اضطراب القلق العام وأعراض الاكتئاب وعلاقتهما بالكوابيس لدى طلاب الجامعة

أحمد كمال البهنساوي (*) زيد حسانين زيد عبد الخالق
جامعة أسيوط

(قدم للنشر في 1442/3/14هـ، وقبل للنشر في 1443/2/23هـ)

ملخص: هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين اضطراب القلق العام وأعراض الاكتئاب بالكوابيس، ومدى إمكانية التنبؤ بالكوابيس من خلال اضطراب القلق العام وأعراض الاكتئاب لدى طلاب الجامعة، وتكونت عينة الدراسة من (434) طالبًا وطالبة، تراوحت أعمارهم ما بين (18- 24) عامًا، واستخدم بهذه الدراسة مقياس اضطراب القلق العام (GAD-7)، واستبيان صحة المريض لتشخيص الاكتئاب (PHQ-9)، واستبيان خبرة الكوابيس (NEQ)، وأظهرت الدراسة وجود علاقة ارتباط إيجابي بين كل من اضطراب القلق العام وأعراض الاكتئاب بالكوابيس وأبعاده الفرعية، كما توصلت الدراسة إلى إمكانية التنبؤ من خلال اضطراب القلق العام وأعراض الاكتئاب بالكوابيس وأبعاده الفرعية.

كلمات مفتاحية: اضطراب القلق العام، أعراض الاكتئاب، الكوابيس.

*****

General anxiety disorder and depressive symptoms and their relationship to nightmares among university students

Ahmed K. A. El-Bahnsawy(*) Zeid H. Z. Abd elKhalek
Assiut University

. (Received 31/10/2020, accepted 30/9/2021)

Abstract: The study aimed to find out the relationship between general anxiety disorder and depressive symptoms of nightmares and the extent to which nightmares could be predicted through general anxiety disorder and depressive symptoms among university students. The study sample consisted of 434 students, whose ages ranged between 18 and 24 years. In this study, using the General Anxiety Disorder Scale (GAD-7), the Patient Health Questionnaire for Diagnosing Depression (PHQ-9), and the Nightmare Experience Questionnaire (NEQ), the study showed a positive correlation between generalized anxiety disorder and depressive symptoms of nightmares and their sub-dimensions. The study indicates predictability through generalized anxiety disorder and depressive symptoms of nightmares and their sub-dimensions.

Keywords: Generalized anxiety, depression symptoms, nightmares.

(*) للمراسلة:

أستاذ ورئيس قسم علم النفس، كلية الآداب-جامعة أسيوط.

(*) Corresponding Author:

Professor and Head of Psychology Department, Faculty of Art, Assiut University

DOI: 10.12816/0061535

e-mail:Dr_ahmedkamal83@yahoo.com

مقدمة

يُعد القلق من أكثر الأعراض النفسية السلبية التي يعاني منها الإنسان في العصر الحالي على المستوى العالمي بشكل لم يشهده العالم من قبل، حيث إن هذه الأعراض تترك آثارًا سلبية على الإنسان سواء من الناحية النفسية والجسمية والأسرية والمهنية، وإذ لم يتم التفاعل السليم والتدخل العلاجي في الوقت المناسب مع كل هذه الأعراض فإنها غالبًا ما تتحول إلى أمراض مزمنة وتؤدي إلى سوء التكيف وتدهور في العلاقات. كما أن الاكتئاب حالة من الهم والحزن والانطواء والانصراف عن الاستمتاع بالحياة، يصاحبه نقص في النشاط والحماس والفتور (طه, 2010، ص: 396). كما يصاحب الاكتئاب مجموعة من الأعراض الإكلينيكية التي توضح الحالة النفسية والمزاجية للفرد والتي تشمل الحزن الشديد، والشعور بالإحباط، وفتور الهمة وعدم الاستمتاع بأي شيء والشعور بالتعب والإرهاق عند القيام بأي نشاط وضعف القدرة على التركيز، وعدم القدرة على اتخاذ القرارات والشعور بالذنب والإحساس بالتفاهة وعدم القيمة وعدم القدرة على النوم وانعدام الثقة بالنفس (نوفل, 2016). ومن أسباب اضطرابات النوم، الاضطرابات الانفعالية والقلق والتوتر والاكتئاب وعدم الشعور بالأمن والراحة وقراءة القصص المثيرة أو المخيفة، والخوف من الظلام بالنسبة للأطفال والنوم المنفرد والهروب من مواجهة مشكلات الحياة إلى النوم وعدم تخفيف الدوافع والحاجات، وانتقال الأم خارج المنزل الذي يؤدي إلى اضطراب النوم لدى الأطفال، وكذلك الانفعالات المكبوتة التي يمكن أن تؤثر في النوم (الزراد, 2009، ص: 473). والكوابيس هي حالات متكررة من الأحلام المزعجة والتي يمكن تذكر أحداثها والتي تتضمن عادة مجهودا أثناء الحلم لتجنب التهديدات المتعلقة بأمن الفرد الجسدي وحياته، وعادة ما تكون مصحوبة بحالة من الزعر أو الهلع مما يؤدي إلى الاستيقاظ الفوري من النوم (APA, 2013). وتتكرر الكوابيس لدى جميع الأفراد على مدى الحياة سواء كانوا مرضى أو أصحاء (Levin & Fireman, 2002) كما تتكرر الكوابيس بصورة كبيرة لدى المراهقين والشباب والنساء مقارنة بغيرهم من الفئات (Levin & Nielsen, 2007)، كما أشار كل مادرد وماركويز ونجيوئين وهكس من Madrid, Marquez, Nguyen & Hicks (1999) إلى أن الطلاب الذين يعانون من تكرار الكوابيس أظهروا شكاوى جسدية مثل الصداع واضطرابات المعدة مقارنة بغيرهم من الطلاب.

كما ترتبط الكوابيس بالعديد من الأضطرابات النفسية فهي تنتشر بصورة كبيرة لدى العينات

الإكلينيكية (Sheaves, Onwumere, Keen, Stahl & Kuipers, 2015) حيث ترتبط السمات الشخصية والاضطرابات النفسية بتكرار حدوث الكوابيس (Blagrove & Fisher, 2009)، ومن أكثر الاضطرابات التي ترتبط بها الكوابيس هي اضطراب ما بعد الصدمة وخصوصا الذين لديهم مستوى عالٍ من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (Gerhart, Hall, Russ, Canetti & Hobfoll, 2014)، وتركز المعايير التشخيصية للكوابيس على مدى تكرار الكوابيس خلال شهر واحد وبمعدل تكرار الكوابيس لمرة واحدة على الأقل خلال الأسبوع (Titus, Speed, Cartwright, Drapeau, Heo & Nadorff, 2018).

مشكلة الدراسة

تكمن مشكلة الدراسة ومبرارتها في ندرة الدراسات التي حاولت معرفة مدى إمكانية التنبؤ من خلال القلق والاكتئاب بالكوابيس ولدى طلاب الجامعة وبالمجتمع المصري، وذلك في حدود اطلاع الباحثين، حيث لم يجد الباحثان سوى دراستين، هما دراسة كل من «إليـر، ألوجا، فاسر، فيلدي» Eller, Aluja, Vasar & Veldi (2006) والتي أجريت على عينة من طلاب وطالبات كلية الطب بجامعة «تارتو»، وتوصلت إلى إمكانية التنبؤ بالأعراض الكامنة للقلق والاكتئاب من خلال مشكلات النوم. ودراسة كل من «شاناهان، كوبلاند، أنجولد، بوندي وكوستيلو» Shanahan, Copeland, Angold, Bondy & Costello (2014) التي توصلت إلى إمكانية التنبؤ من خلال مشكلات النوم بكل من القلق العام والاكتئاب لدى عينة الدراسة من الأطفال والمراهقين.

كما أن ظاهرة النوم تتأثر بالعوامل النفسية والأسرية وخلافات الأبوين داخل الأسرة والمنافسات بين زملاء الدراسة، وما يصاحب ذلك من الصراعات والقلق والمخاوف (الزراد, 2009، ص: 164)، كما أن اضطرابات القلق والمزاج والنوم من الأمور الشائعة بين عامة الأفراد (Eller, et al, 2006)، وما يقرب من (70%) من عامة البشر يتعرضون للكوابيس العرضية والتي لا تشكل اضطرابًا (Hublin, Kaprio, Partinen, & Kosenkenvou, 1999). كما لوحظ زيادة تكرار الكوابيس لدى الأشخاص الذين تم تشخيصهم باضطراب الفصام (Koffel & Watson, 2009). كما أن قلة النوم تنبئ ببداية الأفكار المتعلقة بجنون العظمة (Sheaves et al, 2015)، كما توجد علاقة ارتباط بين مشكلات النوم والتي منها الكوابيس بالصداع النصفي والذي يرتبط بدوره بالقلق والاكتئاب (Vgontzas, Cui & Merikangas, 2008). كما أن معظم الدراسات تهتم بدراسة الكوابيس لدى الأطفال والمراهقين

الذين تتراوح أعمارهم ما بين خمس سنوات فأكثر باعتبار أن هذه الفئة لديها أعلى معدل لانتشار الكوابيس؛ فمن الشائع أن الأحلام المضطربة شائعة بصورة أكبر خلال فترة المراهقة والطفولة، كما لا يوجد فرق بين الذكور والإناث في انتشار الكوابيس بين الأطفال الأقل من 12 عامًا، في حين نجد أن الكوابيس أكثر انتشارًا لدى الفتيات مقارنة بالأولاد عند سن 13 عامًا وتكون هذه الفروق أكثر وضوحًا في سن 16 عامًا (Kirov & Brand, 2011).

وقد تظهر الكوابيس كمشكلة نفسية مستقلة كما هو معروف في مراجع تصنيف الأمراض مثل الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية DSM-IV-TR, في حين أن تكرار الكوابيس كان مرتبطا - بشكل خطإ - بالاضطراب النفسي العام, حيث أثبتت بعض الدراسات التي أجريت على عينات من غير المرضى بالاضطرابات النفسية, أنه لا توجد علاقة بين تكرار الكابوس والاضطرابات النفسية مثل القلق والاكتئاب(Martinez, Mir & Arriaza, 2005).

كما لاحظ الباحثان عدم وجود دراسة واحدة حاولت معرفة العلاقة الارتباطية بين كل من القلق العام والاكتئاب بالكوابيس، ومدى إمكانية التنبؤ من خلال خبرة الكوابيس بكل من القلق والاكتئاب، لدى طلاب الجامعة، بصفة عامة وبالمجتمع المصري بصفة خاصة، وذلك في حدود اطلاع الباحثين.

ومما سبق تتحدد مشكلة الدراسة في التساؤلا التالية:

1. هل توجد علاقة ارتباط بين اضطراب القلق العام والكوابيس، لدى عينة الدراسة من طلاب الجامعة؟
2. هل توجد علاقة ارتباط بين أعراض الاكتئاب والكوابيس، لدى عينة الدراسة من طلاب الجامعة؟
3. هل يمكن التنبؤ بالكوابيس من خلال اضطراب القلق العام وأعراض الاكتئاب، لدى عينة الدراسة من طلاب الجامعة؟

أهداف الدراسة

1. معرفة العلاقة الارتباطية بين كل من اضطراب القلق العام وأعراض الاكتئاب بالكوابيس، لدى عينة الدراسة من طلاب الجامعة.
2. معرفة مدى إمكانية التنبؤ بالكوابيس من خلال اضطراب القلق العام وأعراض الاكتئاب، لدى عينة الدراسة من طلاب الجامعة.

أهمية الدراسة

أ- الأهمية النظرية للدراسة

1 - اهمية متغيرات الدراسة وهي القلق والاكتئاب والكوابيس ومحاولة معرفة

العلاقة بينها، وتناولها بالدراسة لدى عينة من الأسوياء وليس المرضى وهم طلاب الجامعة.

2- كما أن مقياس القلق العام واستبيان الاكتئاب المكون من تسعة بنود والمستخدم في هذه الدراسة من الأدوات العالمية المستخدمة في العديد من الدول على مستوى العالم، ولكن لم يتم ترجمتهما سابقًا والتحقق من خصائصهما السيكومترية على أي من عينات المجتمع العربي أو المصري؛ وتأتي الفرصة من خلال الدراسة الحالية في ترجمة أدوات الدراسة للتأكد من مدى صلاحيتها لدى طلاب الجامعة بالبيئة المصرية،وذلكفيحدوداطلاعالباحثين.

3- ندرة الدراسات التي حاولت دراسة الكوابيس أو توفير أدة لها خصائصها السيكومترية لقياس خبرة الكوابيس، وذلك بصفة عامة وبالمجتمع العربي بصفة خاصة ولدى طلاب الجامعة بالبيئة المصرية بالتحديد، وذلك في حدود اطلاع الباحثين.

4- المساهمة في جذب أنظار الباحثين إلى دراسة الكابوس في علاقته بمتغيرات نفسية أخرى.

5- العمل على إثراء المكتبة النفسية بدراسة تستهدف معرفة العلاقة الارتباطية بين القلق العام والاكتئاب والكوابيس والخصائص السيكومترية الأدوات الدراسة، لدى عينة من طلاب الجامعة.

ب- الأهمية التطبيقية للدراسة

1. المساهمة في توفير أدوات عالمية لها خصائصها السيكومترية ومختصرة، والتحقق من خصائصا السيكومترية لدى عينة من الأسوياء وليس المرضى وهي: مقياس اضطراب القلق العام (GAD-7), واستبيان صحة المريض (PHQ-9) لتشخيص الاكتئاب, واستبيان خبرة الكابوس(NEQ)، .
2. قد تسهم الدراسة في وضع البرامج العلاجية التي تقلل من الكوابيس وتخفض حدة القلق وأعراض الاكتئاب

الإطار النظري للدراسة

مفهوم الكوابيس

تستخدم مصطلحات عديدة من قبل الباحثين للإشارة إلى الكوابيس مثل الأحلام السيئة وقلق الأحلام، والأحلام المخيفة والأحلام المزعجة والكوابيس، وغالبا ما يتم الاستشهاد بالمعايير التعريفية مثل ما إذا كانت الأحلام المزعجة تسبب الاستيقاظ أم لا(Simard, Nielsen, Tremblay, Boivin & Montplaisir, 2008). وفي علم تصنيف اضطرابات النوم يفهم اضطراب الكوابيس بأنها اضطراب النوم الأولى (Krakow, Kellner, Pathak, & Lambert,

.(1995 فالكوابيس هي عبارة عن أحلام مخيفة أو مزعجة تعرقل نوم الفرد وتجعله يستيقظ في حالة من الذهول (Levin & Nielsen, 2007) وأيضًا الكوابيس هي أحلام مزعجة للغاية تجعل الفرد يستيقظ من نومه نتيجة إلى وجود صور بصرية أو انفعالات غير سارة، أما الأحلام المفزعه هي أحلام مزعجة ولا توقظ الفرد من نومه على الرغم من كونها غير سارة (Zadra & Donderi, 2000).

كما يُعرف الكابوس في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات العقلية بأنه حلم مخيف للغاية يستيقظ منه الشخص مباشرةً ورغم سرعة تعرض الفرد للكابوس إلا أنه يترك ذاكرة تفصيلية تتضمن عادةً تهديدات تتعلق ببقاء الفرد أو الأمان أو تقدير الذات (Spoormaker, Schredl & Bout, 2006). وتُعرف الكوابيس من الناحية التقليدية بأنها أحلام مخيفة للغاية تؤدي إلى الاستيقاظ من النوم والتي قد تؤدي إلى البكاء والضيق أثناء النوم، وعادة ما تثير انفعالات سلبية مصحوبة بالنعاس وخلل في النواحي المعرفية خلال اليوم التالي (American Psychiatric Association, 2000). وفي التصنيف الدولي لاضطرابات النوم الطبعة الثانية لا يقتصر وجود الانفعالات السلبية في الكوابيس على الخوف وحده لأن الكوابيس قد يصاحبها أيضا الغضب أو الحزن(International Classification of Sleep Disorders, 2005)

ومما سبق من تعريفات يعرف الباحثان الكوابيس بأنها «أحد اضطرابات النوم التي تتصف بوجود أحلام مزعجة تحدث أثناء نوم حركة العين السريعة، وتتضمن تهديدا لسلامة وأمن الفرد الجسدي أو الاجتماعي أو غيرها من التهديدات، والتي من شأنها إيقاظ النائم بسرعة، وهو في حالة فزع مع تذكر الأحداث المرئية التي شاهدها أثناء الحلم، تاركًا آثارا سلبية من الناحية النفسية والجسدية والاجتماعية».

خصائص الكوابيس

قد تم تصنيف اضطرابات الكوابيس في الدليل الرابع للاضطرابات النفسية 1994 وفي التصنيف الدولي لاضطرابات النوم 2005 كاضطرابات مستقلة تتسم بتكرار حدوث أحلام مخيفة تؤدي إلى الاستيقاظ من النوم؛ بحيث يصبح الفرد يقظًا تمامًا، والأحلام المخيفة أو انقطاع النوم الناتج عن مثل هذه الصحوات تجعل الأفراد يعانون من الضيق أو ينتج عنها خلل اجتماعي أو مهني (Hansen, Hofling, Kroner-Borowik, Stangier & Steil, 2013) ومن الخصائص المميزة للكوابيس ما يلي:

1. الكوابيس من السمات البارزة في مرحلة المراهقة، فهي تعكس المشكلات الانفعالية

والاجتماعية خلال مرحلة المراهقة، فالكوابيس تحدث خلال مرحلة النوم ذي حركة العين السريعة، حيث تركز مرحلة النوم ذي حركة العين السريعة على الذكريات العاطفية السلبية، كما ترتبط الكوابيس بالعديد من الاضطرابات الانفعالية وبالتالي الأفراد الذين يعانون من ارتفاع معدل انتشار الكوابيس معرضون للاضطرابات النفسية مثل القلق واضطراب ما بعد الصدمة والوسواس القهري والاكتئاب (Kirov & Brand, 2011).

2. تحدث الكوابيس عادة في النصف الثاني من الليل خلال نوم الشخص .(A P A, 2000)
3. تنبئ تكرار الكوابيس لدى الطلاب الأصحاء بمستويات البارانويا والذهانية& (Levin Fireman, 2002).
4. قد يكون للكوابيس أسباب مجهولة أو قد تحدث نتيجة لأحداث مؤلمة كجزء من اضطراب ما بعد الصدمة (Ross, Ball, Sullivan, & Caroff, 1989).
5. غالبًا ما يصاحب الكوابيس الخوف من النوم؛ مما يؤثر على جودة النوم (Davis & Wright, 2007).
6. قد لوحظ في العيادات النفسية أن الكوابيس تنتشر لدى مرضى فصام الشخصية بنسبة 16,7% ومرضى الاكتئاب بنسبة 17,5% ولدى مدمني الكحول والمواد المخدرة بنسبة 25% وبنسبة 49% لدى مرضى الشخصية الحدية، وبنسبة 90% لدى اضطراب ما بعد الصدمة (Chen, Xu, Zhu, Tang, Huang, Mao, Liu & Wang, 2014).

الفرق بين الكوابيس والفزع الليلي والأحلام المفزعة

تتصف الكوابيس بأنها تحتوي على صور مرئية للغاية ومكيدة أو مؤامرة معقدة، كما تختلف الكوابيس عن الفزع الليلي لأن الفزع الليلي لا يصاحبه صور مرئية وقد يستغرق التوجيه بعد الفزع الليلي عدة دقائق، ويحدث الفزع الليلي أثناء النوم ذي حركة العين البطيئة بينما الكوابيس تحدث أثناء نوم حركة العين السريعة والبطيئة أيضًا(Spoormaker et al, 2006). ومن الناحية التشخيصة يمكن أن نفرق بين الكوابيس والفزع الليلي, حيث إن الفزع الليلي يحدث لدى الأطفال والمراهقين خلال مرحلة النوم ذي حركة العين البطيئة بعد مرور حوالي 15 إلى 60 دقيقة من النوم, ويجلس النائم في السرير ويصرخ بخوف ويستيقظ وعيونه مفتوحة للغاية ويتنفس بسرعة ولا يستجيب للتهدئه وعادة الأطفال لا يتعرفون على والديهم بعد هذه المرحلة يعود الأطفال للنوم مرة أخرى ولا يتذكرون ما حدث غالبًا في اليوم التالي بينما تحدث الكوابيس في مرحلة

النوم ذي حركة العين السريعة خلال النصف الثاني من النوم (A P A, 2000).

كما يوجد تداخل بين الكوابيس والأحلام السيئة فهما من أشكال الأرق، والكوابيس هي أحلام مزعجة أو مخيفة تتسبب في إيقاظ الشخص وجعله في حالة من الذهول& Levin) Nielsen, 2007). والأحلام السيئة هي أحلام مزعجة للغاية والتي على الرغم من كونها غير سارة إلا أنها لا تتسبب في إيقاظ الحالم (Robert & Zadra, 2008, p; 133). ولم يتم التوافق في الأدبيات حول ما إذا كانت الكوابيس والأحلام السيئة هي - في الواقع - ظواهر منفصلة Nadorff, Porter, Rhoades, Greisinger, Kunik & Stanley, 2014). وقد أشار كل من «ليفين ونلسن» Levin & Nielsen (2007, p; 84) إلى أن كل من الأحلام المفزعة والكوابيس متداخلتان، ولا يزال من غير المعروف ما إذا كانت الكوابيس والأحلام السيئة ظاهرتين منفصلتين مميزتين أم ظاهرة واحدة تختلف من حيث الشدة. فالكوابيس والأحلام السيئة تشتركان في العديد من السمات فكلاهما ناتج عن أحلام مخيفة ومزعجة وصور مرئية للأحداث (Nadorff et al, 2014).

علاقة الكوابيس بالقلق والاكتئاب

يمكن عرض العلاقة بين الكوابيس والقلق والاكتئاب من خلال النقاط التالية:

1. يتكرر حدوث الكوابيس لدى مرضى القلق والاضطراب الوجداني ثنائي القطب,Mehl) O'Brien, Jones, Dreisbach & Mervis, 2006).
2. توجد علاقة ارتباط قوية بين تكرار الكوابيس وشدة أعراض القلق والاكتئاب (Levin & Nielsen, 2007).
3. يمكن التنبؤ من خلال تكرار الكوابيس في مرحلة المراهقة المبكرة ببداية أعراض القلق بعد خمس سنوات (Nielsen, Laberge, Paquet, Tremblay & Vitaro, 2000).
4. يصاحب اليقظة التي تثيرها الأحلام المفزعة إحساس بالخوف والقلقMartinez, Mir) & Arriaza, 2005).
5. يمكن التنبؤ من خلال تكرار الكوابيس بزيادة الميل للانتحار لدى المرضى الذين يعانون من الاكتئاب الشديد، واضطراب الشخصية الحدية، ومرضى الفصام (Sjostrom, Hetta & Waern, 2009).
6. كما وجد كل من «بيليسي ويازيجي وأوزر وكافاك» Bilici, Yazici, Ozer & Kavakc (2002) أن المرضى الذين يعانون من الاكتئاب الشديد يمكن أن نستخدم مستوى القلق من الحلم الذي يتعرضون له في التمييز بين الحالات التي تتسم بالحزن والكآبة وغيرهم الذين ليس لديهم سمات

حـزن وكآبـة.

7. ترتبـط الكوابيس بالقلـق، والذهـان، والفصـام، واضطـراب الشـخصية الحديـة، وتعاطـي المخـدرات (Titus et al, 2018).
8. ترتبـط الكوابيـس بالقلـق، واضطرابـات المـزاج، واضطرابـات ذهانيـة، واضطرابـات التكيـف، والاضطرابـات الشـخصية، وفـي بعـض الحـالات قـد يـؤدي حـدوث عـدد كبيـر مـن الكوابيس التـي ينتـج عنهـا حـالات كبيـرة مـن الكـرب والتوتـر قـد تكـون مؤشـرا لشـدة المـرض النفسـي؛ حيـث أشـارت العديـد مـن الدراسـات إلـى أن الظهـور المفاجـئ لتكـرار الكوابيـس بصـورة كبيـرة قـد يكـون منبئـا بنوبـة ذهانيـة (Hobson, 2004).

وأيضًـا أشـارت العديـد مـن الدراسـات إلـى وجـود علاقـة ارتبـاط إيجابـي بيـن القلـق العـام والكوابيس فـي مرحلـة الطفولـة، كمـا توجـد علاقـة ارتبـاط إيجابـي بيـن سـمة القلـق وتكـرار الكوابيـس أو الأحـلام المزعجـة لـدى الأطفـال، كمـا أن القلـق فـي سـن الثـلاث سـنوات يتنبـأ بالأحـلام المفزعـه فـي سـن الخامسـة مـن عمـر الطفـل، كمـا تعـد الكوابيـس مـن الأعـراض الأساسـية لاضطـراب مـا بعـد الصدمـة (Reynolds & Alfano, 2015). كمـا أشـار كل مـن «أجارجـون, سـيلي, كارا, تارهـان, كينسـير وأوز» Agargun, Cilli, Kara, Tarhan, Kincir & Oz (1998) إلـى أن مرضـى الاكتئـاب الذيـن يتعرضـون لتكـرار الكوابيـس كانـوا أكثـر عرضـة للاتجـاه نحـو الانتحـار مقارنـة بغيرهـم مـن المرضـى الذيـن لـم يتعرضـوا لكوابيـس علـى الإطـلاق.

الدراسات السابقة

فيمـا يلـي يعـرض الباحثـان لعـدد مـن الدراسـات والبحـوث، التـي أمكـن العثـور عليهـا والتـي تتنـاول العلاقـة بيـن اضطـراب القلـق والاكتئـاب بالكوابيـس، وفـي نهايـة عـرض الدراسـات السـابقة أمكـن التعقيـب عليهـا تعقيبًـا عامًـا، ومـن ثـم صياغـة فـروض الدراسـة والاسـتفادة منهـا فـي تفسـير النتائـج النهائيـة للدراسـة، وهـي كمـا يلـي:

اسـتهدفت دراسـة كل مـن «زادرا ودونديـري» (Zadra & Donderi 2000) معرفـة العلاقـة الارتباطيـة بيـن الكوابيـس والأحـلام السـيئة بالهنـاء النفسـي, وتكونـت عينـة الدراسـة مـن (89) مشـاركًا مـن الذكـور والإنـاث متوسـط أعمارهـم (20,5) عامًـا, واسـتخدم فـي هـذه الدراسـة سـبعة مقاييـس للهنـاء النفسـي (العصابيـة، الاكتئـاب، حالـة القلـق، سـمة القلـق، أحـداث الحيـاة، التوافـق الشـخصي، مؤشـرات الأعـراض) ومقيـاس الكوابيـس والأحـلام السـيئة، وتوصلـت الدراسـة إلـى وجـود علاقـة ارتبـاط بيـن الكوابيـس والأحـلام السـيئة بالهنـاء النفسـي. فـي حيـن هدفـت دراسـة كل مـن «إليـر وآخريـن»

Eller, et al (2006) إلى معرفة مدى انتشار أعراض القلق والاكتئاب لدى عينة من طلاب الجامعة الذين يعانون من مشكلات في النوم؛ حيث تكونت عينة الدراسة من (413) طالبًا وطالبة بكلية الطب بجامعة «تارتو» وتراوحت أعمارهم ما بين (19- 33) عامًا, واستخدم في هذه الدراسة مقياس الحالة الانفعالية، ومقياس عادات النوم، ومقياس القلق، والاكتئاب, ومن نتائج هذه الدراسة وجود علاقة ارتباط بين القلق والاستيقاظ بسبب الكوابيس, إمكانية التنبؤ بالأعراض الكامنة للقلق والاكتئاب من خلال مشكلات النوم.

كما هدفت دراسة كل من «كورني ودتويلر وموريس وكين»Chorney, Detweiler, Morris & Kuhn (2008) إلى معرفة العلاقة الارتباطية بين اضطرابات النوم وكل من القلق والاكتئاب لدى الأطفال, وذلك من خلال استعراض ما جاء بالأدبيات وقواعد البيانات والأبحاث فيما يخص هذه العلاقة, وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباط بين اضطرابات النوم وكل من القلق والاكتئاب.

وهدفت دراسة كل من «ساميز باسغلو إبرينس وستين»Semiz, Basoglu, Ebrinc & Cetin (2008) إلى معرفة تكرار الكوابيس وقلق الأحلام, وكذلك مدى ارتباط قلق الأحلام بصدمة الطفولة والخبرات الانفصالية، واضطراب النوم لدى عينة من مرضى الشخصية الحدية الذين لديهم اضطراب الكوابيس والأسوياء من دون اضطراب الكوابيس؛ حيث تكونت عينة الدراسة من 88 مشاركًا من ذوي الشخصية الحدية، 100 من الأصحاء, واستخدم في هذه الدراسة المقابلة الاكلينيكية وفق الدليل التشخيصي الرابع لتشخيص الشخصية الحدية، واضطراب الكوابيس، ومقياس فان لقلق الأحلام، ومقياس الخبرات الانفصالية، ومقياس جودة النوم, وتوصلت الدراسة إلى أن مرضى الشخصية الحدية يعانون من الكوابيس وقلق الأحلام مقارنة بالأسوياء, وارتبط قلق الأحلام بالخبرات الصادمة والأعراض الانفصالية خلال مرحلة الطفولة المبكرة, وكذلك ضعف جودة النوم, كما توصلت الدراسة إلى أن مرضى الشخصية الحدية الذين يعانون من الكوابيس لديهم أمراض نفسية أكثر من الأشخاص الأسوياء.

في حين هدفت دراسة كل من «بلاجروف وفشر» Blagrove & Fisher (2009) إلى معرفة العلاقة الارتباطية بين الكابوس وكل من القلق والاكتئاب؛ حيث تكونت عينة الدراسة من (42) مشاركًا بواقع (35) من الإناث وسبعة من الذكور وكان متوسط أعمار العينة (40,10) عامًا من الذين يعانون من تكرار حدوث الكابوس مرة واحدة على الأقل شهريًا، واستخدم في هذه الدراسة مقياس العصابية ومقياس حالة وسمة القلق، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباط إيجابي بين الكوابيس وكل من القلق والاكتئاب.

وهدفت دراسة نادروف وآخرين Nadorff et al, (2014) إلى معرفة العلاقة الارتباطية بين

اضطراب القلق العام وتكرار الأحلام السيئة لدى عينة من كبار السن, حيث تكونت عينة الدراسة من 227 مشاركًا وكانت متوسط أعمارهم (67,4) عامًا, واستخدم في هذه الدراسة مقياس القلق العام ومقياس الأحلام السيئة, ومن نتائج هذه الدراسة وجود علاقة ارتباط بين القلق العام والأحلام السيئة.

كما هدفت دراسة شاناهان وآخرين Shanahan et al, (2014) إلى معرفة العلاقة الارتباطية بين مشكلات النوم وكل من القلق والاكتئاب ومدى امكانية التنبؤ من خلال مشكلات النوم بكل من القلق العام والاكتئاب, حيث تكونت عينة الدراسة من (1420) مشاركًا تراوحت أعمارهم ما بين (9- 16) عاما, واستخدم في هذه الدراسة مقياس القلق العام والاكتئاب, وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباط بين مشكلات النوم وكل من القلق العام والاكتئاب, وكذلك إمكانية التنبؤ من خلال مشكلات النوم بكل من القلق العام والاكتئاب لدى عينة الدراسة من الأطفال والمراهقين.

كما سعت دراسة شيفيز وآخرين Sheaves et al, (2015) إلى معرفة مدى انتشار الكوابيس لدى عينة من المرضى الذهانيين, وكذلك معرفة العلاقة بين الكوابيس وجودة النوم والأعراض الذهانية والمعرفية والانفعالية؛ حيث تكونت عينة الدراسة من 40 مشاركًا من الذين يعانون من الأعراض الذهانية, واستخدم في هذه الدراسة مقياس للكوابيس، والأعراض الذهانية، والنواحي الانفعالية، وجودة النوم, وتوصلت الدراسة إلى أن 55% من أفراد العينة لديهم كوابيس مزعجة وبصورة أسبوعية, كما توجد علاقة ارتباط سلبية بين تكرار الكوابيس وجودة النوم, وكذلك وجود علاقة ارتباط إيجابي بين الكوابيس ومستوى شدة الوهم، والاكتئاب، والقلق، والتوتر وصعوبات الذاكرة العاملة.

وهدفت دراسة «ريتشاردسون، كنج، سير، شنيدر، روث، كيتشسون، بالدرسون والهاي» Richardson, King, Cyr, Shnaider, Roth, Ketcheson, Balderson & Elhai (2018) إلى معرفة العلاقة الوسطية للاكتئاب بين اضطرابات النوم والكوابيس ما بعد الصدمة والأفكار الانتحارية, لدى عينة من الكنديين العسكريين والمحاربين القدامى؛ حيث تكونت عينة الدراسة من (663) مشاركًا, واستخدم في هذه الدراسة مقياس اضطرابات النوم والكوابيس، ومقياس صحة المريض، لقياس أعراض الاكتئاب، ولقياس الأفكار الانتحارية، وأعتمد على البعد المختص بقياس التفكير في الانتحار وإيذاء الذات The Patient Health Questionnaire (PHQ-9), وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباط بين الاكتئاب والكوابيس المتعلقة بالصدمة والأفكار الانتحارية كمؤشر من أعراض الاكتئاب، كما توصلت الدراسة إلى توسط الاكتئاب العلاقة بين اضطرابات النوم والكوابيس والأفكار الانتحارية أي أن علاج الاكتئاب يخفف من اضطرابات النوم والكوابيس ومحاولة الانتحار.

أيضًا هدفت دراسة منجوادي وشفيخاني» (Javadi & Shafikhani (2019 إلى معرفة العلاقة الارتباطية بين الاكتئاب والقلق بكل من الأرق والكوابيس وبعض المتغيرات الديمغرافية لدى عينة من طلاب كلية الطب بجامعة قزوين بإيرن؛ حيث تكونت عينة الدراسة من (253) طالبا وطالبة تراوحت أعمارهم ما بين (18- 35) عامًا, واستخدم في هذه الدراسة قائمة بيك للاكتئاب ومقياس كاتل للقلق ومقياس للأرق والكوابيس, وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباط بين القلق والاكتئاب والكوابيس.

تعقيب عام على الدراسات السابقة

جميع الدراسات التي حاولت معرفة العلاقة الارتباطية بين كل من القلق والاكتئاب قد تم إجراؤها في بيئات أجنبية وليست عربية، وليست بالمجتمع المصري وطلاب الجامعة بالتحديد، وذلك في حدود اطلاع الباحثين. وكذلك ندرة الدراسات التي حاولت معرفة مدى إمكانية التنبؤ من خلال القلق والاكتئاب بالكوابيس ولدى طلاب الجامعة وبالمجتمع المصري، وذلك في حدود اطلاع الباحثين، حيث لم يجد الباحثان سوى دراستين، هما دراسة إلير وآخرين (Eller, et al (2006 ودراسة شاناهان وآخرين (Shanahan, et al (2014، كما أن جميع الدراسات توصلت إلى وجود علاقة ارتباط بين كل من القلق والاكتئاب بالكوابيس.

فروض الدراسة

بعد عرض الدراسات السابقة والتعقيب عليها أمكن صياغة فروض الدراسة كما يلي:

1. توجد علاقة ارتباط بين اضطراب القلق العام والكوابيس، لدى عينة الدراسة من طلاب الجامعة.
2. توجد علاقة ارتباط بين أعراض الاكتئاب والكوابيس، لدى عينة الدراسة من طلاب الجامعة.
3. يمكن التنبؤ بالكوابيس من خلال اضطراب القلق العام وأعراض الاكتئاب، لدى عينة الدراسة من طلاب الجامعة.

منهجية الدراسة وإجراءاتها

منهج الدراسة

استخدمت الدراسة المنهج الوصفي (الارتباطي)؛ وذلك لمناسبته لأهداف الدراسة؛ حيث يقوم هذا المنهج بدراسة الظاهرة كما توجد في الواقع بوصفها وصفاً دقيقاً، ويعد المنهج الوصفي من أكثر المناهج استخدامًا في الدراسات النفسية.

عينة الدراسة

أجريت الدراسة على عينة مكونة من 434 من طلاب جامعة أسيوط (65 من ذكور، 369 من الإناث) وتراوحت أعمار العينة ككل بين 18-24 عامًا، بمتوسط عمر قدره 19.75 عامًا، وانحراف معياري 1.34 عامًا، ويمكن وصف العينة وخصائصها يمكن عرضها في جدول (1).

جدول (1)
خصائص عينة الدراسة من طلاب الجامعة (ن= 434)

المتغيرات		ذكور (ن= 65)		إناث (ن= 369)		الكلي (ن= 434)	
		ك	%	ك	%	ك	%
الفرقة الدراسية	الفرقة الأولى	35	8.1	236	54.4	271	62.4
	الفرقة الثانية	13	3	51	11.8	64	14.7
	الفرقة الثالثة	10	2.3	24	5.5	34	7.8
	الفرقة الرابعة	7	1.6	58	13.4	65	15
	الإجمالي	65	15	369	85	434	100

أدوات الدراسة

1-مقياس اضطراب القلق العام Generalized Anxiety Disorder (GAD-7)

أعد مقياس اضطراب القلق العام Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) والمكونة من سبعة بنود كل من «سبيتزر، كرونكي، ويليامز ولوي»,Spitzer, Kroenke, Williams & Lowe (2006) وكان الهدف منه إعداد نسخة مختصرة تعتمد على التقرير الذاتي لتحديد الأشخاص الذين يعانون من القلق العام وذلك خلال الأسبوعين السابقين للتطبيق, ويتم الإجابة عن بنود المقياس من خلال اختيار أحد البدائل الأربعة المتاحة أمام كل بند وهي: (نادرًا, أحيانًا, غالبًا, دائمًا) والتي تصحح كما يلي على التوالي: (0, 1, 2, 3)، وتتراوح الدرجة على المقياس ما بين (0- 21) كما أن الدرجة على المقياس من (0- 4) تعني وجود قلق بسيط ومن (5- 9) دون المتوسط ومن (10- 14) متوسط ومن (15- 21) شديد, وقد تم التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس في البيئة الأصلية للمقياس من خلال تطبيقه على عينة مكونة من (2740) مريضًا من (15) عيادة للرعاية الأولية بالولايات المتحدة الأمريكية بالإضافة إلى (965) مريضًا تم التواصل معهم هاتفيًا من قبل المتخصصين في الصحة النفسية, وتوصلت الدراسة إلى أن المقياس له خصائص سيكومترية جيدة ويمكن الاعتماد عليه في تقييم القلق العام وتحديد شدته واستخدام المقياس في الناحية الإكلينيكية والبحثية؛ حيث بلغ الاتساق الداخلي للمقياس (0,92), كما توجد علاقة ارتباط بين المقياس

ومقياس تدهور الحالة الوظيفية كما يرتبط بمقياس الصحة النفسية حيث بلغ معامل الارتباط (0,75) يليه الأداء الاجتماعي (0,46) تصورات الصحة العامة (0,44) الألم الجسدي (0,36) الدور الوظيفي (0,33) الأداء البدني (0,30), كما يرتبط المقياس بقائمة بيك للقلق حيث بلغ معامل الارتباط (0,72) ومع مقياس الاكتئاب PHQ-8 حيث بلغ معامل الارتباط (0,74).

وللتحقق من الكفاءة السيكومترية (الصدق والثبات) لمقياس اضطراب القلق العام (GAD-7)، لدى عينة الدراسة الحالية من طلاب الجامعة، وذلك بعد ترجمة المقياس إلى اللغة العربية، أمكن حساب الصدق العاملي الاستكشافي للوقوف على طبيعة وعدد العوامل المقبولة للمقياس الحالي في الثقافة المصرية، وبعد إجراء التحليل العاملي الاستكشافي أمكن استكمال باقي طرق التأكد من الخصائص السيكومترية للمقياس باستخدام التحليل العاملي التوكيدي، والاتساق الداخلي، وألفا كرونباخ، ويمكن عرض الخصائص السيكومترية كما يلي:-

للتأكد من كفاءة التعيين تم حساب اختبار Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) وفقا لمحك كايزر يجب أن تكون القيمة أعلى من 0.50 مما يعطي دلالة على أن الارتباطات عمومًا في المستوى المطلوب، ومن خلال نتائج اختبار KMO بلغت قيمته (0.891) مما يعطي مؤشرًا جيدًا لصلاحية العينة الحالية لحساب التحليل العاملي.

ومن ناحية ثانية ينبغي أن يكون اختبار برتليت Bartlett's Test of Sphericity دالا إحصائيًا وعندما تكون دالة فهي تعني أن المصفوفة الارتباطية تتوفر على الحد الأدنى من العلاقات، وبلغ مستوى دلالة اختبار برتليت 0.001 وبهذا فهي مصفوفة مقبولة للتحليل العاملي (تيغزة، 2012، ص: 83).

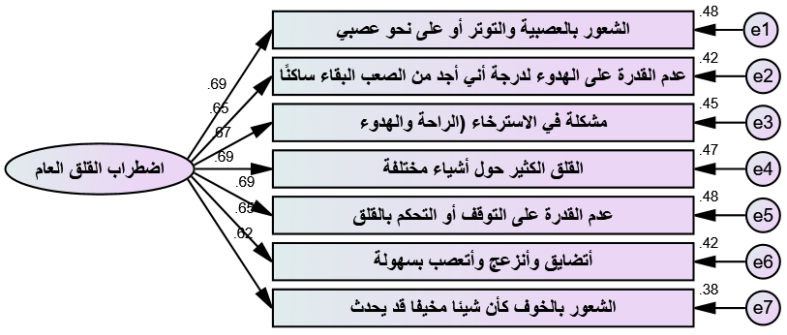
وقد قام الباحثان بحساب المصفوفة الارتباطية لبنود المِقياس تلاه إجراء التحليل العاملي بطريقة المكونات الأساسية Principle Components لهوتلينج Hotelling مع تدوير متعامد للمَحاور بطريقة الفاريماكس Varimax لكايزر Kaiser، وقد تم استخدام محك الجذر الكامن واحد صحيح للعوامل التي تم استخراجها ومحك التشبع الجوهرى للبند بالعامل $\geq 5,0$، ومحك جوهرية العامل هو أن يحتوي على ثلاثة بنود جوهرية على الأقل، وقد أمكن الوصول إلى مصفوفة عاملية مكونة من أربعة عوامل، كما في جدول (2).

جدول (2)

المصفوفة العاملية للتحليل العاملي بعد التدوير باستخدام طريقة المكونات الأساسية لهوتلنج على مقياس اضطراب القلق العام لدى عينة الدراسة من طلاب الجامعة (ن= 434)

م		البند	العامل الأول	قيم الشيوع
1	1	الشعور بالعصبية والتوتر أو على نحو عصبي.	0.743	0.552
2	5	عدم القدرة على الهدوء لدرجة أني أجد من الصعب البقاء ساكنًا	0.739	0.545
3	4	مشكلة في الاسترخاء (الراحة والهدوء).	0.738	0.545
4	3	القلق الكثير حول أشياء مختلفة.	0.730	0.533
5	2	عدم القدرة على التوقف أو التحكم بالقلق.	0.712	0.506
6	6	أتضايق وأنزعج وأتعصب بسهولة.	0.709	0.502
7	7	الشعور بالخوف كأن شيئا مخيفا قد يحدث.	0.606	0.471
		الجذر الكامن	3.655	
		التباين الارتباطي	52.209	

يتضح من خلال جدول (2) أن التحليل العاملي الاستكشافي بطريقة المكونات الأساسية لهوتلنج لمقياس اضطراب القلق العام أسفر عن وجود عامل واحد فقط أمكنه تفسير 52.209 من التباين الكلي للمقياس، وبهذا يستقر إلى الباحثين بأن المقياس يتكون من بعد عام فقط، وللتحقق من الصدق التوكيدي للمقياس الحالي لدى طلاب الجامعة أمكن للباحثين التأكد من النموذج القياسي لمقياس اضطراب القلق العام، ويمكن عرض النموذج القياسي باستخدام التحليل العاملي التوكيدي لمقياس اضطراب القلق العام كما هو موضح بشكل (1).



X2 = 37.428, DF= 14, df/X2= 2.673, CFI= 0.976, RMSEA= 0.062, IFI= 0.976, TLI= 0.964, GFI= 0.975

شكل (1) نموذج التحليل العاملي التوكيدي لمقياس اضطراب القلق العام لدى طلاب الجامعة (ن= 434)

وكما أمكن التحقق من الاتساق الداخلي حيث بلغت معاملات الاتساق الداخلي بين البنود والدرجة الكلية لمقياس اضطراب القلق العام (0.736، 0.715، 0.724، 0.731، 0.733، 0.722، 0.634) للبنود بالترتيب وهي تعبر عن اتساق داخلي مقبول للمقياس، وكما بلغت قيمة ثبات ألفا كرونباخ 0.846، كما بلغت ثبات التجزئة النصفية بعد تصحيح أثر طول الاختبار بمعادلة سبيرمان براون 0.851، وبعد التصحيح بمعادلة جتمان بلغ الثبات 0.840.

2-استبيان صحة المريض لتشخيص الاكتئاب Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

أعد استبيان صحة المريض المكون من تسعة بنود لتشخيص الاكتئابPatient Health Questionnaire (PHQ-9) كل من «كرونكي، سبيتزر وويليامز»Kroenke, Spitzer & Williams (2001)، وتم إعداده وفقا للدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع للأمراض النفسية, ويتكون المقياس من تسعة بنود فقط, ويعتمد الاستبيان على التقرير الذاتي حيث يجيب المفحوص على بنود المقياس بأحد البدائل الأربعة، والتي تصف حالة الشخص خلال الأسبوعين الماضيين على التطبيق وهي (أبدًا, أحيانًا, غالبًا, دائمًا)، والتي تصحح كما يلي على التوالي (0, 1, 2, 3)، وتتراوح الدرجة على المقياس ما بين (0- 27) درجة, كما أن الدرجة من (0- 4) تدل على الاكتئاب أقل من البسيط أو المنخفض جدًا، ومن (5- 9) بسيط، ومن (10- 14) متوسط، ومن (15- 19) فوق متوسط، ومن (20- 27) شديد, وتم التحقق من الخصائص السيكومترية للاستبيان من خلال تطبيقه على عينة مكونة من (6000) مشاركًا من الذكور والإناث ومن مرضى الاكتئاب والأسوياء ومن طلاب الجامعة وطلاب الثانوية وغيرهم من الفئات, وتوصلت الدراسة إلى صلاحية الاستبيان في قياس أعراض الاكتئاب من خلال صدق المحكمين حيث تم عرض الاستبيان على عدد من المتخصصين في الصحة النفسية, كما تراوح الاتساق الداخلي للاستبيان وفق معامل ألفا كرونباخ ما بين (0,86 - 0,89) في الدراستين, كما توجد علاقة ارتباط بين الاستبيان وبعض المقاييس وهي مقياس الحالة الوظيفية، ومقاييس جودة الحياة والصحة النفسية وإدراك الصحة العامة والوظيفة الاجتماعية والدور الوظيفي والوظائف الجسمية والآلام الجسمية حيث تراوحت ما بين (0,33- 0,73).

وللتحقق من الكفاءة السيكومترية (الصدق والثبات) لاستبيان صحة المريض (PHQ-9) لتشخيص الاكتئاب لدى عينة الدراسة الحالية من طلاب الجامعة، وذلك بعد ترجمة الاستبيان إلى اللغة العربية، أمكن حساب الصدق العاملي الاستكشافي للوقوف على طبيعة وعدد العوامل المقبولة للاستبيان الحالي في الثقافة المصرية، وبعد إجراء التحليل العاملي الاستكشافي أمكن استكمال باقي طرق التأكد من الخصائص السيكومترية للاستبيان باستخدام

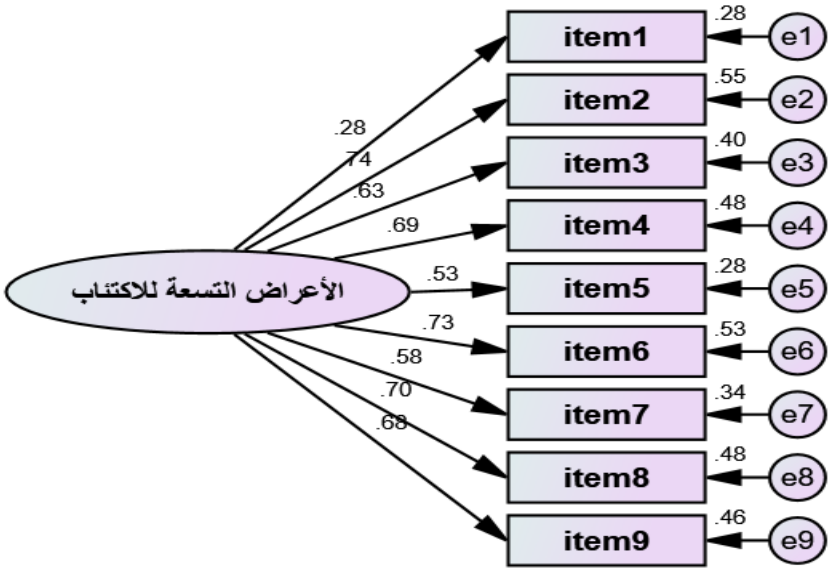
التحليل العاملي التوكيدي، والاتساق الداخلي، وألفا كرونباخ، ويمكن عرض الخصائص السيكومترية كما في جدول (3)، وللتأكد من كفاءة التعيين تم حساب (KMO) حيث بلغت قيمته (0.902) مما يعطي مؤشرًا جيدًا لصلاحية العينة الحالية لحساب التحليل العاملي. ومن ناحية ثانية بلغت دلالة اختبار برتليت 0.001، وبهذا فهي مصفوفة مقبولة للتحليل العاملي.

جدول (3)

المصفوفة العاملية للتحليل العاملي بعد التدوير باستخدام طريقة المكونات الأساسية لهوتلنج على استبيان صحة المريض (PHQ-9) لتشخيص الاكتئاب لدى عينة الدراسة من طلاب الجامعة (ن= 434)

م		البند	العامل الأول	قيم الشيوع
1	2	أشعر بالإحباط والاكتئاب أو اليأس.	0.763	0.515
2	6	لدي شعور سيئ عن نفسي بأنني فاشل أو تسببت في التراجع (الفشل) لنفسك أو عائلتك	0.760	0.583
3	8	الانتقال أو التحدث ببطء شديد بحيث يمكن للآخرين ملاحظة ذلك، أو العكس لأنك كنت قلقا أو عصبيا لدرجة أنك كنت تتحرك أكثر من المعتاد.	0.744	0.582
4	4	أشعر بالتعب أو لديه طاقة (حيوية) أقل.	0.736	0.541
5	9	لدي أفكار بأنني سأكون أفضل بالموت أو إيذاء نفسي بطريقة ما.	0.719	0.571
6	3	لدي مشكلة في النوم أو البقاء نائما أو النوم كثيرًا.	0.694	0.578
7	7	لدي مشكلة في التركيز على الأشياء مثل قراءة الصحف (الكتب) أو مشاهدة التلفزيون.	0.644	0.615
8	5	أشعر بضعف في الشهية أو الإفراط في تناول الطعام.	0.609	0.554
9	1	لدى اهتمام ومتعة قليلة في أداء الأشياء.	0.340	0.518
		التباين الارتباطي		4.157
		الجذر الكامن		46.185

يتضح من خلال جدول (3) أن التحليل العاملي الاستكشافي بطريقة المكونات الأساسية لهوتلنج لاستبيان صحة المريض لتشخيص الاكتئاب, أسفر عن وجود عامل واحد فقط أمكنه تفسير 46.185 من التباين الكلي للمقياس، وبهذا يستقر إلى الباحثين بأن الاستبيان يتكون من بعد عام فقط، وللتحقق من الصدق التوكيدي للاستبيان الحالي لدى طلاب الجامعة أمكن للباحثين التأكد من النموذج القياسي لاستبيان صحة المريض (PHQ-9) لتشخيص الاكتئاب، ويمكن عرض النموذج القياسي باستخدام التحليل العاملي التوكيدي لاستبيان صحة المريض (PHQ-9) لتشخيص الاكتئاب كما هو موضح بشكل (2).



X2 = 71.442, DF= 27, df/X2= 2.646, CFI= 0.946, RMSEA= 0.062, IFI= 0.964, TLI= 0.952, GFI= 0.965

شكل (2) نموذج التحليل العاملي التوكيدي لاستبيان صحة المريض (PHQ-9) لتشخيص الاكتئاب لدى طلاب الجامعة (ن= 434)

وكما أمكن التحقق من الاتساق الداخلي حيث بلغت معاملات الاتساق الداخلي بين البنود والدرجة الكلية لاستبيان صحة المريض (PHQ-9) لتشخيص الاكتئاب (0.704، 0.737، 0.699، 0.716، 0.727، 0.750، 0.747، 0.733، 0.718) للبنود بالترتيب وهي تعبر عن اتساق داخلي مقبول للاستبيان، وكما بلغت قيمة ثبات ألفا كرونباخ 0.847، كما بلغت ثبات التجزئة النصفية بعد تصحيح أثر طول الاختبار بمعادلة سبيرمان براون 0.854، وبعد التصحيح بمعادلة جتمان بلغ الثبات 0.851.

3-استبيان خبرة الكابوس Nightmare Experience Questionnaire

أعد استبيان خبرة الكوابيس تشن وآخرون Chen et al (2014), وهذا الاستبيان يهدف إلى قياس تجربة الكوابيس والمعاناة منها وتكرارها وآثارها على الفرد, وكان يتكون الاستبيان في صورته الأولية من (95) بندًا وبعد التحليل العاملي أصبح الاستبيان يتكون من (20) بندا، موزعة بالتساوي على أربعة عوامل، هي: العامل الأول: التأثير البدني Physical Effect يعكس الضعف في الصحة البدنية والشهية والأنشطة اليومية

الأخرى بعد الكوابيس, ويشمل بنود الاستبيان من (1- 5), العامل الثاني: المشاعر السلبية Negative Emotion يصف المشاعر السلبية مثل الخوف، وأن الفرد جبان ومغلوب على أمره خلال خبرة الكابوس ويشمل بنود الاستبيان من (6- 10), العامل الثالث: تفسير المعنى Meaning Interpretation يصف الجهد الذي يبذله الحالم تفسير معنى ومدلول الكوابيس ويشمل بنود الاستبيان من (11- 15), العامل الرابع: استثارة مرعبة Horrible Stimulation يصف مشاهد من النشاط المرعب أو المغامرة والعنف في الكوابيس، ويشمل بنود الاستبيان من (16- 20), ويتم الإجابة على بنود الاستبيان من خلال اختيار أحد البدائل الخمسة المتاحة أمام كل بند وهي (أبدًا, أحيانًا, محايد, غالبًا, دائمًا) وتصحح كما يلي على التوالي (1, 2, 3, 4, 5), وتم التحقق من خصائصه السيكومترية لدى عينة مكونة من (321) طالبًا وطالبة من طلاب الجامعة بالصبن بواقع (160 ذكور، 161 إناث), وأظهر التحليل العاملي أن الاستبيان يتكون من (20) بندًا موزعة على أربعة عوامل كما كانت معاملات الاتساق الداخلي للعوامل الأربعة كما يلي على التوالي (0,85, 0,80, 0,65, 0,69).

وللتحقق من الكفاءة السيكومترية (الصدق والثبات) لاستبيان خبرة الكابوس **(NEQ)** لدى عينة الدراسة الحالية من طلاب الجامعة، وذلك بعد ترجمة المقياس إلى اللغة العربية، أمكن حساب الصدق العاملي الاستكشافي للوقوف على طبيعة وعدد العوامل المقبولة للاستبيان الحالي في الثقافة المصرية، وبعد إجراء التحليل العاملي الاستكشافي أمكن استكمال باقي طرق التأكد من الخصائص السيكومترية للاستبيان باستخدام التحليل العاملي التوكيدي، والاتساق الداخلي، وألفا كرونباخ، ويمكن عرض الخصائص السيكومترية كما يلي: -

للتأكد من كفاءة التعيين تم حساب اختبار KMO بلغت قيمته (0.823) مما يعطي مؤشرًا جيدًا لصلاحية العينة الحالية لحساب التحليل العاملي، ومن ناحية ثانية كان مستوى دلالة اختبار برتليت Bartlett's Test of Sphericity كانت دالة عند مستوى دلالة اختبار برتليت 0.001 وبهذا فهي مصفوفة مقبولة للتحليل العاملي، وبهذا قد قام الباحثان بحساب المصفوفة الارتباطية لبنود المِقياس تلاه إجراء التحليل العاملى بطريقة المكونات الأساسيةPrinciple Components لهوتلينج Hotelling مع تدوير متعامد للمَحاور بطريقة الفاريماكس Varimax لكايزر Kaiser، وقد أمكن الوصول إلى مصفوفة عاملية مكونة من أربعة عوامل، كما في جدول (4).

جدول (4)

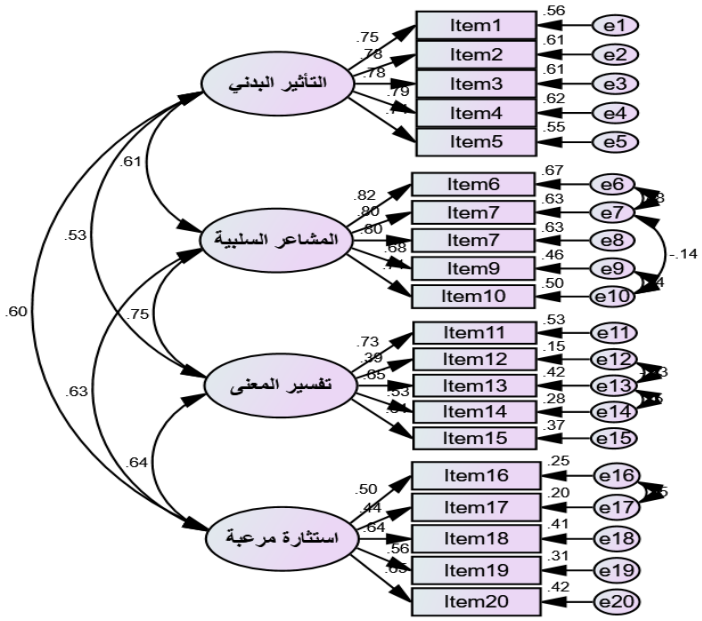
المصفوفة العاملية للتحليل العاملي بعد التدوير باستخدام طريقة المكونات الأساسية لهوتلنج على استبيان خبرة الكوابيس(NEQ) لدى عينة الدراسة من طلاب الجامعة (ن= 434)

م		بند	العوامل				قيم الشيوع
			العامل الأول	العامل الثاني	العامل الثالث	العامل الرابع	
1	8	غالبًا ما أشعر بالعجز (مغلوب على أمري) في كوابيسي.	0.767				0.675
2	9	أستطيع بصعوبة الخروج من المأزق (الورطة) في كوابيسي.	0.738				0.599
3	7	كنت خائفا في كوابيسي.	0.722				0.679
4	6	شعرت بالخوف في كوابيسي.	0.715				0.729
5	10	لا يمكنني فعل أي شيء للمساعدة في مواجهة الأحداث في كوابيسي.	0.663				0.564
6	2	شهيتي تغيرت بسبب وجود الكوابيس.		0.836			0.722
7	3	لا يمكنني التعامل مع الأنشطة (أنشطة الحياة) في اليوم التالي من وجود الكوابيس.		0.803			0.694
8	1	أشعر بالضعف الجسدي بسبب وجود الكوابيس.		0.756			0.643
9	4	أعاني دائمًا من الأرق بسبب وجود الكوابيس.		0.731			0.673
10	5	أعتقد دائمًا أن حياتي تتأثر بشدة بالكوابيس.		0.727			0.635
11	17	أشعر بالحماس في كوابيسي.			0.727		0.596
12	16	حلمت بالمشاركة في نشاط أو مغامرة مرعبة.			0.671		0.516
13	19	كثيرًا ما أحلم بالحوادث الإرهابية التي تهدد حياة الآخرين.			0.634		0.486
14	18	كوابيسي دائمًا ما ترتبط بالعنف.			0.569		0.482
15	20	حلمت في كوابيسي أنني أفعل شيئا لم أفعلة أبدًا في روتيني اليومي.			0.545		0.480
16	14	يمكنني فهم التفاصيل بوضوح في كوابيسي.				0.795	0.665
17	13	الكوابيس تحتوي على بعض المعلومات المهمة والتي أحترس جدًا منها.				0.776	0.699
18	15	المشهد أو المكان أو الشخص الموجود بالكابوس كان مألوفا لي.				0.579	0.498
19	11	أحاول تفسير أو تأويل محتويات الكابوس.				0.546	0.55
20	12	الكوابيس ليس لها معنى بالنسبة لي (لا أفهمها).				0.545	0.323
الجذر الكامن			3.695	3.608	2.315	2.290	11.908
التباين الارتباطي			18.476	18.041	11.575	11.449	59.541
التباين العاملي			31.03	30.30	19.44	19.23	100%

يتضح من خلال جدول (4) أن بنود استبيان خبرة الكوابيس تشبعت على أربعة عوامل واضحة مطابقة تمامًا للعوامل الأربعة الأصلية للاستبيان حيث تشبع على العامل الأول خمسة بنود، هي (6، 7، 8، 9، 10) ويطلق على هذا العامل التأثير البدني، وقد بلغ الجذر الكامن (3.695)، وبلغ التباين الارتباطي للعامل الأول (18.476)، كما تشبع على

العامل الثاني خمسة بنود، هي (1، 2، 3، 4، 5) ويطلق على هذا العامل المشاعر السلبية، وقد بلغ الجذر الكامن (3.608)، وبلغ التباين الارتباطي للعامل الثاني (18.041)، كما تشبع على العامل الثالث خمسة بنود، هي (16، 17، 18، 19، 20) ويطلق على هذا العامل تفسير المعنى، وقد بلغ الجذر الكامن (2.315)، وبلغ التباين الارتباطي للعامل الثالث (11.575)، كما تشبع على العامل الرابع خمسة بنود، هي (11، 12، 13، 14، 15) ويطلق على هذا العامل استثارة مرعبة، وقد بلغ الجذر الكامن (2.290)، وبلغ التباين الارتباطي للعامل الرابع (11.449)، وقد بلغت القيمة الإجمالية للتباين الارتباطي 59.541 وهي قيمة مرتفعة للقدرة التفسيرية للاستبيان، وحتى لا يحدث سوء فهم في ترتيب الأبعاد في النسخة الأجنبية والمصرية سيتم التعامل مع الأبعاد بالترتيب الأصلي لها في النسخة الأجنبية وخاصة أن الأبعاد متماثلة من حيث البنود والمسميات في الثقافة الأصلية والمصرية للاستبيان.

وللتحقق من الصدق التوكيدي للاستبيان الحالي لدى طلاب الجامعة أمكن للباحثين التأكد من النموذج القياسي لاستبيان خبرة الكوابيس، ويمكن عرض النموذج القياسي باستخدام التحليل العاملي التوكيدي لخبرة الكوابيس كما هو موضح بشكل (3).



X2 = 402.501, DF= 158, df/X2= 2.547, CFI= 0.935, RMSEA= 0.06, IFI= 0.935, TLI= 0.922, GFI= 0.917

شكل (3) نموذج التحليل العاملي التوكيدي لاستبيان خبرة الكوابيس لدى طلاب الجامعة (ن= 434)

كما أمكن التحقق من الاتساق الداخلي حيث تراوحت معاملات الاتساق الداخلي بين البنود ودرجة البعد الأول التأثير البدني بين (0.801 إلى 0.836)، كما تراوحت معاملات الاتساق الداخلي بين البنود ودرجة البعد الثاني المشاعر السلبية بين (0.764 إلى 0.870)، كما تراوحت معاملات الاتساق بين البنود ودرجة البعد الثالث تفسير المعنى بين (0.699 إلى 0.726)، كما تراوحت معاملات الاتساق بين البنود ودرجة البعد الرابع استثارة مرعبة بين (0.693 إلى 0.700)، كما بلغت معاملات الاتساق الداخلي بين الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لاستبيان خبرة الكوابيس بالأبعاد الفرعية (0.775، 0.848، 0.783، 0.730) للأبعاد التالية وهي التأثير البدني، والمشاعر السلبية، وتفسير المعنى، واستثارة مرعبة على التوالي، وهي قيم تعبر عن اتساق داخلي مقبول، كما أمكن حساب ثبات ألفا كرونباخ للأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لاستبيان خبرة الكوابيس حيث بلغت معاملات ألفا كرونباخ (0.877، 0.878، 0.710، 0.715، 0.902) للأبعاد التالية: التأثير البدني، والمشاعر السلبية، وتفسير المعنى، واستثارة مرعبة، والدرجة الكلية لتجربة الكوابيس على التوالي، وهي قيم جميعها يدل على ثبات جيد للمقياس الحالي لدى عينة الدراسة.

نتائج الدراسة ومناقشتها

أ-نتائج الدراسة

نتائج الفرض الأول

ينص الفرض الأول على « **توجد علاقة ارتباط بين اضطراب القلق العام والكوابيس، لدى عينة الدراسة من طلاب الجامعة**»، وللتحقق من صحة الفرض أمكن استخدام معامل ارتباط بيرسون للتحقق من طبيعة العلاقة الارتباطية بين القلق العام والكوابيس، لدى عينة الدراسة من طلاب الجامعة، ويمكن توضيح العلاقات الارتباطية كما في جدول (5).

جدول (5)
معاملات الارتباط بين اضطراب القلق العام وخبرة الكابوس لدى عينة الدراسة من طلاب الجامعة (ن= 434)

المتغيرات	اضطراب القلق العام
التأثير البدني	0.411**
المشاعر السلبية	0.408**
تفسير المعنى	0.265**
استثارة مرعبة	0.261**
الدرجة الكلية لخبرة الكوابيس	0.435**
** دال عند مستوى دلالة 0.01	

يتضح من خلال جدول (5) أن هناك علاقة ارتباط دالة عند مستوى دلالة 0.01 بين اضطراب القلق العام والدرجة الكلية لخبرة الكوابيس وأبعاده الفرعية (التأثير البدني، والمشاعر السلبية، وتفسير المعنى، واستثارة مرعبة).

نتائج الفرض الثاني

ينص الفرض الثاني على " **توجد علاقة ارتباط بين أعراض الاكتئاب والكوابيس، لدى عينة الدراسة من طلاب الجامعة**"، وللتحقق من صحة الفرض أمكن استخدام معامل ارتباط بيرسون للتحقق من طبيعة العلاقة الارتباطية بين أعراض الاكتئاب والكوابيس، لدى عينة الدراسة من طلاب الجامعة، ويمكن توضيح العلاقات الارتباطية كما في جدول (6).

جدول (6)
معاملات الارتباط بين أعراض الاكتئاب وخبرة الكابوس لدى عينة الدراسة من طلاب الجامعة (ن= 434)

المتغيرات	أعراض الاكتئاب
التأثير البدني	**0.457
المشاعر السلبية	**0.393
تفسير المعنى	**0.291
استثارة مرعبة	**0.359
الدرجة الكلية لخبرة الكوابيس	**0.479
** دال عند مستوى دلالة 0.01	

يتضح من خلال جدول (6) أن هناك علاقة ارتباط دالة عند مستوى دلالة 0.01 بين أعراض الاكتئاب والدرجة الكلية لخبرة الكوابيس وأبعاده الفرعية (التأثير البدني، والمشاعر السلبية، وتفسير المعنى، واستثارة مرعبة).

نتائج الفرض الثالث

ينص الفرض الثالث على أنه " **يمكن التنبؤ بالكوابيس من خلال اضطراب القلق العام وأعراض الاكتئاب، لدى عينة الدراسة من طلاب الجامعة**»، وللتحقق من صحة الفرض أمكن استخدام معامل الانحدار المتعدد بطريقة Stepwise للتحقق من طبيعة القدرة على التنبؤ بخبرة الكوابيس من خلال القلق والأعراض الاكتئابية لدى عينة الدراسة من طلاب الجامعة، ويمكن توضيح النموذج الانحداري كما في جدول (7).

جدول (7)

نتائج تحليل الانحدار متعدد المتغيرات المنبئة: اضطراب القلق العام، وأعراض الاكتئاب لدى عينة الدراسة من طلاب الجامعة، المتغير التابع: خبرة الكوابيس لدى عينة من طلاب الجامعة (ن=434).

المتغير التابع	المنبئات	معامل الارتباط المتعدد R	مربع الارتباط المتعدد R	قيمة (ف)	معامل الانحدار (B)	قيمة بيتا (Beta)	قيمة (ت)	القيمة الثابتة
التأثير البدني	أعراض الاكتئاب	0.229	0.225	64.034***	0.272	0.328	5.787***	4.824
	اضطراب القلق العام				0.193	0.192	3.386***	
المشاعر السلبية	اضطراب القلق العام	0.193	0.183	51.405***	0.301	0.263	4.522***	8.481
	أعراض الاكتئاب				0.205	0.218	3.746***	
تفسير المعنى	أعراض الاكتئاب	0.094	0.090	22.294***	0.155	0.206	3.352***	10.471
	اضطراب القلق العام				0.116	0.127	2.067*	
استثارة مرعبة	أعراض الاكتئاب	0.129	0.127	63.814***	0.252	0.359	7.988***	8.476
الدرجة الكلية لخبرة الكوابيس	أعراض الاكتئاب	0.254	0.251	73.362***	0.866	0.341	6.101***	32.149
	اضطراب القلق العام				0.644	0.208	3.729***	
* دال عند مستوى دلالة 0.05، ** دال عند مستوى دلالة 0.01، *** دال عند مستوى دلالة 0.001								

يتبين من خلال جدول (7) أن أعراض الاكتئاب واضطراب القلق العام لديهما القدرة على التنبؤ بالتأثير البدني كأحد أبعاد استبيان خبرة الكوابيس حيث بلغت قيمة ف (64.034) وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة 0.001، وبلغت قيمة ت (5.787، 3.386) لأعراض الاكتئاب، واضطراب القلق العام على التوالي وهي قيم دالة عند مستوى دلالة 0.001، وكما بلغت نسبة الإسهام لأعراض الاكتئاب واضطراب القلق العام للتنبؤ ببعد التأثير البدني 22%. كما نجد أن اضطراب القلق العام وأعراض الاكتئاب لديهما القدرة على التنبؤ بالمشاعر السلبية كأحد أبعاد استبيان خبرة الكوابيس حيث بلغت قيمة ف (51.405) وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة 0.001، وبلغت قيمة ت (4.522، 3.746) لاضطراب القلق العام، ولأعراض الاكتئاب على التوالي وهي قيم دالة عند مستوى دلالة 0.001، وكما بلغت نسبة الإسهام لاضطراب القلق العام، ولأعراض الاكتئاب للتنبؤ ببعد المشاعر السلبية 18%.

كما أوضحت النتائج أن أعراض الاكتئاب واضطراب القلق العام لديهما القدرة على التنبؤ بتفسير المعنى كأحد أبعاد استبيان خبرة الكوابيس حيث بلغت قيمة ف (22.294) وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة 0.001، وبلغت قيمة ت (3.352، 2.067) لأعراض الاكتئاب،

واضطراب القلق العام على التوالي وهي قيم دالة عند مستوى دلالة 0.001 0.05 على التوالي، وكما بلغت نسبة الإسهام لأعراض الاكتئاب واضطراب القلق العام للتنبؤ ببعد تفسير المعنى 9%.

كما أوضحت النتائج أن أعراض الاكتئاب فقط لديها القدرة على التنبؤ بالتحفيز المرعب كأحد أبعاد استبيان خبرة الكوابيس حيث بلغت قيمة ف (63.814) وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة 0.001، وبلغت قيمة ت (7.988) لأعراض الاكتئاب وهي قيم دالة عند مستوى دلالة 0.001، وكما بلغت نسبة الإسهام للأعراض الاكتئاب للتنبؤ ببعد استثارة مرعبة 13%.

كما أوضحت النتائج أن أعراض الاكتئاب واضطراب القلق العام لديهما القدرة على التنبؤ بالدرجة الكلية لاستبيان خبرة الكوابيس حيث بلغت قيمة ف (73.362) وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة 0.001، وبلغت قيمة ت (6.101، 3.729) لأعراض الاكتئاب، واضطراب القلق العام على التوالي وهي قيم دالة عند مستوى دلالة 0.001 على التوالي، كما بلغت نسبة الإسهام لأعراض الاكتئاب واضطراب القلق العام للتنبؤ بالدرجة الكلية لاستبيان خبرة الكوابيس 25%.

ب-تفسير ومناقشة نتائج الدراسة.

جاءت نتيجة الفروض: الأول والثاني والثالث في مجملها تنص على وجود علاقة ارتباط إيجابي بين كل من اضطراب القلق العام وأعراض الاكتئاب بالكوابيس, وكذلك إمكانية التنبؤ بخبرة الكوابيس من خلال كل من اضطراب القلق العام وأعراض الاكتئاب, لذا يمكن مناقشة نتائج الدرسة في ضوء ما جاء بالدراسات والبحوث السابقة والإطار النظري للدراسة الحالية؛ حيث تؤكد نتيجة االفروض: الأول والثاني والثالث للدراسة الحالية ما توصلت إليه دراسة كل من «زادرا ودونديري» Zadra & Donderi (2000) وهو وجود علاقة ارتباط بين الكوابيس والأحلام السيئة بالهناء النفسي. ودراسة «إلير وآخرين» Eller et al (2006) التي توصلت إلى وجود علاقة ارتباط بين القلق والاستيقاظ بسبب الكوابيس، وكذلك إمكانية التنبؤ بالأعراض الكامنة للقلق والاكتئاب من خلال مشكلات النوم. ودراسة «كورني وآخرين» Chorney et al (2008) التي توصلت إلى وجود علاقة ارتباط بين اضطرابات النوم وكل من القلق والاكتئاب.

كما تعزز نتيجة الفروض: الأول والثاني والثالث للدراسة الحالية ما توصلت إليه دراسة «ساميز وآخرين» Semiz et al (2008) وهو أن مرضى الشخصية الحدية الذين يعانون من الكوابيس لديهم أمراض نفسية أكثر من الأشخاص الأسوياء. ودراسة كل من «بلاجروف وفشر»

Blagrove & Fisher (2009) التي توصلت إلى وجود علاقة ارتباط إيجابي بين الكوابيس وكل من القلق والاكتئاب. كما تعزز نتيجة الفروض: الأول والثاني والثالث للدراسة الخالية ما توصلت إليه دراسة «نادروف» Nadorff et al (2014) وهو وجود علاقة ارتباط بين القلق العام والأحلام السيئة. ودراسة «شاناهان وآخرين» Shanahan et al (2014) التي توصلت إلى وجود علاقة ارتباط بين مشكلات النوم وكل من القلق العام والاكتئاب وكذلك إمكانية التنبؤ من خلال مشكلات النوم بكل من القلق العام والاكتئاب لدى عينة الدراسة من الأطفال والمراهقين. وأيضًا دراسة «شيفيز وآخرين» Sheaves et al (2015) التي توصلت إلى وجود علاقة ارتباط إيجابي بين الكوابيس ومستوى شدة الوهم والاكتئاب والقلق والتوتر وصعوبات الذاكرة العاملة. ودراسة «ريتشاردسون وآخرين» Richardson et al (2018) التي توصلت إلى توسط الاكتئاب العلاقة بين اضطرابات النوم والكوابيس والأفكار الانتحارية أي أن علاج الاكتئاب يخفف من اضطرابات النوم والكوابيس ومحاولة الانتحار. وأيضًا دراسة كل من «جوادي وشفيخاني»Javadi & Shafikhani (2019) التي أسفرت عن وجود علاقة ارتباط بين القلق والاكتئاب والكوابيس.

كما يمكن مناقشة نتائج فروض الدراسة الحالية في ضوء الإطار النظري لهذه الدراسة؛ حيث أشار «فريمان وآخرون» Freeman et el, 2012 إلى أن قلة النوم تنبئ ببداية الأفكار المتعلقة بجنون العظمة (Sheaves et al, 2015) كما توجد علاقة ارتباط بين مشكلات النوم والتي منها الكوابيس بالصداع النصفي والذي يرتبط بدوره بالقلق والاكتئاب (Vgontzas et al, 2008). كما توجد علاقة ارتباط قوية بين تكرار الكوابيس وشدة أعراض القلق والاكتئاب (Levin & Nielsen, 2007) كما يمكن التنبؤ من خلال تكرار الكوابيس في مرحلة المراهقة المبكرة ببداية أعراض القلق بعد خمس سنوات (Nielsen et al, 2000) وأيضًا إمكانية التنبؤ من خلال تكرار الكوابيس بزيادة الميل للانتحار لدى المرضى الذين يعانون من الاكتئاب الشديد واضطراب الشخصية الحدية ومرضى الفصام (Sjostrom et al, 2009) كما ترتبط الكوابيس بالقلق، والذهان، والفصام، واضطراب الشخصية الحدية، وتعاطي المخدرات(Titus et al, 2018). وأيضًا أشارت العديد من الدراسات إلى وجود علاقة ارتباط إيجابي بين القلق العام والكوابيس (Reynolds & Alfano, 2015). كما أشار أجارجون وآخرون Agargun et al (1998) إلى أن مرضى الاكتئاب الذين يتعرضون لتكرار الكوابيس كانوا أكثر عرضة

للاتجاه نحو الانتحار مقارنة بغيرهم من المرضى الذين لم يتعرضوا للكوابيس على الإطلاق.

في حين تتعارض نتائج فروض الدراسة الحالية مع ما أشار إليه «مارتنز وآخرون» Martinez et al (2005) وهو أن الكوابيس قد تظهر كمشكلة نفسية مستقلة كما هو معروف في أنظمة تصنيف الأمراض مثل الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية DSM-IV-TR, في حين أن تكرار الكوابيس كان مرتبطًا بشكل خطٍ بالاضطراب النفسي العام, حيث أثبتت بعض الدراسات التي أجريت على عينات من غير المرضى بالاضطرابات النفسية, أنه لا توجد علاقة بين تكرار الكوابيس والاضطرابات النفسية مثل القلق والاكتئاب.

التوصيات والمقترحات البحثية للدراسة

1. العمل على زيادة الوعي بأهمية دراسة الكوابيس؛ لما لها من آثار سلبية على الفرد من الناحية النفسية وتأثيرها على الاضطرابات النفسية للأفراد.
2. التوسع في دراسة الكوابيس ونسب انتشارها لدى فئات عمرية مختلفة.
3. العمل على إعداد البرامج العلاجية للتخفيف من حدة الاضطرابات النفسية المرتبطة بالكوابيس ومشكلاتها.
4. محاولة التعرف على مصادر القلق والاكتئاب لدى طلاب الجامعة والعمل على خفض حدتها والتغلب عليها.
5. إجراء دراسة تستهدف معرفة العلاقة بين الكوابيس والضغوط النفسية لدى طلاب الجامعة.

المصادر والمراجع

أولاً/ المصادر والمراجع العربية:

تيغزة، محمد بوزيان. (2012). التحليل العاملي الإستكشافي والتوكيدي: مفاهيمهما ومنهجيتهما بتوظيف حزمة SPSS وليزرل LISREL. الأردن: دار المسيرة.

الزراد، فيصل محمد. (2009). الأمراض النفسية-الجسدية أمراض العصر (ط. 2). بيروت-لبنان: دار النفائس للطباعة والنشر والتوزيع.

طه، فرج عبد القادر. (2010). أصول علم النفس الحديث(ط.8). القاهرة:مكتبةالأنجلو المصرية.

نوفل، ناصر محمد. (2016). صورة الجسد والاغتراب النفسي وعلاقتهما بالقلق والاكتئاب لدى المعاقين بصريًا. رسالة ماجستير. غير منشورة. كلية التربية-قسم علم النفس. الجامعة الإسلامية-غزة.

ثانياً/ المراجع الأجنبية

Agargun, M. Y., Cilli, A.S., Kara, H., Tarhan, N., Kincir, F & Oz, K. (1998). Repetitive and frightening dreams and suicidal behavior in patients with major depression. **Compr Psychiatry**, 39,198-202.

American Psychiatric (2013**) Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5**. Arlington: Amerc Publishing (fifth edition).

American Psychiatric Association. (2000). **Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders.** 4th (Ed.), Washington DC: American Psychiatric Press, American Academy of Sleep Medicine.

Bilici, M., Yazici, K., Ozer, O. A & Kavakç, O. (2002).

Dream anxiety level in patients with major depression. **Sleep and Hypnosis**, 4, 15- 21.

Blagrove, M & Fisher, S. (2009). Trait–State Interactions in the Etiology of Nightmares. **Dreaming**, 19(2), 65- 74.

Chen, W., Xu, Y., Zhu, M., Tang, Y., Huang, S., Mao, H., Liu, J & Wang, W. (2014). Development of a Structure-Validated Nightmare Experience Questionnaire in Chinese University Students. **Journal of Psychiatry**, 17(6), 1- 6.

Chorney, D. B., Detweiler, M. F., Morris, T. L & Kuhn, B. R. (2008). The Interplay of Sleep Disturbance, Anxiety, and Depression in Children. **Journal of Pediatric Psychology,** 33 (4), 339- 348.

Davis, J. L., & Wright, D. C. (2007). Randomized clinical trial of chronic nightmares in trauma-exposed adults. **Journal of Traumatic Stress**, 20, 123–133.

Eller, T., Aluja, A., Vasar, V & Veldi, M. (2006). Symptoms of anxiety and depression in Estonian medical students with sleep problems. **Depression and Anxiety**, 23, 250–256.

Gerhart, J.I., Hall, B.J., Russ, E.U., Canetti, D & Hobfoll, S.E. (2014). Sleep disturbances predict later trauma-related distress: cross-panel investigation amidst violent turmoil. **Health Psycho**, 33, 365-372.

Hansen, K., Hofling, V., Kroner-Borowik, T., Stangier, U & Steil, R. (2013). Efficacy of psychological interventions aiming to reduce chronic nightmares: A meta-analysis. **Clinical Psychology Review**, 33, 146–155.

Hobson, J.A. (2004). A model for madness?. Dream consciousness: our understanding of the neurobiology of sleep offers insight into abnormalities in the waking brain. **Nature**, 5, 430- 451.

Hublin, C., Kaprio, J., Partinen, M & Kosenkenvou, M. (1999). Nightmares: Familiar aggregation and association with psychiatric disorders in nationwide twin cohort. **American Journal of Medical Genetics**, 88, 329–336.

International Classification of Sleep Disorders. (2005). **Diagnostic and Coding Manual**. 2nd (Ed.), Westchester, IL, American Academy of Sleep Medicine.

Javadi, A. H. S & Shafikhani, A. A. (2019). Evaluation of Depression and Anxiety, and their Relationships with Insomnia, Nightmare and Demographic Variables in Medical Students. **Sleep and Hypnosis**, 21(1), 9-15.

Kirov, R & Brand, S. (2011). Nightmares as predictors of psychiatric disorders in adolescence. **Current Trends in Neurology**, 5, 1- 12.

Koffel, E & Watson, D. (2009). Unusual sleep experiences, dissociation, and schizotypy: evidence for a common domain. **Clin Psychol Rev**, 29(6), 548–559.

Krakow, B., Kellner, R., Pathak, D & Lambert, L. (1995). Imagery rehearsal treatment for chronic nightmares. **Behavior Research and Therapy**, 33, 837–843.

Kroenke, K., Spitzer, R. L & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. **Journal of General Internal Medicine**, 16, 606-613.

Levin, R & Fireman, G (2002) Nightmare prevalence, nightmare distress, and self-reported psychological disturbance. **Sleep** 25: 205-212.

Levin, R & Nielsen, T. A (2007). Disturbed dreaming, posttraumatic stress disorder, and affect distress: a review and neurocognitive model. **Psychol Bull**, 133, 482-528.

Madrid, S., Marquez, H., Nguyen, T.T & Hicks, R. A. (1999). Nightmare distress and stress-related health problems. **Percept Motor Skill**, 89, 114-115.

Martinez, P., Mir, E & Arriaza, R. (2005). Evaluation of the Distress and Effects Caused By Nightmares: A Study of the Psychometric Properties of the Nightmare Distress Questionnaire and the Nightmare Effects Survey. **Sleep and Hypnosis**, 7(1), 29- 41.

Mehl, R.C., O'Brien, L.M., Jones, J.H, Dreisbach, J.K & Mervis, C.B. (2006). Correlates of sleep and pediatric bipolar disorder. **Sleep**, 29: 193-197.

Nadorff, M. R., Porter, B., Rhoades, H. M., Greisinger, A.J., Kunik, M.E & Stanley, M.A. (2014). Bad Dream Frequency in Older Adults with Generalized Anxiety Disorder: Prevalence, Correlates, and Effect of Cognitive Behavioral Treatment for Anxiety. **Behav Sleep Med**, 12(1), 1- 15.

Nielsen, T.A., Laberge, L., Paquet, J., Tremblay, R.E & Vitaro, F. (2000). Development of disturbing dreams during adolescence and their relation to anxiety symptoms. **Sleep**, 23: 727-736.

Reynolds, K. C & Alfano, C. A. (2015). Things that Go Bump in the Night: Frequency and Predictors of Nightmares in Anxious and Nonanxious Children. **Behavioral Sleep Medicine**, 14 (4), 442- 456.

Richardson, J. D., King, L., Cyr, K. S.t., Shnaider, P., Roth, M. L., Ketcheson, F., Balderson, K & Elhai, J. D. (2018). Depression and the relationship between sleep disturbances, nightmares, and suicidal ideation in treatment-seeking Canadian Armed Forces members and veterans. **BMC Psychiatry**, 18 (204), 1- 8.

Robert, G & Zadra, A. (2008). Measuring nightmare and

bad dream frequency: Impact of retrospective and prospective instruments. J**ournal of Sleep Research**, 17 (2), 132–139.

Ross, J. R., Ball, W. A., Sullivan, K. A & Caroff, S. N. (1989). Sleep disturbance as a hallmark of posttraumatic stress disorder. **The American Journal of Psychiatry**, 146, 697–707.

Semiz, U. B., Basoglu, C., Ebrinc, S & Cetin, M. (2008). Nightmare disorder, dream anxiety, and subjective sleep quality in patients with borderline personality disorder**. Psychiatry and Clinical Neurosciences**, 62, 48–55.

Shanahan, L., Copeland, W. E., Angold, A., Bondy, C.L. & Costello, E. J. (2014). Sleep Problems Predict and are predicted by Generalized Anxiety/Depression and Oppositional Defiant Disorder. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, 53(5), 550–558.

Sheaves, B., Onwumere, J., Keen, N., Stahl, D & Kuipers, E. (2015). Nightmares in Patients with Psychosis: The Relation with Sleep, Psychotic, Affective, and Cognitive Symptoms. **The Canadian Journal of Psychiatry**, 60 (8), 354- 361.

Simard, V., Nielsen, T. A., Tremblay, R. E., Boivin, M & Montplaisir, J. Y. (2008). Longitudinal study of bad dreams in preschool-aged children: prevalence, demographic correlates, risk and protective factors. **Sleep**, 31(1), 62-70.

Sjostrom, N., Hetta, J & Waern, M. (2009). Persistent nightmares are associated with repeat suicide attempt: a prospective study. **Psychiatry Res**, 170, 208-211.

Spitzer, R.L, Kroenke, K., Williams, J.B & Lowe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. **Arch Inern Med**. 166, 1092-1097.

Spoormaker, V. I., Schredl, M & Bout, J. v. d. (2006). Nightmares: From anxiety symptom to sleep, disorder. **Sleep Medicine Reviews**, 10, 19–31.

Titus, C.E., Speed, K. J., Cartwright, P. M., Drapeau, C.W., Heo, Y & Nadorff, M. R. (2018). What role do nightmares play in suicide? A brief exploration. **Current Opinion in Psychology**, 22, 59–62.

Vgontzas, A., Cui, L & Merikangas, K. R. (2008). Are Sleep Difficulties Associated With Migraine Attributable to Anxiety and Depression?. **Headache**, 48(10), 1451–1459.

Zadra, A & Donderi, D. C. (2000). Nightmares and Bad Dreams: Their Prevalence and Relationship to Well-Being. **Journal of Abnormal Psychology**, 109 (2), 273- 281.

ثالثاً: المراجع العربية مترجمة للإنجليزية:

Faisal Muhammad Al-Zarad. (2009). **Psychological–physical diseases, diseases of the age** (in Arabic). (2nd ed.). Beirut - Lebanon: Dar al-Nafaes.

Faraj Abdel Qader Taha. (2010). **The principles of modern psychology** (in Arabic). (8th ed.). Cairo: The Anglo-Egyptian Bookshop.

Mohamed Bouzian Tigza. (2012*)*. **Exploratory and confirmatory factor analysis: their concepts and methodologies using the SPSS package and the LISREL** (in Arabic). Jordan: Maseera Dar.

Nasser Muhammad Nofal. (2016). Body image and psychological alienation and their relationships to anxiety and depression in the visually impaired (in Arabic) **[Unpublished Master's Thesis]**. College of Education - Department of Psychology. Islamic University of Gaza.