هؤلاء المرضى بسبب قابليتها للتكيف، فالعمل يُنظر إليه أحيانًا على أنه نشاط منظم يمكن التحكم فيه نسبيًا مقارنة بالضغوط الصحية والأسرية، كما أن مرضى الصداع غالبًا ما يلجؤون لبيئة العمل لتخفيف حدة الضغوط؛ مما يجعل تأثيرها على النوم أقل وضوحًا؛ بالتالي يمكن تفسير غياب العلاقة بين الضغوط المهنية واضطراب النوم بأن طبيعة هذه الضغوط أقل استمرارية وأقل إلحاحًا مقارنة بالضغوط الصحية أو الأسرية؛ مما يجعلها أقل تأثيرًا على الجهاز العصبي والمزاج العام للمرضى، هذا التفسير يعكس الفروق النوعية بين أنواع الضغوط وتأثيرها على الأفراد الذين يعانون من الصداع النصفي والتوتري والعنقودي.

ثانيًا: نتائج الفرض الثاني ومناقشتها

ينص الفرض الثاني على أنه توجد فروق في متغيرات الدراسة (الضغوط النفسية بأبعادها- اضطراب الأرق- اضطراب مواعيد النوم واليقظة) لدى مرضى الصداع التي ترجع إلى بعض المتغيرات الديموجرافية (الجنس- نوع الصداع- العمر- الوظيفة) وللتحقق من هذا الفرض قام الباحث باستخدام اختبار (ت) وتحليل التباين الأحادي والجداول التالية تعرض ذلك:

جدول (11) يعرض الفروق وفقاً للجنس في متغيرات الدراسة

الدلالة	قيمة ت	الإناث ن = 43		الذكور ن = 32		البنود
		ع	م	ع	م	
غير دالة	0.877	6.7	24.5	6.1	25.8	الضغوط المهنية
غير دالة	0.145	5.8	28.9	6.1	29.1	الضغوط الصحية
غير دالة	0.145	6.5	23.6	6.7	23.4	الضغوط الأسرية
غير دالة	1.573	7.5	26.6	8.4	29.5	الضغوط الاقتصادية
غير دالة	0.853	20.9	103.7	21.2	107.8	الدرجة الكلية للضغوط النفسية
غير دالة	0.201	8.5	32.7	7.4	32.3	اضطراب الأرق
غير دالة	0.693	5.6	33.0	7.0	32.0	اضطراب مواعيد النوم واليقظة

يتضح من خلال جدول (11) عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في كل من تراحم الذات ونمو ما بعد الصدمة، ووجود فروق في المساندة الوجدانية المدركة لصالح الذكور.

جدول (12) يعرض الفروق وفقاً لنوع الصداع في متغيرات الدراسة

المتغيرات	التباين	مصدر الخطأ	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	الدالة
الضغوط المهنية	بين المجموعات	80.566	2	40.283	.977	غير دالة	
	داخل المجموعات	2969.3	72	41.241			
الضغوط الصحية	بين المجموعات	66.37	2	33.186	.948	غير دالة	
	داخل المجموعات	2521.4	72	35.020			
الضغوط الأسرية	بين المجموعات	257.89	2	128.94	3.216	0.05	
	داخل المجموعات	2886.7	72	40.094			
الضغوط الاقتصادية	بين المجموعات	341.2	2	20.637	.318	غير دالة	
	داخل المجموعات	4675.3	72	64.936			
الدرجة الكلية للضغوط النفسية	بين المجموعات	1055.7	2	527.85	1.19	غير دالة	
	داخل المجموعات	31744.9	72	440.90			
اضطراب الأرق	بين المجموعات	66.4	2	33.220	.515	غير دالة	
	داخل المجموعات	4646.0	72	64.528			
اضطراب مواعيد النوم واليقظة	بين المجموعات	52.8	2	26.420	.691	غير دالة	
	داخل المجموعات	2751.5	72	38.215			

يتبين من الجدول رقم (12) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية وفقاً لمتغير نوع الصداع (نصفي- توتري- عنقودي) في متغيرات الدراسة مجتمعة (الضغوط النفسية بأبعادها- اضطراب الأرق- اضطراب مواعيد النوم واليقظة)؛ فيما عدا بعد الضغوط الأسرية، ولمعرفة دلالة الفروق تم إجراء اختبار شيفيه والجدول التالي يعرض دلالة الفروق:

جدول (13) يعرض اختبار شيفيه لدلالة الفروق بين متوسطات متغيرات الدراسة تبعاً لمتغير نوع الصداع

الأبعاد	العمر	العدد	متوسط المجموعات	نصفي	توتري	عنقودي
الضغوط الأسرية	نصفي	33	21.8182	1	2.11285	5.18182
	توتري	29	23.9310	2.11285	1	3.06897
	عنقودي	13	27.0000	5.18182	3.06897	1

يتبين من الجدول رقم (13) وجود فروق دالة إحصائية تبعاً لمتغير نوع الصداع في الضغوط الأسرية في اتجاه الصداع العنقودي عند مستوى دلالة بين (0.05).

جدول (14) يعرض الفروق وفقاً للعمر في متغيرات الدراسة

المتغيرات	مصدر الخطأ	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	الدلالة
الضغوط المهنية	بين المجموعات	45.678	2	22.839	.547	غير دالة
	داخل المجموعات	3004.242	72	41.726		
الضغوط الصحية	بين المجموعات	129.144	2	64.572	1.891	غير دالة
	داخل المجموعات	2458.642	72	34.148		

المتغيرات	التباين	مصدر الخطأ	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	الدلالة
		المجموعات					
الضغوط الأسرية	بين المجموعات	داخل المجموعات	37.033	2	18.516	.429	غير دالة
		بين المجموعات	3107.634	72	43.162		
الضغوط الاقتصادية	بين المجموعات	داخل المجموعات	201.110	2	100.555	1.603	غير دالة
		بين المجموعات	4515.557	72	62.716		
الدرجة الكلية للضغوط النفسية	بين المجموعات	داخل المجموعات	462.015	2	231.007	.514	غير دالة
		بين المجموعات	32338.652	72	449.148		
اضطراب الأرق	بين المجموعات	داخل المجموعات	44.635	2	22.318	.344	غير دالة
		بين المجموعات	4667.845	72	64.831		
اضطراب مواعيد النوم واليقظة	بين المجموعات	داخل المجموعات	29.057	2	14.528	.377	غير دالة
		بين المجموعات	2775.290	72	38.546		

تبين من الجدول رقم(14) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية وفقاً لمتغير العمر في متغيرات الدراسة مجتمعة (الضغوط النفسية بأبعادها- اضطراب الأرق- اضطراب مواعيد النوم واليقظة)

جدول (15) يعرض الفروق وفقا للوظيفة في متغيرات الدراسة

التباين المتغيرات	مصدر الخطأ	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	الدلالة
الضغوط المهنية	بين المجموعات	2.496	2	1.248	.029	غير دالة
	داخل المجموعات	3047.424	72	42.325		
الضغوط الصحية	بين المجموعات	17.658	2	8.829	.247	غير دالة
	داخل المجموعات	2570.129	72	35.696		
الضغوط الأسرية	بين المجموعات	80.238	2	40.119	.943	غير دالة
	داخل المجموعات	3064.429	72	42.562		
الضغوط الاقتصادية	بين المجموعات	154.979	2	77.489	1.223	غير دالة
	داخل المجموعات	4561.688	72	63.357		
الدرجة الكلية للضغوط النفسية	بين المجموعات	163.572	2	81.786	.180	غير دالة
	داخل المجموعات	32637.094	72	453.293		
اضطراب الأرق	بين المجموعات	139.952	2	69.976	1.102	غير دالة
	داخل المجموعات	4572.528	72	63.507		
اضطراب مواعيد النوم واليقظة	بين المجموعات	23.423	2	11.712	.303	غير دالة
	داخل المجموعات	2780.924	72	38.624		

تبين من الجدول رقم (15) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية وفقاً لمتغير نوع الوظيفة في متغيرات الدراسة مجتمعة (الضغوط النفسية بأبعادها - اضطراب الأرق - اضطراب مواعيد النوم واليقظة).

من خلال الجداول السابقة يتضح عدم تحقق الفرض القائل بأنه توجد فروق في متغيرات الدراسة (الضغوط النفسية بأبعادها - اضطراب الأرق - اضطراب مواعيد النوم واليقظة) لدى مرضى الصداع التي ترجع إلى بعض المتغيرات الديموجرافية

(الجنس - نوع الصداع - العمر - الوظيفة) بشكل جزئي؛ حيث بينت النتائج عدم وجود فروق في متغيرات الدراسة (الضغوط النفسية بأبعادها - اضطراب الأرق - اضطراب مواعيد النوم واليقظة) وفقاً للجنس - العمر - نوع الوظيفة - نوع الصداع، فيما عدا الضغوط الأسرية كانت الفروق في اتجاه مرضى الصداع العنقودي؛ مما يعني أن مرضى الصداع العنقودي يعانون من الضغوط الأسرية بشكل أكبر من مرضى الصداع النصفي والتوتري.

وفي ضوء تفسير النتائج وفقاً لاتفاقها واختلافها مع نتائج الدراسات السابقة اتفقت نتائج الدراسة الراهنة مع دراسة (Xuexue Deng et al, 2020)؛ (شيخة عوض، 2022) في عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في الضغوط النفسية.

وتعارضت نتائج دراستنا الراهنة مع نتائج دراسة (ناهد سعود، 2014) والتي أظهرت وجود فروق بين الذكور والإناث في الضغوط النفسية في اتجاه الذكور، في حين أسفرت نتائج الدراسة الراهنة عن عدم وجود فروق بين الذكور والإناث، وقد يرجع هذا التعارض إلى اختلاف المقاييس المستخدمة في كل دراسة من الدراستين.

كما تناقضت نتائج الدراسة الراهنة مع نتائج دراسة (Kaiwen et al., 2023) التي أسفرت عن وجود فروق بين الذكور والإناث الضغوط النفسية لصالح الإناث؛ قد يرجع هذا التعارض لاختلاف عينات التطبيق في الدراستين والمقاييس وفروق لصالح الشباب الأكبر سناً تأثراً بالضغوط.

كما تناقضت نتائج الدراسة الراهنة مع نتائج دراسة (أنور حموده، 2008) التي أسفرت عن وجود فروق بين الذكور والإناث في اضطرابات النوم لصالح الذكور؛ قد يرجع هذا التعارض لاختلاف عينات التطبيق في الدراستين؛ حيث كانت عينة دراسة

(أنور حموده) من الشباب الجامعي الفلسطيني؛ فنجد أن الذكور يعانون من القلق الشديد والتوتر والتعب أكثر من الأنثى، بينما اعتمدت الدراسة الراهنة على عينة مرضية.

وفيما يخص الفروق وفقاً لنوع الوظيفة تناقضت نتائج الدراسة الراهنة مع نتائج دراسة (سعود عايد، 2022)؛ (فؤاد صبيبة، رزان اسماعيل، 2014)، التي أسفرت عن وجود فروق في الضغوط النفسية تبعاً لنوع الوظيفة حيث أن العاملين في المجال الطبي يتعرضوا للضغوط بشكل أكثر من المهن الأخرى؛ ويفسر الباحث هذا الاختلاف إلى نوع العينة حيث اعتمدت الدراسة الراهنة على عينة مرضية بينما اعتمدت الدراسة الأخرى على عينة سوية من العاملين في المجال الطبي.

وفيما يخص الفروق وفقاً لمتغير للعمر تعارضت نتائج دراسة (رانيا الصاوي، 2023) مع نتائج الدراسة الراهنة حيث أسفرت عن وجود فروق في الضغوط النفسية تبعاً لمتغير العمر لصالح فئة الشباب (16: 23) عام، وفسرت ذلك أن مرحلة الشباب هي المرحلة التي يستعد فيها الشباب لدخول مجال العمل وتحمل المسؤولية؛ حيث تظهر لديهم الضغوط بشكل أكبر؛ ويفسر الباحث الاختلاف في النتائج إلى نوع العينة حيث اعتمدت الدراسة الراهنة على عينة مرضية بينما اعتمدت الدراسة الأخرى على عينة سوية من طلاب الجامعة. وإلى المقاييس المستخدمة حيث استخدمت الدراسة الراهنة مقياس الضغوط من إعداد الباحث بينما استخدمت دراسة (رانيا الصاوي) مقياس الضغوط النفسية من إعداد كارفر شارلز ترجمة (خيرة شويطر، 2017).

وفيما يخص الفروق وفقاً لنوع الصداع وجد الباحث ندرة شديدة في الدراسات التي اهتمت بالمقارنة في متغيرات الدراسة وفقاً لهذه المتغيرات الديموجرافية.

وفي ضوء تفسير النتائج وفقاً للأطر النظرية فنجد أن الضغوط ترتبط بالأحداث اليومية، فنحن جميعاً نتعرض بلا استثناء لها يومياً ومن مصادر مختلفة؛ فالضغوط تلاحقنا في البيت أو الشارع أو العمل والتعاملات المالية وكذلك الضغوطات الصحية، فتسبب لنا في بعض الأحيان أزمات نقف عاجزين أمام حلها، فعاني من إحباط يشعر الفرد بحاله انفعالية غير سارة؛ تشعر الفرد بالضيق والتهديد وزيادة ضربات القلب والتنفس والتعرق وزيادة شد العضلات ويتم تحفيز عمل الغدد الصماء والتي تكون مسؤوله عن خلق هذه المظاهر الجسمية للفرد؛ فتؤثر على الصحة من خلال تقليل مقاومة الأمراض وجعل الفرد عرضة للمرض؛ فيصاب بالأزمات القلبية، والصداع والأرق (ثامر حسين وعبدالكريم عبدالله، 2014، 125).

كما أن الضغوط ليست قاصرة على الذكور أو الكبار أو البالغين فقط بل يعاني منها الإناث والأطفال أيضاً يمكن أن يعانون من تأثيرات الضغوط (Robert, 1993, 318)؛ فهي ظاهرة إنسانية تنتج عن خبرة حادة مؤلمة ولها تأثيرات على الصحة النفسية والجسدية للأفراد؛ لهذا نجد من الطبيعي أن يواجه الأفراد الضغوط في العمل والشعور بالتوتر والإجهاد في الجسم أو العقل؛ إذ لم يكن هناك تفريغ لهذه الانفعالات وأساليب صحية للتعامل مع هذه الضغوط، ويمكن أن يكون سبب الضغط المهني العمل الكثير أو القليل جداً، ضغط الوقت، والتعب الجسدي، بيئة العمل نفسها، السفر المفرط لساعات طويلة (Amold et al., 1991)؛ هذا يؤكد على أن مختلف الوظائف يتعرض العاملون بها لضغوط مهنية؛ مما يؤكد نتائج الدراسة الراهنة.

كما تعتبر آلام الرأس أكثر الأمراض شيوعاً بين كافة البشر؛ فهو يظهر لدى الأفراد بغض النظر عن المتغيرات الديموجرافية وفي الستينات من القرن الماضي كان القائمون على الإحصائيات ينشرون تقارير مفادها ارتباط سمات معينة للشخصية

بحدوث آلام الرأس، وكانت هذه الاستنتاجات قائمة في معظمها على الانطباعات الإكلينيكية، ووصف جمهور المصابين بصداع على أنهم يعانون من الشعور بالقلق والاكتئاب والعداوة والغضب والوساوس وجمود (روبي محمد وبن هني مونة، 2018).

ونجد أن الصداع العنقودي من الأنواع غير الشائعة للصداع، وغالبا ما يلتبس تشخيصه بغيره من أنواع الصداع ولأسيما الشقيقة والم مثلث التوائم، ومع ذلك فإن الإعاقة والكرب اللذان يسببهما الألم الدوري إضافة إلي العلاج النوعي تجعلان من هذا الداء مرضا عصبيا بالغ الأهمية في الوقت الراهن يشخص الصداع العنقودي على المعايير التي أصدرتها جمعية الصداع الدولية؛ حيث له تميز سريري ومختلف من ناحية الألية المرضية والجينات والعلاج مما يجعله مختلفا بشكل كامل عن بقية أنواع الصداع الأخرى كالشقيقة، ويستمر من أيام إلى أسابيع وهو صداع شديد يشبه الوخز ويتركز في إحدى العينين أو ما حولها ولا يسكن عند النوم ولا يستجيب للمسكنات العادية ويختلف هذا النوع من الصداع عن الشقيقة، ولكنه يشبه ألم العصب الخامس (Silberstein, 2004)؛ وهذا يفسر نتائج الدراسة الراهنة في أن مرضى الصداع العنقودي يعانون من الضغوط الأسرية بشكل أكبر من مرضى الصداع النصفي والتوتري.

ويستخلص الباحث أن عدم وجود فروق في متغيرات الدراسة وفقاً للجنس - العمر - نوع الوظيفة)؛ ووفقاً للملاحظات العملية للباحث أثناء التطبيق أن ذلك قد يرجع إلى أن عينة الدراسة هي عينة مرضية وباختلاف المتغيرات الديموجرافية السابقة يعاني هؤلاء الأشخاص من الصداع ويتشابهون في خبرات الألم ومع تداخل أعراض الألم والجوانب النفسية والانفعالية يؤثر ذلك بشكل أكبر في الضغوط النفسية واضطرابات النوم أكثر من المتغيرات الديموجرافية، أما بخصوص أن مرضى الصداع العنقودي

يعانون من ضغوط أسرية بشكل أكبر من مرضى الصداع النصفي أو التوتر، يمكن تفسير ارتباط الصداع العنقودي بنوبات ألم شديدة الحدة ومتكررة تؤثر بشكل مباشر على الحياة العائلية؛ مما يزيد من الضغوط الناتجة عن محاولة التكيف مع هذه الحالة.

نتائج الفرض الثالث ومناقشتها

ينصُّ الفرض الرابع على أنه: تسهم الضغوط النفسية بأبعادها في التنبؤ باضطرابي الأرق ومواعيد النوم واليقظة لدى عينة من مرضى الصداع؛ واستعان الباحث بتحليل الانحدار الأحادي؛ للتحقق من صحة الفرض والجدول التالية تعرض ذلك.

جدول (16) يعرض لتحليل انحدار الضغوط النفسية بأبعادها في التنبؤ باضطراب الأرق

مربع الارتباط	الارتباط	مستوى الدلالة	ف	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	المتغيرات المنبئة
0.155	0.394	0.001	13.3	729.83	1	729.83	الانحدار	الضغوط المهنية
				54.557	73	3982.6	الخطأ	
0.486	0.697	0.001	69.1	2291.6	1	2291.6	الانحدار	الضغوط الصحية
				33.162	73	2420.7	الخطأ	
0.189	0.435	0.001	17.0	890.69	1	890.69	الانحدار	الضغوط الأسرية
				52.353	73	3821.7	الخطأ	
0.07	0.269	0.05	3.93	240.74	1	240.74	الانحدار	الضغوط الاقتصادية
				61.257	73	4471.7	الخطأ	
0.288	0.536	0.001	29.4	1354.8	1	1354.8	الانحدار	الدرجة الكلية للضغوط النفسية
				45.995	73	3357.6	الخطأ	

جدول (17) يعرض لإسهام الضغوط النفسية بأبعادها في التنبؤ باضطراب الأرق

إسهام المتغير	مستوى الدلالة	قيمة (ت)	الوزن النسبي بيتا	المعامل البنائي B	ثابت الانحدار			المتغير
					مستوى الدلالة	قيمة ت	المعامل البنائي B	
%15	0.001	3.658	0.394	0.489	0.001	5.84	20.27	الضغوط المهنية
%48	0.001	8.313	0.697	0.941	0.116	1.59	5.320	الضغوط الصحية
%18	0.001	4.125	0.435	0.532	0.001	6.36	20.03	الضغوط الأسرية
%7	0.05	1.999	0.269	0.301	0.001	7.95	26.26	الضغوط الاقتصادية
%28	0.001	5.427	0.536	0.203	0.001	2.76	11.12	الدرجة الكلية للضغوط النفسية

جدول (18) يعرض لتحليل انحدار الضغوط النفسية بأبعادها في التنبؤ باضطراب مواعيد النوم واليقظة

مربع الارتباط	الارتباط	مستوى الدلالة	ف	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	المتغيرات المنبئة
0.327	0.572	0.001	35.5	917.99	1	917.99	الانحدار	الضغوط الصحية
				25.840	73	1886.3	الخطأ	
0.141	0.375	0.001	11.9	394.68	1	394.68	الانحدار	الضغوط الأسرية
				33.009	73	2409.6	الخطأ	
0.078	0.278	0.01	6.13	217.44	1	217.44	الانحدار	الضغوط الاقتصادية
				35.437	73	2586.8	الخطأ	
0.181	0.424	0.001	15.9	503.76	1	503.76	الانحدار	الدرجة الكلية للضغوط النفسية
				31.515	73	2300.5	الخطأ	

جدول (19) يعرض لإسهام الضغوط النفسية بأبعادها في التنبؤ باضطراب مواعيد النوم واليقظة

إسهام المتغير	مستوى الدلالة	قيمة (ت)	الوزن النسبي بيتا	المعامل البنائي B	ثابت الانحدار			المتغير
					مستوى الدلالة	قيمة ت	المعامل البنائي B	
%32	0.001	5.960	0.572	0.596	0.001	5.19	15.33	الضغوط الصحية
%14	0.001	3.458	0.375	0.354	0.001	9.69	24.23	الضغوط الأسرية
%7	0.01	2.477	0.278	0.215	0.001	10.5	26.59	الضغوط الاقتصادية
%18	0.001	3.998	0.424	0.124	0.001	5.85	19.50	الدرجة الكلية للضغوط النفسية

يتضح من الجداول السابقة تحقق الفرض القائل تسهم الضغوط النفسية بأبعادها في التنبؤ باضطرابي الأرق ومواعيد النوم واليقظة لدى عينة من مرضى الصداع بشكل شبه كلي؛ حيث أسفرت النتائج عن إسهام أبعاد الضغوط النفسية ومجموعها الكلي في التنبؤ باضطراب الأرق؛ وإسهام أبعاد الضغوط النفسية وأبعادها في التنبؤ باضطراب مواعيد النوم واليقظة فيما عدا بعد الضغوط النفسية الذي لم يسهم بالتنبؤ باضطراب مواعيد النوم واليقظة؛ مما يعني أن الضغوط النفسية بأبعادها تُعد مؤشراً قوياً في التنبؤ باضطرابي الأرق ومواعيد النوم واليقظة لدى عينة من مرضى الصداع.

وفي ضوء اتفاق تفسير النتائج وفقاً للدراسات السابقة اتفقت نتائج الدراسة الراهنة مع نتائج دراسات (Raija et al., 2000)؛ (Xuexue Deng et al., 2020)؛ (al Kaiwen et al., 2023) التي أوضحت دور الضغوط النفسية في التنبؤ باضطرابات النوم والأرق.

وفي ضوء تفسير النتائج وفقً للأطر النظرية يزخر التراث النظري بذلك؛ حيث يُعتقد أن الضغوط النفسية عامل رئيس في تفاقم تطور اضطراب الصداع، مما يؤدي إلى تحول الحالة العرضية إلى حالة مزمنة. كما يلعب دوراً غير مباشر من خلال التأثير على عوامل أخرى مثل النوم وسلوك الأكل والقلق والاكتئاب وغيرها من الحالات المرضية المصاحبة التي تزيد من احتمالية الإصابة بالصداع المزمن (Sung et al., 2023) فإن تعرض الفرد لمواقف ضاغطة يجعله يشعر بالتوتر واضطراب نفسي؛ ومن المتعارف عليه أن الانفعال يتبعه دائماً تغيرات في ضغط الدم والتنفس وبعض الاضطرابات الهضمية، فإذا استمرت هذه التغيرات تصبح مزمنة وتؤدي إلى بعض الاضطرابات ومنها الصداع النصفي واضطرابات النوم، والاضطرابات القلبية (عبير الصبان، 2003)؛ فنجد أن الضغوط النفسية تتميز بأعراض ومظاهر عديدة يمكن أن تؤثر على كافة الجوانب الشخصية (الجسدية، والانفعالية والسلوكية)؛ مما يعود بالسلب على أداء الفرد ومردوده اليومي في حياته، ويختلف الضغط بين الأفراد حسب المواقف الذي يوجد فيه كل فرد؛ فإذا تضمنت الضغوطات النفسية مطالب وحاجات في حدود قدرة الشخص وإمكانياته استطاع تحقيقها؛ حينها يحدث التكيف ويقل التوتر؛ بينما إذا تضمنت هذه الضغوط مطالب فوق طاقة وقدرة احتمال الفرد عليها؛ يحدث حينها سوء التكيف والاضطراب، حيث إن (80%) من الأمراض الحديثة سببها الضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد؛ فعندما يتعرض الفرد لمواقف ضاغطة تتطلب عمليات توافق وتكيف معها قد لا يستطيع الفرد القيام بها مما يؤدي إلى اضطراب النوم واليقظة لدية (إيمان محمد، 2020).

وهذا ما أكده (أحمد الغرير وأحمد عبداللطيف، 2009، 60) حيث أشار إلى أن التعرض للضغوط النفسية يؤدي إلى تأثيرات سلبية على حياة الفرد، مما يفرض متطلبات فسيولوجية أو اجتماعية أو انفعالية أو نفسية أو الجمع بينهما، وهذا يؤدي

بالفرد إلى حشد كل طاقته لمواجهة هذه الضغوط؛ مما يُظهر أعراض فسيولوجية بغرض الدفاع عن الذات والمحافظة على الحياة، وأنها تنتج من حشد الفرد لطاقاته من أجل مواجهة الضغوط النفسية التي يتعرض لها (العزیز، أبو أسعد، 2009، 60)، كما أن هذه الأعراض تظهر من خلال مراحل التكيف الثلاثة وهي على النحو التالي المرحلة الأولى: حيث يدرك الفرد فيها خطورة ما يتعرض له من عوامل؛ فتتشط ميكانيزمات التكيف لديه، كما تتشط الدفاعات الفسيولوجية وهو ما يؤدي إلى إفراز هرمون الأدرينالين في الدم وزيادة ضربات القلب وضغط الدم بالإضافة لضيق التنفس. المرحلة الثانية: وتسمى مرحلة المقاومة حيث يبدأ الفرد في مقاومة العوامل المسببة للضغط؛ وعندما تكون قدرة الجسم غير كافية لمواجهة العوامل المسببة للضغط؛ تنشأ حينها الاضطرابات السيكوسوماتية. المرحلة الثالثة: وهي مرحلة الإجهاد يؤدي ضعف المقاومة وعدم كفايتها مع الاستخدام المستمر لميكانزمات التكيف إلى انهك الفرد؛ فتتخفص قدرته على الأداء وعلى مقاومة الأمراض فيصاب بالاضطرابات (Levin & Scotch, 1970, 114).

لذلك نجد أن ظهور الاضطرابات النفسية يرتبط بأنماط الضغوط النفسية التي يعاني منها الفرد؛ فبداية ظهور وتطور الاضطراب تجئ إثر التعرض للتغيرات والأحداث الحياتية الضاغطة، كالفشل الدراسي، أو الفصل من العمل، أو الضغوطات الأسرية والاقتصادية، حيث إن اضطرابات النوم نتيجة منطقية للشعور بتزايد الضغوط، وينطبق هذا على الأمراض النفسية الخفيفة كالقلق والاكتئاب، والاضطرابات النفسية الشديدة كالقصاص والانتحار (أحمد نايل وأحمد عبداللطيف، 2009، 208).

ويستخلص الباحث أن كلما زادت الضغوط النفسية التي يتعرض لها الأفراد كلما زادت احتمالية إصابته باضطرابات النوم؛ هذا بسبب عجز الفرد عن تحقيق التوافق السوي والمناسب في أثناء مواجهته للضغوط النفسية المحيطة به والتي تقوده

إلى سلسلة من الأعراض الجسدية؛ كما تؤدي إلى فقدان قدرته على السيطرة على إدارة الانفعالات بمرونة مناسبة؛ ومما لا شك فيه أن الضغط النفسي يُضعف مناعة الجسم تجاه الأمراض المختلفة، كما أن إصابة الأفراد بالصداع وعایشتهم لخبرات الألم يضع الضغوط الصحية في مقدمة الضغوط التي يكابدها الفرد والتي قد تساعد في التنبؤ باضطرابات النوم بشكل أكبر، كما أن الضغوط المهنية والأسرية والاقتصادية بدورها تأخذ حيزًا كبيرًا من تفكير الفرد وتؤثر على انفعالاته ومشاعره، مما قد يؤثر على صعوبة دخول الفرد في النوم نتيجة هذا التفكير؛ بالتالي إصابته بالأرق أو اضطراب مواعيد النوم واليقظة، أما فيما يخص عدم إسهام الضغوط المهنية في التنبؤ باضطرابات النوم تجدر الإشارة إلى أن الضغوط المهنية قد تكون أقل تأثيرًا بسبب طبيعتها المؤقتة وإمكانية التحكم النسبي فيها، مما يجعل تأثيرها على مواعيد النوم واليقظة أقل وضوحًا مقارنة ببقية الأبعاد.

توصيات الدراسة

بناءً على نتائج الدراسة، يمكن تقديم التوصيات التالية:

- 1- ضرورة تصميم برامج علاجية شاملة تستهدف إدارة الضغوط الصحية، الأسرية، والاقتصادية لدى مرضى الصداع، لتحسين جودة حياتهم وتقليل تأثير الضغوط على اضطرابات النوم.
- 2- تقديم برامج مرتكزة على الأسرة خاصة بمرضى الصداع العنقودي، نظرًا لمعاناتهم الأكبر من الضغوط الأسرية مقارنة بأنواع الصداع الأخرى.
- 3- إدراج آليات إدارة التوتر والعلاج المعرفي السلوكي لتحسين الأرق واضطرابات النوم، مع مراعاة التأثيرات المختلفة لأبعاد الضغوط النفسية.
- 4- تنظيم ورش عمل وبرامج توعوية لتثقيف مرضى الصداع وأفراد أسرهم حول كيفية التعامل مع الضغوط النفسية؛ خاصة الضغوط الأسرية وتأثيرها على الصحة العامة والنوم.

5- تعزيز خدمات العيادات المتخصصة مثل عيادة الصداع بمستشفى الدمرداش ومركز إرادة، لتوفير تقييم نفسي متكامل يشمل قياس الضغوط النفسية واضطرابات النوم كجزء من الرعاية العلاجية.

مقترحات الدراسة

بناءً على نتائج الدراسة، يمكن تقديم المقترحات التالية لدراسات مستقبلية أو تطبيقية محددة:

1- التوسع في دراسة العلاقة بين الضغوط المهنية واضطرابات النوم باستخدام عينات أكبر وأكثر تنوعاً، لاختبار النتائج الحالية وتحديد متغيرات إضافية قد تؤثر على العلاقة.

2- إجراء دراسة لفحص فعالية برامج علاجية تهدف تعديل أساليب مواجهة الضغوط لدى العاملين في المجال الطبي.

3- إجراء دراسات لفحص كيف يؤثر العمر على استجابة الأفراد للضغوط النفسية وكيفية تصميم تدخلات نفسية تتناسب مع مختلف الأعمار، خاصةً في الفئات العمرية الأصغر أو الأكبر.

4- دراسة الأسباب الكامنة وراء غياب تأثير الضغوط المهنية على اضطراب مواعيد النوم واليقظة بشكل أعمق، مع التركيز على طبيعة العمل، ساعات العمل، ومستوى الدعم المهني.

5- إجراء دراسات تستكشف دور الدعم الأسري أو غيابه في التأثير على مستويات الضغوط الأسرية لدى مرضى الصداع العنقودي، لتطوير استراتيجيات تدخل فعالة.

6- استقصاء العلاقة بين اضطراب الأرق والضغوط النفسية من خلال دمج قياسات بيولوجية مثل مستويات الكورتيزول أو نشاط الجهاز العصبي الذاتي لتوضيح الآليات الوسيطة.

المراجع

- أحمد الغرير واحمد عبداللطيف (2009). *التعامل مع الضغوط النفسية*، عمان: دار الشروق.
- أحمد صالح (2018). *الضغوط النفسية المدركة وعلاقتها بدافعية الإنجاز والتوافق الأكاديمي لدى عينة من طلاب الجامعة، مجلة كلية التربية بأسبوط، 9(34)، 297-332.*
- أحمد عكاشة (2010). *الطب النفسي المعاصر*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- أحمد عكاشة وطارق عكاشة(2013). *الطب النفسي المعاصر*. ط 15، مكتبة الأنجلو المصرية.
- أحمد عبد الخالق (2001). *سلوك النوم وعاداته لدى المراهقين الكويتيين ، دراسات نفسية ، 11 (1) ، 3-28 .*
- أحمد نايل وأحمد عبداللطيف(2008). *التعامل مع الضغوط النفسية*، عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- أنطوان نعمة(2002). *المنجد في اللغة العربية المعاصرة*، بيروت دار المشرق.
- أنور الحمادي (2014). *خلاصة الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية* بيروت:الدار العربية للعلوم والنشر.
- أنور حمودة (2008). *المواقف الحياتية الضاغطة وعلاقتها باضطرابات النوم واليقظة لدى طلبة جامعة الأقصى في محافظة غزة من الجنسين المتزوجين وغير المتزوجين، مجلة الجامعة الإسلامية ، 16 ، 2 ، 585 : 630 .*

- إيمان محمد (2020). الضغوط النفسية لدى طالبات الجامعة وعلاقتها باضطرابات النوم لديهن، مجلة كلية الآداب، جامعة سوهاج، 54 ، 337:383.
- إيمان محمود (2022) الضغوط النفسية وعلاقتها بالصلابة النفسية لدى طلاب الجامعة، مجلة كلية الآداب، 71،1، 10:23 .
- ثامر حسين وعبدالكريم عبدالله (2014). سيكولوجية الضغوط النفسية وأساليب التعامل معها، عمان، الحامد للنشر والتوزيع.
- حامد زهران (1997). الصحة النفسية والعلاج النفسي ، ط3 ، القاهرة ، عالم الكتب .
- حسام اسماعيل، ساره طه وإنجي أحمد (2023). الخصائص السكومترية لمقياس الضغوط النفسية، مجلة الارشاد النفسي، جامعة عين شمس، 2، (29)، 57:74 .
- حنان شوقي (2013). برنامج وقائي باستخدام الفنون لتعديل اضطرابات النوم لدى الاطفال الروضة . دراسات عربية في التربية وعلم النفس ، 4(34) ، 329:364.
- خالد محمد (2012). أعراض القلق الناتج عن الضغوط النفسية لدى عمال الشبه: دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بعين الباردة، مجلة العلوم الإنسانية، 34، 522:537 .
- خالد محمد (2012). الصلابة النفسية وعلاقتها بأساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية المتفوقين دراسياً والعادين بمدينة مكة المكرمة. (رسالة ماجستير غير منشورة). كلية التربية، جامعة أم القرى.
- خديجة عميري (2017). الضغوط النفسية وتأثيرها على أداء المعلم، كلية العلوم الإنسانية. (رسالة ماجستير غير منشورة). والاجتماعية، جامعة احمد دراية أدرار، الجزائر

- دمدم ريمة (2022). الاضطرابات النفسية والعمليات المعرفية لدى مرضى الصداع النصفي. (الشقيقة) . رسالة دكتوراه ، كلية العلوم الاجتماعية جامعة الجزائر .
- رانيا الصاوي(2023). أساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى الشباب الجامعي، مجلة كلية الآداب، جامعة بني سويف، 62، 376:422.
- روبي محمد وهني مونة (2018).الصداع التوترى وعلاقته بخفض الصحة النفسية لدى اساتذة التعليم الثانوي دراسة ميدانية ببعض ثانويات ولاية تبارت ، مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية ، 8 ، 244:264.
- زينب شقير(2002). الشخصية السوية والمضربة، الطبعة الثانية، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
- زينب شقير (2005) الاكتشاف المبكر والتشخيص التكاملى لغير العاديين. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية
- زينب شقير (2010). جودة الحياة واضطرابات النوم لدى الشباب ., رابطة الأخصائيين النفسيين , (2), 790:773.
- سحر أحمد (2013). أساليب مواجهة الضغوط وسمات الشخصية لدى المتوافقين وغير المتوافقين زوجيا. (رسالة ماجستير غير منشورة).كلية الآداب.
- سعد شاهين وخوله حسن(2014). قياس الضغوط النفسية لمرضى القولون العصبي، مجلة أبحاث ميسان، 10، 20، 187:220 .
- سعود عايد(2022). مواجهة الضغوط النفسية كمنبئات بالكفاءة الذاتية لدى الممارسين الصحيين بمدينة حائل أثناء جائحة كوفيد19،كلية التربية، المجلة التربوية، جامعة سوهاج،102، 19:229.

سلاف مشري (2016). الضغط النفسي في المجال المدرسي: المفهوم والمصادر واستراتيجيات المواجهة، مجلة كلية التربية الأساسية للعلوم التربوية والإنسانية 29، 1، 26.

شيخة عوض (2022). الضغوط النفسية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى عينة من معلمي محافظة الظاهرة، المجلة العلمية التربوية والصحة النفسية، عمان، 4، 5، 199: 224 .

طه عبدالعظيم وسلامة عبدالعظيم (2006). استراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية، عمان، دار الفكر .

عادل خضر وخالد محمد (2013). إعداد مقياس أنماط اضطرابات النوم لدى الراشدين والمسنين في المجتمع المصري. مجلة علم النفس، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (96)، 48-64.

عايده حسن (2001). ضغوط الحياة والتوافق الزوجي والشخصية لدى المصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية والسويات _ دراسة مقارنة _ (رسالة ماجستير) كلية الآداب جامعة عين شمس.

عبد الحميد عبدوني (2010). العمل الليلي ودوره في ظهور بعض الاضطرابات الارق وفرط النوم وجدول اضطرابات النوم واليقظة لدى عمال الورديات الليلية: دراسة ميدانية بمصنع الأجر الأحمر بسكرة، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، (3)، 109: 131.

عبد الستار إبراهيم، عبد العزيز الدخيل ورضوى إبراهيم (1993). العلاج السلوكي للطفل، أساليب ونماذج من حالاته. الكويت، سلسلة عالم المعرفة، العدد (180)، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

عبد المنعم الحفني (1978). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي ، الجزء الأول
القاهرة ، مكتبة مدبولي.

عبير الصبان(2003). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والاضطرابات
السكوبوماتية لدى عينة من النساء السعوديات المتزوجات العاملات في مدينتي
مكة المكرمة وجدة، (رسالة دكتوراة)، جامعة ام القرى.

فاتن قنصوه (2015). بعض الخصائص المعرفية والفسولوجية والسلوكية المرتبطة
باضطرابات النوم "الأرق العابر مقابل الأرق المزمن لدى المسنين". الجمعية
المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي-مصر، 3(3)، 386-428.

فؤاد صبيبة ووزان اسماعيل(2014). مصادر الضغوط المهنية لدى عينة من
المرضى والممرضات، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سوريا،
37، 147:160 .

ليندساي جاهنشاهي (2000). فحص اضطرابات النوم. في: س.ل. ليندزاي، ج.بول
(محرران) مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين، ترجمة: صفوت فرج،
القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

مايسة النيال (2018). مشكلات النوم وعلاقتها ببعض الاضطرابات الانفعالية دراسة
إمبيريقية لدى عينة من طالبات جامعة قطر، مجلة مركز البحوث التربوية ، 2(4)
، 77 : 106 .

مجدي محمد وسمير محمد (2008). فاعلية العلاج السلوكي والعلاج العقلاني
الانفعالي السلوكي في علاج الأرق لدى طلبة الجامعة. (رسالة ماجستير غير
منشورة)، جامعة القاهرة.

مجدي محمد (2006). اضطرابات النوم، الأسباب- التشخيص- الوقاية والعلاج. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية

مجدي محمد و سميرة شند(2008). فاعلية العلاج السلوكي والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في علاج الأرق لدى عينة من طلاب الجامعة. دراسات في الصحة النفسية، المجلد الثاني، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية
محمد السيد (1979). العوامل النفسية في أمراض الصداع النفسي ، مجلة التربية ، ع 4635 ، 47.

محمد عسيري(2011). الضغوط المهنية لدى معلمي المرحلة الابتدائية بمدينة تبوك بالمملكة العربية السعودية في ضوء بعض المتغيرات، جامعة الملك سعود، العلوم التربوية والدراسات الإسلامية، 24 ، 3 ، 1001 : 1032 .

محمد عبد الصبور (2021). دور نوعية الحياة والمعتقدات المختلفة حول النوم في التنبؤ ببعض اضطرابات النوم لدى المراهقين. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، كلية الآداب جامعة جنوب الوادي.

محمد علي (2004). الضغوط النفسية ومواجهتها، القاهرة ، دار النشر ابن سينا. سارة طلبة(2016). الوحدة النفسية كمتغير وسيط بين أساليب مواجهة الضغوط وأعراض السيكوسوماتية.(رسالة ماجستير غير منشورة). كلية الآداب، جامعه المنوفية.

ناهد سعود (2014). أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بمستوى الاضطراب النفسي الجسدي (السيكوسوماتي)، مجلة جامعة دمشق، 30، 2، 237 : 270 .

- نهال جول (2017). التشوهات المعرفية لدى مرضى الصداع النصفي في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية، رسالة ماجستير، كلية الآداب جامعة عمان الأهلية.
- هانز رينكر (2009). علم النفس الإكلينيكي أشكال من الاضطرابات النفسية في سن الرشد. ترجمة: سامر جميل رضوان، غزة: دار الكتاب الجامعي.
- هبة بهي الدين (1992). تباين تأثير العائد الحيوي على خفض الصداع النفسي بتباين متغيرات الشخصية . رسالة دكتوراه ، كلية الآداب جامعة طنطا .
- وليد الديب (2017). الطب والحياة : الصداع ..أنواعه .. ومسبباته ، مجلة الأمن والحياة ، ع 111، 418-113 .

المراجع الأجنبية

- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- Amico,B.(2004).treatment strategies in patients. *Iranian journal of public*,41(2),242-249.
- Amold,I.,Carry,T,.,Cooper,S.(1991).understanding human behavior the work place _ *work psychology London pitman publishing*,4, 42: 46.

- Arao,B,. Henrik,w,. Mario ,f,. Juliane,p,.Andre,R,.Yuan, P,. Maria,d,.Lucas,K,.Paulo,A,.Rigmor,H,.Isabela,m,.Rosane,h &Alessandr,w,c.(2024). Does physical activity and inflammation mediate,thejob,stress-headache relationship? A sequential mediation analysis in the ELSA-Brasil study,*Brain, Behavior and Immunity*,120,187:198.
- Baumeister, R. (2007). *Encyclopedia of social psycholog.* London. Sage Publications
- Chokroverty,S,. ferini-strambi,l,(2017).*oxford textbook of sleep disorders*,oxford.
- Christopher,D,.gary,R,.timothy,R,.holly,S,.thomas,R,. (2004).vulnerability to stress related sleep disturbance and hyperarousal,*sleep disorder and research center*,27,2,91:285.
- Colten, H., & Altevogt, B.(2006). *Sleep disorders and sleep deprivation: an unmet public health problem.* Washington: National Academies of Science Press.
- Daniel, P,. Paul,R,.Mark,J,.Siavash,B.(2022).Dysfunctional sleep beliefs and behaviours: psychological factors in sleep related headaches,*behavior research and theraby*,153,1:8.
- Daniela,P,. Arianna,B,. Dario ,E,. Melania,E,. Anna,L,. Giovanni,D,.Pasquale,P,.Oliviero,B.(2022). Psychological disorders, adverse childhood experiences and parental psychiatric disorders in children affected by headache: A systematic review, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 140,1:13.

- Edinger, J., & Means, M.(2005). Cognitive- Behavioral therapy for primary insomnia. *Clinical Psychology Review*, 25(5), 539-558
- Elizabeth,A., Emily,K., Tina ,G,. Gretchen,L,.& Leslie,E,.(2024). The day-to-day influence of trauma exposure and sleep dysfunction on everyday stress in youth at familial high-risk for psychotic disorders. *Schizophrenia Research* 274 , 535–544.
- Furukawa, C. & Morioka, I.(2017). Health-related quality of life and sleep disorders in patients with a urostomy. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*, 44(4),358-362.
- Harvey, A.(2002). A cognitive model of insomnia. *Behavioral Research & Therapy*, 40(8), 869-893.
- Kaiwen,B,. Christian,S,. Yunyu,X,.& Paul ,S.(2023) .The Indirect Effect of Sleep on the Association Between Protracted Social Stressors and Psychological Distress Among Hong Kong Young People, *Journal of Adolescent Health* 72 ,788:795.
- Kang, A., Pearlstein, T. & Sharkey, K.(2020). Changes in quality of life and sleep across the perinatal period in women with mood disorders. *Quality of Life Research*, 125(4),1-8.
- Kotagal,S. pianosi,p,.(2006).sleep disorders in children and adolescents,*expert care digestive health*,75,332:828.
- Lazarus, R. (2006). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York. Springer publishing company.
- Levin,s,.Scotch,N.(1970). Social stress,adline publishing company,7,37:55.

- Low, N.; Meri, C.; kangas, J.; Singh, H.; Frier, B. & Merikangas, k. (2004). A Review of Migraine and Mood Disorders , *Psychiatric Annals, proquest psychology Journals*, 34(6),33-4.
- Lu, S.; Fun, N.; Juang, k.; Barry, M.& Crosby, C. & wang, S.(2000). Migraine prevalence in Adolescents aged 13-18:a Student Population based study in Taiwan. *Cephalalgia* , 20(7), 479-489.
- Morin, C., & Belanger, L.(2011). Chapter 11- cognitive therapy for dysfunctional beliefs about sleep and insomnia. *Behavioral Treatments for Sleep disorders*; 107-118.
- Peres,M.,Stiles,A.,Siow,H.,Rozen,T,.Young,W,.Silbersteins,S,(20 01).Greater occipital nerve blockade for cluster headache ,university Philadelphia,usa,*Jefferson headache center*,7,101: 502.
- Raija,K,. Leena,T, Mikko,H,. Esko,P,.& Pertti,H,(2000) Job stress and sleep disorders findings from the Helsinki heart stydy, *Stress Medicine*,16,65:75.
- Roberts, R.(1993). Depression and insomnia among adolescents: a prospective perspective. *Journal of Affective Disorders*, 148(1),66-71.
- Roca, J., Fuentes, L., Marotta, A., Ramon, M., Castro, C., Lupianez, J. & Martella, D.(2012). The effects of sleep deprivation on the attentional functions and vigilance. *Acta Psychologica*, 140(2),164-176.
- Senol, V., Soyuer, F. & Argun, M.(2013). Quality of life of elderly nursing home residents and its correlates in kayseri. A descriptive-analytical design: across-sectional study. *Health*, 5(2),212-221.

Silberstein,C.,(2004).migraine pathophysiology and its clinical implication, *Jefferson headache center*, Philadelphia,usa,24,2:7.

Sung, H.Dong,I.,Sang,S.(2023).The insufficiency of a simple stress question in assessing stress for chronic daily headache in clinical practice, *Clinical Neurology and Neurosurgery* 233,1:5.

Xuexue, M, Xuelian Liu, M, Ronghua Fang, M.(2020). Evaluation of the correlation between job stress and sleep quality in community nurses, *Medicine* , 99:4.

Yamawaki, H., Futagami, S., Shimpuku, M., Sato, H., Wakabayashi, T., Maruki, Y., Kodaka, Y., Nagoya, H., Shindo, T., Kawagoe, T. & Sakamoto, C.(2014). Impact of sleep disorders, quality of life and gastric emptying in distinct subtypes of functional dyspepsia in japan. *Journal of Neurogastroenterol Motil*, 20(1),104-112.

Dimensions of psychological stress predicting insomnia and sleep and wakefulness disorders in a sample of headache patients

Dr. Ibrahim Hassan Mohamed Hassan
Lecturer, Faculty of Arts, South Valley University

Abstract:

The current study aimed to know the contribution of psychological stress dimensions in predicting insomnia and sleep-wake schedule disorders in a sample of headache patients; The sample included (75) headache patients (migraine - tension - cluster) in the age range of (20: 47) years, with an average age of (31.9) and a standard deviation of (6.5), who were selected from headache patients visiting the headache clinic at Demerdash University Hospital in Cairo, and the Erada Center for Psychiatry and Addiction Treatment in Qena and Luxor Governorates. The psychological stress scale prepared by the researcher was applied to them, and the insomnia disorder and sleep-wake schedule scales prepared by (Mohamed Abdel-Sabour, 2021). The results showed a positive relationship between the dimensions of psychological stress and their total score and insomnia disorder. The results also revealed a relationship between (health, family, economic stress, and the total degree of stress) and sleep-wake schedule disorder. On the other hand, the results did not show a relationship between

professional stress and sleep-wake schedule disorder; On the other hand, the results did not show any differences in the study variables (dimensions of psychological stress, insomnia disorder, sleep-wake schedule disorder) according to gender, age, job type, or headache type, except for family stress, where the differences were in favor of cluster headache patients. Finally, the study showed that the dimensions of psychological stress and their total sum contribute to predicting insomnia and sleep-wake schedule disorders, except for the occupational stress dimension, which did not contribute to predicting sleep-wake schedule disorder.

Keywords: Psychological stress - insomnia and sleep and wake schedule disorders - headache