# سمات الشخصية كمنبئ بإضطرابات النوم لدى مرضى الشريان التاجى من الجنسين[١]

**آمال السيد على حامد بلال**

**مدرس علم النفس الاكلينيكى – كلية الآداب جامعة كفر الشيخ**

## الملخص:

هدفت الدراسة الحالية إلى تفسير الفروق بين مرضى الشريان التاجى، والأصحاء فى سمات الشخصية، وإلى التنبؤ بإضطرابات النوم لدى مرضى الشريان التاجى من خلال سمات شخصياتهم، وفهم العلاقة بين سمات الشخصية وإضطرابات النوم لدى مرضى الشريان التاجى، أيضاً تفسير الفروق بين مرضى الشريان التاجى والأصحاء فى شدة إضطرابات النوم، وقد اجريت الدراسة على عينة مكونة من (٤٨) من مرضى الشريان التاجى من المترددين على عيادة القلب بمستشفى كفر الشيخ الجامعى، موزعين وفقاً الى النوع ( ٢٥ ذكور- ٢٣ اناث)، وقد تراوحت اعمارهم بين (٢٦-٨٤ عاماً) ، بمتوسط عمرى قدره (٤٨,٧٣) عاما، وانحراف معيارى(١٢,١٢) عاما، استخدمت الباحثة مقياس العوامل الستة الكبرى للشخصية إعداد اشتون ولى وترجمة السيد عبد المطلب وميمى أحمد، ومقياس إضطرابات النوم إعداد بشرى اسماعيل؛ هذا وقد أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق بين مرضى الشريان التاجى، والأصحاء فى سمات الشخصية ما عدا عامل الإنفتاح على الخبرة وكانت الفروق لصالح الأصحاء، كما أشارت إلى عدم وجود فروق بين مرضى الشريان التاجى، والأصحاء فى إضطرابات النوم ما عدا بعد الفزع الليلى وإضطراب السير أثناء النوم، أيضاً بينت النتائج وجود علاقة ارتباطية بين بعض سمات الشخصية، وبعض إضطرابات النوم لدى مرضى الشريان التاجى؛ كما أشارت النتائج إلى أنه يمكن التنبؤ ببعض إضطرابات النوم من خلال سمات شخصية مرضى الشريان التاجى.

**الكلمات المفتاحية : سمات الشخصية، إضطرابات النوم، مرضى الشريان التاجى، الجنس، الرشد.**

[١] تم استلام البحث بتاريخ ٢٠٢٤/٦/٣٠ ، وتم قبوله نهائيا بتاريخ : ٢٠٢٤/٧/٣٠ ، وتم النشر بتاريخ :٢٠٢٤/٨/١.
المعرف الرقمي للوثيقة : **10.21608/BSHJO.2024.300742.1073**

# Personality traits as a variable predicting sleep disorders in coronary artery disease patients of both sexes

Amal Elsayed Ali Hamed Belal

## Abstract:

The current study aimed to explain the differences in personality traits between coronary artery disease (CAD) patients and healthy individuals, predict sleep disorders in CAD patients based on their personality traits, and understand the relationship between personality traits and sleep disorders in CAD patients. Additionally, the study sought to explain the differences in the severity of sleep disorders between CAD patients and healthy individuals.The study was conducted on a sample of 48 CAD patients who attended the cardiology clinic at Kafr El-Sheikh University Hospital. The sample was distributed according to gender (25 males and 23 females), with ages ranging from 26 to 84 years, an average age of 48.73 years, and a standard deviation of 12.12 years. The researcher used the Six Factor Personality Inventory by Ashton and Lee, translated by Abdel-Motleb and Mimi Ahmed, and the Sleep Disorders Scale by Bushra Ismail. The results indicated that there were no significant differences between CAD patients and healthy individuals in personality traits, except for the trait of openness to experience, where the healthy individuals scored higher. The results also showed no significant differences in sleep disorders between CAD patients and healthy individuals, except for night terrors and sleepwalking. Additionally, the study found a correlational relationship between some personality traits and certain sleep disorders in CAD patients. It was also indicated that some sleep disorders in CAD patients could be predicted based on their personality traits.

**Keywords**: Personality traits, Sleep disorders, Coronary artery disease patients ، Sex, Adulthood.

مقدمة :

يعد النوم هو جزء أساسى من التوازن البشرى، وترتبط إضطرابات النوم مع العديد من الحالات المرضية، وعلى الرغم من هذا فقد تم إجراء القليل من الأبحاث حول مدى انتشار إضطرابات النوم لدى مرضى القلب، وقد تبين أن إضطرابات النوم تعتبر عامل خطر مهم للإصابة بأمراض القلب، وقد تكون إضطرابات النوم بمثابة عامل إنذار للإصابة بأمراض القلب، ومن ثم مع زيادة تكلفة هذه الأمراض فإنه من الضرورى فحص إضطرابات النوم لدى تلك الفئة (Madsen et al.,2019).

على الرغم من أن المعانى البيولوجية لعملية النوم لا تزال موضوع نقاش فإننا نعلم أن النوم حدثاً فسيولوجيا معقداً يتضمن عدة مسارات بيولوجية مختلفة من الدوائر القشرية العصبية إلى القلب، تمثل اضطرابات النوم التنفسية لدى البالغين مجموعة واسعة، وغير متماثلة، ومتفاوتة الخطورة، والتى تشمل الشخير، وزيادة متلازمة مجرى الهواء العلوى، وانقطاع التنفس الإنسدادى أثناء النوم، لا يزال انقطاع التنفس أثناء النوم النوم مرضاً لا يحظى بالتقدير الكافى بين سكان العالم (Pelaia et al., 2021).

تحدث حركات الأطراف الدورية أثناء النوم وهى (حركات تلقائية للساقين) بشكل متكرر طوال فترة النوم من ٥%: ٨% من عامة الأفراد، ويزداد انتشارها مع تقدم العمر وتستمر تلك الحركات لمدة تصل إلى ٥ ثوانى، وتتكون من عطف ظهرى للقدم، وثنى أقل فى الركبة أو الورك، وتحدث تلك الحركات تقريباً كل ٣٠ ثانية، وفى الحالات الشديدة يمكن أن يصل العدد إلى المئات كل ليلة، عندما ترتبط تلك الحركات باليقظة يمكن أن تكون النتيجة تجزئة النوم مع احتمال فرط نشاط الجهاز العصبى الودى، كما تحدث تلك الحركات فى مجموعة واسعة من الحالات المرضية: أبرزها ارتفاع ضغط الدم، السكتة الدماغية، فشل القلب الاحتقانى، ومتلازمة تململ الساقين ( Koo et al., 2011 ).

على الرغم من وجود العديد من عوامل الخطر البيولوجية، والسلوكية لتطور أمراض القلب بما فى ذلك مستوى الكوليسترول، ارتفاع ضغط الدم، مرض السكرى، السمنة، الخمول البدنى، وتفاعلاتها ، فقد يكون النوم عامل خطر إضافياً للإصابة بأمراض القلب، وتم الربط بين أمراض القلب، وإضطرابات النوم بما فى ذلك إضطراب التنفس أثناء النوم، الأرق، وفرط النوم، وقد ارتبطت أعراض الأرق بزيادة خطر الإصابة بأمراض القلب، والأوعية الدموية بنسبة ( ٤٥% ) (Deschênes et al.,2020) .

لعبت مجموعة من العوامل النفسية، والإجتماعية دورا مهما فى التأهب للإصابة بأمراض القلب تتمثل فى بعض الخصائص أو السمات الشخصية للفرد، وجدت بعض الدراسات أن نمط الشخصية ( أ ) الذى يتصف بالعداء، نفاد الصبر، وهيمنة القدرة التنافسية يرتبط سلباً مع حدوث الأمراض القلبية الوعائية، ومع ذلك استكشفت الدراسات أن هناك سمات أخرى يمكن أن تجعل الشخص عرضة للإصابة بأمراض القلب منها (الحالات العاطفية السلبية ، القلق، الغضب، والعداء)، بينما لا يوجد إجماع عالمى على تعريف الشخصية، ويشير عموماً إلى مجموعة

الخصائص الديناميكية، والمنظمة التى يمتلكها الشخص، والتى تؤثر بشكل فريد عليه (Sahoo et al.,2018).

أعتبرت سمات الشخصية أحد الجوانب المهمة ذات العلاقة بإضطرابات النوم، حيث أن هناك اتجاهاً عاماً مفاده أن أولئك الذين يعانون من إضطرابات النوم أو سوء نوعية النوم يظهرون المزيد من سمات العصابية، والسمات المرتبطة بالكمال، كما قد يكون هؤلاء الأفراد معرضين لإضطرابات النوم المرتبطة بالتوتر، والتى يمكن أن تؤدى إلى علاقة سببية بينها وبين الأرق، يستغرق هؤلاء الأفراد وقتاً أطول للنوم، وينامون بعمق أقل وتكون نوعية نومهم رديئة، وينامون لمدة أقصر من الطبيعى مقارنة بأولئك الذين لا يعانون من سمات العصابية، إضطراب الأرق هو إضطراب نوم سائد يحدث لدى ما يقرب من ١٦% من الأفراد. إتصف بوجود شكوى مستمرة من صعوبة بدء النوم أو الإستمرار فى النوم أو الإستيقاظ فى الصباح الباكر مع عدم القدرة على العودة إلى النوم بالإضافة إلى المخاوف وعدم الرضا عن النوم (Emert et al.,2017).

أشارت الأبحاث إلى أن المرونة العاطفية، والسمات الشخصية لها تأثير كبير على أمراض القلب، والأوعية الدموية، وفي وقت مبكر من ثلاثينيات القرن العشرين، كان يعتبر السلوك العدواني على وجه الخصوص كعامل يساهم في الإصابة بأمراض القلب، توصف سمات الشخصية مثل الغضب المفرط، ،العداء، القدرة التنافسية غير المناسبة، والإنشغال بالعمل بأنها أسباب ذاتية للتوتر تسهم فى الإصابة بأمراض القلب، كما تمت الإشارة إلى السمات الشخصية من النوع (A) شديد التوتر، والنوع (B) السهل، والنوع (D) المتعثر، هذه الانماط لها ارتباط بأمراض القلب ( Jamil et al ., 2013) .

## مشكلة الدراسة

تعد أمراض القلب والأوعية الدموية من الأسباب الرئيسية للوفيات في العالم أجمع، ويتزايد عدد الوفيات المرتبطة بهذه الأمراض كل عام. في حين بلغ عدد الوفيات المرتبطة بأمراض القلب والأوعية الدموية ١٧,٥ مليون في عام ٢٠١٢، ارتفع هذا الرقم إلى ١٧,٩ مليون في عام ٢٠١٦، ومن المتوقع أن يصبح ٢٢,٢ مليون بحلول عام ٢٠٣٠. وفي عام ٢٠١٦، شكلت الوفيات المرتبطة بأمراض القلب والأوعية الدموية ٣١٪ من إجمالي عدد الوفيات. أشارت منظمة الصحة العالمية ٢٠١٦ إلى أن النوبات القلبية والسكتة الدماغية هي الأمراض المسببة لأكبر عدد من الوفيات بين أمراض القلب والأوعية الدموي، إن هذه الأمراض تسبب معاناة داخل الأسر، وعبئًا ماليًا خطيرًا على الميزانية الصحية للبلدان، خاصة لوحظت الآثار السلبية لأمراض القلب والأوعية الدموية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل؛ حيث ترتفع معدلات الوفيات الناجمة عن أمراض القلب والأوعية الدموية على سبيل المثال، في عام ٢٠١٥، حدثت ٨٢% من الوفيات المرتبطة بالأمراض غير المعدية في العالم في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، ٣٧% من معدل الوفيات هذا ناتج عن أمراض القلب والأوعية الدموية، ويعتبر انخفاض مستوى المؤشرات الإجتماعية والإقتصادية هم السبب وراء ارتفاع مستوى الوفيات المرتبطة بأمراض القلب، والأوعية الدموية، ومن ناحية أخرى، فإن الميزانية المخصصة للصحة منخفضة

نسبياً في هذه البلدان؛ مما يؤدي إلى ارتفاع تكلفة الفرصة البديلة لكل مورد يتم تخصيصه لأمراض القلب والأوعية الدموية ، وبالتالي زيادة العبء المالي(Şahin & İlgün, 2022).

أشارت بعض الدراسات إلى أن العلاقة بين إضطرابات النوم، وأمراض القلب لا تزال موضوع نقاش، كما أشار البعض إلى وجود علاقة بينهم على أساس مدة النوم القصيرة، بينما أشار البعض الآخر إلى وجود علاقة بينهم على أساس مدة النوم الأطول فقط، كما ترتبط الإثارة الدقيقة أثناء النوم بزيادة مستوى الدهون والكورتيزول، وزيادة ضغط الدم، وتشير التقديرات إلى أن مشاكل النوم تؤثر على حوالى ٢٠% من الأفراد البالغين فى الدول الغربية، وأظهرت الدراسات أن مشاكل النوم تؤدى إلى تغيرات فسيولوجية سلبية على المدى القصير، أما العواقب طويلة المدى فهى أقل وضوحاً. فى الدراسات التجريبية والوبائية ارتبطت ساعات النوم القصيرة، والطويلة بإرتفاع ضغط الدم، ومرض السكرى من النوع الثانى، وزيادة مؤشر كتلة الجسم والتغييرات فى نسبة الدهون فى الدم ( Chandola et al ., 2010) .

تعد أمراض القلب والأوعية الدموية من أخطر مضاعفات انقطاع التنفس أثناء النوم، تشمل هذه المضاعفات قصور القلب، خلل فى وظيفة البطين الأيسر والأيمن، احتشاء عضلة القلب الحاد، عدم انتظام ضربات القلب، السكتة الدماغية، وارتفاع ضغط الدم (Dursunoğlu & Dursunoğlu, 2006).

لا تزال أمراض القلب والأوعية الدموية سبباً منتشراً للغاية للوفيات فى الولايات المتحدة، وجميع أنحاء العالم بالتوازى مع اكتشاف علاجات جديدة لأمراض القلب والأوعية الدموية مثل مرض الشريان التاجى أو قصور القلب كان هناك تركيز متزايد على تعديل عوامل الخطر القلبية الوعائية؛ للوقاية الأولية، والثانوية مما يعكس الفهم المتطور لأمراض القلب والأوعية الدموية باعتبارهما عملية نظامية لها محددات عديدة، على الرغم من الإرتباط الواضح بين أمراض القلب والأوعية الدموية، وانقطاع التنفس أثناء النوم فقد فشلت التجارب العشوائية فى إثبات أن علاج انقطاع التنفس أثناء النوم يحسن نتائج القلب والأوعية الدموية الصعبة لدى هؤلاء المرضى، ومع ذلك لا يزال هذا المجال مثيراً للجدل، حيث لا تزال التجارب العشوائية التى أجريت حتى الآن محدودة العدد كتصميم مما يسلط الضوء على الحاجة إلى مزيد من الدراسة ) Tietjens et al., 2019).

تعد إضطرابات النوم شائعة، ولا يتم تشخيصها بين البالغين فى منتصف العمر، وكبار السن، ويختلف معدل انتشارها حسب العرق، الجنس، والوزن ( Yeghiazarians et al., 2021 ) .

يرتبط بداية النوم بتغييرات قلبية تنفسية اعتماداً على مرحلة النوم، وأنماط مختلفة من الدورة الدموية، وقد لوحظ أنه يحدث أثناء النوم حركة العين السريعة، ويصاحبها انخفاض فى معدل ضربات القلب، وضغط الدم الإنقباضى، هذا وقد أشارت الجمعية الأوروبية لارتفاع ضغط الدم أنه خلال الثلاثين سنة الماضية فى الولايات المتحدة الأمريكية بين عامى ١٩٩٨ ، ٢٠٠٥ أشارت إلى زيادة من ١٢% إلى ١٦% فى أعداد الأشخاص الذين ينامون أقل من ٦ ساعات، بينما كان معدل انتشار الأرق ٢٣%، فقد وجدت علاقة بين ارتفاع نسبة أمراض ضغط الدم،

ومدة النوم القصيرة بالمقارنة بالأشخاص الذين ينامون ما بين ٧ الى ٨ ساعات فى الليلة تشمل التغيرات الديناميكية الدموية ارتفاعات غير منتظمة فى معدل النبض، وضغط الدم. إضطرابات النوم هى مشكلة صحية تؤثر على ما يصل الى ٥% من الرجال فى منتصف العمر والنساء، وهى مشكلة صحية خطيرة تمثل عامل خطر لارتفاع ضغط الدم، عدم انتظام ضربات القلب، السكتة الدماغية، أمراض القلب التاجية، وفشل القلب.إن الأشخاص الذين يعانون من انقطاع التنفس لديهم ذورة الموت المفاجئ أثناء الليل، وزيادة معدل الإصابة بأمراض القلب، والأوعية الدموية والوفيات( Levy et al., 2012)

يتصف التنفس المضطرب أثناء النوم (Sleep-disordered breathing (SDB ) الذى يتمثل فى انقطاع التنفس الإنسدادى أثناء النوم، بنوبات متقطعة من الإنسداد الجزئى أو الكامل للمجرى الهوائى العلوى أثناء النوم مما يعطل التهوية الطبيعية، وبنية النوم ويرتبط عادةً بإضطراب التنفس أثناء النوم، والشخير والنعاس أثناء النهار، يعد إضطراب التنفس أثناء النوم شائعاً حيث يبلغ معدل الإصابة به بين الرجال والنساء فى منتصف العمر ٤% و ٢% على التوالى، وتشمل عوامل الخطورة الرئيسية لإضطراب التنفس أثناء النوم السمنة، الجنس الذكرى، زيادة العمر، وتشوهات الشكل القحفى الوجهى .(Quan & Gersh, 2004)

أيضاً أظهرت العديد من الدراسات تزايد معدلات الاصابة والوفيات بمرض الشريان التاجى لدى مرض انقطاع التنفس الانسدادى اثناء النوم بشكل كبير، ولكن العلاقة الدقيقة بين انقطاع التنفس الانسدادى اثناء النوم ومرض الشريان التاجى لا تزال غير واضحة(Zhang et al.,2018).

يعتمد خطر إضطرابات النوم على شخصية الأفراد، وتشير مجموعة كبيرة من الأدلة إلى أن الأفراد المعرضين للعصابية، الإندفاع، والإنفعال الزائد هم أكثر عرضة للإصابة بهذه الإضطرابات، يجب أن يكون النوم الصحى عالى الجودة وخالى من الإضطرابات، ويعتبر عامل الخطر الرئيسى لقلة النوم هو سمات الشخصية واختلاف الأفراد فى طرق التفكير والشعور، تشير الأدلة إلى أن إضطرابات النوم تكون مستقرة إلى حد ما مع مرور الوقت مما يعنى أيضاً ان السمات مستقرة للأفراد مثل سمات الشخصية يمكن أن تكون عوامل مصاحبة مهمة، ومن الأهمية بمكان فهم الإستعدادات الشخصية لقلة النوم، حيث أنها من الممكن أن تساعد فى تحديد الأفراد الأكثر عرضة للخطر، ومن ثم تفسير العواقب الناشئة عن قلة النوم ,.Krizan et al) 2023 ).

يبلغ معدل انتشار الأرق حوالى ١٠%، غالباً ما يكون الأرق ثانوى بسبب حالات طبية مثل السرطان أو قصور القلب الإحتقانى أو الإكتئاب أو إضطرابات القلق أو بسبب تعاطى المواد المخدرة على سبيل المثال الكافيين، ولكن يمكن أن يكون حالة مستقلة أى الأرق الأولى، تشمل المتنبئات بالقلق الجنس الأنثوى، كبار السن، الدخل المنخفض، الحالات الطبية أو النفسية . (Spiegelhalder et al., 2010)

وبعد اطلاع الباحثة على الدراسات السابقة حول متغيرات الدراسة تبين أن بعض الدراسات أشارت إلى أن العصابية كانت أكثر سمات الشخصية ارتباطاً بإضطرابات النوم، وبعض

الدراسات أشارت إلى أن الإنفتاح على الخبرة لم يكن مرتبطاً بإضطرابات النوم، كما أشارت بعض الدراسات إلى أن الإستقرار العاطفى والضمير لم يظهر ضمن العوامل المنبئة بجودة النوم، أيضاً بالنسبة للدراسات التى تناولت سمات الشخصية لدى مرضى القلب أشارت إلى أنهم أصبحوا أكثر عصابية، بينما أشار البعض الآخر إلى سمات الشخصية لدى هؤلاء المرضى لم تتغير إلا بشكل طفيف حيث أصبحوا أكثر تحفظاً وأقل انفتاحاً، وبالنسبة للدراسات التى تناولت العلاقة بين إضطرابات النوم، وأمراض القلب أشار بعضها إلى أن انقطاع التنفس كان أكثر انتشار بين مرضى فشل القلب ومرضى ارتفاع ضغط الدم بشكل عام، وأنه لم تكن هناك علاقة بين الأرق والتنفس المضطرب أثناء النوم، بينما أشار البعض الآخر إلى أن الأرق قد ارتبط بإنقطاع التنفس أثناء النوم، وبالتالى تبين من خلال استعراض الدراسات السابقة أن هناك تناقض بين نتائج بعض الدراسات، مما يجعله سبب أدعى للدراسة والبحث.

**ويمكن تلخيص مشكلة الدراسة فى التساؤلات الآتية :**

١- هل توجد فروق بين مرضى الشريان التاجى، والأصحاء فى سمات الشخصية؟
٢- هل تسهم سمات الشخصية فى التنبؤ بإضطرابات النوم لدى عينة من مرضى الشريان التاجى؟
٣- هل توجد علاقة بين سمات الشخصية واضطرابات النوم لدى عينة من مرضى الشريان التاجى؟
٤- هل توجد فروق بين مرضى الشريان التاجى، والأصحاء فى إضطرابات النوم؟

## أهداف الدراسة

بناءً على ما سبق هدفت الدراسة إلى:

١- تفسير الفروق بين مرضى الشريان التاجى، والأصحاء فى سمات الشخصية .
٢- التنبؤ بإضطرابات النوم لدى مرضى الشريان التاجى من خلال سمات شخصياتهم.
٣- فهم العلاقة بين سمات الشخصية وإضطرابات النوم لدى عينة من مرضى الشريان التاجى.
٤- تفسير الفروق بين مرضى الشريان التاجى، والأصحاء فى شدة إضطرابات النوم.

## أهمية الدراسة

**أولاً : من الناحية النظرية:**

١- تعد الدراسة إضافة للمكتبة العربية نظراً لافتقار الدراسات العربية الشديد لدراسات إضطرابات النوم وسمات الشخصية لدى مرضى الشريان التاجى.
٢- تتمثل اهمية الدراسة فى مدى خطورة مرض الشريان التاجى وآثاره على الفرد والمجتمع ومدى مساهمة مجموعة من العوامل النفسية فيه.

٣-جذب انظار الباحثين تجاة دراسة سمات الشخصية واضطرابات النوم وعلاقتهم بمتغيرات اخرى.

**ثانياً : من الناحية التطبيقية:**

١- تعد الدراسة أحد المؤشرات القوية لواضعى البرامج العلاجية للتخفيف من حدة اضطرابات النوم للوقاية من خطر أمراض القلب.
٢- تكشف الدراسة عن بعض السمات الشخصية السلبية مثل العصابية، وما يتعلق بها من زيادة خطر الإصابة بإضطرابات النوم.
٣- إن زيادة المعرفة حول الشخصية والنوم قد يفيد فى علاج اضطرابات النوم، ويساعد فى اختيار الموظفين فى الوظائف التى من الأهمية بمكان أن يظلوا يقظين فيها.
٤- قد يؤدى تخفيف مشاكل النوم المزمنة إلى تعزيز العلاج عن طريق تحسين تنظيم العاطفة وتنفيذ المهارات العلاجية.
٥- هناك حاجة ماسة للتدخلات للحد من التوتر، وتحسين النوم.
٦- يمكن أن تسهم الدراسة فى تحديد المسارات بين الشخصية والصحة.

## مصطلحات الدراسة

**اضطرابات النوم (Sleep Disorders):** عرف حسام الدين محمود وشادية عبد الخالق (٢٠٠٣) إضطرابات النوم بأنها مظاهر من الإختلال فى كمية النوم وجودته وعاداته، وقد تكون أولية شاملة مثل الأرق، فرط النوم، الشخير، وإضطراب ايقاع النوم واليقظة، أو تكون ثانوية مخلة بالنوم مثل الكوابيس، فزع الليل، والتجوال النائم.

**سمات الشخصية (Personality Tratis):** تعرف الشخصية على أنها التنظيم الثابت نسبياً لخلق الفرد، صفاته المزاجية، والجسمية، حيث يتحدد بإندماجه وتوافقه فى البيئة، والسمات إما أن تتوقف على عوامل وراثية مثل الجهاز العصبى، وهى لا تحتاج إلى تعليم أو تدريب، وإما أن تكون السمات مكتسبة متعلمة عن طريق الارتباط الشرطى، التعميم، التدعيم، التوحيد، التقليد، والسمات وحدات أساسية فى تنظيم الشخصية لا نستطيع رؤيتها ولكن نستدل على وجودها من خلال السلوك ( سلوى مرتضى ، ٢٠١٣) .

**أمراض القلب (Heart disease):** أمراض القلب (وتسمى أيضاً أمراض القلب والأوعية الدموية) هي فئة من الأمراض التي تشمل القلب والأوعية الدموية (الشرايين، الشعيرات الدموية، والأوردة) أو كليهما. يشير مرض القلب والأوعية الدموية إلى أي مرض يؤثر على نظام القلب والأوعية الدموية، وخاصة أمراض القلب، وأمراض الأوعية الدموية في الدماغ والكلى، وأمراض الشرايين الطرفية. تتنوع أسباب أمراض القلب والأوعية الدموية، لكن تصلب الشرايين، وارتفاع ضغط الدم هما الأكثر شيوعًا. بالإضافة إلى ذلك، مع تقدم السن، يحدث عدد من التغيرات الفسيولوجية والمورفولوجية التي تغير وظيفة القلب والأوعية الدموية، وتؤدي إلى زيادة خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية، حتى في الأفراد الأصحاء الذين لا يعانون من أعراض ( Sarwar et al ., 2015) .

**مرضى الشريان التاجى ( Coronary artery disease patients):** ينجم مرض الشريان التاجي عن اختلال التوازن بين العرض والطلب على الأكسجين في عضلة القلب، ويحدث بشكل شائع بسبب عدم قدرة الشرايين التاجية المصابة بتصلب الشرايين على إمداد القلب بسبب الإنسداد الجزئي أو الكلي للشرايين التاجية (Cowie, 1999).

## مفاهيم الدراسة والأطر النظرية المفسرة لها

### ١. سمات الشخصية (Personality traits)

سمات الشخصية هي أبعاد واسعة من الاختلافات الفردية بين الأشخاص والتي تتعلق بالطريقة التي نتفاعل بها مع عالمنا الاجتماعى. إنها تدعم الإتساق الذي نفكر به، ونتصرف، ونشعر به عبر المواقف المختلفة وبمرور الوقت، يُعتقد أن السمات الشخصية للبالغين مشتقة من الاختلافات المزاجية في الحياة المبكرة، وهذه العوامل محددة وراثيًا جزئيًا وتشكل التعرض للتجارب الإجتماعية. برز دور الشخصية لأول مرة فى المساهمة بأمراض القلب منذ ما يقرب من ٥٠ عاماً مع نمط الشخصية أ الذى يتصف بالعداء، ونفاذ الصبر، والتنافسية والهيمنة، وكانت لهذه السمات علاقة بأمراض القلب والأوعية الدموية، وزيادة عدد الوفيات (Steptoe & Molloy, 2007 ) .

هذا وقد ارتبط الغضب، والعداء بأمراض القلب والأوعية الدموية وهما يعدان بعدان مهمان فى نمط الشخصية أ، وهما بمثابة تنبؤات أكثر حساسية للأمراض القلبية الوعائية ومعهم يزداد ميل الفرد للشعور بالضيق ؛ لأن الغضب من الممكن أن يؤدى الى نقص التروية فى أنسجة الشريان التاجى، وقد يؤدى إلى زيادة الكاتيكولامينات، وزيادة تفاعل القلب والأوعية الدموية اللاحقة، مما يؤدي إلى عدم انتظام دقات القلب الجيبي الحاد، وارتفاع ضغط الدم، وخلل فى الشريان التاجي (Sahoo et al., 2018) .

قد تحدث تفاعلات غير متوازنة بين الدماغ، والقلب بشكل حاد كما هو الحال فى متلازمة " تاكوسوبو (متلازمة القلب المكسور)، والتى تتسبب فيها الضغوط النفسية والعاطفية، ويسبب النزيف الدماغى ضرراً للقلب بسبب آليات عصبية، وخلطية مختلفة، كما قد تؤثر الصحة العقلية على السلوكيات المرتبطة بالصحة الجسمية مثل النظام الغذائى، التدخين، استخدام الكحول أو النشاط البدنى، قد تؤدى العوامل النفسية والإجتماعية إلى تغيرات فيزيولوجية مرضية حادة أو مزمنة مثل فرط النشاط الفسيولوجى ( ضغط الدم – هرمونات التوتر) والسيتوكينات المؤيدة للإلتهابات، أيضاً العوامل النفسية والإجتماعية، حيث تعكس سمات الشخصية النمط الثابت من التفكير، الشعور، والسلوك عبر ظروف مختلفة وبمرور الوقت تعد مؤشراً قوياً على الصحة النفسية، وتمثل العصابية كسمة من سمات الشخصية لأنها ميل الفرد إلى رد فعل لا يتناسب مع المواقف وغالباً ما ينتقد نفسه، ويشعر بالحساسية تجاه انتقادات الآخرين، ويشعر بعدم الكفاءة على المستوى الشخصى، ومن ثم ارتبطت سمة العصابية بسوء الحالة الصحية وأمراض القلب التاجية (Smiseth & Gillebert, 2023).

**سمات الشخصية المميزة لمرضى الشريان التاجى**

أشار العمل الرائد الذى قام به كلاً من روزنمان وفريدمان إلى نمط معين من السلوك أطلقوا عليه اسم السلوك من النمط (أ) والذى كان مرتبطاً بزيادة خطر الإصابة بأمراض القلب التاجية، لقد عمل العديد من الباحثين على مر السنين على السمات الشخصية الضعيفة لظهور مرض الشريان التاجى، وتم العثور على تقارير متنوعة، أولاً يلعب هذا العامل السلوكى دوراً كبيراً فى خطر الإصابة بأمراض القلب التاجية، بعض هذه العوامل هى سلوكيات طوعية مثل الطريقة التى يستجيب بها الناس للتوتر، ومن بين هذه العوامل نمط الشخصية من النوع أ، وقد ثبت أن هذا النمط هو عامل خطر للإصابة بأمراض القلب التاجية، من بين المتغيرات النفسية لأحداث الحياة، اكتسب نمط السلوك العدوانى والعداء من النوع أ أهمية كعوامل خطر للإصابة بأمراض القلب التاجية، حاولت العديد من الدراسات تسليط الضوء أيضاً على دور عوامل محددة مثل ( العداء، الإحباط، العدوان، الانبساط، الإنطواء، العصابية، وأحداث الحياة المجهدة فى تطور أمراض القلب التاجية، ومن ثم وجد أن مرض القلب التاجى يرتبط ارتباطاً وثيقاً بضغوط الحياة، كما وجد أن الشخصية مرتبطة بمرض القلب التاجى، ولكن جميع مرضى النوع (أ) لا يعانون من أمراض القلب التاجية؛ لذا لابد من معرفة العوامل الأخرى التى قد تؤثر عليه: أحد هذه العوامل من الممكن أن تكون استجابة الشخص للمواقف العصبية أى أساليب التكيف.(Khan et al., 2012)

ارتبطت المشاعر السلبية عموما بمرض القلب التاجى، على وجه الخصوص إتصف المرضى الذين يعانون من احتشاء عضلة القلب الحاد بسمات شخصية محددة قد تظهر فى الضغط العاطفى، والذى بدوره قد يغير الدافع اللارادى ويقلل من تدفق الدم التاجى، ويحفز نقص التروية؛ علاوة على ذلك يرتبط الإكتئاب السريرى بوفيات القلب، ويؤدى عدم التوازن اللإرادى إلى مضاعفات ميكانيكية، وكهربائية مما يؤدى إلى الموت المفاجئ سواء فى المرحلة الحادة أو المزمنة من احتشاء عضلة القلب (Carpeggiani et al., 2005 ).

- **العلاقة بين سمات الشخصية وإضطرابات النوم.**

لا ترتبط الشخصية فقط بالأداء المعرفى، الإنجاز الأكاديمى، والمهنى، وجودة العلاقات بين الأشخاص، ولكن أيضاً ترتبط بصحة الأفراد، أحد المؤشرات الصحية هو النوم الذى يمثل جزء كبير من مسار حياة الفرد؛ بحيث يؤثر فى أدائهم السلوكى، والعاطفى المستقر، وتلك الصعوبات المرتبطة بالنوم والتغيرات فى بنية النوم مثل ( قصر مدة النوم، والإستيقاظ الليلى المتكرر) يمكن أن يكون لها آثار ضارة على الصحة الجسمية، والعقلية للأفراد، ولكن العوامل المسببة للارتباط بين الشخصية والنوم لا تزال غير واضحة، وبفحص العلاقة بين سمات الشخصية، ونوعية النوم وجد أن سوء نوعية النوم كانت مرتبطة بانخفاض الإستقرار العاطفى إلى جانب انخفاض الضمير، حيث أن هذا يرتبط بحساسية أكبر للتوتر، وسلوك غير تكيفى، يبدو أن العادات الصحية المتعلقة بالنوم لدى الأشخاص الذين يسجلون درجات أعلى فى الضمير تفسر سبب تأثير انخفاض الإستقرار العاطفى، والضمير المرتفع على جودة النوم، ولكن

نتائج تلك الدراسات لم تكن متسقة فيما يتعلق بتأثير السمات الشخصية الأخرى على جودة النوم ( Sella et al .,2020 ) .

فحصت بعض الدراسات العلاقة بين سمات شخصية لدى عينة من طلاب الطب، وعلاقتها بإضطرابات النوم لديهم، هذا وقد ارتبطت العصابية بإنخفاض جودة النوم، فى حين أن الإنبساطية ارتبطت بارتفاع جودة النوم (Rathi et al., 2018) .

## ٢. إضطرابات النوم (Sleep Disorders )

وتعرفها الجمعية الأمريكية للطب النفسى وفقاً لأنماطها بأنها " اختلال فى نظام النوم، وهو إما أن يكون أولياً، وهى إضطرابات فى النوم من حيث الكمية، الكيفية، والتوقيت؛ وإما أن يكون إضطراب فى النوم ثانوى وهى أحداث تؤثر على طبيعة النوم، وجودته، وأن هذه الإضطرابات بشقيها متكررة وقد تؤدى إلى إحداث خلل فى وظائف الفرد الحياتية (American Psychological Association, 2013,597) .

يمثل النوم أكثر من ثلث حياتنا، لقد أصبح من الثابت الآن أن النوم يغير عمل الجهاز العصبى اللارادى؛ وبالتالى يعدل تنظيم عمل القلب والأوعية الدموية، لقد ثبت أن الحرمان من النوم يؤدى إلى تنشيط الجهاز الودى قد يدعم هذا جزئياً زيادة ارتفاع ضغط الدم، وضغط الدم المقاوم للأدوية لدى الأشخاص الذين يعانون من فقدان النوم، يؤثر النوم بشكل كبير على تنظيم القلب والأوعية الدموية، التغيرات فى مدة النوم أو جودتها كما يظهر فى إضطرابات النوم، قد تمنع انخفاض ضغط الدم أثناء النوم كما هو متوقع فى فسيولوجيا الإنسان، يبدو أن النتائج القلبية الوعائية الأخرى مثل آفات الشريان التاجى مرتبطة بمدة النوم (Levy et al., 2012 ) .

يجب أن يكون النوم الصحى عالى الجودة وخالياً من الإضطرابات، أى أن ينظر إليه على أنه سلس، وغير متقطع، ومجدد للنشاط، تعتبر إضطرابات النوم مؤشر قوى على الأمراض النفسية، وأعراض شائعة للاضطرابات العقلية، وعلامة على الصحة البدني؛ نتيجة لذلك فمن المهم فهم عوامل الخطر الفردية لقلة النوم، بالإضافة إلى التحقق من الإرتباطات المسببة لقلة النوم، فى حين يرتبط قلة النوم بمجموعة متنوعة من الاختلافات الإجتماعية والديموغرافية؛ فإن عامل الخطر الرئيسى لضعف النوم ينطوى على السمات الشخصية للأفراد والاختلافات الفردية بينهم فى أنماط التفكير، والشعور؛ لذلك فمن المهم فهم الإستعدادات الشخصية لقلة النوم حيث أن هذا يساعد فى تحديد الأفراد الأكثر عرضة للخطر( Krizan et al., 2023)

أصبحت إضطرابات النوم مشكلة صحية عامة مهمة فلها تأثير سلبى كبير على الأداء الجسدى، والإجتماعى، ونوعية الحياة؛ علاوة على ذلك فإن انقطاع التنفس أثناء النوم له دور محورى فى تطور أمراض القلب والأوعية الدموية، وتم اقتراح ارتباط مماثل لإضطرابات النوم الأخرى مثل (سوء نوعية النوم، وقصر مدة النوم)؛ وبالتالى فإن الأفراد الذين ينامون لفترة قصيرة وخاصةً الذين يعانون من سوء نوعية النوم لديهم خطر

متزايد للإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموي؛ لذلك من الممكن أن تكون جودة النوم عامل خطر لتطور أمراض القلب، ومع ذلك على الرغم من أهميته لمرضى القلب والأوعية الدموية فإن سوء نوعية النوم غالباً ما يظل غير معترف بها، كما أن انتشاره والعوامل المرتبطة به غير معروفه جيداً (Matsuda et al., 2017) .

تبين أن الأشخاص الذين يعانون من بعض التغيرات النفسية العصبية مثل الإثارة، الخوف، القلق، الإكتئاب، الدوخة، ضعف الانتباه، والأرق يكون؛ لنقص عنصر المغنيسيوم فى الجسم دور مهم فيها، حيث أن عنصر المغنيسيوم هو عنصر غذائي ضروري لصحة الكائن الحي بأكمله، بما في ذلك الدماغ، وهو رابع أكثر المعادن وفرة في الجسم لعلاقته مع أكثر من ٣٠٠ تفاعل كيميائي حيوي، فمن الممكن أن يشارك المغنيسيوم في جوانب أكثر من تكوين الجسم البشري والتمثيل الغذائي أكثر من أي معدن آخر؛ نظرًا لأن النظام الغذائي المعتاد قد ابتعد عن الخضار الورقية الخضراء والحبوب غير المعالجة لصالح خيارات غذائية أكثر دقة وفقيرة في المغذيات، فقد أصبح نقص المغنيسيوم شائعًا جدًا في العديد من مناطق العالم. أظهرت إحدى الدراسات أن ٦٨٪ من الأمريكيين يعانون من نقص المغنيسيوم (Papadopol & Nechifor ,2018).

- **إضطرابات النوم لدى مرضى الشريان التاجى**

إضطرابات التنفس المرتبطة بالنوم مع نوبات متكرره من انقطاع التنفس (توقف التنفس) أو ( انخفاض التنفس) تحدث لدى المرضى الذين يعانون من قصور القلب، حيث ترتبط بنوبات متكررة من نقص الأكسجين فى الدم واليقظة وإنحرافات سلبية كبيرة فى الضغط داخل الصدر، قد تؤدى هذه العواقب الفيزيولوجية المرضية؛ لانقطاع التنفس أثناء النوم إلى خلل فى نسبة توصيل / استهلاك الأكسجين فى عضلة القلب وتنشيط الأجهزة الودية والهرمونية والعصبية الأخرى، وزيادة الحمل التالى للبطين الأيسر؛ لذلك يمكن أن يساهم انقطاع التنفس أثناء النوم فى الإصابة بالأمراض والوفيات لدى المرضى الذين يعانون من قصور القلب الإنقباضى، كما يظهر لدى مرضى القلب إضطراب حركة الأطراف الدورية وخاصة الساقين وقد تزعج النوم مما تؤدى إلى شكاوى من الأرق والتعب أثناء النهار ( Javaheri, 2006 ) .

ايضاً اظهرت اضطرابات النوم الليلية وجود خطر للاصابه بأمراض القلب التاجية، حيث ارتبطتت كثرة النوم وقلة النوم بخطر الاصابة بأمراض القلب التاجية، وقد تبين ان سبع ساعات من النوم هى الكمية المثلى من النوم الليلى، ولكل ساعة زيادة من النوم يزيد الخطر النسبى لامراض القلب التاجية بنسبة ١١% ، ولكل ساعة نقص من النوم يزيد الخطر بنسبة ٧% ( Madsen et al.,2019 ).

- **العلاقة بين إضطرابات النوم وسمات الشخصية**

**وبالنسبة للعلاقة التى تربط سمات الشخصية بإضطرابات النوم فقد اشارت دراسة (Hintsanen et al.,2014)** إلى أن ارتفاع الإنبساط والقبول والضمير كان مرتبطاً بشكل عام بنوم أفضل، فى حين أن العصابية قد ارتبطت بجودة نوم أقل، ولم يكن

الإنفتاح مرتبطاً بالنوم، ومع ذلك أشارت تلك الدراسات أن سمات الشخصية قد فسرت جزء صغير فقط من التباين فى السلوك، واستنتجت تلك الدراسة أن زيادة المعرفة حول الشخصية، والنوم قد يفيد فى علاج أكثر تخصصاً لإضطرابات النوم ويساعد فى اختيار الموظفين للوظائف التى من الأهمية أن يظلوا يقظين فيها.

يبدو أن هناك جذور وراثية للعلاقة بين إضطرابات النوم، وسمات الشخصية، حيث وجد أن سمات الشخصية تعمل كعوامل خطر؛ لإضطرابات النوم فى المستقبل وأهمها العصابية، كما تم ربط انخفاض الإنبساط (خاصة العاطفة الإيجابية المنخفضة)، وانخفاض الضمير الحى (الإندفاع العالى) بتقارير ضعف النوم، ومع ذلك فإن هذه التقارير أضعف وأقل اتساقاً عبر الدراسات من تلك الخاصة بالعصابية، فى حين يظهر القبول والإنفتاح علاقات ضعيفة أو غير متسقة، ومن ثم فإن العصابية تعتبر أقوى مؤشر على سوء نوعية النوم (Krizan et al.,2024).

## ٣. أمراض القلب (Heart disease)

تعد أمراض القلب سببًا رئيسيًا للوفاة في جميع أنحاء العالم، على الرغم من وجود العديد من عوامل الخطر البيولوجية والسلوكية تم تحديدها لتطور إضطرابات القلب بما فى ذلك انخفاض الكوليسترول وارتفاع ضغط الدم، ومرض السكرى، والسمنة، والخمول البدنى؛ وبالتالى فإن فهم عوامل الخطورة قد يكون مفيد للوقاية من أمراض القلب، قد يكون النوم عامل خطر إضافياً قابلاً للتعديل للإصابة بأمراض القلب، تم ربط إضطرابات النوم بما فى ذلك إضطراب التنفس أثناء النوم، والأرق، وفرط النوم بحدوث أمراض القلب، كما هو الحال مع فترات النوم القصيرة، وفترات النوم الطويلة، ارتبطت أعراض الأرق بزيادة خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية بنسبة ٤٥٪ (Deschênes et al., 2020).

- **مرض الشريان التاجى وإضطرابات النوم**

يعد الحصول على كمية كافية من النوم الجيد من الأسس الحيوية للحفاظ على الصحة البدنية المثلى والإدراك، وصحة القلب، والاوعية الدموية بشكل عام، إضطرابات النوم شائعة وغالباً ما لا يتم تشخيصها لدى مرضى إضطرابات القلب (Dey et al., 2023).

النوم هو جزء أساسى من التوازن البشرى، وترتبط إضطرابات النوم بالعديد من الحالات المرضية، وتكون النذير لتشخيص إضطرابات القلب، حيث ارتبطت إضطرابات النوم مع زيادة خطر الإصابة بأمراض القلب التاجية، حيث تمت الاشارة إلى أن القدر الأمثل من ساعات النوم اليومية يتمثل فى سبع ساعات يومياً، ومن ثم هناك زيادة فى خطر الإصابة بأمراض القلب مع كل ساعة زيادة عن القدر المعقول من ساعات النوم بنسبة ١١%، ولكل ساعة من قلة النوم يرتفع معدل الخطر بنسبة ٧% (Madsen et al., 2019).

ظهر التنفس المضطرب أثناء النوم فى أغلب الأحيان على شكل انقطاع التنفس الإنسدادى متلازمة شائعة، وأصبح تدريجياً أكثر انتشاراً مع تقدم العمر، لوحظ ارتفاع معدل انتشار انقطاع

التنفس أثناء النوم لدى المرضى الذين يعانون من ارتفاع ضغط الدم، كما أنه لوحظ ارتفاع ضغط الدم فى نسبة كبيرة من مرضى انقطاع التنفس أثناء النوم، ومن المتوقع حدوث وفيات بين المرضى الذين يعانون من انقطاع التنفس أثناء النوم، ومن ثم أعتبر انقطاع التنفس أثناء النوم عامل خطر لدى مرضى القلب، حيث قدرت نسب انتشار ارتفاع ضغط الدم فى الولايات المتحدة الامريكية فى أولئك الذين تزيد أعمارهم عن ٥٥ عاماً ٤٨% ، وهناك ما يقرب من ٥٩ مليون أمريكى يبلغون من العمر ٥٥ عاماً أو أكثر .(Budhiraja et al., 2010)

- **عوامل خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية**

من الصعب تحديد المخاطر الدقيقة للاصابة بأمراض القلب التى تعزى إلى انقطاع التنفس أثناء النوم؛ لأنه من المعروف أن الأشخاص الذين يعانون من إضطراب التنفس أثناء النوم يعانون من أمراض مصاحبة مثل السمنة، وارتفاع ضغط الدم، وفرط شحميات الدم التى تضع الكثيرين فى خطر أكبر للإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية، أيضاً نسب انتشار أمراض القلب لدى المرضى الذين يعانون من انقطاع التنفس أثناء النوم كانت مرتبطة بعوامل خطورة أخرى منها العمر، والجنس الذكرى، والسكرى، وارتفاع ضغط الدم، ومستويات الدهون (Quan & Gersh,2014).

- **أمراض القلب وسمات الشخصية**

أشارت التقديرات أن حوالى ١٧ مليون شخص يموتون بسبب أمراض القلب والأوعية الدموية كل عام، هناك مجموعة من العوامل السريرية التى تشكل عوامل خطورة لمرضى القلب منها ( ارتفاع ضغط الدم، السكرى، وزيادة نسبة الكوليسترول)؛ بالاضافة إلى ذلك هناك عوامل خطورة شخصية تتمثل فى أن الأشخاص الذين يعانون من التوتر الشديد هم أكثر عرضة للإصابة بأمراض القلب بالمقارنة بأولئك الذين يأخذون الحياة بسهولة أكبر، وهذا يوضح مدى تأثير اختلاف الشخصيات على القلب، حيث أن الشخصية غير الصبورة والطموحة للغاية تسهم فى تطور أمراض القلب، حيث أن طبيعة المرء تحدد حالته الصحية، وأن الشخص السهل والمريح يكون لديه صحة أفضل مقارنة بمن يجد صعوبة فى التعامل مع الحياة (Mathew etal ., 2017).

- **الجوانب التفسيرية للعلاقة بين إضطرابات النوم وأمراض القلب**

ارتفاع معدل انتشار انقطاع التنفس الانسدادى أثناء النوم (obstructive sleep apnea (OSA) الذى يؤثر على ٣٤% من الرجال، ١٧% من النساء هو عامل خطر للأمراض القلبية، والوعائية وهو سبب لارتفاع ضغط الدم الجهازى، وهو مرتبط بزيادة الإصابة بالسكتة الدماغية، وقصور القلب، والرجفان الأذينى، وأمراض القلب التاجية، يشير انقطاع التنفس أثناء النوم إلى غياب تدفق الهواء الشهيق لمدة لا تقل عن ١٠ ثوانى أو أكثر، وترتبط بإنخفاض تشبع أوكسي هيموجلوبين شرياني أو استثارة تخطيط كهربية الدماغ، ومن ثم فإن لإنقطاع التنفس أثناء النوم زيادة فى خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية.( Javaheri et al 2017 )

- **الآليات المسؤلة المحتملة عن العلاقة بين إضطرابات النوم وأمراض القلب**

وجد بيارد وآخرون علاقة سببية بين انقطاع التنفس أثناء النوم ووجود ارتفاع فى ضغط الدم بعد أربع سنوات فى ٧٠٩ شخصاً فى مجموعة ويسكونس للنوم، واحتمالات ارتفاع ضغط الدم زاد مع زيادة نسبة انقطاع التنفس أثناء النوم، وهذا الإرتباط كان مستقلاً عن العمر، والجنس، ومؤشر كتلة الجسم، والخصر، ومحيط الرقبة، وارتفاع ضغط الدم الاساسى، والتدخين، واستخدام الكحول (Budhiraja et al ., 2010).

مرض الشريان التاجي (CAD) هو من أمرض القلب والأوعية الدموية الذي وجد أنه السبب الرئيسي للوفاة في كل من البلدان المتقدمة، والنامية، وهو مرض تصلب الشرايين وهو التهابي بطبيعته، ويظهر في علامات مثل الذبحة الصدرية المستقرة، والذبحة الصدرية غير المستقرة، واحتشاء عضلة القلب (MI)، أو الموت القلبي المفاجئ، وهو إضطراب في القلب والأوعية الدموية يحدث بسبب تصلب الشرايين أو انسداد الشرايين التاجية، وهو يحدث عندما تتعطل الوظيفة البطانية لجدار الشرايين، يبدأ تصلب الشرايين بسبب تراكم قطرات البروتين الدهني في الطبقة الداخلية للأوعية التاجية (Malakar et al., 2019).

## الدراسات والبحوث السابقة

**أولاً** : دراسات تناولت العلاقة بين سمات الشخصية، وإضطرابات النوم .
**ثانياً** : دراسات تناولت العلاقة بين سمات الشخصية، وأمراض القلب التاجية .
**ثالثاً** : دراسات تناولت العلاقة بين إضطرابات النوم، وأمراض القلب .

**أولاً : دراسات تناولت العلاقة بين سمات الشخصية وإضطرابات النوم .**

**تناولت دراسة كالكينز و آخرين (Calkins et al., 2013)** العلاقة بين حساسية القلق والمعتقدات المختلة حول النوم والعصابية على إضطرابات النوم، تم اجراء دراسة إستقصائية عبر الانترنت لـ ( ١٤٩) طالباً جامعي، حيث طلب منهم ملئ استبيان ديموغرافى ومؤشر حساسية القلق The Anxiety Sensitivity index (ASI)، ومقياس المعتقدات والوظائف المختلة وظيفياً حول النوم The Dysfunctional al Beliefs and Attitudes about sleep scale (DBAS-16) ، ومقياس العوامل الخمسة للشخصية The NEO-five factor Inventory (NEO)، ومقياس بيتسبيرغ لجودة النوم The Pittsburgh Sleep Quality Index –PSQI ، هذا وقد كشفت النتائج عن وجود ارتباط كبير بين مجموعة نقاط مؤشر جودة النوم والمتغيرات الثلاثة محل الإهتمام ( حساسية القلق – المعتقدات المختلة حول النوم – العصابية)، ومع ذلك فى الإنحدار التدريجى كانت العصابية هى المؤشر الأكثر أهمية إحصائية من مؤشر حساسية القلق، تسلط النتائج التى تم التوصل إليها الضوء على العصابية ودورها فى الضيق الناتج عن العجز المعرفى فى المشاركة فى خلل النوم .

**بحثت دراسة هينتسانين وآخرين (Hintsanen et al.,2014 )** الإرتباط بين سمات الشخصية الخمسة، ومتوسط مدة النوم، ونقص النوم، ومشاكل النوم، شارك فى الدراسة عينة من سكان استراليا عددها ( ١١٠٤) فى الفئة العمرية من ( ٣١-٤١) وعينة أخرى من فنلندا عددها ( ١٦٢٣) فى الفئة العمرية من ( ٣٠-٤٥)، تم جمع التقارير الذاتية عن سلوك النوم، ومشاكل النوم من خلال مقياس جينكين (Self-reports of sleep behavior, sleep problems

(Jenkin's scale، وسمات الشخصية ذات العوامل الخمسة النموذجية (NEO-FFI)، تم تحليل الإرتباطات بين سمات الشخصية، والنوم من خلال الإنحدارات الخطية، هذا وقد أظهرت النتائج أن ارتفاع الإنبساط، والقبول، والضمير كان مرتبطاً بنوم أفضل فى حين ارتبطت العصابية بنوم أقل جودة والإنفتاح لم يكن مرتبطاً بالنوم، لكن السمات الشخصية فسرت جزءاً صغيراً من التباين فى سلوك النوم.

**هدفت دراسة راسى وآخرين (Rathi et al.,2018)** : إلى بحث العلاقة بين إضطرابات النوم وسمات الشخصية لدى طلاب الطب، وتم تطبيق استبيان جودة النوم (the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) واختبار ايزنك للشخصية (the Eysenck Personality Questionnaire)، هذا وقد بينت النتائج أن (١٦٦) طالب طب، أشار منهم (٥٤) طالب بمثابة (٣٢,٥٣%) إلى سوء نوعية النوم، حصل ايضاً الطلاب الذين يعانون من ضعف نوعية النوم على درجات مرتفعة فى العصابية أكثر من أولئك الذين يتمتعون بجودة نوم جيدة، حيث ارتبطت العصابية بشكل إيجابى بمؤشر نوعية النوم، فى حين ارتبط الإنبساط سلباً بالنتيجة الإجمالية لجودة النوم، ومن هذا إتضح وجود علاقة بين الإنبساطية والعصابية بنوعية النوم بين طلاب الطب، ومن ثم أشارت الدراسة إلى أنه يمكن تحسين تأثير إضطرابات النوم على الأداء الأكاديمى من خلال استكشاف سمات الشخصية.

**هدفت دراسة جمالدو وآخريين( Gamaldo et al., 2020)** إلى استكشاف العلاقة بين سمات الشخصية والنوم لدى عينة من كبار السن، ودراسة ما إذا كان الضمير يعدل من العلاقة بين العصابية والنوم، وكان متوسط عمر العينة (٥٥-٨٦) عاماً فى منظقة فلوريدا، هذا وقد استخدم مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لفحص سمات الشخصية مثل (العصابية) وجوانب محددة مثل القلق والإكتئاب، وجودة النوم باستخدام مقياس بيتسبرج the Pittsburgh ) Sleep Quality Index to evaluate sleep habits and quality) ، ومؤشر لتقييم عادات النوم وجودته ( .Quality Index to evaluate sleep habits and quality) ، شارك فى الدراسة (٩٣) مشارك، وكان متوسط عمر العينة (٦٦,٨) بانحراف معيارى (٧,٤)، هذا وقد ارتبطت كل من العصابية العالية، وانخفاض الضمير والإنفتاح المنخفض بشكل كبير بعادات النوم الأسوأ بشكل عام، أيضاً الافراد الذين لديهم نسب مرتفعة من العصابية مثل (القلق والاكتئاب) أو من ذوى الجوانب المنخفضة من الإنبساط (الحزم)، والضمير مثل الضمير الذاتى، والانضباط، والنظام، والانفتاح مثل الجمال والأفكار كانوا عرضة للإنفعال، ومع ذلك بقى كل من العصابية والإنبساط فقط مرتبطين بشكل كبير بنوم أسوأ، كما يعانى البالغون من العصابية المرتفعة والضمير المنخفض إلى إحتمالية أكبر للتعرض.

**بحثت دراسة سيلا وآخرين ( Sella et al., 2020 )** العلاقة بين الشخصية، وخاصة الإستقرار العاطفى (Emotional Stabiliy)، والضمير(Conscientiousness)، والعوامل الذاتية المرتبطة بالنوم، والمعتقدات، والمواقف المختلة وظيفياً حول النوم، والمعتقدات وراء المعرفة حول صعوبات النوم، وجودة النوم الموضوعية، حيث تكونت عينة الدراسة من (١٢٢) مشاركاً يتمتعون بصحة جيدة فى الفئة العمرية من( ١٨-٧٤) عاماً، تم تطبيق قائمة العوامل الخمسة الكبرى فى الشخصية، واستبيان المعتقدات، والمواقف المختلة بشأن النوم ( The

( Dysfunctional Beliefs and Attiudes About Sleep ( DBAS)، واستبيان ما وراء المعرفة( The MeTa cogniton Questionnaire – insomnia ( MCQ1 )، تم قياس جودة النوم المبلغ عنها ذاتياً، والموضوعية باستخدام مؤشر جودة النوم لبيتسبيرج ( The Pittsbur 9h sleep Quality index (PCQI )، والتسجيل الكتابى، أظهرت النتائج أن العوامل الذاتية المرتبطة بالنوم تنبأت بجودة نوم أسوأ فى حين لم يظهر أى إرتباط مباشر بين الإستقرار العاطفى والضمير، أحد العوامل الذاتية المرتبطة بالنوم (معتقدات ما وراء المعرفة حول صعوبات النوم)، الإستقرار العاطفى كان له تأثير على جودة النوم، كما ارتبطت جودة النوم بالضمير وليس بأى عوامل ذاتيه متعلقة بالنوم، تشير هذه النتائج الى تأثير سمات الشخصية على جودة النوم، يبدو أن الضمير سمة شخصية تحافظ على جودة النوم، فى حين أن المعتقدات ما وراء المعرفة حول صعوبات النوم لها دور حاسم فى توضيح العلاقة بين انخفاض الإستقرار العاطفى، ووجود صعوبات فى النوم.

**فحصت دراسة زماني وآخرين (Zamani et al., 2022)** الدور الوسيط للمعتقدات ما وراء المعرفية المتعلقة بالنوم، وتنظيم العاطفة، والأسلوب المعرفى السلبى المرتبط بالقلق فى العلاقة بين العصابية، ونوعية النوم، هذا وقد شارك فى الدراسة (٣٤٣) طالب جامعى من ثلاث جامعات فى طهران، ٥٦,٣% إناث بمتوسط عمر (٢٢,٠١ ± ٢,٧٤) تم جمع البيانات باستخدام مقياس جودة النوم لبيتسبيرج، واستبيان تنظيم العاطفة (ERQ)، واستبيان سوء التكيف (LMSQ)، ومقياس العصابية (NEO- PI)، هذا وقد دعمت النتائج الفرضية القائلة بأن العصابية ترتبط بشكل مباشر وغير مباشر بجودة النوم من خلال التقييم ما وراء المعرفة المتعلقة بالنوم، ومن ثم فإن تلك النتائج توفر دليلاً على تأثير العصابية على جودة النوم، ومن ثم ينبغى إيلاء اهتمام خاص لهذه العوامل لعلاج الأمراض النفسية المتعلقة بنوعية النوم.

## ثانياً : دراسات تناولت العلاقة بين سمات الشخصية والإصابة بأمراض القلب التاجية.

**هدفت دراسة دوريس وآخرين (Doris et al., 2010)** إلى التحقق من صحة الفرض بأن نمط الشخصية (D) يمكن أن يتنبأ بتشخيص أمراض القلب التاجية، كما هدفت إلى فحص العلاقة بين نوع الجنس و نمط الشخصية (D) والتعرض للإكتئاب، والقلق بين عينة من المرضى الصينين المصابين بأمراض القلب التاجية. شارك فى التجربة (٢٣٦) من الصينين الذين يعانون من أمراض القلب التاجية، استخدم مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية (The NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI) ومقياس القلق والاكتئاب (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) )، وقائمة أعراض الإجهاد (Stress Symptom Checklist (SSC) على عينة مكونة من (٦٦) مريض، بلغت نسبة انتشار سمة الشخصية من النمط (D ) (٣١%) لم يكن النمط (D) مرتبطاً بالحالات العاطفية العابرة ومع ذلك كان المرضى الصينيون الذين لديهم نمط شخصية من النوع (D) معرضين بشكل متزايد لخطر الإصابة بالقلق، والإكتئاب وهذا يستحق الإهتمام الفورى فى تقدير المخاطر التى تنذر بأمراض القلب التاجية لدى الصينيين.

**هدفت دراسة إرلين وآخرين ( Erlen et al ., 2011)** إلى وصف سمات الشخصية فى المرضى الذين يعانون من أمراض نفسية، وفرط شحميات الدم، وفيروس نقص المناعة البشرية، وأمراض القلب والصدر، كما هدفت إلى التعرف على العلاقة بين سمات الشخصية، وبعض العوامل الإجتماعية والديموغرافية، ومقارنة السمات الشخصية لدى كل مجموعة من المرضى، والأصحاء. تم جمع البيانات حول سمات الشخصية من أربع دراسات للمرضى الذين يعانون من أمراض طبية أو نفسية، كانت العينة النفسية مرتبطة بانتشار إضطرابات الشخصية، وعينة من مرضى القلب وفيروس نقص المناعة، وهى أمراض معروفه أنها ترتبط بأنماط السلوك، وأنها مرتبطة بسمات الشخصية السلبية تم جمع هذه البيانات، وتسجيلها على برنامج spss، على عينة مكونة من (٢٥٢) مريض نفسى مضطرب المزاج، أكمل (١٢٩) مشارك قياس الشخصية. أشارت النتائج إلى أن هناك علاقة بين المستوى التعليمى، والانفتاح، كان متوسط العمر فى عينة المرضى النفسيين أصغر سناً من الآخريين، ثلثى العينة الكلية أكمل التعليم بعد المدرسة الثانوية، وكانت الحالات الأصغر سناً فى عينة الطب النفسى أكثر عصبية وانفتاحاً وأقل فى بعد الضمير بشكل ملحوظ، عينة فرط شحميات الدم أكثر قبولاً وارتفاع الضمير، وكان مرضى القلب، والصدر أصغر سناً وكانوا أكثر انطوائياً وأقل انفتاحاً، كان الأشخاص الأصغر سناً المصابين بفيروس نقص المناعة أكثر عصبية وأقل قبولاً، وكانت الإناث المصابات بالاضطرابات النفسية، وفرط شحميات الدم أكثر قبولاً، وكانت النساء فى مرضى فيروس نقص المناعة أكثر عصبية وأقل انفتاحاً وأقل انجاز، وكان غير المتزوجين أقل انفتاحاً وأقل قبولاً، كان المرضى النفسيين أكثر عصابية وأقل انبساطاً وأقل فى الضمير من المجموعة الضابطة .

**هدفت دراسة سوتين وأخرين (Sutin et al.,2013 )** إلى التعرف على العلاقة بين سمات الشخصية والأمراض المزمنة، وما إذا كان المرض المزمن مرتبط بالتغيرات فى الشخصية. شارك فى التجربة (٢٠٠٨) فرد تم تطبيق استبيان الشخصية – Personality inventory ) (NEO، والمقابلة الطبية (Medical interview ) فى زيارات مجدولة بإنتظام حيث تم استخلاص مؤشر تشارلسون للإعتلال المشترك (The Charlson Comorbidity Index ) وهى تضم (١٩) مرض خطير فى هذه المقابله من هذه الأمراض( مرض القلب)، الحصول على بيانات من خلال (٦٦٨٥) زيارة، وتم اختبار ما اذا كانت الشخصية تزيد من خطر الإصابة بالأمراض وما اذا كان المرض مرتبط بتغير الشخصية أم لا. أشارت النتائج إلى أن العصابية والضمير قد ارتبطوا بعبء المرض، كان جانب الإندفاع فى العصابية أقوى مؤشر على تطور المرض خلال فترة المتابعة مقابل كل زيادة فى الانحراف المعيارى فى الإندفاع، كان هناك زيادة فى خطر الإصابة بالمرض بنسبة( ٢٦%)، لم تتغير سمات الشخصية إلا بشكل طفيف مع المرض، عندما أصيب المشاركون بأمراض مزمنة أصبحوا أكثر تحفظاً (أقل انفتاحاً).

**هدفت دراسة جميل وآخرين ( Jamil et al., 2013)** إلى التعرف على المتغيرات النفسية والإجتماعية، والسمات الشخصية كعامل مساهم فى مرض الشريان التاجى فى دولة الامارات العربية المتحدة ، ومن ثم استكشاف العلاقات بين التركيبة السكانية، والحالة الإجتماعية، والاقتصادية، وأنواع الشخصية وقدرة التعامل مع التوتر، والذكاء العاطفى، وعوامل

الخطر القلبية، اشتملت الدراسة على (٩٠) مريض من مرضى إحتشاء عضلة القلب (myocardial infarction - MI ) فى إحدى المستشفيات الحكومية فى دولة الإمارات العربية وتم مطابقتها ب(٩٠) فرد صحيح جسمياً، تم إجراء مسح ديموجرفى Basic (Demographics Survey ) تم استخدام مقاييس للتعرف على أنواع الشخصية 'Type 'A (Personality Test والذكاء العاطفى (Emotional IQ Test) ومهارات التعامل مع التوتر ( Stress-handling test)، أظهرت النتائج وجود نسبة أعلى بكثير من نمط الشخصية (أ) فى مجموعة مرضى إحتشاء عضلة القلب، بالإضافة إلى ذلك كان هؤلاء الأفراد أكثر عرضة للإصابة بمرض السكرى، وارتفاع ضغط الدم، ولديهم تاريخ من التدخين مقارنة بمجموعة الأصحاء، علاوةً على ذلك كانت هناك علاقة دالة بين نمط الشخصية من النوع (أ)، ووجود أمراض القلب، والأوعية الدموية (Cardiovascular disease- CAD).

**بحثت دراسة ويستون و جاكسون (Weston & Jackson, 2015)** العلاقة بين سمات الشخصية وإحتمالات الإصابة ببعض الأمراض منها (أمراض الرئة، وأمراض القلب والسكتة الدماغية). شارك فى الدراسة (٦٩٠٤)، وهى دراسة طولية تم فيها قياس الشخصية، والتعرف على الظروف الصحية الحالية ثم إعادة هذا التقييم بعد أربع سنوات. تمت متابعة المشاركين لمعرفة ما إذا كانوا أصيبوا بمرض من المدرجة فى الدراسة أم لا. تم تكرار التحليلات الأولية للنتائج السابقة التى تشير إلى أن سمات الشخصية تختلف عبر مجموعات المرضى، بينت نتائج الإنحدار اللوجستى الطولى أن سمة أمراض جسدية ظهرت لدى تلك الفئة ارتبط هذا ببعض سمات الشخصية التى وجدت لدى تلك الفئة منها (الضمير، والعصابية، والإنفتاح).

**وفى نفس السياق بحثت دراسة ديو وزملائه (Du et al .,2016)** آثار نمط الشخصية، والضغط النفسى على حدوث إضطرابات القلب، والأوعية الدموية فى المرضى الذين يعانون من مرض الشريان التاجى، شارك فى الدراسة (٢٢٠) مريض يعانون من الذبحة الصدرية أو متلازمة الشريان التاجى، استخدم استبيان سلوكى للتعرف على نمط الشخصية (A) وإستبيان لنمط الشخصية (D)، مقياس الإكتئاب (Self-Rating Depression Scale (SDS)، ومقياس القلق (Self-Rating Anxiety Scale (SAS)، وإستبيان أسلوب المواجهة (Trait Coping Style Questionnaire (TCSQ)، وقائمة مراجعة الأعراض (Symptom Checklist 90 (SCL-90) ( . بينت النتائج أن لدى المجموعة التى تعانى من متلازمة الشريان التاجى نسبة أعلى من نمط الشخصية (A) ونمط الشخصية (D) مقارنة بالمجموعة الضابطة، أيضاً كان لديهم مستويات مرتفعة من القلق، والإكتئاب، ومستوى أقل من الصحة النفسية، وأساليب تكيف أكثر سلبية، وأقل إيجابية، كان مرضى النوع (D) معرضين لخطر تراكمى متزايد للنتائج الضارة مقارنة بالمرضى من غير النوع (D)، كان الأشخاص المعرضون لخطر إصابة عضلة القلب لديهم قلق واضح، ومشاعر إكتئاب وإنخفاض مستوى الصحة العقلية، والتى كانت مرتبطة بالشخصية، وأسلوب التكيف، كانت الشخصية من النوع (D) مؤشراً مستقلاً للأحداث السلبية.

**بحثت دراسة إناتيسكو وآخرين(Enatescu et al., 2021 )** العلاقة بين نمط الشخصية (د)، وأمراض الشريان التاجى، ومقارنتها مع السمات الإجتماعية، والديموجرافية، والسريرية الأخرى، هذا وقد شارك فى التجربة (٢٢١) مريض يعانون من ألام فى الصدر تمت إحالتهم لتصوير الأوعية التاجية، هذا وقد ظهر نمط الشخصية (د) لدى مريض ٤٢ بواقع( ١٩% ) من المرضى، تم استخدام قائمة الأعراض النفسية (Symptom Checklist -90)، كانت درجته أعلى فى المجموعة التى تعانى من أمراض الشريان التاجى عن المجموعة التى لا تعانى من أمراض الشريان التاجى، أيضا معظم أبعاد القائمة، بالإضافة إلى أن التدخين، ومرض السكرى كان لهم مساهمة كبيرة فى تعقيد مرض الشريان التاجى، وهذا ما يوضح العلاقة الديناميكية بين نقاط الضعف البيولوجية، والنفسية، وأعراض مرض الشريان التاجى.

## ثالثا : بعض الدراسات التى تناولت إضطرابات النوم، وأمراض القلب.

**هدفت دراسة هيرشر وآخرين (Herrscher et al.,2011 )** إلى تقييم مدى انتشار التنفس المضطرب أثناء النوم لدى مجموعة من مرضى قصور القلب العام بما فى ذلك المرضى الذين يعانون من الكسر القذفى أو الجزء المقذوف للبطين الايسر (ejection fraction (EF) (وهو يشير إلى النسبة ما بين كمية الدم المقذوف من البطين إلى كمية الدم المتبقية فيه خلال انقباض البطين لمره واحدة)، تم تسجيل مجموعة من المرضى الذين يعانون من قصور القلب لتقييم مدى انتشار إضطراب التنفس أثناء النوم، أشارت النتائج إلى أنه من بين (١١٥) مريض ٦٢% منهم يعانوا من الكسر القذفى، كان إضطراب التنفس أثناء النوم موجود فى ( ٨١%) ( ٢٧% انقطاع التنفس أثناء النوم، ٥٤% فى انقطاع التنفس الإنسدادى أثناء النوم) ، كان المرضى الذين يعانون من فشل القلب مع الكسر القذفى المحفوظ Heart failure with preserved ejection fraction (HFpEF) مصابين بإضطراب التنفس أثناء النوم فى ٨٠% من الحالات، (٦٢%) لديهم انقطاع التنفس أثناء النوم، وكان لدى هذه المجموعة ارتفاع ضغط الدم بشكل ملحوظ.

**هدفت دراسة ( Gharzeddine et al., 2021 )** إلى وصف الإرتباطات، والتنبؤات، وأعراض الأرق لدى الأشخاص المصابين بأمراض القلب، تم إجراء بحث الكترونى للفترة ما بين (٢٠٠٠-٢٠١٩)، تم تحديد (١٦) دراسة استوفت معايير الإشتمال من أجل فحص أعراض الأرق فى الأشخاص الذين يعانون من أمراض القلب، أشارت النتائج إلى أن العوامل الإجتماعية، والديموجرافية المختلفة والأمراض المزمنة المصاحبة، والعوامل السريرية، والعوامل السلوكية المعرفية تنبئ بالأرق لدى الأشخاص المصابين بأمراض القلب. يعد التعب والإكتئاب، والنعاس أثناء النهار، وضعف الأداء البدنى، وانخفاض القدرة على ممارسة الرياضة، والتغيرات القلبية، وضعف نوعية الحياة المرتبطة بالصحة من النتائج المهمة لأعراض القلق لدى الأشخاص المصابين بفشل القلب، لم يكن هناك ارتباط بين أعراض الأرق، والعمر، والجنس، والتنفس المضطرب أثناء النوم.

**هدفت دراسة ليشات وآخرين (Lechat et al ., 2022 )** إلى بحث الإرتباطات المحتملة بين الأرق المرضى، وانقطاع التنفس أثناء النوم، وانتشار أمراض القلب، والأوعية الدموية، استخدمت هذه الدراسة بيانات طولية من دراسة صحة القلب أثناء النوم لعينة مكونة من(٥٨٠٣)،

تم تعريف الأرق على أنه صعوبات تم الإبلاغ عنها ذاتياً فى بدء أو الحفاظ على النوم، وضعف النوم أثناء النهار، تم استخدام بيانات ( ٤١٦٠) مشارك لهذا التحليل، بلغ معدل انتشار حالات عدم الارق / انقطاع التنفس الإنسدادى أثناء النوم ، والارق فقط ، انقطاع التنفس الانسدادى أثناء النوم فقط، والأرق المرضى المصاحب وانقطاع التنفس أثناء النوم ٥٣,٢%، ٣,١%، ٣٩,٩% و١,٩% على التوالي، أيضاً ارتبط القلق المرضى بانقطاع التنفس أثناء النوم بنسبة (٧٥%)، وارتبط الأرق المرضى وانقطاع التنفس أثناء النوم بشكل كبير مع أمراض القلب والأوعية الدموية.

**هدفت دراسة فروجد وآخرين ( Frojd et al., 2023 )** إلى تحديد الإرتباطات النسبية للعوامل السريرية ، والنفسية، الإجتماعية التى تؤثر على جودة الحياة المتعلقة بالصحة العقلية، والجسدية فى عينة من مرضى القلب التاجى النرويجيين، اشتملت الدراسة على ( ١٠١٧) مريضاً بعد مرور من (٢-٣٦) شهراً من العلاج فى المستشفى بسبب مرض القلب التاجى، تم تقييم جودة الحياة المتعلقة بالصحة العقلية، والجسدية باستخدام ( the Short Form 12 (SF12))، تم قياس الشخصية من النوع ( D ) (the type D Scale 14 (DS14))، وقياس القلق والإكتئاب( Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)) والأرق باستخدام مقياس (the Bergen Insomnia Scale (BIS)، واستخدمت تحليلات الإنحدار الخطى الخام والمتعدد لبحث العلاقة المشتركة بين المتغيرات، كان متوسط العمر (٦١ سنة) ٢٠% منهم إناث، ١٨% لديهم شخصية من النوع ( D )، ٢٠% لديهم إكتئاب، ١٤% لديهم قلق، ٤٥% لديهم أرق، ارتبطت الشخصية من النوع ( D ) مع أعراض الإكتئاب، والأرق، وليس مع القلق، ارتبطت الشخصية من النوع (D ) سلباً بدرجة المكونات العقلية، ولكن ليس مع مقياس المكونات الجسمية، ارتبط مرض الكلى المزمن بإنخفاض درجة مقياس المكونات العقلية، فى حين ارتبط مرض الإنسداد الرئوى المزمن، وانخفاض النشاط البدنى سلباً مع مقياس المكونات الجسدية، ارتبط العمر الأصغر بضعف درجة مقياس المكونات العقلية، فى حين ارتبط العمر الأكبر بضعف درجة مقياس المكونات الجسدية، وكانت جودة الحياة المتعلقة بالصحة منخفضة بين مرضى القلب التاجى النيرويجين، وكانت الشخصية من النوع ( D )، وأعراض الإكتئاب والأرق، وأمراض الكلى المزمن هى أقوى الإرتباطات للمكون العقلى لجودة الحياة المتعلقة بالصحة، قد يؤدى تقييم وإدارة الشخصية من النوع (D) والإكتئاب، والأرق بين هذه المجموعات من مرضى القلب التاجية إلى تحسين جودة الحياة المتعلقة بالصحة لديهم.

**اختبرت دراسة كورونيل وآخرين (Coronel etal., 2023)** مدى انتشار القلق، والأرق، ونمط الشخصية من النوع ( D ) لدى عينة من مرضى احتشاء عضلة القلب، ومرضى الشريان التاجى الإنسدادى ، وتأثيرها على التشخيص، تم تسجيل المرضى الذين يعانون من احتشاء عضلة القلب الخاضعين لتصوير الأوعية التاجية، تم الانتهاء من الإستبيانات النفسية من قبل كل مريض، أشارت النتائج إلى أنه من إجمالى( ٥٣٣) مريضاً كان (٥٦) منهم يعانون من مرض احتشاء عضلة القلب، (٤٧٧) يعانون من مرض الشريان التاجى، لم تكن هناك إختلافات فى انتشار القلق، والأرق بين المجموعتين، العديد من المرضى لديهم شخصية من نمط (D)، لم تكن هناك فروق بين المجموعتين فى معدل الوفيات، ارتبطت درجات القلق وسمات الشخصية

العاطفية، والسلبية بشكل كبير لدى مرضى احتشاء عضلة القلب، وارتبطت مستويات الأرق المرتفعة بزيادة عدد الوفيات.

## تعليق عام على الدراسات السابقة

يلاحظ بشكل عام على الدراسات السابقة ما يلى : **بالنسبة للبعد الأول** والتى تناولت العلاقة بين سمات الشخصية، وإضطرابات النوم يلاحظ أنه على الرغم من تناول تلك الدراسة للعلاقة بين سمات شخصية الفرد، وإضطرابات النوم لديه أن تلك الدراسات كانت أجنبية، ولم تجد الباحثة فى حدود علمها دراسة عربية تناولت تلك العلاقة، كما أن غالبية الدراسات قد تناولت السمات السلبية للشخصية، وخاصةً إضطرابات الشخصية كإضطراب الشخصية الحدية، وإضطراب الشخصية السيكوباتية وأغفلت الجوانب الإيجابية لسمات الشخصية كما توضحها قائمة العوامل الستة الكبرى للشخصية، أيضاً بالنسبة للعلاقة بين سمات الشخصية، وإضطرابات النوم لدى عينة الدراسة الحالية وهم مرضى القلب لم تجد الباحثة فى حدود علمها دراسة جمعت بين تلك المتغيرات مجتمعه معاً، هذا كان أدعى لإجراء هذا البحث، **بالنسبة للبعد الثانى** والذى تناول العلاقة بين سمات الشخصية، والإصابة بأمراض القلب التاجية قد ركزت تلك الدراسات على نمط الشخصية (د) بشكل كبير واستخدمت قائمة العوامل الخمس الكبرى للشخصية، أيضاً غالبية الدراسات قد تناولت سمات الشخصية لدى هؤلاء المرضى بعد الإصابة بالمرض، كما أشارت بعض تلك الدراسات إلى أن سمات الشخصية لم تتغير إلا بشكل طفيف بعد الإصابة بالمرض، ومن هنا كان هناك تناقض بين نتائج الدراسات السابقة فى هذا الجانب وهو ما كان أدعى لإجراء تلك الدراسة، **أما بالنسبة للبعد الثالث** من الدراسات السابقة التى تناولت إضطرابات النوم لدى مرضى القلب فقد أشارت نتائج بعض الدراسات التى تناولتها الباحثة فى هذا الصدد إلى وجود علاقة بين الأرق، وانقطاع التنفس أثناء النوم، والبعض الآخر من الدراسات السابقة لم تظهر تلك العلاقة، أيضاً تناولت الدراسات السابقة إضطرابات النوم لدى مرضى القلب بعد تعرضهم للإصابة وليس قبل التعرض للإصابة، وهو ما كان اهتمام الباحثة من أجل دراسة القدرة التنبؤية لإضطرابات النوم بأمراض القلب فى المستقبل.

## فروض الدراسة :

**وفى ضوء الإطار النظرى والدراسات السابقة صاغت الباحثة فروض الدراسة على النحو التالى:**

١- توجد فروق بين مرضى الشريان التاجى، والأصحاء فى سمات الشخصية.
٢- تسهم سمات الشخصية فى التنبؤ بإضطرابات النوم لدى عينة من مرضى الشريان التاجى.
٣- توجد علاقة بين سمات الشخصية، وإضطرابات النوم لدى عينة من مرضى الشريان التاجى.
٤- توجد فروق بين مرضى الشريان التاجى، والأصحاء فى إضطرابات النوم فى اتجاه عينة مرضى الشريان التاجى.

## المنهج والإجراءات

**أولاً : منهج الدراسة**

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفى بتصميمه الإرتباطى والمقارن، الذى يتناسب مع أهداف الدراسة، والذى مكننا من التحقق من فروض الدراسة، كما يمكن من خلاله التعرف على طبيعة العلاقة بين سمات الشخصية ، وإضطرابات النوم، وإمكانية التنبؤ بالعلاقة بين سمات الشخصية، وإضطرابات النوم لدى عينة من مرضى الشريان التاجى.

**ثانياً : عينة الدراسة**

**عينة الدراسة الإستطلاعية:**
تكونت عينة الدراسة الإستطلاعية من (١٢٠) فرد من الأصحاء؛ حيث تراوحت أعمار العينة ما بين (١٦- ٧٥ عامًا)، بمتوسط عمري قدره(٤٢,٥٠ عامًا)، وبانحراف معياري قدره (١١,١٥ عامًا)، ويوضح جدول (١) خصائص عينة الدراسة الإستطلاعية.

**جدول (١) خصائص عينة الدراسة الإستطلاعية (ن=١٢٠).**

| المتغيرات | | التكرارات | النسبة المئوية% |
|---|---|---|---|
| النوع | ذكور | ٤١ | %٣٤,٢ |
| | إناث | ٧٩ | %٦٥,٨ |
| | **المجموع** | **٤٨** | **%١٠٠** |
| محل الإقامة | حضر | ٤٥ | %٣٧,٥ |
| | ريف | ٧٥ | %٦٢,٥ |
| | **المجموع** | **٤٨** | **%١٠٠** |
| الحالة الإجتماعية | أعزب | ٢٢ | %١٨,٣ |
| | متزوج | ٨٧ | %٧٢,٥ |
| | مطلق | ٤ | %٣,٣ |
| | أرمل | ٧ | %٥,٨ |
| | **المجموع** | **٤٨** | **%١٠٠** |
| المؤهل العلمي | أمي | ٦ | %٥,٠ |
| | أقل من المتوسط | ١٩ | %١٥,٨ |
| | متوسط | ٣٤ | %٢٨,٣ |
| | جامعي | ٥٤ | %٤٥,٠ |
| | فوق جامعي | ٧ | %٥,٨ |
| | **المجموع** | **٤٨** | **%١٠٠** |

يتضح من جدول (1) أن عينة الدراسة الإستطلاعية من الأصحاء بلغت (١٢٠) فردًا، وموزعين وفقًا للنوع (٤١ذكورًا/ ٧٩إناثًا)، ووفقًا لمحل الإقامة (٤٥حضر/ ٧٥ريف)، ووفقًا للحالة الإجتماعية (٢٢ أعزب/ ٨٧ متزوج/ ٤ مطلق/ ٧ أرمل)، ووفقًا للمؤهل العلمي (٦ أمي/ ١٩ أقل من المتوسط/ ٣٤متوسط/ ٥٤ جامعي/ ٧ فوق جامعي).

**عينة الدراسة الأساسية:**

١- اشتراك المرضى فى الدراسة: اختارت الباحثة ذكور، وإناث من مرضى الشريان التاجى من خلال مساعدة طبيب القلب المختص، حيث كانت معايير الإشتمال فى الدراسة أن المريض يعانى من خفقان بكونه العامل الرئيسى، وتستمر الأعراض لمدة ثلاثة أشهر على الأقل، وبالنسبة لمعايير الإستبعاد كانت الإعاقة الذهنية، والذهان أو غيرها من الإضطرابات النفسية، حيث تكونت عينة الدراسة الأساسية من (٩٦) فردًا من مرضى الشريان التاجى والأصحاء؛ حيث تراوحت أعمار مجموعة مرضى الشريان التاجى ما بين (٢٦- ٨٤ عامًا)، بينما تراوحت أعمار مجموعة الأصحاء ما بين (١٦- ٧٤ عامًا). ويوضح جدول (٢) خصائص عينة الدراسة الأساسية، بينما جدول (٣) يوضح تجانس عينة الدراسة الأساسية في المتغيرات الديموغرافية.

**جدول (٢) خصائص عينة الدراسة الأساسية (ن=٩٦).**

| المتغيرات | | مرضى الشريان التاجى | | الأصحاء | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | التكرارات | النسبة المئوية% | التكرارات | النسبة المئوية% |
| النوع | ذكور | ٢٥ | %٥٢,١ | ١٦ | %٣٣,٣ |
| | إناث | ٢٣ | %٤٧,٩ | ٣٢ | %٦٦,٧ |
| | **المجموع** | **٤٨** | **%١٠٠** | **٤٨** | **%١٠٠** |
| محل الإقامة | حضر | ٢٣ | %٤٧,٩ | ٢٠ | %٤١,٧ |
| | ريف | ٢٥ | %٥٢,١ | ٢٨ | %٥٨,٣ |
| | **المجموع** | **٤٨** | **%١٠٠** | **٤٨** | **%١٠٠** |
| الحالة الإجتماعية | أعزب | ٥ | %١٠,٤ | ٣ | %٦,٢ |
| | متزوج | ٣٩ | %٨١,٢ | ٤٣ | %٨٩,٦ |
| | مطلق | ١ | %٢,١ | - | - |
| | أرمل | ٣ | %٦,٢ | ٢ | %٤,٢ |
| | **المجموع** | **٤٨** | **%١٠٠** | **٤٨** | **%١٠٠** |
| المؤهل العلمي | أمي | ٤ | %٨,٣ | ١ | %٢,١ |
| | أقل من المتوسط | ١٤ | %٢٩,٢ | ٢٤ | %٥٠,٠ |
| | متوسط | ١١ | %٢٢,٩ | - | - |
| | جامعي | ١٥ | %٣١,٢ | ٢٢ | %٤٥,٨ |
| | فوق جامعي | ٤ | %٨,٣ | ١ | %٢,١ |
| | **المجموع** | **٤٨** | **%١٠٠** | **٤٨** | **%١٠٠** |
| **متوسط العمر** | | ٤٨,٧٣ عامًا | | ٤٥,٢٣عامًا | |
| **الإنحراف المعياري** | | ١٢,١٢عامًا | | ١٣,٠٢عامًا | |

يتضح من جدول (٢) أن عينة الدراسة الأساسية من مرضى الشريان التاجى بلغت (٤٨) فردًا، وموزعين وفقًا للنوع (٢٥ ذكورًا/ ٢٣إناثًا)، ووفقًا لمحل الإقامة (٢٣حضر/ ٢٥ريف)، ووفقًا للحالة الاجتماعية (٥ أعزب/ ٣٩ متزوج/ ١ مطلق/ ٣ أرمل)، ووفقًا للمؤهل العلمي (٤ أمي/ ١٤ أقل من المتوسط/ ١١متوسط/ ١٥ جامعي/ ٤ فوق جامعي)، بمتوسط عمري قدره (٤٨,٧٣عامًا)، وإنحراف معياري قدره (١٢,١٢عامًا)، بينما بلغت عينة الدراسة من الأصحاء (٤٨) فردًا، وموزعين وفقًا للنوع (١٦ذكورًا/ ٣٢إناثًا)، ووفقًا لمحل الإقامة (٢٠حضر/ ٢٨ريف)، ووفقًا للحالة الاجتماعية (٣ أعزب/ ٤٣ متزوج/ ٢ أرمل)، ووفقًا للمؤهل العلمي (١ أمي/ ٢٤ أقل من المتوسط/ ٢٢ جامعي/ ١ فوق جامعي)، بمتوسط عمري قدره (٤٥,٢٣عامًا)، وإنحراف معياري قدره (١٣,٠٢عامًا).

**جدول (٣) اختبار "ت" لمعرفة تجانس أفراد مرضى الشريان التاجى والأصحاء في المتغيرات الديموغرافية (ن= ٩٦).**

| المتغيرات | | العدد | المتوسط الحسابي | الإنحراف المعياري | قيمة "ت" |
|---|---|---|---|---|---|
| **النوع** | ذكور | ٤٨ | ١,٤٨ | ٠,٥١ | NS ١,٨٧ |
| | إناث | ٤٨ | ١,٦٧ | ٠,٤٨ | |
| **محل الإقامة** | مرضى الشريان التاجى | ٤٨ | ١,٥٢ | ٠,٥١ | NS ٠,٦١ |
| | الأصحاء | ٤٨ | ١,٥٨ | ٠,٥٠ | |
| **الحالة الإجتماعية** | مرضى الشريان التاجى | ٤٨ | ٢,٠٤ | ٠,٦٢ | NS٠,١٨ |
| | الأصحاء | ٤٨ | ٢,٠٢ | ٠,٤٨ | |
| **المؤهل العلمي** | مرضى الشريان التاجى | ٤٨ | ٣,٠٢ | ١,١٤ | NS ٠,٢٨ |
| | الأصحاء | ٤٨ | ٢,٩٦ | ١,٠٧ | |
| **العمر** | مرضى الشريان التاجى | ٤٨ | ٤٨,٧٣ | ١٢,١٢ | NS ١,٣٦ |
| | الأصحاء | ٤٨ | ٤٥,٢٣ | ١٣,٠٢ | |

يتضح من جدول (٣) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى الشريان التاجى، والأصحاء في المتغيرات الديموغرافية؛ حيث كانت قيم اختبار "ت" (١,٨٧، ٠,٦١، ٠,١٨، ٠,٢٨، ١,٣٦) للنوع ومحل الإقامة والحالة الإجتماعية، والمؤهل العلمي، والعمر على التوالي، وهي قيم غير دالة إحصائيًا؛ مما يدل على تجانس أفراد العينة.

## ثالثاً : أدوات الدراسة

**مقياس العوامل السته الكبرى للشخصية ( The Six Big Factor of Personality )**

**أعد هذا المقياس أشتون ولى (2009) Ashton & Lee** ، استخدمت الباحثة النسخة العربية منه تعريب السيد عبد المطلب وميمى أحمد (٢٠١٦)، ويتكون المقياس من (٦٠) عبارة موزعة على (٦) أبعاد وهى: (الصدق، التواضع ، الإنفعالية ، والإنبساطية، والتقبل، ويقظة الضمير، والإنفتاح على الخبرة)، ويتكون كل عامل من هذه العوامل من (١٠) عبارات موزعة توزيعاً عشوائياً، ويتم التعامل مع درجات كل عامل كبعد مستقل، وكل عبارة من عبارات المقياس يقابلها خمس استجابات هى: (أوافق بشدة، أوافق، محايد، لا أوافق، لا أوافق بشدة).

**صدق وثبات مقياس العوامل الستة الكبرى للشخصية فى الدراسات السابقة:**

يتمتع مقياس العوامل الستة الكبرى للشخصية بمعاملات ثبات وصدق مرتفعة فى البيئة الأجنبية حيث بلغ معامل الارتباط من ( ٠,٢٥ الى ٠,٢٩) على طلاب الجامعة، فى حين بلغ معامل الإتساق الداخلى من (٠,٧٧) إلى (٠,٨٠) على عينة من طلاب الجامعة وعددهم ( ن= ٩٣٦) ، (٠,٧٣) الى ( ٠,٨٠) على عينة المجتمع وعددهم ( ن= ٧٣٤) .

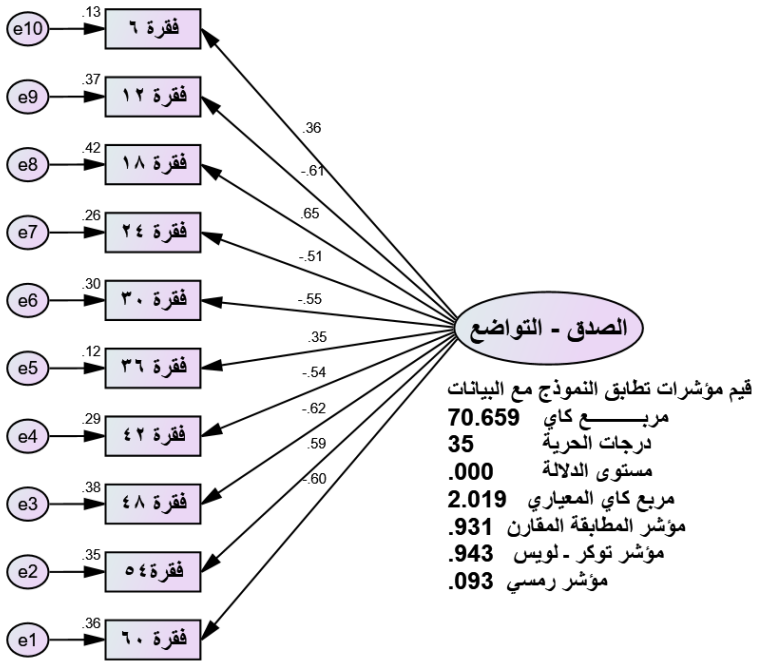
وفى البيئة العربية فقد تمتع المقياس بمعاملات ثبات وصدق مرتفعة أيضا، حيث بلغ معامل الإرتباط بين ( ٠,٣٦ الى ٠,٧٦) على طلبة الجامعة، فى حين بلغت معاملات الثبات بين (٠,٦٩ الى ٠,٨٩) على طلبة الجامعة (السيد عبد المطلب؛ ميمى احمد، ٢٠١٦).

**الكفاءة السيكومترية لمقياس العوامل السته الكبرى للشخصية فى الدراسة الحالية**

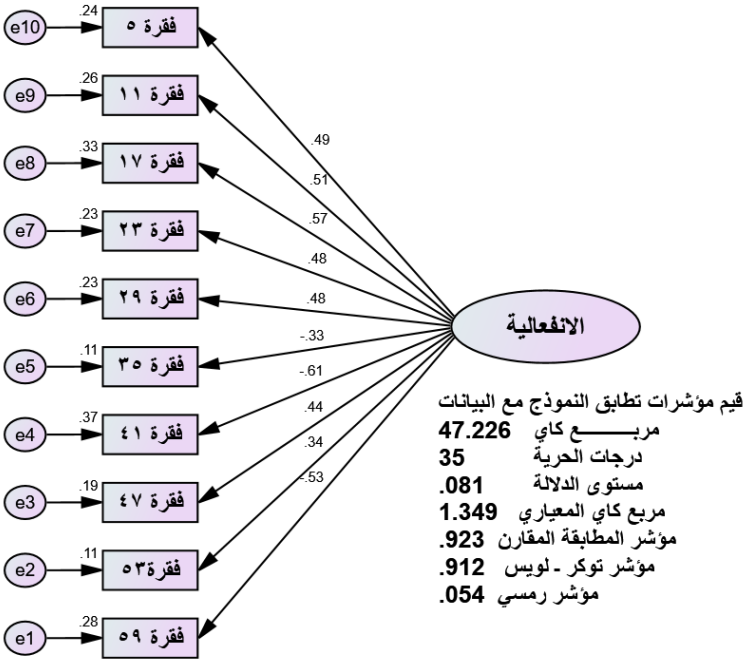
**أولاً : صدق المقياس**

**الصدق العاملي التوكيدي:**

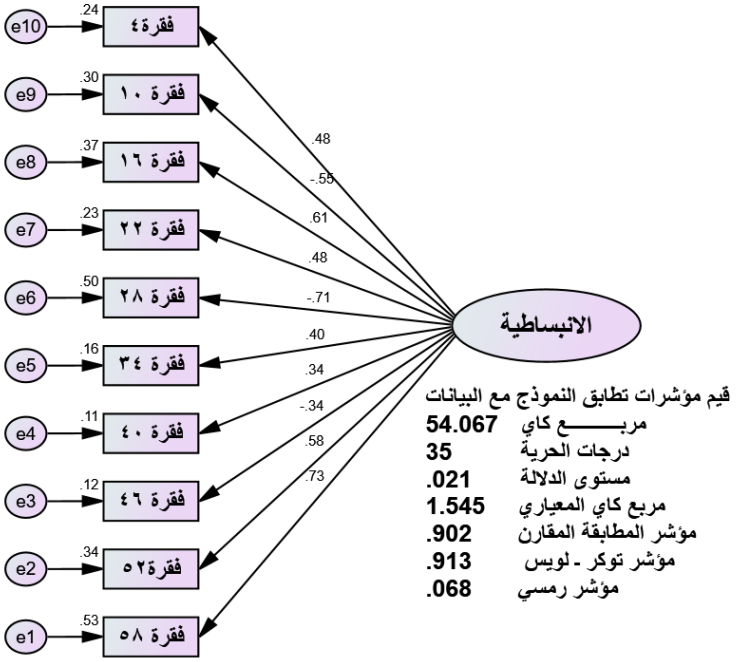
استخدمت الباحثة في الدراسة الحالية الصدق العاملي التوكيدي من الدرجة الأولى؛ لحساب صدق العوامل الستة الكبرى للشخصية لدى عينة من الأصحاء، ويوضح ذلك الاشكال(1,2,3,4,5,6)، وجدولى( 5-4)



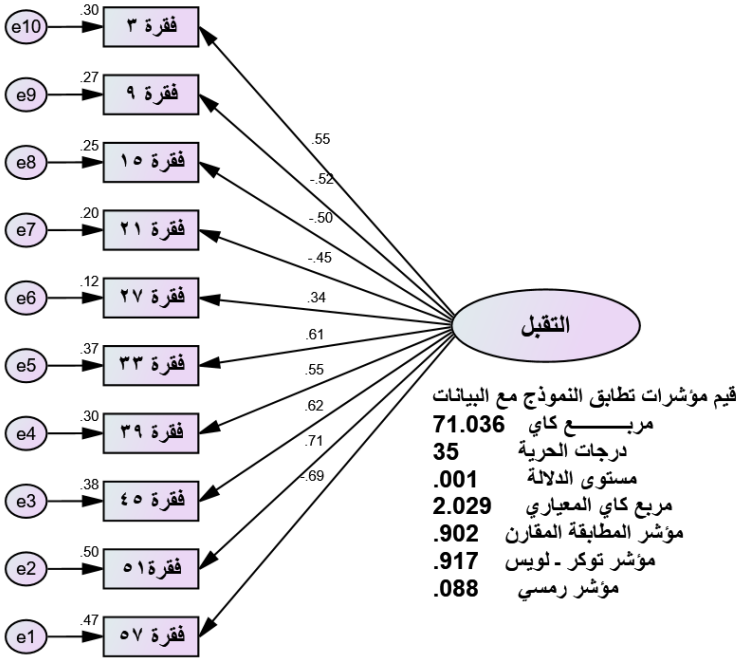

**شكل (1) نموذج التحليل العاملي التوكيدي لعامل الصدق- التواضع لدى عينة من الأصحاء (ن=١٢٠).**



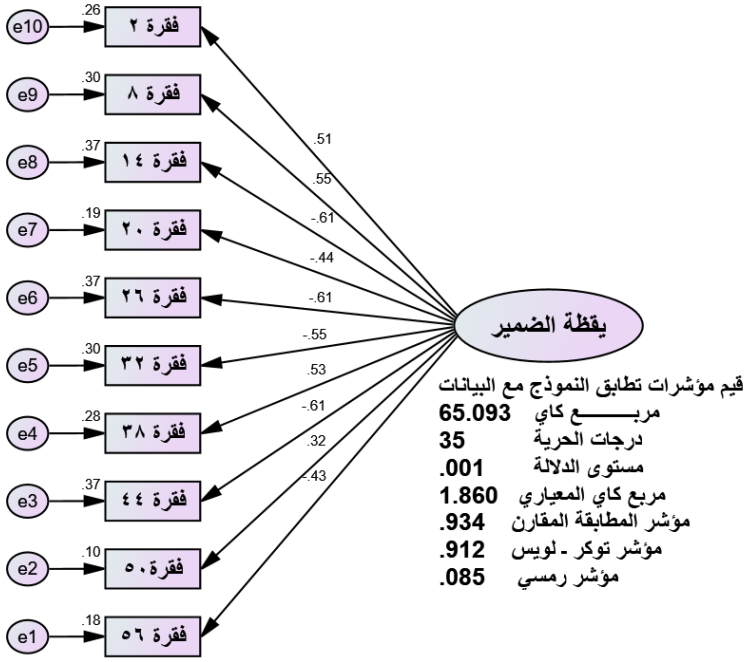

**شكل (2) نموذج التحليل العاملي التوكيدي لعامل الانفعالية لدى عينة من الأصحاء (ن=١٢٠).**



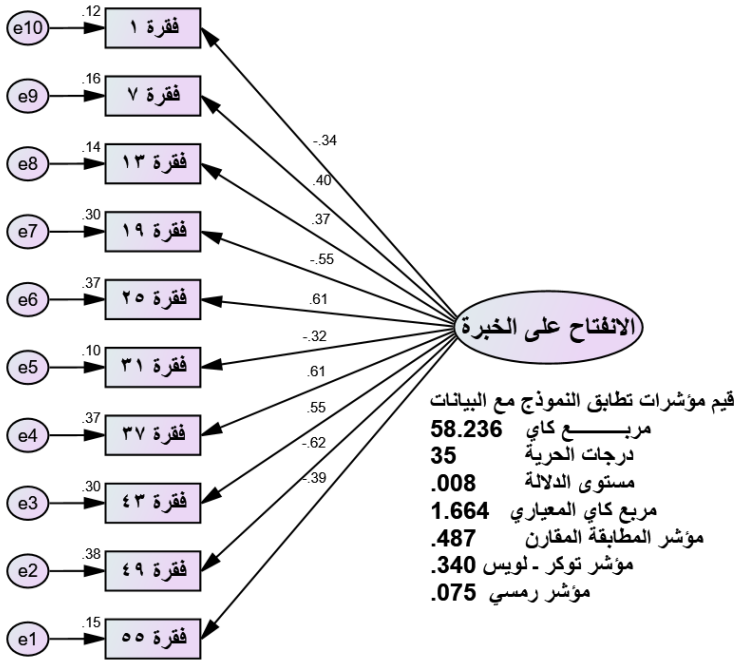

**شكل (3) نموذج التحليل العاملي التوكيدي لعامل الانبساطية لدى عينة من الأصحاء (ن=١٢٠).**




**شكل (4) نموذج التحليل العاملي التوكيدي لعامل التقبل لدى عينة من الأصحاء (ن= ١٢٠).**




**شكل (5) نموذج التحليل العاملي التوكيدي لعامل يقظة الضمير لدى عينة من الأصحاء (ن= ١٢٠).**




**شكل (6) نموذج التحليل العاملي التوكيدي لعامل الانفتاح على الخبرة لدى عينة من الأصحاء (ن=١٢٠).**

يتبين من الأشكال (1,2,3,4,5,6) أن كل عامل من العوامل الكامنة للعوامل الستة الكبرى للشخصية لدى عينة من الأصحاء قد تشبعت عليها الفقرات الخاصة بكل عامل على حده، كما أن مؤشرات حسن المطابقة تقع في المدى المقبول لها، ويمكن توضيح معاملات الانحدار المعيارية واللامعيارية لنموذج العوامل الستة الكبرى للشخصية ودلالتها الإحصائية من خلال **جدول معاملات الانحدار المعيارية واللامعيارية ودلالتها الإحصائية لتشبعات الفقرات على العوامل الكامنة للعوامل الستة الكبرى للشخصية لدى عينة من الأصحاء (ن= ١٢٠) ، وجدول مؤشرات حسن المطابقة لنماذج العوامل الستة الكبرى للشخصية لدى عينة من الأصحاء (ن=١٢٠)، هذه الجداول متاحة لدى الباحثة.**

وقد تبين من خلال هذين الجدولين أن نتائج التحليل العاملي التوكيدي من الدرجة الأولى تشير إلى أن العوامل الستة الكبرى للشخصية يتمتعوا بنموذج قياسي ممتاز، وهذا ما أكدته مؤشرات حسن المطابقة، والتي كانت جميعها في مداها المثالي، كما تشبعت كل فقرة من فقرات المقياس على العامل العام الخاص به، كما كانت جميع التشبعات دالة إحصائيًا؛ مما يجعلنا نطمئن إلى مدى صلاحية وملائمة النموذج الحالي في قياس العوامل الستة الكبرى للشخصية لدى عينة من الأصحاء، وبالتالي يمكن استخدامه في الدراسة الحالية.

### ٢-ثبات المقياس

استخدمت الباحثة معامل ألفا كرونباخ ومعامل ثبات التجزئة النصفية لحساب ثبات العوامل الستة الكبرى للشخصية لدى عينة من الأصحاء، وتم تصحيح معامل ثبات التجزئة النصفية باستخدام معادلتي سبيرمان- براون، وجتمان، ويوضح جدول (٤) قيم معاملات الثبات للعوامل الستة الكبرى للشخصية باستخدام ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية للمقياس لدى عينة من الأصحاء.

**جدول (٤) قيم معاملات الثبات للعوامل الستة الكبرى للشخصية باستخدام ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية للمقياس لدى عينة من الأصحاء (ن=١٠٠).**

| العوامل الستة الكبرى للشخصية | عدد الفقرات | معامل ألفا كرونباخ | معامل ثبات التجزئة النصفية | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | معامل الارتباط بين النصفين | بعد التصحيح بمعادلة سبيرمان – براون | بعد التصحيح بمعادلة جتمان |
| **عامل الصدق- التواضع** | ١٠ | ٠,٨٧ | ٠,٧١ | ٠,٨٣ | ٠,٨٣ |
| **عامل الانفعالية** | ١٠ | ٠,٨٥ | ٠,٧٤ | ٠,٨٥ | ٠,٨٥ |
| **عامل الانبساطية** | ١٠ | ٠,٧٦ | ٠,٦٦ | ٠,٧٩ | ٠,٧٩ |
| **عامل التقبل** | ١٠ | ٠,٨١ | ٠,٧١ | ٠,٨٣ | ٠,٨٣ |
| **عامل يقظة الضمير** | ١٠ | ٠,٧٧ | ٠,٦٩ | ٠,٨٢ | ٠,٨٢ |
| **عامل الانفتاح على الخبرة** | ١٠ | ٠,٨٢ | ٠,٦٧ | ٠,٨٠ | ٠,٨٠ |

يتضح من جدول (٤) أن كل عامل من العوامل الستة الكبرى للشخصية، ثابت سواء بطريقة معامل ألفا كرونباخ، أو بطريقة التجزئة النصفية للمقياس، مع تصحيح معامل الارتباط بين نصفي المقياس وأبعاده باستخدام "معادلة سبيرمان- براون"، "ومعادلة جتمان"، حيث تراوحت معاملات الثبات ما بين (٠,٧٦- ٠,٨٧). وتوضح النتائج السابقة أن العوامل الستة الكبرى للشخصية لدى عينة من الأصحاء جميعها تتمتع بمعاملات ثبات مرتفعة في الدراسة الحالية، وبالتالي يمكن استخدامه في الدراسة الحالية.

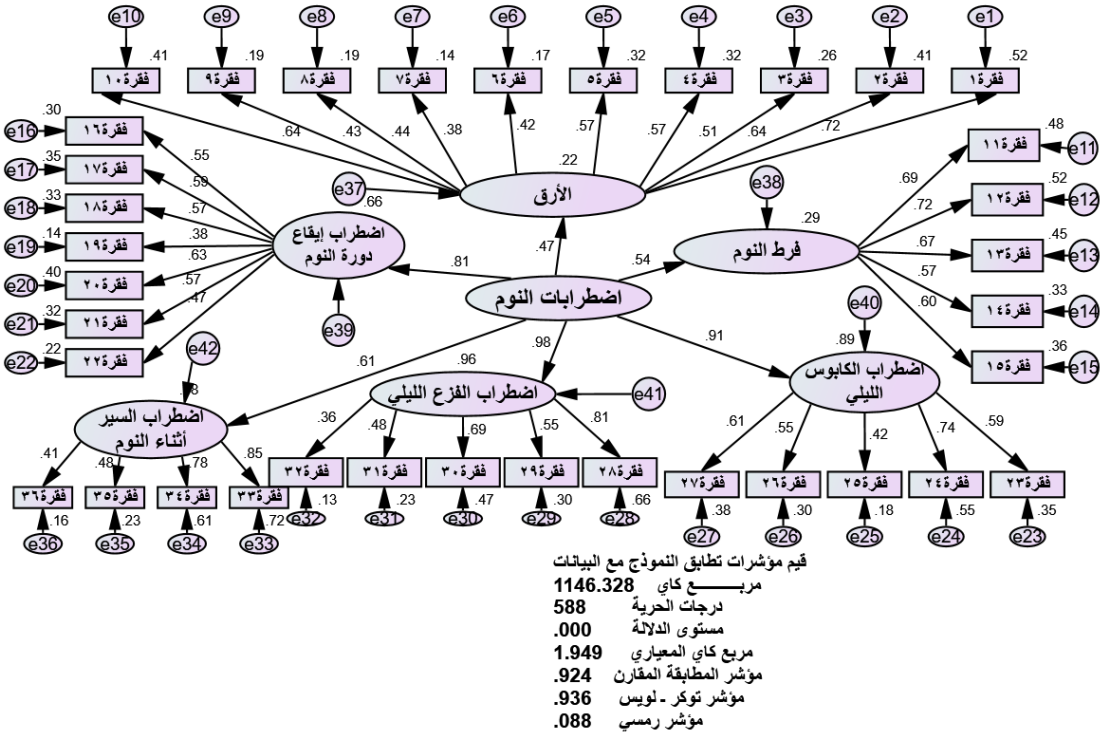
**مقياس اضطرابات النوم : اعداد د/ بشري إسماعيل أحمد( ٢٠١٣)**

الخصائص السيكومترية للأداة ( ثبات وصدق مقياس اضطرابات النوم ) قامت بشرى اسماعيل احمد بحساب معامل ثبات المقياس بطريقتى ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية ، فقد تراوحت معاملات ثبات ألفا بين (٠,٥١- ٠,٦٣) ، كما تراوحت معاملات ثبات التجزئة النصفية ( ٥٠, ٠- ٦٦, ٠) ، تم التحقق من صدق المقياس عن طريق الصدق الظاهرى والصدق العاملى، حيث اسفر التحليل العاملى لعبارات مقياس اضطرابات النوم بطريقة المكونات الاساسية لهوتلنج وتدوير المحاور بطريقة فاريماكس لكايزر عن وجود عاملين فسرت فى مجموعها (٥٦,٦١% من التباين الكلى ، وبلغ الجذر الكامن للعامل الاول ٢,١٤ واستوعب ٢٩,٨٩ وتشبعت على هذا العامل اضطراب الارق وفرط النوم واضطراب ايقاع النوم ويمكن تسمية بعامل صعوبات النوم ، وبلغ الجذر الكامن للعامل الثانى ١,٢٥ واستوعب (٢٦,٧٤) ، وتشبعت عليه اضطراب الكابوس والفزع الليلى والسير اثناء النوم ، ويمكن تسميته (عامل مصاحبات النوم) .

**الكفاءة السيكومترية للمقياس كما قامت به الباحثة فى الدراسة الحالية**

استخدمت الباحثة في الدراسة الحالية الصدق العاملي التوكيدي من الدرجة الأولى؛ لحساب صدق مقياس اضطرابات النوم لدى عينة من الأصحاء، ويوضح ذلك شكل (٧)،

وجدولي (٧،٨)




**شكل (7) نموذج التحليل العاملي التوكيدي لمقياس اضطرابات النوم لدى عينة من الأصحاء (ن=١٢٠).**

يتبين من شكل (7) أن كل عامل من العوامل الكامنة لمقياس اضطرابات النوم لدى عينة من الأصحاء قد تشبعت عليه الفقرات الخاصة به، كما أن مؤشرات حسن المطابقة تقع في المدى المقبول لها، وتم توضيح معاملات الانحدار المعيارية واللامعيارية لنموذج مقياس اضطرابات النوم ودلالتها الإحصائية ، وايضا مؤشرات حسن المطابقة لنموذج مقياس اضطرابات النوم لدى عينة من الأصحاء فى جداول متاحة لدى الباحثة، والتى اوضحت فيها نتائج التحليل العاملي التوكيدي من الدرجة الثانية أن المقياس يتمتع بنموذج قياسي ممتاز، وهذا ما أكدته مؤشرات حسن المطابقة، والتي كانت في مداها المثالي، كما تشبعت كل فقرة من فقرات المقياس على العامل العام، كما كانت جميع التشبعات دالة إحصائيًا؛ مما يجعلنا نطمئن إلى مدى صلاحية وملائمة النموذج الحالي في قياس اضطرابات النوم لدى عينة من الأصحاء، وبالتالي يمكن استخدامه في الدراسة الحالية.

## ٢- ثبات المقياس

استخدمت الباحثة معامل ألفا كرونباخ ومعامل ثبات التجزئة النصفية؛ لحساب ثبات مقياس اضطرابات النوم لدى عينة من الأصحاء، وتم تصحيح معامل ثبات التجزئة النصفية باستخدام معادلتي سبيرمان- براون، وجتمان، ويوضح جدول (٥) قيم معاملات الثبات لمقياس اضطرابات النوم لدى عينة من الأصحاء باستخدام ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية للمقياس لدى عينة من الأصحاء.

**جدول (٥) قيم معاملات الثبات لمقياس اضطرابات النوم باستخدام ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية للمقياس لدى عينة من الأصحاء (ن=١٠٠).**

| مقياس اضطرابات النوم | عدد | معامل | معامل ثبات التجزئة النصفية |
|---|---|---|---|

| وأبعاده | الفقرات | ألفا كرونباخ | معامل الارتباط بين النصفين | بعد التصحيح بمعادلة سبيرمان – براون | بعد التصحيح بمعادلة جتمان |
|---|---|---|---|---|---|
| **بُعد الأرق** | ١٠ | ٠,٨٠ | ٠,٥٤ | ٠,٧٠ | ٠,٧٠ |
| **بُعد فرط النوم** | ٥ | ٠,٧٨ | ٠,٦١ | ٠,٧٦ | ٠,٧١ |
| **بُعد اضطراب إيقاع دورة النوم** | ٧ | ٠,٧٠ | ٠,٥٤ | ٠,٧٠ | ٠,٧٠ |
| **بُعد اضطراب الكابوس الليلي** | ٥ | ٠,٧٢ | ٠,٥٧ | ٠,٧٣ | ٠,٧٢ |
| **بُعد اضطراب الفزع الليلي** | ٥ | ٠,٧١ | ٠,٦٠ | ٠,٧٥ | ٠,٧٤ |
| **بعد اضطراب السير أثناء النوم** | ٤ | ٠,٧٢ | ٠,٥٨ | ٠,٧٣ | ٠,٧٣ |
| **الدرجة الكلية لمقياس اضطرابات النوم** | ٣٦ | ٠,٩٠ | ٠,٧٠ | ٠,٨٢ | ٠,٨٢ |

يتضح من جدول (٥) أن مقياس اضطرابات النوم، وأيضًا كل بُعد من الأبعاد الخاصة بالمقياس ثابته سواء بطريقة معامل ألفا كرونباخ، أو بطريقة التجزئة النصفية للمقياس، مع تصحيح معامل الإرتباط بين نصفي المقياس وأبعاده باستخدام "معادلة سبيرمان- براون"، "ومعادلة جتمان"، حيث تراوحت معاملات الثبات للدرجة الكلية للمقياس ما بين (٠,٨٢- ٠,٩٠)، وبالنسبة للأبعاد تراوحت معاملات الثبات ما بين (٠,٧٠- ٠,٨٠). وتوضح النتائج السابقة أن مقياس اضطرابات النوم لدى عينة من الأصحاء جميعها تتمتع بمعاملات ثبات مرتفعة في الدراسة الحالية، وبالتالي يمكن استخدامه في الدراسة الحالية.

## التطبيق والإجراءات

قامت الباحثة بتطبيق أدوات البحث( مقياس إضطرابات النوم، ومقياس سمات الشخصية) معاً على جميع أفراد العينة من خلال المقابلة بعيادة القلب بمساعدة الطبيب المختص، وقام الباحث بجمع البيانات من المرضى ثم تحليلها مستخدما الأساليب الإحصائية المناسبة، وذلك للتحقق من صدق فروض البحث، واستخدم الباحث الأساليب الإحصائية التالية: المتوسطات، والإنحرافات المعيارية، ومعامل الإرتباط، ومعامل الإنحدار واختبار ت.

## نتائج الدراسة

### عرض وتفسير نتائج الفرض الأول:

نص الفرض الأول على أنه" **توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات مرضى الشريان التاجى والأصحاء في سمات الشخصية**"؛ وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار"ت"؛ لمعرفة الفروق بين متوسطات درجات مرضى الشريان التاجى والأصحاء في سمات الشخصية، كما في جدول (٦).

**جدول (٦) اختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسطات درجات مرضى الشريان التاجى والأصحاء في سمات الشخصية (ن= ٩٦).**

| المتغيرات | | العدد | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | قيمة "ت" |
|---|---|---|---|---|---|
| **عامل الصدق- التواضع** | مرضى الشريان التاجى | ٤٨ | ٣٢,٣٧ | ٤,٥٦ | NS ٠,٢٦ |
| | الأصحاء | ٤٨ | ٣٢,١٧ | ٤,٥١ | |
| **عامل الانفعالية** | مرضى الشريان | ٤٨ | ٣١,٢٥ | ٣,٨٤ | NS ٠,٩٦ |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | التاجى | | | | |
| | الأصحاء | ٤٨ | ٣١,٩٧ | ٣,٥٧ | |
| **عامل الانبساطية** | مرضى الشريان التاجى | ٤٨ | ٣٣,٩٦ | ٤,١٣ | NS ١,٦٨ |
| | الأصحاء | ٤٨ | ٣٢,٣٧ | ٥,٠٧ | |
| **عامل التقبل** | مرضى الشريان التاجى | ٤٨ | ٣١,٣٩ | ٣,٧٤ | NS ٠,١٣ |
| | الأصحاء | ٤٨ | ٣١,٢٩ | ٣,٩٤ | |
| **عامل يقظة الضمير** | مرضى الشريان التاجى | ٤٨ | ٣١,٢٩ | ٣,٠٨ | NS ٠,٧٦ |
| | الأصحاء | ٤٨ | ٣٠,٧١ | ٤,٣٠ | |
| **عامل الانفتاح على الخبرة** | مرضى الشريان التاجى | ٤٨ | ٣٠,٦٢ | ٥,٢٤ | * ٢,٠٩ |
| | الأصحاء | ٤٨ | ٣٢,٦٥ | ٤,١٦ | |

**NS غير دالة إحصائيًا.** *** دالة عند مستوى دلالة ٠,٠٥.**

يتضح من جدول (٦) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى الشريان التاجى والأصحاء في سمات الشخصية ماعدا عامل الانفتاح على الخبرة؛ حيث كانت قيم اختبار "ت" (٠,٢٦، ٠,٩٦، ١,٦٨، ٠,١٣، ٠,٧٦) لعامل الصدق- التواضع، وعامل الانفعالية، وعامل الانبساطية، وعامل التقبل، وعامل يقظة الضمير على التوالي، وهي قيم غير دالة إحصائيًا، بينما توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى الشريان التاجى والأصحاء في عامل الانفتاح على الخبرة؛ حيث كانت قيمة اختبار "ت" (٢,٠٩)، وهي قيمة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠,٠٥)، وكانت الفروق في اتجاه الأصحاء؛ حيث كان متوسط درجات الأصحاء أعلى من متوسط درجات مرضى الشريان التاجى في عامل الانفتاح على الخبرة.

**مناقشة نتيجة الفرض الاول :**

أشارت نتيجة الفرض الاول الى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى الشريان التاجى والأصحاء في سمات الشخصية ماعدا عامل الانفتاح على الخبرة .

تتسق نتيجة الفرض الحالية مع ما سبق وان اشارت اليه ارلين وآخرين ( Erlen etal., 2011 )، ودراسة جميل وآخرين ( Jamil etal., 2013) ، ودراسة سوتين وآخرين ( Sutin etal.,2013)، ودراسة ويستون وجاكسون (Weston & Jackson ., 2015) والتى أشارت إلى أن مرضى القلب كانوا أقل انفتاحاً وأكثر تحفظاً من الأشخاص العاديين .

ويبدو أن سمات شخصية مرضى القلب من أهم العوامل المهيئة لديهم للإصابة بهذا المرض، نظراً لما يتصف به هؤلاء المرضى من سمات شخصية سلبية ترفض المخاطرة، وتنوع الخبرات، ولا تسعى نحو معرفة الأشياء واكتشافها، والبعد عن الخيال، والحيوية، والنشاط؛ حيث أنهم يكونوا أكثر واقعية، ويفضلون حصر تفكيرهم فى المهمة التى فى متناولهم، وأنهم لا يتقبلون إحساسهم الداخلى، ولا تظهر عليهم المشاعر الفسيولوجية المصاحبة للانفعال فى المواقف الضاغطة المفاجئة .

تتفق نتيجة هذا الفرض أيضاً مع ما أشارت إليه دراسة (Enatescu etal., 2021) التى أشارت إلى وجود علاقة بين نمط الشخصية (د) وأمراض القلب، وهى الشخصية التى تتصف بالميل إلى السلبية، والقلق، وسرعة الإثارة، والكآبة وتميل إلى التحفظ فى إبداء الرأى فى كثير من الأمور وغير واثقة كثيراً فى نفسها. يبدوا أن مرضى القلب يعانون من العاطفة السلبية، والتثبيط الإجتماعى، وعدم الإنفتاح على الخبرة، والبعد عن الفضول، يفتقدون إلى الحساسية الفنية، والقدرة على الإنتباه إلى مشاعرهم الداخلية، وليس لديهم فضول فكرى، وهذا ما يتفق مع وجهة النظر الفسيولوجية فى تفسير العلاقة بين سمات الشخصية، وخطر الإصابة بأمراض القلب التى ترى أن الإستجابة الفسيولوجية تجاه الضغوطات المختلفة تتوقف على تقييم الفرد لهذه الضغوط، حيث أن الافراد الذين يقيمون المواقف الطبيعية على أنها أكثر تهديداً من غيرها تكون لديهم إستجابات فسيولوجية أكثر حدة، وهو ما يظهر فى ارتفاع مستويات النورادرينالين، أيضاً تكون لديهم عملية تخثر الدم أسرع، ومستويات أعلى من الكوليسترول وارتفاع مستوى الدهون الثلاثية فى الدم.

تؤثر سمات الشخصية على الصحة بشكل غير مباشر من خلال السلوكيات المضرة بالصحة أكثر من السلوكيات المعززة لها، على سبيل المثال تمت الإشارة إلى أن الأفراد من النمط (أ) غالباً ما يبحثون عن مواقف صعبة، ويميلون إلى التدخين، واستهلاك الكحول، وهذا ما يجعلهم عرضة أكثر للإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية، كما أنهم يميلون إلى التقليل من شدة الأعراض مما يجعلهم عرضة لخطر تطور المرض بسبب عدم العلاج، نجد أن أساليبهم فى التعامل مع الضغوط تتصف بالتوتر، وعدم القدرة على التكيف، وهو ما يؤدى إلى عواقف فسيولوجية، وسلوكية سلبية، نظراً للإعتماد على الأساليب التى تركز على العاطفة، والتجنب، بينما يتصف نمط الشخصية (د) بالاستسلام للضغوط ويظهر ذلك كثيراً لدى الأشخاص الذين يعانون من أمراض القلب (Sahoo etal., 2018 ).

يبدو أن المشاعر السلبية عموماً ترتبط بمرض القلب التاجى، كما أن سمات شخصية هؤلاء الأفراد الذين يشعرون بالضغط العاطفى، والذى بدوره قد يغير الدافع اللإرادى ويقلل من تدفق الدم التاجى، ويحفز نقص التروية، ويؤدى عدم التوازن اللإرادى إلى مضاعفات ميكانيكية، وكهربائية مما يؤدى إلى الموت المفاجئ سواء فى المرحلة الحادة أو المزمنة من احتشاء عضلة القلب( Carpeggiain et al.,2005 )

**- عرض وتفسير نتائج الفرض الثانى:**

نص الفرض الرابع على أنه " **تسهم سمات الشخصية في التنبؤ باضطرابات النوم لدى مرضى الشريان التاجى"**؛ وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام تحليل الإنحدار ستيب وايز على أساس أن سمات الشخصية هي المتغير المستقل، وإضطرابات النوم وأبعاده هو المتغير التابع، كما في جدول (٧).

**جدول (٧) نتائج تحليل الإنحدار البسيط سمات الشخصية (كمتغير مستقل) كمنبئ إضطرابات النوم، وأبعاده (كمتغير تابع) لدى عينة من مرضى الشريان التاجى (ن=٤٨).**

| المتغير التابع | المتغير المستقل | معامل التحديد | معامل التحديد المعدل | قيمة "ف" | معامل الانحدار | قيمة "ت" | المقدار الثابت |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| بُعد الأرق | عامل | ٠,١٤ | ٠,١٢ | **٧,٤٨ | -٠,٣٤ | **٢,٧٤ | ٣٠,١٩ |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| بُعد فرط النوم | الصدق- التواضع | ٠,١٥ | ٠,١٣ | **٨,٢٣ | -٠,٢٢ | **٢,٨٧ | ١٦,٣٣ |
| بّعد اضطراب إيقاع دورة النوم | | ٠,٢١ | ٠,١٩ | ***١١,٩٣ | -٠,٢٧ | ***٣,٤٥ | ٢١,٣٠ |
| بّعد اضطراب الكابوس الليلي | | ٠,٠٤ | ٠,٠٢ | NS١,٧٢ | -٠,٠٩ | NS١,٣١ | ١١,٥٩ |
| بعد اضطراب الفزع الليلي | | ٠,١٣ | ٠,١١ | **٦,٩٤ | -٠,١٥ | **٢,٦٣ | ١١,٨٤ |
| بعد اضطراب السير أثناء النوم | | ٠,٠٧ | ٠,٠٥ | NS٣,٤٠ | -٠,٠٨ | NS١,٨٤ | ٧,٦٥ |
| الدرجة الكلية لاضطرابات النوم | | ٠,٢٦ | ٢٤ | ***١٦,٠٢ | -١,١٤ | ***٤,٠٠ | ٩٨,٨٩ |
| بّعد الأرق | عامل الانفعالية | ٠,٠٦ | ٠,٠٣ | NS٢,٧٣ | ٠,٢٧ | NS١,٦٥ | ١٠,٧٤ |
| بُعد فرط النوم | | ٠,٠٩ | ٠,٠٧ | *٤,٦٢ | ٠,٢١ | *٢,١٥ | ٢,٥٦ |
| بّعد اضطراب إيقاع دورة النوم | | ٠,٠٠ | ٠,٠٠ | NS ٠,٠٨ | ٠,٠٣ | NS٠,٢٨ | ١١,٥٧ |
| بّعد اضطراب الكابوس الليلي | | ٠,٠١ | ٠,٠١ | NS ٠,٣٦ | ٠,٠٥ | NS٠,٦٠ | ٦,٨٤ |
| بعد اضطراب الفزع الليلي | | ٠,٠٠ | ٠,٠٠ | NS٠,٠٣ | ٠,٠١ | NS ٠,١٨ | ٦,٦٥ |
| بعد اضطراب السير أثناء النوم | | ٠,٠٠ | ٠,٠٠ | NS٠,٠٨ | ٠,٠٢ | NS ٠,٢٩ | ٤,٧٢ |
| الدرجة الكلية لاضطرابات النوم | | ٠,٠٤ | ٠,٠٢ | NS٢,١١ | ٠,٦٠ | NS ١,٤٥ | ٤٣,٠٨ |
| بّعد الأرق | عامل الانبساطية | ٠,٠٢ | ٠,٠٠ | NS١,٠٣ | -٠,١٢ | NS١,٠٢ | ٥,٠١ |
| بُعد فرط النوم | | ٠,٠١ | ٠,٠٠ | NS٠,٥٩ | -٠,٠٦ | NS٠,٧٧ | ١١,١٦ |
| بّعد اضطراب إيقاع دورة النوم | | ٠,٠٧ | ٠,٠٥ | NS٣,٢٨ | 140,- | NS١,٨١ | ١٧,٠٢ |
| بّعد اضطراب الكابوس الليلي | | ٠,٠٠ | ٠,٠٠ | NS٠,٠٠ | -٠,٠١ | NS٠,٠٦ | ٨,٤٦ |
| بعد اضطراب الفزع الليلي | | ٠,٠٥ | ٠,٠٣ | NS٢,٥٤ | -٠,٠٨ | NS١,٥٩ | ٩,٧٨ |
| بعد اضطراب السير أثناء النوم | | ٠,٠٨ | ٠,٠٦ | *٤,١٩ | -٠,٠٧ | *٢,٠٥ | ٧,٦٢ |
| الدرجة الكلية لاضطرابات النوم | | ٠,٠١ | ٠,٠١ | NS٠,٦١ | -٠,٢٣ | NS٠,٧٨ | ٦٩,٥٤ |
| بّعد الأرق | عامل التقبل | ٠,٠٨ | ٠,٠٦ | *٣,٩٢ | -٠,٢٩ | *١,٩٩ | ٢٨,٤٠ |
| بُعد فرط النوم | | ٠,٠٤ | ٠,٠٢ | NS ١,٧٠ | -٠,١٢ | NS ١,٣١ | ١٣,١٢ |
| بّعد اضطراب إيقاع دورة النوم | | ٠,٠٨ | ٠,٠٦ | *٣,٨٤ | -٠,١٩ | *٢,٠٠ | ١٨,٥٢ |
| بّعد اضطراب الكابوس الليلي | | ٠,١٢ | ٠,١٠ | *٦,٢١ | -٠,٠٨ | *٢,٤٩ | ٢,٥٠ |
| بعد اضطراب الفزع الليلي | | ٠,٠٨ | ٠,٠٦ | *٤,٠٦ | -٠,١٣ | *٢,٠١ | ١١,٢٥ |
| بعد اضطراب السير أثناء النوم | | ٠,٠٥ | ٠,٠٣ | NS٢,٥١ | -٠,٠٧ | NS١,٥٨ | ٧,٥٦ |
| الدرجة الكلية لاضطرابات النوم | | ٠,٠٦ | ٠,٠٤ | NS٢,٧٧ | -٠,٦١ | NS١,٦٦ | ٨١,٣٥ |
| بّعد الأرق | عامل يقظة الضمير | ٠,٠٨ | ٠,٠٦ | *٤,٠٦ | -٠,٢٧ | *٢,٠٢ | ٢٧,٦٢ |
| بُعد فرط النوم | | ٠,١٤ | ٠,١٢ | **٧,٦٦ | -٠,٢٢ | **٢,٧٧ | ١٦,١٣ |
| بّعد اضطراب إيقاع دورة النوم | | ٠,١٣ | ٠,١١ | **٦,٨٧ | -٠,٢٣ | **٢,٦٢ | ١٩,٥٢ |
| بّعد اضطراب | | ٠,٠٣ | ٠,٠١ | NS١,٣٣ | -٠,٠٩ | NS١,١٥ | ٥,٩٣ |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **الكابوس الليلي** | | | | | | |
| **بعد اضطراب الفزع الليلي** | | ٠,٠٠ | ٠,٠٠ | NS٠,٠٠ | ٠,٠٠- | NS٠,٠٤ | ٧,٠١ |
| **بعد اضطراب السير أثناء النوم** | | ٠,١٠ | ٠,٠٨ | *٤,٩٤ | ٠,٠٩- | *٢,٢٢ | ٨,١١ |
| **الدرجة الكلية لاضطرابات النوم** | | ٠,٠٩ | ٠,٠٧ | *٤,٧٥ | ٠,٧٢- | *٢,١٨ | ٨٤,٣١ |
| **بُعد الأرق** | **عامل الانفتاح على الخبرة** | ٠,٠٠ | ٠,٠٠ | NS ٠,٠١ | ٠,٠١- | NS ٠,٠٨ | ١٩,٧٢ |
| **بُعد فرط النوم** | | ٠,٠٣ | ٠,٠١ | NS ١,٥٢ | ٠,١١- | NS ١,٢٣ | ١٢,٨٩ |
| **بُعد اضطراب إيقاع دورة النوم** | | ٠,٠١ | ٠,٠١ | NS ٠,٤٩ | ٠,٠٧- | NS٠,٧٠ | ١٤,٧٥ |
| **بُعد اضطراب الكابوس الليلي** | | ٠,١٦ | ٠,١٤ | **٨,٥٨ | ٠,٢١- | **٢,٩٣ | ١٥,٤٩ |
| **بعد اضطراب الفزع الليلي** | | ٠,٠١ | ٠,٠١ | NS٠,٧٢ | ٠,٠٦- | NS ٠,٨٥ | ٨,٨٧ |
| **بعد اضطراب السير أثناء النوم** | | ٠,٠٤ | ٠,٠٢ | NS٢,١٢ | ٠,٠٧- | NS١,٤٦ | ٧,٣٦ |
| **الدرجة الكلية لاضطرابات النوم** | | ٠,٠٥ | ٠,٠٢ | NS ٢,١٧ | ٠,٥٢- | NS ١,٤٧ | ٧٩,٠٧ |

**NS غير دالة إحصائيًا. * دالة عند مستوى ٠,٠٥. ** دالة عند مستوى٠,٠١. *** دالة عند مستوى ٠,٠٠١.**

يتبين من جدول (٧) أن عامل الصدق- التواضع يسهم في التنبؤ بإضطرابات النوم، وأبعاده ماعدا بعد إضطراب الكابوس الليلي، وبُعد إضطراب السير أثناء النوم لدى عينة من مرضى الشريان التاجى؛ حيث بلغت قيمة "ف" (٧,٤٨، ٨,٢٣، ١١,٩٣، ٦,٩٤، ١٦,٠٢) لبُعد الأرق، وبُعد فرط النوم، وبُعد إضطراب إيقاع دورة النوم، وبُعد إضطراب الفزع الليلي، والدرجة الكلية لإضطرابات النوم على التوالي، وبلغت قيمة "ت" (٢,٧٤، ٢,٨٧، ٣,٤٥، ٢,٦٣، ٤,٠٠) لبُعد الأرق، وبُعد فرط النوم، وبُعد إضطراب إيقاع دورة النوم وبُعد إضطراب الفزع الليلي، والدرجة الكلية لإضطرابات النوم على التوالي، وهي قيم دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) لبُعد إضطراب إيقاع دورة النوم، والدرجة الكلية لإضطرابات النوم، (٠,٠١) لبعد الأرق، وبُعد فرط النوم وبُعد إضطراب الفزع الليلي، كما بلغت نسبة الإسهام لعامل الصدق- التواضع للتنبؤ ببُعد الأرق، وبُعد فرط النوم، وبُعد إضطراب إيقاع دورة النوم، وبُعد إضطراب الفزع الليلي، والدرجة الكلية لإضطرابات النوم لدى مرضى الشريان التاجى (١٢%، ١٣%، ١٩%، ١١%، ٢٤%) لبُعد الأرق، وبُعد فرط النوم، وبُعد إضطراب إيقاع دورة النوم، وبُعد إضطراب الفزع الليلي، والدرجة الكلية لإضطرابات النوم على التوالي، بينما لا يمكن التنبؤ ببعد إضطراب الكابوس الليلي، وبُعد إضطراب السير أثناء النوم لدى عينة من مرضى الشريان التاجى من خلال عامل الصدق- التواضع؛ حيث بلغت قيمة "ف" (١,٧٢، ١,٨٤) لبعد إضطراب الكابوس الليلي، وبُعد إضطراب السير أثناء النوم على التوالي، وبلغت قيمة "ت" (١,٣١، ١,٨٤) لبعد إضطراب الكابوس الليلي، وبُعد إضطراب السير أثناء النوم، وهي قيم غير دالة إحصائيًا.

كذلك يتبين من جدول (13) أن عامل الإنفعالية لا يسهم في التنبؤ ببعد الأرق، وبعد إضطراب إيقاع دورة النوم، وبُعد إضطراب الكابوس الليلي وبُعد اضطراب الفزع الليلي، وبُعد إضطراب السير أثناء النوم، والدرجة الكلية لإضطرابات النوم لدى عينة من مرضى الشريان التاجى؛ حيث بلغت قيمة "ف" (٢,٧٣، ٠,٠٨، ٠,٣٦، ٠,٠٣، ٠,٠٨، ٢,١١) لبعد الأرق وبعد إضطراب إيقاع دورة النوم وبُعد إضطراب الكابوس الليلي وبُعد إضطراب الفزع الليلي وبُعد إضطراب السير أثناء النوم والدرجة الكلية لإضطرابات النوم على التوالي، وبلغت قيمة "ت" (١,٦٥، ٠,٢٨، ٠,٦٠، ٠,١٨، ٠,٢٩، ١,٤٥) لبعد الأرق، وبعد إضطراب إيقاع دورة النوم وبُعد إضطراب الكابوس الليلي وبُعد إضطراب الفزع الليلي وبُعد إضطراب السير أثناء النوم والدرجة

الكلية لإضطرابات النوم على التوالي، وهي قيم غير دالة إحصائيًا، في حين أن عامل الإنفعالية يسهم في التنبؤ ببعد فرط النوم لدى عينة من مرضى الشريان التاجى؛ حيث بلغت قيمة "ف" (٤,٦٢)، وبلغت قيمة "ت" (٢,١٥)، وهي قيمة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠,٠٥)، كما بلغت نسبة الإسهام لعامل الإنفعالية للتنبؤ ببُعد فرط النوم لدى مرضى الشريان التاجى (٧%).

كما يتبين من جدول (٧) أن عامل الإنبساطية لا يسهم في التنبؤ ببعد الأرق، وبعد فرط النوم، وبعد إضطراب إيقاع دورة النوم، وبُعد إضطراب الكابوس الليلي، وبُعد إضطراب الفزع الليلي، والدرجة الكلية لإضطرابات النوم لدى عينة من مرضى الشريان التاجى؛ حيث بلغت قيمة "ف" (١,٠٣، ٠,٥٩، ٣,٢٨، ٠,٠٠، ٢,٥٤، ٠,٦١) لبعد الأرق وبعد فرط النوم وبعد إضطراب إيقاع دورة النوم، وبُعد إضطراب الكابوس الليلي، وبُعد إضطراب الفزع الليلي، والدرجة الكلية لإضطرابات النوم على التوالي، وبلغت قيمة "ت" (١,٠٢، ٠,٧٧، ١,٨١، ٠,٠٦، ١,٥٩، ٠,٧٨) لبعد الأرق وبعد فرط النوم وبعد اضطراب إيقاع دورة النوم وبُعد إضطراب الكابوس الليلي وبُعد إضطراب الفزع الليلي والدرجة الكلية لاضطرابات النوم على التوالي، وهي قيم غير دالة إحصائيًا، في حين أن عامل الانبساطية يسهم في التنبؤ ببعد اضطراب السير أثناء النوم لدى عينة من مرضى القلب؛ حيث بلغت قيمة "ف" (٤,١٩)، وبلغت قيمة "ت" (٢,٠٥)، وهي قيمة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠,٠٥)، كما بلغت نسبة الإسهام لعامل الانبساطية للتنبؤ ببُعد اضطراب السير أثناء النوم لدى مرضى الشريان التاجى (٨%).

كذلك يتضح من جدول (٧) أن عامل التقبل يسهم في التنبؤ ببعد الأرق وبُعد اضطراب إيقاع دورة النوم وبعد اضطراب الكابوس الليلي وبُعد اضطراب الفزع الليلي لدى عينة من مرضى الشريان التاجى؛ حيث بلغت قيمة "ف" (٣,٩٢، ٣,٨٤، ٦,٢١، ٤,٠٦) لبُعد الأرق وبُعد اضطراب إيقاع دورة النوم وبعد اضطراب الكابوس الليلي وبُعد اضطراب الفزع الليلي على التوالي، وبلغت قيمة "ت" (١,٩٩، ٢,٠٠، ٢,٤٩، ٢,٠١) لبُعد الأرق وبُعد اضطراب إيقاع دورة النوم وبعد اضطراب الكابوس الليلي وبُعد اضطراب الفزع الليلي على التوالي، وهي قيم دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠,٠٥)، كما بلغت نسبة الإسهام لعامل التقبل للتنبؤ ببُعد الأرق وبُعد اضطراب إيقاع دورة النوم وبعد اضطراب الكابوس الليلي وبُعد اضطراب الفزع الليلي لدى مرضى الشريان التاجى (٦%، ٦%، ١٠%، ٦%) لبُعد الأرق وبُعد اضطراب إيقاع دورة النوم وبعد اضطراب الكابوس الليلي وبُعد اضطراب الفزع الليلي على التوالي، بينما لا يمكن التنبؤ ببعد فرط النوم وبعد اضطراب السير أثناء النوم والدرجة الكلية لاضطرابات النوم من خلال عامل التقبل؛ حيث بلغت قيمة "ف" (١,٧٠، ٢,٥١، ٢,٧٧) لبعد فرط النوم وبعد اضطراب السير أثناء النوم والدرجة الكلية لاضطرابات النوم على التوالي، وبلغت قيمة "ت" (١,٣١، ١,٥٨، ١,٦٦) لبعد فرط النوم وبعد اضطراب السير أثناء النوم والدرجة الكلية لاضطرابات النوم على التوالي، وهي قيم غير دالة إحصائيًا.

أيضًا يتبين من جدول (٧) أن عامل يقظة الضمير يسهم في التنبؤ باضطرابات النوم وأبعاده ماعدا بعد اضطراب الكابوس الليلي وبُعد اضطراب الفزع الليلي لدى عينة من مرضى الشريان التاجى؛ حيث بلغت قيمة "ف" (٤,٠٦، ٧,٦٦، ٦,٨٧، ٤,٩٤، ٤,٧٥) لبُعد الأرق وبُعد فرط النوم وبُعد اضطراب إيقاع دورة النوم وبُعد اضطراب السير أثناء النوم والدرجة الكلية لاضطرابات النوم على التوالي، وبلغت قيمة "ت" (٢,٠٢، ٢,٧٧، ٢,٦٢، ٢,٢٢، ٢,١٨) لبُعد الأرق وبُعد فرط النوم وبُعد اضطراب إيقاع دورة النوم وبُعد اضطراب السير أثناء النوم والدرجة الكلية لاضطرابات النوم على التوالي، وهي قيم دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠,٠٥، ٠,٠١)، كما بلغت نسبة الإسهام لعامل يقظة الضمير للتنبؤ ببُعد الأرق وبُعد فرط النوم وبُعد اضطراب إيقاع دورة النوم وبُعد اضطراب السير أثناء النوم والدرجة الكلية لاضطرابات النوم لدى مرضى الشريان التاجى(٦%، ١٢%، ١١%، ٨%، ٧%) لبُعد الأرق وبُعد فرط النوم

وبُعد اضطراب إيقاع دورة النوم وبُعد اضطراب السير أثناء النوم والدرجة الكلية لاضطرابات النوم على التوالي، بينما لا يمكن التنبؤ ببعد اضطراب الكابوس الليلي وبُعد اضطراب الفزع الليلي لدى عينة من مرضى الشريان التاجى من خلال عامل يقظة الضمير؛ حيث بلغت قيمة "ف" (١,٣٣، ٠,٠٠) لبعد اضطراب الكابوس الليلي وبُعد اضطراب الفزع الليلي على التوالي، وبلغت قيمة "ت" (١,١٥، ٠,٠٤) لبعد اضطراب الكابوس الليلي وبُعد اضطراب الفزع الليلي على التوالي، وهي قيم غير دالة إحصائيًا.

في حين يتبين من جدول (٧) أن عامل الانفتاح على الخبرة لا يسهم في التنبؤ باضطرابات النوم وأبعاده ماعدا بعد اضطراب الكابوس الليلي لدى عينة من مرضى الشريان التاجى؛ حيث بلغت قيمة "ف" (٠,٠١، ١,٥٢، ٠,٤٩، ٠,٧٢، ٢,١٢، ٢,١٧) لبُعد الأرق وبُعد فرط النوم وبُعد اضطراب إيقاع دورة النوم وبُعد اضطراب الفزع الليلي وبُعد اضطراب السير أثناء النوم والدرجة الكلية لاضطرابات النوم على التوالي، وبلغت قيمة "ت" (٠,٠٨، ١,٢٣، ٠,٧٠، ٠,٨٥، ١,٤٦، ١,٤٧) لبُعد الأرق وبُعد فرط النوم وبُعد اضطراب إيقاع دورة النوم وبُعد اضطراب الفزع الليلي وبُعد اضطراب السير أثناء النوم والدرجة الكلية لاضطرابات النوم على التوالي، وهي قيم غير دالة إحصائيًا، بينما يمكن التنبؤ ببعد اضطراب الكابوس الليلي لدى عينة من مرضى الشريان التاجى من خلال عامل الانفتاح على الخبرة؛ حيث بلغت قيمة "ف" (٨,٥٨)، وبلغت قيمة "ت" (٢,٩٣)، وهي قيمة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠,٠١)، كما بلغت الإسهام لعامل الانفتاح على الخبرة للتنبؤ ببعد اضطراب الكابوس الليلي لدى مرضى الشريان التاجى (١٤%). وبالتالي فأن عامل الصدق- التواضع وعامل يقظة الضمير تسهم في التنبؤ بالدرجة الكلية لاضطرابات النوم لدى عينة من مرضى الشريان التاجى ، وبالتالي يمكن صياغة المعادلة التنبؤية على النحو الآتي: **درجة اضطرابات النوم=٩٨,٨٩- ١,١٤× درجة عامل الصدق-التواضع+ ٨٤,٣١ - ٠,٧٢ × درجة يقظة الضمير.**

**<u>مناقشة نتيجة الفرض الثانى</u>**

تشير نتيجة الفرض السابق إلى إسهام سمات الشخصية فى التنبؤ بإضطرابات النوم لدى عينة من مرضى الشريان التاجى، حيث جاء ترتيب المتغيرات فى إسهامها فى التنبؤ بإضطرابات النوم كالاتى عامل الصدق – التواضع يسهم بنسبة (١٩%) فى التنبؤ بإضطراب إيقاع دورة النوم، وبنسبة (١٣%) فى التنبؤ بإضطراب فرط النوم ، وبنسبة (١٢%) فى التنبؤ بالأرق، وبنسبة (١١%) فى إضطراب الفزع الليلى، بينما تنبأت الإنفعالية بإضطراب فرط النوم بنسبة (٧%)، وأسهمت الإنبساطية فى التنبؤ بإضطراب السير أثناء النوم بنسبة (٨%)، وأسهم بعد التقبل فى التنبؤ بإضطراب الكابوس الليلى بنسبة (١٠%) وبنسبة (٦%) فى التنبؤ ببعد الأرق، وبنسبة (٦%) فى التنبؤ بإضطراب إيقاع دورة النوم ، وبنسبة (٦%) فى التنبؤ ببعد إضطراب الفزع الليلى، فى حين أسهم عامل يقظة الضمير بنسبة (١٢%) فى التنبؤ ببعد فرط النوم، وبـ(١١%) فى التنبؤ بإضطراب إيقاع دورة النوم، وبـ(٨%) فى التنبؤ بإضطراب السير أثناء النوم، وبنسبة (٦%) بإضطراب القلق، أيضاً ساهم عامل الإنفتاح على الخبرة بنسبة (١٤%) فى التنبؤ ببعد إضطراب الكابوس الليلى.

ويبدو ان لسمات الشخصية دوراً كبيراً فى التنبؤ بشدة أعراض إضطرابات النوم لدى عينة من مرضى الشريان التاجى، وهو ما ظهر بشكل جلى فى نتيجة الفرض مما يشير إلى أن سمات الشخصية تساهم بقوة فى زيادة أعراض إضطرابات النوم التى يعانى منها مرضى الشريان التاجى، وهو ما سبق وأن أشارت إليه دراسة جمالدو وآخرين(Gamaldo etal ., 2020) باعتبار أن سمات الشخصية تسهم فى بعض إضطرابات النوم: ومنها العصابية المرتفعة، وانخفاض الضمير، والإنفتاح على الخبرة، وهذا بدوره يؤدى إلى سوء الإستقرار العاطفى وارتفاع درجات التوتر، وحالات سوء التوافق، وهو ما أكد عليها أصحاب النظرية المعرفية وهو

أن التفكير المشوه والسلبى الذى يظهر لدى الأفراد ذوى سمات الشخصية العصابية، ومنخفضى الإنفتاح على الخبرة يسهم فى تكوين معتقدات، وتفسيرات، واتجاهات، وافتراضات، وبناءات سلبية لدى هؤلاء الأفراد، ومن ثم فإن أصحاب هذه النظرية يعتمدوا على مسلمة أساسية فى تفسيرهم لسلوك الفرد خلاصتها أن ما يفكر فيه الأفراد حول أنفسهم وكذلك اتجاهاتهم ومعتقداتهم إنما هى أمور ذات صله وثيقة بسلوكهم سواء فى صورته المرضية أو السوية.

إتفق هذا مع وجهة نظر أصحاب النظرية السلوكية المعرفية التى أشارت إلى أن الإنسان يواجه المشكلات بما لديه من معارف، ومعلومات؛ حيث أن إستجابة الفرد للموقف تكون من خلال ما تكون لديه من معلومات ويستجيب لها بطريقة آلية، ومن ثم قد تكون إضطرابات النوم إستجابة غير متكيفة لبعض المواقف التى تواجه الشخص.

كما أكد هذا ( Van de lear et al.,2010) وهو أن عوامل الشخصية تلعب دوراً سببياً فى تطور الأرق ولكنها قد تكون نتيجة لمشكلة النوم، والخلل الوظيفى المرتبط بها أثناء النهار، ومن ثم لا ينبغى للدراسات الطولية المستقبلية أن تنظر إلى سمات الشخصية كعامل مهيئ واحد بل يجب تقييمها كجزء من مجموعة أكبر من العوامل النفسية، والفسيولوجية المتفاعلة التى تشارك فى الإستعداد للأرق المزمن.

وهذا ما أكدت عليه دراسة (Rathi etal., 2018) التى أجريت على مجموعة من طلاب كلية الطب، وأشارت إلى أن الطلاب الذين يعانون من ضعف نوعية النوم حصلوا على درجات أعلى فى العصابية من أولئك الذين يتمتعون بجودة نوم جيدة، وهذا ما أكدت عليه دراسة (Zakiei etal ., 2024 ) التى أشارت إلى أن أبعاد العصابية، والقلق، والمخاوف ترتبط بإضطرابات النوم، يبدو أن الإرتباط العصبى هو زيادة فرط الإثارة القشرية، كما لاحظت تلك الدراسة تغييرات فى الإتصال الهيكلى القشرى بين الأفراد الذين يعانون من الأرق بالمقارنة بالأفراد الذين لا يعانون من الأرق، وعلى هذا الأساس يمكننا أن نقول أن مثل هذه التغيرات العصبية ستكون واضحة بين هؤلاء المشاركين الذين سجلوا نسبة عالية من إضطرابات النوم، ويعانون من خلل وظيفى فى الشخصية، حيث أن ارتفاع درجات التوتر ارتبطت بالشعور بالوحدة والضيق، فى حين أن سمات الشخصية مثل الإنبساطية قد ارتبطت بأساليب أفضل فى التعامل مع التوتر.

ومن الواضح أن العصابية ترتبط بارتفاع مستوى القلق الذى بدوره يسهم فى إضطرابات النوم، وربما يظهر لدى هؤلاء الأفراد حدوث اجترار للأفكار، والإثارة الجسدية فى وقت النوم مما يزيد من صعوبة النوم، بالإضافة إلى ذلك لديهم قلق متزايد متعلق بمقدار الوقت الذى يقضيه مستيقظاً والتأثير الذى يحدثه ذلك فى أدائهم اليومى ( Emert et al ., 2017 ) .

**عرض وتفسير نتائج الفرض الثالث:**

**نص الفرض الثالث على أنه " توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائية بين سمات الشخصية، وإضطرابات النوم لدى مرضى الشريان التاجى "**؛ وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام معامل إرتباط بيرسون، ويوضح جدول (٨) نتائج مرضى الشريان التاجى.

جدول (٨) معاملات ارتباط بيرسون بين سمات الشخصية وإضطرابات النوم لدى عينة من مرضى الشريان التاجى (ن= ٤٨).

| المتغيرات | عامل الصدق- التواضع | عامل الانفعالية | عامل الانبساطية | عامل التقبل | عامل يقظة الضمير | عامل الانفتاح على الخبرة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **بُعد الأرق** | -٠,٣٧** | ٠,٢٤NS | -٠,١٥NS | -٠,٢٨NS | -٠,٢٩* | -٠,٠١NS |
| **بُعد فرط النوم** | -٠,٣٩** | ٠,٣٠* | -٠,١١NS | -٠,١٩NS | -٠,٣٨** | -٠,١٨NS |
| **بُعد اضطراب إيقاع دورة النوم** | -٠,٤٥** | ٠,٠٤NS | -٠,٢٦NS | -٠,٢٧NS | -٠,٣٦* | -٠,١٠NS |
| **بُعد اضطراب الكابوس الليلي** | -٠,١٩NS | ٠,٠٩NS | -٠,٠١NS | -٠,٣٥* | -٠,١٧NS | -٠,٤٠** |
| **بعد اضطراب الفزع الليلي** | -٠,٣٦* | ٠,٠٣NS | -٠,٢٢NS | -٠,٢٩* | -٠,٠١NS | -٠,١٢NS |
| **بعد اضطراب السير أثناء النوم** | -٠,٢٦NS | ٠,٠٤NS | -٠,٢٩** | -٠,٢٣NS | -٠,٣١* | -٠,٢١NS |
| **الدرجة الكلية لاضطرابات النوم** | -٠,٥١** | ٠,٢١NS | -٠,١١NS | -٠,٢٣NS | -٠,٣١* | -٠,٢١NS |

**NS غير دالة إحصائيًا. * دالة عند مستوى ٠,٠٥. ** دالة عند مستوى٠,٠١.**

يتبين من جدول (٨) وجود علاقة إرتباطية سالبة بين بُعد الأرق وكل من عامل الصدق- التواضع وعامل يقظة الضمير لدى عينة من مرضى الشريان التاجى؛ حيث كانت قيم معاملات الارتباط (-٠,٣٧، -٠,٢٩) لعامل الصدق- التواضع وعامل يقظة الضمير على التوالي، وهي قيم دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠,٠١، ٠,٠٥) على التوالي، بينما لا توجد علاقة إرتباطية بين بُعد الأرق، وكل من عامل الإنفعالية ، وعامل الإنبساطية، وعامل التقبل، وعامل الإنفتاح على الخبرة لدى عينة من مرضى الشريان التاجى؛ وكانت قيم معاملات الارتباط (٠,٢٤، -٠,١٥، -٠,٢٨، -٠,٠١) لعامل الإنفعالية، وعامل الإنبساطية، وعامل التقبل، وعامل الإنفتاح على الخبرة على التوالي، وهي قيم غير دالة إحصائيًا، في حين توجد علاقة ارتباطية سالبة بين بُعد فرط النوم، وكل من عامل الصدق- التواضع، وعامل يقظة الضمير لدى عينة من مرضى الشريان التاجى؛ حيث كانت قيم معاملات الإرتباط (-٠,٣٩، -٠,٣٨) لعامل الصدق- التواضع، وعامل يقظة الضمير على التوالي، وهي قيم دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠,٠١)، بينما توجد علاقة إرتباطية موجبة بين بُعد فرط النوم، وعامل الإنفعالية لدى عينة من مرضى الشريان التاجى؛ حيث كانت قيمة معامل الارتباط (٠,٣٠)، وهي قيمة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠,٠٥)، في حين لا توجد علاقة ارتباطية بين بُعد فرط النوم وكل من عامل الإنبساطية، وعامل التقبل، وعامل الإنفتاح على الخبرة لدى عينة من مرضى الشريان التاجى؛ حيث كانت قيم معاملات الإرتباط (-٠,١١ ، -٠,١٩، -٠,١٨) لعامل الإنبساطية، وعامل التقبل، وعامل الإنفتاح على الخبرة على التوالي، وهي قيم غير دالة إحصائيًا.

كما يتضح من جدول (٨) وجود علاقة إرتباطية سالبة بين بُعد إضطراب إيقاع دورة النوم، وكل من عامل الصدق- التواضع، وعامل يقظة الضمير لدى عينة من مرضى الشريان التاجى؛ حيث

كانت قيم معاملات الإرتباط (-٠,٤٥، -٠,٣٦) لعامل الصدق- التواضع وعامل يقظة الضمير على التوالي، وهي قيم دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠,٠١، ٠,٠٥) على التوالي، بينما لا توجد علاقة إرتباطية بين بُعد إضطراب إيقاع دورة النوم، وكل من عامل الإنفعالية، وعامل الإنبساطية، وعامل التقبل، وعامل الانفتاح على الخبرة لدى عينة من مرضى الشريان التاجى؛ حيث كانت قيم معاملات الارتباط (٠,٠٤-,٠,٢٦-، -٠,٢٧، -٠,١٠) لعامل الإنفعالية، وعامل الإنبساطية، وعامل التقبل، وعامل الإنفتاح على الخبرة على التوالي، وهي قيم غير دالة إحصائيًا، في حين توجد علاقة إرتباطية سالبة بين بُعد اضطراب الكابوس الليلي، وكل من عامل التقبل، وعامل الإنفتاح على الخبرة لدى عينة من مرضى الشريان التاجى؛ حيث كانت قيم معاملات الإرتباط (-٠,٣٥، -٠,٤٠) لعامل التقبل، وعامل الإنفتاح على الخبرة على التوالي، وهي قيم دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠,٠٥، ٠,٠١) على التوالي، بينما لا توجد علاقة إرتباطية بين بُعد إضطراب الكابوس الليلي وكل من عامل الصدق- التواضع، وعامل الإنفعالية، وعامل الإنبساطية، وعامل يقظة الضمير لدى عينة من مرضى الشريان التاجى؛ حيث كانت قيم معاملات الإرتباط (-٠,١٩، ٠,٠٩، -٠,٠١، -٠,١٧) لعامل الصدق- التواضع، وعامل الإنفعالية، وعامل الإنبساطية، وعامل يقظة الضمير على التوالي، وهي قيم غير دالة إحصائيًا.

أيضًا يتبين من جدول (٨) وجود علاقة إرتباطية سالبة بين بُعد إضطراب الفزع الليلي، وكل من عامل الصدق- التواضع، وعامل التقبل لدى عينة من مرضى الشريان التاجى؛ حيث كانت قيم معاملات الإرتباط (-٠,٣٦، -٠,٢٩) لعامل الصدق- التواضع، وعامل التقبل على التوالي، وهي قيم دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠,٠٥)، بينما لا توجد علاقة إرتباطية بين بُعد اضطراب الفزع الليلي وكل من عامل الإنفعالية وعامل الإنبساطية، وعامل يقظة الضمير، وعامل الإنفتاح على الخبرة لدى عينة من مرضى الشريان التاجى؛ حيث كانت قيم معاملات الإرتباط (٠,٠٣، -٠,٢٢، -٠,٠١، -٠,١٢) لعامل الإنفعالية، وعامل الإنبساطية، وعامل يقظة الضمير، وعامل الإنفتاح على الخبرة على التوالي، وهي قيم غير دالة إحصائيًا، كذلك توجد علاقة إرتباطية سالبة بين بُعد اضطراب السير أثناء النوم، وكلاً من عامل الإنبساطية، وعامل يقظة الضمير لدى عينة من مرضى الشريان التاجى؛ حيث كانت قيم معاملات الارتباط (-٠,٢٩، -٠,٣١) لعامل الإنبساطية، وعامل يقظة الضمير على التوالي، وهي قيم دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠,٠٥) لعامل الإنبساطية، وعامل يقظة الضمير، بينما لا توجد علاقة إرتباطية بين بُعد اضطراب السير أثناء النوم وعامل الصدق- التواضع، وعامل الإنفعالية، وعامل التقبل، وعامل الإنفتاح على الخبرة لدى عينة من مرضى الشريان التاجى؛ حيث كانت قيم معامل الإرتباط (-٠,٢٦، ٠,٠٤، -٠,٢٣، -٠,٢١) لعامل الصدق- التواضع، وعامل الإنفعالية، وعامل التقبل، وعامل الإنفتاح على الخبرة على التوالي، وهي قيم غير دالة إحصائيًا.

كما يتضح من جدول (٨) وجود علاقة إرتباطية سالبة بين الدرجة الكلية لإضطرابات النوم، وكل من عامل الصدق- التواضع وعامل يقظة الضمير لدى عينة من مرضى الشريان التاجى؛ حيث كانت قيم معاملات (-٠,٥١، -٠,٣١) لعامل الصدق- التواضع، وعامل يقظة الضمير على التوالي، وهي قيم إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠,٠١، ٠,٠٥) على التوالي، في حين لا توجد علاقة إرتباطية بين الدرجة الكلية لإضطرابات النوم وكل من عامل الإنفعالية، وعامل الإنبساطية، عامل التقبل، وعامل الإنفتاح على الخبرة لدى عينة من مرضى الشريان التاجى؛ حيث كانت قيم معاملات الإرتباط (٠,٢١، -٠,١١، -٠,٢٣، -٠,٢١) لعامل الإنفعالية، وعامل الإنبساطية، عامل التقبل، وعامل الإنفتاح على الخبرة على التوالي، وهي قيم غير دالة إحصائيًا.

**مناقشة نتيجة الفرض الثالث**

أشارت نتيجة الفرض الثالث إلى وجود علاقة ارتباطية دالة احصائية بين الارق وكلا من عامل ( الصدق والتواضع و يقظة الضمير )، أيضاً وجدت علاقة بين اضطراب فرط النوم وعامل

الانفعالية، واضطراب ايقاع دورة النوم وكلا من عامل ( الصدق – التواضع – يقظة الضمير ) ، وبين اضطراب الكابوس الليلى وكلا من عامل( التقبل ، والانفتاح على الخبرة )، واضطراب الفزع الليلى وكلا من عامل( الصدق والتواضع – القبل )، وبين اضطراب السير اثناء النوم وكلا من(عامل الانبساطية وعامل يقظة الضمير)، ايضاً وجدت علاقة بين الدرجة الكلية لاضطرابات النوم وكلا من عامل الصدق – التواضع و عامل يقظة الضمير لدى عينة من مرضى الشريان التاجى.

تتسق نتيجة الفرض الحالية مع ما سبق، وإن أشارت إليه دراسة هينتسانين وآخرين ( Hintsanen etal ., 2014) ، ودراسة راثي وآخرين (Rathi at al.,2018 ) ، ودراسة جمالدو وآخرين ( Gamaldo etal ., 2020) التى أشارت جميعها إلى أن سمات الشخصية مرتبطة بإضطرابات النوم، يبدو أن لمرضى إضطرابات النوم سمات شخصية تميزهم عن غيرهم من الأفراد، وهذا ما أكدت الدراسات السابقة وهو أن هناك اتجاهاً عاماً مفاده أن اولئك الذين يعانون من إضطرابات النوم، أو سوء نوعية النوم يظهرون المزيد من سمات العصابية، والقلق، والسمات المرتبطة بالسعى إلى الكمال، قد يكون هؤلاء الأفراد لديهم سمات شخصية تتصف بالعصابية يكونوا معرضين أكثر من غيرهم لإضطرابات النوم المرتبطة بالتوتر، والتى يمكن أن تلعب دوراً سببياً فى تطور القلق، يستغرق هؤلاء الأفراد وقتاً أطول للدخول فى النوم، وينامون بعمق أقل وتكون نوعية نومهم سيئة، وينامون بشكل عام أقصر ، ولديهم حركة عين سريعة مقارنة بأولئك الذين لديهم هذه السمات أقل (Emert etal., 2017) .

وهذا ما يتفق مع وجهة نظر أصحاب النظرية السلوكية المعرفية فى تفسيرها؛ لحدوث إضطرابات النوم، وهى التى أشارت إلى أن الإنسان ليس مجرد كائن سلبى يتلقى المعلومات، ويستجيب لها بطريقة آلية ولكنه يعالجها معالجة فعالة حيث يقوم بفهمها، وتنظيمها ودمجها فى بنائه المعرفى، ويرى أصحاب هذه النظرية أن الفرد حينما يواجه مشكلة ما أو موقفاً جديداً يستجيب له وفقاً لما تجمع لديه من معلومات سابقة؛ لذا تنتج صعوبات التوافق النفسى، والإجتماعى، وحدوث إضطرابات نفسية كإضطراب النوم عندما يفشل الفرد فى استبعاد، وتنظيم الخبرات العقلية التى يمر بها (سلامى فاطمة ؛ شراد فضيلة، ٢٠١٦) .

وهذا ما أكدت عليه دراسة (Krizan etal ., 2024) التى أشارت إلى أن العصابية تعتبر بمثابة أقوى مؤشر على سوء نوعية النوم، وهذا لما يتصف به الشخص العصابى بدرجة من التوتر، وهو ما يزيد من درجة التوتر، ومن ثم تطور أعراض الأرق.

**- عرض وتفسير نتائج الفرض الرابع:**

نص الفرض الثاني على أنه " **توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات مرضى الشريان التاجى والأصحاء في إضطرابات النوم فى اتجاة مرضى الشريان التاجى**"؛ وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار"ت"؛ لمعرفة الفروق بين متوسطات درجات مرضى الشريان التاجى، والأصحاء في إضطرابات النوم، كما في جدول (٩).

**جدول (٩) اختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسطات درجات مرضى الشريان التاجى والأصحاء في إضطرابات النوم (ن= ٩٦).**

| المتغيرات | | العدد | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | قيمة "ت" |
|---|---|---|---|---|---|
| **بعد الأرق** | مرضى الشريان التاجى | ٤٨ | ١٩,٣٩ | ٤,٢٥ | NS ٠,٠٥ |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | الأصحاء | ٤٨ | ١٩,٣٥ | ٤,٠٦ | |
| **بعد إضطراب إيقاع دورة النوم** | مرضى الشريان التاجى | ٤٨ | ٩,٨١ | ٢,٥١ | NS ٠,٨٩ |
| | الأصحاء | ٤٨ | ٩,٣٥ | ٢,٥١ | |
| **بعد فرط النوم** | مرضى الشريان التاجى | ٤٨ | ١٣,٢٧ | ٢,٩٤ | NS ١,٢٣ |
| | الأصحاء | ٤٨ | ١٢,٥٦ | ٢,٧٠ | |
| **بعد إضطراب الكابوس الليلي** | مرضى الشريان التاجى | ٤٨ | ٩,٠٤ | ١,٥٢ | NS ١,١٨ |
| | الأصحاء | ٤٨ | ٨,٥٨ | ٢,٢٢ | |
| **بعد إضطراب الفزع الليلي** | مرضى الشريان التاجى | ٤٨ | ٨,١٢ | ٢,٠٤ | ** ٢,٦١ |
| | الأصحاء | ٤٨ | ٧,٠٨ | ١,٨٤ | |
| **بعد إضطراب السير أثناء النوم** | مرضى الشريان التاجى | ٤٨ | ٦,٣٩ | ١,٦٣ | *** ٣,٩٣ |
| | الأصحاء | ٤٨ | ٥,٢١ | ١,٣٠ | |
| **الدرجة الكلية لإضطرابات النوم** | مرضى الشريان التاجى | ٤٨ | ٦٦,٠٤ | ١٠,٥٥ | NS ١,٨٤ |
| | الأصحاء | ٤٨ | ٦٢,١٤ | ١٠,١٥ | |

**NS غير دالة إحصائيًا.** **** دالة عند مستوى دلالة ٠,٠١.** ***** دالة عند مستوى دلالة ٠,٠٠١.**

يتبين من جدول (٩ ) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى الشريان التاجى والأصحاء في اضطرابات النوم وأبعاده ماعدا بعد اضطراب الفزع الليلي وبعد اضطراب السير أثناء النوم؛ حيث كانت قيم اختبار "ت" (٠,٠٥، ٠,٨٩، ١,١٨، ١,٨٤) لبعد الأرق وبعد اضطراب إيقاع دورة النوم وبعد فرط النوم وبعد اضطراب الكابوس الليلي والدرجة الكلية لاضطرابات النوم على التوالي، وهي قيم غير دالة إحصائيًا، بينما توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى الشريان التاجى والأصحاء في بعد اضطراب الفزع الليلي وبعد اضطراب السير أثناء النوم؛ حيث كانت قيمة اختبار "ت" (٢,٦١، ٣,٩٣) على التوالي، وهي قيم دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠,٠١) لبعد اضطراب الفزع الليلي، و(٠,٠٠١) لبعد اضطراب السير أثناء النوم، وكانت الفروق في اتجاه مرضى الشريان التاجى ؛ حيث كان متوسط درجات مرضى الشريان التاجى أعلى من متوسط درجات الأصحاء في اضطراب الفزع الليلي وبعد اضطراب السير أثناء النوم.

## مناقشة نتيجة الفرض الرابع :

أشارت نتيجة الفرض الثانى إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى الشريان التاجى، والأصحاء في إضطرابات النوم، وأبعاده ماعدا بعد إضطراب الفزع الليلي، وبعد إضطراب السير أثناء النوم؛ وتتفق نتيجة هذا الفرض مع ما سبق وإن أشارت إليه دراسة هيرشر وآخرين.(Herrscher et al., 2011)، ودراسة ليشات وآخرين ( Lechat et al .,2022)، ودراسة كورونيل وآخرين(Coronel et al ., 2023)، ودراسة فورجد وآخرين (Forjd et al ., 2023 ) التى أشارت إلى انتشار إضطرابات النوم لدى مرضى القلب، يبدو أن إضطرابات النوم ترتبط بتكرار الأحداث القلبية، وهى علامة إنذار مستقلة لتشخيص أمراض

القلب، وأظهرت الدراسات أنه توجد عوامل خطر لإضطرابات النوم، والإصابة بأمراض القلب التاجية؛ كما ارتبطت زيادة عدد ساعات النوم عن (٧) ساعات، فلكل ساعة زيادة من ساعات النوم تزيد الخطر النسبى لأمراض القلب التاجية بنسبة ١١%، ولكل ساعة نقص من النوم تزيد الخطر النسبى لأمراض القلب التاجية بنسبة ٧% (Madsen etal., 2019 )، ويبدو أن الجسم عندما يحرم من النوم نتيجة الفزع الليلى أو السير أثناء النوم، وعدم تذكر هذه الأوقات يؤدى إلى إضطراب إيقاع الساعة البيولوجية ، وهذا بدوره يزيد من القابلية للإصابة بالأمراض الإلتهابية المزمنة مثل أمراض القلب والأوعية الدموية (Porkka – Heiskanen etal., 2013 )، وهذا يظهر من خلال إرتباط الوظائف الفسيولوجية، والمرضية لأعضاء القلب والأوعية الدموية إرتباطاً وثيقاً بإيقاع الساعة البيولوجية وهى دورة مدتها (٢٤) ساعة. يظهر معدل ضربات القلب، وضغط الد،م ووظيفة بطانة الأوعية الدموية اختلافات نهارية خلال يوم واحد، ظهور إضطرابات القلب، والاوعية الدموية مثل متلازمة الشريان التاجى الحادة، وعدم انتظام ضربات القلب الأذينى ونزيف تحت العنكبوتية يظهر تذبذباً نهارياً، أدى التقدم فى دراسة الوظائف، والآليات الجزئية للساعة البيولوجية إلى ظهور فكرة مفادها أن إيقاعات الساعة البيولوجية الجوهرية ترتبط إرتباطاً وثيقاً بأمراض القلب والأوعية الدموية، حيث يقع مركز الساعة البيولوجية فى النواة منطقة تحت المهاد بالإضافة إلى هذه الساعة المركزية يمتلك كل عضو نظام ساعته البيولوجية الخاص به والذى يطلق عليها إسم الساعة المحيطة، كل نسيج أو خلية قلبية وعائية بما فى ذلك أنسجة القلب، والخلية القلبية، وخلية العضلات الملساء الوعائية لها أيضا دور بيولوجى جوهرى، يمكن أن يؤدى فقدان التزامن بين الساعة الداخلية، والمحفزات الخارجية إلى تلف أعضاء القلب، والأوعية الدموية( Taked & Maemura,. 2011)

## قائمة المراجع


السيد الفضالى عبد لمطلب؛ ميمى السيد احمد(٢٠١٦). البناء العاملى للعوامل الستة الكبرى للشخصية فى ضوء نموذج (HEXACO) وعلاقته بمعنى الحياة لدى طلبة جامعة الزقازيق. *مجلة كلية التربية*، بنها، ١(١٠٨)،١٣٩-١٨٢.

حسام الدين محمود عزب، و شادية أحمد عبد الخالق ( ٢٠٠٣) . اضطرابات النوم وعلاقتها بالنمط السلوكى للشخصية لدى عينة من طلاب الجامعة . *المجلة المصرية للدراسات النفسية* ، ١٣(٤١)، ٩٩- ١٨٤.

سلامى فاطمة و شراد فضيلة.( ٢٠١٦) . *اضطرابات النوم لدى المقبلين على شهادة البكالوريا ( دراسة ميدانية ) . رسالة ماجستير* ، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية ، جامعة ابن خلدون .

سلوى محمد علي مرتضى. (٢٠١٣). *السمات الشخصية لدى التوائم.المعرفة*، س 52,ع ٥٩٦، ١٢٩ - ١٤٠. مسترجع من http://search.mandumah.com/Record/496221/

American Psychiatric Association, D. S. M. T. F., & American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical*

*manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5, No. 5). Washington, DC: American psychiatric association.

Budhiraja, R., Budhiraja, P., & Quan, S. F. (2010). Sleep-disordered breathing and cardiovascular disorders. *Respiratory Care*, *55*(10), 1322-1332.

Calkins, A. W., Hearon, B. A., Capozzoli, M. C., & Otto, M. W. (2013). Psychosocial predictors of sleep dysfunction: the role of anxiety sensitivity, dysfunctional beliefs, and neuroticism. *Behavioral Sleep Medicine*, *11*(2), 133-143.

Carpeggiani, C., Emdin, M., Bonaguidi, F., Landi, P., Michelassi, C., Trivella, M. G., ... & L'Abbate, A. (2005). Personality traits and heart rate variability predict long-term cardiac mortality after myocardial infarction. European Heart Journal, 26(16), 1612-1617.

Chandola, T., Ferrie, J. E., Perski, A., Akbaraly, T., & Marmot, M. G. (2010). The effect of short sleep duration on coronary heart disease risk is greatest among those with sleep disturbance: a prospective study from the Whitehall II cohort. *Sleep*, *33*(6), 739-744.

Coronel, B. I., Pais, J. L., Ibáñez, D. N., Rodríguez, R. O., Gil, D. G., Álvarez, C. P., ... & Martín, J. J. A. (2023). Prevalence and prognosis of anxiety, insomnia, and type D personality in patients with myocardial infarction: A Spanish cohort. *Cardiology Journal*.

Cowie, M. R. (1999). Coronary artery disease: new epidemiological insights. Journal of the Royal College of Physicians of London, 33(1), 8.

Deschênes, S. S., Burns, R. J., Graham, E., & Schmitz, N. (2020). Depressive symptoms and sleep problems as risk factors for heart disease: a prospective community study. *Epidemiology and psychiatric sciences*, *29*, e50.

Dey, S., Sun, E., Frishman, W. H., & Aronow, W. S. (2023). Sleep disorders and coronary artery disease. *Cardiology in Review*, *31*(4), 219-224.

Doris, S. F., Thompson, D. R., Yu, C. M., Pedersen, S. S., & Denollet, J. (2010). Validating the Type D personality construct in Chinese patients with coronary heart disease. *Journal of psychosomatic research*, *69*(2), 111-118.

Du, J., Zhang, D., Yin, Y., Zhang, X., Li, J., Liu, D., ... & Chen, W. (2016). The personality and psychological stress predict major adverse cardiovascular events in patients with coronary heart disease after percutaneous coronary intervention for five years. *Medicine*, *95*(15).

Dursunoğlu, D., & Dursunoğlu, N. (2006). Cardiovascular diseases in obstructive sleep apnea. *depression*, *20*(56), 3-4.

Emert, S. E., Tutek, J., & Lichstein, K. L. (2017). Associations between sleep disturbances, personality, and trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, *107*, 195-200.

Enatescu, V. R., Cozma, D., Tint, D., Enatescu, I., Simu, M., Giurgi-Oncu, C., ... & Mornos, C. (2021). The relationship between type D personality and the complexity of coronary artery disease. *Neuropsychiatric Disease and Tr eatment*, 809-820.

Erlen, J. A., Stilley, C. S., Bender, A., Lewis, M. P., Garand, L., Kim, Y., ... & Sereika, S. (2011). Personality traits and chronic illness: A comparison of individuals with psychiatric, coronary heart disease, and HIV/AIDS diagnoses. *Applied nursing research: ANR*, *24*(2), 74.

Frojd, L. A. F., Munkhaugen, J. M., Papageorgiou, C. P., Sverre, E. S., Moum, T. M., & Dammen, T. D. (2023). Health-related quality of life in outpatients with coronary heart disease: impact of type D personality, depression, anxiety and insomnia. *European Journal of Preventive Cardiology*, *30*(Supplement_1), zwad125-285.

Gamaldo, A. A., Sardina, A. L., Sutin, A., Cruz, T. E., Salas, R. M. E., Gamaldo, C. E., ... & Andel, R. (2020). Facets of personality related to sleep habits in Black adults. *Sleep health*, *6*(2), 232-239.

Gharzeddine, R., McCarthy, M. M., Yu, G., & Dickson, V. V. (2021). Insomnia and insomnia symptoms in persons with heart failure: an integrative review. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *36*(4), 374-384.

Herrscher, T. E., Akre, H., Øverland, B., Sandvik, L., & Westheim, A. S. (2011). High prevalence of sleep apnea in heart failure outpatients: even in patients with preserved systolic function. *Journal of cardiac failure*, *17*(5), 420-425.

Hintsanen, M., Puttonen, S., Smith, K., Törnroos, M., Jokela, M., Pulkki-Råback, L., ... & Keltikangas-Järvinen, L. (2014). Five-factor personality traits and sleep: evidence from two population-based cohort studies. *Health Psychology*, *33*(10), 1214.

Jamil, G., Haque, A., Namawar, A., & Jamil, M. (2013). "Personality traits and heart disease in the Middle East". Is there a link?. *American Journal of Cardiovascular Disease*, *3*(3), 163.

Javaheri, S. (2006). Sleep disorders in systolic heart failure: a prospective study of 100 male patients. The final report. *International journal of cardiology*, *106*(1), 21-28.

Javaheri, S., & Redline, S. (2017). Insomnia and risk of cardiovascular disease. *Chest*, *152*(2), 435-444.

Khan, A. A., Hassan, M., Kumar, P., Mishra, D., & Kumar, R. (2012). Personality profile and coping skills among coronary heart disease patients and non-patient groups. *Delhi Psychiatry Journal*, *15*(2), 352-358.

Koo, B. B., Blackwell, T., Ancoli-Israel, S., Stone, K. L., Stefanick, M. L., Redline, S., & Osteoporotic Fractures in Men (MrOS) Study Group. (2011). Association of incident cardiovascular disease with periodic limb movements during sleep in older men:

outcomes of sleep disorders in older men (MrOS) study. *Circulation*, *124*(11), 1223-1231.

Krizan, Z., Freilich, C., Krueger, R. F., & Mann, F. D. (2023). Linking genetic foundations of sleep disturbances to personality traits: a study of mid-life twins. *Journal of Sleep Research*, e13903.

Lechat, B., Appleton, S., Melaku, Y. A., Hansen, K., McEvoy, R. D., Adams, R., ... & Sweetman, A. (2022). The association of co-morbid insomnia and sleep apnea with prevalent cardiovascular disease and incident cardiovascular events. *Journal of sleep research*, *31*(5), e13563.

Levy, P., Tamisier, R., Arnaud, C., Monneret, D., Baguet, J. P., Stanke-Labesque, F., ... & Pepin, J. L. (2012). Sleep deprivation, sleep apnea and cardiovascular diseases. *Frontiers in bioscience (Elite edition)*, *4*(6), 2007-2021.

Madsen, M. T., Huang, C., Zangger, G., Zwisler, A. D. O., & Gögenur, I. (2019). Sleep disturbances in patients with coronary heart disease: a systematic review. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, *15*(3), 489-504.

Malakar, A. K., Choudhury, D., Halder, B., Paul, P., Uddin, A., & Chakraborty, S. (2019). A review on coronary artery disease, its risk factors, and therapeutics. Journal of cellular physiology, 234(10), 16812-16823.

Mathew, S., Kalar, M. U., Mujeeb, E., Bibi, K. H., Zahid, R. A., Shaikh, F., ... & Ali, U. (2017). Frequency of Heart Diseases in Patients with Different Personality Types. *International Journal of Innovative Research in Medical Science (IJIRMS)*, *2*(03).

Matsuda, R., Kohno, T., Kohsaka, S., Fukuoka, R., Maekawa, Y., Sano, M., ... & Fukuda, K. (2017). The prevalence of poor sleep quality and its association with depression and anxiety scores in patients admitted for cardiovascular disease: a cross-sectional designed study. *International journal of cardiology*, *228*, 977-982.

Papadopol, V., & Nechifor, M. (2018). Magnesium in neuroses and neuroticism.

Pelaia, C., Armentaro, G., Miceli, S., Perticone, M., Toscani, A. F., Condoleo, V., ... & Sciacqua, A. (2021). Association between sleep apnea and valvular heart diseases. *Frontiers in Medicine*, *8*, 667522.

Porkka-Heiskanen, T., Zitting, K. M., & Wigren, H. K. (2013). Sleep, its regulation and possible mechanisms of sleep disturbances. *Acta physiologica*, *208*(4), 31-328.

Quan, S. F., & Gersh, B. J. (2004). Cardiovascular consequences of sleep-disordered breathing: past, present and future: report of a workshop from the National Center on Sleep Disorders Research and the National Heart, Lung, and Blood Institute. *Circulation*, *109*(8), 951-957.

Rathi, A., Ransing, R. S., Mishra, K. K., & Narula, N. (2018). Quality of Sleep among Medical Students: Relationship with Personality Traits. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*, *12*(9).

Şahin, B., & İlgün, G. (2022). Risk factors of deaths related to cardiovascular diseases in World Health Organization (WHO) member countries. *Health & Social Care in the Community*, *30*(1), 73-80.

Sahoo, S., Padhy, S. K., Padhee, B., Singla, N., & Sarkar, S. (2018). Role of personality in cardiovascular diseases: An issue that needs to be focused too!. *Indian heart journal*, *70*, S471-S477.

Sarwar, M. H., Mughal, A. R., Mughal, S., & Sarwar, M. (2015). Concerns of heart diseases and mediations to encourage healthful actions for their deterrence. *International Journal of Bioinformatics and Biomedical Engineering*, *1*(2), 70-76.

Sella, E., Carbone, E., Toffalini, E., & Borella, E. (2020). Personality traits and sleep quality: The role of sleep-related beliefs. *Personality and Individual Differences*, *156*, 109770.

Smiseth, O. A., & Gillebert, T. C. (2023). Personality traits and cardiovascular diseases: is it about ‘don’t worry, be happy’, or is this a deeper underlying problem?. *European Heart Journal-Cardiovascular Imaging*, *24*(11), 1468-1469.

Spiegelhalder, K., Scholtes, C., & Riemann, D. (2010). The association between insomnia and cardiovascular diseases. *Nature and science of sleep*, 71-78.

Steptoe, A., & Molloy, G. J. (2007). Personality and heart disease. *Heart*, *93*(7), 783-784.

Sutin, A. R., Zonderman, A. B., Ferrucci, L., & Terracciano, A. (2013). Personality traits and chronic disease: Implications for adult personality development. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *68*(6), 912-920.

Takeda, N., & Maemura, K. (2011). Circadian clock and cardiovascular disease. Journal of cardiology, 57(3), 249-256.

Tietjens, J. R., Claman, D., Kezirian, E. J., De Marco, T., Mirzayan, A., Sadroonri, B., ... & Yeghiazarians, Y. (2019). Obstructive sleep apnea in cardiovascular disease: a review of the literature and proposed multidisciplinary clinical management strategy. *Journal of the American Heart Association*, *8*(1), e010440.

van de Laar, M., Verbeek, I., Pevernagie, D., Aldenkamp, A., & Overeem, S. (2010). The role of personality traits in insomnia. Sleep medicine reviews, 14(1), 61-68.

Weston, S. J., Hill, P. L., & Jackson, J. J. (2015). Personality traits predict the onset of disease. *Social Psychological and Personality Science*, *6*(3), 309-317.

Yeghiazarians, Y., Jneid, H., Tietjens, J. R., Redline, S., Brown, D. L., El-Sherif, N., ... & Somers, V. K. (2021). Obstructive sleep apnea

and cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, *144*(3), e56-e67.

Zakiei, A., Khazaie, H., Rostampour, M., Moradi, M. T., Rezaie, L., Komasi, S., & Rafihi-Ferreira, R. E. (2024). Associations Between Six Core Processes of Psychological Flexibility with Poor Sleep Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. Current Sleep Medicine Reports, 10(2), 257-275.

Zamani, E., Akbari, M., Mohammadkhani, S., Riskind, J. H., Drake, C. L., & Palagini, L. (2022). The relationship of neuroticism with sleep quality: The mediating role of emotional, cognitive and metacognitive factors. Behavioral sleep medicine, 20(1), 74-89.

Zhang, J., Song, Y., Ji, Y., Song, Y., Cai, S., Yu, Y., ... & Zhang, W. (2018). Correlation between coronary artery disease and obstructive sleep apnea syndrome and analysis of risk factors. *Experimental and therapeutic medicine*, *15*(6), 4771-4776.