

## الصحة النفسية وعلاقتها بالأرق لدى عينات من المراهقين والراشدين والمسنين<sup>(\*)</sup>

آلاء سعيد السيد رشيد<sup>(\*\*)</sup>

تحت إشراف: د. أحمد محمد عبد الخالق<sup>(\*\*\*)</sup>

### الملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى بحث علاقة الصحة النفسية بالأرق، فضلاً عن بحث الفروق بين الجنسين، واستخدمت هذه الدراسة ثلاث عينات من المراهقين، والراشدين، والمسنين، وبلغ مجموع العينات ١.١٤٠ فرد: ٢٤٣ مراهق ذكر، و٢٤٧ مراهقة، و٢٥١ راشد ذكر، و٢٥٢ راشدة، و٧٥ مسناً ذكراً، و٧٣ مسنة، وتراوحت أعمارهم بين ١٤، و٧١ عاماً، واستخدم المقياس العربي للصحة النفسية، والمقياس العربي للأرق، وكلاهما من تأليف عبد الخالق، وأسفرت نتائج الدراسة عن حصول المراهقين والمسنين الذكور على متوسط أعلى جوهرياً في الصحة النفسية من نظرائهم الإناث، في حين حصلت المراهقات والمسنات على متوسط أعلى جوهرياً من نظرائهم في الأرق، ولم توجد فروق جوهرية في الصحة النفسية والأرق في عينة الراشدين من الجنسين، كما ظهرت فروق دالة إحصائياً في الصحة النفسية بين المراهقين والراشدين والمسنين الذكور، وفروق دالة إحصائياً في الأرق بين الجنسين لدى العينات كلها، وارتبطت الصحة النفسية ارتباطاً سالباً بالأرق في كل العينات، ونوقشت هذه النتائج على ضوء الدراسات السابقة، وخلصت هذه الدراسة إلى أهمية وضع برامج توعية عن أخطار الأرق، وتأثيره السلبي في الصحة النفسية، والجسمية، وكيفية الحد منه.

**المصطلحات الأساسية:** الصحة النفسية، الأرق، المراهقون، الراشدون، المسنون، الفروق بين الجنسين، الفروق بين الأعمار.

---

(\*) هذه الدراسة جزء من رسالة الماجستير للباحثة الأولى، تحت إشراف الباحث الثاني، وقد أجزت الرسالة من كلية الآداب، جامعة الإسكندرية  
(\*\*) قسم علم النفس - كلية الآداب جامعة الإسكندرية  
(\*\*\*) قسم علم النفس - كلية الآداب جامعة الإسكندرية.

**Mental health and its relation with insomnia in samples of adolescents, adults and the elderly**

**Ala'a Said El-Sayed Rashid**

**Ahmed M. Abdel-Khalek**

**Department of Psychology, Alexandria University**

**Abstract**

The present study sought (a) to examine the relationship between mental health, and insomnia, (b) to explore the gender differences, and (c) to estimate the differences between three samples: adolescents, adults, and the elderly. The total sample size was 1,140 individuals: 243 male adolescents, 247 female adolescents, 251 male adults, 252 female adults, 75 elderly men, and 73 elderly women. Their ages ranged between (14 -71) years. The Arabic Scale of Mental Health, and the Arabic Scale of Insomnia developed by Abdel-Khalek were used. The results indicated that there were statistically significant sex differences in mental health and insomnia between adolescents and the elderly. The male adolescents and old aged obtained a significantly higher mean scores on mental health, whereas their female counterparts obtained a higher mean scores on insomnia. There were no significant sex-differences in mental health and insomnia among adults. There were statistically significant sex differences in mental health between adolescents, adults and the elderly. There were statistically significant differences in insomnia when comparing groups in all samples between the sexes. Significant negative correlations were found between mental health and insomnia. These findings were discussed in the light of previous studies. It was concluded that it is important to develop a program on insomnia and its negative effects on mental and physical health and how to reduce it.

**Keywords:** Mental health, insomnia, adolescents, adults, elderly, differences between ages.

## المقدمة

تعددت الدراسات التي ربطت بين الصحة النفسية واضطرابات النوم أو مشاكلته بوجه عام، ولكن تندر الدراسات التي ربطت بين الصحة النفسية والأرق بشكل مباشر لدى فئات عمرية مختلفة، وتكمن أهمية الصحة النفسية في أنها ترتبط بمختلف جوانب الحياة، فالصحة النفسية لا تعني - فقط - خلو الفرد من الاضطرابات أو الأمراض، ولكنها تعني كذلك القدرة على مواجهة الأزمات والضغوط، والشعور بالسعادة، وبأن كل شيء على ما يرام. وأضاف أصحاب المنظور الاجتماعي الثقافي، القدرة على العطاء، وإيثار الآخرين، وتقديم المساعدة لهم من دون انتظار المقابل (زغير، وصالح، ٢٠١٠، ص ص ١٠٤ - ١٠٦)، وجميعها صفات حثت عليها الأديان.

وقد حدد عبد الخالق (٢٠١٥) أهم علامات الصحة النفسية في: التوافق الذاتي، والتوافق الاجتماعي، والشعور بالسعادة وراحة البال، ومعرفة قدر النفس وحدودها، والنجاح في العمل، ومواجهة الإحباط، والإقبال على الحياة، والالتزان والثبات، وحسن الخلق، والخلو النسبي من الأعراض.

ويمثل النوم حوالي ثلث حياتنا، أي أنه وظيفة أساسية، ولهذا فإن الاضطرابات التي تتعلق بالنوم تعد من الاضطرابات الخطيرة التي قد تؤدي إلى الموت إذا زادت شدتها، ومن تلك الاضطرابات الأرق؛ ويقصد به استعصاء النوم أو تقطعه، أو الشكوى من عدم الحصول على نوم كافٍ أو مريح في أثناء الليل، ويؤثر في نشاط الإنسان في أثناء نهار اليوم التالي (Roth, 2007).

والمعدل الطبيعي للنوم لدى الراشدين، كما ذكر «جولب» (Golub, 2012) من ٦ إلى ٩ ساعات يوميًا، ولكنَّ النوم لفترة أطول أو أقصر من هذا المعدل، لا يعني بالضرورة وجود مشكلة صحية، فهناك أشخاص ينامون لمدة ساعتين فقط، ومع ذلك لا يعانون أيَّة مشكلة، وكلما تقدم الإنسان في العمر نقص عدد ساعات النوم لديه، فينام المولود حديثًا ١٨ ساعة يوميًا، ثم

ينخفض عدد ساعات النوم إلى ٧.٥ ساعات يومياً في فترة المراهقة، كما ينخفض أكثر بعد سن الثلاثين عند الرجال، وسن الخمسين عند النساء، وحينما يصل كلا الجنسين إلى منتصف الخمسينات أو أواخرها، ينخفض معدل ساعات النوم إلى أقل من ٦ ساعات يومياً فقط ( Morgenthaler, Kramer, Alessi, Friedman, Boehlecke, Brown, Coleman et al., 2006 ).

وأسباب حدوث الأرق كثيرة، منها (١) التغيرات الفسيولوجية التي تحدث للفرد سواء للمراهق أو المرأة عند انقطاع الطمث أو عند المسن ( American Psychiatric Association, 2013, p. 365 )، و(٢) الحالة النفسية ومنها الاكتئاب، والقلق، والتوتر، وفرط النشاط، أو كثرة الأعمال ( Bendz & Scates, 2009 )، و(٣) اضطرابات النوم الأخرى ومنها انقطاع التنفس في أثناء النوم، واضطراب الحركة الدورية للأطراف، واضطراب الحركة القلقة للساقين، و(٤) الحالات العضوية المرضية ومنها ارتجاع أحماض المعدة نحو المريء، والانسداد الرئوي المزمن، والربو، وعجز القلب الاحتقاني، والتهاب الساخنة، وآلام التهاب المفاصل، ومسببات الآلام المزمنة الأخرى، وتضخم البروستاتا الحميد، والأمراض البولية الأخرى، وفرط نشاط الغدة الدرقية، و(٥) الاضطرابات العصبية ومنها مرض باركنسون، والسكتة الدماغية، والعته، و(٦) المنشطات مثل الكافيين والنيكوتين ( Mendelson, 2008 ).

وينتشر الأرق عند الإناث أكثر من الذكور، ويرتبط أول ظهور له غالباً بولادة طفل جديد، أو مع انقطاع الطمث، ومع ذلك فإن معدل الانتشار يرتفع بين النساء الأكبر سناً، وتشير بعض الدراسات إلى أن أفضل طريقة للحفاظ على استمرارية النوم، هي استمرار الموجة البطيئة للنوم عند الإناث الأكبر سناً، من الذكور الأكبر سناً ( American Psychiatric Association, 2013, p. 366 ).

واستهدفت دراسة « الزبيدي، والهزاع » (١٩٩٧)، بناء مقياس للصحة النفسية، واستكشاف دلالة الفروق بين الذكور والإناث من طلبة الجامعة في بغداد بالعراق، وطبق عليهم مقياس الصحة النفسية المعد من قبل الباحثين؛ وظهر أنه لا توجد فروق بين الجنسين في الصحة النفسية، وأن طلاب الجامعة يعانون ضغوطاً نفسية تشكل لهم أزمات نفسية.

وأجرى « عبد الخالق » (Abdel-Khalek, 2004)، دراسة هدفت إلى تحديد معدلات انتشار الأرق، والكشف عن الفروق بين الجنسين، واختبار خصائص المقياس العربي للأرق، واستخدمت عينة قوامها ٥٠٠٤٤ ذكراً وأنثى من طلبة المدارس الثانوية من جميع محافظات دولة الكويت، تراوحت أعمارهم بين ١٤، و١٩ عاماً، وأسُخِرَ من هذا المقياس عاملان: عواقب الأرق، وصعوبة الدخول إلى النوم والاحتفاظ به، وأوضحت النتائج أن معدل انتشار الأرق تراوح بين ٦.٤٪ و ٣١.٧٪ للذكور، و ٦.٥٪ و ٣٥.٩٪ لدى الإناث، وكانت أعلى شكاوى هي: "الاستيقاظ مبكراً في الصباح" لدى الجنسين، كما ظهر أن الإناث يواجهن صعوبة في بداية النوم، والاستمرار في النوم، أكثر من الذكور.

وفي دراسة أخرى لـ « عبد الخالق » (٢٠٠٧)، هدفت إلى الكشف عن معدلات انتشار الأرق وعواقبه لدى عينة من الراشدين الكويتيين، وكان عدد المشاركين ١٠٢٤٧ موظفاً كويتيًّا، تراوحت أعمارهم بين ٢٤ - ٥٥ عاماً. واستخدم المقياس العربي للأرق، والمكون من ١٢ بنداً، يجاب عنه بخمسة بدائل، وحُسب معدل الانتشار، اعتماداً على مجموع البدلين الأخيرين: "كثيراً"، و"كثيراً جداً"، وتراوح معدل الانتشار، من ٤.٨٪ إلى ٢٦.٨٪ للذكور، و ٣.٨٪ إلى ٣٨.٥٪ للإناث، وكانت الشكاوى الأكثر انتشاراً عند الذكور والإناث هي الاستيقاظ مبكراً، وذكر ١٥.٢٪ من الذكور و ٢٦.٣٪ من الإناث أنهم يشعرون بالتعب حينما يستيقظون، وحصلت الإناث على متوسط أعلى من الذكور في معدل انتشار الأرق.

وأجرى « رايت » وزملاؤه (Wright, Britt, Bliese, & Adler, 2010) دراسة عن العلاقة بين الصحة النفسية والأرق، على مجموعة من الجنود الأمريكيين، الذين أرسلوا إلى العراق، وأجابوا عن اختبار الصحة النفسية، قبل عام من إرسالهم إلى الجبهة (عام ٢٠٠٤م)، وكان عددهم ٧٣٩ جندياً، ولكن ٥٢٢ منهم أكملوا اختبارات الصحة النفسية بعد عودتهم من العراق، وشملت العينة ٩٨٪ من الذكور و ٢٪ من الإناث، وكان متوسط عمر العينة ٢٦ عاماً، وكان ٥٦٪ من المبتدئين، و ٣٣٪ برتبة (رقيب)، و ١١٪ من (الفرق الرئيسية: ضابط). ومن حيث الانتماء العرقي كان ٦٦٪ من ذوي البشرة البيضاء و ١٦٪ من أصل أفريقي، و ١٢٪ من أمريكا اللاتينية، و ٢٪ من الأمريكيان الآسيويين، و ٤٪ من مختلف الأمريكان، وكان ٥١٪ من العينة من المتزوجين، واستخدم مقياس لشدة الأرق، معتمداً على المحكات التشخيصية الواردة في الدليل التشخيصي الرابع، الصادر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي، وكشفت نتائج الدراسة عن وجود علاقة قوية بين شدة الأرق، واضطراب الضغوط التالية للصدمة، وشرب الكحول.

وهدف دراسة « عبد الخالق » (Abdel-Khalek, 2012)، الكشف عن العلاقة بين الصحة النفسية وعوامل الشخصية؛ باستخدام عينتين، وطبق في كلتا الدراستين المقياس العربي للصحة النفسية، وأجريت الدراسة الأولى على عينة من طلاب الجامعة الكويتيين وكان عددهم ٣٢١ (١٩٣ ذكر، و ١٢٨ أنثى)، تراوحت أعمارهم بين ١٨-٣٢ عاماً، واستخدم اختبار أيزنك للشخصية، وأجريت الدراسة الثانية على عينة من طلاب الجامعة الكويتيين وكان عددهم ٢٥٦ (١٢٨ ذكر، و ١٢٨ أنثى)، تراوحت أعمارهم بين ١٨-٣٢ عاماً، واستخدم فيها الصيغة العربية لمقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية من وضع « كوستا، وماك كري »، وكشفت نتائج الدراسة الأولى عن ارتباط المقياس العربي للصحة النفسية بالعصابية (-٠.٦٢)، والانبساط (٠.٥٧)، والكذب (٠.٢٢)، وفي الدراسة الثانية ارتبط المقياس العربي

للصحة النفسية بالعصابية (-٠.٦٢)، وبالإبتقان (٠.٦٢)، والانبساط (٠.٥٩)، والقبول (٠.٣٤)، والتفتح (٠.٢٦).  
مشكلة الدراسة:

استهدف هذا البحث الإجابة عن التساؤلات الآتية:

- ١) هل توجد فروق في الصحة النفسية والأرق بين الجنسين، وبين ثلاث عينات عمرية من المراهقين والراشدين والمسنين؟
  - ٢) هل توجد علاقات بين الصحة النفسية والأرق؟
- مببرات إجراء الدراسة:

اهتمت دراسات كثيرة بربط الصحة النفسية باضطرابات النوم بشكل عام، ولم يصل الباحثان إلى دراسة تربط اضطراب الأرق بالصحة النفسية بشكل مباشر، وعلى ثلاث فئات عمرية من الجنسين، ولاسيما في المجتمع المصري.

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية هذه الدراسة في ندرة الدراسات التي تربط بين الصحة النفسية والأرق، وندرة الدراسات التطورية في هذا المجال، ومن الممكن أن تفيد نتائج هذه الدراسة المختصين في هذا المجال، في بيان علاقة الأرق بالصحة النفسية؛ إذ ينعكس أي خلل فيها على المجتمع، مع دعوة إلى وضع البرامج الإرشادية.

فروض الدراسة:

- ١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغيري الصحة النفسية والأرق بين الجنسين.
- ٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغيري الدراسة بين العينات الثلاث.
- ٣- توجد ارتباطات ذات دلالة إحصائية بين الصحة النفسية والأرق.

### المنهج والإجراءات

اعتمد هذا البحث على المنهج الوصفي الذي يصف الظاهرة في الواقع، والتعبير عنها كمياً، ويسهم في تصنيف المعلومات وتنظيمها، والسعي إلى تحديد العلاقات بين متغيرات الدراسة.

#### عينات الدراسة:

سُحبت ثلاث عينات متاحة من طلاب المدارس الثانوية، وطلاب الجامعة في التخصصين النظري والعملي، والمسنين، وجميعهم من الجنسين، على النحو الآتي: أولاً- (٤٩٠) مراهق من الجنسين، تراوحت أعمارهم بين (١٤-١٧) عاماً، وثانياً- (٥٠٣) من طلاب الجامعة وطالباتها، تراوحت أعمارهم بين (١٨-٢٦) عاماً، وثالثاً- (١٤٨) مُسن من الجنسين، تراوحت أعمارهم بين (٥٥-٧١) عاماً، ويوضح الجدول (١) المتوسطات والانحرافات المعيارية لأعمار عينات الدراسة.

الجدول (١): المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) لأعمار عينات الدراسة

فئات الدراسة	الذكور			الإناث			قيمة "ت"*
	ن	م	ع	ن	م	ع	
المراهقون	٢٤٣	١٥.٦٧	٠.٧٨٢	٢٤٧	١٥.٧٠	٠.٧٢٨	٠.٤٣٥
الراشدون	٢٥١	٢٠.٣٢	١.٥٨٣	٢٥٢	٢٠.٥٥	١.٦٥٤	١.٦٦١
المسنون	٧٥	٥٨.٢٨	٣.٤٢٧	٧٣	٥٨.١٨	٤.٠٢٥	٠.٢٣٢

\* جميع قيم "ت" غير دالة.



## أدوات الدراسة:

### ١- المقياس العربي للصحة النفسية:

وصف المقياس: هذا المقياس من تأليف عبد الخالق (٢٠١٦)، ويشتمل على ٤٠ بنداً، و ١٠ بنود إضافية، لا تحسب في درجة المبحوث، وقد صيغت البنود على شكل عبارات موجزة، وكلها بصيغة الإثبات، ويطلب من المبحوث أن يوضح مدى انطباق كل عبارة عليه، ويجب عنها على أساس مقياس خماسي، يمتد من (١): لا، إلى (٥): كثيراً جداً، وتتراوح الدرجة الكلية بين ٤٠، و ٢٠٠، وتشير الدرجة العليا إلى ارتفاع الصحة النفسية، ومن نماذج بنوده: ١- أشعر بالانشراح. ٢- تقني بنفسي كبيرة.

الخصائص السيكومترية للمقياس: تراوحت معاملات ألفا بين (٠.٩٤ - ٠.٩٨)، وتشير إلى اتساق داخلي مرتفع، وتراوحت معاملات إعادة التطبيق بين (٠.٨٤ - ٠.٩٤) بفارق زمني قدره ٧-١٠ أيام، وتشير إلى استقرار مرتفع عبر الزمن، كما حسب صدق المقياس بثلاث طرق: الصدق الاتفاقي (دراسات)، والصدق الاختلافي (أربع دراسات)، والصدق التمييزي (دراسة واحدة)، وتوضح الفقرات الثلاث الآتية، نتائج هذه الدراسات (Abdel-Khalek, 2011, 2012a, 2012b).

أ- الصدق الاتفاقي: أظهرت نتائج الدراسة الأولى أن ارتباطات المقياس العربي للصحة النفسية، ومقاييس علم النفس الإيجابي، جميعها دالة إحصائياً، وموجبة، وهذه المقاييس هي: مقياس أوكسفورد للسعادة، ومقياس الرضا عن الحياة، ومقياس الأمل، ومقياس التفاؤل، ومقياس حب الحياة، ومقياس تحقيق الذات، وتراوحت معاملات الارتباط بين ٠.٤٦ (مقياس تحقيق الذات) ، و ٠.٨٣ (مقياس التفاؤل)، واستخرج عامل عام، سمي: "الصحة النفسية والسعادة"، وكان تشعب المقياس العربي للصحة النفسية بهذا العامل مرتفعاً (٠.٩٤)، ويشير ذلك إلى الصدق الاتفاقي المرتفع لهذا المقياس، وفي الدراسة الثانية استخرج ارتباط قدره

٠.٧٥ (دال عند مستوى ٠.٠٠١، ن = ٦٧٠ من طلاب الجامعة)، بين المقياس العربي للصحة النفسية، ومقياس "روزنبيرج" لتقدير الذات (عبد الخالق، ٢٠١٦، ص ص ٢٤-٢٦).

ب-الصدق الاختلافي: أظهرت نتائج الدراسة الأولى أن معاملات الارتباط دالة إحصائياً وسالبة بين المقياس العربي للصحة النفسية، والمقاييس الآتية: مقياس جامعة الكويت للقلق، والمقياس العاملي العربي للعصابية، ومقياس الأعراض الجسمية، والمقياس العربي للأرق، وتراوحت الارتباطات بين -٠.٤٣، و-٠.٦٦، وتشير إلى الصدق الاختلافي للمقياس العربي للصحة النفسية، واستُخرج عامل ثنائي القطب سمي: "الاضطراب النفسي مقابل الصحة النفسية"، وتشعب مقياس الصحة النفسية بهذا العامل تشعباً مرتفعاً (-٠.٧٦)، ويشير إلى الصدق الاختلافي المرتفع لهذا المقياس، وفي الدراسة الثانية، حُسب ارتباط المقياس العربي للصحة النفسية، ومقياس التشاؤم، ووصل معامل الارتباط إلى -٠.٥٦ (دال عند مستوى ٠.٠٠١؛ ن=١٢١) (عبد الخالق، ٢٠١٦، ص ص ٢٦-٣٠).

وفي الدراسة الثالثة أسفرت النتائج عن ارتباط المقياس العربي للصحة النفسية ارتباطات دالة إحصائياً وسالبة بدرجات المقاييس التسعة، والدرجة الكلية لقائمة الأعراض التسعين المعدلة من وضع «ديروجاتس»، وتراوحت الارتباطات بين -٠.٣٨، و-٠.٦٣، وكان أعلى الارتباطات بين المقياس العربي للصحة النفسية، والمقياس الفرعي للاكتئاب، وهو ارتباط سالب (-٠.٦٣)، واستُخرج عامل ثنائي القطب، سمي: "الاضطراب النفسي مقابل الصحة النفسية"؛ إذ تشعب المقياس العربي للصحة النفسية بهذا العامل بمقدار (-٠.٦٤)، ويدل ذلك على الصدق الاختلافي المرتفع، للمقياس العربي للصحة النفسية.

وفي الدراسة الرابعة اتضح أن جميع ارتباطات المقياس العربي للصحة النفسية جميعها، دالة إحصائياً وسالبة، بالمقاييس الفرعية لاستخبار الصحة العامة (لاحظ أنها للمرض وليس للصحة)، وهي مقاييس: القلق وعدم السرور، ونقص الثقة بالنفس، واضطرابات النوم، والاكتئاب، والأفكار الانتحارية، والمرضية العامة، وسوء العلاقات الاجتماعية، فضلاً عن قائمة « بيك » للاكتئاب، وتراوحت الارتباطات بين (-٠.٣٥، و-٠.٦٩)، وكان أعلى هذه الارتباطات، بين المقياس العربي للصحة النفسية، وكل من سوء العلاقات الاجتماعية، فضلاً عن قائمة « بيك » للاكتئاب، وأسفر تحليل المكونات الأساسية لهذه المقاييس المذكورة، عن عامل ثنائي القطب، سمي "الاضطراب النفسي مقابل الصحة النفسية"، ووصل تشبع المقياس العربي للصحة النفسية إلى (-٠.٧٦)، وهو ما يشير إلى صدق اختلافي مرتفع لهذا المقياس

(عبد الخالق، ٢٠١٦، ص ص ٢٦-٣٠).

**ج- الصدق التمييزي:** طُبِق المقياس العربي للصحة النفسية على مجموعة من غير المرضى (الأسوياء افتراضياً)، ومجموعة أخرى من المضطربين نفسياً، المتقدمين لعيادات الطب النفسي، وكان تشخيصهم: القلق والاكتئاب، وأظهرت النتائج حصول المضطربين على متوسط أعلى، بفارق دال إحصائياً، بمستوى مرتفع (٠.٠٠٠١)، ويدل ذلك على الصدق التمييزي المرتفع، للمقياس العربي للصحة النفسية (عبد الخالق، ٢٠١٦، ص ص ٣٠-٣١).

**الاتساق الداخلي لمقياس الصحة النفسية في الدراسة الحالية:** قام الباحثان بإعادة حساب ثبات المقياس، بطريقة "ألفا"، على عينات هذه الدراسة، ويعرض الجدول (٢) نتائج حساب الثبات، وقد تراوحت معاملات ألفا بين (٠.٩٤ - ٠.٩٦)، وهي مرتفعة.

الجدول (٢): معاملات ثبات "ألفا" للمقياس  
العربي للصحة النفسية (٤٠ بنداً)، في هذه الدراسة

العينات	ن	ألفا
مراهقون	٢٤٣	٠.٩٥
مراهقات	٢٤٧	٠.٩٥
راشدون	٢٥١	٠.٩٤
راشدات	٢٥٢	٠.٩٤
مسنون	٧٥	٠.٩٤
مسنات	٧٣	٠.٩٦

\*حُسب الثبات على عدد ١٠٠ فرد فقط في كل عينة من العينات الأربع الأولى.

## ٢- المقياس العربي للأرق:

هذا المقياس من تأليف عبد الخالق، ويشتمل على ١٢ عبارة، يطلب من المبحوث أن يحدد مدى انطباق كل عبارة عليه، وذلك بوضع دائرة على أحد الأرقام، اعتماداً على مقياس خماسي، يمتد من (صفر): لا، إلى (٤): كثيراً جداً، ومن نماذج بنوده : ١- أجد صعوبة في أن أبدأ النوم. ٢- نومي متقطع ومضطرب، وتتراوح الدرجة الكلية في المقياس بين صفر ، و٤٨، وتشير الدرجة الكلية إلى ارتفاع الأرق (Abdel-Khalek, 2008).

**الخصائص السيكومترية للمقياس:** تراوحت معاملات ألفا بين (٠.٨٤ - ٠.٨٧)، وتراوحت معاملات إعادة التطبيق بين (٠.٧٠ - ٠.٨٣)، بفارق زمني سبعة أيام، وتشير هذه المعاملات إلى اتساق داخلي مرتفع، واستقرار مرتفع عبر الزمن للمقياس، ويعرض الجدول (٣) معاملات الثبات والصدق للمقياس العربي للأرق (Abdel-Khalek, 2008).

الجدول (٣): معاملات الثبات والصدق للمقياس العربي للأرق في الدراسة الأصلية

المُعامل	مراهقون		راشدون (طلاب الجامعة)	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث
ألفا كرونباخ	٠.٨٦	٠.٨٧	٠.٨٤	٠.٨٧
إعادة التطبيق	٠.٧٠	٠.٧٦	٠.٨١	٠.٨٣
الصدق المرتبط بالمحك	٠.٨٥	٠.٨٧	٠.٩٣	٠.٩٤
التشبع بالعامل	٠.٩٥	٠.٩٢	٠.٩٣	٠.٩٤

عن: (Abdel-Khalek, 2008).

وقام الباحثان بإعادة حساب ثبات المقياس العربي للأرق بطريقة "ألفا"، على عينات هذه الدراسة، وتراوحت معاملات ألفا بين (٠.٨٠ - ٠.٨٧) ويعرض الجدول (٤) هذه النتائج.

الجدول (٤) معاملات ثبات "ألفا" للمقياس العربي للأرق في هذه الدراسة

العينات	ن	ألفا
مراهقون	٢٤٣	٠.٨٢
مراهقات	٢٤٧	٠.٨٧
راشدون	٢٥١	٠.٨٢
راشدات	٢٥٢	٠.٨٦
مسنون	٧٥	٠.٨٠
مسنات	٧٣	٠.٨١

\*حُسب الثبات على عدد ١٠٠ فرد فقط في كل عينة من العينات الأربعة الأولى.

## إجراءات التطبيق:

طُبقت أدوات الدراسة بشكل مباشر "وجهًا لوجه" على كل العينات، من دون إجبار أي فرد على الإجابة.

أولاً - عينة المراهقين: طُبقت أدوات الدراسة على الطلاب في الفصول الدراسية، في كل مدرسة مختارة.

ثانياً- عينة الراشدين: طُبقت أدوات الدراسة في قاعات المحاضرات، على شكل مجموعات، في كل كلية مختارة، وكان الراشدون متعاونين جداً.

ثالثاً- عينة المسنين: طُبقت أدوات الدراسة على هذه العينة، جمعياً وفردياً، وواجه الباحثان صعوبات في إيجاد العدد الكافي، والقادر على المشاركة من هذه العينة، وهو ما أدى إلى صغر حجمها، وهو ما أدى إلى تخفيض العمر المستهدف إلى (٥٥) عاماً.

## النتائج

استُخرجت النتائج بعد تطبيق أدوات الدراسة على العينة الأساسية، وأجريت التحليلات الإحصائية المناسبة. واختبار صحة الفرض الأول وينص على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغيرات الدراسة بين الجنسين"، حُسبت المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، وقيم "ت"، وحجم التأثير، لمتغيرات الدراسة بين الجنسين من العينات الثلاث، كما يبين لنا الجدول (٥).

الجدول (٥): المتوسطات الحسابية (م)، والانحرافات المعيارية (ع)، وقيم "ت"، وحجم التأثير لدلالة الفروق بين الجنسين

المتغيرات	ذكور	إناث	قيمة "ت"	دلالة "ت"	حجم التأثير				
						ن			
						ع	م	ن	
المراهقون	الصحة النفسية	٢٤٣	٢٨.٦٣	٢٤٧	١٢٠.١٧	٣١.٥٧	٤.٢٢	٠.٠٠١	٠.٢٨
	الأرق	٢٤٣	٨.٢٠	٢٤٧	٣٠.٥٧	٩.٩٠	٦.١٧	٠.٠٠١	٠.٥٥
الراشدين	الصحة النفسية	٢٥١	٢٥.٥١	٢٥٢	١٢٧.٧٣	٢٣.٥٩	١.١٤	-	-
	الأرق	٢٥١	٨.٥٥	٢٥٢	٢٩.٥٠	٨.٧٠	١.٠٢	-	-
المسنون	الصحة النفسية	٧٥	٢٣.٦٧	٧٣	١٣٠.٥١	٢٦.٢٠	٢.٩٥	٠.٠٠٤	٠.٤٨
	الأرق	٧٥	٧.٠٦	٧٣	٢٧.٠٥	٧.٢٢	٣.١٦	٠.٠٠٢	٠.٥١

حجم التأثير: \*صغير، \*\*متوسط.

ويوضح الجدول (٥) حصول المراهقين والمسنين الذكور على متوسط أعلى جوهرياً من نظرائهم في الصحة النفسية، في حين حصلت الإناث المراهقات والمسنات على متوسط أعلى جوهرياً من نظرائهن في الأرق، وكان حجم التأثير صغيراً ومتوسطاً على التوالي. ولم تظهر فروق بين الجنسين من الراشدين في الصحة النفسية والأرق، وبذلك فقد تحقق هذا الفرض جزئياً.

وللتحقق من صحة الفرض الثاني وينص على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغيرات الدراسة بين العينات الثلاث"، حسب تحليل التباين لمتغيرات الدراسة بوصفها متغيراً تابعاً، وبين المجموعات الثلاث بوصفها متغيراً مستقلاً، ويدل المتوسط الأعلى على اتجاه الفرق، كما يبين لنا الجدولان (٦، ٧).

الصحة النفسية وعلاقتها بالأرق لدى عينات من المراهقين والراشدين والمسنين

الجدول (٦): الفروق بين المراهقين (ن=٢٤٣)، والراشدين (ن=٢٥١)،  
والمسنين (ن=٧٥) الذكور تبعاً لاختبار شيفيه

اختبار شيفيه							
للفروق بين المتوسطات							
المتغيرات	قيمة "ف"	مراهقون♦راشدون	المتوسط الأعلى	راشدون♦مسنون	المتوسط الأعلى	مراهقون♦مسنون	المتوسط الأعلى
الصحة النفسية	♦♦♦١٣.٣٦٩	♦♦♦١١.٤٢٢	مراهقون	♦♦♦١٢.٣٧٧	-	٠.٩٥٤-	-
الأرق	♦♦♦١٦.٣٤٩	♦♦♦٣.٢٠١-	راشدون	♦♦♦٥.٢٩٢	راشدون	٢.١٩٠	-

\* دال إحصائياً عند مستوى (٠.٠٥)، \*\* دال إحصائياً عند مستوى (٠.٠١)، \*\*\* دال إحصائياً عند مستوى (٠.٠٠١).

يوضح الجدول (٦) وجود فروق في متغيرات الدراسة، بين عينات الدراسة الثلاث من الذكور، وعند مقارنة المراهقين بالراشدين، ظهر أن للراشدين متوسطاً أعلى في الأرق، في حين حصل المراهقون على متوسط أعلى في الصحة النفسية، وعند مقارنة الراشدين بالمسنين ظهر أن للراشدين متوسطاً أعلى في الأرق، وعند مقارنة المراهقين بالمسنين، لوحظ عدم وجود فروق بينهما في الصحة النفسية والأرق، ومن ثم فقد تحقق هذا الفرض جزئياً.

الجدول (٧): الفروق بين المراهقات (ن=٢٤٧)، والراشديات (ن=٢٥٢)،  
والمسنات (ن=٧٣) تبعاً لاختبار شيفيه

اختبار شيفيه							
للفروق بين المتوسطات							
المتغيرات	قيمة "ف"	مراهقون♦راشدون	المتوسط الأعلى	راشدون♦مسنون	المتوسط الأعلى	مراهقون♦مسنون	المتوسط الأعلى
الصحة النفسية	٠.٥٩١	-	-	-	-	-	-
الأرق	♦٤.٢٨٣	١.٠٧١	-	٢.٤٤٥	-	♦٣.٥١٦	مسنون

\* دال إحصائياً عند مستوى (٠.٠٥)، \*\* دال إحصائياً عند مستوى (٠.٠١)، \*\*\* دال إحصائياً عند مستوى (٠.٠٠١).



يبين لنا الجدول (٧) وجود فروق في الأرق، بين العينات الثلاث من الإناث، ولا توجد فروق دالة إحصائية في الصحة النفسية، حيث ظهرت قيمة "ف" غير دالة إحصائية. وعند مقارنة المراهقات بالراشدين لم يظهر أية فروق دالة في الأرق، وحينما قورنت الراشدين بالمسنات، لم تظهر وجود فروق في الأرق، وحينما قورنت المراهقات بالمسنات، حصلت المسنات على متوسط أعلى في الأرق، وبذلك فقد تحقق هذا الفرض جزئياً.

ولاختبار الفرض الثالث وينص على أنه " توجد ارتباطات ذات دلالة إحصائية بين الصحة النفسية والأرق"، حُسبت معاملات الارتباط بين الصحة النفسية، والأرق عند المراهقين، والراشدين، والمسنين من الجنسين، كما يبين لنا الجدول (٨):

الجدول (٨): معاملات ارتباط "بيرسون" بين الصحة النفسية والأرق

العينات	ن	معاملات الارتباط
مراهقون	٢٤٣	-.٤٣٨. **
مراهقات	٢٤٧	-.٣٧٣. **
راشدون	٢٥١	-.٣٢٧. **
راشدين	٢٥٢	-.٢٧١. **
مسنون	٧٥	-.٣٧٠. **
مسنات	٧٣	-.٤٧٦. **

\* دال إحصائياً عند مستوى (٠.٠٥)، \*\* دال إحصائياً عند مستوى (٠.٠١).

يتبين لنا من الجدول (٨)، أن ارتباط الصحة النفسية بالأرق، ارتباط دال إحصائياً وسالب وذلك في العينات الثلاث من الجنسين، وبذلك فقد تحقق هذا الفرض تحققاً كاملاً.

## مناقشة النتائج

تحققت فروض هذه الدراسة بشكل جزئيّ على النحو الآتي:

١- ظهرت فروق دالة إحصائية في الصحة النفسية والأرق بين الجنسين لدى المراهقين والمسنين (انظر الجدول ٥).

٢- توجد فروق دالة إحصائية في الصحة النفسية بين المراهقين والراشدين والمسنين الذكور، كما ظهرت فروق دالة إحصائية في الأرق في كل العينات بين الجنسين (انظر الجدولين ٦، ٧).

٣- توجد ارتباطات ذات دلالة إحصائية سالبة بين الصحة النفسية والأرق في كل العينات (انظر الجدول ٨).

وفيما يختص بالفرض الأول ونصه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغيري الصحة النفسية والأرق بين الجنسين " بالنسبة للمراهقين، فقد حصل المراهقون الذكور على متوسط أعلى من الإناث في الصحة النفسية، ويمكن أن يرجع ذلك إلى أن التغيرات الفسيولوجية التي يمر بها الذكور، تتأخر عن التغيرات الفسيولوجية التي تحدث في الإناث (كفافي، ٢٠١١، ص ١٧٠)، كما يختلف عامل الرضا عن صورة الجسم بعد حدوث التغيرات الفسيولوجية لدى الجنسين، فقد ظهر أن الذكور أكثر رضا عن صورة الجسم من الإناث؛ إذ تشعر الإناث بالخجل أكثر، وهو ما يعيقها عن إكمال المناشط الاجتماعية بشكل صحيح (كفافي، ٢٠١١، ص ص ١٧٥ - ١٧٧).

ومن ناحية أخرى حصلت المراهقات على متوسط أعلى من المراهقين الذكور في الأرق، وهو ما اتفق مع بعض الدراسات (Abdel-Khalek, 2001, Hysing et al, 2013; 2004)، ويمكن أن يرجع سبب ارتفاع الأرق عند الإناث مقارنة بالذكور إلى أسباب عدة، منها: التغيرات الفسيولوجية التي تمر بها الأنثى في هذه المرحلة، فضلاً عن الحالة النفسية ومنها زيادة متوسطات

الاكتئاب، والقلق، والتوتر ( Abdel-Khalek & Alansari, 2004; American Psychiatric Association, 2013, p. 365; Bendz & Scates 2009).

وبالنسبة لعينة الراشدين، فلم تكشف الدراسة عن فروق دالة بين الجنسين، واتفق عدم وجود فروق في الصحة النفسية بين الجنسين مع إحدى الدراسات (الزبيدي، والهزاع، ١٩٩٧)، واختلفت مع بعض الدراسات؛ التي بينت لنا أن متوسط الذكور في الصحة النفسية أعلى جوهرياً من الإناث (سوفغالم، ٢٠١٦، Abdel-Khalek & Lester, 2017)، ويمكن أن يرجع سبب هذا التضارب بين النتائج، إلى أن الصحة النفسية تتصف بالنسبية؛ ومن ثم فإن الحكم عليها، يختلف بسبب عوامل عدة، منها: الزمان، والمكان، ومرحلة النمو (عبد الخالق، ٢٠١٥، ص ٤٢). كما اختلفت نتائج هذه الدراسة في عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في الأرق مع دراسات أخرى (عبد الخالق، ٢٠٠٧)، ويمكن أن تُعزى هذه الفروق بين الدراسات، إلى اختلاف خصائص العينات، أو المقاييس المستخدمة.

وفيما يتعلق بالمسنين، فقد حصل الذكور على متوسط أعلى جوهرياً من المسنات في الصحة النفسية، ويمكن أن يرجع السبب في ذلك إلى وجود تغيرات: فسيولوجية، واجتماعية، ونفسية، وهرمونية تحدث للمسنات، ومن أهم التغيرات الفسيولوجية التي تؤدي إلى وجود فروق بين الجنسين، في هذه المرحلة هو سن اليأس الذي تمر به الإناث، (عبد الخالق، والنيال، ٢٠٠٤، ص ص ٢١٠-٢١٢)، فقد ظهر أن سن اليأس يسرع من تقدم جسم المرأة إلى الشيخوخة (Schmidt & Wheeler, 2016). وحصلت المسنات على متوسط أعلى من المسنين في الأرق، وتتفق هذه النتائج مع دراسات أخرى (Abdel-Khalek, 2008; American Psychiatric Association, 2013, p. 366; Shneerson, 2005, p.166).

وبالنسبة للفرض الثاني ونصه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغيري الدراسة بين العينات الثلاث"، فقد كشفت نتائج تحليل التباين عن

وجود فروق دالة إحصائية في الصحة النفسية بين المراهقين والراشدين والمسنين الذكور، كما ظهرت فروق دالة إحصائية في الأرق في كل العينات بين الجنسين، واتفقت هذه النتائج مع أغلب الدراسات التي بحثت هذه الفروق (عبد الخالق، والنيال، وسعيد، ٢٠١٤)، كما أن هناك اختلافات وخصائص محددة تتعلق بالأرق لدى كل عينة من عينات الدراسة، التي تمثل مراحل عمرية مختلفة، فضلاً عن احتمال تأثير العوامل: البيئية، والاجتماعية، والنفسية، والصحية التي تؤثر في النوم وأنماطه عند الفرد، والمشكلات التي يواجهها، سواء أكانت قبل النوم أم في أثناءه أم كانت بعده؛ إذ أظهرت الدراسات (Carskadon & Dement, 1981; Graham, 2000, p.7; Woods & ) (Clare, 2008, pp. 422-423)، أن المراهقين يتبعون نمطاً مختصاً بهم في النوم، إذ يمرون بتغيرات فسيولوجية ونفسية متتابعة (عبد الخالق، والنيال، ٢٠٠٣، ص ص ٢٥١ - ٢٥٣)، أما المسنون فيتأثر نمط نومهم أكثر بالمشكلات الصحية التي يواجهونها.

كما أسفرت معظم الدراسات عن أن الإناث يعانون من الأرق أكثر من الراشدين (Abdel-Khalek, 2008; American Psychiatric Association, ) (Shneerson, 2005, p.166; 2013, p. 366)، وقد يفسر زيادة الأرق عند الإناث عن الذكور، إلى الأسباب الفسيولوجية، والهرمونية، والانفعالية التي تمر بها الإناث هذه المرحلة، ويقصد بها "فترة الحيض" وأعراضها (البريك، ٢٠٠٩).

وحيثما فُحصت نتائج الفروق بين المتوسطات باستخدام اختبار "شيفيه" ظهر أن المجموعة الأعلى متوسطاً هم المراهقون الذكور، وذلك في مقياس الصحة النفسية، والمجموعة الأعلى متوسطاً في مقياس الأرق هم الراشدون الذكور.

وفيما يتعلق بالفرض الثالث ونصه: "توجد ارتباطات ذات دلالة إحصائية بين الصحة النفسية والأرق"، فقد ظهر أن الارتباطات دالة إحصائياً وسالبة،

بين الصحة النفسية والأرق، أي أنه كلما زاد الأرق قل مستوى الصحة النفسية، والعكس صحيح، كما أثبتت بعض الدراسات أن الأرق قد يكون بسبب القلق أو التوتر، أو ضغوط الحياة (Roth & Roehrs, 2003).

ومما سبق يتضح وجود علاقة بين الصحة النفسية والأرق، بين الجنسين لدى عينات الدراسة كلها، فقد ارتبط الأرق سالبًا بالصحة النفسية، كما ظهر أن المراهقات والمسنات يعانون من الأرق أكثر من نظرائهم، وأن المراهقين والمسنين الذكور أكثر صحة نفسية من نظرائهم، وبناءً على ذلك نوصي بما يلي :

١- العناية بالبحوث المختصة بالمسنين، وتحديد العوامل المؤثرة في الصحة النفسية لديهم.

٢- وضع برامج للتوعية، باضطراب الأرق، وأضراره التي تؤثر في الصحة النفسية والجسمية، وكيفية الحد منه.

٣- إعداد برامج تدريبية، تهدف إلى الوقاية من مشكلات النوم، واضطرابات.

## المراجع

البريك، ميساء (٢٠٠٩). اكتئاب ما قبل الدورة الشهرية. *جريدة الرياض*، العدد ١٤٨٤٣، (٢ فبراير، ٢٠٠٩). من:

<http://www.alriyadh.com/409013>.

الزبيدي، كامل علوان، والهزاع، سناء مجول (١٩٩٧). بناء مقياس للصحة النفسية لطلبة الجامعة. *مجلة العلوم التربوية والنفسية*، بغداد، العدد (٢٢) ١٩٢-١٧١.

زغير، رشيد حميد، وصالح، يوسف محمد (٢٠١٠). *الانحراف والصحة النفسية*. الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع.

سوفغالم، إبراهيم عمر (٢٠١٦). *التدين وعلاقته بالصحة النفسية والتفكير السلبي*، رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية.

عبد الخالق، أحمد محمد (٢٠٠٧). *معدلات انتشار الأرق وعواقبه لدى عينة من الراشدين الكويتيين*. *دراسات نفسية*، ١٧ (١)، ٢٤٧-٢٧٠.

عبد الخالق، أحمد محمد (٢٠١٥). *أصول الصحة النفسية (ط٣)*. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

عبد الخالق، أحمد محمد (٢٠١٦). *دليل تعليمات المقياس العربي للصحة النفسية*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

عبد الخالق، أحمد محمد، والنيال، مايسة (٢٠٠٤). *دراسات في نفسية المرأة*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

عبد الخالق، أحمد محمد، والنيال، مايسة، وسعيد، حنان (٢٠١٤). الأرق لدى عينات مصرية من طلاب الجامعة والموظفين. *مجلة الدراسات التربوية والنفسية*، ١ (٢)، ٣٧٧ - ٣٩١.

كفافي، علاء الدين، (٢٠١١). *سيكولوجية المراهق*. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

- Abdel-Khalek, A. M. (2001). Epidemiologic study of sleep disorders in Kuwaiti adolescents. *Perceptual and Motor Skills*, 93(3), 901-910.
- Abdel-Khalek, A. M. (2004). Prevalence of reported insomnia and its consequences in a survey of 5, 044 adolescents in Kuwait. *Journal Sleep*, 27, 726-731.
- Abdel-Khalek, A. M. (2008). The development and validation of the Arabic Scale of Insomnia (ASI). *Sleep and Hypnosis*, 10 (1), 3-10.
- Abdel-Khalek, A. M. (2011). The development and validation of the Arabic Scale of Mental Health (ASMH). *Psychological Reports*, 109, 949-964.
- Abdel-Khalek, A. M. (2012a). Convergent validity of the Arabic Scale of Mental Health (ASMH). *Psychological Reports*, 110, 16-24.
- Abdel-Khalek, A. M. (2012b). Personality and mental health: Arabic Scale of Mental Health, Eysenck Personality Questionnaire, and NEO Five Factor Inventory. *Psychological Reports: Mental & Physical Health*, 111, 75-82.
- Abdel-Khalek, A. M., & Alansari, B. (2004). Gender differences in anxiety among undergraduates from ten Arab countries. *Social Behavior and Personality*, 32, 649-656.
- Abdel-Khalek, A. M., & Lester, D. (2017). The association between religiosity, generalized self-efficacy, mental health, and happiness in Arab college students. *Personality and Individual Differences*, 109, 12-16.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: APA.
- Bendz, L. M., & Scates, A. C. (2009). Melatonin treatment for insomnia in pediatric patients with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Annals of Pharmacotherapy*, 44, 185-191.
- Carskadon, M. A., & Dement, W. C. (1981) Cumulative effects of sleep restriction on daytime sleepiness. *The Society for Psychophysiological Research*. 18,107-113.
- Golub, R. M. (2012). Insomnia. *Journal of the American Medical Association*, 307 (24), 2653.

- Graham, M. G. (2000). *Sleep needs, patterns, and difficulties of adolescents*. Washington, DC: National Academy Press.
- Hysing, M., Pallesen, S., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., & Vertsen, B. S. (2013). Sleep patterns and insomnia among adolescents: A population-based study. *Journal of Sleep Research, 22*, 549–556.
- Mendelson, W.B. (2008). New research on insomnia: Sleep disorders may precede or exacerbate psychiatric conditions. *Psychiatric Times, 25* (7), 1-3.
- Morgenthaler, T., Kramer, M., Alessi, C., Friedman, L., Boehlecke, B., Brown, T., Coleman, J., et al. (2006). Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia. *American Academy of Sleep Medicine Report, 29*(11), 1415-1419.
- Roth, T., & Roehrs, T. (2003). Insomnia: Epidemiology, characteristics, and consequences. *Clinical Cornerstone, 5* (3), 5-15.
- Schmidt, E., & Wheeler, M. (2016). Menopause, sleepless nights may make women age faster. *Newsroom*. Retrieved 25 July 2016, from <http://newsroom.ucla.edu/releases/menopause-sleepless-nights-may-make-women-age-faster>.
- Shneerson, J. M. (2005). *Sleep medicine: A guide to sleep and its disorders* (2<sup>nd</sup> ed.). Oxford, UK: Blackwell Publishing.
- Woods, R. & Clare, L. (2008). *Handbook of the clinical psychology of ageing* (2<sup>nd</sup> ed). Chichester: Wiley.
- Wright, K. M., Britt, T. W., Bliese, P. D., & Adler, A. B. (2010). Insomnia severity, combat exposure and mental health outcomes. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress, 27*, 325–33.