Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol/12/ No. 4,2025
Page116–102

Structural model of sleep problems based on emotional dyslexia and childhood trauma with the mediation of resilience in pregnant women in Tehran

Khadijeh Pourazim Azar[۱], Ali Shaker Dioulagh[۲], Ali Khademi[۳]

1. PhD student, Department of Psychology, Ur.C., Islamic Azad University, Urmia, Iran. Orcid: 0009–0007–0363–4657
2. Department of Psychology, Ur.C., Islamic Azad University, Urmia, Iran. (Corresponding Author). Orcid: 0000–0002–7159–1894, Email: Ali.shaker@iau.ac.ir
3. Department of Psychology, Ur.C., Islamic Azad University, Urmia, Iran. Orcid: 0000-0002–6230–8428.

Received: 09/12/2024 Accepted: 28/12/2024

Abstract

Introduction: During pregnancy, women experience various physical and psychological problems. One of these important and significant issues is sleep problems.

Aim: The present study aims to explain the structural model of sleep problems based on emotional alexithymia and childhood trauma mediated by resilience in pregnant women in Tehran.

Method: The present study employed a descriptive design using structural equation modeling. The statistical population comprised all pregnant women in Tehran in ۲۰۲۳. Based on Cohen's formula, a sample of ۲۸۸ participants was selected through purposive non-random sampling. Four standardized questionnaires were administered to assess sleep problems, emotional alexithymia, childhood trauma, and resilience. Data were analyzed using SPSS (version ۲۷) and LISREL (version ۸.۸) applying Pearson correlation tests and structural equation modeling.

Results: The results indicated that the proposed model demonstrated a good fit. Among the examined variables, alexithymia showed the strongest positive association with sleep problems (r=۰,۳۵), followed by childhood trauma (r=۰,۲۵) and resilience (r=–۰,۲۱), respectively (p < ۰,۰۱). These findings suggest that higher levels of resilience are associated with fewer sleep problems. In addition, both alexithymia (r=۰,۱۴) and childhood trauma (r=۰,۲۰) exhibited significant inverse associations with the mediator variable, resilience (p<۰,۰۵).

Conclusion: The findings suggest that alexithymia, childhood trauma, and resilience are significant predictors of sleep problems. Accordingly, identifying and addressing these factors may contribute to substantial improvements in sleep quality among pregnant women.

Keywords: Dyssomnias, Affective Symptoms, Adverse childhood experiences, Resilience, Pregnant women.

مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت
سال دوازدهم شماره.۴,۱۴۰۴
صفحات:۱۱۶-۱۰۲

مدل ساختاری مشکلات خواب بر اساس ناگویی هیجانی و ترومای دوران کودکی با میانجی‌گری تاب‌آوری در زنان باردار شهر تهران

خدیجه پورعظیم آذر[۱]، علی شاکر دولق[۲]، علی خادمی[۳]

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی ،واحد ارومیه،دانشگاه آزاد اسلامی ،ارومیه،ایران.ارکید: ۰۰۰۹۰۰۰۷۰۳۶۳۴۶۵۷
۲. گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران. (نویسنده مسئول). ارکید: ۰۰۰۰۰۰۰۲۷۱۵۹۱۸۹۴، ایمیل: Ali.shaker@iau.ac.ir
۳. گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران. ارکید: ۰۰۰۰۰۰۰۲۶۲۳۰۸۴۲۸

تاریخ دریافت مقاله:۱۴۰۳ /۰۹/۱۹ **تاریخ پذیرش مقاله:۱۴۰۳/۱۰/۰۸**

چکیده

مقدمه: در دوره بارداری زنان مشکلات جسمی و روان‌شناختی گوناگونی را تجربه می کنند. یکی از این مسائل مهم و قابل‌توجه مشکلات خواب است.

هدف: پژوهش حاضر با هدف تبیین مدل ساختاری مشکلات خواب بر اساس ناگویی هیجانی و ترومای دوران کودکی با میانجی‌گری تاب‌آوری در زنان باردار شهر تهران است.

روش: پژوهش حاضر از نوع توصیفی و معادلات ساختاری بوده است و جامعه آماری آن شامل تمامی زنان باردار سال ۱۴۰۲ شهر تهران می باشد. با استفاده از فرمول کوهن تعداد ۲۸۸ نفر به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند انتخاب شدند. در بین آن‌ها چهار پرسش‌نامه مشکلات خواب، ناگویی هیجانی، ترومای دوران کودکی و تاب‌آوری توزیع شد. داده‌های به دست آمده با نرم‌افزارهای SPSS-۲۷ و LISREL-۸/۸ و آزمون‌های همبستگی «پیرسون» و معادلات ساختاری تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد مدل از برازش خوبی برخوردار است. همچنین، قوی‌ترین رابطه با مشکلات خواب را به ترتیب ناگویی هیجانی (r=۰/۳۵)، ترومای دوران کودکی (r=۰/۲۵) و تاب‌آوری (r=-۰/۲۱) داشتند (p>۰/۰۱) که افزایش میزان تاب‌آوری نشان دهنده کاهش مشکلات خواب می‌باشد. ناگویی هیجانی (r=-۰/۱۴) و ترومای دوران کودکی (r=-۰/۲۰) نیز دارای رابطه معکوس معناداری با متغیر میانجی تاب‌آوری هستند (p<۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: نتایج بیانگر آن است که متغییرهای ناگویی هیجانی، ترومای دوران کودکی و تاب‌آوری پیش‌بینی کننده مشکلات خواب هستند. بنابراین با شناخت برخی عوامل موثر بر مشکلات خواب می‌توان به بهبود کیفیت خواب زنان باردار کمک شایانی نمود.

کلید واژه‌ها: مشکلات خواب، ناگویی هیجانی، ترومای دوران کودکی، تاب‌آوری، زنان باردار.

مقدمه

یکی از مهم‌ترین تجاربی که یک زن در طول زندگی خود به دست می‌آورد، وقوع بارداری[۱] و به دنبال آن زایمان است (عرب‌زاده، احمدی دولابی، اکبری سیدیک و نصیری، ۲۰۲۱). سازمان جهانی بهداشت اعلام کرد سالانه ۲۱۰ میلیون بارداری در جهان اتفاق می‌افتد و با توجه به پیشرفت‌های علم پزشکی و افزایش امید به زندگی در سطح جهان این رقم در حال افزایش است (طالبی، ۲۰۲۲). این دوران فرایندی منحصر به فرد در زندگی هر زن محسوب می‌شود؛ به طوری که می‌توان از آن به عنوان یک موقعیت خاص نام برد، زیرا در این وضعیت زنان مستعد نگرانی و اضطراب زیادی می‌شوند (صالحی، فهامی، آقایی، مرجان بیگی، ۲۰۲۴). به گزارش خورشیدی نازلو، اعتمادی‌نیا، چالابینلو، خادمی و خلیل‌زاده (۲۰۲۲) یکی از این مسائل مهم و قابل توجه در دوران بارداری، مشکلات خواب است.

خواب، یک فرایند مهم فیزیولوژیک است و سطح خواب کافی برای سلامت جسمی و روانی ضروری است (سیلانی، آیت حسین، الکدی، و اُحدیان عظیمی، ۲۰۲۳) و با شروع بارداری، الگوی خواب این زنان تغییر می‌کند (آزادی مقتدر، معصومی، رضوی، قلیچ‌خانی، عشوندی و همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین؛ اختلال خواب[۲] از شایع‌ترین مشکلات دوران بارداری است که درصدی بالغ بر ۷۹ ٪ را در جهان به خود اختصاص داده‌است (نیازی، مرادی و مظلومی، ۲۰۲۲). اختلالات خواب یا کم خوابی زمینه ساز بروز یا تشدید بسیاری از بیماری‌ها و مشکلات در زندگی (عرب‌زاده و همکاران، ۲۰۲۱) و مشکلات روانی می‌باشد (رضائی، حقویردی‌پور، عزیزی کبودان و حقویردی‌پور، ۲۰۲۵). اختلالات خواب به صورت بیدار شدن‌های مکرر شبانه، کمتر شدن خواب شبانه و کاهش کارایی خواب بروز می‌کند (نیازی و همکاران، ۲۰۲۲). بیشترین اختلال خواب در دوران بارداری در سه ماهه سوم و با نزدیک‌تر شدن به اواخر حاملگی، توسط مادران باردار تجربه می‌شود (آزادی مقتدر و همکاران، ۲۰۲۲) که پدیده‌ای تهدیدکننده برای سلامت مادران است (طالبی، ۲۰۲۲).

از طرفی تروما در طول حاملگی یکی از شایع‌ترین عوامل مهم بیماری و مرگ و میر مادران و جنین است (ابیک، بنچتریت، دلهای، دایر، جیمز و همکاران[۳]، ۲۰۲۳) و در طی سال‌های اخیر مرگ و میر مادران باردار به دنبال عوارض مستقیم حاملگی و زایمان کاهش یافته‌است، اما مرگ و میر به دنبال تروما رو به افزایش است (احمدپور، غفاری سردشت، رضوانی کاخکی، موسوی، خسروی و همکاران، ۲۰۲۴). ترومای دوران کودکی[۴] به عنوان ادراک هرگونه آسیب در دوران کودکی توسط افراد مهم تعریف می‌شود که زمینه را برای آسیب‌پذیری در برابر اختلالات روان‌شناختی و بدکارکردی فیزیولوژیکی و رفتاری فراهم کرده‌است (لاوسن، پیل و سیمون[۵]، ۲۰۲۰). پیامدهای طولانی مدت این آسیب ممکن است منجر به پیامدهای جسمی، شناختی، روانی، رفتاری و اجتماعی در بزرگسالی شود (ریاضی و منوچهری، ۲۰۲۴). افرادی که در کودکی بدرفتاری دیده‌اند، عاطفه منفی بیشتر و شفقت کمتری را نسبت به خود تجربه می‌کنند و باورهای اشتباهی درباره هیجان‌های مثبت شکل می‌دهند (بلالی دهکردی و فاتحی زاده، ۲۰۲۲؛ وکیلی، بهرامی هیدجی، سودگر، ۲۰۲۰).

[۱] Pregnancy
[۲] Sleep Disorder
[۳] Abback, Benchetrit, Delhaye, Daire, James, Neuschwander, et al
[۴] Childhood Trauma
[۵] Lawson, Piel & Simon

از این رو، افراد مبتلا به ناگویی هیجانی[۱] در بازشناسی احساس و هیجان دچار مشکل می‌شوند (طیبی و اورکی، ۲۰۲۵). ناگویی هیجانی بیانگر بی‌نظمی در عملکرد شناختی و عبارت است از نارسایی قشر مخ برای تنظیم و تعدیل هیجانات پریشان‌کننده است (گرین، بویز و هاسکینگ[۲]، ۲۰۲۰). افراد مبتلا به ناگویی هیجانی تحرکات فیزیکی غیرطبیعی را بیش از حد ارزیابی می‌کنند، برانگیختگی عاطفی را اشتباه تعبیر می‌کنند و ناراحتی عاطفی را از طریق شکایات فیزیکی نشان می‌دهند (جورلیچ و تینو[۳]، ۲۰۲۳). نتایج برخی تحقیقات نشان داده کیفیت خواب می‌تواند نقش واسطه‌ای قابل توجهٔ بین ناگویی هیجانی و حساسیت اضطرابی ایفا کند (جعفرپور رضایی، حسن‌زاده نعلیندی، هاشمی نصرت آبادی، ۲۰۱۹).

از آنجایی که، آرامش روانی مادر و بالا بودن تاب‌آوری وی در این دوران حائز اهمیت است (جعفری شالکوهی، اسدی موجاره و اکبری، ۲۰۱۹)؛ سطح بالای تاب‌آوری می‌تواند به عنوان یک عامل مهم در محافظت زنان باردار و کودکان‌شان از آثار زیان‌بار احتمالی ناشی از آسیب‌های روانی دوران بارداری جلوگیری نماید (گارسیا-لئون، کاپاروس-گونزالس، کونزالس-پرز، پرالتا-رامیراز[۴]، ۲۰۱۹). ویژگی افراد تاب‌آور این است که جهت‌گیری مشخصی در زندگی دارند و در رابطه با خود و دیگران از نقش حمایت‌گرانه برخوردارند و در عین حال قدرت درونی آن‌ها سبب می‌شود در مقابل آسیب‌های روانی ایستادگی بیشتری از خود نشان دهند (نژاد حسینیان، بختیارپور، زنگنه مطلق، ۲۰۲۴). نتایج مطالعات نشان داده‌است حمایت همسر (به عنوان منبع خارجی) و تاب‌آوری (به عنوان یک منبع درونی)، عوامل مهمی در ارتقای رضایت زنان باردار در بسیاری از حوزه‌های مختلف زندگی هستند و از جمله عوامل پیش‌بینی‌کننده سلامت روان آنان به شمار می‌روند (گودرزی، غلام‌رضایی، عامره‌ای، ۲۰۲۱). همچنین، نتایج مطالعات ایلسکا و پرزیبیلا-باسیست[۵] (۲۰۲۰) تاییدکننده رابطه مستقیم تاب‌آوری با توانمندی روانی زنان باردار بوده‌است و تأثیر مثبت تاب‌آوری در افزایش سلامت روان و کاهش هیجان‌های منفی زنان باردار است.

با توجه به مطالب بیان شده به دنبال آن هستیم تا دریابیم آیا "ترومای دوران کودکی و ناگویی هیجانی با میانجی‌گری تاب‌آوری تبیین‌کننده مشکلات خواب در زنان باردار هستند یا خیر؟".

روش

پژوهش حاضر از نوع همبستگی و از نوع معادلات ساختاری است. جامعه آماری آن شامل تمامی زنان باردار شهر تهران در نیم‌سال ابتدایی ۱۴۰۲ بود. نمونه‌ای به حجم ۲۸۸ نفر با استفاده از فرمول کوهن و به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند انتخاب شدند. زنان باردار با توجه به ملاک‌های ورود (داشتن حداقل مدرک تحصیلی ابتدایی، تاییدیه بارداری و تحت نظارت پزشک یا ماما، نداشتن سابقه بیماری جسمی و روانی، تمایل به همکاری، داشتن سابقه بیماری روان‌پزشکی، تحت مراقبت ویژه و استراحت مطلق بودن زنان باردار) و ملاک‌های خروج (تمایل نداشتن افراد شرکت کننده به ادامه همکاری در هر زمان از اجرای پژوهش) در پژوهش حضور یافته و به پرسش‌نامه‌های پژوهش پاسخ دادند. در ابتدای پرسش‌نامه فرم رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش نوشته شد و طی آن شرکت آزادانه

[۱] Alexithymia
[۲] Greene, Boyes, Hasking
[۳] Goerlich & Votinov
[۴] Garcia-Leon, Caparros-Gonzales, Romero-Gonzalez, Gonzalez-Perez, & Peralta- Ramiraz
[۵] Ilska & Przybyła-Basista

و داوطلبانه و محرمانه ماندن پاسخ‌ها شرح داده‌شد. پژوهشگر بر روند اجرای پرسش‌نامه‌ها نظارت داشت تا تمامی آن‌ها تکمیل گردد و هیچ پرسش‌نامه‌ای بدون پاسخ باقی نماند. بعد از گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه-های پاسخ‌های زنان باردار تحلیل گردید. اخذ رضایت آگاهانه از آزمودنی‌هایی که در پژوهش شرکت کرده بودند و اینکه در هر مرحله از پژوهش می‌توانستند از ادامه آن انصراف دهند. پرسش‌نامه‌ها در این پژوهش شامل اختلال خواب، ترومای دوران کودکی (CTQ)، ناگویی هیجانی و تاب‌آوری بود.

ابزار

پرسش‌نامه مشکلات خواب: پرسش‌نامه اختلال خواب توسط لینچ[۱] و همکاران (۲۰۰۳) با ۱۷ سوال تهیه شده است و اختلالات را در سه بخش مشکل در شروع خواب، در تداوم خواب و بیداری از خواب ارزیابی می‌کند. سوالات در دو گزینه «بله» و «خیر» نمره‌گزاری می‌شود. مشکلات در شروع خواب سوال‌های ۱ تا ۵، در تداوم خواب سوال‌های ۶ تا ۱۲ و بیداری از خواب سوال‌های ۱۳ تا ۱۷ را به خود اختصاص داده‌اند. در صورتی که نمرات پرسش‌نامه بین ۱ تا ۱۰ باشد، میزان متغیر در این جامعه ضعیف می‌باشد. در صورتی که نمرات پرسش‌نامه بین ۱۰ تا ۳۰ باشد، میزان متغیر در سطح متوسطی است. در صورتی که نمرات بالای ۳۰ باشد، میزان متغیر بسیار خوب است. پایایی بازآزمایی این پرسش‌نامه در پژوهش لینچ و همکاران (۲۰۰۳) برابر با r=۰/۸۶ بود و همچنین روایی محتوایی آن به روش والتز و بوسل[۲] قابل قبول و برابر با ۳۵٪ می‌باشد. در مطالعه بابایی (۲۰۱۴) پایایی پرسش‌نامه از طریق روش بازآزمایی r=۰/۸۹ به دست آمد.

پرسش‌نامه ترومای دوران کودکی[۳]: پرسش‌نامه ترومای دوران کودکی توسط برنستین[۴] و همکاران (۲۰۰۳) به منظور سنجش آسیب‌ها و ترومای دوران کودکی توسعه داده شده‌است و دارای ۲۸ سوال بوده و ۳ سوال ۱۰، ۱۶، و ۲۲ به منظور سنجش روایی یا انکار مشکل در دوران کودکی است. این مقیاس در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (هرگز =۱ تا همیشه =۵) نمره‌گذاری می‌شود و قبل از نمره‌گذاری مولفه‌های پرسش‌نامه ابتدا باید نمره‌گذاری سوال‌های ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۸، ۲، و ۲۶ معکوس انجام می‌گردد. نمره‌گذاری مولفه‌های سوء-استفاده عاطفی: سوال‌های ۳، ۸، ۱۴، ۱۸، ۲۵، سوء-استفاده فیزیکی: سوال‌های ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۷، سوء-استفاده جنسی: سوال‌های ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴، ۲۷، غفلت عاطفی: سوال‌های ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، و ۲۸ و غفلت جسمی: سوال‌های ۱، ۲، ۴، ۶، ۲۶ مورد بررسی قرار می‌گیرند. در پژوهش برنستین و همکاران (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه بر روی گروهی از نوجوانان برای ابعاد سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده جسمی، سوء-استفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۹۵، ۰/۸۹ و ۰/۷۸ بود و همچنین روایی هم‌زمان آن با درجه‌بندی درمان‌گران از میزان ترومای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده-است. در ایران نیز ابراهیمی، دژکام، ثقه الاسلام (۲۰۱۴) آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برای مولفه‌های پنج‌گانه آن گزارش کرده‌اند.

پرسش‌نامه ناگویی هیجانی[۵]: مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو توسط بگبی، پارکر و تیلور[۶] (۱۹۹۴) ساخته‌شده است. این مقیاس یک ابزار خود گزارشی ۲۰ سؤالی است و سه خرده مقیاس دشواری در شناسایی

[۱] Lynch
[۲] Waltz & Boussel
[۳] Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)
[۴] Bernstein
[۵] Toronto Alexithymia Scale-۲۰=TAS-۲۰
[۶] Bagby & et al

احساسات (DIF) سؤالات ۱، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۳ و ۱۴، دشواری در توصیف احساسات (DDF) سؤالات ۲، ۴، ۱۱، ۱۲ و ۱۷، تفکر عینی (EOT) سؤالات ۵، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ اختصاص دارد. روش نمره‌گذاری این پرسش‌نامه به شیوه لیکرت (کاملاً مخالف=۱ تا کاملاً موافق=۵) تعلق می‌گیرد. گویه‌های ۴، ۵، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ نمره‌گذاری معکوس دارند. یک نمرهٔ کل نیز از جمع نمره‌های سه زیرمقیاس برای ناگویی هیجانی کلی محاسبه می‌شود و در دامنه نمرات بین ۲۰ تا ۱۰۰ است (مولر، آلپرز، ریم[۱]، ۲۰۰۶). بگبی و همکاران (۱۹۹۴) پایایی این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۱ و پایایی بازآزمائی آن را برابر ۰/۷۷ گزارش کردند. در نسخهٔ فارسی این مقیاس ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل ۰/۸۵ و سه زیر-مقیاس به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. پایایی بازآزمایی مقیاس نیز در نمونه‌ی ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصلهٔ چهار هفته از r=۰/۷۰ تا r=۰/۷۷ برای ناگویی هیجانی کل و زیرمقیاس‌های مختلف تأیید شد (اسماعیلی، ۲۰۲۲). در پژوهش اسماعیلی (۲۰۲۲) نیز آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسش‌نامه ۰/۸۵۳، و زیرمقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۶۸، ۰/۷۲۵ و ۰/۸۴۹ به دست آمد.

پرسش‌نامه تاب‌آوری[۲]: ابزار سنجش تاب‌آوری پژوهش حاضر، مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون[۳] (۲۰۰۳) است. این پرسش‌نامه یک ابزار ۲۵ گویه‌ای است که سازهٔ تاب‌آوری را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت «همیشه نادرست =۰» تا «همیشه درست =۴» می‌سنجد. حداقل نمرهٔ تاب‌آوری آزمودنی در این مقیاس «صفر» و حداکثر نمرهٔ وی «صد» است. نتایج مطالعهٔ مقدماتی مربوط به ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، پایایی و روایی آن را تایید کرده‌است. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و هم-بستگی درونی بین عوامل را در دامنه‌ای از (۰/۳۰) تا (۰/۷۰) و ضریب بازآزمایی ۰/۸۷ را به عنوان شاخصی از همسانی درونی و همبستگی مثبت مقیاس‌های تاب‌آوری با ابزار سخت‌رویی کوباسا[۴] (۰/۸۳) و مقیاس حمایت اجتماعی شیهان[۵] (۰/۳۶)، همبستگی منفی این مقیاس با مقیاس استرس ادراک‌شده[۶] (۰/۷۶-) و مقیاس آسیب‌پذیری نسبت به استرس شیهان[۷] (۰/۳۲-) را به عنوان شاخصی از روی هم‌گرایی این ابزار گزارش کردند. همچنین در پژوهش باجلان، زارع محمدی، قربانی جهرمی (۲۰۲۲) نیز ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار ۰/۷۱ به دست آمد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا روابط بین متغیرها با آزمون همبستگی پیرسون سنجیده شد و مدل پژوهش با استفاده از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری[۸] آزمون شد. همچنین روابط میانجی‌گری با استفاده از روش بوت استراپینگ و خطای استاندارد حاصل از این روش آزمون گردید و تمام آزمون‌ها با نرم افزارهای SPSS-**۲۷** و LISREL-**۸,۸** انجام گرفت. سطح معناداری در این آزمون ۰/۰۵ در نظر گرفته‌شد.

یافته‌ها

تمامی پاسخگویان از نظر جنسیت، زن و از نظر وضعیت تأهل، متأهل بودند. نتایج آمار توصیفی نشان داد تحصیلات پاسخگویان در طیف کمتر از دیپلم تا فوق لیسانس و دکترا قرار داشتند که مقطع لیسانس با ۴۱/۵ درصد و تحصیلات پایین‌تر از دیپلم با ۳/۹ درصد به

---

۱ Mueller, Alpers, Reim
۲ Connor and Diodson-Resilience Scale= CD-RIS
۳ Connor & Davidson
۴ Kobasa Hardiness Measure
۵ Sheehan Social Support Scale
۶ Perceived Stress Scale
۷ Sheehan Stress Vulnerability Scale
۸ Structural Equation Modeling

ترتیب بیشترین و کمترین درصد فراوانی را در نمونه پژوهش داشتند. در جدول ۱ آماره‌های توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش شامل میانگین، انحراف استاندارد و کمترین و بیشترین نمره آمده‌است.

جدول ۱- آماره های توصیفی متغیر های پژوهش

متغیرها		آماره‌های توصیفی				شاخص‌های نرمال بودن	
		میانگین	انحراف	کمترین	بیشترین	کجی	کشیدگی
ناگویی هیجانی	دشواری در تشخیص	۱۶/۵۲	۶/۵۸	۷/۰۰	۳۱/۰۰	۰/۳۱۴	-۱/۰۱
	دشواری در توصیف	۱۲/۷۰	۴/۱۴	۵/۰۰	۲۳/۰۰	۰/۱۲۱	-۰/۴۶۳
	تفکر خارجی	۲۲/۲۰	۳/۸۵	۱۱/۰۰	۳۶/۰۰	-۰/۰۰۳	۱/۰۲
	نمره کل	۵۱/۴۲	۱۱/۳۶	۲۵/۰۰	۷۸/۰۰	۰/۱۰۷	-۰/۷۱۷
ترومای دوران کودکی	سوء استفاده عاطفی	۶/۱۶	۲/۱۹	۵/۰۰	۱۷/۰۰	۲/۵۶	۱/۲۰
	سوء استفاده فیزیکی	۵/۵۵	۱/۵۴	۵/۰۰	۱۴/۰۰	۳/۳۵	۱/۲۳
	سوء استفاده جنسی	۵/۶۴	۱/۹۵	۵/۰۰	۲۱/۰۰	۲/۹۸	۲/۳۱
	غفلت عاطفی	۸/۲۰	۴/۰۵	۵/۰۰	۲۳/۰۰	۱/۵۳	۱/۹۵
	غفلت جسمی	۶/۸۳	۲/۴۹	۵/۰۰	۱۷/۰۰	۱/۵۹	۲/۲۴
	نمره کل	۳۲/۳۹	۹/۳۴	۲۵/۰۰	۷۰/۰۰	۱/۹۴	۱/۷۷
تاب‌آوری	نمره کل	۶۹/۰۳	۱۳/۳۴	۲۷/۰۰	۹۹/۰۰	-۰/۴۶۲	۰/۴۱۲
مشکلات خواب	شروع خواب	۱/۳۹	۱/۱۰	۰	۴/۰۰	۰/۲۹۹	-۰/۸۱۱
	تداوم خواب	۲/۵۸	۱/۵۹	۰	۷/۰۰	۰/۳۶۱	-۰/۳۵۷
	بیداری از خواب	۱/۲۲	۱/۲۸	۰	۵/۰۰	۰/۹۸۸	۰/۲۱۹
	نمره کل	۵/۱۹	۳/۱۴	۰	۱۶/۰۰	۰/۴۱۵	-۰/۴۰۴

مطابق جدول ۱، میانگین مقیاس ناگویی هیجانی برابر با ۵۱/۴۲ بود. در بین مولفه‌های ناگویی هیجانی بالاترین میانگین را تفکر خارجی با مقدار ۲۲/۲۰ و کمترین میانگین را دشواری در توصیف احساسات با میانگین ۱۲/۷۰ داشت. میانگین مقیاس ترومای دوران کودکی برابر با ۳۲/۳۹ بود. در بین مولفه‌های ترومای دوران کودکی بالاترین میانگین را غفلت عاطفی با مقدار ۸/۲۰ و کمترین میانگین را سوءاستفاده فیزیکی با میانگین ۵/۵۵ داشت. میانگین مقیاس تاب‌آوری برابر با ۶۹/۰۳ بود. همچنین میانگین مقیاس مشکلات خواب برابر با ۵/۱۹ بود. در بین مولفه‌های مشکلات خواب بالاترین میانگین را تداوم خواب با مقدار ۲/۵۸ و کمترین میانگین را بیداری از خواب با میانگین ۱/۲۲ داشت.

در آزمون‌های پیش‌فرض نیز دیده‌شد نتایج آزمون پیش‌فرض نرمال بودن چندگانه نشان داد نسبت بحرانی به دست آمده برابر با ۲/۳۹ بود و می‌توان نتیجه گرفت توزیع نرمال چندمتغیره از مقدار مورد قبول انحراف نداشت و در دامنه مورد قبول یعنی ۲/۵۶- تا ۲/۵۶+ قرار داشت و به عبارتی پیش فرض نرمال بودن چندمتغیره تایید شد. با توجه به این که مقادیر کجی و کشیدگی تمامی متغیرها در دامنه ۲+ تا ۲- به دست آمد می‌توان نتیجه گرفت تمامی متغیرها از توزیع نرمال یا نزدیک به

نرمال برخوردار بودند. در متغیر ترومای دوران کودکی میزانی انحراف از توزیع نرمال در مولفه‌ها مشاهده شد اما از آنجایی که حجم نمونه پژوهش نسبتا بزرگ بود و نمره کل ترومای دوران کودکی توزیع نرمالی داشت و میزان انحراف از توزیع نرمال برای مولفه‌های ترومای دوران کودکی مقدار زیادی نبود، نرمال بودن مولفه‌های ترومای دوران کودکی نیز مورد پذیرش بود. مطابق نتایج به دلیل برقرار بودن توزیع نرمال تک متغیره، می‌توان از آزمون‌های پارامتریک مانند همبستگی «پیرسون» استفاده کرد.

آزمون عدم وجود همخطی چندگانه از مفروضات آزمون مدل‌سازی معادلات ساختاری است که این مفروضه با شاخص عامل تورم واریانس (VIF) در جدول ۲ بررسی شد و ناگویی هیجانی (۱/۰۶)، ترومای دوران کودکی (۱/۰۹)، تاب‌آوری (۱/۰۵) به دست آمد و بیانگر این بود که همبستگی بین متغیرهای مستقل یا پیش بین مقدار بالا و مشکل سازی نبود و می‌توان از آزمون چندمتغیره مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده کرد. روابط زوجی متغیرها با آزمون همبستگی پیرسون نیز در جداول ۲ ارزیابی شد.

جدول ۲- نتایج ماتریس همبستگی بین مشکلات خواب با متغیر های پژوهش

متغیرها	ناگویی	ترومای دوران کودکی	تاب‌آوری	مشکلات خواب
ناگویی هیجانی	۱			
ترومای دوران کودکی	۰/۲۲**	۱		
تاب‌آوری	-۰/۱۴**	-۰/۲۰**	۱	
مشکلات خواب	۰/۳۵**	۰/۲۵**	-۰/۲۱**	۱

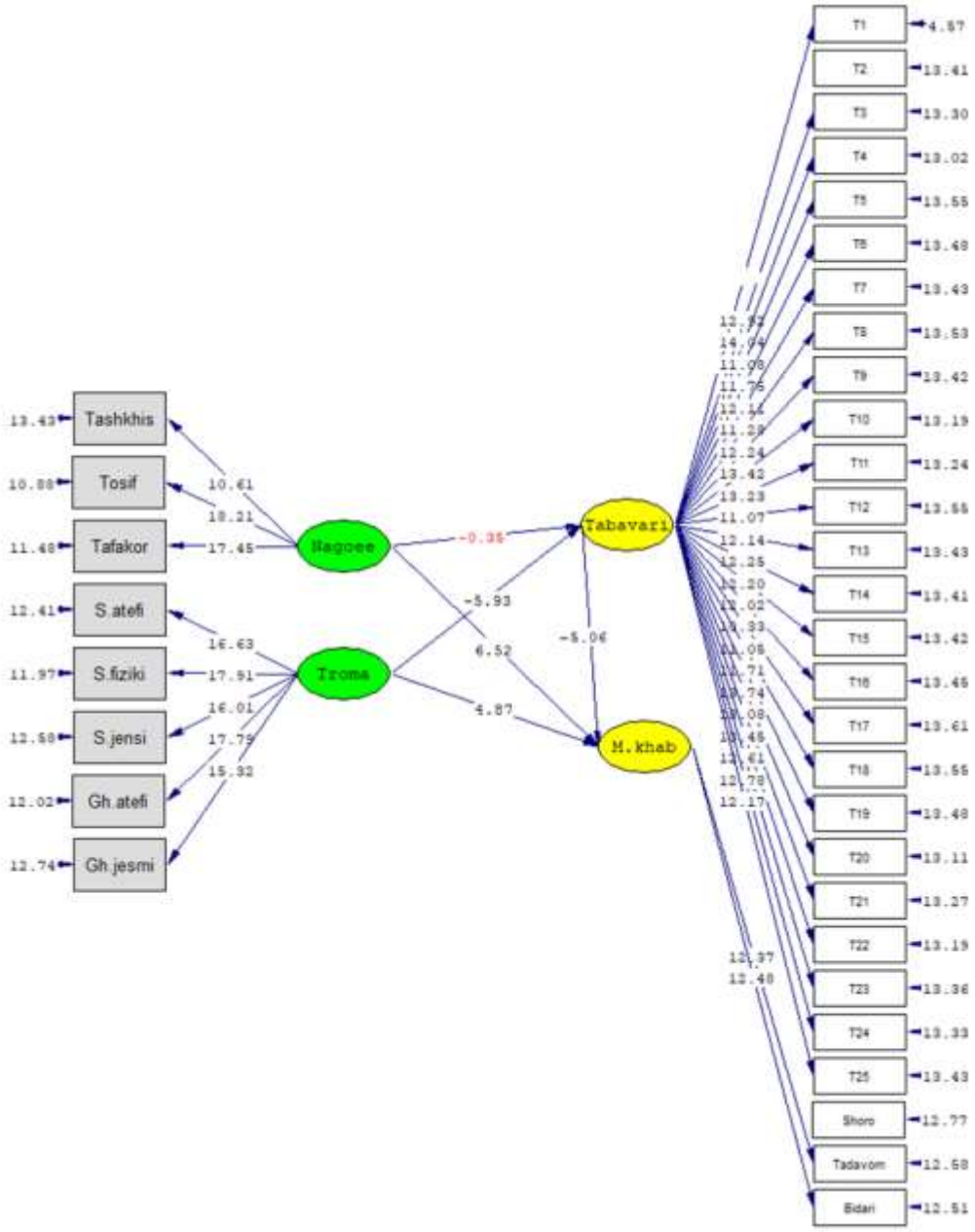
توجه: $p \leq ۰/۰۵$ = * و $p \leq ۰/۰۱$ = ** اختلاف معنی‌دار

نتایج جدول ۲ نشان داد در سطح اطمینان حداقل ۹۵ درصد رابطه معناداری بین تمامی متغیرهای مستقل و میانجی با متغیر وابسته مشکلات خواب مشاهده شد ($p<۰/۰۵$). نتایج نشان داد وجود رابطه آماری بین ناگویی هیجانی، ترومای دوران کودکی و تاب‌آوری با متغیر وابسته مشکلات خواب تایید شد. جهت رابطه بین ناگویی هیجانی و ترومای دوران کودکی با مشکلات خواب، مثبت بود و جهت رابطه بین تاب‌آوری و مشکلات خواب، منفی بود. قوی‌ترین رابطه با مشکلات خواب را به ترتیب ناگویی هیجانی (r=۰/۳۵)، ترومای دوران کودکی (r=۰/۲۵) و تاب‌آوری (r=۰/۲۱) داشتند. یافته‌ها نشان داد دو متغیر مستقل ناگویی هیجانی و ترومای دوران کودکی دارای رابطه معنادار در جهت منفی با متغیر میانجی تاب‌آوری بودند ($p<۰/۰۵$). شاخص‌های برازش مدل در جدول ۳ آمده‌است.

جدول ۳- شاخص‌های برازش مدل

شاخص‌ها	مقدار قابل قبول	نتیجه
GFI (شاخص نیکویی برازش)	> ۰/۹۰ (بزرگتر از ۰/۹۰)	**۰/۹۲**
RMSEA (جذر برآورد واریانس خطای تقریب)	< ۰/۰۸ (کوچکتر از ۰/۰۸)	**۰/۰۷۷**
CFI (شاخص برازش تطبیقی)	> ۰/۹۰ (بزرگتر از ۰/۹۰)	**۰/۹۳**
NFI (شاخص برازش نرم شده)	> ۰/۹۰ (بزرگتر از ۰/۹۰)	**۰/۹۲**
IFI (شاخص برازش افزایشی)	> ۰/۹۰ (بزرگتر از ۰/۹۰)	**۰/۹۰**
AGFI (شاخص برازندگی تعدیل شده)	> ۰/۹۰ (بزرگتر از ۰/۹۰)	**۰/۸۸**
PGFI (شاخص نیکویی برازش مقتصد)	> ۰/۷۰ (بزرگتر از ۰/۷۰)	**۰/۷۵**
/df Chi-Square (نسبت کای اسکوئر بر درجه آزادی)	۱≤ شاخص ≤۵ (بین ۱ تا ۵)	**۳/۳۷**

در جدول ۳ شاخص برازش AGFI مقدار متوسطی داشت و سایر شاخص‌های برازش مقدار قابل قبولی داشتند. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که برازش مدل بالاتر از متوسط و مقدار مناسبی بود. مطابق نتایج، مدل تجربی پژوهش دارای برازش قابل قبول بود که بر این اساس می‌توان برازش مدل را مورد قبول دانست چون هیچ کدام از شاخص‌های برازش مقدار ضعیفی نداشتند و تمامی شاخص‌ها مقدار مناسب یا تقریبا مناسبی داشتند. ضریب تعیین متغیر وابسته مشکلات خواب برابر با ۰/۳۷ بود که بیانگر قدرت تبیین متوسط مدل پژوهش بود. در جداول ۴ نتایج آزمون روابط مدل شامل اثرات مستقیم و غیرمستقیم آمده است.



نمودار ۱- مدل تجربی پژوهش در حالت معناداری یا آماره t

جدول ۴- آزمون تأثیر مستقیم و غیرمستقیم بر اساس رویکرد مدل‌سازی معادلات ساختاری

	تأثیر ها	ضریب استاندارد	خطای استاندارد	مقدار t	مقدار p
اثر مستقیم	ترومای دوران کودکی --> مشکلات خواب	۰/۲۲	–	۴/۸۷	<۰/۰۰۱
	ناگویی هیجانی --> مشکلات خواب	۰/۳۹	–	۶/۵۲	<۰/۰۰۱
	تاب‌آوری --> مشکلات خواب	-۰/۲۶	–	-۵/۰۶	<۰/۰۰۱
اثر غیرمستقیم	ناگویی هیجانی --> تاب‌آوری --> مشکلات خواب	۰/۰۲۱	۰/۰۱۶	۱/۳۱	۰/۱۹۱
	ترومای دوران کودکی --> تاب‌آوری --> مشکلات خواب	۰/۰۸۶	۰/۰۲۷	۳/۱۸	**۰/۰۰۲**

نتایج جدول ۴ نشان داد تأثیر تاب‌آوری بر مشکلات خواب در جهت منفی با شدت (۰/۲۶-) تایید شد (p<۰/۰۵) و نشان داد افزایش تاب‌آوری با کاهش مشکلات خواب همراه بود، تأثیر ناگویی هیجانی بر مشکلات خواب در جهت مثبت با شدت (۰/۳۹) تایید شد (p<۰/۰۵) و همچنین تأثیر ترومای دوران کودکی بر مشکلات خواب در جهت مثبت با شدت (۰/۲۲) تایید شد (p<۰/۰۵). نتایج نشان داد که سطح معناداری به دست آمده برابر با ۰/۱۹۱ بود که بیشتر از حداکثر سطح خطای آلفا یعنی ۰/۰۵ بود و نشان داد از نظر آماری نقش میانجی تاب‌آوری در رابطه بین ناگویی هیجانی و مشکلات خواب، تایید نشد (p>۰/۰۵). یافته‌ها نشان دادند که سطح معناداری آزمون نقش میانجی برابر با ۰/۰۰۲ بود و کمتر از ۰/۰۵ بود و نشان داد نقش میانجی تاب‌آوری در رابطه بین ترومای دوران کودکی و مشکلات خواب، تایید شد. شدت اثر غیرمستقیم ترومای دوران کودکی بر مشکلات خواب برابر با ۰/۰۸۶ بود.

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی مدل ساختاری مشکلات خواب براساس ناگویی هیجانی و ترومای دوران کودکی با میانجی‌گری تاب‌آوری در زنان باردار شهر تهران است. نتایج بیانگر آن بود ناگویی هیجانی بر مشکلات خواب تأثیر مثبت داشت و نشان دهنده بروز مشکلات خواب در افراد دارای ناگویی هیجانی می باشد. پژوهش جعفرپور رضایی و همکاران (۲۰۱۹) همسو با نتایج این پژوهش بود. با توجه به اینکه بارداری از دوره‌های حساس و با اهمیت زندگی زنان محسوب می‌شود و یکی از مراحل رشد و تکامل اریکسون محسوب می‌شود؛ می تواند یکی از مراحل استرس‌زا در زندگی زنان به حساب آید و علت آشکار شدن یا زمینه-ساز ابتلا به مشکلات روان‌شناختی همچون مشکلات خواب و ناگویی هیجانی شود. از طرفی بهداشت روانی انسان (به ویژه زنان باردار) بیش از هر چیز در گرو تامین نیازهای اوست و از آنجایی‌که یکی از حیاتی‌ترین نیازهای جسمی، روانی و عاطفی انسان در ابعاد مختلف، خواب است که از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشد. همچنین زنان در دوره بارداری اضطراب و فشارهای مختلفی را متحمل می‌شوند و ممکن است دچار ناگویی هیجانی شوند. ناگویی هیجانی برای توصیف ویژگی افرادی است که فقدان ظرفیت عاطفی آن‌ها منجر به ناتوانی در تشخیص و توصیف هیجانات آن‌ها و به کلام در آوردن آن ها در قالب کلمات به کار می‌رود و زنان باردار به دلیل تجربه علائم مختلف جسمانی و فیزیولوژیکی ممکن است دچار ناتوانی در درک هیجانات خود شوند.یافته‌های این پژوهش نیز نشان داد زنان باردار دارای ناگویی هیجانی کیفیت خواب پایین داشته و در طول روز دچار خواب آلودگی بیشتری می‌شوند که همین امر موجب کاهش بهداشت فردی و در نتیجه استفاده از راهبردهای منفی و غیر انطباقی در مواجه با هیجان شود و در نهایت می‌تواند در زنان باردار منجر به کاهش کیفیت خواب شوند.

همچنین نتایج دیگر نشان داد ترومای دوران کودکی بر مشکلات خواب تأثیر مثبت داشت. یافته‌های پژوهش با پژوهش واتسون، اتون، کامپبل، الکسف، اوالوس[1] و همکاران (۲۰۲۴) همسو و همراستا شکل گرفته بودند. زنانی که در کودکی دچار تروما شده‌اند می‌توانند سه عامل مشکلات خواب را تجربه کنند و وجوه تروماها به بروز آسیب‌های بزرگسالی همچون مشکلات خواب تأثیر گذار هستند. از آن‌جایی که جهت رابطه بین ناگویی هیجانی و ترومای دوران کودکی با مشکلات

[1] Watson, Eaton, Campbell, Alexeeff, Avalos

خواب، مثبت بود و در واقع با افزایش میزان ناگویی هیجانی و ترومای دوران کودکی با افزایش میزان مشکلات خواب همراه خواهد شد.

در زنان باردار مبتلا به ناگویی هیجانی، توانایی محدودی در سازگاری با شرایط استرس‌زا دارند که این ممکن است به تجربه میزان بالایی از پریشانی روانی و علائم اضطرابی و استرس در طول روز زنان باردار بینجامد و می‌تواند منجر به مشکلات خواب همچون مشکل در به خواب رفتن، تداوم خواب و یا بیداری از خواب شود. به طور کلی؛ زنان در طول بارداری ممکن است دچار نابهنجاری خواب شوند که این امر باعث می‌گردد نتوانند در زمان دلخواه خود به رختخواب روند، هر چند در سایر مواقع می‌توانند بخوابند. در همین راستا اغلب مشوش، خواب آلود و دارای ناهماهنگی حرکتی به نظر می‌رسند. همچنین ممکن است دوره بارداری برای زنان تجربه‌ای خوشایند نباشد و طیفی از پاسخ‌های متفاوت مثبت و منفی را در زنان ایجاد نماید. زنان باردار نسبت به فشارهای روانی آسیب‌پذیری بالایی دارند و این آسیب‌پذیری به جهت تحولات گسترده جسمانی، اجتماعی و انتظارات فرهنگی، ممکن است ریشه در دوران کودکی آن‌ها و تجربه یک تروما باشد. در واقع افراد دارای یک تاریخچه زندگی مخصوص به خود هستند و از بین همه رخداد های طول زندگی آن دسته که دارای بار عاطفی بشتری بودند همانند نقطه عطفی در ذهن افراد حک می‌شوند. تروماها و آسیب‌های بین فردی در دوران کودکی، برای رشد بهینه ظرفیت‌های پردازش عاطفی تهدیدی جدی محسوب می‌گردند (قاسمی، ۲۰۲۳). نتایج این پژوهش از این امر حمایت می‌کنند که تروماهای دوران کودکی به طور مستقیم بر مشکلات خواب زنان باردار اثر داشته و نشانگر آن است زنانی که در کودکی خود دچار غفلت یا سوءاستفاده گشته‌اند؛ در زمان بارداری تأثیر چشمگیر و قابل قبولی بر کیفیت خواب و بهبود عملکرد آنان دارد. بارداری نیز در بهترین شرایط برای مادر یک دوره پراسترس است (علی اسمعیلی، ۲۰۲۱) و پیامدهای آن فشارهای روانی، بدنی و گاه اجتماعی است (ریاضی و منوچهری، ۲۰۲۴) که باعث می‌شود زنان باردار توانایی مقابله با شرایط و تاب‌آوری لازم را نداشته باشند. دارا بودن سطح بالایی از تاب‌آوری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. با توجه به اینکه تاب‌آوری نوعی ترمیم با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی است؛ فرد را قادر می‌سازد به تنش‌های درونی و بیرونی خودش غلبه کرده و توانایی هایش را در مواجهه با استرس‌های حاد، شرایط ناگوار مزمن، وقایع آسیب‌زا، حفظ یا بدست آوردن بهزیستی روان‌شناختی و تعادل حیاتی برای سازگاری موفقیت‌آمیز افزایش می‌دهد.

از دیگر نتایج این پژوهش اثر منفی تاب‌آوری بر مشکلات خواب دارد و نشان داد افزایش تاب‌آوری با کاهش مشکلات خواب همراه بود. بر اساس نتایج می‌توان بیان نمود زنان بارداری که تاب‌آوری پایین تری دارند در تداوم بیداری از خواب دچار مشکل هستند و در بیداری از خواب سختی بیشتری را تحمل می‌کند. همچنین، رابطه بین ترومای دوران کودکی و مشکلات خواب، نقش میانجی تاب‌آوری ایفا می‌کند و اثر قوی در ایجاد مشکلات خواب دارد. می‌توان اینگونه استنباط کرد که ترومای دوران کودکی نقش زیر بنایی در بروز ناگویی هیجانی و مشکلات خواب دارد. یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های واتسون و همکاران (۲۰۲۴)، سوسنوفسکی، راجو-ویزر، پنگ، پاراد، شارکی[1] و همکاران (۲۰۲۴) با یافته‌های این

[1] Sosnowski, Rojo-Wissar, Peng, Parade, Sharkey

پژوهش همسو و همراستا و پژوهش‌های اسلام[۱] (۲۰۲۴) ناهمسو بودند. مطالعه چین، چو، چونگ، برسینگتون، چوی و چان[۲] (۲۰۲۲) نشان داد که زنان باردار برخوردار از تاب‌آوری بالاتر، می‌توانند در مواجهه با چالش‌های دوران بادراری و موقعیت‌های دشوار، به نحو موثرتری عمل نمایند. می‌توان تبیین کرد که تاب‌آوری با میانجی گری بین تروماهای دوران کودکی و مشکلات خواب نقش مهمی ایفا می‌کند و اثر گذار می‌باشد به طوری که زنان باردار با تاب‌آوری پایین که دچار ترومای کودکی نیز شده اند می‌توانند مشکلات خواب بیشتری را تجربه کنند و تاب‌آوری عامل مهمی برای بروز مشکلات خواب بر اساس ترومای دوران کودکی می‌باشد و اثر غیر مستقیم بر بروز مشکلات خواب در دوران بارداری می‌باشد.

نتیجه‌گیری

با توجه به ارتباطات بین تروماهای دوران کودکی و ناگویی هیجانی و نقش میانجی تاب‌آوری با اثر مستقیم و غیر مستقیم بر اختلالات خواب می‌توان بیان داشت که زنان باردار با تجربه ترومای دوران کودکی و تنظیم هیجانی پایین‌تر یا ناگویی هیجانی همراه با تاب‌آوری پایین، بیشتر رنج می‌برند. بنابراین، زنان بارداری که تجربه ترومای کودکی داشته، تاب‌آوری کمتر و شناخت هیجانی پایین‌تر دارند و بیشتر دچار اختلالات خواب می‌گردند. از محدودیت‌هایی این پژوهش می‌توان به جامعه پژوهشی مورد نظر در این مطالعه اشاره کرد که دسترسی به زنان باردار به دلیلی شرایط خاص که دارند بسیار محدود بوده و به سختی داده‌ها جمع‌آوری شدند. پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌های بعدی از جامعه پژوهشی و نمونه‌های گسترده‌تر در زمینه بارداری استفاده گردد تا تعمیم‌پذیری نتایج با قطعیت بیشتری انجام شود. همچنین متغیرهای موجود در این پژوهش را می‌توان بر روی دیگر قشرها اجرا کرد و متغیرهای روان‌شناختی دیگر نیز در زمینه بررسی زنان باردار مدنظر قرار گیرد. همچنین با توجه به یافته‌های به دست آمده و مطالعات پیشین از آن‌جایی که در زنان باردار مشکلات خواب شیوع بسیار بالایی دارد؛ پیشنهاد می‌شود تمرکز بیشتری بر مشکلات خواب زنان باردار قبل از اقدام به بارداری شود تا مادران بارداری آسان‌تری داشته باشند.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از رساله دکتری روان‌شناسی و دارای کد IR.IAU.URMIA.REC.۱۴۰۲,۰۴۷ است. نویسندگان بر خود ملزم دانسته از معاونت محترم آموزشی و پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه و تمامی کسانی که بنده را در انجام این پژوهش یاری رسانده‌اند کمال تشکر و قدردانی را داشته باشم. هیچ‌گونه تضاد منافعی بین نویسندگان برای این مطالعه وجود نداشت.

[۱] Islam

[۲] Chien, Chow, Chong, Bressington, Choi, Chan

Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility, ۲۵(۷), ۷۹-۹۰. (In Persian).

Babaei E. (۲۰۱٤). Investigating the effectiveness of teaching emotional distress tolerance skills based on dialectical behavior therapy on depression and sleep problems of women with hypothyroidism referring to Khatam-Nabiya Polyclinic in Yazd. Master's Thesis, Clinical Psychology, Islamic Azad University, Yazd Branch. (In Persian).

Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. (۱۹۹٤). The twenty-item Toronto alexithymia scale: I item selection and cross-validation of the factor structure. J Psychosom Res, ۳۸: ۲۳-۳۲.

Bajelan M, Zadeh Mohammadi A, Ghorban Jahromi R. (۲۰۲۲). Determining the effectiveness of unity-oriented treatment on death anxiety and resiliency in cancer patients. Applied Psychology, ۱٦(۳): ۱۱۲-۹۳. (In Persian).

Balali Dehkordi N, Fatehizade M. (۲۰۲۲). Comparison of the effectiveness of Emotion-focused Therapy and Intensive short-term dynamic psychotherapy on marital adjustment of married women with experience of complex childhood trauma. Counseling Culture and Psycotherapy, ۱۳(۵۱): ۳۱-۵۷. (In Persian).

Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, & Zule W. (۲۰۰۳). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. Child Abuse and Neglect, ۲۷ (۲), ۱٦۹-۱۹۰.

Reference

Abback PS, Benchetrit A, Delhaye N, Daire JL, James A, Neuschwander A, et al. (۲۰۲۳). Multiple trauma in pregnant women: injury assessment, fetal radiation exposure and mortality. A multicentre observational study. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine, ۳۱(۱):۲۲.

Ahmadpoor F, Ghafari Sardasht F, Rezvani Kakhki B, Mousavi SM, Khosravi M, Sadrzadeh SM, Vafadar Moradi E. (۲۰۲٤). Trauma etiology and prognosis in pregnant women referred to Shahid Hasheminezhad Hospital in ۲۰۲۳. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility, ۲۷(۷), ۱۸-۲۷. (In Persian).

Ali Esmaili, B. (۲۰۲۱). The effectiveness of aromatherapy with chamomile essential oil on sleep quality, fear of childbirth and resilience of pregnant women in the third trimester of pregnancy. Master's thesis in general psychology. Faculty of Literature and Humanities. Shahid Bahonar University of Kerman. (In Persian).

Arabzadeh M, Ahmadi Dolabi, M, Akbari Siddiqa AA, Nasiri, M. (۲۰۲۱). The relationship between physical violence by the spouse and sleep quality disorders during pregnancy. Iranian Journal of Women, Obstetrics and Infertility, ۲٤(٦): ٤٥-۵۷. (In Persian).

Azadi Moghtader A, Masoumi SZ, Razavi MR, Ghelichkhani S, Oshvandi K, Maghsoudi Z, Shayan A. (۲۰۲۲). The effect of acupressure on sleep quality in pregnant women in the third trimester of pregnancy: A randomized clinical trial. The Iranian

Goudarzi M, Gholamrezaei S, Amraei K. (۲۰۲۱). Developing a Causal Model of Psychological Empowering of Pregnant Women: The Role of Psychological Distress and Mediation of Resilience, Mindfulness and Meta- emotion. IJPN, ۹ (۱): ۱۰۳-۱۲٤. (In Persian).

Greene D, Boyes M, Hasking P. (۲۰۲۰).The associations between alexithymia and both non_suicidal self_injury and risky drinking a systematic review and meta analysis. Journal of Affective Disorders, (۲٦۰): ۱٤٤-۱٦٦.

Ilska M, Przybyła-Basista H. (۲۰۲۰). The role of partner support, ego-resiliency, prenatal attitudes towards maternity and pregnancy in psychological well-being of women in high-risk and low-risk pregnancy. J Psych Health Med, ۲٥(٥):٦۳۰-٦۳۸.

Islam MJ. (۲۰۲٤). The Relationship Between Childhood Abuse and Unintended Pregnancy Among Married Women of Reproductive Age in Bangladesh. J Child Sex Abus, ۳۳(۲):۲٤۳-۲٦۱. DOI: ۱۰,۱۰۸۰/۱۰٥۳۸۷۱۲,۲۰۲٤,۲۳۱٤۲۸۳

Jafari Shalkohi A, Asadi Mujareh S, Akbari B. (۲۰۱۹). The effect of mindfulness training on resilience and cognitive emotion regulation strategies of pregnant women. Journal of Knowledge and Research in Applied Psychology, ۲۱ (۲): ۸۰: ٤۳-٥۳. (In Persian).

Jafarpour Rezaei M, Hassanzadeh Nalindi S, Hashemi Nosratabadi T. (۲۰۱۹). Structural Relationships of Anxiety Sensitivity, Alexithymia, and Sleep Quality with Eating Behaviors. Journal of Modern Psychological Researches, ۱٤(٥٤,۲), ۱-۱٦. (In Persian).

Chien WT, Chow KM, Chong YY, Bressington D, Choi KC, Chan CWH. (۲۰۲۲). The Role of Five Facets of Mindfulness in a Mindfulness-Based Psychoeducation Intervention for People with Recent-Onset Psychosis on Mental and Psychosocial Health Outcomes. Front. Psychiatry, ۱۱: ۱۷۷. (Chinese).

Connor KM, Davidson JR. (۲۰۰۳). Development of a new resilience scale: The ConnorDavidson Resilience Scale (CD-RISC). Depression and Anxiety, ۱۸(۲): ۷٦-۸۲.

Ebrahimi H, Dejkam M, Seghatoleslam T. (۲۰۱٤). Childhood Traumas and Suicide Attempt in adulthood. IJPCP, ۱۹ (٤): ۲۷٥-۲۸۲. (In Persian).

Esmaili S. (۲۰۲۲). Determining the role of types of domestic violence in eating disorders with the mediating role of emotional dyslexia in women. [dissertation]. Zanjan. University of Zanjan, P.۱٦۹. (In Persian).

Garcia-Leon MA, Caparros-Gonzales R, Romero-Gonzalez B, Gonzalez-Perez R, & Peralta- Ramiraz I. (۲۰۱۹). Resilience as a Protective Factor in Pregnancy and Puerperium: Its Relationship with the Psychological State, and with Hair Cortisol Concentrations. Midwifery; ۷٥: ۱۳۸-۱٤٥.

Ghasemi M. (۲۰۲۳). Predicting marital conflicts based on childhood trauma and experiential emotion with the mediation of emotional dysregulation in couples. Master's thesis in clinical psychology, Islamic Azad University, Qom Branch. Faculty of Medical Sciences. Qom. (In Persian).

Goerlich KS, & Votinov M. (۲۰۲۳). Hormonal abnormalities in alexithymia, Front. Psychiatry, ۱۳, ۲۱-۲۹.

Seylani K, Ait-Hssain A, M Alkadi M, Vahedian-Azimi A. (۲۰۲۳). Investigating Interventions to Improve Sleep Quality in Hemodialysis Patients: A Meta-Analysis Study. Jccnursing, ۱٦ (۱): ۱. (In Persian).

Sosnowski, D.W., Rojo-Wissar, D.M., Peng, G., Parade, S.H., Sharkey, K., Hoyo, C., Murphy, S.K., Hernandez, R.G., Johnson, S.B. (۲۰۲٤). Maternal Childhood Adversity and Infant Epigenetic Aging: Moderation by Restless Sleep During Pregnancy. Dev Psychobiol, ٦٦(۲): e۲۲٤٦٤.

Talebi M. (۲۰۲۲). Pregnancy depression and insomnia in pregnant women: The predictive role of nocturnal rumination and mindfulness. Quarterly Journal of Woman and Society, ۱۳(٤۹): ۱۷۱-۱۸٤. (In Persian).

Tayebi M, Oraki M. (۲۰۲٥). Investigating the Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy (ACT) on Anxiety, Alexithymia and Adherence to Treatment in Adolescent Girls with Gastroesophageal Reflux. Journal of Psychological Science. ۲٤(۱٤۷), ۲۷۳-۲۸۸. (In Persian).

Vakili M, Bahrami Hidaji M, Sodagar S. (۲۰۲۰). Prediction of Binge Eating Disorder Based on Childhood Trauma, Alexithymia, Defensive Styles and Difficulties in Emotion Regulation, in Overweight Individuals. Family and Health, ۱۰(۱): ۳۸-٥۱. (In Persian).

Watson CR, Eaton A, Campbell CI, Alexeeff SE, Avalos LA, Ridout KK, Young-Wolff KC. (۲۰۲٤). Association of Adverse Childhood Experiences and Resilience With

Mueller J, Alpers GW, Reim N. (۲۰۰٦). Dissociation of rated emotional valence and Stroop interference in observer-rated alexithymia. J Psychosomatic Res, ٦۱(۲):۲٦۱-۹.

Nejadhoseinian Z, Bakhtiarpour S, & Zangeneh Motlagh F. (۲۰۲٤). Predictive model of life quality based on psychological resilience and couple Intimacy, Mediated by pregnancy anxiety in pregnant women. Journal of Applied Psychological Research, ۱٤(٤), ۲۰۳-۲۲۲. (In Persian).

Niazi A, Moradi M, Mazloumi E. (۲۰۲۲). Comparison of Sleep Quality in Pregnant Women with Preeclampsia and Control: A Case-Control Study. J Arak Uni Med Sci, ۲٥ (۳): ۳۹٤-٤۰۷. (In Persian).

Rezaei M, Haqvirdipour F, Azizi Kabudan N, Haqvirdipour S. (۲۰۲٥). Study on the impact of sleep on mental health. ۹th International Conference and ۱۰th National Conference on New Findings in Management, Psychology and Accounting. Tehran. (In Persian).https://civilica.com/doc/۲۲۸٤۲۷٤

Riazi SS, Manoochehri M. (۲۰۲٤). Structural Equation Modeling of the Relationship between Childhood Trauma and Adults` Fear of Intimacy with the Mediating Role of Integrative Self-Knowledge. MEJDS, ۱٤: ۱۲-۱۲. (In Persian).

Salehi A, Fahami F, Aghaei N, Beigi M. (۲۰۲٤). The role of husband on satisfaction of childbirth: an approach to promote natural childbirth. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility, ۲۷(۱۰), ٥۳-٦۲. (In Persian).

Depression and Anxiety During Pregnancy. Obstet Gynecol, ۱۴۳(۵):۷۰۷-۷۱۰