495

المجلد 17 العدد 3 سبتمبر 2016

العلاقة بين مؤشرات جودة النوم والقدرة على اتخاذ القرار لدى الراشدين: دراسة مقارنة عبر النوع الاجتماعي والحالة الصحية

د. أمثال هادي الحويلة
قسم علم النفس
كلية العلوم الاجتماعية - جامعة الكويت
al_huwailah77@hotmail.com

أ. د. هناء أحمد شويخ
قسم علم النفس
كلية الآداب. جامعة جنوب الوادي
Hannaashiwk2000@hotmail.com

العلاقة بين مؤشرات جودة النوم والقدرة على اتخاذ القرار لدى الراشدين: دراسة مقارنة عبر النوع الاجتماعي والحالة الصحية

د. أمثال هادي الحويلة
قسم علم النفس
كلية العلوم الاجتماعية – جامعة الكويت

أ. د. هناء أحمد شويخ
قسم علم النفس
كلية الآداب ـ جامعة جنوب الوادي

الملخص

تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين جودة النوم والقدرة على اتخاذ القرار، كما تسعى إلى استكشاف دور مؤشرات جودة النوم في التنبؤ بالقدرة على اتخاذ القرار لدى الجنسين. وقد اشتملت أدوات الدراسة على: استمارة البيانات الأولية، واختبار اتخاذ القرار، ومقياس تقدير الحالة الصحية، وقائمة مؤشرات جودة النوم. وقد تكونت العينة من (٢٧٤) راشدًا (١٠٨ ذكرًا، و١٦٦ أنثى)، ويتراوح المدى العمري للعينة الكلية بين ٢٠ – ٢٥ سنة، بمتوسط عمري لمجموعة الذكور ٢١ سنة، وانحراف معياري ١,٦٣، ومتوسط عمري لمجموعة الإناث ٢٠,٨٦ سنة، وانحراف معياري ٠,٤٨. وكان أهم نتائجها: (١) وجود مؤشرات جودة النوم بدرجة مرتفعة يصاحبها انخفاض في القدرة على اتخاذ القرار لدى عينة الدراسة الكلية. (٢) خلو النوم من هذه المؤشرات (قلة النوم، والأرق، وصعوبة النوم، وعدم كفاية النوم) يصاحبه قدرة الجنسين على اتخاذ القرار. (٣) لا يوجد فرق ملحوظ بين الذكور والإناث في ارتباط مؤشرات جودة النوم بالقدرة على اتخاذ القرار سواء في اتجاهها السلبي أم في حجمها الدال. (٤) تختلف مؤشرات جودة النوم والقدرة على اتخاذ القرار بتباين تقدير الحالة الصحية (اسيئة ـ جيدة). (٥) جاءت قلة النوم، وصعوبة النوم، وعدم كفاية النوم من مؤشرات جودة النوم القادرة على التنبؤ بعدم القدرة على اتخاذ القرار لدى الجنسين.

الكلمات المفتاحية: جودة النوم، قلة النوم، الكوابيس الليلية، الأرق، صعوبة التنفس، فرط النوم، صعوبة النوم، عدم كفاية النوم، الفزع الليلي، غفوات النوم، المشي أثناء النوم، القدرة على اتخاذ القرار، تقدير الحالة الصحية.

* تاريخ تسلم البحث: ٢٠١٤/١٠/٢٠م
* تاريخ قبوله للنشر: ٢٠١٥/٣/٥م

The Relation between the Markers of Sleep Quality and Decision-taking in Adults: a Comparative Study Across Gender and Health Status

Dr. Amthal H. Alhuwailah
College of Social Sciences
Kuwait University

Dr. Hanaa A. M. Shuwaikh
Department of Psychology
South Valley University

Abstract

The purpose of this study was to find the relation between and decision-taking in adults and discovering the role of the markers of sleep quality as predictors of decision-taking according to gender.

In order to verify the hypotheses of study, a battery of questionnaires including decision-making, a list of sleep quality, the scale of health status and demographic questionnaire have been used.

After fulfilling the psychometric requirements of the battery, the data were collected from a sample of (274) adults (108 males, 166 females), their ages ranged from 20-25 years, with a mean of 20 (SD =1.63) for males, and with a mean of 20.86 (SD =0.48) for females.

The findings of the study were as follows: (1) The presence of sleep quality markers accompanied by a decrease in the ability of decision-taking in adults. (2) The absence of sleep quality markers (lack of sleep, insomnia, difficulty sleeping, inadequate sleep) accompanied by gender's ability of decision-taking. (3) There is no significant difference between males and females in the relation between markers of sleep quality and decision-taking. (4) There is a difference between markers of sleep quality and decision-taking according to health status (good or bad). (5) The lack of sleep, difficulty sleeping, and insufficient sleep were the strongest predictor of inability to decision-taking in adults.

Keywords: quality of sleep, lack of sleep, nightmares, insomnia, difficulty breathing, excessive sleeping, difficulty sleeping, insufficient sleep, nocturnal panic, naps sleep, sleepwalking, decision-taking, health status.

العلاقة بين مؤشرات جودة النوم والقدرة على اتخاذ القرار لدى الراشدين: دراسة مقارنة عبر النوع الاجتماعي والحالة الصحية

د. أمثال هادي الحويلة
قسم علم النفس
كلية العلوم الاجتماعية - جامعة الكويت

أ. د. هناء أحمد شويخ
قسم علم النفس
كلية الآداب - جامعة جنوب الوادي

المقدمة

نالت عملية اتخاذ القرار Decision-taking عناية بالغة من علماء النفس والاجتماع والدراسات السلوكية والإدارة الحديثة، وذلك على مدى سنوات العقود القليلة الماضية، فعملية اتخاذ القرار من الأنشطة الأساسية في حياتنا المعاصرة سواء على المستوى الفرد أم المجتمع، وفي كافة مجالات الحياة الاجتماعية، والاقتصادية، والسياسية، والطبية، والمهنية، وغيرها. وتظهر أهمية هذا الموضوع على مستوى الفرد في اتخاذه لقرارات من شأنها توجيه سلوكه لإنجاز الأهداف التي تحدد مسار حياته وحياة الآخرين (من خلال: فاروق؛ فرج، ٢٠١٠).

وأشار الهادي (١٩٩٨) إلى أن الأسلوب العلمي لاتخاذ القرار يعتمد على أربعة محكات رئيسة هي: الخبرة، والمشاهدة، والتجربة، والتقييم. كما تشتمل عمليات القرار Decision Processes على أربع مراحل هي: (١) مرحلة ما قبل صنع القرار: تختص بتحديد المشكلة وأهدافها، وجمع البيانات والمعطيات، وطرح البدائل الممكنة، والتفكير في الآثار المترتبة عليها، والمعوقات. (٢) مرحلة صنع القرار Decision-making: تشمل الأنشطة العقلية التي تهدف اختيار بديل أو فعل ما من بين عدة بدائل أو أفعال متاحة في موقف القرار. (٣) مرحلة تنفيذ القرار، (٤) مرحلة تقييم نتائجه (من خلال: فاروق؛ فرج، ٢٠١٠؛ جلال، ٢٠١٠). وأوضح "حبيب" (١٩٩٧) أن مراحل اتخاذ القرار يمكن أن نجملها في: الحادث المنبه، وتعريف المشكلة، وتكوين المشكلة، وتحديد الحلول البديلة، وتقييم البدائل، والاختيار، والتخطيط الطارئ، والتنفيذ والتوصل إلى أفضل الحلول.

ومن ثم فعملية اتخاذ القرار هي "عملية الحسم" التي تهدف إلى الوصول إلى قرار مناسب من خلال إنجاز خطوتين أساسيتين هما: (١) تقييم البدائل المتاحة في موقف القرار، (٢) واختيار البديل المناسب في ضوء الأهداف والإمكانات المتاحة ووفقًا لمحكات معينة(Anderson, 2003).

وتؤثر في عملية اتخاذ القرار العديد من العوامل منها على سبيل المثال وليس الحصر؛ الفعالية الذاتية، والأساليب المعرفية، والميل إلى المخاطرة، ومصدر الضبط الداخلي، والحالة الصحية، وفعالية الذات، وتقدير الذات، وجودة النوم(Coats, 2000; Korpiner, 1993; Loh & Voon, 2007; Lindberg, Janson, Gislason, Bjoernsson, Hetta & Boman, 1997; Luzzo, Hasper, Albert, Bibby & Martinelli, 1999; Saka & Gati, 2007; Smith, Dickhaut, McCabe & Pardo, 2002; Terpstra & Rozell, 1993; Wood, 2000).

وتركز الدراسة الراهنة على بعض مؤشرات جودة النوم، حيث يُعد النوم ضمن الحاجات الأولية للإنسان، كالماء والهواء والطعام وغيره. وقد أجمع العلماء على أهمية النوم لصحة الإنسان الجسدية والنفسية والعقلية (صالح، ٢٠٠٥)، وقد سبق القرآن الكريم هؤلاء العلماء حينما أكد الله سبحانه وتعالى في محكم آياته: "وَجَعَلْنَا نَوْمَكُمْ سُبَاتًا× وَجَعَلْنَا اللَّيْلَ لِبَاسًا" (النبأ، ٩). "وَهُوَ الَّذِي جَعَلَ لَكُمُ اللَّيْلَ لِبَاسًا وَالنَّوْمَ سُبَاتًا وَجَعَلَ النَّهَارَ نُشُورًا" (الفرقان، ٤٧). ويقضى الإنسان ثلث حياته تقريبًا في النوم، ويحتاج الراشد إلى النوم في المتوسط ما يتراوح بين ٧-٨ ساعات في اليوم (Barlow & Durand, 1995, 37). ويؤدي اضطراب النوم إلى تدهور الوعي وشيوع الهلاوس، والضلالات واضطرابات السلوك، ونقص القدرة على العمل، وآثار معاكسة على المزاج والتركيز والذاكرة والصحة العامة (Thase, 1998).

كما لخصت النظريات المعرفية أن قلة عدد ساعات النوم تضعف كل من القدرة المعرفية، والتحكم الذاتي، وضبط النفس، واتخاذ القرارات، وتزيد من العداء، وسلوكيات الانحراف والعنف والتخريب في العمل، والتي تقدر قيمة هذه الخسائر سنويًا بأكثر من ٢٠٠ مليار دولار (Christian, 2010).

ويؤكد "كوليبراس" (Culebras, 1992) أن الاهتمام بمشكلات النوم وعلاجها له أهمية كبيرة في المجالات الآتية: تحسين نوعية الحياة، وزيادة الإنتاجية في العمل، ودقة اتخاذ القرار، والتقليل من معدلات الوَفَيَات والحوادث. فيؤثر الحرمان من النوم أو تغيير العادات المتبعة في نوم الإنسان بشكل مبالغ فيه خطورة على الجوانب الصحية للإنسان، وينتج عنها ما يطلق عليه اضطرابات النوم، وتصبح مصدر إزعاج كبير عليه، وقد يمتد أثرها لما بعد الجوانب الصحية (البدنية/ النفسية/ الصحية) إلى بيئته الخارجية حيث تؤثر في أدائه المهني وعلاقاته الخارجية.

وتشير نتائج الدراسات المسحية إلى وجود علاقة جوهرية بين طول فترة النوم ومعدل الوَفَيَات، حيث كان أدنى معدل للوفيات ينتشر بين الناس الذين تقع فترة نومهم بين سبع

ساعات وثماني ساعات كل ليلة، ثم يزداد هذا المعدل بشكل دال مع تزايد أو تناقص ساعات نومهم عن ذلك (من خلال: الدق، ٢٠٠٧، ص ٤٧). ومن المعلوم أن حاجة الأشخاص إلى النوم تختلف باختلاف العمر، والجنس، والحالة الجسمية، والحالة الصحية، وغير ذلك من العوامل بحيث يكون من الصعب تحديد القدر المناسب من النوم لكل الأفراد (يوسف، ٢٠٠٠، ص ١٣٧).

وبنظرة عامة على مُجمل نتائج الدراسات المهتمة بحصر تأثير بعض مؤشرات جودة النوم، نجد دراسة «كوربينير» (Korpiner, 1993) التي وجدت أن هناك ارتباطًا إيجابيًا بين انخفاض جودة النوم والقدرة على صنع القرار واتخاذه. وأضاف بعض الباحثين أن الحرمان من النوم يؤثر سلبًا في مكونات متعددة للمعالجة الإدراكية؛ وبالتالي القدرة على دقة اتخاذ القرار وحل المشكلات (Barnes & Hollenbeck, 2009; Ratcliff & VanDongess, 2009). وتوصل "بوند" وآخرون (Pond, Stephens & Alpass, 2010) إلى إنّ معاناة كبار السن من الأرق- عينة قوامها (ن=١٠٠) يتراوح أعمارهم بين ٥٥-٧٠ عامًا- تؤثر على قدرتهم على اتخاذ القرارات ذات الصلة بموضوعات الصحة والتقاعد. ووجدت دراسة "ليندیت" وآخرون(Lindet, Edland & Bergstrom, 1999) - من خلال المقارنة بين مجموعتين من طلاب الجامعة أحدهما: تجريبية (تحرم من النوم (ن=١٢) والأخرى ضابطة (لا تحرم من النوم (ن=١٢) - إلى أن الحرمان من النوم يؤثر بشكل سلبي في تدهور الانتباه السمعي والقدرة على اتخاذ القرار، وتتوقف شدة حجم التدهور على زيادة عدد ساعات الحرمان من النوم، وأضافت أن التأثير السلبي للحرمان من النوم يظهر لدى الإناث بدرجة تفوق ما لدى الذكور. وأكدت دراسة "هارريسون" و"هورني" (Harrison & Horne, 2000) النتيجة السابقة، حيث وجدت أن الحرمان من النوم يؤثر سلبًّا في صنع القرار، وكشف "بريك" و"بيساني"(Bruck & Pisani, 1998) عن أن الأفراد الذين يعانون نقص في جودة النوم أقل قدرة على صنع القرار واتخاذه مقارنة بالأفراد الأسوياء. كما وجد "ميسجير" (Meseguer, 1995) أن مؤشرات انخفاض جودة النوم تُعد منبئًا جوهريًّا بالقدرة على اتخاذ القرارات الخاصة بالموضوعات المستقبلية لدى عينة قوامها (ن=٧٠) راشدًا يتراوح أعمارهم بين ١٤-٣٠ سنة. وأضافت دراسة "كيللجوري" وآخرون (Killgore, Balkin & Wesensten, 2006) أن الحرمان من النوم يقلل من معدل الأيض داخل قشرة الفص الجبهي، وهي المنطقة المسئولة عن العمليات المعرفية العليا مثل التخطيط واتخاذ القرار. وفي سبيل ذلك قام باختبار (٣٤) مشاركًا في ظرفين تجريبيين: الأول بعد الراحة والنوم،

والثاني بعد الحرمان من النوم لمدة ٤٩,٥ ساعة، وجاءت النتائج لتشير إلى خلل الوظائف المعرفية المسئول عنها القشرة الجبهية بسبب الحرمان من النوم، والتي يزيد معدل تدهورها إلى الضعف مع زيادة العمر. كما وجدت إحدى الدراسات أن انخفاض كفاءة النوم يؤثر في الوظائف التنفيذية مثل التخطيط، واتخاذ القرارات، والتفكير التجريدي، حيث كشفت عن أن ٤٠٪ من عينة (ن=٢٨٢٢) كبار السن زادت احتمالات تدهور الوظائف التنفيذية نتيجة حدوث سوء نوعية النوم، ويزداد معدل التدهور عبر فترة تتراوح ما بين ثلاث إلى أربع سنوات (Foldern, 2014). واتفقت دراسة "هيرويتز" (Hurwitz, 1998) مع الدراسات السابقة حول أن اضطراب القدرة على اتخاذ القرار يحدث نتيجة الحرمان من النوم لمدة تصل إلى ٣٦ ساعة. فالحرمان من النوم أحد أسباب حدوث الحوادث، وضعف العمل، والأداء المدرسي، بالإضافة إلى تشويه التفكير والقرارات الخاطئة (Roan, 2011).

ويرجع الاهتمام بهذه المرحلة العمرية (الراشدين) لكونها تختص باتخاذ الكثير من القرارات الحياتية المهمة بعضها خاص بالعمل، والدراسة، والزواج. وهي نوعية من القرارات ذات مترتبات طويلة المدى على حياة الفرد النفسية، والاجتماعية، والاقتصادية، والصحية، وكذلك لا يتوقف تأثيرها فقط على متخذي القرار فحسب، بل يمتد إلى العديد من الأفراد(Certo, Connelly & Tihanyi, 2008). لذا كان من الضروري التركيز على حصر العوامل المؤثرة في دقة اتخاذ القرارات، خاصة وأن اضطرابات النوم من الأمور الشائعة بين هذه الفئة العمرية، وهو ما توصلت إليه دراسة "عبد الغني" (١٩٩٩) - على عينة (٢٨٨) من الراشدين (١٤٤ من الذكور و١٤٤ من الإناث)، تتراوح أعمارهم بين ٢٠ - ٤٥ عامًا - حين وجدت أن اضطرابات النوم تنتشر لدى الراشدين بنسبة تزيد عن ٣٥٪، وأن معدلات انتشار أنماط اضطرابات النوم لدى الراشدين كما يلي: الأرق الشديد ٤,٥٪، وفرط النوم الشديد ٤,٢٪، وغشية النوم الشديد ٣٪، وتوقف التنفس الشديد ٣٪، واضطراب النوم واليقظة الشديد ٢٪، والفزع الليلي والكابوس الشديد ٥,٩٪، والمشي أثناء النوم (صفر)، والاضطرابات المصاحبة للنوم الشديد ٦,٢٪. وأضافت الدراسة أن هناك فروقًا بين الذكور والإناث في اضطرابات النوم: حيث وجدت أن الأرق، وغشية النوم، وتوقف التنفس، واضطرابات إيقاع النوم واليقظة أكثر انتشارًا بين الإناث، في حين أن فرط النوم أكثر انتشارًا عند الذكور. وكشفت دراسة "عبد الخالق" (٢٠٠١) - على عينة من الذكور (ن=١٣١٢) والإناث (ن=١٢٧٢) الكويتيين، بمتوسط عمري للذكور ١٥,٩٣ والانحراف المعياري ١,٣٧، بمتوسط عمري للإناث ١٥,٨٨ والانحراف المعياري ١,٢٣ - أنه لا توجد فروق بين الجنسين في متوسط عدد ساعات النوم

المطلوبة، ومتوسط عدد ساعات النوم ليلًا، في حين وجد أن متوسط ساعات النوم في أثناء النهار، وعدد مرات الاستيقاظ ليلًا، وطول فترة الكمون (ما قبل النوم) لدى الإناث يفوق ما لدى الذكور. وكشفت دراسة "ليندبرج" وآخرون (Linderg et al., 1997) أن الإناث أكثر في طول فترة النوم، وفي متوسط عدد مرات استيقاظهن ليلًا مقارنة بالذكور بفرق دال إحصائيًّا. واستخلصت دراسة (شقير، ٢٠١٠) أن انتشار اضطرابات النوم (الأرق) ومجمل اضطرابات النوم بين الشباب يدعو إلى عمل ضرورة التدخل السيكولوجي من أجل إزالة الأسباب (سواء النفسية والشخصية أم الاجتماعية وغيرها)، خاصة وأن هناك تأثيرًا للنوع على اضطرابات النوم المتمثلة في الكابوس والحلم المؤلم، حيث جاءت الإناث أكثر معاناة مقارنة بالذكور، وقد يرجع ذلك إلى ما تعيشه الأنثى من صراع الأدوار، وما أثرت به التنشئة الاجتماعية من تربية الأنثى على الكبت والحياء، علاوة على طبيعة المرحلة العمرية لعينة الدراسة (التي تجمع بين مرحلتي المراهقة المتأخرة وبدايات مرحلة الرشد) وما تعانيه من مشكلات البطالة ومشكلات تأخر الزواج ... وغيرها مما قد يدفعها إلى محاولة التنفيس الانفعالي من خلال بعض الحيل الدفاعية اللاشعورية والتي من بينها الكابوس والحلم المؤلم.

ومن مجمل ما سبق تهدف الدراسة الراهنة إلى الكشف عن العلاقة بين مؤشرات جودة النوم والقدرة على اتخاذ القرار لدى الراشدين في ضوء المقارنة بين متغيري النوع الاجتماعي والحالة الصحية.

اتخاذ القرار

ترجع أصل كلمة "القرار" إلى مادة "قرر" بمعنى القطع أو الفصل بمعنى تغليب أحد الأمرين على الآخر (حنا، ١٩٩١: ٢٢)، والقرار هو الرأي الذي يتخذه ويمضيه من يملك اتخاذه وإمضاءه (عبده؛ عبد الفتاح، ٢٠٠٤، ٢٢٣)؛ ويُعرف القرار - بوجه عام - بأنه موقف أو رأي أو حكم تم وُصِلَ إليه بعد مراعاة عدد من الاعتبارات، أو بوصفه التعبير الصريح عن عملية إصدار الأحكام (من خلال: محمد، ٢٠١٠، ص ٦٣). ويشير "إبراهيم" و"سليمان" (١٩٩٢) إلى أن المعنى الواضح لاتخاذ القرار يتمثل في أن هناك عدة بدائل تحتاج إلى المفاضلة بينها واتخاذ أنسبها، ومن ثم فعملية المفاضلة هذه هي صلب اتخاذ القرار. ويرى "هاستي" (Hastie, 2001) اتخاذ القرار بأنه "مجموعة الأنشطة العقلية التي تهدف إلى اختيار بديل أو فعل ما من بين عدة بدائل أو أفعال متاحة في موقف القرار"، وتتفق أغلب التعريفات على أن اتخاذ القرار هو "عملية عقلية، ويمثل سلوك الفرد في المواقف الحياتية التي تتطلب حلًا من إدراك وتحديد المشكلة وتقييم البدائل أو الحلول باستخدام المعلومات المتوفرة لديه والمفاضلة

بينها على أساس المنفعة أو تقليل الخسارة أو الخطر، وتحديد أحد هذه البدائل" (بكر، ٢٠٠٢؛ عبد السلام، ٢٠٠١؛ كردي، ٢٠١١).

وتتباين النظريات المفسرة للقدرة على اتخاذ القرار، منها: (١) النظريات المعيارية: التي يرى أصحابها أن اتخاذ القرار هو "اختيار البديل الأفضل الذي يحقق أهداف المنظمة التي يديرها القائد متخذ القرار بأقل تكلفة وأفضل نتائج". ويتم ذلك بطريقتين: الأولى حسب نظرية المنفعة المتوقعة: التي تشير إلى أن الفرد يتخذ قراره باختيار البديل الذي سيأتي بنتائج متوقعة ذات قيمة أعلى من قيمة النتائج المتوقعة للبدائل الأخرى. والثانية حسب نظرية القرار: التي يتم فيها تحديد الجوانب الإيجابية والسلبية لأي فعل أو بديل قبل الوصول إلى قرار (جلال، ١٩٩٧، ٥٢ ؛ فاروق؛ فرج، ٢٠١٠؛ العمري، ٢٠٠٢، ٣٠٩؛ عبد الله ، خليفة، ٢٠٠١، ٥٥). (٢) النظريات الوصفية: التي تفسر القدرة على اتخاذ القرار إما لكون القرار هو البديل المسيطر الذي يفوق البدائل الأخرى (Brownstein, 2003)، أو يقوم الفرد بتقييم هذه البدائل بناء على مظهر أو خاصية معينة، مع وضع حد أدنى لدرجة توفر هذا المظهر في البدائل، ثم تحذف جميع البدائل التي لا تتفق مع هذا المحك (Sternberg, 1999, 395). أو لاتفاق أحد البدائل مع اتجاهات الفرد وقيمه السلوكية (من خلال: فاروق؛ فرج، ٢٠١٠). أو اختيار البديل الذي يترتب عليه أقل قدر من الشعور بالندم(Hayashi, 2008; Leland, 1998; Josephs, Larrick, Steele & Nisbett, 1992; Plous, 1993, 101).

ويُعرف اتخاذ القرار في دراستنا الراهنة بأنه "العملية التي بمقتضاها يتم تقييم الاختيارات أو بدائل الأفعال المتاحة في موقف القرار، وذلك من خلال الوقوف على المميزات وأوجه القصور المتضمنة في كل بديل، مع تحديد النتائج المحتملة لكل اختيار، ثم انتقاء أنسب هذه البدائل ليمثل القرار، الذي يمكن من خلاله إنجاز الأهداف المطلوبة في الموقف" (من خلال: فاروق ؛ فرج، ٢٠١٠).

جودة النوم

يُعرَّف النوم بأنه "حالة طبيعية متكررة من الراحة للجسم والعقل، يتوقف فيها الكائن الحي عن اليقظة، وتصبح حواسه معزولة نسبيًا عما يحيط به من أحداث، حيث تكون العين مغلقة، مع فقدان الوعي بشكل جزئي أو كلي، لذا تقل حركات الجسم والاستجابة للمنبهات الخارجية (Medical Encyclopedia, 2009). أو هو "حالة وظيفية حيوية يتم بها استعادة النشاط والوعي، ويساعد على الاحتفاظ بالاتزان الداخلي Homeostasis، حيث يعمل على تنظيم حركة الحرارة السوية والاحتفاظ بالطاقة (عبد الخالق، ٢٠٠١).

وتتحدد مؤشرات جودة النوم طبقًا لمحكات عديدة أهمها:

١- الزمن الكلي للنوم:

يتحدد متوسط الزمن الكلي للنوم لدى الراشد بأنه ٧,٥ ساعة. حيث يتراوح بوجه عام الحاجة إلى النوم بين ٦و٩ ساعات.

٢- استمرارية النوم Sleep continuity:

وهو المدى الذي تتحرر فيه مدّة النوم من التنبيهات والاستيقاظ، وبرهنت دراسات النوم المضطرب بوضوح أنه حتى يكون الوقت الإجمالي للنوم كافيًا لمواجهة المتطلبات الفيزيولوجية للنوم، وإذا كان النوم مجزأ كثيرًا، فإن قدراته الاعتيادية على استعادة النشاط وتجديده سوف تكون ناقصة. والمعالم الأساسية في تقدير استمرارية النوم هي كفاءة النوم Sleep efficacy وهي مدى حدوث مرّة أو أكثر من الاستيقاظ خلال الليل.

٣- بناء النوم أو تركيبه (ويسمى عمارة النوم Sleep architecture):

وهو خاص بوصف الإيقاع البيولوجي للنوم واليقظة بوساطة طرق التسجيل الكهربية الفيزيولوجية وأهمها جهاز الرسم الكهربي لموجات المخ (Electroencephalograph EEG) (عبد الخالق، ٢٠٠١).

٤- خلو النوم من اضطرابات النوم الأولية primary sleep disorder التي حصرها الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع DSM-IV للاضطرابات النفسية لرابطة الطب النفسي الأمريكي (١٩٩٤) في قسمين رئيسين هما:

أ- اضطرابات النوم الأساسية أو الأولية (عسر النوم) Parasomnias وتشمل:

١- الأرق الأولي Primary Insomnia.

٢- اضطرابات فرط النوم Primary Hypersomenia.

٣- غفوات النوم المفاجئة Narcolepsy.

٤- اضطرابات النوم المرتبطة بالتنفس Breathing-Related Sleep disorders.

ب- اضطرابات النوم الثانوية (اضطرابات المخلات بالنوم):

١- اضطرابات الكوابيس الليلية Nightmare disorders.

٢- اضطراب الفزع الليلي Sleep terror disorder.

٣- اضطراب المشي أثناء النوم Sleep walk disorder (ليندساى، جاهنشاهي، ٢٠٠٠).

وتُعرَّف مؤشرات جودة النوم - كما تستخدمها الدراسة الراهنة - بأنها «خلو النوم من أي صعوبات يتعرض لها الفرد أثناء نومه، وقد تكون هذه الصعوبات في شكل اضطرابات إيقاع النوم أي اختلال في كم ونوع النوم، أو في شكل اضطرابات مخلات النوم أي اختلال

في النوم ناتج عن وقوع أحداث بارزة قوية، وقد تكون أولية أو ثانوية (DSM-IV, 1994, 270). وحصرت الدراسة الراهنة مؤشرات جودة النوم في خلوه من بعض الاضطرابات مثل قلة النوم، والكوابيس الليلية، والأرق، وصعوبة التنفس، وفرط النوم، وصعوبة النوم، وعدم كفاية النوم، والفزع الليلي، وغفوات النوم، والمشي أثناء النوم (البشر، ٢٠٠٥؛ عبد النبي، ٢٠١٢: غانم، ٢٠٠٤؛ مخيمر، على، ٢٠٠٦).

تقدير الحالة الصحية:

يعد مفهوم الصحة من المفاهيم المعقدة في معناها، حيث يكون من الصعب وضع تعريف محدد له، فهو لا يشير فقط إلى وجود أو غياب المرض أو العجز الجسمي، ولكن يشير أيضًا إلى بعض الجوانب الإيجابية، مثل التوافق العقلي، والنفسي، والاجتماعي (مبروك، ٢٠٠٢)، ويشير تقييم الصحة العامة إلى "تقييم الراشد لحالته الصحية العامة خلال الشهر السابق على المقابلة"، وهذا التقييم يكون على أساس مقياس شدة تدريجي يتكون من درجتين تبدأ بصحة سيئة وتنتهي بصحة جيدة، ويساعد هذا التقييم على تبيين إدراك الفرد الشخصي لمدى نوعية صحته.

أسئلة الدراسة

وفي ضوء ذلك تتحدد تساؤلات الدراسة كالآتي:

(١) هل هناك علاقة بين القدرة على اتخاذ القرار ومؤشرات جودة النوم كل منها على حدة؟

(٢) هل تختلف العلاقة بين مؤشرات جودة النوم والقدرة على اتخاذ القرار في اتجاهها وحجمها باختلاف النوع (الإناث والذكور)؟

(٣) هل تختلف مؤشرات جودة النوم والقدرة على اتخاذ القرار باختلاف تقدير الحالة الصحية (السيئة - جيدة)؟

(٤) أي من مؤشرات جودة النوم وتقدير الحالة الصحية تعمل بوصفها مُنَبِّئَاتٍ لكفاءة اتخاذ القرار لدى كل من الذكور والإناث؟

فروض للدراسة

(١) توجد علاقة بين القدرة على اتخاذ القرار ومؤشرات جودة النوم كل منها على حدة ومجتمعة.

(٢) تختلف العلاقة بين مؤشرات جودة النوم والقدرة على اتخاذ القرار في اتجاهها وحجمها باختلاف النوع (الإناث والذكور).

(٣) تختلف مؤشرات جودة النوم والقدرة على اتخاذ القرار باختلاف تقدير الحالة الصحية (السيئة - جيدة).

(٤) تعمل مؤشرات جودة النوم وتقدير الحالة الصحية بوصفها مُنَبِّئَاتٍ لكفاءة اتخاذ القرار لدى كل من الذكور والإناث.

منهج الدراسة وإجراءاتها:

تعتمد هذه الدراسة على المنهج الوصفي الفارقي، وذلك للكشف عن الفروق في مؤشرات انخفاض جودة النوم بتباين كلٍّ من النوع وتقدير الحالة الصحية، وكذلك بيان مدى كفاءة عملية اتخاذ القرار لدى الراشدين في ظل تباين هذه المؤشرات.

عينة الدراسة

استخدمت الدراسة عينة متاحة من محافظات القاهرة الكبرى - قوامها (٢٧٤) راشدًا (١٠٨ ذكرًا، و١٦٦ أنثى)، ويتراوح المدى العمري للعينة الكلية بين ٢٠ - ٢٥ سنة، بمتوسط عمري لمجموعة الذكور ٢١ سنة، وانحراف معياري ١,٦٣، بمتوسط عمري لمجموعة الإناث ٢٠,٨٦ سنة، وانحراف معياري ٠,٤٨، وقد جاءت العينة من ذوي التعليم الجامعي، كما خلت العينة من الأفراد المصابين بأي أمراض عضوية.

أدوات الدراسة

اشتملت أدوات الدراسة على ما يلي:

(١) **استمارة البيانات الأولية:** تتضمن عددًا من البيانات الديموجرافية كالنوع، والسن، وموطن الإقامة، والحالة الاقتصادية، وسؤال عن وجود أمراض جسمية من عدمه (وذلك لاستبعاد المرضى من العينة).

(٢) **اختبار اتخاذ القرار** (إعداد: عالية فاروق، ٢٠٠٨): يتكون الاختبار من (٣٠) بندًا، وقد صيغت في صورة تقرير ذاتي، بحيث تعبر عن عدة مواقف حياتية تواجه الفرد، وتتطلب منه اتخاذ قرارات، ويجاب عنها من خلال عدة بدائل للإجابة تتمثل في: نعم، أو لا، أو لا أستطيع أن أقرر، ويصحح الاختبار بأن يحصل كل بند على(صفر أو ١)، وبالتالي تعد درجة الفرد على الاختبار هي؛ مجموع البنود التي تحصل على درجة، وتمثل أقصى درجة على الاختبار (٣٠) درجة، وقد قُدِّرت الكفاءة السيكومترية للاختبار في إحدى الدراسات (فاروق، فرج،

٢٠١٠) على عينة مكونة من (١٠٠) طالب داخل جامعة القاهرة (٥٠ من الذكور و٥٠ من الإناث)، بمتوسط عمري قدره ١٩,٨ وانحراف معياري ٠,٩ سنة. وحُسِبَ الثبات باستخدام أسلوبين هما: معامل ألفا (٠,٧١)، وإعادة تطبيق الاختبار بفاصل زمني يتراوح بين عشرة أيام إلى أسبوعين (٠,٨٢). كما حُسب صدق الاختبار بطريقتين هما: (١) صدق المضمون: وتراوحت نسب اتفاق المحكمين ما بين ٧٠٪ - ١٠٠٪، مما يشير إلى تمثيل البنود للمجال. (٢) الصدق العاملي: وأسفر عن ظهور (١١) عاملًا، استوعبت (٤٩,٦٦٪) من التباين الكلي.

(٣) مقياس تقدير الحالة الصحية: وهو يتكون من سؤال واحد يكشف عن تقييم الراشد لصحته العامة التي يمُر بها منذ شهر وحتى وقت الاختبار، والاستجابة للاختبار تتحدد وفقًا لمقياس شدة يتكون من فئتين (سيئة - جيدة)، وتتراوح الدرجة عليه بين ١ – ٢ درجات، والدرجة الأعلى للاختبار تشير إلى تقييم جيد للصحة العامة.

(٤) قائمة مؤشرات جودة النوم (إعداد الباحثتين): تكونت هذه القائمة من (١٠) بنود، بحيث يعكس كل بند مؤشرًا على انخفاض جودة النوم، ومن الجدير بالإشارة أنه كُوِّنت هذه القائمة على ضوء استعراض عدد كبير من المقاييس العربية؛ منها على سبيل المثال لا الحصر: مقياس اضطرابات النوم لـ «عبد الغني» (١٩٩٩)، ومقياس سلوكيات النوم لـ «عبد الرازق» (١٩٩٩)، ومقياس اضطرابات النوم لـ «عبد الخالق» و«النيال» (٢٠٠٠)، وقائمة عادات النوم لـ «عبد الخالق» (٢٠٠١)، ومقياس «اضطرابات النوم» لـ «صالح» (٢٠٠٥)، واختبار اضطرابات النوم لـ «شقير» (٢٠٠٩). وتتطلب الإجابة عن بنود هذه القائمة أن يحدد المشارك درجة الشدة باستخدام مقياس يتراوح بين (واحد) و(ثلاث) درجات، وتشير الدرجة المرتفعة إلى خلو نوم الفرد من مؤشرات الجودة. وقد تُحُقِّقَ من الكفاءة السيكومترية للقائمة من خلال تطبيقها على عينة قوامها (١٠٠) راشدٍ (٥٠ ذكرًا، و٥٠ أنثى)، ويتراوح المدى العمري للعينة الكلية بين ٢١ – ٢٤ سنة)، وحساب معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية على بقية البنود، وجاءت القيم تتراوح بين ٠,٦٥ و٠,٧٤، ووصل معامل ألفا إلى ٠,٩٢، ومعامل إعادة التطبيق بعد أسبوع إلى ٠,٩٠، وكلها معاملات ثبات مرتفعة، وجاء معامل صدق الارتباط بالمحك (اضطرابات النوم لـ «عبد الغني») ٠,٩٥، بما يشير إلى توافر مؤشر على صدق القائمة.

وتوضح نتائج الدراسات السابقة والراهنة إلى تمتع كافة الاختبارات بدرجات صدق وثبات مقبولة، بما يسمح بإمكانية الاعتماد عليها في جمع بيانات الدراسة الراهنة.

النتائج

أولًا: نتائج الفرض الأول

نص الفرض الأول على: وهو "توجد علاقة دالة بين القدرة على اتخاذ القرار ومؤشرات جودة النوم كل منها على حدة".

جدول (١)
دلالة معامل ارتباط «بيرسون» بين القدرة على اتخاذ القرار ومؤشرات جودة النوم كل منها على حدة

م	مؤشرات جودة النوم	القدرة على اتخاذ القرار (ن=٢٧٤)	
		معامل الارتباط	الدلالة
(١)	قلة النوم	-٠,٠٢٥	٠,٠٠١
(٢)	الكوابيس الليلية	-٠,١٨	٠,٠٠٦
(٣)	الأرق	-٠,١٩	٠,٠٠٤
(٤)	صعوبة التنفس	-٠,٠٩	٠,١٣
(٥)	فرط النوم	-٠,١٥	٠,٠٢
(٦)	صعوبة النوم	-٠,٠٢	٠,٧٦
(٧)	عدم كفاية النوم	-٠,٣٤	٠,٠٠١
(٨)	الفزع الليلي	-٠,٢١	٠,٠٠١
(٩)	غفوات النوم	-٠,٠٨	٠,٢٢
(١٠)	المشي أثناء النوم	-٠,٠٩	٠,١٣

يتضح من الجدول السابق أن هناك ارتباطً سلبيًا دالًّا بين أغلب مؤشرات جودة النوم (قلة النوم، والكوابيس الليلية، والأرق، وفرط النوم، وعدم كفاية النوم، والفزع الليلي) والقدرة على اتخاذ القرار، حيث انحصرت قيم معامل الارتباط بين ٠,١٥ و٠,٣٤، في حين جاءت بعض المؤشرات الأخرى لجودة النوم، وهي: صعوبة التنفس، صعوبة النوم، غفوات النوم، المشي أثناء النوم غير مرتبطة بشكل دال بالقدرة على اتخاذ القرار.

والنتيجة بهذا الشكل تشير إلى أن وجود هذه المؤشرات بدرجة مرتفعة يصاحبها انخفاض في القدرة على اتخاذ القرار لدى عينة الدراسة الكلية.

ثانيًا: نتائج الفرض الثاني

نص الفرض الثاني على أنّه: «تختلف العلاقة بين مؤشرات جودة النوم والقدرة على اتخاذ القرار في اتجاهها وحجمها باختلاف النوع (الإناث والذكور)».

جدول (٢)

دلالة معامل ارتباط «بيرسون» بين مؤشرات جودة النوم والقدرة على اتخاذ القرار لدى كل من الإناث والذكور

م	مؤشرات جودة النوم	القدرة على اتخاذ القرار			
		عينة الإناث (ن=١٦٦)		عينة الذكور (ن=١٠٨)	
		معامل الارتباط	الدلالة	معامل الارتباط	الدلالة
(١)	قلة النوم	-٠,٢٥	٠,٠٠١	-٠,٢٨	٠,٠٠١
(٢)	الكوابيس الليلية	٠,١٦	٢٠.٠	-٠,٢٤	٠,٠٥
(٣)	الأرق	-٠,١٥	٠,٠٢	-٠,٢٤	٠,٠٥
(٤)	صعوبة التنفس	-٠,٠٧	٠,١٩	-٠,١٠	٠,١١
(٥)	فرط النوم	٠,١٠	٠,١٥	-٠,١٤	٠,٠٧
(٦)	صعوبة النوم	-٠,١٦	٠,٠٤	-٠,١٩	٠,٠٣
(٧)	عدم كفاية النوم	-٠,٤٩	٠,٠٠١	-٠,٣٤	٠,٠٠١
(٨)	الفزع الليلي	-٠,٠٩	٠,١٣	-٠,١٦	٠,٠٤
(٩)	غفوات النوم	-٠,٠٨	٠,٢٢	-٠,٠٦	٠,٢٠
(١٠)	المشي أثناء النوم	-٠,١٦	٠,٢٠	-٠,٠٨	٠,٢٢

جاءت النتائج في جدول (٢) متفقة مع أغلب النتائج السابقة (جدول ١) في أن بعض مؤشرات جودة النوم (قلة النوم، والأرق، وصعوبة النوم، وعدم كفاية النوم) ترتبط سلبيًا بالقدرة على اتخاذ القرار لدى الجنسين، أي أن هناك تشابهًا بين الجنسين في الارتباطات السلبية الدالة لأغلب مؤشرات جودة النوم مع قدرتهما على اتخاذ القرار، ولكن أضافت النتائج الراهنة أن الكوابيس الليلية والفزع الليلي من مؤشرات جودة النوم ارتبطت سلبيًا بالقدرة على اتخاذ القرار لدى الذكور فقط دون الإناث. أما عن باقي مؤشرات جودة النوم (صعوبة التنفس، وفرط النوم، وغفوات النوم، والمشي أثناء النوم) فجاءت غير دالة في ارتباطها بالقدرة على اتخاذ القرار لدى الجنسين.

وهذه النتائج توحي بأن خلو النوم من هذه المؤشرات (قلة النوم، والأرق، وصعوبة النوم، وعدم كفاية النوم) يصاحبه قدرة الجنسين على اتخاذ القرار، فلا يوجد فرق ملحوظ بين الذكور والإناث في ارتباط مؤشرات جودة النوم بالقدرة على اتخاذ القرار سواء في اتجاهها السلبي أو في حجمها الدال.

ثالثًا: نتائج الفرض الثالث

نص الفرض الثالث على أنّه: «تختلف مؤشرات جودة النوم والقدرة على اتخاذ القرار باختلاف تقدير الحالة الصحية (سيئة - جيدة)».

جدول (٣)
دلالة قيمة «ت» للفروق في مؤشرات جودة النوم والقدرة على اتخاذ القرار باختلاف تقدير الحالة الصحية

م	المتغيرات	تقدير الحالة الصحية				قيمة «ت»	الدلالة
		الدرجة السيئة (ن=٩٦)		الدرجة الجيدة (ن=١٧٨)			
		م	ع	م	ع		
(١)	قلة النوم	٢,١٦	٠,٦٧	١,٨٨	٠,٦٥	٢,٧٩	٠,٠٠٦
(٢)	الكوابيس الليلية	١,٥٥	٠,٥٩	١,٥٢	٠,٥٣	٠,٤١	٠,٦٨
(٣)	الأرق	١,٧٨	٠,٧٥	١,٥٦	٠,٦٢	٢,٢٩	٠,٠٢
(٤)	صعوبة التنفس	١,٠٢	٠,١٣	١,٠٦	٠,٢٨	-١,٢٥	٠,٢١
(٥)	فرط النوم	٢	٠,٨٥	٢	٠,٧٣	-٠,٠٤	٠,٩٦
(٦)	صعوبة النوم	٢,١٩	٢,٥٣	٠,٧٣	٠,٥٥	-٢,٠٨	٠,٠٤
(٧)	عدم كفاية النوم	٢,٥٤	٠,٧٢	٢,٢٩	٠,٥٥	٢,٧٨	٠,٠٠٦
(٨)	الفزع الليلي	٢,٤١	٠,٥٩	٢,٣٩	٠,٦٣	٠,١٧	٠,٨٧
(٩)	غفوات النوم	١,٨٤	٠,٧٢	١,٦٩	٠,٧١	١,٣٧	٠,١٧
(١٠)	المشي أثناء النوم	٢,١٣	٠,٦٥	٢,٠٨	٠,٥٩	٠,٤٢	٠,٦٧
(١١)	القدرة على اتخاذ القرار	٩,٥٢	١,٦٤	١٠,٢٩	١,٤٦	-٣,٠٩	٠,٠٠٢

كشفت النتائج في جدول (٣) أن هناك فروقًا دالة إحصائيًّا في بعض مؤشرات جودة النوم (قلة النوم، والأرق، وصعوبة النوم، وعدم كفاية النوم) والقدرة على اتخاذ القرار بين مجموعة ذوي تقدير الصحة بدرجة سيئة ومجموعة ذوي تقدير الصحة بدرجة جيدة. في حين اختفت الفروق بينهما في باقي مؤشرات جودة النوم (الكوابيس الليلية، وصعوبة التنفس، وفرط النوم، والفزع الليلي، وغفوات النوم، والمشي أثناء النوم).

ومن ثم يؤكد ذلك على أن انخفاض مؤشرات جودة النوم (قلة النوم، الأرق، وصعوبة النوم، وعدم كفاية النوم) تشيع بدرجة لدى مجموعة الأفراد التي تقدر صحتها بشكل سيء، كذلك جاءت قدرتهم على اتخاذ القرار منخفضة عند مقارنتها بالأفراد ذوي تقدير الصحة بشكل جيد.

رابعًا: نتائج الفرض الرابع

نص الفرض الرابع على أنّه: «تحديد أي من مؤشرات جودة النوم وتقدير الحالة الصحية تعمل كمنبئات لكفاءة اتخاذ القرار لدى كل من الذكور والإناث».

للإجابة عن هذا التساؤل استخدم تحليل الانحدار المتعدد، والجداول (٤)، (٥) تبين نتائج هذا التحليل.

١- منبئات اتخاذ القرار لدى الذكور:

جدول (٤)
تحليل الانحدار المتعددالمتغيرات المنبئة: مؤشرات جودة النوم المتغيرالتابع: اتخاذ القرار

المتغيرات المنبئة		المعامل الانحدار (B)	بيتا Beta	قيمة «ت»	مستوى الدلالة
الثابت		٧٣,٥٢	—	١٥,٣٨	٠,٠٠١
(أ) مؤشرات جودة النوم	قلة النوم	-٠,٨٦	-٠,٣٩	-٣,٢٩	٠,٠٠١
	الكوابيس الليلية	-٢,١٢	-٠,٩٢	-٢,٣٢	٠,٠٢
	الأرق	-٠,٤٩	-٠,٠٥	-٠,٥٤	٠,٥٩
	صعوبة التنفس	-١,١٠	-٠,١٧	-١,٢٤	٠,٢٢
	فرط النوم	-١,٣٦	-٠,٠٥	-٠,٤٧	٠,٦٤
	صعوبة النوم	-١,٧٠	-٠,٢٦	-٢,٤٧	٠,٠٢
	عدم كفاية النوم	-٣,٦٥	-٠,٦٨	-٢,٨٠	٠,٠١
	الفزع الليلي	-١,٩١	-٠,٣١	-٢,٢٤	٠,٠٣
	غفوات النوم	-٠,٧٦	-٠,١٢	-١,١٩	٠,٢٤
	المشي أثناء النوم	-٠,٤٣	-٠,٠٦	-٠,٣٥	٠,٧٣
(ب)	تقدير الحالة الصحية	-٠,٦٥	-٠,١٤	-١,١٢	٠,٢١
قيمة «ف»		٣,٢٩			
دلالة «ف»		٠,٠١			
ر2 (R2) لجميع المتغيرات		٠,٤٣			

تبين نتائج تحليل الانحدار الواردة بالجدول (٤) أن مؤشرات جودة النوم: قلة النوم، والكوابيس الليلية، وصعوبة النوم، وعدم كفاية النوم، والفزع الليلي القادرة على التنبؤ بالقدرة على اتخاذ القرار بمستويات عالية الدلالة لدى الذكور الراشدين، ومن اللافت للنظر أن كل مؤشرات جودة النوم فسرت ٤٣٪ من التباين في القدرة على اتخاذ القرار.

٢- منبئات اتخاذ القرار لدى الإناث:

جدول (٥)

تحليل الانحدار المتعدد المتغيرات المنبئة: مؤشرات جودة النوم المتغير التابع: اتخاذ القرار

المتغيرات المنبئة		المعامل الانحدار (B)	بيتا Beta	قيمة «ت»	مستوى الدلالة
الثابت		٧٧,٢٢	ـ	١٦,٧١	٠,٠٠١
(أ) مؤشرات جودة النوم	قلة النوم	-١,٢٤	-٠,١٩	-٢,٤٥	٠,٠٢
	الكوابيس الليلية	-٠,٢٤	-٠,٠٤	-٠,٣٥	٠,٥٩
	الأرق	-٠,٩٣	-٠,٠٨	-١,٠١	٠,٣١
	صعوبة التنفس	-٠,٧٨	-٠,١٥	-١,٦٢	٠,١١
	فرط النوم	-٠,٠٤	-٠,٠١	-٠,١٠	٠,٩٢
	صعوبة النوم	-٠,٩٦	-٠,١٩	-٢,٣٨	٠,٠٢
	عدم كفاية النوم	-١,٣٣	-٠,٢١	-٢,٠٢	٠,٠٥
	الفزع الليلي	-٠,٧٤	-٠,١٤	-١,٢٥	٠,٢١
	غفوات النوم	-٠,٢٢	-٠,٠٤	-٠,٤٣	٠,٦٧
	المشي أثناء النوم	-٠,٤٧	-٠,٠٨	-٠,٩٤	٠,٣٥
(ب)	تقدير الحالة الصحية	-٠,٧٥	-٠,٢٤	-١,٢٢	٠,٢٧
قيمة «ف»		٢,٣٩			
دلالة «ف»		٠,٠٢			
ر2 (R2) لجميع المتغيرات		٠,٦٠			

توضح نتائج تحليل الانحدار الواردة بالجدول (٥) أن مؤشرات جودة النوم: قلة النوم، وصعوبة النوم، وعدم كفاية النوم القادرة على التنبؤ بالقدرة على اتخاذ القرار بمستويات عالية الدلالة لدى الإناث الراشدات، ومن اللافت للنظر أن كل مؤشرات جودة النوم فسرت ٦٠٪ من التباين في القدرة على اتخاذ القرار.

ونستخلص من جداول تحليل الانحدار أن قلة النوم، وصعوبة النوم، وعدم كفاية النوم من مؤشرات جودة النوم القادرة على التنبؤ بعدم القدرة على اتخاذ القرار لدى الجنسين (الذكور والإناث)، وأن هذه المؤشرات ساهمت بدرجة أكبر من التباين في القدرة على اتخاذ القرار لدى الذكور عن الإناث، حيث فسرت ٤٣٪ من التباين لدى الذكور، في حين فسرت ٦٠٪ من التباين في القدرة على اتخاذ القرار لدى الإناث. مما يوحي بأن مؤشرات جودة النوم أحد العوامل المساهمة في القدرة على اتخاذ القرار لدى الجنسين.

مناقشة النتائج

سنحاول في هذا الجزء إلقاء الضوء على تفسير تلك النتائج التي انتهت إليها الدراسة الراهنة، وذلك في ضوء مدى تحقق فروضها الأربعة، واتساقها مع التراث البحثي والنظري السابق، وما تفضي إليه من تنبؤات ودلالات. وستتطرق المناقشة إلى عدة نقاط وهي:

١- مؤشرات جودة النوم وعلاقتها بالقدرة على اتخاذ القرار لدى العينة الكلية.

٢- مؤشرات جودة النوم وعلاقتها بالقدرة على اتخاذ القرار لدى كل من الإناث والذكور على حدة.

٣- الفروق في كل من مؤشرات جودة النوم والقدرة على اتخاذ القرار باختلاف درجة تقدير الحالة الصحية.

٤- التباينات بين الجنسين في علاقة مؤشرات جودة النوم بالقدرة على اتخاذ القرار.

بدءًا بالنقطة الأولى: مؤشرات جودة النوم وعلاقتها بالقدرة على اتخاذ القرار: أوضحت نتائج الفرض الأول وجود ارتباط سلبي دال بين أغلب مؤشرات جودة النوم (قلة النوم، والكوابيس الليلية، والأرق، وفرط النوم، وعدم كفاية النوم، الفزع الليلي) والقدرة على اتخاذ القرار، في جاءت بعض المؤشرات الأخرى لجودة النوم، وهي: صعوبة التنفس، وصعوبة النوم، وغفوات النوم، والمشي أثناء النوم غير مرتبطة بشكل دال مع القدرة على اتخاذ القرار. والنتيجة بمجملها تشير إلى أن توافر هذه المؤشرات بدرجة مرتفعة في النوم يصاحبها انخفاض في القدرة على اتخاذ القرار لدى عينة الدراسة الكلية.

وهذه النتيجة تتسق مع الدراسات السابقة التي وجدت أن أحد العوامل المؤثرة في عملية اتخاذ القرار مؤشرات جودة النوم (Korpiner, 1993; Luzzo et al., 1999; Saka & Gati, 2007; Smith et al., 2002; Terpstra & Rozell, 1993; Wood, 2000). كذلك وجدت دراسة «كوربينير»(Korpiner, 1993) ارتباطًا إيجابيًّا بين جودة النوم والقدرة على صنع القرار واتخاذه. وكشف "بريك" و"بيساني"(Bruck & Pisani, 1998) عن أن الأفراد الذين يعانون نقص في جودة النوم أقل قدرة على صنع القرار واتخاذه مقارنة بالأفراد الأسوياء. هذا عن علاقة جودة النوم بشكل عام بالقدرة على اتخاذ القرار، أما عن مؤشراته، فقد لخصت النظريات المعرفية أن قلة عدد ساعات النوم تضعف القدرة على اتخاذ القرارات(Christian, 2010) . وأضاف بعض الباحثين أن الحرمان من النوم يؤثر سلبًا في مكونات متعددة للمعالجة الإدراكية، وبالتالي القدرة على دقة اتخاذ القرار (Barnes & Hollenbeck, 2009; Ratcliff & VanDongess, 2009). وتوصل "بوند" وآخرون

(Pond et al., 2010) إلى أنّ المعاناة من الأرق يؤثر في قدرة اتخاذ القرارات ذات الصلة بموضوعات الصحة والتقاعد. وأكدت دراسة "هارريسون" و"هورني"(Harrison & Horne, 2000) النتيجة السابقة، حيث وجدت أن الحرمان من النوم يؤثر سلبًا في صنع القرار.

النقطة الثانية: مؤشرات جودة النوم وعلاقتها بالقدرة على اتخاذ القرار لدى كل من الإناث والذكور على حدة: جاءت نتائج الفرض الثاني الخاصة بعينة الإناث لتشير إلى أن بعض مؤشرات جودة النوم (قلة النوم، والأرق، وصعوبة النوم، وعدم كفاية النوم) ترتبط سلبيًا بالقدرة على اتخاذ القرار، أما عن باقي مؤشرات جودة النوم (الكوابيس الليلية، والفزع الليلي، وصعوبة التنفس، وفرط النوم، وغفوات النوم، والمشي أثناء النوم) فجاءت غير دالة في ارتباطها بالقدرة على اتخاذ القرار. أما عن نتائج عينة الذكور فكشفت عن ارتباط بعض مؤشرات جودة النوم (قلة النوم، والأرق، وصعوبة النوم، وعدم كفاية النوم، والكوابيس الليلية، والفزع الليلي) سلبيًا بالقدرة على اتخاذ القرار لدى الذكور، أما عن باقي مؤشرات جودة النوم (صعوبة التنفس، وفرط النوم، وغفوات النوم، والمشي أثناء النوم) فجاءت غير دالة. وهذه النتائج توحي بأن خلو النوم من هذه المؤشرات (قلة النوم، والأرق، وصعوبة النوم، وعدم كفاية النوم) يصاحبه قدرة الجنسين على اتخاذ القرار، فلا يوجد فرق ملحوظ بين الذكور والإناث في ارتباط مؤشرات جودة النوم بالقدرة على اتخاذ القرار سواء في اتجاهها السلبي أو في حجمها الدال.

وهذه النتيجة تتسق مع نتائج دراسة «ليند يت» وآخرون (Lindet et al., 1999) التي وجدت أن الحرمان من النوم يؤثر بشكل سلبي في القدرة على اتخاذ القرار، وتتوقف شدة حجم التدهور على زيادة عدد ساعات الحرمان من النوم، وأضافت أن التأثير السلبي للحرمان من النوم يظهر لدى الإناث بدرجة تفوق ما لدى الذكور.

النقطة الثالثة: الفروق في كل من مؤشرات جودة النوم والقدرة على اتخاذ القرار باختلاف درجة تقدير الحالة الصحية: وضحت النتائج أن هناك فروقًا دالة إحصائيًا في بعض مؤشرات جودة النوم (قلة النوم، الأرق، وصعوبة النوم، وعدم كفاية النوم) والقدرة على اتخاذ القرار بين مجموعة ذوي تقدير الصحة بدرجة سيئة ومجموعة ذوي تقدير الصحة بدرجة جيدة. في حين اختفت الفروق بينهما في باقي مؤشرات جودة النوم (الكوابيس الليلية، صعوبة التنفس، وفرط النوم، والفزع الليلي، وغفوات النوم، والمشي أثناء النوم). وهذا معناه أن انخفاض مؤشرات جودة النوم (قلة النوم، والأرق، وصعوبة النوم، وعدم كفاية النوم) تشيع بدرجة

لدى مجموعة الأفراد التي تقدر صحتها بشكل سيء، كذلك جاءت قدرتهم على اتخاذ القرار منخفضة عند مقارنتها بالأفراد ذوي تقدير الصحة بشكل جيد. وهذا يتفق مع ما أكدته الدراسات السابقة في أن حاجة الأشخاص إلى النوم تختلف باختلاف العمر، والجنس، والحالة الجسمية، والحالة الصحية، وغير ذلك من العوامل بحيث يكون من الصعب تحديد القدر المناسب من النوم لكل الأفراد (يوسف، ٢٠٠٠، ص ١٣٧).

النقطة الرابعة: التباينات بين الجنسين في علاقة مؤشرات جودة النوم بالقدرة على اتخاذ القرار: كشفت نتائج المقارنة بين الجنسين في العلاقة بين مؤشرات جودة النوم والقدرة على اتخاذ القرار عن نتيجتين مهمتين؛ الأولى: أنه لا توجد فروق ملحوظة بين الذكور والإناث من حيث العلاقة السلبية الدالة بين جودة النوم والقدرة على اتخاذ القرار؛ بمعنى أن وجود مؤشرات جودة النوم يصاحبها انخفاض القدرة على اتخاذ القرار لدى الجنسين. الثانية: هناك فروق بين الجنسين في كل من عدد مؤشرات جودة النوم المرتبطة سلبيًا بالقدرة على اتخاذ القرار، وكذلك في كم التباين الذي يفسره هذه المؤشرات. فقد جاء الذكور أعلى عددًا في مؤشرات جودة النوم المرتبطة سلبيًا بالقدرة على اتخاذ القرار مقارنة بالإناث. فقلة النوم، الأرق، وصعوبة النوم، وعدم كفاية النوم، والكوابيس الليلية، والفزع الليلي من مؤشرات جودة النوم المصاحبة لانخفاض القدرة على اتخاذ القرار لدى الذكور، بينما قلة النوم، والأرق، وصعوبة النوم، وعدم كفاية النوم من مؤشرات جودة النوم المتزامنة مع انخفاض القدرة على اتخاذ القرار لدى الإناث. أما عن كم التباين المفسر للقدرة على اتخاذ القرار فقد كشفت نتائج تحليل الانحدار عن أن هذه المؤشرات ساهمت بدرجة أكبر من التباين في القدرة على اتخاذ القرار لدى الإناث مقارنة بالذكور، حيث فسرت ٤٣٪ من التباين لدى الذكور، في حين فسرت ٦٠٪ من التباين في القدرة على اتخاذ القرار لدى الإناث. مما يوحي بأن مؤشرات جودة النوم أحد العوامل المساهمة في القدرة على اتخاذ القرار لدى الجنسين، وإن بدت أكثر وضوحًا لدى الإناث. وهذه النتيجة تتسق مع ما توصلت إليه دراسة «ميسجير» (Meseguer, 1995) حين وجد أن مؤشرات انخفاض جودة النوم تُعد منبئًا جوهريًّا بالقدرة على اتخاذ القرارات الخاصة بالموضوعات المستقبلية لدى عينة من الراشدين.

والأمر الذي يدعم هذا الاختلاف بين الجنسين في مؤشرات جودة النوم يأتي أيضًا من الدلائل الأمبيريقية والتصورات النظرية بما يتسق مع هذه النتيجة بشكل عام، ومن ذلك ما انتهى إليه بعض الباحثين من أن هناك فروقًا بين الذكور والإناث في اضطرابات النوم: حيث وجدت أن الأرق، وغشية النوم، وتوقف التنفس، واضطرابات إيقاع النوم واليقظة أكثر

انتشارًا بين الإناث، في حين أن فرط النوم أكثر انتشارًا عند الذكور (عبد الغني، ١٩٩٩). كما كشفت دراسة «عبد الخالق» (٢٠٠١) أن متوسط ساعات النوم في أثناء النهار، وعدد مرات الاستيقاظ ليلًا، وطول وقت الكمون (ما قبل النوم) لدى الإناث يفوق ما لدى الذكور. وتوصلت دراسة «ليندبرج» وآخرون (Linderg et al., 1997) أن الإناث أكثر في طول وقت النوم، واضطرب النوم الليلي، ومتوسط عدد مرات استيقاظهن ليلًا مقارنة بالذكور بفرق دال إحصائيًا.

كذلك فسرت ذلك دراسة (شقير، ٢٠١٠) حين وجدت أن هناك تأثيرًا للجنس في اضطرابات النوم المتمثلة في الكابوس والحلم المؤلم، وجاءت الإناث أكثر معاناة من الذكور، وأرجعت ذلك إلى ما تعيشه الأنثى من صراع الأدوار، وما أثرت به التنشئة الاجتماعية من تربية الأنثى على الكبت والحياء، علاوة على طبيعة المرحلة العمرية لعينة الدراسة (بدايات مرحلة الرشد) وما تعانيه من مشكلات البطالة ومشكلات تأخر الزواج ... وغيرها مما قد يدفعها إلى محاولة التنفيس الانفعالي من خلال بعض الحيل الدفاعية اللاشعورية التي من بينها الكابوس والحلم المؤلم.

ووجدت دراسة (فاروق، فرج، ٢٠١٠) أن هناك فروقًا دالة بين الجنسين في اتخاذ القرار في اتجاه الذكور، كذلك كشف بعض الباحثين أنه توجد فروق بين الجنسين في اتخاذ القرار لدى أفراد الطبقة الاجتماعية الدنيا في اتجاه الذكور. وتوصلت دراسة "ستون" وآخرون (Stone, Yates & Caruthers, 2002) إلى وجود فروق بين الجنسين في الميل إلى المخاطرة عند اتخاذ القرار في اتجاه الذكور مقارنة بالإناث. ويمكن تفسير هذه النتائج في ضوء عوامل التنشئة الاجتماعية، خاصة في المجتمع المصري، فهناك فروق واضحة بين طرق تنشئة الأولاد والبنات (إسماعيل، ٢٠٠٤، ٢١٠)، حيث إنه غالبًا ما تتخذ القرارات في سياق الأسرة بواسطة الذكور، بالإضافة إلى أن الثقافة المصرية غالبًا ما تدعم سلوك الذكور في اتجاه السيطرة، وإصدار القرارات، وبالتالي نتوقع اختلاف النتائج بين الذكور والإناث(من خلال: فاروق، فرج، ٢٠١٠). وهذا يفسر أن جودة النوم مثلت فقط ٤٣٪ من تفسير القدرة على اتخاذ القرار لدى الذكور، وذلك لوجود عوامل أخرى خاصة بالتنشئة والسياق الاجتماعي يعتمد عليها الذكور في اتخاذ القرار مقارنة بالإناث.

ومن مُجمل نتائج هذه الدراسة أمكن التوصل إلى الاستنتاجات الآتية:

في النهاية تمثل هذه الدراسة إحدى المحاولات لإلقاء الضوء على مترتبات انخفاض جودة النوم (وهو خلو من المؤشرات التالية: قلة النوم، والكوابيس الليلية، والأرق، وصعوبة التنفس،

وفرط النوم، وصعوبة النوم، وعدم كفاية النوم، والفزع الليلي، وغفوات النوم، والمشي أثناء النوم) في القدرة على اتخاذ القرار، والتي ظهر أن تأثيرها تباين باختلاف النوع، حيث جاءت الإناث أكثر تأثيرًا بهذه المؤشرات مقارنة بالذكور، ويؤكد "كوليبراس" (Culebras, 1992) أن الاهتمام بمشكلات النوم وعلاجها له أهمية كبيرة في المجالات الآتية: تحسين نوعية الحياة، وزيادة الإنتاجية في العمل، ودقة اتخاذ القرار، والتقليل من معدلات الوفيات والحوادث. فتغيير العادات المتبعة في نوم الإنسان بشكل مبالغ فيه خطورة على الجوانب الصحية للإنسان، وقد يمتد أثرها لما بعد الجوانب الصحية إلى بيئته الخارجية حيث تؤثر في أدائه المهني وعلاقاته الخارجية. واستخلصت دراسة (شقير، ٢٠١٠) أن انتشار اضطرابات النوم بين الشباب يدعو إلى عمل ضرورة التدخل السيكولوجي من أجل إزالة الأسباب (سواء النفسية والشخصية أم الاجتماعية وغيرها)، لأن قرارات هذه المرحلة العمرية تتميز بأنها قرارات حياتية خاصة في العمل، والدراسة، والزواج. وهي نوعية من القرارات ذات مترتبات طويلة المدى على حياة الفرد النفسية، والاجتماعية، والاقتصادية، والصحية. كما ينبغي عمل برامج إرشادية هدفها التوعية والوقاية من آثار انتشار مؤشرات انخفاض جودة النوم المتمثلة في: قلة النوم، والكوابيس الليلية، والأرق، وفرط النوم، وعدم كفاية النوم، والفزع الليلي في القدرة على اتخاذ القرار، خاصة لدى الإناث.

وأخيرًا فإن الحاجة ماسة إلى بيان معدلات انتشار اضطرابات النوم لدى أفراد هذه العينة كبيرة الحجم، وبيان الآثار السلبية لها في الوظائف النفسية والجسمية والعقلية، وذلك منوط بدراسة أخرى.

المراجع

إبراهيم، إبراهيم؛ سليمان، عبد الرحمن (١٩٩٢). الدوجماطيقية وعلاقتها باتخاذ القرار لدى عينة من طلبة جامعة قطر. مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، ١٦، ٣٣٥-٣٦٨.

إسماعيل، صفاء (٢٠٠٤). بعض المتغيرات النفسية الاجتماعية المرتبطة بالاختلالات الزواجية. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

البشر، سعاد (٢٠٠٥). اضطرابات النوم. التنمية النفسية، ٢، ١٢-١٣.

الدق، أميرة (٢٠٠٧). الفروق بين مرضى الكبد الفيروسي المزمن والأصحاء في السلوك الصحي تبعًا للفروق بينهما في الكفاءة الذاتية والحالة العقلية. رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة طنطا.

العمري، بسام (٢٠٠٢). آليات صنع القرار من وجهة نظر العمداء ورؤساء مجالس الأقسام الأكاديمية في الجامعات الحكومية الأردنية. مجلة دراسات العلوم التربوية، ٢٩(٢)، ٣٠٨-٣٣٢.

الهادي، منى (١٩٩٨). استراتيجيات صنع واتخاذ القرار. المعادي: أكاديمية السادات.

بكر، عبد الجواد (٢٠٠٢). السياسة التعليمية وصنع القرار. الإسكندرية: دار الوفاء.

جلال، خالد (١٩٩٧). علاقة الأسلوب المعرفي وبعض متغيرات الشخصية بسلوك اتخاذ القرار لدى المديرين في الصناعة. رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة جنوب الوادي.

جلال، خالد (٢٠١٠). أساليب اتخاذ القرار وتقدير الذات لدى كل من مديري المدارس وطلاب الجامعة (دراسة مقارنة بين ثقافتين). المؤتمر الإقليمي الثاني لعلم النفس، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، في الفترة من ٢٩ نوفمبر إلى ١ ديسمبر ٢٠١٠، ٧٩١-٨٢٠.

حبيب، مجدي (١٩٩٧). سيكولوجية صنع القرار. القاهرة: النهضة المصرية.

حسيب، حسيب (٢٠١١). فاعلية التدريب على الذكاء الاستراتيجي في تنمية مهارات صنع القرار لدى القيادات التربوية. المجلة المصرية للدراسات النفسية. ٢١(٧١)، ١٧٨-٢٢٨.

حنا، فهمي (١٩٩١). عضو هيئة التدريس بكليات جامعة المنصورة دراسة تقويمية ميدانية لدوره وسلوكه القيادي. المؤتمر السنوي الثامن قسم أصول التربية جامعة المنصورة "الأداء الجامعي في كليات التربية: الواقع والطموح"، في الفترة من ٧-٩ سبتمبر.

شقير، زينب (٢٠٠٩). بطارية اضطرابات النوم (مقاييس الملامح الإكلينيكية التشخيصية لاضطرابات النوم. القاهرة: الأنجلو المصرية.

شقير، زينب (٢٠١٠). جودة الحياة واضطرابات النوم لدى الشباب. المؤتمر الإقليمي الثاني لعلم النفس، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، ٧٧٣-٧٩٠.

صالح، ناهد (٢٠٠٥). اضطرابات النوم وعلاقتها بالقلق والاكتئاب والمشاعر الوجدانية لدى عينة من المراهقين. رسالة ماجستير (غير منشورة)، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة المنيا.

عبد الخالق، أحمد (٢٠٠٠). استخبارات الشخصية. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

عبد الخالق، أحمد (٢٠٠١). سلوك النوم وعاداته لدى المراهقين الكويتيين. دراسات نفسية، ١١(١)، ٣-٢٨.

عبد الرازق، درية (١٩٩٩). تصميم أداة لقياس سلوكيات النوم لدى الأطفال من المنظور النفسي. دراسات طفولة. إبريل، ١٢(٣)، ٤٣-٥٢.

عبد السلام، على (٢٠٠١). المساندة الاجتماعية واتخاذ قرار الزواج واختيار القرين وعلاقتهما بالتوافق الزواجي. دراسات نفسية. ١١(١)، ٦٩-٩٥.

عبد الله، معتز؛ خليفة، عبد اللطيف (٢٠٠١). علم النفس الاجتماعي. القاهرة: دار غريب.

عبد النبي، سامية (٢٠١٢). الألكسيزيميا وعلاقتها بنوعية (جودة) النوم لدى عينة من طلاب وطالبات الجامعة. دراسات نفسية، ٢٢(٢)، ٢٦٩-٣٠٢.

عبده، فاروق؛ عبد الفتاح، أحمد (٢٠٠٤). معجم مصطلحات التربية: لفظًا واصطلاحًا. الإسكندرية: دار الوفاء.

عكاشة، أحمد (٢٠٠٠). علم النفس الفسيولوجي. القاهرة: الأنجلو المصرية.

غانم، محمد (٢٠٠٤). النوم واضطراباته. الإسكندرية: المكتبة المصرية.

فاروق، عالية (٢٠٠٨). الفروق بين صناع القرار ومتخذيه في بعض السمات الشخصية لدى طلاب الجامعة في سياق الحياة اليومية. رسالة ماجستير (غير منشورة)، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

فاروق، عالية؛ فرج، صفوت (٢٠١٠). الفروق بين صناع القرار ومتخذيه في بعض السمات الشخصية لدى طلاب الجامعة في سياق الحياة اليومية. دراسات نفسية، ٢٠(٣)، ٥٢١-٥٥٦.

كردي، سميرة (٢٠١١). اتخاذ القرار وعلاقته بالاستقلال - الاعتماد على المجال الإدراكي وفعالية الذات لدى بعض نائبات رؤساء الأقسام العلمية بجامعة الطائف. المجلة المصرية للدراسات النفسية، ٢١(٧١)، ٢٩٤-٣٤٤.

ليندساى، جاهنشاهي (٢٠٠٠). فحص اضطرابات النوم. في: س. ل. ليندزاي؛ ج. ي. بول (محرر). مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين (٦٨٣-٦٩٨)، ترجمة صفوت فرج. القاهرة: الأنجلو المصرية.

محمد، محمد سعد (٢٠١٠). أساليب القرار وصنع القرار. القاهرة: إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.

مخيمر، عماد؛ على، هبه (٢٠٠٦). المشكلات النفسية للأطفال. القاهرة: الأنجلو المصرية.

مبروك، عزة (٢٠٠٢). مؤشرات التنبؤ بالتقييم الذاتي للصحة الجسمية لدى المسنين. دراسات نفسية، ١٢(٣)، ٣٩٧-٤١٥.

يوسف، جمعة (٢٠٠٠). الاضطرابات السلوكية وعلاجها. القاهرة: مكتبة غريب.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders, (DSM-IV)*, Washington, DC: American Psychiatric Press.

Anderson, C. (2003). The psychology of doing nothing: forms of decision avoidance result from reason and emotion. *Psychological Bulletin, 129*(1), 139-166.

Barlow, D. & Durand, V. (1995). *Abnormal Psychology: An integrative approach*. Pacific Grove: Brooks Cole.

Barnes, C. & Hollenbeck, J. (2009). Sleep deprivation and decision-making teams: Burning the midnight oil or playing with fire?. *Academy of Management – The Academy of Management Review, 34*(1), 56-76.

Brownstein, A. (2003). Biased pre-decision processing. *Psychological Bulletin, 129*(4), 545-568.

Bruck, D. & Pisani, D. (1998). The effects of sleep inertia on decision-making performance. *J. of Sleep Res. 8*, 95-103.

Certo, T., Connelly, B. & Tihanyi, L. (2008). Managers and their not – so rational decisions. *Business Horizons, 51,* 113-119.

Christian, M. (2010). *Over-tired and under control? Sleep deprivation, resources depletion and workplace deviance*. Ph.D., the University of Arizona.

Coats, L. (2000). International behaviour and community college department chairs persons, community college. *Journal of Research and Practice, 24*(10), 773-780.

Foldern, B. (2014). Pakistan: sleep quality does affect decision-making ability, *Right Vision New, 23,* 1-2.

Harrison, Y. & Horne, J. (2000). The impact of sleep deprivation on decision making: a review. *J. of Experimental Psychology, 6*(3), 236-249.

Hastie, R. (2001). Problems for judgment and decision-making. *Annual Review of Psychology. 52,* 653-683.

Hayashi, T. (2008). Regret a version and opportunity dependence. *Journal of Economic Theory, 139,* 242-268.

Hurwitz, J. (1998). Modeling the effects of sleep deprivation on real-time risky decision-making. *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society 42nd Annual Meeting,* 331-334.

Josephs, R., Larrick, R., Steele, C. & Nisbett, R. (1992). Protecting the self from the negative consequences of risky decisions. *Journal of Personality and Social Psychology, 62*(1), 26-37.

Killgore, W., Balkin, T., & Wesensten, N. (2006). Impaired decision making following 49 h of sleep deprivation. *Journal of Sleep Research, 17,* 15-31.

Korpiner, L. (1993). *Computer-aided decision-making for epilepsy and sleep diagnostics*. M.D., Tampereen Yliopisto (Finland), 1-101.

Leland, J. (1998). Similarly judgment in choice under uncertainty: A Reinter Predation of the predictions of regret theory. *Management Science, 44*(5), 659-671.

Lindberg, E., Janson, C., Gislason, T., Bjoernsson, E., Hetta, J. & Boman, G. (1997). Sleep disturbances in a young adult population: Can gender differences be explained by differences in Psychological status?. *Sleep, 20,* 381-387.

Lindet, L., Edland, A., & Bergstrom, M. (1999). Auditory attention and multi-attribute decision-making during a 33 h sleep-deprivation period: mean performance and between –subject dispersions. *ERGONOMICS, 42*(5), 696-713.

Loh, A., & Voon, H. (2007). Field dependent and field independent cognitive styles of school principals in Singapore and their implications for shared decision-making. *DAT, 1*(6), 1842-1853.

Luzzo, D., Hasper, P., Albert, K., Bibby, M. & Martinelli, E. (1999). Effects of self - efficacy - enhancing interventions on the math/science self-efficacy and career interests, goals, and action of career undecided college students. J*ournal of Counseling Psychology, 46*(2), 233-243.

Mark, A. (2003). *Elements of Decision Making*. Available on: www. Kanas State University.

Medical Encyclopedia (2009). *Definition of Sleeping*. Available on: www. answers.com/topic/sleeping.

Meseguer, A. (1995). *Adherencia al tratamiento en pacientes oncologicos adolescentes y jovenes*. Ph.D., Universitat de Valencia (Spain), 1-436.

Plous, S. (1993). *The Psychology of judgment and decision-making*. Philadelphia: Temple University Press.

Pond, R., Stephens, C. & Alpass, F. (2010). How health affects retirement decisions: three pathways taken by middle-older aged New Zealanders. *Ageing and Society, 30*(3), 527-545.

Ratcliff, R. & VanDongess, H. (2009). Sleep deprivation affects multiple distinct cognitive processes. *Psychonomic Bulletin & Review, 16*(4), 742-752.

Roan, S. (2011). Sleep deprivation sets people up for risky decision-making. *Pittsburgh Post-Gazette, 13,* 5-12.

Saka, N. & Gati, I. (2007). Emotional and personality-related aspects of persistent career decision-making difficulties. *Journal of Vocational Behavior, 71,* 340-358.

Smith, K., Dickhaut, J., McCabe, K. & Pardo, J. (2002). Neuronal substrates for choice under ambiguity risk, gains, and losses. *Management Science, 48*(6), 711-718.

Sternberg, R. (1999). *Cognitive Psychology*. (2nd ed.). U.S.A: Holt, Rinehart and Winston.

Stone, E., Yates, A. & Caruthers, A. (2002). Risk taking indecision making for others versus the self. *Journal of Applied Social Psychology, 32*(9), 1797-1824.

Terpstra, D. & Rozell, E. (1993). The influence of personality and demographic variables on Ethical decisions related to insider trading. *Journal of Psychology, 127*(4), 364-375.

Thase, M. (1998). Depression, sleep and antidepressants. *Journal of Clinical Psychiatry*. *59*(Suppl.4), 55-65.

Williams, B. (2006). Leadership for school reform: Do principal decision-making styles reflect a collaborative approach?. *Canadian Journal of Educational administration and Policy, 53,* 1-22.

Wood, W. (2000). Attitude change: persuasion and social influence. *Annual Review of Psychology, 51,* 539-570.