



جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مضطربي فرط النعاس من موظفي وزارات الدولة العراقية

جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مضطربي فرط النعاس من موظفي وزارات الدولة العراقية

م . د مروة روضان هاشم درويش
جامعة بغداد / كلية الاداب / قسم علم النفس

البريد الإلكتروني Email : marwa.r@coart.uobaghdad.edu.iq

الكلمات المفتاحية: العلاقة الارتباطية، جودة الحياة، الصحة.

كيفية اقتباس البحث

درويش، مروة روضان هاشم ، جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مضطربي فرط النعاس من موظفي وزارات الدولة العراقية، مجلة مركز بابل للدراسات الانسانية، تشرين الأول ٢٠٢٦، المجلد: ١٦، العدد: ١٠ .

هذا البحث من نوع الوصول المفتوح مرخص بموجب رخصة المشاع الإبداعي لحقوق التأليف والنشر (Creative Commons Attribution) تتيح فقط للآخرين تحميل البحث ومشاركته مع الآخرين بشرط نسب العمل الأصلي للمؤلف، ودون القيام بأي تعديل أو استخدامه لأغراض تجارية.

Registered مسجلة في
ROAD

Indexed مفهرسة في
IASJ

Health-Related Quality of Life Among Iraqi Government Ministry Employees Suffering from Hypersomnolence

Asst. Prof. Dr. Marwa Rawdan Hashim Darwish

University of Baghdad / College of Arts / Department of Psychology

Keywords : Correlational relationship, quality of life, health.

How To Cite This Article

Darwish, Marwa Rawdan Hashim, Health-Related Quality of Life Among Iraqi Government Ministry Employees Suffering from Hypersomnolence ,Journal Of Babylon Center For Humanities Studies, October 2026,Volume:16, Issue 10.



This is an open access article under the CC BY-NC-ND license
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

[This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License.](#)

Research abstract:

The current research aims to:

1.Measure health-related quality of life and excessive sleepiness among employees of state ministries.

2.Identify differences in health-related quality of life and excessive sleepiness based on:

a. Gender: Male () Female ()

b. Age: (30–40) (41–51)

3.Determine the correlational relationship between health-related quality of life and excessive sleepiness among employees of state ministries.

Based on the foregoing, the researcher adopted a health-related quality of life scale and an excessive sleepiness scale, along with the theoretical frameworks explaining them as detailed in the study. The scales were administered to a sample of 300 employees randomly selected from various ministries. The results indicated that the sample exhibited levels of both health-related quality of life and excessive sleepiness, revealing a statistically significant inverse correlation between the two variables.



Finally, the researcher presented a number of recommendations and suggestions as outlined in the study.

مستخلص البحث :

يستهدف البحث الحالي التعرف على

١. قياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة واضطراب فرط النعاس لدى موظفي وزارات الدولة
 ٢. تعرف الفروق في جودة الحياة المرتبطة بالصحة واضطراب فرط النعاس على وفق :
 - أ . الجنس : ذكور () اناث ()
 - ب . العمر : (٣٠ - ٤٠) (٤١ - ٥١)
 ٣. تعرف العلاقة الارتباطية بين جودة الحياة المرتبطة بالصحة واضطراب فرط النعاس لدى موظفي وزارات الدولة
- من خلال ما طرح فقد قامت الباحثة بتبني مقياس جودة الحياة المرتبط بالصحة ومقياس اضطراب فرط النعاس مع الأطر النظرية المفسر للمقاييس كما موضح في البحث طبقت الباحثة المقاييس على عينة مكون من (٣٠٠) موظف موزعين عشوائياً من عدة وزارات واطهر نتائج الدراسة ان عينة البحث لديهم جودة الحياة ولديهم فرط النعاس هناك علاقة ارتباطية عكسية دالة احصائياً بين جودة الحياة المرتبطة بالصحة واضطراب فرط النعاس وخرجت الباحثة بعدد من التوصيات والمقترحات كما موضحة في البحث

❖ مشكلة البحث :

تعد جودة الحياة المرتبطة بالصحة من المفاهيم المهم في علم النفس بشكل عام والموظفين بشكل خاص ، اذ تعكس مدى تأثير الحالة الصحية والنفسية والاجتماعية والبيئية على اداءهم الوظيفي وقدرتهم على ممارسة أدوارهم المهنية والشخصية ، لذا فالموظف لا يعمل بمعزل عن حالته الصحية ، بل ان مستوى صحة الفرد الجسدية والنفسية وقدرته على النشاط والتركيز والتفاعل مع الآخرين ويمكن ان تنعكس بصورة مباشرة على أدائه الوظيفي وعلاقته المهنية وحياته اليومية ايضاً (Ferrans , 2005 , p . 12) .

تناولت العديد من الدراسات العلاقة بين جودة حياة المرتبطة بالصحة لدى المرضى المصابين باضطرابات نفسية شملت (٣٥٧) مريضاً ، لوحظ انخفاض حاد في جودة الحياة بعد ظهور المرض في عدة جوانب مهمة، كما أفاد سبيتزر وزملاؤه بانخفاض مستوى الرفاهية، لدى ١٠٠٠ مريض يعانون من اضطرابات عاطفية وقلق، بالإضافة إلى إدمان الكحول واضطرابات الأكل (Sprangers , 2005 , p . 76).

لذا تعد العوامل الاجتماعية (مثل درجة العزلة عن البيئة، وفرصة أداء الأدوار الاجتماعية) تأثير كبير في جودة الحياة ، وقد تختلف مفاهيم جودة الحياة تبعاً للنهج الموضوعي أو الذاتي، يؤكد النهج الموضوعي على أهمية الصحة، ومستوى المعيشة، والصفات الشخصية للفرد المرتبطة بوضعه الاجتماعي، بالإضافة إلى السمات الموضوعية لبيئته المادية والثقافية والطبيعية. أما النهج الذاتي فيركز على شعور الفرد الذاتي بالرضا عن الحياة الناتج عن تقييم مختلف جوانب حياته والحياة بشكل عام وهكذا، وكما يشير سيك (١٩٩٣)، والذي يُعدّ الفرد أهم مصدر للبيانات المتعلقة بجودة حياته الفعلية وبالتالي، فإن جودة الحياة هي واقع ذاتي ومعرفي وعاطفي ينعكس في الشعور بالرضا أو عدم الرضا عن الحياة وعلى هذا النحو، يمكن أن تتخذ طابع موقف عابر أو دائم تجاه الحياة (Kanwal , Gralnek , 2005 . p . 98)

يُولي العديد من العلماء اهتماماً أكبر للجانب الروحي فالشخص السليم يستطيع أن يجد معنى لحياته، وبالتالي يشعر بالرضا عنها ولكن لا يمكن مساواة تحسين جودة الحياة مباشرة بضمان ظروف معيشية مُرضية، وكما يُشير أوليس (٢٠٠٢)، فإن جودة الحياة، التي تُقاس بالثراء وتنوع البيئة، قد تؤثر على إحساس الفرد بمعنى حياته، وقد يتمتع المرء بظروف معيشية ممتازة وصحة جيدة، ومع ذلك يشعر بعدم الرضا عن حياته (Velikova , Booth , 2005 , p.23). وقد تبين أن المرضى الذين تم تشخيصهم بنفس المرض، ولديهم تاريخ طبي وتوقعات متشابهة، قد يختلفون فيما يتعلق بشعورهم بجودة الحياة ، فقد يُظهر مريض شديد الرضا عن الحياة والاستمتاع بها أكثر من شخص يعاني من مرض بسيط وبالتالي، فإن جودة الحياة في المرض لا تتحدد فقط بالحالة الصحية الموضوعية (Karimi , Brazier , 2016 , p . 54).

لذا فإن جودة الحياة لا تقتصر على خلو الفرد من المرض وإنما تمتد الى قدرته على كيفية اداره حياته والشعور بالرضا والقدرة على التفاعل بصورة فاعلة مع متطلبات الحياة ويكتسب هذا الموضوع مشكلة خاصة بالموظفين لما تفرضه طبيعة العمل من متطلبات تتطلب مستوى مناسب من اليقظة والانتباه والطاقة والقدرة على التركيز والاستمرار في أداء المهام ومن الاضطرابات التي يمكن ان تنعكس على هذه الجوانب هو اضطراب فرط النعاس الذي يتمثل في النعاس اثناء النهار وصعوبة المحافظة على اليقظة وما قد يصاحبه من انخفاض في النشاط والانتباه والتركيز والشعور بالتعب وقد ينعكس بالتالي على قدرة الموظف في أداء واجباته المهنية والمشاركة في الأنشطة الاجتماعية وممارسة حياته اليومية بصورة طبيعية ، يُصعّب فرط النعاس ، أو حتى يُستحيل، البقاء مستيقظاً خلال النهار وقد عُرِفَت جودة الحياة بأنها إدراك الفرد لموقعه في الحياة في سياق أنظمة القيم والثقافة التي يعيش فيها، وعلاقته بتوقعات الثقافة ومعاييرها ومصالحها، قد



يحدث هذا حتى مع الحصول على قسط كافٍ من النوم ليلًا وعدم القدرة على التحكم في وقت النوم قد يؤثر على العمل والحياة الاجتماعية بشكل عام (Ferrans , 2005 , p . 23 – 34)

ويعد فرط النعاس والمتمثلة بالشكوى المستمرة من النوم المفرط أو النعاس أثناء النهار، مما يؤثر على الحياة اليومية للفرد في مجتمعاتنا التي تعتمد على الآلات، وقد يؤثر ذلك سلبًا على الأداء الوظيفي، بل وقد يتسبب في حوادث العمل أو أثناء القيادة ، ويعاني ما بين ٤% و ٦% من عامة السكان من فرط النعاس مع ارتفاع نسبة انتشاره بين الرجال أكثر (Payne , 2004 , p . 90).

وان اضطراب فرط النعاس هو اضطراب يصيب الفرد الذي لا يحصل على قسط كافٍ من النوم الليلي للحفاظ على يقظته الطبيعية في الواقع، يعاني الفرد من حرمان مزمن من النوم بإرادته، دون أن يدرك ذلك، وتتزايد هذه الحالة في مجتمعاتنا الحديثة التي تميل إلى التكنولوجيا يتعرض الفرد لضغوطات اجتماعية ومهنية، ويشعر بأنه لا يملك الوقت الكافي لإنجاز كل شيء وقد يعمل أيضًا بنظام المناوبات، ومع مرور الليالي، يتراكم نقص النوم تُسبب متلازمة قلة النوم ما بين ٥% إلى ١٠% من الاستشارات الطبية المتعلقة بالنعاس المفرط أثناء النهار، وعادةً ما يكون المصاب رجلاً نشيطاً أو مفرط النشاط في الأربعين من عمره، يتحمل مسؤوليات ويتمتع بمكانة اجتماعية مرموقة، وقد ترتبط المتلازمة أيضًا بالعمل بنظام المناوبات أو السفر المتكرر بالطائرة عبر خطوط الطول، ومع تراكم نقص النوم، يبدأ الفرد بالمعاناة من النعاس المفرط في فترة ما بعد الظهر، أو في المساء، أو بعد تناول الطعام يُفيد المرضى بأنهم ينامون من (٥ إلى ٦ ساعات ليلاً خلال أيام الأسبوع، و ٩ ساعات خلال عطلة نهاية الأسبوع ويواجهون صعوبة في الاستيقاظ صباحاً، وقد يعانون أحياناً من نوبات تشبه السكر أثناء النوم. وقد تتأثر قدرتهم على العمل والأداء المعرفي، فضلاً عن اتخاذ القرارات، كما قد يشكو المريض من تزايد الشعور بالتعب، وتدهور الحالة المزاجية، وآلام العضلات، واضطراب الجهاز الهضمي، واضطرابات بصرية وتختفي الأعراض في عطلات نهاية الأسبوع والإجازات (Dooris , 1999 , p . 76 - 77).

تُعدّ العديد من الأدوية مسؤولة عن النعاس المفرط أثناء النهار، مثل المنومات، ومضادات القلق، ومضادات الاكتئاب، ومضادات الذهان، ومضادات الهيستامين، ومضادات الصرع (باستثناء لاموتريجين)، وأدوية باركنسون، للكحول تأثيرات مهدئة أو منشطة، وتعتمد هذه

التأثيرات على الجرعة والاستجابة الفردية (Carpenter , Andrykowski , 1999 , p . 76).

في دراسة ARISE، كان لدى الأفراد العاملين المصابين بفرط النعاس درجة عالية من ضعف إنتاجية العمل (٥١.٤%)، والذي يُعرّف بأنه مزيج من درجات التغيب عن العمل (الوقت الضائع من العمل) والحضور غير الفعال (الضعف أثناء العمل) في استبيان ضعف إنتاجية العمل والنشاط: مشكلة صحية محددة. بالإضافة إلى ذلك، فإن الأفراد المصابون بفرط النعاس ويواجهون خطر الفصل من العمل أو الإجبار على الانتقال ، كما تتأثر علاقاتهم الاجتماعية وأنشطتهم، حيث يشعرون بالوصم بسبب مرضهم ويزيد النعاس المفرط أثناء النهار الشديد وقلة اليقظة من خطر حوادث المرور بين السائقين المصابين بفرط النعاس، أظهرت نتائج الدراسة أنه من بين المرضى المصابين بفرط النعاس الذين يحملون رخصة قيادة أو معتادون على القيادة، تعرض ٥٥% منهم لحادث أو كادوا يتعرضون لحادث خلال فترة ٥ سنوات (Lamberg , 65 p . 2013)

يُعد فرط النعاس اضطراباً عصبياً مُنهكاً في النوم، يتميز بالنعاس المفرط المزمن أثناء النهار، والنوم الليلي المطوّل غير المُريح، والضعف الإدراكي، وخمول النوم الشديد، والذي يتمثل في صعوبة الاستيقاظ لفترات طويلة مع تكرار العودة إلى النوم، والتشوش، والتهيج غالباً ما يكون تشخيص فرط النعاس، أمراً صعباً نظراً لتداخل الأعراض مع حالات طبية أخرى (Payne , 43 p . 2004)

وتتمثل مشكلة البحث الحالي في الإجابة عن السؤال الآتي

(ما طبيعة العلاقة بين جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مضطربي فرط النعاس)

❖ أهمية البحث :

تُعد جودة الحياة المرتبطة بالصحة (HRQOL) مؤشراً مفيداً للصحة العامة، إذ تُقدّم معلومات حول الحالة الصحية البدنية والنفسية للأفراد، وتأثير الحالة الصحية على جودة الحياة. عادةً ما تُقيّم جودة الحياة المرتبطة بالصحة من خلال مؤشرات متعددة للحالة الصحية المُدركة ذاتياً، والأداء البدني والنفسي تشمل جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى الموظفين الأبعاد البدنية والنفسية والاجتماعية يواجه الموظفين العديد من المشكلات منها ترتيبات سكنية متنوعة، وشبكات اجتماعية متطورة، وكلها تؤثر على مستويات الطاقة، والتوتر، وجودة النوم، والمرونة العاطفية، تكشف الدراسات عن العوامل الاجتماعية والديموغرافية، مثل الجنس، والوضع الاجتماعي والاقتصادي، والخلفية الثقافية، والتي تُشكل نتائج جودة الحياة المرتبطة بالصحة.



تتداخل ضغوط العمل مع أنماط الحياة - كالنظام الغذائي، والرياضة، والأنشطة الترفيهية - لتؤثر على التركيز، والأداء المعرفي، والصحة النفسية (Veenhoven , 2000 , p . 76). اشارت دراسة (بيكمان ، ديتليف) أجريت عام ٢٠٢٤ على موظفين ألمان خلال جائحة كوفيد-١٩ التفاعل بين القلق والاكتئاب وجودة الحياة المتعلقة بالصحة، ووجدت أن القلق والاكتئاب ذوي الأهمية السريرية يؤثران بشدة على الأبعاد النفسية والاجتماعية، حيث أبلغ الرجال عن ضعف أكبر في هذه المجالات في ظل مستويات القلق المرتفعة (Susnien , Jurkauskas , 2009 , p. 78).

ويؤكد دراسة (بيكمان، ديتليف، ١٩٩٧) بأن لجودة الحياة جانبين رئيسيين: داخلي، يشير إلى سمات ومهارات شخصية معينة تمكن الإنسان من اتخاذ قرارات فردية مستقلة، وخارجي، يشير إلى الظروف البيئية المحيطة بحياة الفرد، بحسب روجرسون (١٩٩٥)، فإن العوامل الداخلية مسؤولة عن الشعور بالرضا عن الحياة، بينما تؤثر العوامل الخارجية على الآليات الداخلية على مستوى الفرد أو المجتمع (Susnien , Jurkauskas , 2009 , p. 79) ووفقاً لـ S. H nt ل (1992) S. M c K e n -na، فإن الاحتياجات التي تُحدد جودة الحياة هي: الأكل، والشرب، والنوم، والنشاط، والجنس، وتجنب الألم؛ الدفء، والأمان، وانعدام القلق، والاستقرار؛ الحب، والتواصل الجسدي، والألفة، والتواصل، ومشاركة التجارب، والعمل على تحقيق أهداف مشتركة؛ الفضول، واستكشاف العالم، والرضا، والاحترام، والشعور بالفائدة، وتقدير الذات، والمهنية، والقوة، والاستقلالية، والحرية؛ تحقيق الذات (Merkys , et al , 2008 , p . 56).

ويعتمد مستوى جودة الحياة على مدى الإشباع الفعال لاحتياجات الفرد. تتطلب الاحتياجات الفسيولوجية، كالأكل والنوم، إشباعاً تاماً، بينما قد تبقى الاحتياجات الأسمى كالأمن لدى بعض الأشخاص. لذا، من الضروري مقارنة موارد الفرد بالمعايير التي يطمح إليها. تأخذ مؤشرات جودة الحياة الأكثر تعقيداً في الاعتبار مختلف أشكال الأنشطة اليومية (كالمشي، وتناول الطعام، وارتداء الملابس)، فضلاً عن التأثير الواسع للأعراض والمشاعر والعمليات المعرفية على الرضا عن الحياة. وإلى جانب الصحة، تشمل هذه المؤشرات فرص العمل، والأمن الشخصي، والتعليم، والاسترخاء، وغيرها (Ferrell , etal , 1997 , p . 34) ولكن وفقاً لإي. دينر (١٩٨٤)، فإن هذه العلاقة ليست وثيقة كالعلاقة بين الحالة الصحية الذاتية والرضا عن الحياة. ويتأثر الشعور العام بالرضا عن الحياة بشدة بالشخصية واستراتيجيات التكيف مع الضغوط. تسمح الأبعاد الثابتة للانبساط والعصابية بالتنبؤ بالرفاهية الذاتية للعشرين

عامًا ، لا فان جودة الحياة المرتبطة بالصحة لا تعني خلو الفرد من الاعراض المرضية فقط وانما تمتد لتشمل مدى قدرة على أداء وظائفه اليومية ومن هنا تأتي دراسة المتغير الثاني للبحث الحالي هو اضطراب فرط النعاس وهو اضطراب له تأثير اجتماعي ومهني بالغ ، يتميز فرط النعاس المتكرر بنوبات من النوم المفرط تستمر من بضعة أيام إلى عدة أسابيع. قد ينام المرضى لمدة ١٨ ساعة على الأقل يوميًا، ولا يستيقظون إلا لتناول الطعام، عادةً ما تفصل بين النوبات أسابيع أو أشهر، يعود خلالها نمط النوم إلى طبيعته. قد يصاحب النوم المفرط اضطرابات سلوكية، مثل الإفراط في تناول الطعام، وفقدان السيطرة على الرغبة الجنسية، واضطرابات نفسية أخرى (Kazlauskaite , Reklaitiene , 2005 , p . 67 - 68) يؤدي فرط النعاس المتكرر إلى اضطرابات كبيرة في الحياة الاجتماعية والأسرية، ولا يُعرف مآله. يكون مسار المرض إيجابيًا في معظم الحالات، مع اختفاء الأعراض تدريجيًا. يشمل علاج نوبات فرط النوم المتكررة استخدام المنبهات، على الرغم من عدم فعاليتها في كثير من الأحيان (Decker , et al , 2008 , p . 45)

ويشير النعاس المفرط أثناء النهار، الى ضعف الإدراك، والتعب، ومجالات جودة الحياة المتعلقة بالصحة، كالوظائف البدنية والنشاط اليومي ، يُستخدم مصطلح "فرط النعاس" لوصف مجموعة من الاضطرابات التي تتميز بزيادة الميل إلى النوم، وتتمثل سماتها الرئيسية في النعاس المفرط أثناء النهار، سواءً كان مصحوبًا بزيادة في مدة النوم الليلي أم لا. يُعد النعاس المفرط أثناء النهار، والذي يُسمى أيضًا "فرط النعاس"، عرضًا شائعًا يجب تمييزه عن التعب أثناء النهار وزيادة مدة النوم. تتراوح أسبابه بين عدم كفاية كمية النوم وانخفاض جودته نتيجةً لاضطرابات كامنة تُجزئ النوم، واضطرابات الساعة البيولوجية (Lamberg , 2013 , p . 98)

يشكو مرضى النوم النعاس من مشاكل في الذاكرة وصعوبات في التركيز والانتباه. تم الإبلاغ عن وجود قصور في الانتباه، لا سيما في مهام اليقظة. ويبدو أن هذا القصور ناتج عن تقلبات مستوى اليقظة المصاحبة لهذا الاضطراب، أكثر من كونه قصورًا في التحكم الانتباهي بشكل عام. وتؤدي هذه الهفوات الانتباهية إلى ضعف اليقظة على مدى فترات طويلة، ويمكن تعويض ذلك بتوجيه الانتباه في نوبات قصيرة متكررة (Ramdury , 2010 , p . 54)

حيث يُعدّ النعاس المفرط أثناء النهار عنصرًا بارزًا فيها، وقد تشمل فترات نوم غير مناسبة أو انخفاض الاستجابة خلال ساعات اليقظة الطبيعية. لا يقتصر الأمر على أن الأفراد الذين يعانون من تقلبات إدراكية يميلون إلى النوم بشكل مفرط ، بل ينتقلون أيضًا من حالة أقل يقظة إلى حالة أكثر يقظة بشكل تلقائي. وبالتالي، فإن فترات تشتت الانتباه المميزة للتقلبات الإدراكية



هي مظهر من مظاهر الميل العام نحو تغيرات غير مناسبة في حالة الدماغ (Reynolds , O , 2013 , p . 45)

❖ اهداف البحث :

- ١ . قياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى موظفي وزارات الدولة
- ٢ . تعرف الفروق في جودة الحياة المرتبطة بالصحة على وفق :
 - أ . الجنس : ذكور () اناث ()
 - ب . العمر : (٣٠ - ٤٠) (٤١ - ٥١)
- ٣ . قياس اضطراب فرط النعاس لدى موظفي وزارات الدولة
- ٤ . تعرف الفروق في اضطراب فرط النعاس على وفق
 - أ . الجنس : ذكور () اناث ()
 - ب . العمر : (٣٠ - ٤٠) (٤١ - ٥١)
- ٥ . تعرف العلاقة الارتباطية بين جودة الحياة المرتبطة بالصحة واضطراب فرط النعاس لدى موظفي وزارات الدولة

❖ حدود البحث : يتحدد البحث الحالي بموظفي وزارات الدولة العراقية

❖ تحديد المصطلحات :

أولاً : جودة الحياة المرتبطة بالصحة عرفها كل من

- ١ . ويلسون وكليري ١٩٩٥ : بأنه تقييم ذاتي يقدمه الفرد لحالته الصحية وجودة حياته ، في ضوء الاعراض التي يعاني منها ، ومستوى أدائه ووظائفه الجسدية والنفسية والاجتماعية ، وإدراكه العام لصحته ، وصولاً الى تقييمه الكلي لرضاه عن حياته .
- ٢ . منظمة الصحة العالمية (WHO) : " إدراك الفرد لموقعه في الحياة في سياق الثقافة وأنظمة القيم التي يعيش في ظلها ، وعلاقة ذلك بأهدافه وتوقعاته ومعاييرها واهتماماته

ثانياً : اضطراب فرط النعاس : عرفها كل من :

- ١ . الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس المعدل (DSM - 5 - TR) : اضطراب فرط النوم من خلال فترة نوم رئيسية مطولة ، أو قيلولات متكررة ، أو صعوبة الاستيقاظ بعد استيقاظات مفاجئة .
- ٢ . منظمة الصحة العالمية (WHO) : هو اضطراب من اضطرابات النوم يتمثل في وجود نعاس مفرط ومتكرر خلال النهار ، مع ميل قوي الى النوم او الدخول في فترات من النوم ورغم

الحصول على فترة نوم رئيسية كافية ، مما يؤدي الى صعوبة في المحافظة على اليقظة ويؤثر في الأداء اليومي والوظيفي والاجتماعي للفرد

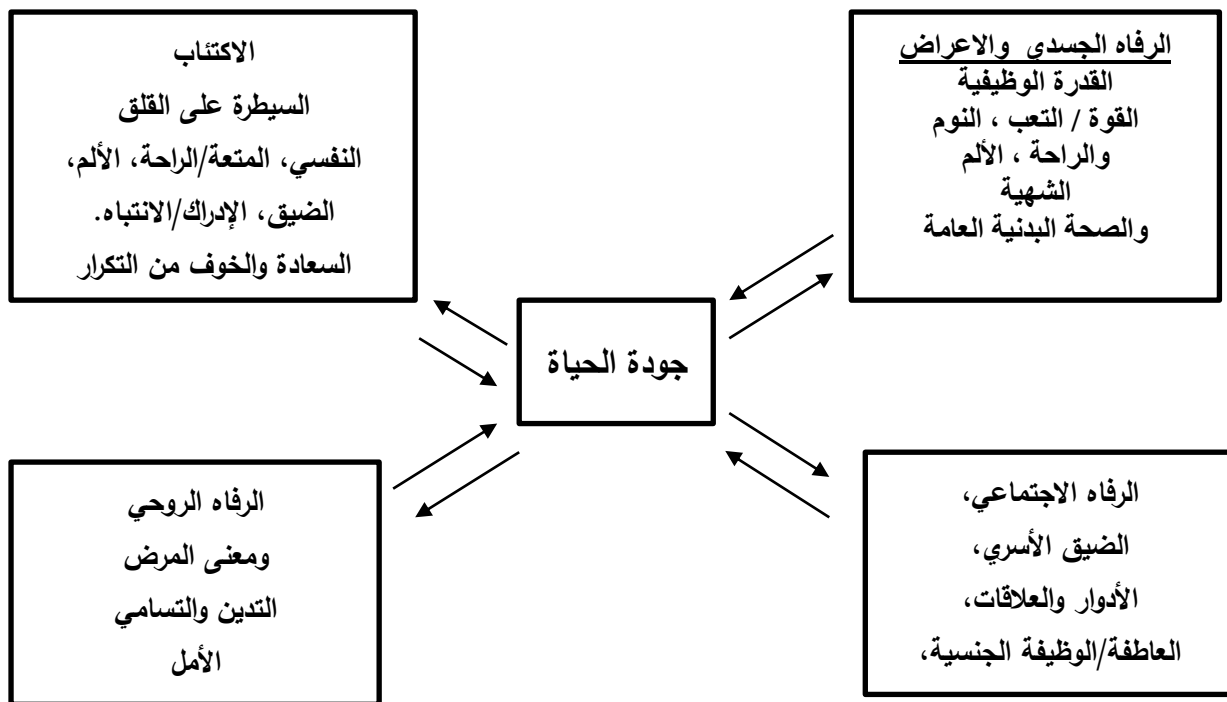
الفصل الثاني

الاطار النظري

النظريات التي فسرت اضطراب فرط النعاس وجودة الحياة

اولاً : نموذج جودة الحياة (MODEL OF QUALITY OF LIFE) ليلسون وكليري

يحدد نموذج جودة الحياة اربعة مجالات تُعرّف جودة حياة الفرد. وقد طُوّر هذا النموذج ضمن تخصص التمريض، وتشمل المجالات الأربعة: الرفاه الجسدي (مثل النوم)، والرفاه النفسي (مثل الاكتئاب)، والرفاه الاجتماعي (مثل الضيق الأسري)، والرفاه الروحي (مثل الأمل) ويُذكر أن كل مجال يمكن أن يعمل بصورة منفردة أو بالاشتراك مع المجالات الأخرى، ويؤثر في النهاية في جودة الحياة وقد دُرست الأعراض أو العوامل المحددة ضمن كل مجال من مجالات جودة الحياة بصورة أكبر في أنواع مختلفة من اضطرابات الصحة (Ferrell et al., 1997,) (p. 399).



الشكل (1)

نموذج جودة الحياة

تُعد جودة الحياة المرتبطة بالصحة بناءً يشمل مستويات مختلفة من تحقيق الرفاه الاجتماعي؛ المستوى الكلي (الطبقة الاجتماعية)، أي الظروف الاجتماعية العامة والمتطلبات الأساسية؛ والمستوى المجتمعي (البلدي)، أي الفرص المحددة، والبنية التحتية، وجودة الخدمات؛ وكذلك مستوى الفرد، أي الاستغلال الفعلي للموارد الاجتماعية؛ بالإضافة إلى تقييم الفرص الذاتية والرضا من منظور الخبرة الشخصية (Merkys et al., 2008, p. 23).

ويجب ملاحظة أن جميع هذه المستويات مترابطة؛ فلا يمكن اعتبار حياة المجتمع أو الجماعة ذات جودة إذا لم تكن تجارب الأفراد إيجابية. ومن ناحية أخرى، لا ينبغي اعتبار الجودة العالية للحياة مجموع تلك التجارب على مستوى الفرد، ولذلك، ومن أجل إجراء تقييم شامل لجودة الحياة، يجب أخذ المستويات الثلاثة جميعها لتحقيق الرفاه الاجتماعي في الحسبان، كما لا يمكن مساواة مفهوم جودة الحياة والسعادة، لأن الناس يدركون محتواهما وخصائصهما ومؤشراتها بطرق مختلفة (Susnienė & Jurkauskas, 2009, p. 59).

وعند تحليل يجب ذكر النموذج المفاهيمي للتنمية المستدامة الذي طوره برايس Price et al. (1997)؛ إذ يفترض بأن الصحة والتوازن البيئي يمثلان مؤشرين أساسيين لجودة الحياة، ويُنظر إليهما باعتبارهما نتيجة لتفاعل القيم الاقتصادية والبيئية والاجتماعية (Dooris, 1999). وفي جوهره، يشير هذا النموذج إلى أنه عند الحديث عن جودة الحياة، لا يمكن تجاهل العنصر الذاتي أو الموضوعي للجودة، لأن كليهما ضروري للإدراك الشامل لهذا المفهوم. ووفقاً لهذا النموذج، تتمثل مؤشرات جودة الحياة الموضوعية في عناصر التقييم الفردي لشمولية الوضع البيئي والاقتصادي؛ في حين ينبغي أن يرتبط المكون الذاتي بالقيم الاجتماعية للفرد. يميز فينهوفين (Veenhoven, 2000) بين أربعة أبعاد لجودة الحياة ضرورية لتحقيق جودة حياة المرتبطة بالصحة الجيدة:

- 1- قابلية العيش في البيئة (Livability of the environment). يشمل هذا البعد الفرص التي توفرها البيئة، فضلاً عن إمكانية إقامة العلاقات الاجتماعية.
- 2- التقييم الذاتي (Self-assessment). ويشمل الوعي بالخصائص الشخصية للفرد وإدراكها، فضلاً عن نقاط القوة والضعف.



3- المنفعة الخارجية (External benefit). تعتمد جودة الحياة أيضًا على ما إذا كان لدى الفرد هدف أو أهداف في الحياة، وعلى ما إذا كان يسعى إلى تحقيق قيم عليا.

4- التقدير الداخلي لجودة الحياة (Inner appreciation of quality of life). يقيم كل فرد جودة حياته بصورة ذاتية، بينما يقارن الخبرة التي اكتسبها بتوقعاته عن الحياة (Veenhoven, 2000, p. 2)

ويجب أيضًا ملاحظة أن جودة الحياة المرتبطة بالصحة لا تعتمد فقط على عمر الشخص وحالته الصحية، وإنما تعتمد كذلك على الحالة الانفعالية للشخص، والأداء المعرفي، وكذلك الأداء الاجتماعي، وأظهرت نتائج البحث الذي شمل كامل سكان النرويج أن الجزء الأكبر سنًا من السكان ركز على تقييم الحالة الجسدية؛ وكانت النساء يقيمن جودة حياتهن بصورة أسوأ من الرجال؛ وكان للحالة الأسرية أكبر تأثير في المجال الانفعالي للحياة، في حين أثر التعليم في جميع المجالات المرتبطة بجودة الحياة (Kazlauskaitė & Rėklaitienė, 2005, p. 155). تعتمد جودة الحياة أيضًا على العوامل الخارجية. إذ ستحدد ظروف المعيشة الجيدة أو الظروف الملائمة جودة حياة مرتفعة، ولكن إذا تغيرت هذه الظروف، فإن رضا الفرد عن جودة حياته سيتغير أيضًا. وتتأثر جودة الحياة بالعديد من العوامل والظروف المختلفة، مثل: السكن، والعمل، والدخل، والرفاه المادي، والمواقف الأخلاقية، والحياة الشخصية والأسرية، والدعم الاجتماعي، والضغط والأزمات، وجودة الحياة المرتبطة بالصحة، وخدمات الرعاية الصحية، وظروف العمل، والتغذية، وفرص التعليم، والعلاقات مع البيئة، والعوامل البيئية، وغيرها.

وتتمثل مجالات جودة الحياة في الآتي (Ruževičius, 2012):

1- الحالة الجسدية (Physical state): الصحة، وعبء العمل، والقدرة على التحمل، والتغذية.

2- الحالة المادية (Material state): الرفاه، وظروف المعيشة، وجودة الوضع الاقتصادي؛ ومتوسط الدخل، والقوة الشرائية، وظروف العمل والترفيه، وغيرها.

3- الحالة النفسية (Psychological state): الانفعالات، والاتجاهات، والقيم، وتقدير الذات، والرضا عن العمل، والضغط النفسي؛ والمناخ النفسي والأخلاقي داخل الأسرة، والمنظمة، والمجتمع، والأمة.

4- التعليم والتطور الذاتي (Education and self-development): التعلم، وجودة التعليم، والمهارات وتطبيق المعرفة.

5- العلاقات الاجتماعية (Social relation): العلاقات مع الناس، والأسرة، والمجتمع، والدعم.

6- إمكانات التعبير عن الذات وأوقات الفراغ (Self-expression possibilities and leisure): الاستجمام، والهوايات، والإبداع، والترفيه.

7- الأمان والبيئة (Safety and environment): الأمن الشخصي الجسدي — الجسم، والقانوني، والاجتماعي؛ وبيئة العمل، والبيئة الاقتصادية، والسياسية، والقانونية (Ruževičius, 2012, p. 432)

ثانياً : النموذج الطبي الحيوي :

يستند إلى النظرية العامة للأنظمة، والتي تختلف جوهرياً عن النموذج الطبي الحيوي الآلي والاختزالي الذي لا يزال سائداً في الطب. يُتيح إدراج العوامل النفسية والاجتماعية ابتكار منهج يُراعي الجوانب الإنسانية لكل من الطبيب والمريض (شيريدان، رادماخر، ١٩٩٨). تشمل الجوانب النفسية والاجتماعية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة، من بين أمور أخرى، الخوف من العلاج وفقدان الكفاءة البدنية والعقلية، فضلاً عن الخوف من فقدان القدرة على العمل وإعالة الأسرة. ويصاحب ذلك الخوف من فقدان الاكتفاء الذاتي والاعتماد على النفس، والخوف من العزلة الاجتماعية والانسحاب من الأنشطة الاجتماعية. من هذا المنظور، لا يمكن لتقييم جودة الحياة أن يقتصر على تقييم أعراض العلاج أو متاعبه، بل يجب أن يأخذ في الاعتبار كل جانب من جوانب نشاط الفرد الذي قد يؤثر عليه مرضه ، إلى جانب متوسط العمر المتوقع وتكاليف العلاج، أصبحت جودة الحياة معياراً أساسياً لجودة الرعاية الصحية.

❖ اضطراب فرط النعاس

❖ المعايير التشخيصية

A. نعاس مفرط مُبلغ عنه ذاتياً (فرط النعاس) رغم أن فترة النوم الرئيسية تستمر لمدة لا تقل عن 7 ساعات، مع وجود عرض واحد على الأقل من الأعراض التالية:

1- فترات متكررة من النوم أو الوقوع في النوم خلال اليوم نفسه.

2- نوبة نوم رئيسة مطولة لأكثر من 9 ساعات يومياً وتكون غير مُرممة (أي غير منعشة).

3- صعوبة في أن يكون الشخص مستيقظاً بشكل كامل بعد الاستيقاظ المفاجئ.

B. يحدث فرط النعاس 3 مرات أسبوعياً على الأقل، ولمدة 3 أشهر على الأقل.

C. يترافق فرط النعاس مع ضيق نفسي أو قصور ملحوظ في المجالات المعرفية أو الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من مجالات الأداء المهمة.

D. لا يُفسّر فرط النعاس بشكل أفضل باضطراب نوم آخر، ولا يحدث حصريًا أثناء مسار اضطراب نوم آخر (مثل الخدار، أو اضطراب النوم المرتبط بالتنفس، أو اضطراب إيقاع النوم والاستيقاظ اليومي، أو أحد اضطرابات الباراسومنيا).

E. لا يُعزى فرط النعاس إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة ما (مثل مخدر يُساء استخدامه أو دواء).

F. لا تفسّر الاضطرابات النفسية والطبية المتزامنة الشكوى السائدة من فرط النعاس تفسيرًا كافيًا (American Psychiatric Association , 2022, p. 417).

❖ السمات التشخيصية

يشمل اضطراب فرط النعاس أعراضًا تتمثل في الكمية المفرطة من النوم (مثل النوم الليلي الممتد أو القيلولات الطويلة)، والنعاس، وخمول النوم (أي فترة من ضعف الأداء وانخفاض اليقظة بعد الاستيقاظ من فترة النوم المعتادة أو من قيلولة) (المعيار A)، عادةً ما ينام الأشخاص المصابون بهذا الاضطراب بسرعة ويكون لديهم كفاءة نوم جيدة (<90%). ويشعر الأشخاص عادةً بتطور النعاس لديهم على مدى فترة من الزمن، بدلاً من تعرضهم لـ«نوبة» نوم مفاجئة. تحدث نوبات النوم غير المقصودة عادةً في المواقف التي تتطلب الجلوس دون نشاط (مثل حضور المحاضرات، أو القراءة، أو مشاهدة التلفاز، أو القيادة لمسافات طويلة)، ولكن في الحالات الأكثر شدة يمكن أن تظهر في المواقف التي تتطلب درجة عالية من الانتباه، مثل العمل، أو الاجتماعات، أو التجمعات الاجتماعية. يمكن أن تؤدي الحاجة المستمرة إلى النوم إلى سلوك تلقائي (عادةً من نوع روتيني منخفض التعقيد) يقوم به الشخص مع تذكر قليل جدًا أو دون تذكر لاحق. على سبيل المثال، قد يجد الأشخاص أنفسهم قد قادوا عدة أميال بعيدًا عن المكان الذي كانوا يعتقدون أنهم فيه، دون أن يكونوا مدركين للقيادة «التلقائية» التي قاموا بها خلال الدقائق السابقة.

كما يعاني نحو 40% من الأشخاص المصابين باضطراب فرط النعاس من خمول النوم (ويُشار إليه أيضًا باسم «ثالة النوم»)، وقد يساعد هذا العرض في التمييز بين اضطراب فرط النعاس والأسباب الأخرى للنعاس، وقد يواجهون صعوبة في الاستيقاظ صباحًا، ويبدون أحيانًا مرتبكين أو عدوانيين وقد يضبط الأشخاص عدة منبهات أو يعتمدون على الآخرين لمساعدتهم على النهوض من السرير، ويمكن أن يحدث خمول النوم أيضًا عند الاستيقاظ من قيلولة نهائية، خلال تلك الفترة، يبدو الشخص مستيقظًا، لكن التنسيق الحركي يكون ضعيفًا، وقد يكون السلوك غير



مناسب، وقد تحدث عيوب في الذاكرة، واضطراب في التوجه الزمني والمكاني، ومشاعر من التناقض، وقد تستمر هذه الفترة من عدة دقائق إلى ساعات.

أما بالنسبة لبعض الأشخاص المصابين باضطراب فرط النعاس، تكون فترة النوم الرئيسية (النوم الليلي لدى معظم الأشخاص) مدتها 9 ساعات أو أكثر. وفي الحالات الأكثر تطرفاً، يمكن أن تستمر فترات النوم حتى 20 ساعة. ومع ذلك، غالباً ما يكون النوم غير مُرمّم ويتبعه صعوبة في الاستيقاظ صباحاً. وبالنسبة لأشخاص آخرين مصابين باضطراب فرط النعاس، تكون مدة النوم الليلي الرئيسية طبيعية (7-9 ساعات)، يأخذون قيلولات نهائية طويلة نسبياً (< ساعة واحدة) لا تحسن اليقظة. يتناول معظم الأشخاص المصابين بفرط النعاس قيلولات نهائية تقريباً كل يوم بغض النظر عن مدة النوم الليلي. وعلى الرغم من أن العديد من الأشخاص المصابين بفرط النعاس قادرون على تقليل مدة نومهم خلال أيام العمل، فإن النوم في عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يزداد بدرجة كبيرة (بما يصل إلى 3 ساعات) (American Psychiatric Association , 2022, p. 419)

❖ السمات المرتبطة

يُبلغ نحو 80% من الأشخاص المصابين باضطراب فرط النعاس عن أن نومهم غير مُرمّم، إلا أن هذا العرض غير نوعي ويمكن أن يحدث مع الاضطرابات التي تعطل النوم، مثل انقطاع النفس الانسدادي أثناء النوم. غالباً ما تكون القيلولات طويلة (< ساعة واحدة) وغير منعشة. وغالباً ما تكون القيلولات القصيرة (أي التي تقل عن 30 دقيقة) غير منعشة. غالباً ما يبدو الأشخاص المصابون بفرط النعاس نعسانين، وقد ينامون حتى في منطقة انتظار الطبيب. لدى مجموعة فرعية من الأشخاص المصابين باضطراب فرط النعاس تاريخ عائلي لفرط النعاس، ولديهم أيضاً أعراض خلل في الجهاز العصبي الذاتي، بما في ذلك الصداع الوعائي المتكرر، وتفاعلية الجهاز الوعائي المحيطي (ظاهرة رينو)، والإغماء (American Psychiatric Association , 2022, p. 419)

❖ الانتشار

يُشخّص نحو 5%- 10% من الأشخاص في الولايات المتحدة الذين يراجعون عيادات اضطرابات النوم بسبب شكاوى من النعاس النهاري باضطراب فرط النعاس. ويُقدّر أن نحو 1% من عامة السكان في أوروبا والولايات المتحدة لديهم نوبات من خمول النوم. ويحدث فرط النعاس بتواتر متقارب لدى الرجال والنساء. (American Psychiatric Association , 2022, p. 419)



التطور والمسار

يبدأ اضطراب فرط النعاس عادةً في أواخر المراهقة أو بداية مرحلة البلوغ، بمتوسط عمر لبدء الأعراض يتراوح بين 17-24 سنة، مع تطور تدريجي على مدى أسابيع إلى أشهر، لا يُعرف الكثير عن التاريخ الطبيعي للاضطراب، ولكن بالنسبة لمعظم الأشخاص تكون الأعراض مستمرة ومستقرة ما لم يبدأ العلاج، يحدث التعافي التلقائي لدى نحو 11%-25% من الأشخاص بعد 5-7 سنوات، ويُشخص الأشخاص المصابون باضطراب فرط النعاس، في المتوسط، بعد 10-15 سنة من ظهور الأعراض الأولى. الحالات لدى الأطفال نادرة، وقد يؤدي تطور اضطرابات نوم أخرى (مثل اضطراب النوم المرتبط بالتنفس) إلى تفاقم درجة النعاس (American Psychiatric Association , 2022, p. 419).

عوامل الخطورة والعوامل الإنذارية

يمكن أن يزداد فرط النعاس مؤقتاً بسبب الضغط النفسي واستخدام الكحول، ولكن لم يتم توثيقهما كعوامل بيئية مسببة، وقد أُبلغ عن حدوث عدوى فيروسية قبل فرط النعاس أو بالتزامن معه في نحو 10% من الحالات، ويشيع فرط النعاس في الأشهر التالية لإصابة الدماغ الرضحية، قد يكون فرط النعاس عائلياً، مع نمط وراثه جسي سائد (American Psychiatric Association , 2022, p. 419).

العلامات التشخيصية

يُظهر تخطيط النوم الليلي المتعدد عادةً مدة نوم طبيعية إلى ممتدة، وكمون نوم قصير، واستمرارية نوم طبيعية إلى متزايدة. كما يكون التوزيع الليلي لنوم حركة العين السريعة (REM) طبيعياً. وتكون كفاءة النوم عادةً >90%، ويوثق اختبار كمون النوم المتعدد الميل إلى النوم، ويُشار إليه عادةً بـقيم متوسط كمون النوم التي تقل عن 10 دقائق، وفي اضطراب فرط النعاس، يكون متوسط كمون النوم عادةً أقل من 10 دقائق، وكثيراً ما يكون 8 دقائق أو أقل، وقد تكون فترات نوم حركة العين السريعة عند بداية النوم (أي حدوث نوم REM خلال 20 دقيقة من بداية النوم) موجودة، لكنها تحدث بشكل غير متكرر، وللأسف، يتمتع اختبار كمون النوم المتعدد بموثوقية ضعيفة عند إعادة الاختبار، ولا يميز بشكل جيد بين اضطراب فرط النعاس والحدار من النوع الثاني.

يمكن لمذكرة نوم لمدة أسبوعين أن تساعد في توثيق كميات النوم وتوقيته، كما يوفر قياس النشاط بيانات أكثر دقة عن أنماط النوم المعتادة. وفي بروتوكول الراحة في السرير لمدة 32 ساعة، حيث شجّع الأشخاص على النوم حسب رغبتهم، نام الأشخاص المصابون باضطراب





فرط النعاس أكثر من الأشخاص الضابطين بأكثر من 4 ساعات (American Psychiatric Association , 2022, p. 420)

❖ العواقب الوظيفية لاضطراب فرط النعاس

يمكن أن يؤدي انخفاض مستوى اليقظة الذي يحدث أثناء مقاومة الشخص للحاجة إلى النوم إلى انخفاض الكفاءة، وتراجع التركيز، وضعف الذاكرة أثناء الأنشطة النهارية. يمكن أن يؤدي فرط النعاس إلى ضيق نفسي وخلل كبير في العمل والعلاقات الاجتماعية، ويمكن أن يؤدي النوم الليلي المطول وصعوبة الاستيقاظ إلى صعوبة الوفاء بالالتزامات الصباحية، مثل الوصول إلى العمل في الوقت المحدد. ويمكن أن تكون نوبات النوم النهارية غير المقصودة محرجة وحتى خطيرة، إذا حدثت، على سبيل المثال، أثناء القيادة أو تشغيل الآلات (American Psychiatric Association , 2022, p. 421).

❖ التشخيص التفريقي

تختلف مدة النوم «الطبيعية» بدرجة كبيرة بين عامة السكان، ولا يعاني «الأشخاص الذين ينامون لفترات طويلة» (أي الأشخاص الذين يحتاجون إلى قدر من النوم أكبر من المتوسط) من النعاس المفرط، أو خمول النوم، أو السلوك التلقائي عندما يحصلون على مدة النوم الليلي التي يحتاجون إليها، ويبلغ عن أن النوم يكون منعشاً، وإذا أدت المتطلبات الاجتماعية أو المهنية إلى تقصير مدة النوم الليلي، فقد تظهر أعراض نهارية، وعلى العكس، في اضطراب فرط النعاس، تحدث أعراض النعاس المفرط بغض النظر عن مدة النوم الليلي.

يمكن أن يؤدي عدم الحصول على قدر كافٍ من النوم الليلي، أو متلازمة نقص النوم المستحثة سلوكياً، إلى أعراض للنعاس النهاري تشبه إلى حد كبير أعراض اضطراب فرط النعاس. ويشير متوسط مدة النوم التي تقل عن 7 ساعات في الليلة بقوة إلى عدم كفاية النوم الليلي، إلا أن متوسط البالغين في الولايات المتحدة يحصل على 6,75 ساعات فقط من النوم في ليالي أيام العمل المعتادة. وعادةً ما «يعوض» الأشخاص الذين لا يحصلون على نوم ليلي كافٍ ذلك بمدد نوم أطول في الأيام التي يكونون فيها متحررين من المتطلبات الاجتماعية أو المهنية أو أثناء العطلات، ولا ينبغي إجراء تشخيص اضطراب فرط النعاس إذا كان هناك شك بشأن كفاية مدة النوم الليلي، ويمكن أن تساعد تجربة تشخيصية وعلاجية لتمديد النوم لمدة 10-14 يوماً في توضيح التشخيص (American Psychiatric Association , 2022, p. 421).

❖ التعب كعرض لاضطراب نفسي آخر أو حالة طبية

ينبغي تمييز اضطراب فرط النعاس عن التعب المرتبط بالإرهاق الذي قد يكون عرضاً لاضطراب نفسي آخر (مثل اضطراب القلق المعمم) أو حالة طبية (مثل متلازمة التعب المزمن). وعلى خلاف فرط النعاس، لا يخف التعب بالضرورة بزيادة النوم، ولا يرتبط بكمية النوم أو جودته (American Psychiatric Association , 2022, p. 421).

❖ اضطرابات إيقاع النوم والاستيقاظ اليومي

على خلاف الأشخاص المصابين باضطراب فرط النعاس، يُظهر الأشخاص المصابون بأنواع فرعية محددة من اضطرابات إيقاع النوم والاستيقاظ اليومي أنماطاً زمنية محددة للأعراض. فعلى سبيل المثال، غالباً ما يعاني الأشخاص المصابون بنمط تأخر مرحلة النوم من خمول النوم والنعاس في الصباح، ويشعرون بأنهم أكثر يقظة في المساء والليل، مع مواعيد نوم معتادة متأخرة. وعلى العكس، يصبح الأشخاص المصابون بنمط تقدم مرحلة النوم نعسانين ويذهبون إلى النوم في وقت مبكر من المساء، لكنهم يكونون يقظين ويستيقظون بسهولة في الصباح الباكر (American Psychiatric Association , 2022, p. 422).

❖ الأمراض والاضطرابات المصاحبة

يعاني العديد من الأشخاص المصابين باضطراب فرط النعاس من أعراض اكتئاب قد تستوفي معايير اضطراب اكتئابي، وقد يكون هذا العرض مرتبطاً بالعواقب النفسية والاجتماعية لزيادة الحاجة المستمرة إلى النوم، ويعاني أكثر من نصف الأشخاص المصابين باضطراب فرط النعاس من أعراض اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط. كما يكون الأشخاص المصابون باضطراب فرط النعاس معرضين لخطر الاضطرابات المرتبطة بالمواد، ولا سيما المرتبطة بالتداعي الذاتي بالمنبهات. وقد يسهم هذا الافتقار العام إلى النوعية في وجود أنماط غير متجانسة للغاية بين الأشخاص الذين تستوفي أعراضهم معايير اضطراب فرط النعاس. وقد ترتبط الحالات التنكسية العصبية، مثل مرض ألزهايمر، ومرض باركنسون، وضمور الأجهزة المتعددة، أيضاً بفرط النعاس.

ثانياً : النظريات التي فسرت اضطراب فرط النعاس

أولاً : نموذج إدارة الأعراض (MODEL OF SYMPTOM MANAGEMENT)

ويستند النموذج المفاهيمي إلى فرضية أن العرض هو تجربة ذاتية لوظيفة بيوفيزيائية، أو إدراك، أو إحساس. وبدءاً من تجربة العرض، تتضمن العلاقات الداخلية الثلاث إدراك العرض، وتقييم العرض، والاستجابة للعرض، والتي ترتبط مرة أخرى بالإدراك. وتشمل الاستجابة بعد ذلك



المشاعر الداخلية، أو السلوكيات، أو الأفكار المرتبطة بالوجود المُدرك أو الفعلي لمشكلة صحية (UCSF School of Nursing Symptom Management Faculty Group, 1994, p. 273).

وتتمثل استراتيجيات إدارة الأعراض في إجراءات تتغلب على النتائج السلبية للأعراض أو توقفها من خلال التدخلات الطبية أو الرعاية الذاتية، مثل التقييم والعلاج. وتُعد نتيجة الأعراض بُنية معقدة تتضمن 10 أبعاد محتملة. وفي هذا النموذج، يمكن أن تكون اضطرابات النوم واليقظة عَرَضًا أو نتيجة (Carpenter & Andrykowski, 1999, p. 1311).

ثانيًا: نموذج التعب التنظيمي القائم على الغدد الصماء العصبية (NEUROENDOCRINE-BASED REGULATORY FATIGUE MODEL)

طُوّر النموذج التنظيمي القائم على الغدد الصماء العصبية لوصف آليات التعب في الأمراض المزمنة، وعلى الرغم من أن التعب يُنظر إليه على أنه مفهوم متعدد الأبعاد، فإن النموذج يفترض أن التعب يتأثر بدرجة كبيرة بالمواد الكيميائية الحيوية القائمة على الغدد الصماء، مثل التريبتوفان والميلاتونين، وأي ضغط على جهاز الغدد الصماء يُحدث تأثيرات بيولوجية تعمل كعلامات للتعب ويُذكر أن سوابق التعب إما فسيولوجية (تغير إيقاع الساعة البيولوجية للنوم/اليقظة) أو نفسية (الاكتئاب)، ويقترح النموذج تدخلات تعمل كوسيط لتقليل تأثير السوابق على جهاز الغدد الصماء وتحسين التعب (Payne, 2004, p. 142).

ثالثًا : نموذج قابلية النوم :

يُعد مفهوم قابلية النوم (Sleepability) تشير قابلية النوم إلى درجة استعداد الفرد للانتقال من حالة اليقظة إلى حالة النوم عندما تتوافر ظروف مناسبة لذلك، ولا يمكن اعتبار هذه القابلية ثابتة طوال اليوم، وإنما تتغير تبعًا لتفاعل مجموعة من العوامل المرتبطة بتنظيم النوم واليقظة، وفي مقدمتها الحاجة المتراكمة إلى النوم، ومدة الاستيقاظ، والإيقاع البيولوجي اليومي، ومستوى النشاط، والظروف المحيطة بالفرد (Payne , 2004 , p. 23).

ويفترض النموذج أن الإنسان يمر خلال اليوم بدرجات متفاوتة من الاستعداد للنوم؛ فعندما يستمر الفرد في حالة اليقظة لفترة طويلة، تتراكم لديه الحاجة للنوم، الأمر الذي يؤدي إلى ارتفاع الميل إلى النوم. وفي المقابل، تعمل الآليات البيولوجية المرتبطة بالإيقاع اليومي على تنظيم فترات ارتفاع وانخفاض الميل إلى النوم واليقظة خلال اليوم. ومن ثم فإن قابلية النوم الناتجة في أي وقت تمثل محصلة التفاعل بين ضغط النوم المتراكم والنظام اليومي المنظم لليقظة والنوم. (Circadian Rhythm) ، لا تعتمد قابلية النوم على مقدار الحاجة إلى النوم فقط، وإنما تتأثر

أيضاً بما يسمى الإيقاع اليومي وهو النظام البيولوجي الذي ينظم التغيرات اليومية في النوم واليقظة، فقد يكون الفرد قد حصل على ساعات نوم كافية، ومع ذلك يشعر بالنعاس في وقت معين من اليوم نتيجة التغيرات الطبيعية في الإيقاع اليومي. ولهذا فإن النوم واليقظة لا يعتمدان على عامل واحد، وإنما ينتجان عن تفاعل الضغط للنوم مع الإيقاع اليومي (Payne , 2004 , p. 24).

تتأثر قابلية الفرد للنوم بطبيعة الموقف الذي يوجد فيه. فالمواقف التي تتسم بالهدوء وقلة النشاط، مثل القراءة أو مشاهدة التلفاز أو الجلوس لفترة طويلة، قد تكون أكثر قدرة على كشف الميل إلى النعاس من المواقف التي تتطلب نشاطاً جسدياً أو ذهنياً مرتفعاً.

يُنظر إلى قابلية النوم بوصفها استعداد الفرد للانتقال من حالة اليقظة إلى حالة النوم في مواقف وأوقات مختلفة، وهي قابلية لا تبقى ثابتة على مدار اليوم، بل تتأثر بتفاعل مجموعة من العوامل البيولوجية والبيئية والسلوكية ، ويزداد الميل إلى النوم مع استمرار فترة الاستيقاظ وتراكم ضغط النوم، في حين تؤدي آليات الإيقاع اليومي دوراً مهماً في تنظيم التناوب بين النوم واليقظة. ومن هذا المنظور، فإن النعاس أثناء النهار يمكن أن يظهر عندما تزداد قابلية الفرد للنوم في مواقف يفترض فيها المحافظة على اليقظة والانتباه (Ruževičius, 2012, p. 54).

الفصل الثالث:

منهجية البحث وإجراءاته

ان منهجية البحث المتبعة في البحث الارتباطي تستعمل لتعيين الى اي حد تتفق التغيرات في احد المتغيرات مع التغيرات في العامل الاخر، إذ يمكن للمتغيرات أن ترتبط بدرجة كبيرة، أو بدرجة متوسطة، أو قد لا ترتبط إطلاقاً. ويتوقف مقدار الارتباط بوجه عام على مدى حدوث زيادة أو نقصان في أحد المتغيرين بالتوازي مع زيادة أو نقصان في المتغير الآخر، سواء كان الارتباط إيجابياً (في الاتجاه نفسه) أو سلبياً (في الاتجاه المعاكس).

❖ **مجتمع البحث:** يتمثل مجتمع الدراسة الحالية من الموظفين والذي يبلغ عددهم الكلي (1951114) موظف من الذكور والاناث .

❖ **عينة البحث:** لتحقيق أهداف الدراسة، تم استخدام عينة عشوائية ممثلة لمجتمع البحث. وقد شملت العينة (٣٠٠) موظف .

❖ **اداءات البحث :** يتضمن البحث الحالي استعمال اداتين لقياس متغيري البحث :

اولاً : جودة الحياة المرتبطة بالصحة :



تم تبني مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة والذي اعتمد على الاطار النظري المعتمد لنموذج يلسون وكلييري

١. معلومات المقياس

قامت الباحثة بتبني مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة (Health-related quality of life) والمصمم من قبل (Robert Devellis , 2021) والمعتمد على نموذج يلسون وكلييري (1995) والذي يتكون من (19) فقرة متوزعة على أربعة مجالات هي

١. المجال الجسدي (Physical) والذي يتكون من خمسة فقرات هي (1، 2، 3، 4، 5، 14)
٢. المجال النفسي (Psychological) والذي يتكون من ثمانية فقرات هي (4، 6، 7، 8، 16، 17، 18، 19)

٣. المجال الاجتماعي (Social) والذي يتكون من ثلاثة فقرات هي (12، 13، 15)

٤. المجال البيئي (Environmental) والذي يتكون من ثلاثة فقرات هي (9، 10، 11)
- علما ان بدائل الاستجابة خماسية وهي (أوافق بشدة ، أوافق ، محايد ، لا أوافق ، لا أوافق بشدة)

٢. التحقق من صلاحية الفقرات (Face & Content Validity)

عرضت الفقرات على مجموعة من الخبراء المختصين في علم النفس / كلية الاداب / جامعة بغداد، لتقييم مدى صلاحيتها في قياس الخاصية المحددة، والتأكد من سلامة صياغتها، وملاءمة البدائل .

٣. تعليمات المقياس :

حيث تم التأكيد على ضرورة اختيار المستجيب للبديل المناسب لكل فقرة بدقة وعدم ترك أي فقرة بدون إجابة واستخدام الإجابات لغرض البحث العلمي فقط لتقليل تأثير المرغوبة الاجتماعية.

٤. العينة الاستطلاعية (Pilot Study) :

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من (15) موظف للتحقق من وضوح التعليمات والفقرات وسهولة فهمها، وطلب من المشاركين تقديم ملاحظاتهم حول أي فقرة غير واضحة وبذلك تأكدت الباحثة من وضوح الفقرات والتعليمات، وتبين أن الوقت المستغرق للاستجابة على المقياس تراوح بين (10) دقيقة.

٥. تحليل الفقرات:

من الخصائص المهمة التي ينبغي توافرها في المقياس هو التمييز، أي مدى إمكانية قياس الفروق بواسطة فقرات هذا المقياس، وتشير أساليب مدى التمييز استناداً إلى محك داخلي أو محك خارجي ومن أهم أساليب المحك الداخلي أسلوب المجموعتين المتطرفتين وأسلوب معاملات الارتباط (علام، ٢٠١١، ص ٢٧٧).

أولاً: طريقة المجموعتين المتطرفتين: ويتم من خلالها تقسيم البيانات إلى مجموعتين عليا و دنيا وتحليل بياناتهما واستبعاد باقي البيانات في الوسط، وأن النسبة بين الفروق والخطأ المعياري تبلغ أقصاها عندما تتضمن المجموعة العليا والمجموعة الدنيا، وهكذا تم تحليل بيانات استمارة تمثل منها استمارة المجموعة العليا ومثلها للمجموعة الدنيا من مجموع العينة المطبق عليها المقياس والبالغة (٣٠٠) ولاستخراج الفرق بين المجموعتين تم استعمال الاختبار التائي لعينتين مستقلتين، واتضح من خلال الجدول أن جميع الفقرات مميزة ما عدا الفقرة (١٨) فإنها غير مميزة عند مستوى دلالة (٠.٠١) ودرجة حرية (٢٩٩) وكما موضح في جدول (١)

جدول (١)

القوة التمييزية لفقرات مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة باستعمال طريقة المجموعتين المتطرفتين

الفقرة	المجموعة العليا		المجموعة الدنيا		القيمة التائية المحسوبة	النتيجة
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري		
١	4.1852	0.90982	3.4198	1.28320	4.479	دالة
٢	4.0741	1.04616	2.9630	1.62361	5.177	دالة
٣	3.9259	1.29207	2.8519	1.49257	4.897	دالة
٤	4.5802	0.49659	3.5185	1.27584	6.980	دالة
٥	4.2840	0.92513	3.7407	1.47290	2.811	دالة
٦	4.3457	0.85382	3.4444	1.38744	4.979	دالة
٧	4.3580	0.88471	3.4691	1.24586	5.235	دالة
٨	4.4321	0.82064	3.7160	1.40743	3.956	دالة
٩	4.4815	0.93690	3.5679	1.29362	5.148	دالة
١٠	4.1358	1.04586	3.5929	1.26271	2.982	دالة
١١	3.8025	1.25916	3.4074	1.28236	1.978	دالة
١٢	4.0247	0.92162	3.6049	1.16918	2.538	دالة
١٣	4.5432	0.70798	3.1975	1.30786	8.144	دالة
١٤	4.2222	0.90830	3.2346	1.38087	5.378	دالة
١٥	4.0741	1.10428	3.0617	1.43480	5.032	دالة

١٦	4.3333	1.10680	4.6543	1.19541	3.751	دالة
١٧	4.5556	0.68920	3.5802	1.36807	5.73	دالة
١٨	4.1852	1.27584	3.8889	1.22474	1.508	دالة
١٩	4.1111	0.83666	3.5185	1.25610	3.534	دالة

وبهذا اصبح مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة يتكون من (١٨) فقرة

ثانياً: علاقة درجة الفقرة بالمجموع الكلي للمقياس :

لاستخراج درجة ارتباط كل فقرة بالمجموع الكلي، تم استخدام معامل ارتباط بيرسون، وأظهرت النتائج أن جميع الفقرات كانت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠٥) ودرجة حرية (٢٩٩)، علماً أن الفقرات التي سقطت في الاجراء الأول لم تدخل في الاجراء الثاني (١٨) ، كما يوضح الجدول (٢).

جدول (٢)

معاملات ارتباط بيرسون بين درجة الفقرة بالمجموع الكلي لمقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة

معامل الارتباط	تسلسل الفقرة	معامل الارتباط	تسلسل الفقرة	معامل الارتباط	تسلسل الفقرة
0.309	17	0.329	9	0.249	١
0.093	18	0.228	١٠	0.310	٢
0.191	19	0.160	١١	0.319	٣
		0.163	١٢	0.363	٤
		0.480	١٣	0.216	٥
		0.296	١٤	0.252	٦
		0.311	١٥	0.315	٧
		0.243	١٦	0.214	٨

٢٥

من خلال الجدول اعلاه تبين ان جميع الفقرات دالة احصائياً
ثالثاً: علاقة المجال بالمجالات الأخرى (مصفوفة الارتباط) :

باستعمال معامل ارتباط بيرسون لاستخراج معامل الارتباط بين كل مجال والمجال الآخر تبين ان جميع معاملات الارتباط كانت دالة احصائياً عند مستوى دلالة (0.05) والجدول (٣) يوضح ذلك

جدول (٣)
علاقة كل مجال بالمجال الآخر (جودة الحياة المرتبطة بالصحة)

الجودة	المجال الرابع بيئي	المجال الثالث الاجتماعي	المجال الثاني النفسي	المجال الأول الجسمي	مصفوفة الارتباط
0.618	0.105	0.217	0.23	١	المجال الأول الجسمي
0.617	-0.643	0.109	١	0.23	المجال الثاني النفسي
0.551	0.093	١	0.109	0.217	المجال الثالث الاجتماعي
0.410	١	0.093	- 0.043	0.105	المجال الرابع البيئي
١	0.410	0.551	0.617	0.618	

❖ تفسير المصفوفة:

جميع المجالات الأربعة ترتبط ببعضها البعض ارتباطاً موجباً ودالاً إحصائياً عند (٠.٠١)، مما يؤكد أن المقياس يقيس بناءً واحداً (اتساق داخلي)

❖ ثبات المقياس Scale Reliability :

يشير ثبات المقياس بشكل مباشر إلى كمية التباين المتوقع في مجموعة القياسات المتكررة على نفس الفرد (Surrendaik & Hygen, 1999 p 72)، ويُعد المقياس الجيد هو المقياس الذي يعطي نتائج متسقة في كل مرة يتم اعتماده بغض النظر عن الشخص الذي يقوم بالقياس



(Majzoub, 2003 ,p.85). ولتحقيق ذلك استخدمت الباحثة الطرق الآتية لاستخراج ثبات المقياس:

❖ طريقة الاختبار وإعادة الاختبار (Test-Retest Method) :

ويسمى معامل الثبات المستخرج بهذه الطريقة معامل الاستقرار عبر الزمن، ويعتمد على إعادة تطبيق الاختبار على عينة الثبات نفسها بعد مرور فترة زمنية مناسبة، ثم حساب معامل الارتباط بين درجات التطبيق الأول والتطبيق الثاني. ويشير المعامل العالي إلى وجود استقرار في إجابات الأفراد عبر الزمن (Marshall,1972)

وقد قامت الباحثة بتطبيق مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة باستخدام هذه الطريقة على عينة مكونة من (٢٠) موظف تم اختيارهم عشوائياً ، ثم أعادت التطبيق نفسه بعد أسبوعين. وباستعمال معامل ارتباط بيرسون للتعرف على العلاقة بين درجات التطبيق الأول والثاني، تبين أن معامل الثبات بلغ (0.79)، وقد اعتُبرت هذه القيمة مؤشراً على استقرار إجابات الأفراد على المقياس

❖ أسلوب ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha)

يعتمد أسلوب ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) على الارتباط بين أداء الفرد في الفقرات المختلفة للمقياس، ويشير إلى الدرجة التي تشترك فيها جميع فقرات الاختبار في قياس خاصية معينة لدى الفرد (Hygen, 1989 , p . 79). ولغرض استخراج ثبات المقياس بهذه الطريقة، خضعت استمارات عينة التحليل الإحصائي لمعادلة ألفا كرونباخ، حيث بلغ معامل الثبات (0.85) ، وهي قيمة عالية تشير إلى تجانس الاختبار. وجدول (٤) يوضح ذلك.

جدول (٤)

معامل ثبات مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة بطريقة إعادة الاختبار وطريقة ألفا كرونباخ.

ت	الطريقة	معامل الثبات
١	اعادة الاختبار	0.79
٢	الفاكرونباخ	0.85

ثانياً : اضطراب فرط النعاس :

تم تبني مقياس ايبورث للعالم (Murray , w ., John , 1991) والذي يتكون من (٨) فقرات ومصممة حسب معايير (DSM-5-TR) وبالاعتماد علي نموذج قابلية النوم

علما ان بدائل الاستجابة رباعي وهي الاتي (لا اغفو ابداً ، احتمال بسيط للغفو ، احتمال متوسط للغفو ، احتمال كبير للغفو)

❖ **صلاحية الفقرات:** تم عرض الفقرات على خبراء علم النفس لتقييم صلاحيتها وسلامة صياغتها. وفيما يخص تعليمات المقياس: تم التأكيد على اختيار الإجابات بدقة، وعدم ترك فقرة فارغة، والتطبيق لأغراض البحث العلمي فقط. كذلك لجأت الباحثة الى العينة الاستطلاعية وتم تطبيق المقياس على (١٥) موظف للتأكد من وضوح الفقرات والتعليمات، واستغرق وقت الاستجابة بين (١٠) دقيقة.

❖ تحليل الفقرات :

تم تحليل فقرات مقياس اضطراب فرط النعاس باستخدام طريقتين:

أولاً: طريقة المجموعتين المتطرفتين

تم تطبيق نفس الإجراءات المستخدمة مع المقياس السابق، ظهرت من خلال النتائج ان جميع الفقرات دالة احصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠٥) وكما موضح في الجدول رقم (٥).

جدول (٥)

القوة التمييزية لفقرات مقياس اضطراب فرط النعاس باستعمال طريقة المجموعتين المتطرفتين

الفقرة	المجموعة العليا		المجموعة الدنيا		القيمة التائية المحسوبة	النتيجة
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري		
١	2.3827	0.68132	1.7407	0.91894	5.051	دالة
٢	2.6543	0.55137	1.8972	0.83352	7.449	دالة
٣	2.4938	0.63489	1.9506	0.83518	4.660	دالة
٤	2.5556	0.61237	1.7778	0.86603	6.600	دالة
٥	2.6296	0.48591	2.1338	0.68471	5.293	دالة
٦	2.5432	0.54885	2.1235	0.73114	4.132	دالة
٧	2.5556	0.52440	1.9753	0.77420	5.585	دالة
٨	2.5679	0.56873	1.9753	0.74120	5.709	دالة

❖ ثانياً: طريقة علاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس :

طبقت الباحثة نفس الإجراءات المطبقة مع المقياس السابق، فظهرت جميع الفقرات دالة عند مستوى دلالة (٠.٠٠١) ، مع درجات الحرية (٢٩٩) عند اختبارها بمعادلة معاملات الارتباط ، وكما موضح في الجدول رقم (٦).

جدول (٦)

معاملات ارتباط بيرسون بين درجة الفقرة بالمجموع الكلي للمقياس (اضطراب فرط النعاس)

معامل الارتباط	معامل الارتباط	تسلسل الفقرات	تسلسل الفقرات
0.386	0.293	٥	١
0.308	0.453	٦	٢
0.347	0.232	٧	٣
0.326	0.417	٨	٤

❖ صدق المقياس :

تم اعتماد ذات الأساليب المستخدمة في المقياس السابق لاستخراج صدق مقياس اضطراب فرط النعاس ، وكانت النتائج مطابقة للمعايير المقبولة للصدق.

❖ ثبات المقياس :

أولاً: طريقة إعادة الاختبار :

تم حساب ثبات المقياس من خلال تطبيقه مرتين بفواصل زمني قدره أسبوعان على عينة مكونة (٢٠) موظف ، فكانت قيمة الثبات (٠.٧١). اعتُبر معامل الثبات مقبولاً.

ثانياً: طريقة ألفا كرونباخ للانساق الداخلي

استُخدمت هذه الطريقة أيضاً لاستخراج ثبات المقياس على كامل بيانات العينة، فكانت قيمته (٠.٨٩)، وتم تقييمها بمعامل يُظهر أن المقياس ذو ثبات جيد. وقد أوضح ذلك الجدول (٧)

جدول (٧)

معامل ثبات مقياس اضطراب فرط النعاس بطريقة إعادة الاختبار وطريقة ألفا كرونباخ.

ت	الطريقة	معامل الثبات
١	إعادة الاختبار	٠.٧١
٢	الفاكرونباخ	٠.٨٩

الوسائل الإحصائية :

لمعالجة بيانات البحث الحالي اعتمدت الدراسة على الحزمة الإحصائية (SPSS) لتنفيذ مجموعة من الأساليب الإحصائية وذلك على النحو الآتي:

١- الاختبار التائي لعينتين مستقلتين (Independent Samples t-test)
وقد استخدم لاستخراج تمييز الفقرات في المقياسين، من خلال مقارنة متوسطات المجموعتين العليا والدنيا.

٢- معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient)
استخدم لحساب علاقة كل فقرة بالدرجة الكلية للمقياس، بهدف فحص الصدق الداخلي لبندود المقاييس كذلك لاستخراج العلاقة الارتباطية بين المتغيرين .

٣- الاختبار التائي لدلالة معاملات الارتباط
استخدم لفحص الدلالة الإحصائية لمعاملات الارتباط المحسوبة بين الفقرة والمجموعة الكلية.

٤- الاختبار التائي لعينة واحدة (One-Sample t-test)
استخدم لاختبار الفرق بين المتوسط الحسابي للعينة والمتوسط الفرضي للمقياسين .
عرض النتائج وتفسيرها و مناقشتها :

الهدف الأول : قياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى الموظفين .

كان الوسط الحسابي لدرجات عينة من الموظفين حيث بلغ (٦٨.٩٣٠٠) والانحراف المعياري (6.16483)، في حين كان الوسط الفرضي (٥٤). وبعد تطبيق الاختبار التائي لعينة واحدة، تبين أن القيمة التائية المحسوبة بلغت (41.947)، وهي أكبر من القيمة الجدولية (1.96) عند مستوى دلالة (0.05) ، مما يدل على أن نتائج العينة ذات دلالة إحصائية. وتشير هذه النتائج إلى أن عينة الموظفين لديهم جودة الحياة مرتبطة بالصحة . وكما موضح في الجدول (٨)

جدول (٨)

الاختبار التائي لقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة

المتغير	عدد افراد العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	درجة الحرية	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	مستوى الدلالة
جودة الحياة المرتبطة بالصحة	٣٠٠	٦٨.٩٣٠٠	6.16483	٥٤	٢٩٩	41.947	1.96	دالة

يمكن تفسير نتيجة الجدول أعلاه ان عينة البحث لديهم جودة الحياة المرتبطة بالصحة بدرجة عالية وهذا يعني ان الموظفين يتمتعون بصحة نفسية وجسدية ويمكن ان تفسر في ضوء طبيعة الحياة الوظيفية وما تتضمنه من متطلبات ومسؤوليات يومية ، لذا ان الصحة الجسدية والنفسية ترتبط بصورة مباشرة بقدرة الموظف على أداء مهامه الوظيفية والتكيف مع متطلبات العمل والحياة اليومية بشكل خاص . لذا فان جودة الحياة المرتبطة بالصحة ليس خلو الفرد من الامراض النفسية والجسدية وانما تتضمن مستوى أدائه الجسدي والنفسي والاجتماعي ومدى قدرته على القيام بادواره اليومية المختلفة .

الهدف الثاني : تعرف الفروق في جودة الحياة المرتبطة بالصحة وفق متغير

أ. الجنس (ذكور - اناث) :

كان الوسط الحسابي لدرجات العينة والانحراف المعياري والقيمة التائية لها كما يوضح ذلك الجدول رقم (٩)

جدول (٩)

الاختبار التائي لعينتين مستقلتين لقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة

العينة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	مستوى الدلالة
الذكور	١٤٦	٢٧.٠٢٠	٣.٨٥٣	١.٢٦٦	١.٩٦	غير دالة
الاناث	١٥٤	٢٨.٠٧١	٣.٢٦٤			

تشير نتيجة الجدول أعلاه ليس هناك فروق في الجنس لمتغير جودة الحياة المرتبطة بالصحة وهذا يعني ان الجنس ليس له تأثير مباشر في ادراك الموظفين لجودة حياتهم بشكل عام والتي ترتبط بالصحة النفسية والجسدية وبالتالي فان الموظفين لديهم نفس ظروف العمل التي تسبب لهم ضيق او توتر وهذا ينعكس سلباً على حالتهم النفسية والجسدية وحتى الاجتماعية .

أ. العمر (٣٠ - ٤٠) (٤١ - ٥١) :

كان الوسط الحسابي والانحراف المعياري والقيمة التائية المحسوبة كما موضح في الجدول (١٠)

جدول (١٠)

الاختبار التائي لعينتين مستقلتين لقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة

العينة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	مستوى الدلالة

دالة	1.96	2.596	٥.٠٤٧٦٩	٢٤.٣٧١	١٢٧	(٣٠ - (٤٠
			5.57165	٢٩.٥٤٣	١٧٣	(٤١ - (٥١

يمكن تفسير نتيجة الجدول أعلاه ان هناك فروق في الفئة العمرية لصالح الفئة الأكبر هذا يفسر على ان عينة البحث من الموظفين من الفئة العمرية (٤١ - ٥١) هم اكثر وعياً بجودة الحياة المرتبطة بالصحة اكثر ادراكاً لمخاطر الاضطرابات الصحية والنفسية حيث يسعون جاهدين الى اختيار نوعية الحياة بعيد عن الاضطرابات والمشكلات النفسية التي تصاحبهم داخل بيئة العمل يتجنبون كل ما يآذي حياتهم سواء بشكل مباشر ام غير مباشر اكثر من الفئة الأخرى .

الهدف الثالث : قياس اضطراب فرط النعاس لدى الموظفين :

كان الوسط الحسابي لدرجات عينة (١٧.٩٨٣٣) والانحراف المعياري (٢.٠٢٥٦٩)، في حين كان الوسط الفرضي (١٢). وبعد تطبيق الاختبار التائي لعينة واحدة، تبين أن القيمة التائية المحسوبة بلغت (٥١.١٦٠)، وهي أكبر من القيمة الجدولية البالغة (1.96) عند مستوى دلالة (٠.٠٥)، مما يدل على أن نتائج العينة ذات دلالة إحصائية. وتشير هذه النتائج إلى أن عينة الموظفين يعانون من فرط النعاس وكما موضح في الجدول (١١).

جدول (١١)

الاختبار التائي لعينة واحدة لقياس اضطراب فرط النعاس لدى عينة البحث

المتغير	عدد افراد العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	درجة الحرية	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	مستوى الدلالة
اضطراب فرط النعاس	٣٠٠	١٧.٩٨٣٣	٢.٠٢٥٦٩	١٢	٢٩٩	٥١.١٦٠	1.96	دالة

يمكن تفسير نتيجة الجدول أعلاه الى ان عينة البحث لديهم فرط نعاس بدرجة كبير وهذا يعني ان طبيعة العمل ومتطلباته اليومية قد تزيد من الشعور بالنعاس والخمول خلال ساعات النهار ، ولا سيما عندما لا يحصل الموظف على النوم الكافي لياً او النوم المنتظم ، كما ان التزامات

المهنية الروتينية والجلوس لفترات طويلة على مواقع التواصل الاجتماعي قد تؤثر في مستوى اليقظة والنشاط اثناء النهار ، مما ينعكس في صورة ميل متكرر الى النعاس او صعوبة المحافظة على اليقظة خلال أداء المهام الوظيفية .

الهدف الرابع : تعرف الفروق في اضطراب فرط النعاس على وفق

أ . الجنس (ذكر - انثى)

كان الوسط الحسابي لدرجات العينة وبانحرافها المعياري والقيمة الجدولية كما موضح في الجدول ادناه وهي اكبر من القيمة الجدولية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) والتي تبلغ (1.96)، مما يشير إلى أن ليس هناك فروق بين الجنسين في اضطراب فرط النعاس ذات دلالة إحصائية. كما يوضح ذلك الجدول رقم (١٢)

جدول (١٢)

الفرق في اضطراب فرط النعاس وفق متغير الجنس

العينة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	مستوى الدلالة
ذكر	١٤٦	٢٨.٠٢٠	٤.٦٧٦	١.٤٠٩	١.٩٦	دالة
انثى	١٥٤	٣٠.٠٧١	٥.٣٢٤			

يمكن تفسير نتيجة الجدول أعلاه ليس هناك فروق في اضطراب فرط النعاس على وفق الجنس ذكور واناث وهذا يعني ان الموظفين سواء كانوا ذكورا ام اناثا لديهم نفس مستوى من فرط النعاس وهذا ما تتطلبه الحياة الاجتماعية من ضغوط وازمات لذا لم يكن هناك درجة مميزة في معاناتهم من النعاس لذا فان طبيعة العمل قد تكون مقاربة بين الجنسين فضلاً عن تشابه في ظروف العمل وانماط الحياة والالتزامات المهنية التي قد تؤثر في النوم واليقظة خلال النهار .

أ . العمر (٢٠ - ٣٠) (٣١ - ٤١) :

كان الوسط الحسابي لدرجات العينة والانحراف المعياري والقيمة التائية كما موضحة في الجدول (١٢) مما يشير إلى أن الفروق بين المجموعتين العمرية دالة في اضطراب فرط النعاس وتشير النتائج إلى أن هناك الفروق في الفئة العمرية كما يوضح ذلك الجدول رقم (١٣)

جدول (١٣)

الاختبار التائي لعينتين مستقلتين لقياس اضطراب فرط النعاس

جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مضطربي فرط النعاس من موظفي وزارات الدولة العراقية

الفئة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	مستوى الدلالة
(٣٠ - ٤٠)	١٢٧	٢٣.٣٩٨٧	٤.٢٩٨٣٤	٣.٥٩٨	١.٩٦	دالة
(٤١ - ٥١)	١٧٣	٢٢.٤٩٩٨	٥.٨٧٨٩٠			

تشير نتيجة الجدول أعلاه ان هناك فروق في الفئة العمرية لصالح الفئة الاصغر وهذا ان ظروف الحياة التي يعيشها هؤلاء الافراد اكثر ضغط من الفئة الأخرى لذلك هم اكثر عرضاً لاضطراب نمط النوم وعدم انتظام اوقاته نتيجة طبيعة نمط حياتهم وكثرة الالتزامات والأنشطة اليومية إضافة الى استخدام الأجهزة الالكترونية والسهر على برامج التواصل الامر الذي قد يؤدي الى انخفاض كفاية النوم وزيادة النعاس خلال النهار

الهدف الخامس : إيجاد العلاقة الارتباطية بين جودة الحياة المرتبطة لدى مضطربي فرط النعاس

كانت درجة الارتباط بين جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مضطربي فرط النعاس من موظفي وزارات الدولة هي (-٠.٧٥) وهذا يعني ان هناك ارتباط عكسي دال احصائياً بين جودة الحياة المرتبطة بالصحة ومضطربي فرط النعاس كما هو موضح في الجدول رقم (١٤)

جدول (١٤)

معامل ارتباط بيرسون لدرجات جودة الحياة المرتبطة بالصحة واضطراب فرط النعاس

المتغيران	العدد	معامل ارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مضطربي فرط النعاس	٣٠٠	٠.٧٥	دالة

تشير النتيجة ان كلما زادت جودة الحياة المرتبطة بالصحة قل اضطراب فرط النعاس والعكس

التوصيات: توصي الباحثة بما يأتي :

- ١- ضرورة وضع برامج خاص للكشف عن اعراض فرط النعاس لدى الموظفين لما لها من تأثير على الأداء اليومي الوظيفي وجودة الحياة المرتبطة بالصحة



٢. اقامة برامج توعوية ارشادية في المؤسسات الحكومية والأهلية لتعريف الموظفين بضرورة النوم الكافي في الليل وتنظيم مواعيد الاستيقاظ نهائياً
٣. تحسين البيئة العمل وتنظيم ساعات العمل مما يساعد على الحد من التعب والنعاس خلال النهار
٤. تحسين جودة الحياة المرتبطة بالصحة من خلال برامج ارشادية توعوية تتحدث عن الصحة النفسية والجسدية

المقترحات : استكمالاً للبحث الحالي تقترح الباحثة ما يأتي :

- ١- اجراء دراسة مماثلة على عينات اكبر في المجتمع متنوعة بفئات عمرية متعددة من اجل معرفة الى أي فئة من الفئات اكثر فرط نعاس اثناء النهار
- ٢- اجراء دراسة تربط جودة الحياة المرتبطة بالصحة مع متغيرات أخرى مثل المعتقدات الصحية
٣. اجراء دراسة مدى انتشار اضطراب فرط النعاس داخل المجتمع العراقي بشكل عام والبيئة الوظيفية بشكل خاص

قائمة المصادر

- Carpenter, J. S., & Andrykowski, M. A. (1999). Menopausal symptoms in breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 26, 1311-1317.
- Decker, M.; Lin, J.; Tabassum, H. & Reeves, W. (2008). Hypersomnolence and Sleep-related Complaints in Metropolitan, Urban, and Rural Georgia. *American Journal of Epidemiology*. Vol. 169, Iss. 4.
- Dooris M. (1999). *Healthy Cities and Local Agenda 21: The UK Experiences—Challenges for the New Millennium*. Oxford: Oxford University Press.
- Ferrans, C.E. (2005). Definitions and conceptual models of quality of life. In J. Lipscomb, C.C. Gotay, & C. Snyder (Eds.), *Outcomes assessment in cancer* (pp. 14-30). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Ferrell, B. R., Grant, M., Funk, B., Otis-Green, S., & Garcia, N. (1997). Quality of life in breast cancer, part I: Physical and social well-being. *Cancer Nursing*, 20(5), 398–408.
- Hays RD, Reeve BB. Measurement and Modeling of Health-Related Quality of Life. In: Killewo J, Heggenhougen HK, Quah SR, editors. *Epidemiology and Demography in Public Health*. San Diego: Academic Press; 2010. p. 195–205.
- Hill MR, Noonan VK, Sakakibara BM, Miller WC. Quality of life instruments and definitions in individuals with spinal cord injury: A systematic review. *Spinal Cord*. 2010;48:438–50.
- Kanwal F, Gralnek IM, Hays RD, et al. (2005) Impact of chronic viral Hepatitis on health-related quality of life in HIV: Results from a nationally



representative sample. American Journal of Gastroenterology 100: 1984–1994.

- Karimi, M. and Brazier, J. (2016) Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? Pharmacoeconomics, 34 (7). pp. 645-649. ISSN: 1170-7690
- Kazlauskaitė M., Rėklaitienė R. (2005). Vidutinio amžiaus Kauno gyventojų gyvenimo kokybė [Quality of life of Kaunas city habitants]. Medicina, Vol. 41, No. 2, p. 155-161.
- Lamberg, L. (2013). DSM-5 Sleep-Wake Disorders Section Targets Comorbidity. Clinical and Research News; DOI: 10.
- Makai P, Brouwer WBF, Koopmanschap MA, Stolk EA, Nieboer AP. Quality of life instruments for economic evaluations in health and social care for older people: A systematic review. Social Science & Medicine. 2014;102:83–93.
- Merkys, G., Brazienė, R., Kondrotaitė, G. (2008). Subjektyvi gyvenimo kokybė kaip socialinis indikatorius: viešojo sektoriaus kontekstas [Subjective quality of life as a social indicator]. Viešoji politika ir administravimas, Vol. 23, p. 23-38.
- Payne, J. K. (2004). A neuroendocrine-based regulatory fatigue model. Biological Research for Nursing, 6(2), 141–150.
- Ramdurg, S. (2010). Kleine–Levin syndrome: Etiology, diagnosis, and treatment. Annals of Indian Academy of Neurology; 13 (4).
- Reynolds, C.; O'Hara, R. (2013). DSM-5 Sleep-Wake Disorders Classification: Overview for Use in Clinical Practice. The American Journal of Psychiatry, Vol. 170, No. 10.
- Ruževičius, J. (2012). Management de la qualité. Notion globale et recherche en la matière. Vilnius: Maison d'éditions Akademine leidyba. 432 p
- Sprangers, M.A.G., & Schwartz, C.E. (1999). Integrating response shift into health-related quality of life research: A theoretical model. Social Science and Medicine, 48, 1507-1515.
- Susnienė, D., Jurkauskas, A. (2009). The concepts of quality of life and happiness – correlation and differences. Engineering Economics, Vol. 3, p.58-66.
- Veenhoven R. (2000) The Four Qualities of Life: Ordering Concepts and Measures of the Good Life. Journal of Happiness Studies, Vol. 1, p. 1-39.
- Velikova G, Booth L, Smith AB, et al. (2005) Measuring quality of life in routine oncology practice improves communication and patient well-being: A randomized controlled trial. Journal of Clinical Oncology 22: 714–724.

