

الفرع الليلي لدى تلامذة المرحلة الابتدائية وعلاقته ببعض المتغيرات

م. د. زينب علي هادي

كلية التربية الأساسية/ جامعة المستنصرية

Night Terror for Elementary Stage Pupils and Its Relationship With Some Variables.**Dr. Zainab Ali Hadi****Collwge of Basic Education / University of Mustansiriya****Abstract:**

Night Terror is a sleep disorder that can have a negative effect that extends to many aspects of a child's life, accompanied by high excitability and abnormal behaviors that can harm the child and can even extend to the child's surroundings. These effects may occur during a seizure. The aim of this research is to identify the level of Night Terror in the primary school students and to identify the differences of statistical significance in the level of panic according to the sex variables (males, females) and the primary stage. (27) items were answered by the family of the child, and after the extraction of the psychometric characteristics of the scale was applied to (576) students and students were chosen by random class of students in the first four grades in primary school in Baghdad / schools of education Karkh II and Rusafa (288) males and (288) females between the ages of (6-10) years. After the analysis of the results were statistically diagnosed (121) students and students suffering from Night Terror, The results showed that there were statistically significant differences in night panic between males and females and males. There were also significant differences between the study samples according to the school stage. so, the researcher made a number of recommendations and suggestions.

Keywords: night terror, elementary school, sleep disorders, sleep terror.

المخلص

يعد اضطراب الفرع الليلي احد الاضطرابات المصاحبة للنوم التي يمكن ان يكون لها تأثيرا سلبيا يمتد الى جوانب متعددة من حياة الطفل لما يصاحبه من استثارة عالية وسلوكيات غير طبيعية يمكن ان تلحق الضرر بالطفل بل يمكن ان يمتد تأثيرها الى المحيطين بالطفل، هذه التأثيرات قد تحدث اثناء نوبة الفرع او تنتقل لتشمل فعاليات الحياة اليومية للطفل، لذا هدف هذا البحث الى تعرف مستوى الفرع الليلي لدى تلامذة المرحلة الابتدائية والتعرف على الفروق ذات الدلالة الاحصائية في مستوى الفرع وفقا لمتغيري الجنس (ذكور، اناث) والمرحلة الابتدائية، وقد قامت الباحثة ببناء مقياس للفرع الليلي يتألف من (27) فقرة تتم الاجابة عليها من قبل اسرة الطفل، وبعد استخراج الخصائص السيكومترية للمقياس تم تطبيقه على (576) تلميذ وتلميذة تم اختيارهم بالطريقة العشوائية الطبقية من تلامذة الصفوف الاربعة الاولى في المدرسة الابتدائية في بغداد/ مديرتي تربية الكرخ الثانية والرصافة الثالثة بواقع (288) تلميذ و(288) تلميذة تراوحت اعمارهم بين (6-10) سنوات، وبعد تحليل النتائج احصائيا تم تشخيص (121) تلميذ وتلميذة يعانون من الفرع الليلي. كما اظهرت النتائج وجود فروق دالة احصائيا في الفرع الليلي بين الذكور والإناث ولصالح الذكور كما وجدت فروق دالة بين عينة البحث وفقا للمرحلة الدراسية. وعلى ضوء النتائج وضعت الباحثة عددا من التوصيات والمقترحات.

الكلمات المفتاحية: الفرع الليلي، تلامذة، المرحلة الابتدائية، اضطرابات النوم، فرغ النوم.

مشكلة البحث:

النوم ظاهرة قديمة الاصل في حياة الكائنات الحية، ويرى بعض الباحثين ان استمرار هذه الظاهرة يبرهن على الحاجة الكبيرة للنوم لدى الكائنات الحية ويدللون على هذه الحاجة من خلال الآثار السلبية الناجمة عن الحرمان المستمر من النوم، هذه الآثار لا تقتصر على الناحية الجسدية لدى الفرد بل تتعدى ذلك لتشمل كل نواحي شخصيته (الجبروري 2011، ص277).

لان النوم ينظم بواسطة دينامية داخلية قوية وعدم الحصول على ما يكفي منه يمكن ان يؤدي الى عواقب صحية وسلوكية خطيرة (Winkler 2015,p1) .

فتشوش او نقص النوم يؤثر على كل جوانب اداء الفرد (Beebe 2011,p65) (Javahen et al 2011,p23) وهناك عدد من الاسباب المحتملة لقلّة النوم لدى الافراد منها اضطرابات النوم (Meltzer et al 2014,p422) خطورة هذه الاضطرابات تزداد وفقا لاتساع مدى تأثيرها على قدرات الفرد واساليبه في التكيف مع متغيرات بيئته وكذلك على المرحلة العمرية التي تحدث فيها (Rajndran & Mitchell 2007,p245).

فالمراحل العمرية المبكرة يفترض ان ترتبط بساعات نوم كثيرة ونوعية نوم جيدة (Bharti et al 2006,p37). لذا فان أي اضطراب في ساعات النوم كما ونوعا يمكن ان يؤدي الى حدوث مشكلات تؤثر على نمو الطفل بشكل عام (الخفش 2013،ص 928).

هذه المشكلات تظهر على شكل تغيرات في المزاج والسلوك والذاكرة والانتباه ويمكن للأطفال الاصغر سنا ان تتطور لديهم اعراض فرط النشاط او ضعف السيطرة على الانفعالات واختلال وظيفي في الجوانب العصبية - المعرفية، فأثار اضطراب النوم تؤثر عموما على وظائف ونشاطات النهار لدى الاطفال (Bhargave 2011,p1) واضطرابات النوم في مرحلة الطفولة كثيرة ومتنوعة ومن بينها الفزع الليلي (Night terror) او ما يدعى فزع النوم (Sleep terror)، (Moturi & Avis 2010، p 25).

الذي هو عبارة عن احداث مثيرة تحدث خلال الساعات الاولى من النوم، هذا الفزع يمكن ان يكون مؤثر ومخيف بالنسبة للأبوين فالطفل يكون عادة مستغرق في نومه وفجأة يجلس في سريره مع صرخة دعر شديد وتكون عيونه مفتوحة ووجهه محمر ويتعرق بغزارة كما تتسارع نبضات قلبه مما يعكس النشاط الكبير للجهاز العصبي اللاإرادي (Autonomic nervous system) وربما يقفز خارج السرير وكأنه يفر من خطر غير مرئي بالإضافة الى حالة من الذهول وتشوش الادراك خلال نوبة الفزع، وقد يتقوه بكلام غير واضح ويتصرف بشكل اخرق وقد يدفع المحيطين به بعيدا عنه او يتصرف بطريقة غريبة فهو يكون غير واعى لما يقوم به واي محاولة لتهدئته قد تزيد الامر سوءا (Jones 2014,p1)، (Mindell & Owens 2003,p1).

نوبات الفزع الليلي تتدرج في شدتها من البسيطة (غير الخطرة) الى النوبات الشديدة، النوبات البسيطة وان كانت غير خطيرة الا انها تكون مجهدة بالنسبة للأبوين الذين يقفون عاجزين عن تهدئة طفلهم (DSM-5, P400).

اما النوبات الاكثر شدة فترتبط بالمخاطر وقد سجلت حوادث عن اشخاص سقطوا من السلاسل او من النوافذ اثناء نوبات فزع النوم (Tish 2005,p1). المرتبطة بنوبات الفزع عندما تصبح متكررة جدا او شديدة فانها تعكر صفو حياة الطفل واسرته (Sadeh 2005,p618) .

كما ان الحرج الاجتماعي فيما يتعلق بالنوبات يمكن ان يضعف العلاقات الاجتماعية لدى كلا من الاطفال والبالغين فضلا عن محاولات الهرب او العنف اثناء النوبة يمكن ان تسبب اضرار للفرد وللآخرين من حوله (American academy of sleep 2001,p149).

ويمكن ان ترتبط نوبات الفزع مع مشكلات نفسية مثل القلق والاكتئاب، مما يؤدي الى ضعف اداء الطفل وقلّة قدرته على التركيز (الخفش 2013،ص 930)

والعجز عن اداء ادواره الاجتماعية او وظائفه الدراسية، لذا وفي ضوء ما تقدم فان مشكلة البحث الحالي تتحدد بالإجابة عن التساؤلات الاتية: ما مستوى فزع النوم لدى تلامذة المرحلة الابتدائية؟، وهل هنالك فروق بين الذكور والاناث وفروق بين تلامذة الصفوف الاربعة الاولى في المرحلة الابتدائية في مستوى الفزع الليلي؟

اهمية البحث والحاجة اليه:

النوم جانب حيوي من حياة الانسان كما انه يحقق اهداف فلسفيه ونفسية وتعتمد الادلة في ذلك على مراقبة ما يحدث لأجسامنا عندما لا نحصل على قدر كافي من النوم، والنوم امر مهم للغاية في تحقيق النمو الامثل في مرحلة الطفولة (Jones 2014,p2). فقد اكدت الابحاث الطبية الحديثة ان خلايا الجسم تتجدد اثناء النوم اذ أتضح ان هنالك زيادة في معدل هرمون النمو الذي يساعد على تكوين البروتين الخاص ببناء الانسجة اثناء النوم كما ان هنالك انخفاض في معدل الهرمون الذي يسبب هدم الخلايا وتحللها (الشرييني 2000،ص4).

لذا نجد ان النوم من اكثر الموضوعات التي تمت دراستها في مرحلة الطفولة (Olson et al 2004,p1907). فمن المهم للوالدين والاطباء ان يكونوا على معرفة بأنماط النوم الطبيعية وكذلك اضطرابات النوم التي قد يعاني منها الطفل (Carter et al 2014,p78). لما لهذه الاضطرابات من تأثير سلبي واضح على نمط حياة الطفل واسرته (Jones 2014,p3). الاثار السلبية لاضطرابات النوم لا تقتصر على وقت حدوث هذه الاضطرابات بل يمتد لتشمل جوانب مختلفة من الحياة اليومية (Stores 1999,p19).

ونظرا لان تأثير الاضطرابات يتفاوت تبعا للعديد من العوامل من ابرزها عمر الفرد ومدى حاجته الى النوم (الجبوري 2011، ص 277).

لذا فمن الاكثر احتمالا ان يكون الاطفال والمراهقين اكثر الفئات العمرية تأثرا بهذه الاثار السلبية للدور الذي تحدثه في جوانب مختلفة من نموهم (Stores 1999,p19)

وقد اشارت الدراسات الى ان حوالي (50%) من الاطفال يعانون من مشاكل واضطرابات في نومهم (Liu et al 2005,p242)، (Owens et al 2000, p28).

وعلى الرغم من هذه النسبة الكبيرة الا انه حوالي (4%) فقط منهم يحصلون على تشخيص دقيق لاضطرابات النوم لديهم (Meltzer et al 2010,p1411).

دقة التشخيص ترتبط بالمعرفة العميقة بأنماط اضطرابات النوم والقدرة على التمييز بين بعض الانماط التي تشترك في بعض الاعراض والخصائص، فهناك العديد من الناس لا يميزون بين فزع النوم والكوابيس لاشترار هذين النمطين في بعض الاعراض، وفي بعض الاحيان يتم الخلط بين الفزع الليلي والنوبات التشنجية التي تحدث اثناء النوم والتي تسبب ايضا حدوث سلوكيات غريبة ومشابهة لما يحدث في نوبات الفزع الليلي مثل التشوش والارباك اثناء النوم (Mow zoon & Fleming 2007,p738)

او نجد ان بعض الاضطرابات قد تظهر احيانا بصورة مستقلة واحيانا تكون متضمنة في اضطرابات اخرى مثل المشي اثناء النوم (النومشة) الذي يكون في بعض الاحيان جزءا من الحالات الشديدة للفزع الليلي، وفي الاحيان يتم الخلط بين الفزع الليلي وبين النوبات التشنجية التي تحدث ايضا اثناء النوم وتسبب حدوث سلوكيات مثل التشوش في الادراك والارباك (Mowzoon & Fleming 2007,p 738).

لذا نجد ان الفزع الليلي يكون غالبا غامض وغير مفهوم ويتداخل مع اضطرابات نوم اخرى وبالنتيجة يكون مقلق للآباء مما توجب توضيح الاختلافات الاساسية بين هذه الاضطرابات من اجل تقديم النصائح للآباء فيما يتعلق بالتعامل الصحيح مع نوبات فزع النوم لتخفيف حدة القلق لديهم، هذه النصائح تكون ضرورية ليعرف الآباء انهم لا يستطيعون فعل شيء لمنع هذه النوبات وايقافها متى بدأت لكنهم يستطيعون التخفيف من اثارها الضارة على الطفل (Feferman 1988,p2685). وهذا لن يتم الا مع وجود تشخيص علمي دقيق، فمن المعروف ان عملية التشخيص تعد حجر الزاوية في الميادين التربوية والنفسية، فالتشخيص يعد الحلقة الاولى والرئيسية لسلسلة من الاجراءات تكون نهايتها مساعدة هؤلاء الاطفال (هادي 2011، ص4). وذوهم لتمكينهم من السيطرة على نوبات الفزع والاثار السلبية التي تنتجها (Chokroverty 2010,p138).

وهذا يأتي من خلال برامج التدخل المبكر الذي يعقب عملية التشخيص فقد اثبتت الابحاث ان التدخلات السلوكية لاضطرابات النوم في مرحلة الطفولة (بشكل عام) تؤدي الى نتائج ايجابية للغاية (Sadeh 2005,p613).

واضطراب الفزع الليلي يكون اكثر شيوع في اطفال الروضة والمدارس الابتدائية (Melbourn children's sleep center) (20,p1).

وهما مرحلتين من المراحل الحياتية والدراسية المهمة التي يتزود الطفل فيهما بالكثير من المعلومات والمعارف الاساسية كما يتم تدريبه على المهارات التي تتسجم مع سنه ونموه وبالتالي تشكل اساسا تبنى عليه خبرات الطفل اللاحقة وتساعده على التوافق مع مواقف الحياة اليومية (هادي 2011،ص7).

لذا فان أي اضطراب او خبرة سلبية يمر بها الطفل اثناء هاتين المرحلتين دونما تشخيص او تدخل مبكر سوف يؤثر بشكل قاطع على جوانب ادائه المدرسي الذي يكون اكثر اهمية لنجاحه المستقبلي من ادائه المدرسي في أي مرحلة اخرى (ولفولك 2010،ص202) من خلال ما سبق فان البحث الحالي يكتسب اهمية مما يأتي:

1. ان هذا البحث محاولة علمية تتوخى الدقة في تشخيص الاطفال الذين يعانون من الفزع الليلي اذ ان التشخيص المبكر وما يتبعه من تدخل مناسب يحول دون تطور المشاكل التعليمية والسلوكية والاجتماعية المواقبة والتي تنتج غالبا من اهمال هؤلاء الاطفال، هذه المشكلات اذا لم تحدد وتعالج بدقة يكون من المحتمل ان تستمر خلال مرحلتي المراهقة والرشد.

2. توضيح ابعاد الفزع الليلي يمكن ان يزيد وعي الاباء بآثاره السلبية المحتملة على جوانب حياة الطفل، فعدم الابلاغ عن مشاكل واضطرابات النوم لا يمكن استبعاده في السيناريو الثقافي- الاجتماعي في مجتمعنا، فالكثير من الاباء والامهات لديهم جهل بعواقب هذا الاضطراب على الطفل او انهم يكونون متسامحين للغاية تجاه مثل هكذا اضطرابات فهم لا يسعون الى طلب المشورة تجاه هذه الحالات بسبب الظروف الصعبة وانتشار الامراض الاكثر خطورة مما يعد الذهاب الى المختص للتشاور في هذه المسألة يعد ترفا (Bharti et al 2006,p37).

3. التشخيص المبكر وما يتبعه من تدخل يحمي الطفل من الآثار المستقبلية اذ ان ظهور الفزع الليلي او بعضا من انماط اضطرابات النوم يعد من المؤشرات المبكرة على امكانية الإصابة ببعض الاضطرابات الذهانية مستقبلا (Dimario & Emery 1987، p11)، (Yang et al 1987، p72).

4. توضيح اعراض هذا الاضطراب يمكن ان يعطي للبيت والمدرسة معلومات واضحة ودقيقة، فبعض عوائل الاطفال ذوي الفزع الليلي يكونون مهتمين وقلقين حول ما يتعرض له طفلهم لذا فان أي تأخير او التباس في التشخيص وما يتبعه من علاج سوف يكون مخيب لآمال الاهل ويؤدي الى زيادة التوتر لدى الطفل واسرته مما يزيد من الضغوط النفسية للوالدين (Stores 1999,p22).

5. تشخيص الفزع الليلي وتوضيح اعراضه وطرق التعامل معه لأسر الاطفال سوف يوفر للطفل طرق امانة للعلاج ويحميه من الاساليب غير العلمية (مثل اللجوء الى الدجالين والمشعوذين) لعلاج حالة الفزع لدى الطفل.

6. توضيح النتائج والآثار المحتملة لنوبات الفزع الليلي على سلوك الطفل يجعل معلم الصف اكثر تفهما واحتمالا لحالة الطفل واداءه في الصف.

اهداف البحث: يهدف البحث الحالي الى:

1. بناء اداة لقياس الفزع الليلي.

2. تعرف:

أ. مستوى الفزع الليلي لدى تلامذة المرحلة الابتدائية.

ب. الفروق ذات الدلالة الاحصائية في مستوى الفزع الليلي لدى عينة البحث على وفق الجنس والصف الدراسي.

3. تطور اضطراب الفزع الليلي لدى عينة البحث على وفق الصف الدراسي.
حدود البحث: يتحدد البحث الحالي بتلامذة المرحلة الابتدائية (من الصف الاول الى الصف الرابع الابتدائي) من الذكور والاناث والمنتظمين في المدارس الحكومية في مدينة بغداد/ مديرتي تربية الكرخ الثانية والرصافة الثالثة للعام الدراسي 2016-2017.
تحديد المصطلحات: الفزع الليلي عرفه كل من:

1. الدليل الاحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية (2013-DSM5): نوبات متكررة من الاستيقاظ المفاجئ من النوم مصحوب بالرهبة وتبدا النوبة عادة بصرخة ذعر وخوف شديد وعلامات الاستثارة اللاإرادية مثل توسع حدقة العين وعدم انتظام دقات القلب وسرعة التنفس والتعرق اثناء النوبة (DSM52013; 399)
2. التصنيف الدولي لاضطرابات النوم (2001-ICSD2): اضطراب يتميز بالاستيقاظ المفاجئ من النوم في مرحلة الموجات البطيئة مع صرخة ذعر او بكاء وبترافق مع سلوكيات لاإرادية تظهر على شكل خوف شديد ويرافق الفزع نشاط لاارادي مثل عدم انتظام دقات القلب وتوسع حدقة العين وانخفاض في مقاومة الجلد وزيادة توتر العضلات (ICSD2-2001 :.p148)
3. (Cortese et all 2014): نوبات من الخوف الشديد تبدا بالبكاء المفاجئ او الصراخ العالي يرافقه زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاارادي ويكون اكثر شيوعا لدى الاطفال الصغار. Cortese et all 2014. (p17)
4. تعريف الباحثة: نمط من انماط الاضطرابات المصاحبة للنوم (Parasomnia) يظهر بشكل نوبات ذعر شديد تتميز بحدوث سلوكيات معقدة واستثارة حركية واختلال في الادراك ويحدث خلال مرحلة النوم العميق اثناء مرحلة نوم حركة العين غير السريعة (NREM)

- التعريف الاجرائي: ارتفاع درجة المفحوص على مقياس الفزع الليلي الذي اعدته الباحثة.

الفصل الثاني/ اطار نظري ودراسات سابقة

اولا: النوم: حالة طبيعية من الاستراحة لدى معظم الكائنات الحية نقل اثناء الحركات الارادية والشعور بالمثيرات في محيط الكائن الحي، كما انه تغير في حالة الوعي (الجبوري 2011،ص252).
والنوم من الوظائف الاساسية التي تتعلق بالحالة الصحية للإنسان كما يعد وسيلة للراحة وتجديد طاقة الفرد ونشاطه كما انه وسيلة للتكيف مع الظروف الداخلية والخارجية ووقاية من الاجهاد من خلال الحد من استهلاك الطاقة وذلك عن طريق التوقف عن الانشطة البدنية لفترة معينة وبصورة منتظمة (الشريبي 2000،ص8).
وهناك عدد من الفرضيات التي وضعت لتفسير وظائف النوم منها:

1. مخلفات التطور: اتفق العلماء ان النوم الية نافعة في جميع مراحل تطور الافراد.
2. التآزر الاجتماعي: النوم يقوي الروابط الاجتماعية نظرا لتجمع الافراد في مكان واحد وبقائهم معا كمجموعة.
3. الاحلام: عن طريق النوم تتكون الاحلام والأحلام تؤدي وظيفة مهمة للفرد (هادي 2001،ص20)
4. الحفاظ على الطاقة: فالوظيفة الاساسية للنوم وفقا لهذه الفرضية هي الحد من استهلاك طاقة الكائن الحي ليلا او نهارا.
5. لدونة الدماغ: تشير هذه الفرضية الى ان النوم يرتبط مع التغيرات في بنية وتنظيم الدماغ.
6. تكامل المعلومات: تستند هذه الفرضية على الابحاث في الجانب المعرفي وتؤكد الى ان النوم يسهم في معالجة المعلومات التي تم الحصول عليها اثناء اليقظة بالإضافة الى معالجة المعلومات في اليوم نفسه فان النوم يسمح للدماغ بالتحضير لليوم القادم، نتائج معظم البحوث اشارت الى ان النوم يساعد في ترسيخ المعلومات التي تعلمناها وخرزنها في الذاكرة طويلة المدى كما ان الحرمان من النوم له تأثير سلبي على استدعاء المعلومات وتذكرها (Cherry 2016,p2).

ثانيا: نظريات النوم: كان النوم موضوعا لتكهنات المفكرين والفلاسفة منذ زمن الحضارة اليونانية وقد امكن تطور طرق ووسائل القياس في العصور الحديثة من البحث في النوم والظواهر المرتبطة به بصورة موضوعية، وقد اتفق الباحثون على اهمية النوم الا انه لا يوجد

لحد الان اتفاق تام بين الباحثين على اجابة التساؤلين الآتيين: لماذا ننام ؟ وما هو الدور الذي يلعبه النوم في الصحة النفسية والجسمية للفرد، لذا ظهرت نظريات مختلفة تحاول شرح وتفسير الية النوم ووظائفه واغراضه، وفيما يلي عرض لخمسة من النظريات الرئيسية في هذا المجال (Cherry 2016,p1)

1. نظرية التجديد او الترميم (Repair or Restoration Theory)

وفقا لهذه النظرية فان النوم اساسي لتنشيط وتجديد العمليات الفسيولوجية التي تحافظ على الصحة العقلية والجسدية وسلامة وظائفهما، وقد اقترح اوسولد (Oswald1970-1979) كلا من مرحلتي النوم اثناء حركة العين السريعة (REM Rapid Eye movement) والنوم اثناء حركة العين غير السريعة (Non Rapid Eye movement NREM) من اجل استعادة وتجديد النشاط الجسمي والعقلي، فقد اشار اوسولد (Oswald1970) الى ان مرحلة النوم اثناء حركة العين السريعة (REM) يتم فيها تجديد العمليات الذهنية والتغذية العصبية - الكيماوية المستهلكة خلال اليوم والتي تتشكل من جديد بواسطة مركبات البروتين، اما النوم اثناء حركة العين غير السريعة (NREM) فهي ضرورية لتجديد الوظائف الجسدية الفسيولوجية التي ربما تكون ارهقت اثناء النهار (Winkler2015,p1)؛(Virk2010,p17).

تم توفير الدعم لهذه النظرية من خلال البحوث التي اشارت الى ازدياد فترات النوم اثناء مرحلة العين السريعة (REM) بعد الحرمان من النوم او النشاط العقلي المرهق فخلال النوم يزداد معدل انقسام الخلايا وصنع البروتين مما يدل على الاصلاح والترميم الذي يحدث، كما كشف الباحثون عن ان النوم يسمح للدماغ باداء وظائفه المتمثلة في ادارة نشاطات الجسم على اكمل وجه مما يقدم دعما لهذه النظرية (Cherry 2016,p1). الادلة الامبيريقية التي تدعم نظرية اوسولد جاءت من خلال متابعة حالة الاجنة والاطفال الصغار الذي كانت معدلات نومهم في اثناء مرحلتي (REM) و (NREM) كبيرة مقارنة بالأطفال الاكبر سنا او البالغين ففي هذه المرحلة من النمو فان جسم الجنين او الطفل الصغير ينمو اسرع كما تتشكل الترابطات العصبية، مدة نوم هؤلاء الاطفال لا تقل عن (20) ساعة بينما لاينام البالغين سوى اقل من (8) ساعات، نصف مدة نوم الاطفال الصغار تقضى في مرحلة (REM) وهذا يتوافق مع الكمية الكبيرة من النشاط الذي يحدث في الدماغ النامي حيث تكون مركبات البروتين مطلوبة لنمو الخلايا والمشتبكات العصبية، بينما نجد ان البالغين يقضون ربع مدة نومهم في مرحلة (REM)، ادلة اخرى جاءت من دراسة المرضى ضرر الدماغ الناتج عن الجرعات الزائدة من المخدرات او العلاج (ECT) الذين اظهروا انهم يقضون وقت كبير في مرحلة نوم (REM) وفي هذه الحالة سيكون هناك مدة كافية لتكوين البروتين المطلوب، كما ان تدفق الدم الى الدماغ اظهر زيادة في مرحلة نوم (REM) وذلك لتزويد الدماغ بكمية اكبر من الاوكسجين والكلوكوز والمواد المغذية لمركبات البروتين (Virk 2010,p17-18).

2. النظرية العصبية الكيماوية The neuro-chemical Theory

بحسب هذه النظرية فالنوم لاينظر اليه على انه ظاهرة واحدة بل عدد من الظواهر، كما انه عامل مساعد على اعادة نشاط ووظائف الدماغ، ووفقا لهذه النظرية فان النوم في مرحلة حركة العين السريعة (REM) يرتبط مع مسارات النورادرنايين (Noradrenaline) فهو يغذي مستويات النورادرنايين في الدماغ كما ان النوم في هذه المرحلة يتضمن الاحلام ربما تحت حث موجات (PGO) كما ان النوم في مرحلة حركة العين غير السريعة (NREM) يرتبط مع مستوى السيروتونين (Serotonin) وربما تحتاج هذه المرحلة الى مستوى معين من السيروتونين لكي تبدأ، والاحلام نادرا ما تحدث في هذه المرحلة التي تقسم بدورها الى اربعة مراحل كل مرحلة تتميز بنمط معين من الموجات الكهربائية (Virk2010,p34-35).

3. النظرية السمية الكيماوية The Toxic-Chemical Theory

سادت هذه النظرية في بداية القرن العشرين، ووفقا لهذه النظرية فان النوم يحدث بسبب وجود استقلاب للمواد الكيماوية التي تتكون اثناء فترة اليقظة والتي تتجمع تدريجيا الى ان تصل الى حد يخدر الدماغ، لذا فان النوم يستمر الى الحد الذي يسمح بتخلص

الدماغ من هذه المواد الكيميائية المتجمعة، تتكون هذه المواد من عدد من النواتج الايضية التي تطرح في الجسم (Xie et al 2013,p8).

ومن هذه المواد حامض اللبنيك (Lactic Acid) والمستوى العاليي للاستيل كولين في الدم، وقد وجد العالم بيرون (Pieron 1913) ان هنالك مواد سامة تدعى هابيتوكسين (Hypotoxigen) تتزامن مع الدخول في حالة النوم عن طريق حقن سائل نخاعي لقطط اقيت في حالة يقظة لفترة طويلة في سحايا حيوانات يقظة بصورة اعتيادية فلاحظ ان هذه الحيوانات بدأت بالنعاس، اكد هذه النتائج العالم بابنهايمر (John pappenheimer) من جامعة هارفارد من خلال تجاربه التي اجراها وذلك بمنع ماعز من النوم (3) أيام واخذ كمية من سائلها النخاعي وحقنه في فئران يقظة بصورة طبيعية فلاحظ عليها الشعور بالنعاس ومن ثم النوم (كاظم 2014،ص 278).

وفي عام (2013) نشرت مجلة العلوم (Journal of Science) دراسة تشير الى ان احد الاسباب الرئيسية للنوم هو التخلص من السموم والفضلات العصبية التي تتراكم نتيجة لنشاط الجهاز العصبي المركزي اثناء اليقظة (Gallagher 2013,p1). وقد اشارت نتائج العديد من الابحاث الى ان حدوث مشاكل في التخلص من الفضلات قد يلعب دورا في عدد من اضطرابات الدماغ ومنها الزهايمر (Alzheimer). (Hamilton2013,p1)؛ (National Institutes of Health 2013,p1).

4. النظرية التطورية او البيئية Evolutionary or Ecological Theory

وضع ماديس (Meddis 1979) تفسيرات متقدمة للنوم باستعمال المنظور التطوري، هذه النظرية افترضت يمكن ان يكون زيادة في الامان والبقاء على قيد الحياة، تستند هذه النظرية في الاساس على مفهوم ان البشر كانوا يعيشون الحياة البرية، هؤلاء الناس كانوا ينامون ليلا كي ينجوا ويكون من الاقل احتمالا ان يكونوا ضحية للحيوانات المفترسة فهم ينجحون تماما في الاختباء من هذه الحيوانات، هذه المجموعة من الناس كانوا قادرين على نقل خصائص النوم ليلا (والذي يزيد من احتمالية النجاة) الى احفادهم، بمعنى ان النظرية تقترح بان نوم الانسان جعله قادرا على الحفاظ على وجوده (Virk 2010,p31-32).

فالخمول والنوم ليلا هو نمط من انماط التكيف الذي يساعد على البقاء من خلال ابقاء الناس بمأمن عندما يكونون عرضة للخطر (Winkler 2015,p1).

اي ان كل الانواع تكيفت للنوم خلال فترة من الزمن عندما تصبح اليقظة خطرة وتؤدي الى ضرر كبير، الدعم لهذه النظرية جاء من البحوث التي قارنت بين انواع مختلفة من الحيوانات التي تعيش في بيئتها الطبيعية والتي لاتعيش في بيئتها الطبيعية فالحيوانات المفترسة مثل الاسود تنام غالب بين (12-15) ساعة عندما لا تكون في بيئتها الطبيعية وتنام (4-5) ساعات يوميا عندما تعيش في بيئتها الطبيعية وتبحث بنفسها عن طعامها من خلال افتراس الحيوانات الاخرى التي تضطر الى الاختباء والاختفاء عن طريق النوم وغيره (Cherry 2010,p1).

5. نظرية بافلوف Pavlov's Theory

اعترض بافلوف على الآراء القائلة بوجود مراكز للنوم في الدماغ، اعترضه هذا جاء نتيجة لأبحاثه في مجال ردود الافعال الشرطية فالكلاب تصل الى حالة تدعى التثبيط الداخلي نتيجة لعدم التمييز بين ردود الفعل المفيدة وغير المفيدة وفي هذه الحالة فان الكلاب تلجا الى احتمال من اثنين اما الدخول في النوم العميق او الدخول في حالة تشبه الاضطراب العصبي الحاد، لذا خرج بافلوف بنتيجة مفادها ان النوم يحدث عندما تدخل قشرة الدماغ الى ما يشبه التثبيط الداخلي بعد تعرضها الى تأثير مستمر من قبل العديد من الاشارات الحسية غير المنظمة بشكل انتحابي، كما اشار بافلوف الى ان نوبات النوم المرضي طويل الأمد للمرضى ذوي التهاب الدماغ يعود الى الاضرار التي تصيب الدماغ، فانقطاع تنبيه قشرة الدماغ من خلال الرسائل العصبية الاتية من جميع انحاء الجسم (والتي تلعب دورا كبير في استمرار حالة اليقظة) يؤدي الى حدوث النوم، الدعم التجريبي جاء من خلال تجارب بافلوف وطلابه الذين

قاموا بقطع الاعصاب المرتبطة بحاستي السمع والبصر كي يمنعوا الرسائل الواردة من هاتين الحاستين الى القشرة الدماغية للكلاب فكانت النتيجة ان الكلاب استغرقت في النوم لانعدام التنبيه الكافي (كاظم 2014, ص 279-280).

وعلى الرغم من وجود ادلة تدعم كل هذه النظريات الا انه لا يوجد اتفاق تام على نظرية واحدة فقط لذا من الممكن ان النوم لا يحدث لسبب واحد فقط وانما للعديد من الاسباب الفسلجية والعصبية والنفسية (Cherry 2016, p2)

ثالثاً: انماط النوم: Sleep Types

حتى عام (1950) العديد من الناس كانوا يعتقدون ان النوم جزء ساكن من حياتنا لكن مع تطور وسائل التكنولوجيا تم اكتشاف ان الدماغ يكون نشط جدا اثناء النوم، علاوة على ذلك فان النوم يؤثر على الاداء اليومي للفرد وصحته العقلية والجسدية بطرق متعددة، ان المواد الكيميائية التي تدعى (النواقل العصبية) تتحكم في حالتنا النوم واليقظة من خلال العمل على مجموعات مختلفة من الخلايا العصبية في الدماغ التي تربط الدماغ مع الحبل الشوكي، هذه الخلايا تنتج النواقل العصبية مثل السيروتونين (Serotonin) والنورادرالين (Noradrenaline) التي تبقى اجزاء الدماغ نشطة في حالة اليقظة، بينما الخلايا العصبية الموجودة في قاعدة الدماغ تبدأ في العمل في حالة النوم وذلك بايقاف الاشارات العصبية التي تساعد على البقاء في حالة اليقظة، وتشير البحوث الى ان هنالك مادة تدعى الادينوسين (Adenosine) تتراكم في الدم في حالة اليقظة وتسبب النعاس ومن ثم تتناثر تدريجيا في حالة النوم. (American Sleep Association 2016,p1)

ومن وجهة نظر علمية يمكن تقسيم النوم على اساس سلوك الشخص اثناء لنوم والتغيرات الفسلجية التي تحدث نتيجة لإيقاعات كهربائية الدماغ اثناء النوم (Chokroverty 2009,p127) لذا يمكن تقسيم النوم الى مرحلتين رئيسيتين:

1. النوم في مرحلة حركة العين السريعة (Rapid Eye Movement Sleep REM)

تقع الركائز التشريحية العصبية لهذه المرحلة في الجسر (Pons) او في ساق الدماغ وتسمى مرحلة النوم العميق او النوم الحالم وتظهر في وقت مبكر مقارنة بالنوم في مرحلة حركة العين غير السريعة خلال المسيرة النماية للإنسان ويكون ايقاع انتظام النوم فيها شبه ثابت ويصعب ايقاظ النائم خلال هذه المرحلة وعندما يتم ايقاظه فانه غالبا ما يذكر بانه كان يحلم (هادي 2001,ص24). وتتميز هذه المرحلة بنشاط للمخ مشابه لحالة اليقظة وتشكل نسبة (20-25%) من المدة الكلية لنوم البالغين كما تشكل (50%) تقريبا من نوم الاطفال (الشرييني 2000, ص 14).

ومن خصائص هذه المرحلة ان اتجاه حركة عين الشخص النائم يكون عموديا الى الاعلى لدى الاطفال ويكون مائلا لدى الكبار ويكون اسرع او ابطء من المعدل الطبيعي ويرتبط بوضوح الحلم وغزارة محتواه، ومن خصائصها ايضا ان حرمان الشخص من النوم في هذه الفترة يعوض عنه بزيادة فترات ظهور هذه المرحلة في دورات النوم اللاحقة (الجبوري 2011, ص 271). وهنالك تماثل بين حركة عين النائم اثناء هذه المرحلة وبين حركات العين الهادفة للفرد في حالة اليقظة مما يشير الى ان النائم ربما كان يتابع مشاهد بصرية كما ان النوم اثناء هذه المرحلة ربما يرافقه حركات عضلية في عضلات الاذن الوسطى والتي تشير الى وجود تجارب سمعية اثناء الاحلام، الحرمان من النوم في هذه الفترة قد يؤدي الى تغيرات سلوكية سلبية كما انه يزيد من شدة نوبات (REM) مما يجعل الاحلام تظهر بشكل كوابيس (هادي 2001, ص 24).

2. النوم في مرحلة حركة العين غير السريعة (Non- Rapid Eye Movement Sleep NREM)

في هذه الفترة يتغير نشاط المخ الى حالة من البطء وكذلك وظائف الجسم الحيوية ويمثل حوالي (75-80%) من مدة نوم البالغين و(50%) من نوم الاطفال (الشرييني 2000,ص14).

الذي يميز هذه الفترة من النوم ان جميع الانشطة التي تحدث اثناء مرحلة النوم حركة العين السريعة (REM) مثل (الاحلام والحركات العضلية) لا تظهر او انها تتم بدرجة ضعيفة جدا (الجبوري 2011,ص 275) كما تتخفف تدريجيا القدرة على الاستجابة للمنبهات الخارجية بالإضافة الى ضعف قدرة العضلات (Chokroverty) (2010,p127).

وتقسم هذه المرحلة الى اربعة مراحل الواحدة تتعاقب على التوالي من غير حدود فاصلة مميزة بينها وهي كالآتي: (بوريلي 1992,ص 37).

المرحلة الاولى: وهي مرحلة النوم الخفيف اثناء هذه المرحلة يستغرق الانسان في النوم ثم يخرج منه ويمكن ايقاظ النائم بسهولة، حركة العين تكون بطيئة جدا ويبدأ نشاط العضلات بالتباطؤ وعندما يستيقظ الانسان خلال هذه المرحلة فانه غالبا ما يتذكر الصور البصرية بصورة مجزأة كما يعاني الكثير من الناس من تقلصات العضلات بصورة مفاجئة (Hypnicmyoclonia) او من الشعور الذي يشبه القفز من مكان عالي وفي هذه المرحلة يمكن ان يحدث اضطراب النوم الذي يسمى حركة الساقين المتملمة (PLMS). (American Sleep Association 2016,p1).

المرحلة الثانية: وتعد البداية الحقيقية للنوم وتظهر موجات الدماغ البطيئة وفي هذه المرحلة يتغير شكل هذه الموجات ليأخذ شكلا مميزا منتظما ويبدأ بموجات طويلة وعالية ثم تأخذ في الانخفاض التدريجي ويتكرر نمط هذه الموجات كل عدة ثواني ويمكن ايقاظ النائم بسهولة اثناء هذه المرحلة (الشرييني 2000,ص 14).

المرحلة الثالثة: في هذه المرحلة تنتظم نبضات القلب بمعدل (60) نبضة في الدقيقة ويزداد انخفاض النشاط الكهربائي للدماغ كما ينخفض ضغط الدم ويكون معدل التنفس بطيء منتظم (الجبوري 2011,ص 282).

المرحلة الرابعة: بحلول هذه المرحلة ينتج الدماغ موجات دلنا بشكل حصري تقريبا وفي هذه المرحلة يبدأ النوم العميق ومن الصعوبة ايقاظ النائم خلال المرحتين الثالثة والرابعة فلا توجد حركة عين للنائم او نشاط للعضلات واذا استيقظ النائم خلال هاتين المرحتين فغالبا مايكون بمزاج سيء ومشوش الادراك لعدد من الدقائق، بعض الاطفال ربما يعانون من بعض اضطرابات النوم مثل سلس البول او الفزع الليلي او المشي اثناء النوم خلال المراحل العميقة للنوم (American Sleep Association) (2016,p2).

وبالمقابل نجد ان هرمون النمو يصل الى مستويات مرتفعة جدا اثناء المرحلة الاولى من النوم العميق، هذه التغيرات الهرمونية التي تعقب بداية النوم العميق يمكنها ان تنشط عمليات الايض في الجسم (بوريلي 1992,ص 41) هذه المراحل تتقدم في دورة من المرحلة الاولى الى الرابعة ثم تنتقل الى مرحلة النوم اثناء حركة العين السريعة ثم تعود الدورة من جديد الى المرحلة الاولى (American Sleep Association 2016,p2).

وتستمر دورة النوم الواحدة بين (80- 120) دقيقة وتكرر عدد دورات النوم يتوقف على عدد الساعات التي يقضيها الشخص في النوم (الجبوري 2011,ص 282).

رابعا: اضطرابات النوم Sleep Disorders

نظرا للفترة التي يقضيها الانسان في النوم طيلة فترة حياته لذا من غير المستبعد ان يتعرض كل انسان الى اضطراب ما في نومه ولو لمرة واحدة في حياته، ويقدر عدد المصابين باحد انواع اضطرابات النوم بحوالي (35%) من اجمالي عدد الناس، ومع ان العديد من اضطرابات النوم قد لاتدفع المصابين بها الى الخضوع للعلاج الا ان هناك نسبة لا يستهان بها من هؤلاء الافراد يخضعون لاحد انواع العلاج بصورة مؤقتة او بصورة مستمرة، ومن ابرز انظمة تصنيف الاضطرابات التي تداولت موضوع النوم هي: (هادي 2001, ص 25)

- الدليل الاحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية (DSM -IV) و (DSM -5) الصادر عن الجمعية الامريكية للطب النفسي (APA).

- تصنيف ICD-10 و ICD-9 الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO).

- التصنيف العالمي لاضطرابات النوم ICS-3, ICSD-II R الصادر عن الجمعية الامريكية لاضطرابات النوم، ونظرا لعدم تمكن الباحثة من الحصول على تصنيف ICD بالكامل فسوف تقتصر على تصنيفي DSM و ICSD.

تصنيف اضطرابات النوم بحسب DSM-IV TR:

اولا: اضطرابات النوم الاولية وتقسّم بدورها الى قسمين فرعيين هما:

1. خلل النوم Dyssomnia الذي يتضمن:

(الارق الاولي، فرط النوم الاولي، النوم الانتياي. اضطراب النوم المرتبط بالتنفس، اضطراب النظم اليوماوي للنوم)

2. الاضطرابات المصاحبة للنوم Parasomnia وتتضمن:

(اضطراب الكابوس، الفزع الليلي، اضطراب المشي اثناء النوم، اضطراب النوم غير المحدد في مكان اخر)

ثانيا: اضطراب النوم المرتبط باضطراب عقلي اخر Sleep Disorder Related to another Mental Disorder

ثالثا: اضطراب النوم الناجم عن ظرف طبي عام Sleep Disorder due to general Medical condition.

ويتضمن (نمط فرط النوم، نمط النوم المضطرب، النمط المختلط)

رابعا: اضطراب النوم الناجم عن المواد Substance-Induced Sleep Disorder

(APA2000,P18-19)

تصنيف اضطرابات النوم بحسب DSM-5:

1. اضطراب الارق Insomnia disorder

2. اضطراب فرط النعاس Hyper somnolence disorder

3. الخدار (النوم الانتياي) Narcolepsy

4. اضطرابات النوم المرتبطة بالتنفس Breathing- Related sleep disorder وتتضمن:

(توقف التنفس الانسدادي obstructive sleep Apnea hypopnea، توقف التنفس وسط النوم central sleep Apnea، نقص

التهوية المرتبط بالنوم sleep- Related Hypoventilation)

5. اضطراب ايقاع الساعة البيولوجية للنوم - اليقظة (circadian Rhythm sleep - wake disorder)

6. الاضطرابات المصاحبة للنوم Parasomnia وتتضمن:

أ. اضطرابات استئارة النوم في مرحلة حركة العين غير السريعة NREM sleep Arousal Disorders وتشمل: (المشي اثناء

النوم sleep-walking disorder وفزع النوم sleep Terror)

ب. اضطراب الكابوس Nightmare Disorder

ت. اضطراب سلوكيات النوم في مرحلة حركة العين السريعة behavior Disorder REM

ث. متلازمة الساقين المتململة Restless Legs Syndrome

7. اضطراب النوم الناجم عن المواد الطبية Substance\ Medication -Induced Sleep Disorder

8. اضطراب القلق المحدد الاخر Other specified Insomnia Disorder

9. اضطراب القلق غير المحدد unspecified Insomnia Disorder

10. اضطراب فرط النعاس المحدد الاخر Other specified Hypersomnolence Disorder

11. اضطراب فرط النعاس غير المحدد unspecified Hypersomnolence Disorder
12. اضطرابات النوم – اليقظة المحددة الأخرى Other specified sleep-wake Disorder
13. اضطرابات النوم – اليقظة غير المحددة unspecified sleep-wake Disorder

(APA2013,P361-422)

اضطرابات النوم بحسب تصنيف ICSD-IIR

1. خلل النوم Dyssomnia ويتضمن (اضطراب النوم الجوهري Intrinsic sleep disorder واضطراب النوم الناجم عن مؤثرات خارجية Extrinsic sleep disorder واضطراب إيقاع الساعة البيولوجية للنوم circadian Rhythm sleep disorder)
2. الاضطرابات المصاحبة للنوم Parasomnia وتتضمن:
 - أ. اضطرابات الاستثارة Arousal disorder وتشمل (المشي اثناء النوم sleep-walking disorder وفرع النوم sleep Terror، الاستثارة المركبة Confusional Arousal)
 - ب. اضطرابات الانتقال بين النوم واليقظة Sleep- wake transition disorder
 - ت. الاضطرابات المرافقة للنوم المرتبطة عادة بمرحلة نوم حركة العين السريعة Parasomnia usually associated with REM sleep
 - ث. اضطرابات نوم اخرى Other Parasomnia
3. اضطرابات النوم المرتبطة باضطرابات عقلية، عصبية، طبية Sleep disorders associated with Mental or Medical disorder، Neurologic
4. اضطرابات نوم اخرى Proposed sleep Disorders

(American Academy of sleep Medicine 2001,p15-17)

خامسا: الاضطرابات المصاحبة للنوم Parasomnia

احداث جسدية وخبرات غير مرغوب بها تحدث اثناء الدخول في النوم او الاستغراق فيه او اثناء الاستثارة من النوم، هذه الاحداث يمكن ايضا ان تقع خلال الانتقال من النوم الى اليقظة او العكس وكذلك خلال مرحلة نوم حركة العين السريعة (REM) (Cline 2015,p1).

هذه الحالات الثلاث ربما تتداخل مع بعضها البعض او ربما يحدث تداخل بين حالة اليقظة ومرحلة النوم اثناء حركة العين غير السريعة (NREM) مما يزيد من مخاطر حدوث الاستثارات المركبة وكذلك فان التداخل بين مرحلة (REM) وحالة اليقظة يؤدي الى حدوث اضطراب سلوك النوم خلال حركة العين السريعة.

(Matwiyoff& lee-chiong 2010,p333)

العديد من هذه الاضطرابات تعد مظاهر لنشاط الجهاز العصبي المركزي وبالتحديد عندما تستثار القشرة الدماغية بشكل كامل وتعزى الى عضلات الهيكل العظمي والى النظام العصبي المستقل (Thorpy 2012، p697).

السلوكيات المتعلقة بهذه الاضطرابات لاترتبط بالوعي او الادراك وخالية من الاحكام السليمة اذ لاتوجد مراقبة ذاتية واعية لها (American Academy of sleep Medicine 2008,p1).

هذه الاضطرابات يمكن ان تتضمن ادراكات غير عادية وانفعالات قوية واستجابات مثل حركات الشجار او القفز (Cline 2015,p1).

هذه الأنشطة ليس لها هدف ولا يقوم بها الشخص كرد فعل على مثير موجود حالياً في بيئته، وهناك عوامل وراثية تجعل الافراد اكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات المصاحبة للنوم (Parasomnia) هذه العوامل تتضمن النوم غير الكافي والاضطرابات التي تسبب الاستيقاظ الجزئي من النوم وتوقف التنفس اثناء النوم (Carter et al 2014,p80)

وفيما يلي تصنيف الاضطرابات المصاحبة للنوم وفقاً للتصنيف العالمي لاضطرابات النوم 3-ICSD:

1. الاضطرابات المصاحبة للنوم (Parasomnia) المتعلقة بالنوم في مرحلة العين غير السريعة (NREM) وتتضمن: (اضطرابات الاستنارة ، disorder of Arousal الاستنارات المربكة Confusional Arousal، المشي اثناء النوم Sleep- wake , disorder فزع النوم sleep Terror , اضطراب الاكل المرتبط بالنوم (sleep – related eating disorder)
2. الاضطرابات المصاحبة للنوم (Parasomnia) المرتبطة بالنوم في مرحلة حركة العين السريعة (REM) وتتضمن: (الشلل المنفصل المتكرر ، Recurrent isolated Sleep اضطراب الكابوس Nightmare disorder)
3. اضطرابات مصاحبة للنوم (Parasomnia) اخرى وتتضمن: (متلازمة الراس المتفجر، Exploding Head syndrome الهلوس المرتبطة بالنوم sleep –related Hallucination , سلس البول اثناء النوم sleep Enuresis، الاضطرابات المصاحبة للنوم الناجمة عن الاضطرابات الطبية Parasomnias due to Medical disorder، الاضطرابات المصاحبة للنوم الناجمة عن الدواء Parasomnias due to Medication or substance , الاضطرابات المصاحبة للنوم غير المحددة (unspecified Parasomnia)
4. اعراض معزولة ومتغيرات طبيعية وتتضمن الكلام اثناء النوم sleep talking .(Zucconi & Ferri 2014,p104)

خامساً: الفزع الليلي Night Terror

ويدعى ايضاً فزع النوم (Sleep Terror) وهو احد الاضطرابات المتضمنة في الاضطرابات المصاحبة للنوم (Parasomnia) (American Academy of sleep 2016,p1).

يصنف هذا الاضطراب كواحد من اضطرابات الاستنارة لمرحلة النوم اثنا حركة العين غير السريعة (NREM) ويصنف مع اضطراب المشي اثناء النوم كنمطين لاضطراب الاستنارة الجزئية (Partial Arousal disorder) التي تحدث عند التغيير المفاجئ من مرحلة النوم العميق اثناء (NREM) الى المرحلة التي تليها (Stores1999,p26).

يحدث الفزع الليلي على شكل نوبات تبدأ خلال الساعات الاولى من النوم او خلال الثلث الاول من النوم، تبدأ النوبة النموذجية بجلوس الشخص في سريره مع اطلاق صرخة مروعة ويمكن ان تترافق هذه الصرخة مع البكاء والركل والضرب الشديد والسلوك العنيف الموجه ضد الاشياء او الاشخاص من حوله بالإضافة الى الكلمات غير المترابطة وغير المفهومة مع ذعر واضح وربما يغادر الشخص سريره ويركض بسرعة كما لو ان شيء ما يطارد (Davey 2015,p1)؛ (Cardoso & Sabbatini 1998,p1).

لذا فهو يهيم احياناً على وجهه بدون هدف محدد مما يزيد من خطر تعرضه للأذى، وعلى الرغم من انه يبدو مستيقظاً اذ ان عيونه تكون مفتوحة الا انه يكون في الحقيقة نائم اذ لا يستطيع الاستجابة لمن حوله من اشخاص، كما يبدو عليه القلق لكنه لا يستطيع تحديد مخاوف معينة واي محاولة لتهدئته تكون غير ناجحة بل قد تجعل سلوك الشخص اشد عنفاً وتطيل امد نوبة الفزع. (Schmitt1999,p161)(Ohayon et al 1997,p77)

(American Academy of sleep Medicine 2008,p2)

وغالباً يعاني هذا الشخص من المشي اثناء النوم خلال نوبة الفزع (Owens 2007,p123)

تستمر نوبة الفزع من (10-30) دقيقة يعود بعدها الشخص للنوم بسهولة (Harvard Medical school 2014,p1).

التصنيف السريري للفزع الليلي: المعايير التشخيصية للفزع الليلي وفقاً للتصنيف العالمي لاضطرابات النوم ICSD-II R الصادر عن الجمعية الامريكية لاضطرابات النوم:

- يشكو الشخص من نوبات من الفزع الشديد خلال النوم.
 - تحدث النوبات عادة خلال الثلث الاول من الليل.
 - يحدث فقدان ذاكرة كلي او جزئي للاحداث اثناء حدوث النوبة.
 - بداية النوبات تكون خلال المرحلة الثالثة او الرابعة من النوم، عدم انتظام نبضات القلب يحدث عادة بالتزامن مع هذه النوبات.
 - الظروف الطبية الاخرى (مثل الصرع) لاتكون سببا في حدوث النوبات
 - اضطرابات النوم الاخرى مثل الكوابيس يمكن ان تظهر لدى الشخص ذو نوبات الفزع الليلي
- (American Academy of sleep Medicine 2001,p149)
- اما المعايير التشخيصية للفزع الليلي في الدليل الاحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية DSM-5 فكانت مشابهة تقريبا لما جاء في التصنيف العالمي لاضطرابات النوم ICS-II R ماعدا اضافة معيارين هما
- تتسبب نوبات الفزع بضيق او كرب (من الناحية السريرية) او ضعف وقصور في النواحي الاجتماعية والمهنية او من النواحي الهامة الاخرى التي تؤثر على اداء الفرد في الحياة اليومية.
 - هذا الاضطراب لا يعزى الى العوامل والتأثيرات النفسية او استخدام المواد مثل الادوية او تعاطي المخدرات.
- (APA2013,P399)
- أ- **المظاهر الجسمية والادراكية المصاحبة لنوبات الفزع الليلي:** يتخلل نوبات الفزع افراط في نشاط الجهاز العصبي المستقل (Sympathetic Autonomous Nervous System) ويتضمن هذا النشاط زيادة في معدل التنفس ونبضات القلب اذ يمكن ان تصل الى (160-170) نبضة في الدقيقة وهي اعلى من تلك التي تحدث اثناء نوبات الاجهاد الشديد وتكون هذه النبضات غير منتظمة كما تتوسع حدقة العين مع توتر العضلات وانخفاض مقاومة الجلد وهناك حركات عشوائية للرأس واليدين والرجلين (Clin 2015,p1)؛
- (Cardoso&Renato 1998,p2)؛(Feferman 1988,p2686)
- بعد النوبة يكون الشخص مشوشا ومريكا كما يصعب عليه تذكر ماحدث ثناء النوبة وفي احسن الاحوال فانه لا يتذكر سوى شظايا مجزأة من شعوره بالخوف اثناء النوبة (Moturi & Avis 2010,p25)
- وقد اكدت الادلة على وجود مشكلات في الوظائف الادراكية للفرد مرتبطة بنوبات الفزع الليلي، فنوعية نوم الشخص تكون سيئة مما يؤدي الى انخفاض فعالية اداءه اثناء النهار كما ان تغيير نمط النوم المتسبب عن نوبات الفزع يمكن ان يؤدي بالشخص الى القلق والاكتئاب، وقد يكون الشخص محرج من نوبات الفزع مما يؤثر سلبا على علاقاته الاجتماعية مع الاخرين.
- (Thorpy 2012,p698) (American Academy of sleep Medicine 2016,p1)
- ب- **اسباب الفزع الليلي:** لاتزال اسباب الفزع الليلي غير معروفة كليا لكن معظم الدراسات والابحاث اشارت الى ان اسبابه فسليه وليست نفسية لذا فان الخبرات النفسية الضاغطة مثل القلق الشديد او الاجهاد او الصراعات سواء كانت على مستوى الوعي او اللاوعي وكذلك الاحداث الصادمة هي مجرد عوامل تساعد على تسريع حدوث النوبات لا اكثر، بعض النظريات البيولوجية تشير الى ان عدم نضج الجهاز العصبي المركزي سبب محتمل لحدوث نوبات الفزع لكن هذه النظريات لاتزال قيد التحقيق والدراسة (Cardoso & Renato 1998,p2-3)
- وقد اشار كلا من (Kai-ching Yu & Thompson 2016) ان الفزع الليلي والمشي اثناء النوم يمكن ان يرتبط احيانا بالنشاط العقلي المتكون من المعلومات الحسية الهامة اثناء اليقظة (الاحداث غير السارة) والتي تظهر على شكل مشهد بصري واحد.
- (Kai- ching Yu & Thompson 2016,p9).

وتلعب الوراثة دور كبير في حدوث الفزع الليلي فعادة يكون هنالك تاريخ عائلي من نوبات الفزع لدى احد الوالدين او كلاهما. (Chokroverty 2010,p137)؛ (Bhargave 2011,p6).

تم التأكد من دور الوراثة من خلال دراسات التوائم فقد اشارت نتائج احد البحوث التي درست حالة (323) زوج من التوائم الى ان نسبة الاصابة بالفزع الليلي في التوائم المتماثلة ستة اضعاف الاصابة في التوائم الاخوية، كما اشارت دراسة اخرى الى ان وجود اضطراب المشي اثناء النوم لدى احد الابوين يزيد من احتمالية اصابة اطفالهم بالفزع الليلي الى الضعف مقارنة بالأطفال الذين لا يعاني ابويهم من هذا الاضطراب (Jones2014,p3).

من جهة اخرى اكدت بعض البحوث الى ان توقف التنفس اثناء النوم (Obstructive sleep Apnea) او مايرمز له ب(Osa) يمكن ان يساعد في حدوث نوبات الفزع، فمراجعة نتائج هذه البحوث تؤكد على ان اكثر من نصف الاطفال المصابين بالفزع الليلي واضطراب المشي اثناء النوم يعانون من(Osa)

(Nima & Flemming2007,p738)؛(Cuilleminault 2003,p18)

وهنالك رأي يشير الى ان الفزع الليلي قد يكون ناتج عن استثارة الفص الصدغي في الدماغ (الجبوري2011، ص292).

وبشكل عام هنالك بعض الامور التي تزيد من احتمالية التعرض للنوبات لدى الشخص الذي يعاني من الفزع الليلي وهي:

- عدم الحصول على قسط كافي من النوم.

- عدم انتظام اوقات النوم واليقظة.

- النوم في بيئة مختلفة او صاخبة.

- الاجهاد الشديد او التوتر. (Mindell & Owens 2003,p1)

ت- الانتشار والتكرار: يشير الدليل الاحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية (DSM-5) الى ان الفزع الليلي ينتشر بنسبة (37%) لدى الاطفال بعمر (18) شهر و(20%) لدى الاطفال بعمر (2,5) سنة و(2,2%) لدى البالغين الذين حدثت لهم نوبات الفزع في مرحلة الطفولة وهو اكثر انتشارا لدى الذكور مقارنة بالاناث. (APA2013,P401)

وقد اشار كل من (Bhargave 2011) و(American Academy of sleep Medicine 2008) (Clin 2015) و(Jones2014) و(Carter et al 2014) الى ان نسبة انتشار الفزع الليلي تبلغ (1-6,5%) لدى الاطفال و(2,2%) لدى البالغين، اما بالنسبة للمقارنة بين الذكور والاناث فقد اكدت (American Academy of sleep Medicine 2001) على ان انتشار الفزع الليلي لدى الذكور اكثر من انتشاره لدى الاناث، اما (Clin 2015) و(Carter et al 2014) فقد اشاروا الى ان انتشاره متساوي بين الذكور والاناث

؛(American Academy of sleep Medicine 2008,p2)؛(Clin 2015,p2)

.(Jones2014,p4)؛ (Carter et al 2014,p80)؛ (Bhargave 2011,p6)

اما دراسة (Scribant 2007) فقد اشارت الى ان نسبة انتشار الفزع الليلي هي (1-3%) وانتشاره لدى الذكور اكثر من انتشاره لدى الاناث(Scribant 2007,p27).

اما مدى تكرار نوبات الفزع فيختلف من شخص الى اخر وبشكل عام ترتبط شدة نوبات الفزع بتكرار هذه النوبات وكالاتي:

- الخفيفة: تحدث النوبة اقل من مرة في الشهر ولا تؤدي الى حدوث ضرر للشخص ولمن حوله.

- المتوسطة: تحدث النوبة اقل من مرة في الاسبوع ولا تؤدي الى حدوث ضرر للشخص ولمن حوله.

- الشديدة: تحدث النوبة كل ليلة تقريبا وترتبط مع الاصابات المادية للشخص او لمن حوله.

(American Academy of sleep Medicine 2001,p149)

ث- التشخيص التفريقي Differential Diagnosis:

يشترك الفزع الليلي مع غيره من الاضطرابات مثل اضطراب الكابوس (Nightmare Disorder) او الصرع الليلي للفص الامامي (Nocturnal Frontal lobe Epilepsy) وشلل النوم (Sleep Paralysis) بعدد من المظاهر السلوكية لكن يمكن التمييز بين هذه الاضطرابات بالعديد من الجوانب السلوكية وكما مبين في الجدول الاتي:

ج- العلاج: يكون علاج نوبات الفزع الليلي ضروريا في حالة تكرار النوبات كل ليلة او ازياذ النوبات خلال الاسبوع الواحد وكذلك اذا رافق هذه النوبات اضطراب المشي اثناء النوم او اذا تسبب الشخص بالاذى لنفسه وللآخرين خلال نوبات الفزع.

(Cline2015,p2)

هنالك عدد من انماط العلاج منها العلاج النفسي والتتويم المغناطيسي الا ان هذه التدخلات تكون مكلفة وغير متوافرة في كثير من الاحيان، كما ان انعدام الادلة حول مساهمة العوامل النفسية في حدوث الفزع الليلي يضعف من اهمية استعمال العلاج النفسي في هذه الحالة (Maskey1993,p1477).

ويعد العلاج السلوكي المعرفي (Cognitive Behavioral Therapy CBT) من ابرز انماط العلاج المفيدة في حالات الفزع الليلي اذ يستعمل في تقليل حدوث نوبات الفزع كما انه يساهم في تحسين نوعية النوم وزيادة مدته بالاضافة الى تحسين اداء الشخص في مهام الحياة اليومية (Linton2013,p10).

وفي الحالات الشديدة لنوبات الفزع يلجا المختصون الى التدخلات الطبية مثل العلاج بالبنزوديازيبينات (Benzodiazepines) مثل الديازيبام (Diazepam) وكلونازيبام (Clonazepam) هذه الادوية تستعمل للسيطرة قصيرة المدى على نوبات الفزع.

(Lask1988,p592)؛(Moturi & Avis 2010,p34)

لكن استعمال العقاقير يجب ان يتم بحذر شديد لان نتائجها غير مؤكدة تماما (Bhargave 2011,p7).

وبشكل عام هنالك عدد من التدابير الوقائية التي يجب اتخاذها الى جانب استعمال الطرق العلاجية مثل تمييز الشخص المصاب بالفزع الليلي والتقليل او الحد من العوامل المسرعة لنوبات الفزع كالتوتر الشديد والاجهاد وعدم انتظام جدول النوم واليقظة، وفي حال تعاطي الشخص اي دواء يساعد في تسريع او زيادة تكرار نوبات الفزع يجب التوقف عن استعماله تدريجيا، ومن الاهمية بمكان اتخاذ تدابير وقائية لحماية الشخص من الاذى المحتمل والناجم عن السلوكيات العنيفة التي قد يقوم بها اثناء النوبة، هذه التدابير تشمل استعمال الاجهزة الالكترونية التي تطلق صوت انذار عند تحرك الشخص اثناء النوبة وكذلك اغلاق النوافذ والابواب الخارجية لمنع الشخص من مغادرة الغرفة اثناء حدوث النوبة (Mindell & Owens 2003,p2)؛

(Matwiyoff & Lee-Chiong 2010,p335)

وبشكل عام فان العلاج الناجح لنوبات الفزع يتطلب فحص سريري جيد ودراسة حالة متعمقة وطرق سلوكية لتوجيه المشاكل والصعوبات التي يمر بها الشخص نتيجة لحدوث نوبات الفزع.(Scribante2007,p27)

سادسا: دراسات سابقة: نظرا لعدم توافر دراسات عراقية وعربية تخص الفزع الليلي او تتشابه مع عينة البحث الحالي (على حد علم الباحثة) لذا تم اختيار الدراسات الاجنبية الاتية:

1. دراسة (Bharti et al 2006): Patterns and Problem of sleep in Scholl going Children

(انماط ومشاكل النوم لدى اطفال المدارس)

الهدف: تقييم عادات النوم ومشاكله لدى اطفال المدارس الابتدائية والحضانة

العينة: (103) طفل وطفلة من اطفال المدارس الابتدائية بعمر (3-10) سنوات في الهند.

وسيلة القياس: استبانة معدة بحسب هدف البحث

الوسائل الاحصائية: مربع كاي، معامل ارتباط سبيرمان، الانحدار اللوجستي، مان وتي.

النتائج: (42.7%) من العينة يعانون من مشاكل في النوم منهم (2,9%) يعانون من الفزع الليلي و(6,8%) يعانون من الكوابيس و(1,9%) يعانون من المشي اثناء النوم و(5,8%) يعانون من مشاكل تنفسية وشخير و(11,6%) يعانون من جرش الاسنان و(18,4%) من سلس البول و(14,6%) يعانون من الحديث اثناء النوم. (Bharti et al 2006,p35-38)

2. دراسة (Petit et al 2015): Childhood Sleepwalking and Sleep Terror: A longitudinal Study of Prevalence and Familial Aggregation

فزع النوم والمشي اثناء النوم في مرحلة الطفولة: دراسة طولية للانتشار والعوامل الوراثية لهذين الاضطرابين ضمن العائلة¹.
الهدف: البحث في انتشار فزع النوم والمشي اثناء النوم عبر مجموعات عمرية مختلفة ولمدة (13) سنة.
العينة: (1940) طفل وطفلة تتراوح اعمارهم من (1,5-2,5) سنة.
وسيلة القياس: استبانة تجيب عليها الام والاستفسار عن التاريخ العائلي لاضطرابات النوم للأبوين.
الوسائل الاحصائية: كانت تحليل الانحدار اللوجستي ابرز الوسائل الاحصائية المستعملة.

النتائج: نسبة انتشار فزع النوم (34,4%) لدى عينة البحث، ذروة الانتشار كانت في عمر (1,5) سنة، اما نسبة المشي اثناء النوم فكانت (13,4%) لدى العينة، ذروة الانتشار كانت في سن (10) سنوات، ثلث الاطفال في عينة البحث والمصابين بالفزع الليلي يحدث لديهم المشي اثناء النوم في مرحلة لاحقه من طفولتهم كما ان انتشار المشي اثناء النوم كان يزداد بنسبة (22,5%) لدى الاطفال الذين كان يعاني احد والديهم من اضطراب المشي اثناء النوم، كما ان معاناة احد الوالدين او كليهما من المشي اثناء النوم كان متنبأ جيد لحدوث نوبات الفزع الليلي المتكررة لدى ابنائهم. (Petit et al 2015,p 653-658)

3. دراسة (Gupta et al 2016): Prevalence of Sleep Disorders among Primary School Children

انتشار اضطرابات النوم بين تلامذة المدارس الابتدائية

الهدف: دراسة ومسح اعراض اضطرابات النوم بين تلامذة المدارس الابتدائية والهدف الثاني كان المقارنة بين المجموعات الحضرية والريفية وبين الذكور والاناث في انتشار اضطرابات النوم.
وسيلة القياس: استبانة عادات النوم للاطفال (CSHQ).
العينة: تلامذة (8) مدارس اربعة منها مدارس حضرية واربعة ريفية اعمارهم تتراوح بين (5,5-8,9) سنوات، عدد الاناث مساوي لعدد الذكور.

النتائج: كانت الاضطرابات المصاحبة للنوم (Parasomnia) هي الاضطرابات الاكثر شيوعا لدى الاطفال عينة البحث وكالاتي: نسبة انتشار الفزع الليلي هي (8,4%) من مجمل العينة، سلس البول (8,7%) والحديث اثناء النوم (20,9%) والمشي اثناء النوم (3,2%) وجرش الاسنان (15,4%) والشخير (11,4%)
اما اضطرابات النوم الاخرى فكانت: النعاس اثناء النهار بنسبة (25,5%) وتوقف التنفس اثناء النوم بنسبة (6,3%) وكانا اكثر شيوعا لدى تلامذة المدارس الريفية.

ولم توجد فروق دالة في انتشار الاضطرابات بين الذكور والاناث (Gupta et al 140-144).

- **الافادة من الدراسات السابقة:** تمت الافادة من الاطلاع على الدراسات السابقة بعدد من الجوانب منها المساعدة على صياغة اهداف البحث الحالي واختيار المنهجية الملائمة وتحديد حجم العينة المناسبة للبحث ومن خلال الاطلاع على استبانة عادات النوم (CSHQ) وغيرها من المقاييس تم بناء مقياس تشخيص الفزع كما ساعد الاطلاع على الوسائل الاحصائية لهذه الدراسات في تحديد الوسائل الاحصائية المناسبة لهذا البحث، كما تمت الاستفادة من ادبيات هذه الدراسات واخيرا ستمت الافادة من نتائج هذه الدراسات في المقارنة مع نتائج البحث الحالي.

¹ تمت ترجمة العنوان بتصرف بحسب محتوى البحث

الفصل الثالث: إجراءات البحث

يتضمن هذا الفصل عرضاً للإجراءات التي اتبعتها الباحثة في تحقيق أهداف بحثها بدءاً من وصف المجتمع وأسلوب اختيار العينة وإعداد المقاييس وحساب الخصائص السايكومترية للمقياس وإجراءات التطبيق فضلاً عن تحديد أهم الوسائل الإحصائية المستعملة في البحث.

1. **مجتمع البحث:** يتضمن مجتمع البحث تلامذة المرحلة الابتدائية البالغ عددهم (219662) تلميذ وتلميذة المنتظمين في المدارس الابتدائية الحكومية في مدينة بغداد/ مديرتي تربية الكرخ الثانية والرصافة الثالثة البالغ عددها (880) مدرسة (تم اختيار مديرتي التربية بطريقة عشوائية من بين مديريات التربية الستة في بغداد) على وفق إحصائيات شعبة الإحصاء في مديرتي التربية المذكورتين للعام الدراسي (2016-2017).

2. **عينة البحث:** أ. عينة المدارس: تم اختيار (12) مدرسة من مديرتي تربية الكرخ الثانية والرصافة الثالثة بالطريقة العشوائية البسيطة تشكل نسبة (1,36%) من مجموع المدارس في مجتمع البحث، بواقع (6) مدارس الكرخ و(6) مدارس من الرصافة، منها مدرستان للذكور ومدرستان للإناث و(8) مدارس مختلطة.

ت. عينة التلامذة: تضمنت عينة التلامذة (576) تلميذ وتلميذة من تلامذة الصفوف الأولى والثاني والثالث والرابع الابتدائي لمجتمع البحث بلغت نسبتهم (26%) من مجتمع البحث بواقع (288) تلميذ و(288) تلميذة تراوحت أعمارهم بين (6-10) سنوات تم اختيارهم بالطريقة العشوائية طبقية ذات التوزيع المتساوي (لعدم توافر معلومات إحصائية دقيقة تتعلق بعدد الذكور والإناث في الصفوف من الأولى إلى الرابع الابتدائي لكل مدرسة من مدارس مجتمع البحث) والجدول (2) يوضح ذلك:

جدول (2): يوضح توزيع أفراد العينة على وفق المدرسة والجنس والمرحلة الدراسية

المجموع	الصف الرابع		الصف الثالث		الصف الثاني		الصف الأول		المدارس	المديرية
	اناث	ذكور	اناث	ذكور	اناث	ذكور	اناث	ذكور		
48	6	6	6	6	6	6	6	6	الحديبية المختلطة	الكرخ الثانية
48	6	6	6	6	6	6	6	6	الهجرة المختلطة	
48	6	6	6	6	6	6	6	6	الثوار المختلطة	
48	6	6	6	6	6	6	6	6	البصرة المختلطة	
48	6	6	6	6	6	6	6	6	ابن الارقم المختلطة	
48	6	6	6	6	6	6	6	6	دار الامارة المختلطة	
36	-	9	-	9	-	9	-	9	الثقلين للبنين	الرصافة الثالثة
36	-	9	-	9	-	9	-	9	الصادق الامين للبنين	
72	9	9	9	9	9	9	9	9	محمد البياتي المختلطة	
72	9	9	9	9	9	9	9	9	البشير المختلطة	
36	9	-	9	-	9	-	9	-	الادريسي للبنات	
36	9	-	9	-	9	-	9	-	اشور للبنات	
576	72	72	72	72	72	72	72	72	المجموع	

3. **اداة البحث:** تحقيقاً لأهداف البحث والتي تقتضي قياس الفرع الليلي لعينة البحث ولعدم توافر اداة عراقية لقياس الفرع الليلي لذا قامت الباحثة ببناء مقياس لتشخيص الفرع الليلي عند الاطفال، وفيما يأتي توضيح لذلك:

أ. تحديد مفهوم الفرع الليلي: تم تحديد مفهوم الفرع الليلي من خلال ما يأتي:

- تحليل معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-IV-TR و DSM-5).
 - تحليل التصنيف العالمي لاضطرابات النوم (ICSD-3 و ICSD-II)
 - الاطلاع على الأدبيات والدراسات السابقة المتعلقة باضطراب الفزع الليلي.
- ب. **صياغة فقرات المقياس:** تشكل عملية إعداد فقرات المقاييس النفسية خطوة هامة في بناء هذه المقاييس، إذ إن دقة المقياس تتوقف بشكل كبير على دقة ووضوح فقراته مما يحتم على الباحث أن يكون ملماً بشروط إعداد الفقرات ومواصفاتها.
- (Davis, 1962: 96)
- ت. **صلاحية الفقرات:** للتحقق من صلاحية الفقرات قامت الباحثة بعرض فقرات المقياس على مجموعة من الخبراء المتخصصين في العلوم التربوية والنفسية لتقرير مدى صلاحيتها وملاءمتها للمجال الذي وضعت فيه وإجراء التعديل اللازم إذا ما كانت الفقرة بحاجة إلى ذلك التعديل (ملحق 1) وقد تم استعمال اختبار مربع كاي لحسن المطابقة لتحليل آراء الخبراء فظهر أن قيمة (كا) المحسوبة بلغت (10) درجات وهي أعلى من قيمة (كا) الجدولية والبالغة (3.84) عند مستوى دلالة (0.05) ودرجة حرية (1) لذا عمل على استبقاء جميع الفقرات.
- ث. **إعداد تعليمات المقياس:** قامت الباحثة بإعداد تعليمات المقياس التي تضمنت توضيحاً لكيفية الإجابة عن فقراته والهدف من تطبيقه مع حث أب أو أم الطفل على الإجابة بدقة وموضوعية مع إعطاء أمثلة للإجابة على المقياس.
- ج. **التطبيق الاستطلاعي للمقياس:** يهدف هذا الإجراء إلى التعرف على مدى وضوح فقرات المقياس وتعليماته والكشف عن الفقرات الغامضة وغير الواضحة بالنسبة للمستجيب وقد اختيرت عينة من التلامذة يبلغ عددهم (48) تلميذ وتلميذة من ضمن مجتمع البحث اختيروا بالطريقة العشوائية طبقية ذات التوزيع المتساوي كي تتم الإجابة من قبل أسرهم جدول (3) وقد اتضح إن فقرات المقياس وتعليماته واضحة تماماً لأسرة التلميذ.

جدول (3) أعداد العينة الاستطلاعية لمقياس الفزع الليلي موزعين حسب المدارس والجنس والمرحلة

المجموع	الصف الرابع		الصف الثالث		الصف الثاني		الصف الاول		المدرسة	المديرية
	أ	ذ	أ	ذ	أ	ذ	أ	ذ		
24	3	3	3	3	3	3	3	3	دار الامارة المختلطة	الكرخ 2
24	3	3	3	3	3	3	3	3	محمد البياتي المختلطة	الرصافة 3
48	6	6	6	6	6	6	6	6	المجموع	

- ح. **التحليل الإحصائي للفقرات:** يعد التحليل الإحصائي للفقرات أداة فعالة لتحسين الاختبار ويسهم كذلك في تجميع مجموعة من الفقرات عالية الجودة بحيث تكون دقيقة في قياس ما وضعت لأجل قياسه. (Ebel & Frisbie, 2009: 225)
- وقد قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة التحليل الإحصائي البالغة (400) تلميذ وتلميذة من المدارس المشمولة بالبحث وكما مبين في الجدول الآتي

جدول (4) عينة التحليل الإحصائي موزعين بحسب المدارس والجنس والمرحلة الدراسية

المجموع	الصف الرابع		الصف الثالث		الصف الثاني		الصف الاول		المدارس	المديرية
	اناث	ذكور	اناث	ذكور	اناث	ذكور	اناث	ذكور		
40	5	5	5	5	5	5	5	5	الحديبية المختلطة	الكرخ الثانية
40	5	5	5	5	5	5	5	5	الهجرة المختلطة	
40	5	5	5	5	5	5	5	5	الثوار المختلطة	

40	5	5	5	5	5	5	5	5	البصرة المختلطة	الرصافة الثالثة
40	5	5	5	5	5	5	5	5	دار الامارة المختلطة	
40	-	10	-	10	-	10	-	10	الثقلين للبنين	
40	-	10	-	10	-	10	-	10	الصادق الامين للبنين	
40	5	5	5	5	5	5	5	5	محمد البياتي المختلطة	
40	10	-	10	-	10	-	10	-	الادريسي للبنات	
40	10	-	10	-	10	-	10	-	اشور للبنات	
400	50	50	50	50	50	50	50	50	المجموع	

الأساليب المتبعة في التحليل الإحصائي لفقرات المقياس

1- القوة التمييزية للفقرات: وتشير إلى قدرة الفقرة على التمييز بصورة صحيحة بين افراد العينة من حيث امتلاكهم أو عدم امتلاكهم للسمة أو الخاصية التي يقيسها الاختبار.

وقد استعملت الباحثة أسلوب المجموعتين المتطرفتين لحساب القوة التمييزية لفقرات مقياس الفرع الليلي اذ قامت الباحثة بترتيب درجات (400) تلميذ وتلميذة تنازليا وتم تحديد (27%) من الدرجات العليا و27% من أدنى الدرجات فقد أشار كيلي (Kelley 1939) إلى النسبة المثلى لكل مجموعة من المجموعتين الطرفيتين هي(27%). (Anastasi & Urbina, 2010: 179-182). لذلك فقد أصبح عدد التلامذة في كل مجموعة (108) وباستعمال الاختبار التائي لعينتين مستقلتين استخرجت دلالة الفروق بين المجموعتين العليا والدنيا في درجات كل فقرة من فقرات المقياس، وقد تراوحت القيمة التائية المحسوبة للفقرات بين (22.569-3.031) وهي اكبر من القيمة التائية الجدولية والبالغة (1.960) عند مستوى دلالة (0,05) وبدرجة حرية (214) مما يدل على أن فقرات المقياس جميعها مميزة والجدول (5) يوضح ذلك.

جدول(5): القوة التمييزية لفقرات مقياس الفرع الليلي

القيمة التائية المحسوبة	المجموعة الدنيا		المجموعة العليا		ت
	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	
18.910	0.49531	1.2500	0.53309	2.5741	1
17.847	0.54082	1.3148	0.52655	2.6111	2
13.187	0.62562	1.3981	0.63332	2.5278	3
22.569	0.33746	1.1296	0.56821	2.5648	4
18.698	0.49991	1.2593	0.56093	2.6111	5
20.121	0.40591	1.1481	0.61452	2.5741	6
18.169	0.36410	1.1296	0.67614	2.4722	7
15.735	0.50431	1.2315	0.67665	2.5093	8
19.860	0.42710	1.2037	0.58205	2.5833	9
19.222	0.41768	1.2222	0.62403	2.6111	10

23.489	0.31573	1.1111	0.57907	2.6019	11
14.454	0.48013	1.2222	0.71205	2.4167	12
17.934	0.48086	1.2593	0.59789	2.5833	13
14.853	0.48977	1.2778	0.66113	2.4537	14
15.035	0.43948	1.2222	0.71399	2.4352	15
19.587	0.33320	1.1019	0.66276	2.5000	16
18.802	0.29121	1.0926	0.68813	2.4444	17
16.483	0.33320	1.1019	0.69482	2.3241	18
18.834	0.31573	1.1111	0.64180	2.4074	19
15.917	0.35435	1.1204	0.66745	2.2778	20
8.977	0.75482	1.5185	0.66745	2.3889	21
15.065	0.59039	1.3148	0.53753	2.4722	22
14.082	0.55465	1.3056	0.63147	2.4444	23
3.031	0.86041	1.7315	0.75223	2.0648	24
12.685	0.51760	1.2222	0.74883	2.3333	25
14.195	0.41383	1.1574	0.70821	2.2778	26
11.841	0.44961	1.1481	0.76320	2.1574	27

2- علاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس: يعد ارتباط درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس مؤشرا لصدق الفقرة وإحدى طرائق حساب صدق الفقرات هي ارتباط هذه الفقرات بمحك داخلي، وأفضل محك داخلي هو الدرجة الكلية على المقياس فالارتباطات بين الدرجة الكلية ومفردات المقياس أو مجالاته الفرعية هي قياسات أساسية للتجانس لأنها تساعد على تحديد السلوك أو السمة المراد قياسها بواسطة المقياس. (Anastasi & Urbina,2010: 129)

لذا استعملت الباحثة معامل ارتباط بيرسون لاستخراج قوة العلاقة الارتباطية بين درجة كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس، وقد تم التطبيق على درجات (400) تلميذا وتلميذة وهي نفس الدرجات التي خضعت للتحليل الإحصائي في ضوء أسلوب المجموعتين الطرفيتين، وقد كانت قيمة معامل الارتباط تتراوح ما بين (0.235- 0.729) وعند مقارنتها بالقيمة الجدولية البالغة (0.113) وبمستوى دلالة (0.05) وبدرجة حرية (388) كانت النتائج جميعها دالة المقياس والجدول (6) يوضح ذلك.

الجدول (6): معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية

معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية	ت	معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية	ت	معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية	ت
.691**	19	.716**	10	.706**	1
.662**	20	.732**	11	.685**	2
.504**	21	.631**	12	.621**	3
.652**	22	.672**	13	.721**	4

.595**	23	.640**	14	.669**	5
.235**	24	.647**	15	.697**	6
.602**	25	.729**	16	.673**	7
.625**	26	.703**	17	.665**	8
.571**	27	.680**	18	.716**	9

الخصائص السايكومترية للمقياس:

أولاً: الصدق (Validity): يمثل الصدق الدرجة التي يخدم عندها الاختبار أو المقياس الغرض الذي صمم من أجله. (Worthan, 2008: 120)

ويعد الصدق من الشروط الأساسية اللازمة للمقاييس وقد قامت الباحثة باستخراج نوعين من الصدق وهما كالآتي:

أ- الصدق الظاهري Face Validity

يشير الصدق الظاهري فيما إذا كان الاختبار يبدو ملائماً لقياس ما وضع من أجله، وهو من الخصائص المرغوبة في الاختبارات (Anastasi & Urbina, 2010: 117)

ويتحقق هذا النوع من الصدق بعرض فقرات المقياس على مجموعة من الخبراء المتخصصين في العلوم التربوية والنفسية لتحديد صلاحيتها في قياس السمة أو المتغير المقاس، وقد تحققت الباحثة من الصدق الظاهري للمقياس في بداية إعداد فقراته. كما مر ذلك في فقرة صلاحية الفقرات السابقة

ب- صدق البناء Construct Validity

صدق البناء لأي مقياس هو مدى قياس المقياس بناءً نظرياً أو سمة معينة ويتحقق هذا النوع من الصدق بطرائق متعددة منها حساب الاتساق الداخلي للفقرات أو عن طريق حساب القوة التمييزية للفقرات.

(Anastasi & Urbina, 2010: 126)

وعند التحقق من صدق البناء نكون قد تأكدنا من ان المقياس أو الاختبار يستطيع التفريق بين سلوك الأشخاص الذين يملكون الخاصية أو السمة المراد قياسها والذين لا يملكون مثل هذه السمة أو الخاصية. (Worthan, 2008: 121)

وقد قامت الباحثة باستخراج مؤشرات صدق البناء لمقياس الفرع الليلي عن طريق حساب القوة التمييزية للفقرات وعن طريق حساب ارتباط درجات الفقرات بالدرجة الكلية للمقياس

ثانياً: الثبات Reliability: يشير الثبات إلى الاتساق فالثبات هو اتساق الدرجات التي يحصل عليها نفس الأشخاص عندما يعاد اختبارهم بنفس الاختبار في ظروف مختلفة أو بمجموعات مختلفة من مفردات مكافئة أو في ظروف قياس أخرى متغيرة.

(Anastasi & Urbina, 2010: 84)

وقد قامت الباحثة بالتحقق من ثبات الاختبار عن طريق استعمال معادلة ألفا -كرونباخ (Cronbach- Alpha)، ويسمى معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ بمعامل الاتساق الداخلي أو معامل التجانس ويشير ايبيل وفريسيبي (Eabl & Frisbie 2009) إلى أن معامل ألفا يمكن أن يقدم ثبات معول عليه في قياس اتساق مجموعة من الفقرات داخل الاختبار.

(Eabl & Frisbie, 2009: 84)

وقد تم تطبيق معادلة ألفا كرونباخ على درجات عينة التحليل الإحصائي البالغة (400) تلميذ وتلميذة وقد كانت قيمة معامل

الثبات (0.946)

الصيغة النهائية للمقياس: بعد ان تم استخراج القوة التمييزية لل فقرات والتحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس، تكون المقياس بصيغته النهائية من (27) فقرة يجاب عليها من خلال ثلاث بدائل هي (يحدث دائما، يحدث احيانا، لا يحدث ابدا) تعطى الاجابات الاوزان الاتية (1,2,3) على التوالي، وبذلك يتراوح مدى الدرجات من (27-81) درجة بمتوسط فرضي مقداره (54) درجة الخصائص الإحصائية الوصفية لمقياس الفرع الليلي: تم استخراج الخصائص الاحصائية الوصفية لمقياس الفرع الليلي كما مبين في الجدول (7)

جدول(7): الخصائص الإحصائية لمقياس الفرع الليلي

الخصائص الإحصائية	القيمة الحسابية
المتوسط الحسابي	50,7
الانحراف المعياري	13,417
التباين	180
الوسط الفرضي	54
الوسيط	54
المدى	55
الالتواء	0.007
التفلطح	0,318-

الوسائل الإحصائية Statistical Tools

استخرجت الخصائص السيكومترية والمؤشرات الإحصائية لمقياس الفرع الليلي عن طريق استعمال الحقيبة الاحصائية (SPSS):

1. الاختبار التائي (t-test) لعينة واحدة للتعرف على مستوى الفرع الليلي لعينة البحث. (عودة والخليلي 2000,ص220)
 2. تحليل التباين الثنائي للأوساط غير الموزونة two way anova: للتعرف على الفروق في مستوى الفرع الليلي على وفق نمط الجنس والصف الدراسي. (عودة والخليلي 2000,ص412)
- معادلة شيفية لمتابعة الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين الأوساط الحسابية المتحققة في تحليل التباين الثنائي. (الكبيسي 2010,ص183)

الفصل الرابع: عرض النتائج وتفسيرها ومناقشتها

يتضمن هذا الفصل عرضاً للنتائج التي توصلت إليها الباحثة على وفق أهداف البحث وتفسيرها ومناقشتها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة فضلا عن الاستنتاجات والتوصيات والمقترحات المنبثقة من نتائج البحث:

الهدف الاول: بناء اداة لمقياس الفرع الليلي:

تحقق هذا الهدف من خلال الاجراءات والخطوات العلمية المتبعة في بناء المقاييس وقد استعرضت في الفصل الثالث.

الهدف الثاني:

أ- تعرف مستوى الفرع الليلي لدى تلامذة المرحلة الابتدائية:

تحقيقاً لهذا الهدف تم تطبيق مقياس الفرع الليلي على عينة البحث المؤلفة من (576) تلميذ وتلميذة بواقع (288) تلميذ و(288) تلميذة، وبعد جمع الاستبانات استبعدت (176) استبانة لعدم اجابة اسر التلامذة على كل الفقرات او بعضها وبذلك اصبح عدد التلاميذ (200) وعدد التلميذات (200) وقد بلغ المتوسط الحسابي الكلي لأفراد العينة ككل بعد الاستبعاد (50,6) درجة والانحراف المعياري (7,7)، ولغرض تشخيص التلامذة ذوي الفرع اعتمدت الباحثة نقطة قطع وهي (المتوسط الحسابي + انحراف

معياري واحد)، وبذلك تكون نقطة القطع (6,7+50,6=58)، أي ان كل من يحصل على هذه الدرجة فاعلى على المقياس فهو يعاني من الفزع الليلي، ووفقا لهذا المعيار فقد شخص (121) من التلامذة منهم (62) ذكور و(59) اناث يشكلون نسبة (30,25%) من العينة الكلية، متوسط درجاتهم الحسابي الكلي (65,38) درجة بانحراف معياره (7,67) درجة، ولمعرفة دلالة الفروق بين المتوسط الحقيقي للعينة والمتوسط الفرضي للمقياس والبالغ (54) فقد استعمل الاختبار التائي (T-Test) لعينة واحدة وقد بلغت القيمة التائية المحسوبة (10,575) درجة وهي اعلى من القيمة التائية الجدولية البالغة (1,658) عند مستوى دلالة (0,05) ودرجة حرية (120) مما يدل على ارتفاع مستوى اضطراب الفزع الليلي لعينة البحث، ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء ادبيات البحث الحالي التي تشير ان اسباب الفزع فسيولوجية قد تكون ناجمة عن العوامل التي تسبب خلل او استثارة في الجهاز العصبي وكما هو معروف فان البيئة العراقية بشكل عام تعرضت في العقدين الأخيرين إلى نسبة كبيرة من التلوث نتيجة للحروب والمواد الكيميائية السامة مما يؤدي الى تشعب البيئة بالسموم وبالتالي قد تؤدي الى حدوث مشكلات نمائية وأضرار فسلجية ونيورولوجية في الجهاز العصبي للفرد، كما ان الخبرات النفسية الضاغطة والاحداث الصادمة التي يزر بها مجتمعنا يمكن ان تساعد على تسريع حدوث نوبات الفزع الليلي ومما يجدر الانتباه له ان هذه المؤثرات الكيميائية التي تسبب الاضرار الفسلجية او النفسية التي تزيد من وطأة النوبات يكون تأثيرها مضاعف على الاطفال الصغار لانهم في طور النمو العصبي والجسدي والنفسي واي عرقلة لهذا النمو تكون نتائجه واضحة واشد تأثيرا من مرحلة المراهقة والرشد ، وبهذا تتكون نتيجة البحث الحالي متفقة مع نتائج دراستي كل من (Bharti et al 2006) و (Gupta et al 2016) التي توصلت الى انتشار الفزع الليلي لدى تلامذة المرحلة الابتدائية.

ب- تعرف الفروق ذات الدلالة الاحصائية في مستوى الفزع الليلي على وفق متغير الجنس (ذكور، اناث) والصف الدراسي

تحقيقا لهذا الهدف تم استخراج المتوسط الحسابي للتلاميذ وكان يساوي (65,73) درجة والمتوسط الحسابي للتلميذات والذي بلغ (61,40) وقد استعمل تحليل التباين الثنائي للأوساط غير الموزونة وقد اتضح أن القيمة الفائية المحسوبة للعامل الأول (الجنس) كانت (7,742) درجة وهي اكبر من القيمة الفائية المحسوبة البالغة (3,92) عند مستوى دلالة (0,05) ودرجة حرية (113/1) مما يدل على ان هنالك فروق دالة احصائيا في مستوى الفزع الليلي على وفق متغير الجنس ولصالح الذكور لان متوسط درجاتهم الحسابي اكبر من مثيله للإناث، والقيمة الفائية للعامل الثاني (الصف الدراسي) كانت (49,137) درجة وهي اكبر من القيمة الفائية الجدولية البالغة (2,68) عند مستوى دلالة (0,05) ودرجة حرية (113/3) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة احصائية في مستوى الفزع الليلي تبعا لمتغير الصف الدراسي، اما القيمة الفائية للتفاعل بين العاملين الأول والثاني فقد بلغت (0,606) درجة وهي اقل من القيمة الفائية الجدولية البالغة (2,68) عند مستوى دلالة (0,05) ودرجة حرية (113/3) مما يدل على عدم وجود تفاعل بين الجنس والصف الدراسي والجدول (8) يوضح ذلك.

جدول (8)

تحليل تباين الثنائي لاختبار دلالة الفروق في الفزع الليلي على وفق متغيري الجنس والصف الدراسي

مستوى الدلالة	القيم الفائية		وسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
	الجدولية	المحسوبة				
0.05						
دالة	3,92	7,742	30,0889	1	30,0889	العامل أ (الجنس)
دالة	2,68	49,137	190,95	3	572,864	العامل ب (الصف الدراسي)
غير دالة	2,68	0,606	2,358	3	7,074	التفاعل بين أ، ب
	-	-	3,886	113	5856,4	داخل الخلايا
	-	-		120	6466,42	الكلي

ويمكن تفسير نتيجة البحث الحالي بما اشار اليه هالاهان وآخرون (Hallahan et al 2005) الذين اكدوا على أن احتمال تعرض الذكور للإصابة بالخلل النمائي - العصبي أكثر من احتمال تعرض الاناث لهذه الإصابات فالذكور أكثر قابلية للإصابة بمختلف أوجه الشذوذ في النمو البايولوجي والفسلجي من الاناث. (هادي 2015، ص161)

وقد تكون الاصابة باضطراب الفزع الليلي احد نتائج هذا الشذوذ الفسلجي في النمو، وقد اختلفت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (Gupta et al 2016) التي اشارت الى عدم وجود فروق دالة احصائيا في انتشار اضطرابات النوم ومن ضمنها الفزع الليلي بين الذكور والاناث، وقد اتفقت نتيجة البحث الحالي مع الدراسات التي قام بها كل الدليل الاحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية (DSM-5) و (American Academy of sleep Medicine (2001)

(American Academy of sleep Medicine 2008,p2)؛ (APA2013,P401)

ولأجل متابعة الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين الأوساط الحسابية المتحققة فيما يتعلق بمتغير الصف الدراسي فقد تم استعمال اختبار (شيفيه) وقد كانت قيم (ف) المحسوبة للمقارنات (الأولى والثالثة والرابعة والخامسة) أعلى من القيمة الفائية الجدولية البالغة (8,04) عند مستوى دلالة (0,05) مما يدل على أن النتائج المذكورة كانت ذات دلالة إحصائية أما في المقارنة السادسة فقد كانت قيمة (ف) المحسوبة أقل من القيمة الجدولية المذكورة مما يدل على أن النتيجة غير دالة إحصائيا وكما هو موضح في الجدول (9)

جدول (9) قيم شيفيه المحسوبة والحرية للمقارنات بين الأوساط الحسابية

قيمة ف [°] الجدولية	س [°] 4	س [°] 3	س [°] 2	س [°] 1	
	58,666	59,846	62,666	73,159	
8,04	*605,322	*747,82	*326,53	-	س [°] 1
	*43,596	*30,941	-	-	س [°] 2
	3,411	-	-	-	س [°] 3
	-	-	-	-	س [°] 4

من الجدول يتضح أن قيمة (ف) المحسوبة للمقارنة الأولى بين الوسط الحسابي لتلامذة الصف الاول والوسط الحسابي لتلامذة الصف الثاني البالغة (326,53) أكبر من القيمة الفائية الجدولية والبالغة (8,04) مما يدل أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين لصالح تلامذة الصف الاول (نظراً لان الوسط الحسابي لتلامذة الصف الاول أكبر من الوسط الحسابي لتلامذة الصف الثاني) أما في المقارنة الثانية بين الوسط الحسابي الصف الاول مع تلامذة الصف الثالث فكانت قيمة (ف) المحسوبة (747,82) درجة وهي اعلى من القيمة الفائية الجدولية البالغة (8,04) مما يدل أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين لصالح تلامذة الصف الاول (نظراً لان الوسط الحسابي لتلامذة الصف الاول أكبر من الوسط الحسابي لتلامذة الصف الثالث) وفي المقارنة الثالثة بين الوسط لتلامذة الصف الاول والوسط الحسابي لتلامذة الصف الرابع كانت القيمة الفائية المحسوبة (605,322) وهي اكبر من القيمة الفائية الجدولية البالغة (8,04) مما يدل أن الفروق بين متوسطي المجموعتين ذات دلالة إحصائية ولصالح تلامذة الصف الاول. وفي المقارنة الرابعة بين الوسط الحسابي لتلامذة الصف الثاني والوسط الحسابي لتلامذة الصف الثالث كانت القيمة الفائية المحسوبة (30,941) درجة وهي أكبر من القيمة الفائية الحرجة البالغة (8,04) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي المجموعتين لصالح تلامذة الصف الثاني.

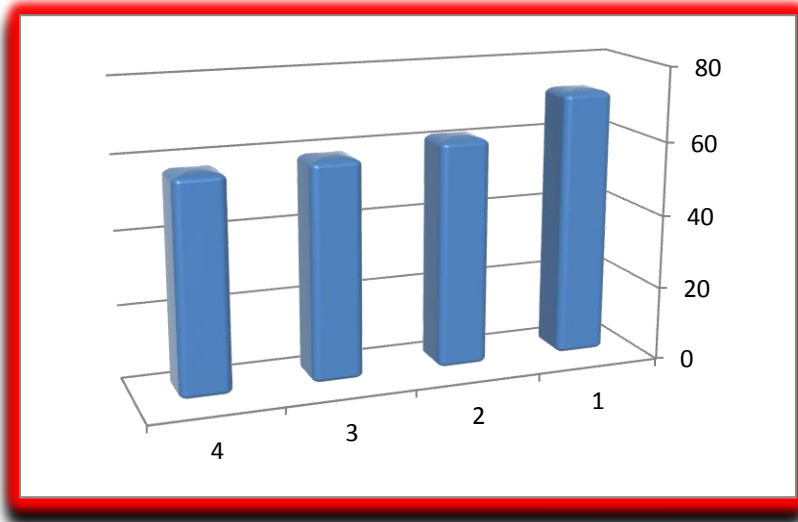
وفي المقارنة الخامسة بين الوسط الحسابي لتلامذة الصف الثاني والوسط الحسابي لتلامذة الصف الرابع كانت القيمة الفائية (43,596) وهي اكبر من القيمة الفائية الحرجة البالغة (8,04) درجة مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين وسطي المجموعتين لصالح تلامذة الصف الثاني، أما في المقارنة السادسة بين الوسط الحسابي لتلامذة الصف الثالث والوسط الحسابي لتلامذة

الصف الرابع كانت القيمة الفئوية المحسوبة (3,411) وهي اقل من القيمة الفئوية الحرجة البالغة (8,04) درجة مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي المجموعتين من هذا يتضح ان الفزع الليلي يكون في اعلى مستوى لدى تلامذة الصف الاول ثم يكون اقل في الصف الثاني واقل في الصف الثالث ويتساوى هذا المستوى لدى تلامذة الصفين الثالث والرابع, وقد اتفقت نتيجة البحث الحالي مع نتائج دراسة (Petit et al 2015) التي اشارت الى ان الفزع الليلي يكون في ذروة انتشاره لدى الاطفال الاقل عمرا كما اتفقت مع ما أشارت اليه الابدييات والابحاث العلمية التي اجريت في هذا المجال, فقد اشار الدليل الاحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية (DSM5) الى ان الفزع الليلي يكون اكثر شيوعا لدى الاطفال الصغار ويقبل حدوثه تدريجيا وصولا الى مرحلة الرشد, كما ان مراجعة نسب انتشار هذا الاضطراب تشير الى ان نسب انتشاره لدى الاعمار الصغيرة (3-7) سنوات تكون اكبر من انتشاره لدى الفئات العمرية الاكبر.

(Bhargave 2011,p6)؛ (Cardoso 1998,p3)

الا ان هذه الدراسات والابحاث لم تشر الى السبب الفسلجي الذي يجعل هذا الاضطراب اكثر انتشارا لدى الاطفال الصغار مقارنة بالاطفال الاكثر عمرا لكن من المحتمل ان الضغوط النفسية التي تسرع من حدوث النوبات وتزيد من وطأتها تكون اكبر على الاطفال في بداية المرحلة الابتدائية لاسيما وانهم يدخلون مرحلة جديدة وهي الانتقال من مرحلة اللعب في الروضة الى مرحلة متقلة بالمتطلبات الدراسية من تحضير للدروس والواجبات البيئية وقلة خبرة التلميذ في التعامل مع التلامذة الاخرين لاسيما المتمترين منهم مما قد يشكل ضغوط نفسية وذهنية على التلميذ الصغير تقل هذه الضغوط تدريجيا مع الفة التلميذ مع الجو الدراسي ومتطلباته, هذا بالاضافة الى الجو العام للمجتمع العراقي الذي يشوبه شيء من التوتر وانعدام الامن وما له من انعكاسات سلبية تزداد مع نقص خبرة الطفل بالحياة.

شكل (1) الفروق بين الاوساط الحسابية في مستوى الفزع الليلي تبعا للصف الدراسي



التوصيات:

1. الاستفادة من مقياس الفزع الليلي في الدراسات العلمية التجريبية اللاحقة والتي تستهدف قياس انتشار الفزع الليلي لدى الاطفال.
2. زيادة الوعي باضطراب الفزع الليلي من خلال عمل دورات ارشادية للأهل تتضمن توضيحا تفصيليا لأسباب هذا الاضطراب بالإضافة الى تفسير الأعراض التي قد تظهر على الطفل وكيفية التعامل معه اثناء نوبات الفزع.
3. ارشاد اسر الاطفال ذوي اضطراب الفزع الليلي حول شدة وتكرار نوبات الفزع التي تستدعي علاجاً سريريا وعدم الاكتفاء باتخاذ التدابير الاحتياطية في مواجهة مثل هكذا نوبات.

4. عمل دورات ارشادية للمعلمين تتضمن توضيحا للأثار اللاحقة المحتملة لنوبات الفزع الليلي على سلوكيات التلميذ في المدرسة ومستواه الاكاديمي من اجل وضع خطة علاجية لمساعدة هؤلاء التلامذة على التخفيف من الاثار السلبية لهذا الاضطراب.

المقترحات:

1. اجراء دراسة للتعرف على نسب انتشار الفزع الليلي لدى الاطفال الاصغر سنا(مرحلة الحضانه ورياض الاطفال)
2. اجراء دراسة مقارنة لتحديد نسبة انتشار الفزع الليلي لدى التلامذة ذوي الاحتياجات الخاصة وقرانهم العاديين.
3. اجراء دراسة لتحديد انتشار الفزع الليلي لدى التلامذة النازحين.
4. اجراء دراسة للتعرف على العلاقة بين وجود الفزع الليلي لدى التلامذة مع الاضطرابات السلوكية الاخرى (مثل السلوك العدوانى) والتحصيل الاكاديمي.

المصادر:

اولا: المصادر العربية

- بوريلي، الكسندر (1992): اسرار النوم، ترجمة احمد عبد العزيز سلامة، سلسلة عالم المعرفة (163)، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
 - الجبوري، علي محمود كاظم (2011): علم النفس الفسيولوجي، دار صفاء للنشر، عمان، الاردن.
 - (2014): قياس اضطرابات النوم لدى طلبة المرحلة الاعدادية، مجلة كلية التربية الاساسية، جامعة بابل، العدد (15)، ص(272-305).
 - الخفش، سهام رياض (2013): اثر برنامج تدريبي في معالجة مشكلات النوم عند الاطفال ذوي اضطراب التوحد، المجلة الدولية للتربية المتخصصة، المجلد (2)، العدد (10)، ص (928-945).
 - الشربيني، لطفي (2000): اضطرابات النوم (كيف تحدث وماهو العلاج)، كتاب الشعب الطبي، القاهرة، مصر.
 - عودة، احمد سليمان والخليلي، خليل يوسف(2000): الاحصاء للباحث في التربية والعلوم الانسانية ط2، دار الامل للنشر، اربد، الاردن.
 - الكبيسي، وهيب مجيد(2010): الاحصاء التطبيقي في العلوم الاجتماعية، العالمية المتحدة للنشر، بيروت، لبنان.
 - هادي، زينب علي (2011): القدرات المعرفية على وفق مقاييس مكارثي للتلامذة ذوي صعوبات التعلم وقرانهم العاديين، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية للعلوم الانسانية، جامعة بابل.
 - هادي، نورس شاكرا (2001): الكوابيس وعلاقتها باضطراب الشخصية ذات النمط الفصامي، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة بغداد.
 - ولفوك، انيتا (2010): علم النفس التربوي، ترجمة صلاح الدين محمود علام، دار الفكر للنشر، عمان، الاردن.
- ثانيا: المصادر الاجنبية

- American Academy of Sleep Medicine(2001).The International classification of sleep disorders,Revised diagnostic and coding Manual one Westbrook corporate center ،USA ،Chicago.
- Anastasi, A., Urbina, S., (2010). Psychological testing 7ed, NewDelhi, Asoke. Ghosh, PHI, Learning private Limited.
- APA (2000). Quick reference the diagnostic criteria from DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, Washington DC.
- APA (2013).Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th Ed.(DSM5),Washington DC: American Psychology Association.

- Beebe D.W(2011). Cognitive, behavioral and functional consequences of inadequate sleep in children and adolescent ,pediatric cline north AM. ,vol(58) ,p(65- 649).
- Bhargave,Sumit (2011). Diagnosis and management of common sleep problems in children , Pediatrics in Review ,Vol(32),Issu E(3), American Academy of Pediatrics.
- Bharti ,Bhavneet ,Malhi ,Prahbhot and Kashyap ,Sapna(2006). Patterns and problems of sleep in school going children ,INDAN.,Pediatrics Vol(43) pp(35-38).
- Bharti,Bhavneet ,Malhi,Prahbhjot ,Kashyap,Sapna(2006).Patterns and problems of sleep in school going children,INBAN pediatrics ,vol(43),pp(35-38).
- Carter KA.,Hathaway NE.,Lettieri CF.,(2014).Common Sleep disorders in children,Am Fam Physician ,vol(89), No(5)pp(77-368).
- Cherry, Kendra (2016).Theories of sleep: why do we sleep? Researchers have a few different theories.
- Chokroverty S.(2009). An overview of normal sleep,In: Chokroverty S. editor.sleep disorders medicine: Basic science,technical considerations and clinical aspects 3rd ed.,Philadelphia,Elsevier/Butterworth.
- Chokroverty S.(2010).Overview of sleep and sleep disorders, Indian Journal Med Res Vol(131)p(126-140).
- Chokroverty S.(2010).Overview of sleep and sleep disorders,Indian Journal Med Res, Vol(131), pp (126-140).
- Cortese,Samuele,Ivaneko,Anna,Ujj wal,Ramtekkar ,Angriman, Marco(2014).Sleep disorders in children and adolescents: Apractical guide,IACAPAP textbook of child and adolescent mental health,Geneva,International Association for child and adolescent ,Psychiatry and Allied professions.
- Davey,Margot (2015).Night Terrors ,Melbourne children's sleep centre,Southern Health,
- Davis, F. B.(1962). Item Analysis in relation to education and psychological testing, psychological Bulletin, vol. 39, pp (96-102).
- Dimario FJ.,Emery ES(1987). The natural history of night terror, clin Pediatr (Philadelphia),Vol(26),pp(11-505).
- Ebel, R.L., Frisbie, D.A. (2009). Essentials of Educational measurement 5th ed., ,New Delhi, Asoke K. Ghosh, PHI, learning private limited ,
- Feferman ,Irv(1988).Night terror in children ,CAN.FAN. Physician, Vol(34),pp(2685-2686).
- Garcia, John and Williams, Nicole(2011). Sleep Terrors or Nocturnal frontal lobe Epilepsy?Apediatric perceptive, Vol(20) No(2).
- Guilleminault C., Palombini L., Pelayo R.,Chervin RD.(2003).Sleep walking and Sleep Terrors in prepubertal children: what triggers them ? Pediatrics Vol(111) No(1) pp(17-25).
- Gupta R., Goel D., kandpal SD., Mittal N., Dhyan M., Mittal M.(2016). Prevalence of sleep disorders among primary school children ,Indian Journal pediater Vol(20) pp(140-144).
- Javaheri S. ,Storfer- Isser A. ,Rosen, CL.,(2011). Association of short and long sleep duration with insulin sensitivity in adolescent. Journal of pediatr ,vol(158) ,p(23- 617).
- Kai-Ching YU.,and Thompson,Nigel S(2016). Sleep problems and the phenomenological factors of dreaming, Journal of sleep and Hypnosis Vol(18) No.(1) pp(8-18).
- Kotagal,Suresh, Nichols,Cynthia ,Grig-Damberger,Madeleine,Marcus,Carole,Witmans,Manisha,Kirk,Valerie, Dandred,Lynn,Hoban,Timothy(2012).Non-Respiratory indications for polysomnography and related procedures in children: An evidence-based review,Sleep Vol(35) No(11)pp (1451-1466).

- Lask, Bryan(1988). Novel and non – toxic treatment for Night Terrors.BM Journal clinical research ، Vol(297) pp(591-592).
- Liu X.,Liu L., Owens JA.,Kaplan DL.(2005).Sleep patterns and sleep problems among school children in United states and China,Pediatrics, Vol (115),pp(241-249).
- Maskey, Sean (1993). Sleep disorders: simple treatment for Night Terrors, BM. Journal Clinical Research Vol(306).
- Matwiy off,Greg and Lee-Chiong,Teofilo(2010).Parasomnias an overview,Indian Journal Med Res Vol (131)pp(333-337).
- Meltzer LJ.,Johnson C.,Crosette J.,Ramos M.,Mindell JA.(2010).Prevalence of diagnosed sleep disorders in Pediatric primary care practices,Pediatrics, Vol(125) No (6),pp(1410-1418).
- Meltzer,Lisa J.,Plaufcan,Melissa R.,Thomas ،Jocelyn H.and Mindell,Jodi A. (2014). Sleep problem and Sleep disorders in pediatric primary care: treatment recommendations, persistence and health care utilization, Journal of clinical Sleep Medicine. ،vol(10) ،No(4),p(421- 426).
- Mindell J.A. ،Owens J.A.(2003).Aclinical guide to pediatric sleep: diagnosis and management of sleep problems, Lippincott Williams and Wilkins ،Philadelphia.
- Mindell JA, and Owens JA.(2003). Aclinical guide to pediatric sleep: diagnosis and management of sleep problems ،Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Moturi ،Sricharan and Avis,Kristin (2016).Assessment and treatment of common pediatric sleep disorders,Psychiatry Vol(7) No(6) pp(24-37).
- Moturi,Sricharan ،Avis, Kristin(2010).Assessment and treatment of common pediatric sleep disorders,Psychiatry ،vol(7), No(6)pp(24-37).
- Mowzoon,Nima,Kelly D.,Flemming(2007).Sleep or Night terrors: symptoms,causes and treatment ، USA published by CRC press.
- Nima,Mowzoon and Fleming,Kelly(2007).Sleep or Night Terror symptoms ،causes and treatment, USA, CRC press.
- Ohayon MM.,Caulet M.,Priest RG.(1997).Violent behavior during sleep,Journal of clin Psychiatry Vol(58) pp(76-369).
- Olson LM.,Inkelas M., Halfon N.,Schuster MA.,O"connor KG.,Mistry R.,(2004).Overview of the content of health supervision for young children: reports from parents and pediatricians, pediatrics, Vol (113),pp(1907-1916).
- Owens JA.(2007).Sleep medicine: Night Terror,In: Kliegman RM. et all Eds., Nelson textbook of Pediatrics 18th ed.,chap.(18), Philadelphia,pa: Saunders Elsevier.
- Owens JA.,Spirito A.,McGuinn M.,Nobile C.(2000).Sleep habits and sleep disturbance in elementary school-aged children Journal of Dev Behav Pediatr ،Vol(21) No (1),pp(27-36).
- Petit D., Pennestri MH., Paquet J., Desautels A., Zadra A.,Vitaro F., Tremblay RE.,Boivin M., Montplaisir J (2015). Childhood sleep walking and sleep terrors: A longitudinal study of prevalence and familial aggregation ،Journal AMA Pediatr, Vol(169) No.(7) pp(653-658).
- Rajendran,Gnanathsharan and Mitchell,Peter (2007). Cognitive Theories of Autism,. Journal Developmental Review ،vol(27) ،p(224- 226),Elsevier publishing.
- Sadeh,Avi(2005).Cognitive-Behavioral treatment of childhood sleep disorders,clinical psychology Review,Vol(25),pp(612-628).
- Schmitt,Barton (1999).Night Terrors,Instructions for Pediatric patients 2nd Ed.,WB. Saunders Company.
- Stores,Gregory(1999).Sleep disorders in children and adolescents, Advances in Psychiatric treatment ،Vol (5),pp(19-29).

- Talarczyk ,Malgorzata (2011). The authorial model of the therapy used in Night Terror and sleep disorders in children ,European Journal of Mental Health, Vol(2) pp(45-51).
 - Thorpy,Michael (2012). Classification of sleep disorders ,Neurotherapeutics ,Vol(9),No(4) ,pp(687-701) ,Springer publishing.
 - Worthan ,Sue (2008).Assessment in Early childhood Education,pearsonEducation,Inc.
 - Yang L.,Zuo C.,Eaton LF.(1987).Sleep problems of normal Chinese adolescents ,Journal of child Psychiatry, Vol(28),pp(72-167).
 - Zucconi, Marco and Ferri ,Rafael (2014). Assessment of sleep disorders and diagnostic procedures , classification of sleep disorders(ICSD-3), European sleep research Society ,pp(95-109).
- المواقع الالكترونية:
- American Academy of Sleep Medicine(2008).Nightmares and other disturbing Parasomnias. www.aasmnet.org.
 - American Academy of Sleep(2016). Sleep Terrors: Overview and fact. www.sleepeducation.org.
 - American Sleep Association ASA.(2016).What is sleep. www.sleepassociation.org.
 - Cardoso ,Silvia and Sabbatini,Renato(1998).Night Terrors,Brazil ,university of Campinas. www.cerebromente.org.
 - Cline,John (2015).The mystery of Night terror. www.psychologytoday.com.
 - Gallagher,James(2013).Sleep cleans the Brain of toxins,health and science reporter,BBC News. www.verywell.com.
 - Hamilton, John (2013).Brain sweeps themselves clean of toxins during sleep. www.npa.org
 - Harvard Medical School(2014).Sleep walking and Sleep terrors,Harvard Health publication. www.health.harvard.edu.
 - Jones,Clay(2014).Nightmares,Night terrors and potential implications for pediatric mental health, Science-based medicine. www.shefayekhatam.ir
 - Linton SJ.,(2013).Acognitive- Behavioral treatment package for Sleep Terrors: a case study ,the open sleep Journal Vol(6) pp(8-11). www.benthamsience.com.
 - Melbourne children's sleep center (). Night terrors.
 - National Institutes of Health (2013).Brain may flush out toxins during sleep. www.nih.gov.
 - Peters, Brandon (2016).Is it sleep paralysis or Night Terror: conditions can be distinguished by symptoms ,sings. www.verywell.com.
 - Scribante L.(2007). Nightmares and Sleep Terrors ,South African family practice. www.tandfonline.com.
 - Shroff ,Amita (2016).Sleep disorders: Night terror. www.emedicineHealth.org.
 - Tish,Davidson(2003). Night terrors ,Gale Encyclopedia of mental disorders ,the Gale Group INC.
 - Virk,Daljinder Ritu(2010).Sleep disturbance and psychological functioning in respiratory diseases, university of Portsmouth. www.eprints.port.uk.
 - Winkler,Thomas(2015).Important theories around sleeping disorders. www.mysleepapneamd.com.
 - Xie L.,Kang H.,Xu Q.,Chen MJ.,Liao Y.,Thiya Garajan M.,Odonnell J.,Chistensen C.,Lliff JJ.,Takano T., Deane R.,Nedergaard M.(2013).Sleep drives metabolite clearance from the adult Brain ,US national library of medicine,National Institutes of Health ,No(342),pp(7-373). www.nim.nih.gov.

الملاحق:

ملحق رقم (1)

اسماء السادة الخبراء الذين عرض عليهم مقياس الفرع الليلي

ت	اسم الخبير	الجامعة
1.	أ.د. ايمان عباس علي الخفاف	الجامعة المستنصرية/ كلية التربية الاساسية
2.	أ.د. حسين ربيع حمادي	جامعة بابل/ كلية التربية للعلوم الإنسانية
3.	أ.د. عامر ياس خضير القيسي	الجامعة المستنصرية/ كلية التربية الاساسية
4.	أ.د. عبد السلام جودت	جامعة بابل/ كلية التربية الاساسية
5.	أ.د. علي محمود كاظم الجبوري	جامعة بابل/ كلية التربية للعلوم الإنسانية
6.	أ.د. عماد حسين المرشدي	جامعة بابل/ كلية التربية الاساسية
7.	أ.د. محمد كاظم الجيزاني	الجامعة المستنصرية/ كلية التربية الاساسية
8.	أ.د. هناء رجب حسن	الجامعة المستنصرية/ كلية التربية الاساسية
9.	أ.م. د. بشار اسماعيل خليل	الجامعة المستنصرية/ كلية التربية الاساسية
10.	أ.م. د. عباس علي شلال	الجامعة المستنصرية/ كلية التربية الاساسية

ملحق (2)

مقياس الفرع الليلي بصورته الاولية

إلى الدكتور..... المحترم

تحية طيبة....

تروم الباحثة القيام بالبحث الموسوم بـ(الفرع الليلي لدى تلامذة صفوف التربية الخاصة وقرانهم العاديين) وقد تبنت الباحثة تعريف الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية للفرع الليلي(نوبات متكررة من الاستيقاظ المفاجئ من النوم مصحوب بالرهبة وعادة ما تبدأ النوبة بصرخة زعر وخوف شديد وعلامات الاستثارة اللاإرادية مثل توسع حدقة العين وعدم انتظام دقات القلب وسرعة التنفس والتعرق اثناء النوبة (DSM5: P399)

وقد اعتمدت الباحثة معايير (DSM5) والدليل التشخيصي لمنظمة الصحة العالمية(ICD) والجمعية الامريكية لاضطرابات النوم في بناء المقياس، علما ان المقياس يتم الاجابة عليه من قبل ام او اب الطفل وتكون الاجابة من خلال ثلاث بدائل (يحدث دائما، يحدث احيانا، لا يحدث ابدا) تعطى الاجابات الاوزان الاتية (1,2,3) على التوالي، ولكونك من أهل الخبرة والاختصاص المشهود لهم في هذا المجال نتقدم الباحثة بصورة المقياس الأولية راجية تفضلك بإبداء الرأي حول صلاحية استخدامه وذلك من خلال وضع علامة (√) في الحقل المناسب أمام كل فقرة اذا كانت صالحة او غير صالحة او بحاجة الى تعديل مع ذكر التعديل المقترح. ***مع فائق الشكر والامتنان***

ت	الفقرات	صالحة	غير صالحة	التعديل
	اولا: وقت نوبات الفرع			
1	تحدث خلال الساعتين الاولى او الثانية من النوم.			
2	تستمر مدة(2- 30) دقيقة.			
3	تحدث بشكل منتظم (مرة واحدة كل ليلة او مرة كل اسبوع			

			او عدد معين من المرات شهريا)
			ثانيا: في اثناء نوبة الفزع يظهر على الطفل ما يأتي
1			تبدأ النوبة بصرخة زعر
2			تتسارع دقات قلبه
3			يتعرق بشدة
4			تتوسع حدقة عينه
5			يحرك اطرافه كما لو انه يحمي نفسه
6			يتحدث بشكل عنيف
7			تكون كلماته غير مترابطة
8			تكون نظراته جامدة
9			يتترك فراشه كأنه يهرب من شيء ما
10			يظهر عليه الخوف الشديد
11			يدفع الاشخاص المحيطين به بعيدا عنه
12			غير واعي لما يقوم به
13			غير قادر على الاستجابة لمحاولات المحيطين به لتهدئته
14			يصعب عليه التعرف على المحيطين به
15			يصعب اعادته الى حالة الوعي (ايقاظه)
16			يتصرف بعنف وسلبية عند محاولة رده عما يقوم به
17			يمكن ان يؤذي نفسه
			ثالثا: بعد نوبة الفزع فان الطفل
1			يعود الى النوم بسهولة
2			يصعب عليه تذكر تفاصيل ما حدث اثناء النوبة
3			يصعب عليه تذكر الاحلام التي حدثت قبل النوبة
4			غير قادر على تذكر شعوره بالخوف اثناء النوبة
5			تؤثر النوبات على اداءه الاجتماعي
6			تؤثر النوبات على اداءه الاكاديمي
7			لا تتجم النوبات عن تناول دواء معين

ملحق رقم (3)

مقياس الفرع الليلي بصورته النهائية

اختي الام المحترمة.....اخي الاب المحترم

تروم الباحثة القيام بالبحث الموسوم بـ (الفرع الليلي لدى الاطفال وعلاقته ببعض المتغيرات) هدف البحث هو تشخيص حالة اطفالكم من اجل تقديم المساعدة الممكنة من خلال تقديم برنامج لعلاج حالة الطفل، لذا ارجو منكم التعاون من خلال قراءة فقرات المقياس بدقة والاجابة على بديل واحد من البدائل الموجودة امام الفقرات وكما مبين في نموذج الاجابة ادناه، ويتعاونكم معنا تكونون قد اسديتم خدمة لطفلكم وللبحث العلمي... مع الامتتان.

ملاحظة: اجاباتكم لن يطلع عليها احد سوى الباحثة ولا داعي لذكر اسم طفلكم فقط ارجو منكم تحديد جنس الطفل سواء كان ذكر او انثى في الحقل المخصص لذلك.

ت	الفقرات	يحدث دائما	يحدث احيانا	لا يحدث ابدا
	اولا: وقت نوبات الفرع			
1	تحدث خلال الساعتين الاولى او الثانية من النوم.			
2	تستمر مدة (2- 30) دقيقة.			
3	تحدث بشكل منتظم (مرة واحدة كل ليلة او مرة كل اسبوع او عدد معين من المرات شهريا)			
	ثانيا: في اثناء نوبة الفرع يظهر على الطفل ما يأتي			
1	تبدأ النوبة بصرخة زعر			
2	تتسارع دقات قلبه			
3	يتعرق بشدة			
4	تتوسع حدقة عينه			
5	يحرك اطرافه كما لو انه يحمي نفسه			
6	يتحدث بشكل عنيف			
7	تكون كلماته غير مترابطة			
8	تكون نظراته جامدة			
9	يترك فراشه كأنه يهرب من شيء ما			
10	يظهر عليه الخوف الشديد			
11	يدفع الاشخاص المحيطين به بعيدا عنه			
12	غير واعي لما يقوم به			
13	غير قادر على الاستجابة لمحاولات المحيطين به لتهدئته			
14	يصعب عليه التعرف على المحيطين به			
15	يصعب اعادته الى حالة الوعي (يقاظه)			

			يتصرف بعنف وسلبية عند محاولة رده عما يقوم به	16
			يمكن ان يؤذي نفسه	17
			:ثالثا: بعد نوبة الفزع فان الطفل	
			يعود الى النوم بسهولة	1
			يصعب عليه تذكر تفاصيل ما حدث اثناء النوبة	2
			يصعب عليه تذكر الاحلام التي حدثت قبل النوبة	3
			غير قادر على تذكر شعوره بالخوف اثناء النوبة	4
			تؤثر النوبات على اداءه الاجتماعي	5
			تؤثر النوبات على اداءه الاكاديمي	6
			لا تتجم النوبات عن تناول دواء معين	7