



Testing the Causal Model of Adolescent Psychological Distress Based on Childhood Abuse and Alexithymia with the Mediating Role of Sleep Quality

Mohammad Zarei Nouroozi¹✉ , Seyfollah Aghajani² , Shayan Noori Lasaki³ 

1. MA in Psychology and Education of Exceptional Children, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran
2. Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran
3. MA in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran

Corresponding Author: Mohammad Zarei Nouroozi

E-mail: m.zarei.n@student.uma.ac.ir

Received: 02 July 2024

Revised: 24 July 2024

Accepted: 28 July 2024

Published Online: 1 April 2025

Citation: Zarei Nouroozi, M., Aghajani, S. and Noori Lasaki, S. (2025). Testing the Causal Model of Adolescent Psychological Distress Based on Childhood Abuse and Alexithymia with the Mediating Role of Sleep Quality. *Journal of Modern Psychological Researches*, 20(77), 115-129. [doi: 10.22034/jmpr.2024.62297.6276](https://doi.org/10.22034/jmpr.2024.62297.6276)

EXTENDED ABSTRACT

Introduction: Adolescence is a pivotal and sensitive stage in human development that covers the age range of 12 to 19 years (Alikhani et al., 2022). The main characteristic of this stage is various physical, psychological, and social changes and transformations in the individual (Squires et al., 2020), which make adolescents vulnerable to emotional reactivity (Bundy et al., 2018), behavioral problems (Olivier et al., 2020), and psychological distresses, including depression, stress, and anxiety (Qin et al., 2021). In this regard, studies by Shin et al. in 2021, which were conducted on children and adolescents in China, showed that more than 10% of these individuals experience psychological distress. Also, Shorey et al. (2022), reviewing and meta-analyzing research conducted between 2001 and 2020, stated that depressive symptoms in adolescents have increased by nearly 34% during these years, with African and Asian adolescents reporting the highest rates.

Distress is considered a pervasive, complex, and multifaceted human experience that often appears as a state of deep pain, sadness, or suffering (Sharp & Theiler, 2018). This state is usually caused by various internal conditions or external events and presents individuals with physical, cognitive, academic, and emotional consequences (Shin et al., 2021), affecting an individual's performance in different areas of life. The difficult and challenging consequences of psychological distress make it necessary to examine this phenomenon in more depth with the aim of determining its prevalence in adolescents and identifying the factors affecting it.

This study also aims to identify practical interventions to prevent and improve psychological distress in adolescents. On the other hand, given the lack of research that has examined the variables of this study in the form of a coherent model with the mediating role of sleep quality, the necessity of conducting this study becomes more and more apparent. Therefore, the present study aimed to test the causal model of psychological distress in adolescents based on childhood abuse and emotional alexithymia with the mediating role of sleep quality.

Method: This study was applied in terms of purpose, and descriptive-correlational and used structural equation modeling. The research population comprised all male and female students in the second year of highschool in Mashhad in the academic year 2023-2024, of which 352 were selected randomly. Data collection tools are Depression Anxiety Stress Scale (DASS; Lovibond and Lovibond, 1995); Alexithymia (TAS; Bagby et al., 1994); Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein et al., 2003) and Sleep Quality Index (PSQI; Buysse et al., 1989). Mean and standard deviation were used to describe the findings, and Pearson correlation tests and structural equation models were used to analyze data using SPSS-27 and AMOS-24.

Results: In structural equation modeling, there are various fit indices, some of the most important of which are presented in Table 1. According to the table, the mentioned indices were reported at a desirable level. Therefore, it can be concluded that this conceptual model of the research has a desirable fit.

Table 1. Model Fit Indices

Fit Indices	χ^2/df	RMSEA	SRMR	GFI	AGFI	CFI	TLI	NFI
Acceptable Amount	5>	0.1>	0.9<	0.9<	0.9<	0.9<	0.9<	0.9<
Obtained Value	2.9	0.07	0.06	0.93	0.90	0.91	0.91	0.90
Result	Desirable	Desirable	Desirable	Desirable	Desirable	Desirable	Desirable	Desirable

Furthermore, the results presented in Table 2 indicate that childhood abuse and alexithymia have both direct and indirect effects on psychological distress in adolescents, with sleep quality acting as a mediator.

Table 2. Coefficients of the Model Paths

Path	Standardized Estimate	SE	Critical Ratio	p
Childhood Abuse > Psychological Distress	0.11	0.13	2.4	< 0.05
Alexithymia > Psychological distress	0.45	0.07	5.6	< 0.01
Sleep quality > Psychological distress	0.47	1.3	4.4	< 0.01
Childhood abuse > Sleep quality	0.30	0.02	3.5	< 0.01
Alexithymia > Sleep quality	0.42	0.01	4.2	< 0.01

Discussion: This study aimed to test the causal model of adolescent psychological distress based on childhood abuse and alexithymia with the mediating role of sleep quality. The results of this study showed that the conceptual model has a good fit and that childhood abuse and alexithymia affect adolescent psychological distress both directly and indirectly through the mediation of sleep quality. This suggests that childhood trauma significantly affects an individual's emotional regulation and cognitive processing.

Stress resulting from traumatic experiences often manifests as intrusive thoughts and nightmares, preventing individuals from experiencing quality sleep. Also, the fear of re-experiencing the trauma can lead to hypervigilance, keeping individuals constantly on alert and thereby affecting their sleep quality. Sleep deprivation disrupts an individual's cognitive function, including attention, memory, and decision-making. This can lead to a cycle of negative emotion regulation strategies and coping styles, which increases the likelihood of psychological distress (Jamieson et al., 2020). Childhood trauma can also affect a person's sleep quality by affecting the brain's stress response system, specifically the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis. When a person is exposed to traumatic events, the HPA axis, which is responsible for regulating stress hormones, becomes overactive. This stress response, which is often triggered and reactivated by reminders of the trauma, disrupts the balance of neurotransmitters essential for sleep. Overproduction of stress hormones such as cortisol disrupts the natural sleep-wake cycle, leading to difficulty falling asleep and frequent awakenings (John-Henderson, 2020). This insufficient or poor-quality sleep can also increase an individual's level of anxiety and depression by disrupting the function of neurotransmitters that influences mood regulation.

On the other hand, emotional alexithymia can also lead to emotional repression, manifesting as tension or physical discomfort such as headaches, digestive problems, and muscle tension. This chronic tension can make it difficult for a person to relax physically and psychologically, and thus affect the occurrence of sleep problems (Huang et al., 2022). Also, the inability to correctly express emotions can lead to the formation of negative ruminations and attitudes, which can prevent the individual from falling asleep and experiencing sleep properly. Conversely, decreased sleep quality can increase feelings of hopelessness and helplessness due to hyperarousal, nightmares, impaired cognitive function, the use of sleeping pills, and reduced performance in various areas of life, particularly academic life, thereby affecting the level of psychological distress (Al-Rasheed et al., 2022).

In general, psychological distress is a state of cognitive-emotional suffering and pain that is mainly accompanied by a set of behavioral, cognitive, social, and emotional symptoms and affects the individual's performance in various areas of life. Therefore, considering the findings of this study, the prevalence of psychological distress in adolescents, as well as the impact of childhood trauma, emotional alexithymia, and sleep quality on the increase in adolescent distress, it is recommended that relevant authorities prioritize these factors and develop and implement targeted interventions to prevent and reduce psychological distress in adolescents.

KEYWORDS

psychological distress, childhood trauma, alexithymia, sleep quality, adolescents





فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی



آزمون مدل علی پریشانی روانشناختی نوجوانان براساس آزاردیدگی دوران کودکی و ناگویی هیجانی با نقش میانجی گرانه کیفیت خواب

محمد زارعی نوروزی^۱ ✉، سیف الله آقاجانی^۲ ID، شایان نوری لاسکی^۳ ID

۱. کارشناس ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
۲. گروه روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
۳. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

نویسنده مسئول: محمد زارعی نوروزی

رایانامه: m.zarei.n@student.uma.ac.ir

استاددهی: زارعی نوروزی، محمد، آقاجانی، سیف الله و نوری لاسکی، شایان.
(۱۴۰۴). آزمون مدل علی پریشانی روانشناختی نوجوانان براساس آزاردیدگی دوران
کودکی و ناگویی هیجانی با نقش میانجی گرانه کیفیت خواب. *فصلنامه پژوهش‌های
نوین روانشناختی*، ۲۰(۷۷)، ۱۱۵-۱۲۹. [doi: 10.22034/jmpr.2024.62297.6276](https://doi.org/10.22034/jmpr.2024.62297.6276)

تاریخ دریافت: ۱۲ تیر ۱۴۰۳

تاریخ بازنگری: ۰۳ مرداد ۱۴۰۳

تاریخ پذیرش: ۰۷ مرداد ۱۴۰۳

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۲ فروردین ۱۴۰۴

چکیده

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها:

آشفستگی روانشناختی،
ترومای کودکی،
ناگویی هیجانی،
کیفیت خواب، نوجوانان

هدف پژوهش حاضر آزمون مدل علی پریشانی روانشناختی نوجوانان براساس آزاردیدگی دوران کودکی و ناگویی هیجانی با نقش میانجی گرانه کیفیت خواب بود. این مطالعه از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش انجام نیز توصیفی-همبستگی از نوع معادلات ساختاری بود. جامعه پژوهش تمام دانش‌آموزان دختر و پسر دوره دوم متوسطه شهر مشهد در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ بودند که از بین آن‌ها تعداد ۳۵۲ نفر به شکل در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای گردآوری اطلاعات نیز مقیاس‌های آشفستگی روانشناختی (DASS؛ لایبوند و لایبوند، ۱۹۹۵)؛ ناگویی هیجانی (TAS؛ بگی و همکاران، ۱۹۹۴)؛ پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ؛ برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳) و شاخص کیفیت خواب (PSQI؛ بویس و همکاران، ۱۹۸۹) بود. برای توصیف یافته‌ها از میانگین و انحراف استاندارد و برای استنباط اطلاعات نیز از آزمون‌های هم‌بستگی پیرسون و مدل معادلات ساختاری به کمک نرم‌افزارهای SPSS-27 و AMOS-24 استفاده شد. نتایج این پژوهش نشان داد که این مدل پژوهشی از برازش مطلوبی برخوردار بوده و آزاردیدگی دوران کودکی و ناگویی هیجانی هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم و از طریق میانجی‌گری کیفیت خواب بر پریشانی روانشناختی نوجوانان اثرگذار هستند. از این نتایج می‌توان برای طراحی مداخلاتی با هدف پیشگیری از پریشانی‌های روانشناختی استفاده نمود.



مقدمه

نوجوانی مرحله‌ای محوری و حساس در تکامل انسان است که بازه سنی ۱۲ تا ۱۹ سالگی را در بر می‌گیرد (عالیخانی و همکاران، ۱۴۰۱). مشخصه اصلی این مرحله تغییر و دگرگونی‌های مختلف جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی در فرد است (اسکویرس^۱ و همکاران، ۲۰۲۰) تغییراتی که نوجوانان را نسبت به واکنش‌پذیری هیجانی^۲ (بوندی^۳ و همکاران، ۲۰۱۸)؛ مشکلات رفتاری (اولیور^۴ و همکاران، ۲۰۲۰) و پریشانی‌های روانشناختی مختلف از جمله افسردگی^۵، استرس^۶ و اضطراب^۷ (شین^۸ و همکاران، ۲۰۲۱) آسیب‌پذیر می‌سازد. در همین مورد مطالعات مختلف صورت گرفته نشان داده‌اند که در دهه اخیر رشد پریشانی‌های روانشناختی مختلف در نوجوانان به‌صورت قابل توجهی افزایش یافته است (عبدزاده و همکاران، ۱۴۰۰). مطالعات شین و همکاران در سال ۲۰۲۱ که بر روی کودکان و نوجوانان کشور چین انجام شده بود، نشان داد که شیوع پریشانی‌های روانشناختی در این افراد بیشتر از ده درصد می‌باشد. هم‌چنین شوری^۹ و همکاران (۲۰۲۲) با مرور و فراتحلیل پژوهش‌های صورت گرفته در حد فاصله ۲۰۰۱ تا ۲۰۲۰ بیان داشتند که علائم افسردگی در نوجوانان طی این سال‌ها با افزایش نزدیک به ۳۴ درصدی مواجه بوده است که در این بین نوجوانان آفریقایی و آسیایی بیشترین میزان را گزارش نمودند.

پریشانی را به‌عنوان تجربه‌ای فراگیر، پیچیده و چندوجهی انسانی قلمداد می‌کنند که عمدتاً به صورت حالتی از درد، اندوه یا رنج عمیق ظاهر می‌شود (شارپ و تیلر^{۱۰}، ۲۰۱۸). این حالت معمولاً توسط شرایط مختلف درونی یا اتفاقات بیرونی ایجاد شده و افراد را با پیامدهای فیزیکی^{۱۱}، شناختی^{۱۲}، تحصیلی^{۱۳} و عاطفی^{۱۴} مواجه می‌سازد (کیوانلو و همکاران، ۱۴۰۲). انواع مختلفی از پریشانی‌ها شناسایی شده‌اند از پریشانی حاد^{۱۵} و مزمن^{۱۶} گرفته تا پریشانی جسمی، وجودی^{۱۷} و روانشناختی که در این بین پریشانی‌های روانشناختی اهمیت بیشتری دارند (کلس^{۱۸} و همکاران، ۲۰۲۰). پریشانی روانشناختی، تجربه عاطفی پیچیده و آزارنده‌ای است که عمدتاً توسط عوامل استرس‌زا یا شرایط چالش برانگیز زندگی ایجاد می‌شود (محمودیان و همکاران، ۱۴۰۱).

پریشانی‌های روانشناختی معمولاً با طیفی از نشانگان مختلف شناختی، عاطفی و رفتاری همراه هستند (بلای^{۱۹} و همکاران، ۲۰۲۱). نشانگان شناختی شامل الگوهای تفکر و باورهای غیرمنطقی و منفی در مورد خود،

جهان و آینده است؛ علائم عاطفی نیز شامل احساس اندوه، ناامیدی، استرس مداوم، اضطراب و افسردگی است و در نهایت علائم رفتاری نیز شامل تغییرات قابل مشاهده رفتاری در فرد است، رفتارهایی نظیر انزوا و کناره‌گیری، خودآسیبی و تغییر در الگوهای خواب و مصرف غذا (مارینو^{۲۰} و همکاران، ۲۰۱۸). این علائم می‌توانند بر عملکرد فرد در حوزه‌های مختلف زندگی تأثیر منفی گذاشته و احتمال ابتلا به طیف وسیعی از مشکلات حاد روانی، از جمله اختلال افسردگی اساسی (شمسی و همکاران، ۱۴۰۱)، اختلالات اضطرابی (بری^{۲۱} و همکاران، ۲۰۲۱) و بیماری‌های جسمانی (اعظمی دولت‌آبادی و همکاران، ۱۴۰۳) را افزایش دهند.

پیامدهای پریشانی روانشناختی، بررسی عمیق‌تر و یافتن عوامل موثر بر آن‌را ضروری می‌سازد. مطالعات پیشین نشان می‌دهند که عوامل مختلف زیست‌شناختی، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی در شکل‌گیری آشفتگی‌های روانشناختی موثر هستند اما در بین دوران کودکی فرد و مخصوصاً تجارب آزارنده آن از اهمیت بسزایی برخوردار هستند (گونگ و چان^{۲۲}، ۲۰۱۸؛ سو^{۲۳} و همکاران، ۲۰۲۰؛ جانیری^{۲۴} و همکاران، ۲۰۲۱). مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های ایالات متحده^{۲۵} در سال ۱۹۸۸ مفهومی را به‌نام "آزاردیدگی هیجانی اولیه یا ترومای اولیه" برای اشاره به تجارب دردناک و آسیب‌زای اولیه دوران کودکی، مطرح نمود (شافر و فیشر^{۲۶}، ۲۰۲۲). طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت^{۲۷} ترومای دوران کودکی به طیف وسیعی از تجارب دردناک و آزارنده‌ای اشاره دارد که در طول دوران رشد و تحول فرد، معمولاً قبل از ۱۸ سالگی رخ می‌دهد. این تجربیات می‌تواند شامل آزار جسمی، عاطفی یا جنسی، غفلت، قرار گرفتن در معرض خشونت، از دست دادن یکی از عزیزان یا هر رویداد آزارنده دیگری باشد که احساس امنیت و آرامش خاطر کودک را تهدید می‌کند (ادیب رهنما و همکاران، ۱۴۰۲).

براساس گزارش‌های موجود این قبیل تجارب آزارنده و دردناک دوران کودکی از شیوع قابل ملاحظه‌ای نیز برخوردار است. مطابق با گزارش سازمان بهداشت جهانی (WHO) در سال ۲۰۱۷، در سرتاسر جهان نزدیک به ۲۵ درصد از کودکان قربانی انواع مختلف آزار و اذیت‌ها می‌شوند؛ به‌علاوه در این گزارش اشاره شده است که بد رفتاری یا آسیب‌های عاطفی نظیر تحقیر کلامی، تهدید و توهین و بالاترین نرخ بد رفتاری (۳۶ درصد) را به‌خود اختصاص می‌دهند و پس از آن نیز آزارهای جنسی با نرخ بروز ۲۶ درصدی قرار دارد که بیانگر یک آمار قابل ملاحظه و جدی است (اکمسی ارتک^{۲۸} و همکاران، ۲۰۲۱؛ فانگ و همکاران، ۲۰۲۳). در ایران نیز مطالعاتی که توسط

15. acute distress
16. chronic
17. Existential
18. Keles
19. Belay
20. Marino
21. Barry
22. Gong & Chan
23. Su
24. Janiri
25. Centers for Disease Control and Prevention
26. Schäfer & Fisher
27. World Health Organization
28. Ekmekci Ertek

1. Squires
2. Emotional reactivity
3. Bundy
4. Olivier
5. Depression
6. Stress
7. Anxiety
8. Qin
9. Shorey
10. Sharp & Theiler
11. physical
12. cognitive
13. educational
14. Emotional

از سوی دیگر اگرچه ارتباط بین ترومای دوران کودکی (سو و همکاران، ۲۰۲۰؛ جانیری و همکاران، ۲۰۲۱) و ناگویی هیجانی (السلمان و همکاران، ۲۰۲۳؛ حلمی و همکاران، ۲۰۲۴) با پریشانی‌های روانشناختی مورد بررسی قرار گرفته است؛ با این حال توجه اندکی به عوامل واسطه‌ای شده است، که همین عدم توجه به عوامل واسطه‌ای مختلف که نقش قابل توجهی را در بروز پریشانی‌های روانشناختی دارند، موجب ایجاد شکاف‌های تحقیقاتی شده است. یکی از عواملی که به دلیل تاثیرپذیری از ترومای دوران کودکی (جان هندرسون^۷، ۲۰۲۰؛ چان^۸، ۲۰۲۳) و ناگویی هیجانی (هوانگ^۹ و همکاران، ۲۰۲۲؛ چان و همکاران، ۲۰۲۲) و نیز اثرگذاری آن بر پریشانی‌های روانشناختی (جامیسون^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۰) نقش واسطه‌ای آن می‌بایست بیشتر مورد توجه قرار گیرد، مفهوم کیفیت خواب^{۱۱} است.

خواب یک فرآیند عصبی-زیستی ذاتی و یک نیاز اساسی است که تقریباً یک سوم زندگی انسان‌ها را شامل می‌شود (سپهرمنش و همکاران، ۱۴۰۱). فرآیندی که توسط ریتم‌های شبانه روزی و مکانیسم‌های تعادل حیاتی^{۱۲}، تنظیم شده و نقش مهمی نیز در حفظ عملکرد طبیعی مغز ایفا می‌کند (اشرفی و همکاران، ۱۳۹۷). خواب را می‌توان حالتی تکرار شونده، چرخه‌ای و برگشت‌پذیر از بدن تعریف نمود که با کاهش تحرک و بالا رفتن قابل توجه آستانه پاسخ به محرک‌های خارجی، همراه است (اسکات^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۱). کیفیت خواب شامل هفت عنصر اساسی است که عبارتند از: جنبه ذهنی خواب، تأخیر شروع خواب، مدت زمان خواب، اختلال کارکرد، مشکلات و اختلالات خواب^{۱۴}، استفاده از وسایل کمکی خواب، و خواب ترمیمی (اشمیکلر^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۳).

کیفیت خواب و مؤلفه‌های هفت‌گانه آن بر عملکرد روزانه افراد اثر قابل توجهی را دارند. خواب، عملکردهای شناختی مانند حافظه^{۱۶} و یادگیری^{۱۷} را افزایش می‌دهد، ترشح هورمون‌های ضروری مانند نوراپی نفرین^{۱۸}، سروتونین^{۱۹} و هورمون رشد را تسهیل می‌کند. علاوه بر این، خواب یک عملکرد ترمیمی و محافظتی داشته و به بازسازی و ترمیم جسمی-روانشناختی کمک می‌کند (بختیاری و حقایق، ۱۳۹۹؛ سیاوشی سیاهی و همکاران، ۱۴۰۲؛ سالمی و خادمی اشکذری، ۱۴۰۲؛ دیمیترو^{۲۰} و همکاران، ۲۰۱۵)؛ اما برعکس، خواب ناسالم یا ناکافی در طولانی مدت می‌تواند سبب کاهش عملکرد شناختی^{۲۱}، خستگی دائمی، افت عملکرد شغلی و تحصیلی، مشکلات جسمانی (مانند چاقی، دیابت، مرگ زودرس)، مشکلات روانی (اضطراب، افسردگی)، تغییرات خلق و خو و مواردی از این قبیل می‌گردد (رابرتس و دونگ^{۲۲}، ۲۰۱۷؛ ماهشوری و شوکت^{۲۳}، ۲۰۱۹؛ اوکانو^{۲۴}

میردیکوند (۱۴۰۲) با هدف بررسی میزان شیوع انواع مختلف بد رفتاری و آزارهای کودکی انجام شد که در این مطالعات میزان بروز کودک آزاری نزدیک به ۲۸ درصد گزارش شد.

تجارب دردناک دوران کودکی در صورتی که مورد توجه و درمان قرار نگیرد می‌تواند آسیب‌های کاملاً جدی و بلندمدتی را برای فرد درگیر داشته باشد. در این زمینه پژوهش‌های جانیری و همکاران در سال ۲۰۲۱ که بر روی ۵۰۰ نفر از جوانان کشور ایتالیا انجام شده بود، نشان دادند که ترومای دوران کودکی اثر مستقیم قابل توجهی را بر بروز پریشانی‌های روانشناختی دارد. همچنین پژوهش‌های بابایی و همکاران (۱۴۰۲) نیز نشان داد که ترومای دوران کودکی نقش معنی‌داری را در افسردگی و افکار خودکشی^۱ دارند.

عامل دیگری که در تبیین پریشانی روانشناختی می‌بایست مورد توجه قرار گیرد، ناتوانی در مدیریت و نظم‌بخشی هیجانی در قالب مفهوم ناگویی هیجانی^۲ است (فانگ و همکاران، ۲۰۲۰؛ السلمان^۳ و همکاران، ۲۰۲۳؛ حلمی^۴ و همکاران، ۲۰۲۴). بنابه تعریف ارائه شده توسط تیلور^۵ (۱۹۸۴) ناگویی هیجانی صفت شخصیتی است که با ناتوانی در تشخیص، توصیف و ابرازگری احساسات مشخص می‌شود. افراد مبتلا به سطوح بالای ناگویی هیجانی معمولاً از برانگیختگی عاطفی خود آگاه هستند، اما در تمایز و نیز بیان احساسات خود ناتوان‌اند (طاولی و همکاران، ۱۴۰۲). جنبه‌های کلیدی ناگویی هیجانی شامل این موارد است: دشواری در تمایز عواطف با احساسات جسمانی (عدم آگاهی هیجانی)، ناتوانی در تشخیص و بیان احساسات خود و نیز ناتوانی در درک احساسات دیگران (ناتوانی در پاسخ‌دهی عاطفی) و سبک شناختی عمدتاً متمرکز بر بیرون یا فقدان خیال‌پردازی (تفکر صرفاً عینی) (دیتزر^۶، ۲۰۲۳).

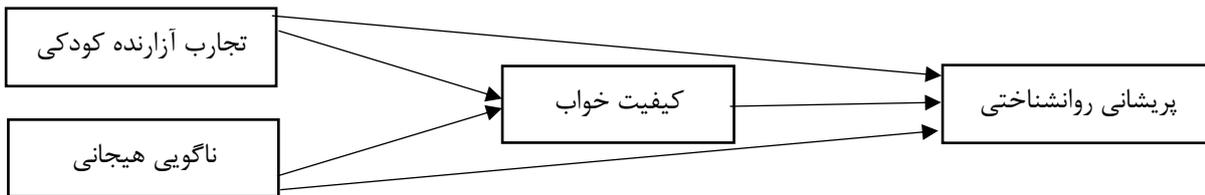
هنگامی که فردی در تشخیص، تفسیر و بیان احساسات با چالش‌هایی مواجه می‌شود، به یک حالت درماندگی و سردرگمی گرفتار خواهد شد حالتی که، ساختار عاطفی و شناختی آن‌ها را مختل نموده و موجب بروز مشکلات بسیاری در آن‌ها می‌گردد (ابراهیمی و الماسی، ۱۴۰۲)؛ مطالعات گذشته نشان می‌دهند که ناگویی هیجانی از عوامل اثرگذار اصلی در بروز پریشانی‌های روانشناختی افراد می‌باشند. در همین زمینه طی پژوهش‌های محمودی و همکاران (۱۴۰۱) که بر روی ۳۰۵ نفر از دانشجویان شهر تهران انجام شده بود، نشان داده شد که ناگویی هیجانی ارتباط مستقیم قابل توجهی را با پریشانی‌های روانشناختی دانشجویان دارد، نتایجی که در پژوهش‌های محمدبیگی و همکاران (۱۴۰۲) نیز تکرار گشت.

13. Scott
14. sleep disorders
15. Schmicler
16. Memory
17. learning
18. Norepinephrine
19. Serotonin
20. Dimitriou
21. Cognitive function
22. Roberts & Duong
23. Maheshwari & Shaukat
24. Okano

1. Suicidal thoughts
2. Alexithymia
3. Alslman
4. Helmy
5. Taylor
6. Ditzer
7. John-Henderson
8. Chan
9. Huang
10. Jamieson
11. Sleep quality
12. Mechanisms of vital balance

موجب شناسایی مداخلات کاربردی در جهت پیشگیری و بهبود پریشانی‌های مختلف در نوجوانان می‌شود. از سوی دیگر باتوجه به فقدان پژوهشی که متغیرهای این پژوهش را در قالب یک مدل منسجم و با نقش واسطه‌ای کیفیت خواب مورد بررسی قرار داده باشند، ضرورت انجام این پژوهش بیش از پیش مشخص می‌شود؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف آزمون مدل علی پریشانی روانشناختی نوجوانان براساس آزاردیدگی دوران کودکی و ناگویی هیجانی با نقش میانجی‌گرانه کیفیت خواب در قالب مدل زیر انجام شد.

و همکاران، ۲۰۱۹؛ جامیسون و همکاران، ۲۰۲۰؛ کیم^۱ و همکاران، ۲۰۲۲). با عنایت به تمام مطالب بیان شده باید اشاره نمود که پریشانی روان‌شناختی حالتی از رنج و درد عاطفی است که مجموعه‌ای از علائم و احساسات همراه بوده و می‌تواند بر عملکرد فرد در بخش‌های مختلف زندگی اثرگذار باشد. پیامدهای دشوار و چالش‌برانگیز پریشانی‌های روانشناختی، بررسی عمیق‌تر این پدیده با هدف تعیین میزان شیوع آن در نوجوانان و نیز شناسایی عوامل موثر بر آن‌را ضروری می‌سازد. هم‌چنین انجام این پژوهش



نمودار ۱. مدل پیشنهادی پژوهش

ابزارهای سنجش

مقیاس آشفتنی روانشناختی (DASS³): لایبوند و لایبوند در سال ۱۹۹۵ مقیاس پریشانی روانشناختی را تدوین نمودند. در این مقیاس تنش‌های عاطفی و روانشناختی افراد براساس ۲۱ آیتم و ۳ خرده مقیاس اصلی استرس (آیتم‌های ۱، ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۸)، اضطراب (۲، ۴، ۷، ۹، ۱۵، ۱۹ و ۲۰) و افسردگی (۳، ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷ و ۲۱) سنجیده می‌شود. این مقیاس براساس طیف ۷ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (نمره ۰) تا کاملاً موافقم (نمره ۶) نمره‌گذاری می‌گردد. طی تحقیقات لایبوند و لایبوند (۱۹۹۵) روایی سازه این مقیاس از طریق تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی بررسی و وجود ۳ مؤلفه اصلی مورد تایید قرار گرفت. به‌علاوه پایایی همسانی درونی از طریق آزمون آلفای کرونباخ بررسی و برای مؤلفه استرس ۰/۹۰، اضطراب ۰/۸۴ و افسردگی ۰/۹۱ به دست آمد. در ایران نیز صاحبی و همکاران (۱۳۸۴) پس از ترجمه و هنجاریابی این مقیاس، هم‌بستگی خرده مقیاس‌های استرس، اضطراب و افسردگی با ابزارهای استرس ادراک شده (۱۹۸۳)، اضطراب زانگ (۱۹۷۰) و افسردگی بک (۱۹۹۶) بررسی و به‌ترتیب ۰/۴۹، ۰/۶۷ و ۰/۷۰ را محاسبه و مورد تایید قرار دادند. علاوه‌برآن در پژوهش مرادیان و عیسی‌نژاد (۱۴۰۲) آلفای کرونباخ برای کل این مقیاس برابر با ۰/۹۲ و برای مؤلفه‌های نام‌برده شده به‌ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۱ و ۰/۸۵ محاسبه شد. در این پژوهش نیز آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۴ و برای مؤلفه‌های ذکر شده به‌ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۹ و ۰/۸۹ به‌دست آمد.

پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ⁴): برنستاین^۵ و همکاران در سال ۲۰۰۳ پرسشنامه آزاردیدگی هیجانی اولیه را برای سنجش بدرفتاری‌ها و تجارب آسیب‌زای دوران کودکی تدوین نمودند. این پرسشنامه دارای ۲۸ عبارت بوده و تجارب آسیب‌زای کودکی را بر مبنای پنج مؤلفه‌ی آزار و اذیت عاطفی (سؤالات ۲۵، ۱۸، ۱۴، ۸ و ۳)، اذیت و سو استفاده جنسی (سؤالات ۲۷، ۲۴، ۲۳ و ۲۱ و ۲۰)، آزار و اذیت جسمانی (سؤالات ۱۷، ۱۵، ۱۲ و ۱۱

روش

این مطالعه از نقطه نظر هدف، کاربردی و از لحاظ روش پژوهشی نیز توصیفی-هم‌بستگی از نوع معادلات ساختاری بود. جامعه هدف این مطالعه را تمام دانش‌آموزان دختر و پسر دوره دوم متوسطه شهر مشهد تشکیل می‌دادند که در تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ در مدارس این شهر به تحصیل اشتغال داشتند. حجم نمونه مناسب در پژوهش‌های معادلات ساختاری می‌بایست حداقل ۲۰۰ نفر در نظر گرفته شود (لوین^۲، ۲۰۱۱)، اما باتوجه به احتمال وجود پرسشنامه‌های مخدوش و به‌منظور افزایش شانس تعمیم‌پذیری یافته‌های احتمالی، ۳۵۲ نفر از دانش‌آموزان به‌صورت در دسترس برگزیده شدند. فرآیند جمع‌آوری داده‌ها به این صورت بود که ابتدا پرسشنامه‌های مربوطه در گوگل فرم تدوین شد، سپس از طریق فضای مجازی در گروه‌های دانش‌آموزی شهر مشهد اقدام به توزیع پرسشنامه شد و پس از ارائه توضیحات مربوط به اهداف پژوهش، از دانش‌آموزان تقاضا گردید تا نسبت به تکمیل آن اقدام نمایند. ملاک‌های ورود به پژوهش دانش‌آموز دوره دوم متوسطه شهر مشهد، رضایت و تمایل به حضور در مطالعه و عدم وجود هرگونه بیماری جسمانی و روانشناختی و ملاک خروج از پژوهش نیز مخدوش بودن اطلاعات فرد یا تکمیل ناقص پرسشنامه، عدم توجه دقیق به سؤالات و انتخاب یک پاسخ برای تمام پرسشنامه بود. در این مطالعه امکان دسترسی به نتایج پرسشنامه برای داوطلبان، رعایت اصل رازداری و امانت‌داری به‌عنوان اصول اخلاقی پژوهش موردنظر پژوهشگران قرار داشت. در نهایت و پس از دستیابی به نمونه مورد نیاز، اطلاعات جمع‌آوری شده، در دو سطح توصیفی: میانگین، انحراف استاندارد و استنباطی: آزمون همبستگی پیرسون و معادلات ساختاری به کمک نرم‌افزارهای SPSS-27 و AMOS-24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

4. Trauma Childhood Questionnaire
5. Bernstein

1. Kim
2. Levin
3. Depression anxiety stress scale

گردید. در این مطالعه نیز برای بررسی پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده و برای کل پرسشنامه در سطح ۰/۸۷ مطلوب گزارش شد.

شاخص کیفیت خواب (PSQI): بویس^۴ و همکاران (۱۹۸۹) این شاخص را برای سنجش کیفیت خواب و تشخیص مشکلات و اختلالات خواب طراحی نمودند. این مقیاس دارای ۹ سؤال است اما به دلیل آن که سؤال پنج خود دارای ۹ گویه فرعی است، بنابراین این شاخص در مجموع دارای ۱۸ گویه می‌باشد که هفت مولفه‌ی مختلف را اندازه‌گیری می‌کند. کفایت خواب (سؤال‌های ۳، ۱)، تأخیر در خواب (سؤال ۲ و گویه‌ی فرعی اول سؤال ۵)، طول مدت خواب (سؤال ۴)، اختلال خواب (گویه‌های فرعی دوم تا دهم سؤال ۵)، بهره‌گیری از داروهای خواب‌آور (سؤال ۶)، اختلال در عملکرد روزانه (سؤال‌های ۷ و ۸)، کیفیت ذهنی خواب (سؤال ۹). نمره‌گذاری این شاخص بر مبنای یک طیف لیکرتی ۴ درجه‌ای از صفر تا ۳ انجام می‌شود که نمره بالاتر بیانگر کیفیت پایین خواب و وجود مشکلات خواب در آزمودنی است. بویس و همکاران (۱۹۸۹) پایایی این ابزار را به شیوه‌ی بازآزمایی و آلفای کرونباخ بررسی کرده و به ترتیب ضرایب ۰/۷۹ و ۰/۸۳ گزارش نمودند. هم‌چنین با استفاده از تحلیل عاملی، روایی سازه این مقیاس را در دو نمونه جمعیت بالینی و غیر بالینی به ترتیب ۰/۶۸ و ۰/۵۹ گزارش نمودند. در ایران نیز زارعی و همی (۱۴۰۱) پایایی این شاخص را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش نمودند. در این مطالعه نیز برای بررسی پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده و برای کل پرسشنامه در سطح ۰/۸۱ مطلوب گزارش شد.

یافته‌ها

در این مطالعه تعداد ۳۵۲ نفر از دانش‌آموزان شرکت داشتند که از این تعداد، ۲۷۴ نفر معادل ۷۸ درصد را دانش‌آموزان دختر و ۷۸ نفر معادل ۲۲ درصد را دانش‌آموزان پسر تشکیل می‌دادند. علاوه بر آن از میان نمونه شرکت‌کننده در پژوهش ۱۷۸ نفر معادل ۵۰/۱ درصد را دانش‌آموزان مقطع دهم، ۹۶ نفر معادل ۲۷/۲ درصد را دانش‌آموزان مقطع یازدهم و ۷۸ نفر معادل ۲۲/۷ درصد را دانش‌آموزان مقطع دوازدهم تشکیل می‌دادند. در ادامه و در جدول شماره ۱ یافته‌های توصیفی از جمله میانگین، انحراف معیار، ضرایب کجی و کشیدگی و ۶ و علاوه بر آن ضرایب هم‌بستگی گزارش شده است.

جدول ۱: جدول توصیفی و ماتریس هم‌بستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی	۱	۲	۳	۴
۱. پریشانی روانشناختی	۰	۶۳	۲۳/۹	۸/۳	۰/۴۵	-۰/۳۸	۱			
۲. آزار دیدگی کودک	۳۱	۱۱۷	۴۸/۶	۱۳/۴	۰/۹	۱/۱	** ۰/۳۶	۱		
۳. ناگویی هیجانی	۲۶	۸۵	۵۲/۹	۱۱/۹	۰/۱۵	-۰/۳۸	** ۰/۶۳	** ۰/۳۱	۱	
۴. کیفیت خواب	۰	۴۵	۱۶/۱	۵/۴	۰/۵	۰/۷	** ۰/۵۹	** ۰/۳۳	** ۰/۴۱	۱

** p ≤ ۰/۰۱

۹، غفلت جسمانی (سؤال‌های ۲۶، ۶، ۴، ۲ و ۱) و غفلت عاطفی (سؤال‌های ۲۸، ۱۹، ۱۳، ۷ و ۵) مورد سنجش قرار می‌دهد. البته سؤال‌های ۲۲، ۱۶ و ۱۰ متعلق به هیچ مولفه‌ای نبوده و برای افرادی به کار می‌رود که قصد انکار تجارب دردناک کودکی خود را دارند، علاوه بر آن سؤالات ۲، ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۶ و ۲۸ دارای نمره‌گذاری معکوس هستند. نمره‌گذاری این پرسشنامه بر مبنای یک پیوستار پنج درجه‌ای هرگز (۱)، به ندرت (۲)، گاهی اوقات (۳)، اغلب اوقات (۴) و همیشه (۵) انجام می‌گیرد. برنستاین و همکاران (۲۰۰۳) پایایی این ابزار را به شیوه‌ی بازآزمایی و همسانی درونی بررسی و در سطح بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ مطلوب گزارش نمودند. به علاوه روایی هم‌زمان آن نیز با درجه‌بندی درمانگران از میزان وقایع آسیب‌زای کودکی، بین ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شد. در ایران نیز گیلانی‌فر و همکاران (۱۴۰۲) پایایی این پرسشنامه را از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای پنج مؤلفه بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ گزارش نمودند. هم‌چنین میردیکوند (۱۴۰۲) نیز آلفای کرونباخ این ابزار را ۰/۸۹ گزارش نمود. در این پژوهش نیز آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۸ محاسبه شد.

مقیاس ناگویی هیجانی (TAS^۱): مقیاس ناگویی هیجانی توسط بگبی^۲ و همکاران (۱۹۹۴) تدوین شده است که ناتوانی در ابراز و توصیف احساسات افراد را در ۲۰ گویه و سه مؤلفه: دشواری در توصیف هیجان‌ها (گویه‌های ۲، ۶، ۹، ۱۶ و ۲۰)، دشواری در شناسایی هیجان‌ها (گویه‌های ۱، ۳، ۵، ۸، ۱۱، ۱۷ و ۱۹) و تمرکز بر تجارب عینی یا بیرونی (گویه‌های ۴، ۷، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۸) مورد سنجش قرار می‌دهد. در ضمن سؤال‌های ۴، ۵، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ نمره‌گذاری معکوس دارند. نمره‌گذاری این مقیاس بر مبنای یک طیف لیکرتی پنج درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) انجام می‌شود. بگبی و همکاران (۱۹۹۴) پایایی این مقیاس را به شیوه‌ی بازآزمایی سنجیده و برای مولفه‌های دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۶۸ و ۰/۶۶ گزارش نمودند. هم‌چنین آلفای کرونباخ این مقیاس را نیز ۰/۸۷ گزارش کردند. در ایران نیز بشارت (۱۳۹۲) روایی هم‌زمان این مقیاس را با مقیاس‌هایی هم‌چون: هوش هیجانی ۰/۸۰، بهزیستی روانشناختی ۰/۸۷- و درماندگی روانشناختی ۰/۴۴ بررسی نمود. هم‌چنین در پژوهش فرجی و همکاران (۱۴۰۲) پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ بررسی شد و در سطح ۰/۸۷ مطلوب گزارش

4. Buysse
5. Skewness
6. Kurtosis

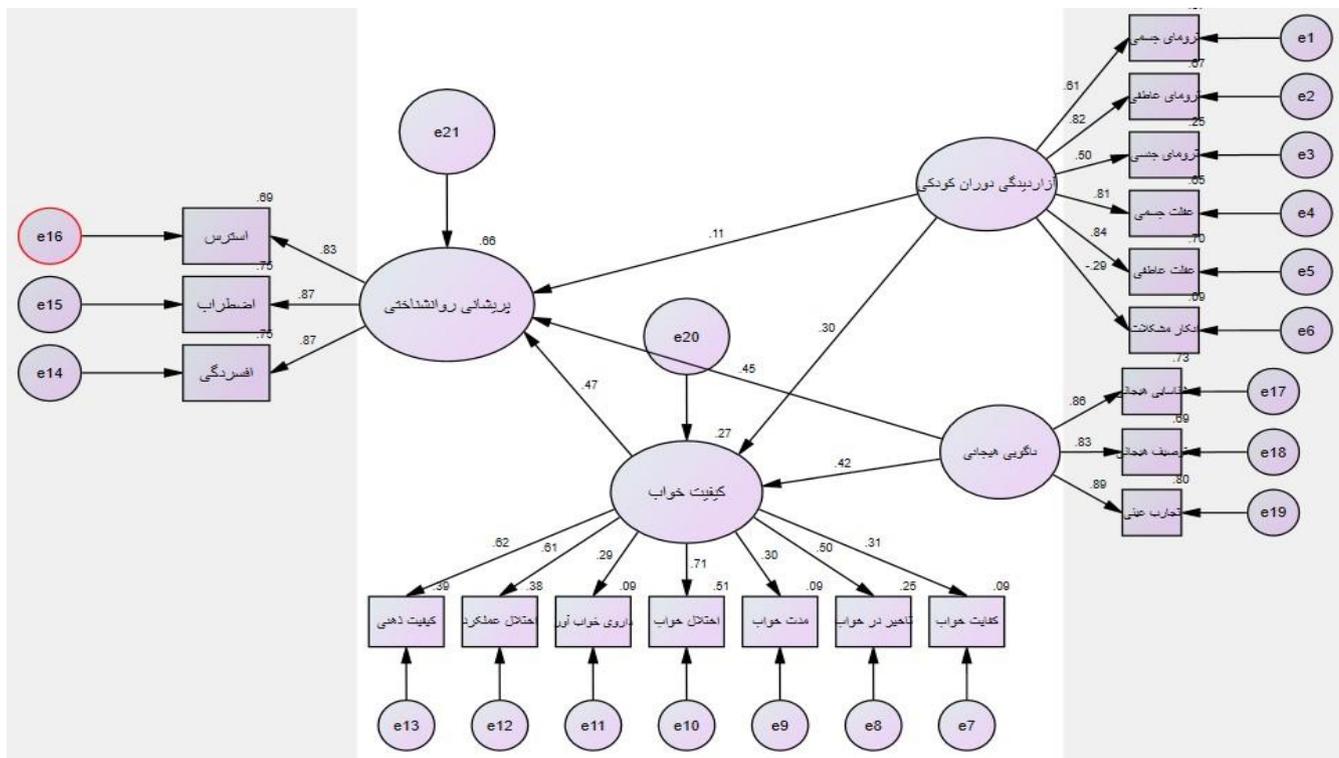
1. Toronto Alexithymia Scale
2. Bagby
3. Pittsburgh Sleep Quality Index

بزرگتر محاسبه شده بود، لذا عدم وجود داده‌های پرت چند متغیری از این طریق نیز تأیید شد (کلاین^۲، ۲۰۱۶).

برای بررسی عدم هم خطی چندگانه^۳ از شاخص‌های تولرانس^۴ و عامل تورم واریانس (VIF)^۵ استفاده شد. حد مناسب برای تولرانس بین صفر تا یک و برای تورم واریانس کمتر از دو می‌باشد (میرز و همکاران، ترجمه فرزاد و همکاران، ۱۳۹۸). آماره تولرانس کمتر از ۰/۸۳ و عامل تورم واریانس کمتر از ۱/۲ به دست آمد. با توجه به اینکه هر دو شاخص در محدوده مناسب قرار داشتند، بنابراین مفروضه عدم هم خطی چندگانه نیز تأیید شد. برای بررسی استقلال خطاها از آزمون دوربین-واتسون^۶ استفاده شد. حد مطلوب برای آماره این آزمون بین ۱/۵ تا ۲/۵ است (میرز و همکاران، ترجمه فرزاد و همکاران، ۱۳۹۸). در پژوهش حاضر آماره دوربین واتسون ۱/۸ به دست آمد، چون از حد مطلوب کمتر است، بنابراین وجود این مفروضه نیز تأیید شد. در نهایت مدل اولیه پژوهش با توجه به توضیحات داده شده به شکل زیر ترسیم شد:

همان گونه که در جدول شماره یک نیز مشاهده می‌شود ضرایب کجی و کشیدگی در محدوده بین ۲- الی ۲+ می‌باشد که نشانگر نرمال بودن توزیع داده‌ها است (لوین^۱، ۲۰۱۱). علاوه بر آن بین آزاردیدگی دوران کودکی و کیفیت خواب ($r = ۰/۳۶, p < ۰/۰۱$)، ناگویی هیجانی ($r = ۰/۶۳, p < ۰/۰۱$) و کیفیت خواب ($r = ۰/۵۹, p < ۰/۰۱$) با پریشانی‌های روانشناختی ارتباط معنی‌داری مشاهده می‌شود که مطابق با این نتایج ادامه مسیر و انجام معادلات ساختاری بلامانع است.

پیش از انجام مدل‌سازی معادلات ساختاری، مفروضه‌های زیربنایی آن بررسی شد. داده‌های مفقود و پرت بررسی و عدم وجود آن‌ها تأیید شد. داده‌های پرت از طریق فاصله‌ی ماهالانوبیس بررسی شد، با توجه به اینکه ماکزیمم آن ۱۳/۳ به دست آمد و هیچ داده‌ای از مقدار بحرانی برای دو متغیر پیش‌بین یعنی ۱۲/۶ بزرگتر مشاهده نشد، بنابراین عدم وجود داده پرت تأیید شد، هم‌چنین فاصله ماهالانوبیس در نرم‌افزار ایموس نیز بررسی شد، با توجه به این که نمره p1 نمونه از ۰/۰۵ بزرگتر و نمره p2 آن‌ها نیز از ۰/۱



نمودار ۲: مدل اولیه پژوهش

هم‌چنان که در نمودار ۲ نیز مشاهده می‌شود، در مدل پژوهش فرض بر این بود که آزاردیدگی دوران کودکی و ناگویی هیجانی هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم از طریق میانجی‌گری کیفیت خواب بر پریشانی روانشناختی نوجوانان اثرگذار هستند. در جدول شماره ۲ شاخص‌های برازش مدل ذکر شده است.

5. Variance inflation factor
6. Meyers
7. Durbin-Watson

1. Levin
2. Kline
3. Multicollinearity
4. Tolerance

جدول ۲: شاخص‌های برازش مدل

شاخص	مقادیر قابل قبول	برآورد	نتیجه
نسبت مجذور خی دو به درجه آزادی (χ^2/df)	< ۵	۲/۹	عالی
جذر میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA)	< ۰/۱	۰/۰۷	مطلوب
شاخص نیکویی برازش (GFI)	> ۰/۹	۰/۹۳	مطلوب
شاخص نیکویی برازش تعدیل شده (AGFI)	> ۰/۹	۰/۹۰	قابل قبول
شاخص برازش تطبیقی (CFI)	> ۰/۹	۰/۹۱	مطلوب
میانگین مجذور باقیمانده‌های استاندارد شده (SRMR)	< ۰/۱	۰/۰۶	مطلوب

میانگین مربعات باقیمانده استاندارد^۴ (SRMR) با سطح مطلوب برابر یا کمتر از ۱ (لوین، ۲۰۱۱). که در مدل پژوهشی فوق، شاخص‌های ذکر شده در سطح مطلوب گزارش شدند. در ادامه و در جدول شماره ۳ ضرایب مسیرهای مدل پژوهش و معنی‌دار بودن آن‌ها ذکر شده است.

در مدل‌سازی معادلات ساختاری شاخص‌های برازش مختلفی وجود دارد که از میان آن‌ها، مهم‌ترین این شاخص‌ها به همراه سطح مطلوب آن عبارت‌اند از: کای مربع بهنجار شده (CMIN/df) سطح مطلوب ۱ تا ۵، شاخص نیکویی برازش^۱ (GFI)، شاخص نیکویی برازش تعدیل شده^۲ (AGFI)، برازش تطبیقی^۳ (CFI) و برازش هنجار شده^۴ (NFI) با سطح مطلوب بزرگتر از ۰/۹، ریشه میانگین مربعات خطای برآورد^۵ (RMSEA) و ریشه

جدول ۳: ضرایب مسیرهای مدل

مسیر	Standardized Estimate	SE	C.R	p
آزاردیدگی کودکی < پریشانی روانشناختی	۰/۱۱	۰/۱۳	۲/۴	p<۰/۰۵
ناگویی هیجانی < پریشانی روانشناختی	۰/۴۵	۰/۰۷	۵/۶	p<۰/۰۰۱
کیفیت خواب < پریشانی روانشناختی	۰/۴۷	۱/۳	۴/۴	p<۰/۰۰۱
آزاردیدگی کودکی < کیفیت خواب	۰/۳۰	۰/۰۲	۳/۵	p<۰/۰۰۱
ناگویی هیجانی < کیفیت خواب	۰/۴۲	۰/۰۱	۴/۲	p<۰/۰۰۱

کیفیت خواب در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار هستند و مسیر آزاردیدگی دوران کودکی به پریشانی روانشناختی در سطح ۰/۰۰۵ معنی‌دار است. به منظور بررسی نقش میانجی در مدل پژوهش، از آزمون بوت استرپینگ استفاده شد. در این آزمون تعداد ۲۰۰۰ نمونه بوت استرپ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۴ گزارش شده است.

در جدول شماره ۳ به ترتیب، ضرایب استاندارد، مقدار خطا، مقدار T و سطح معنی‌داری نشان داده شده است. مطابق با اطلاعات موجود در جدول، مسیرهای ناگویی هیجانی به پریشانی روانشناختی؛ کیفیت خواب به پریشانی روانشناختی؛ آزاردیدگی کودکی به کیفیت خواب و ناگویی هیجانی به

جدول ۴: اثرهای کل، مستقیم و غیرمستقیم مدل

مسیر	اثر	حد پایین	حد بالا	سطح معناداری
اثر کل آزاردیدگی کودکی بر پریشانی روانشناختی	۰/۲۶	۰/۱۲	۰/۳۸	P<۰/۰۱
اثر مستقیم آزاردیدگی کودکی بر پریشانی روانشناختی	۰/۱۱	۰/۰۷	۰/۲۱	P<۰/۰۵
اثر غیرمستقیم آزاردیدگی کودکی بر پریشانی روانشناختی	۰/۱۴	۰/۱۱	۰/۲۴	P<۰/۰۱
اثر کل ناگویی هیجانی بر پریشانی روانشناختی	۰/۶۵	۰/۵۵	۰/۷۲	P<۰/۰۱
اثر مستقیم ناگویی هیجانی بر پریشانی روانشناختی	۰/۴۵	۰/۳۴	۰/۵۵	P<۰/۰۱
اثر غیرمستقیم ناگویی هیجانی بر پریشانی روانشناختی	۰/۱۹	۰/۱۳	۰/۲۸	P<۰/۰۱
اثر کیفیت خواب بر پریشانی روانشناختی	۰/۴۷	۰/۳۵	۰/۵۹	P<۰/۰۱
اثر آزاردیدگی کودکی بر کیفیت خواب	۰/۳۰	۰/۱۴	۰/۴۴	P<۰/۰۱
اثر ناگویی هیجانی بر کیفیت خواب	۰/۴۲	۰/۲۹	۰/۵۳	P<۰/۰۱

4. Normed fit index

5. Root mean square error of approximation

6. Standardized root mean square residuals

1. Goodness of fit index

2. Adjusted goodness of fit index

3. Comparative fit index

با توجه به نتایج گزارش شده در جدول ۴ باید اشاره نمود که آزاردیدگی دوران کودکی و ناگویی هیجانی هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم و از طریق میانجی گری کیفیت خواب بر پریشانی روانشناختی نوجوانان اثرگذار هستند.

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش آزمون مدل علی پریشانی روانشناختی نوجوانان براساس آزاردیدگی دوران کودکی و ناگویی هیجانی با نقش میانجی گرانه کیفیت خواب بود. نتایج این پژوهش نشان داد که مدل مفهومی از برازندگی مطلوبی برخوردار است و آزاردیدگی دوران کودکی و ناگویی هیجانی هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم و از طریق میانجی گری کیفیت خواب بر پریشانی روانشناختی نوجوانان اثرگذار هستند. نتایج و یافته‌های این پژوهش با یافته‌های به دست آمده از مطالعات محمودی و همکاران (۱۴۰۱)؛ گونگ و چان (۲۰۱۸)؛ سو و همکاران (۲۰۲۰)؛ دلگادو سانچز و همکاران (۲۰۲۳)؛ جانیری و همکاران (۲۰۲۱)؛ فانگ و همکاران (۲۰۲۰)؛ السلمان و همکاران (۲۰۲۳)؛ حلمی و همکاران (۲۰۲۴)؛ جان هندرسون (۲۰۲۰)؛ چان (۲۰۲۳)؛ پنسوکسان^۱ و همکاران (۲۰۱۶)؛ جامیسون و همکاران (۲۰۲۰) هم سواست. در تبیین این یافته‌ها باید اشاره نمود که پریشانی روانشناختی یک پدیده پیچیده و چندوجهی است که با طیفی از احساسات و تجربیات منفی همراه است. این حالت از رنج عاطفی عمدتاً با علائم اصلی استرس، اضطراب و افسردگی همراه است که شدت آن بسته به فرد و شرایط او می‌تواند به متفاوت باشد (بلای و همکاران، ۲۰۲۱). این پریشانی روانی می‌تواند یک وضعیت پایدار و ناتوان کننده ایجاد نموده و به طور قابل توجهی بر کیفیت زندگی فرد در جنبه‌های مختلف آن تأثیرگذار باشد.

مطالعات مختلف نشان می‌دهند که پریشانی روانشناختی تک عاملی نبوده و توسط طیف گسترده‌ای از عوامل ایجاد می‌شوند که نتایج این پژوهش نشان داد تجارب آزارنده دوران کودکی از عوامل مهم و اثرگذار در بروز پریشانی‌های روانشناختی هستند. این تجارب آزارنده می‌توانند از طریق مکانیسم‌های مختلفی بر بروز پریشانی‌های روانشناختی اثرگذار باشند که یکی از اصلی‌ترین آن‌ها ایجاد نگرش‌های ناکارآمد است. آسیب‌های دوران کودکی می‌تواند منجر به ساختار شناختی منفی و سوگیری در پردازش اطلاعات شده و از این طریق بر ایجاد پریشانی روانی اثرگذار باشد (محمودی و همکاران، ۱۴۰۱). بدین معنا که آسیب‌های دوران کودکی عمدتاً باعث شکل‌گیری الگوهای فکری و باورهای منفی در مورد خود، دیگران و جهان شده و از این طریق به ایجاد پریشانی روانی کمک می‌کنند. افرادی که در دوران کودکی وقایع دردناکی را تجربه کرده‌اند ممکن است در مورد خود باورهای منفی نظیر بی‌ارزشی، دوست‌نداشتنی یا مستحق آسیب را ایجاد کنند. این باورهای منفی می‌توانند منجر به احساس شرم، گناه و انتقاد از خود شوند که از علائم رایج پریشانی روانی هستند. علاوه بر این، این افراد ممکن است در مورد دیگران (به دلیل آسیب‌هایی که در دوران کودکی از

اطرافیان تجربه نموده‌اند) نیز باورهای منفی نظیر غیرقابل اعتماد یا آسیب‌رسان ایجاد نمایند، باورهایی که می‌تواند به مشکلاتی در ایجاد و حفظ روابط سالم منجر شده و از این طریق بر بروز پریشانی‌های روانشناختی اثرگذار باشند. در نهایت تجربیات آسیب‌زای کودکی می‌تواند باور افراد را در مورد جهان به عنوان مکانی امن را از بین ببرد. این از دست دادن اعتماد و ایمنی نسبت به جهان می‌تواند منجر به احساس اضطراب، ترس و هوشیاری بیش از حد شود که از علائم اصلی پریشانی روانی هستند.

هم‌چنین تجارب آزارنده و تروماهای دوران کودکی می‌توانند تأثیری پایدار بر توانایی افراد در تنظیم هیجان‌ات و مقابله با تنش‌ها داشته باشند. تجارب آسیب‌زا در دوران کودکی می‌تواند رشد مکانیسم‌های سازگاری سالم و مهارت‌های تنظیم هیجانی را مختل کرده و افراد را در برابر سطوح شدید استرس، اضطراب و اختلالات عاطفی آسیب‌پذیر سازد. افرادی که ترومای دوران کودکی را تجربه کرده‌اند ممکن است برای مدیریت احساسات خود، کنار آمدن با موقعیت‌های دشوار و تنظیم پاسخ‌های هیجانی خود دارای نقص باشند، عاملی که می‌تواند منجر به بروز پریشانی روانی در آن‌ها گردد (دلگادو سانچز و همکاران، ۲۰۲۳).

نتایج دیگر این پژوهش نشان داد که ناگویی هیجانی در کنار ترومای دوران کودکی می‌تواند بر بروز پریشانی‌های روانشناختی اثرگذار باشد. افراد مبتلا به ناگویی هیجانی اغلب برای درک و تشخیص هیجان‌ات خود و دیگران دارای نقص بوده و توانایی محدودی نیز برای ابراز و بیان کلامی احساسات خود دارند (حلمی و همکاران، ۲۰۲۴). این مسائل و مشکلات می‌تواند از به طرق مختلف بر سلامت جسم و روان آنها داشته و منجر به افزایش سطح پریشانی آن‌ها گردد. طبیعتاً اولین تأثیر ناگویی هیجانی بر پریشانی روانی را می‌توان از طریق تداخل آن با پردازش و تنظیم هیجانی تبیین نمود. افراد مبتلا به ناگویی هیجانی عمدتاً احساسات خود را به صورت تجربیاتی گنگ و مبهم ادراک می‌کنند، حالتی که منجر به بروز مشکلاتی در درک، مدیریت و بیان هیجانی می‌شود. این حالت گنگی عاطفی می‌تواند از یک سو منجر به برانگیختگی بیش از حد و بیش هوشیاری در آن‌ها شود که از علائم رایج استرس و اضطراب هستند و از سوی دیگر می‌تواند منجر به ناتوانی در بیان کلامی احساسات شده و از طریق ایجاد نامیدی، انزوا و مشکلات بین فردی، پریشانی‌های روانی را تشدید سازد (محمودی و همکاران، ۱۴۰۱).

علاوه بر این، افراد مبتلا به ناگویی هیجانی ممکن است در روابط بین فردی نیز دچار مشکل شوند، زیرا ناتوانی آنها در تشخیص و تفسیر صحیح احساسات خود و دیگران می‌تواند منجر به سوء تفاهم و تنش در روابط با دیگران شود. این مسئله می‌تواند از طریق فقدان روابط معنی‌دار با دیگران و ناتوانی در دریافت حمایت اجتماعی، منجر به ایجاد احساس تنهایی و به دنبال آن پریشانی روانی گردد (فانگ و همکاران، ۲۰۲۰). در نهایت تأثیر ناگویی هیجانی بر بروز پریشانی‌های روانی را می‌توان از طریق ایجاد مشکلات جسمانی نیز تبیین کرد. تحقیقات نشان داده است که افراد مبتلا به ناگویی هیجانی در معرض خطر بیشتری برای انواع بیماری‌های جسمی از جمله بیماری‌های قلبی عروقی، درد مزمن و اختلالات گوارشی هستند. بدین معنا

احساس ناامیدی و درماندگی در فرد شده و از این طریق بر افزایش سطح پریشانی‌های روانشناختی اثرگذار باشد (پنسوسکان و همکاران، ۲۰۱۶؛ الرشید و همکاران، ۲۰۲۲).

به‌طور کلی پریشانی روان‌شناختی حالتی از رنج و درد شناختی-عاطفی است که عمدتاً با مجموعه‌ای از علائم رفتاری، شناختی، اجتماعی و عاطفی همراه بوده و بر عملکرد فرد در بخش‌های مختلف زندگی اثرگذار باشد. از سوی دیگر دوره نوجوانی و شرایط حساس و تاثیر قابل توجه این دوران بر ادامه زندگی فرد بررسی عمیق‌تر پریشانی‌های روانشناختی نوجوانان با هدف شناسایی عوامل موثر بر آن‌را ضروری می‌سازد. به‌همین دلیل مطالعه حاضر با هدف آزمون مدل علی پریشانی روانشناختی نوجوانان براساس آزاردیدگی دوران کودکی و ناگویی هیجانی با نقش میانجی‌گرانه کیفیت خواب انجام شد و نتایج این مطالعه نشان داد که مدل مفهومی از برانزندی مطلوبی برخوردار است و آزاردیدگی دوران کودکی و ناگویی هیجانی هم به‌صورت مستقیم و هم به‌صورت غیرمستقیم و از طریق میانجی‌گری کیفیت خواب بر پریشانی روانشناختی نوجوانان اثرگذار هستند.

این مطالعه نیز هم‌چون پژوهش‌های دیگر دارای محدودیت‌هایی بود. نخستین محدودیت این مطالعه ناتوانی در کنترل متغیرهایی مثل وضعیت هوشی، وضعیت اقتصادی و اجتماعی دانش‌آموزان بود، مسئله‌ای که می‌تواند تعمیم نتایج را با چالش‌هایی روبه‌رو سازد، بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده نسبت به کنترل کردن این موارد اقدام شود. دیگر محدودیت این مطالعه ناتوانی در بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی به‌شکل مستقیم بود، مسئله‌ای که پژوهشگران را ناچار به استفاده از نمونه‌گیری دردسترس به‌صورت مجازی نمود به همین واسطه پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آتی از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی به‌صورت مستقیم بهره گرفته شود. ضمناً با توجه به گسترش پریشانی‌های روانشناختی نوجوانان و نیز تاثیر ترومای دوران کودکی، ناگویی هیجانی و کیفیت خواب بر افزایش پریشانی‌های نوجوانان، پیشنهاد می‌شود مسئولان مربوطه این موارد را در اولویت قرار داده و با اجرای مداخلات لازم، از بروز پریشانی‌های روانشناختی پیشگیری نمایند.

موازین اخلاقی

در این مطالعه امکان دسترسی به نتایج پرسشنامه برای داوطلبان، رعایت اصل رازداری و امانت‌داری به‌عنوان اصول اخلاقی پژوهش موردنظر پژوهشگران قرار داشت.

تشکر و قدردانی

در خاتمه پژوهشگران بر خود واجب می‌دانند از تمام نوجوانانی که در این مطالعه شرکت داشته و دستیابی به یافته‌های اصیل را ممکن ساختند، تقدیر و تشکر به‌عمل آورند.

که استرس مزمن و ناتوانی در بیان و سازگاری با آن‌ها می‌تواند موجب بروز پیامدهای جسمانی و اختلالات روان‌تنی در فرد شود، عاملی که خود با افزایش سطح پریشانی‌های روانی و ابعاد مختلف آن در ارتباط است (حلمی و همکاران، ۲۰۲۴)

دیگر نتایج این مطالعه نشان داد که تجارب آزارنده دوران کودکی و ناگویی هیجانی می‌توانند به‌صورت غیرمستقیم و از طریق کیفیت خواب نیز بر بروز پریشانی‌های روانشناختی اثرگذار باشند. ترومای دوران کودکی می‌تواند از طریق اثرگذاری بر سیستم پاسخ استرس مغز به ویژه محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال^۱ (HPA) بر کیفیت خواب فرد اثرگذار باشند. هنگامی که فردی در معرض رویدادهای آسیب‌زا قرار می‌گیرد، محور HPA به‌عنوان مسئول تنظیم هورمون‌های استرس، بیش از حد فعال می‌شود. این نحوه پاسخ به استرس، که اغلب توسط نشانه‌های یادآور تروما نیز ایجاد و مرور می‌شوند، تعادل انتقال‌دهنده‌های عصبی ضروری برای خواب را مختل می‌کنند. تولید بیش از حد هورمون‌های استرس مانند کورتیزول چرخه طبیعی خواب و بیداری را مختل ساخته و منجر به مشکل در به خواب رفتن، بیدار شدن‌های مکرر می‌شود (جان هندرسون، ۲۰۲۰). این خواب ناکافی یا بی‌کیفیت نیز می‌تواند از طریق ایجاد اختلال عملکرد در انتقال‌دهنده‌های عصبی تاثیرگذار در تنظیم خلق و خو، موجب افزایش سطح اضطراب و افسردگی فرد شوند.

فراتر از این تغییرات فیزیولوژیکی، ترومای دوران کودکی به‌طور قابل توجهی بر تنظیم هیجانی و پردازش شناختی فرد نیز تاثیر می‌گذارد. تنش‌های ناشی از تجارب آسیب‌زا اغلب به‌صورت افکار مزاحم و کابوس‌های شبانه ظاهر شده و مانع از تجربه خواب با کیفیت می‌شوند. هم‌چنین ترس مداوم از تجربه دوباره تروما نیز می‌تواند به هوشیاری بیش از حد منجر شده و افراد را دائماً در حالت آماده باش نگه داشته و از این طریق نیز بر کیفیت خواب آن‌ها اثرگذار باشد که این محرومیت از خواب، عملکرد شناختی فرد از جمله توجه، حافظه و تصمیم‌گیری را مختل می‌سازد. مسئله‌ای که منجر به شکل‌گیری چرخه‌ای از راهبردهای تنظیم هیجانی و سبک‌های مقابله‌ای منفی شده و احتمال بروز پریشانی‌های روانشناختی را تشدید می‌کند (جامیسون و همکاران، ۲۰۲۰).

از سوی دیگر ناگویی هیجانی می‌تواند منجر به سرکوب‌گری عاطفی شود، عاملی که به‌صورت تنش یا ناراحتی‌های فیزیکی نظیر سردرد، مشکلات گوارشی و تنش‌های عضلانی ظاهر می‌شود. این تنش‌های مزمن می‌تواند آرامش جسمی و روانشناختی فرد را دشوار ساخته و از این طریق بر بروز مشکلات خواب اثرگذار باشد (هوآنگ و همکاران، ۲۰۲۲). هم‌چنین ناتوانی در ابراز صحیح هیجانات می‌تواند منجر به شکل‌گیری نشخوارهای فکری و نگرش‌های منفی در فرد شود، عاملی که می‌تواند مانع از به‌خواب رفتن و تجربه صحیح خواب در فرد شود. از طرفی دیگر کاهش کیفیت خواب نیز می‌تواند به‌واسطه بیش‌برانگیختگی، کابوس‌های شبانه، اختلال در عملکرد سیستم شناختی، بهره‌گیری از داروهای خواب‌آور و افت عملکرد در بخش‌های مختلف زندگی مخصوصاً زندگی تحصیلی باعث افزایش سطح

References

- Adib Rahnama, F., Afshari, A., & Farah Bijari, A. (2023). The Role of Child Maltreatment in Self-Control of Adolescents: The Moderating Role of Gender and Self-Compassion. *Positive Psychology Research*, 9(1), 47-64. (In Persian) doi: [10.22108/ppls.2023.135026.2356](https://doi.org/10.22108/ppls.2023.135026.2356)
- AlRasheed, M. M., Al-Aqeel, S., Alkadir, A. M., Bin Shuqiran, K., Khurshid, F., AlRasheed, N. M., ... & BaHammam, A. S. (2022). The prevalence of psychological distress and its relationship to sleep quality in Saudi Arabia's general population during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in psychiatry*, 12, 809040. doi: [10.3389/fpsy.2021.809040](https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.809040).
- Alsleman, E., Thultheen, I., Hamaideh, S. H., Nofal, B., Hamdan-Mansour, R., & Hamdan Mansour, A. (2024). The mediating effect of psychological distress and bullying victimization on the relationship between alexithymia and fibromyalgia among school adolescents. *Mental Health and Social Inclusion*, 28(5), 842-856. <https://doi.org/10.1108/MHSI-09-2023-0096>
- Azami S, Zargar F, Sanei H, Iranpanah N. (2024). The mediating role of psychological distress and self-efficacy in explaining causal relationships between emotion regulation strategies and treatment adherence in coronary heart disease patients. *Journal of Psychological Science*. 23(135), 157-176. (In Persian) doi: [10.52547/JPS.23.135.659](https://doi.org/10.52547/JPS.23.135.659)
- Ashrafi, H., Ansarin, K., Hasanzadeh, M., & Jouyban, A. (2018). Review on sleep disorders and their management. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences*, 40(2), 95-105. (In Persian)
- Alikhani, M., Shoa Kazemi, M., & Khalatbari, J. (2022). Predicting the parent-child relationship on behavioral disorders with empathy mediated in adolescents 12 to 15 years old. *A new approach to children's education quarterly*, 4(3), 153-161. (In Persian) doi: [10.22034/naes.2022.343358.1199](https://doi.org/10.22034/naes.2022.343358.1199)
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of psychosomatic research*, 38(1), 33-40. doi: [10.1016/0022-3999\(94\)90006-x](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90006-x).
- Barry, V., Stout, M. E., Lynch, M. E., Mattis, S., Tran, D. Q., Antun, A., ... & Kempton, C. L. (2020). The effect of psychological distress on health outcomes: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Journal of Health Psychology*, 25(2), 227-239. doi: [10.1177/1359105319842931](https://doi.org/10.1177/1359105319842931).
- Belay, A. S., Guangul, M. M., Asmare, W. N., & Mesafint, G. (2021). Prevalence and associated factors of psychological distress among nurses in public hospitals, Southwest, Ethiopia: A cross-sectional study. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 31(6), 33-40. doi: [10.4314/ejhs.v31i6.21](https://doi.org/10.4314/ejhs.v31i6.21).
- Babaei, S., Manesh, M. N., Abouzari, F., & Karami, S. (2023). The role of traumatic childhood experiences, mentalization and Alexithymia in predicting depression and suicidal thoughts in women suffering from the trauma of marital betrayal. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN) Original Article*, 10(6), 110-122. (In Persian) <http://ijpn.ir/article-1-2117-fa.html>
- Besharat, M. A. (2013). Toronto Alexithymia Scale: Questionnaire, Instruction and Scoring (Persian Version).
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 27(2), 169-190. doi: [10.1016/s0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00541-0).
- Bundy, D. A., de Silva, N., Horton, S., Patton, G. C., Schultz, L., Jamison, D. T., ... & Sawyer, S. M. (2018). Investment in child and adolescent health and development: key messages from Disease Control Priorities. *The Lancet*, 391(10), 687-699. doi: [10.1016/S0140-6736\(17\)32417-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32417-0).
- Buyse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*, 28(2), 193-213. doi: [10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4).
- Chan, W. S. (2023). Sleep quality, sleep-related experiences, and dissociation in adult survivors of childhood trauma. *Behavioral Sleep Medicine*, 21(6), 659-670. doi: [10.1080/15402002.2022.2148669](https://doi.org/10.1080/15402002.2022.2148669).
- Chan, W. S., Lam, S. C. Y., Ng, A. S. Y., & Lobo, S. (2022). Daily Associations of Sleep Quality and Sleep Duration with Anxiety in Young Adults: The Moderating Effect of Alexithymia. *Behavioral Sleep Medicine*, 20(6), 787-797. doi: [10.1080/15402002.2021.2016406](https://doi.org/10.1080/15402002.2021.2016406).
- Delgado-Sanchez, A., Brown, C., Charalambous, C., Sivan, M., & Jones, A. (2023). Trauma in childhood is associated with greater pain catastrophizing but not anxiety sensitivity: a cross-sectional study. *Pain reports*, 8(4), 108-119. doi: [10.1097/PR9.0000000000001083](https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000001083)
- Dimitriou, D., Le Cornu Knight, F., & Milton, P. (2015). The role of environmental factors on sleep patterns and school performance in adolescents. *Frontiers in Psychology*, 6(2), 15-28. doi: [10.3389/fpsyg.2015.01717](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01717).
- Ditzer, J., Wong, E. Y., Modi, R. N., Behnke, M., Gross, J. J., & Talmon, A. (2023). Child maltreatment and alexithymia: A meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 149(5), 311-326. doi: [10.1037/bu10000391](https://doi.org/10.1037/bu10000391).
- Ekmekci Ertek, İ. R. E. M., İlhan, M. U. S. T. A. F. A., Uğraş Dikmen, A. S. İ. Y. E., & Gözükar, M. (2022). Prevalence and association of childhood traumas, dissociative experiences and post traumatic stress disorder. *Gazi Medical Journal*, 33(2), 20-38. doi: [10.12996/gmj.2022.32](https://doi.org/10.12996/gmj.2022.32)
- Ebrahimi, L., & Almasi, M. (2023). The Role of Personality Traits, Alexithymia, and Cognitive Avoidance in Predicting Positive and Negative Emotions. *Clinical Psychology and Personality*, 21(1), 43-56. (In Persian) doi: [10.22070/cpap.2023.15081.1137](https://doi.org/10.22070/cpap.2023.15081.1137)
- Faraji, R., Babapour Khairuddin, J., & Bakhshpour Roudsari, A. (2023). The Mediating Role of Mental Rumination in the Relationship between Alexithymia, Impulsivity, Distress Tolerance, and Self-criticism with Self-injury. *Journal of Psychological Studies*, 19(1), 47-63. (In Persian) doi: [10.22051/psy.2023.42713.2739](https://doi.org/10.22051/psy.2023.42713.2739)

- Fang, S., Chung, M. C., & Wang, Y. (2020). The impact of past trauma on psychological distress: The roles of defense mechanisms and alexithymia. *Frontiers in Psychology, 11*(2), 42-58. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00992>
- Fang, X., Wu, Z., Wen, L., Zhang, Y., Wang, D., Yu, L., ... & Zhang, C. (2023). Rumination mediates the relationship between childhood trauma and depressive symptoms in schizophrenia patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 273*(5), 1085-1094. doi: [10.1007/s00406-022-01525-2](https://doi.org/10.1007/s00406-022-01525-2).
- Gong, J., & Chan, R. C. (2018). Early maladaptive schemas as mediators between childhood maltreatment and later psychological distress among Chinese college students. *Psychiatry research, 25*(9), 493-500. doi: [10.1016/j.psychres.2017.11.019](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.019).
- Gilanifar, M., Ahi, Q., Kheirkhah, F., & Shahabizadeh, F. (2023). Testing the cognitive function model of patients with bipolar disorder in relation to traumatic experiences in childhood by the mediating role of affective lability emotion and expressed emotion. *Journal of Psychology and Psychiatry, 10* (3), 104-118. (In Persian) doi: [10.32598/shenakht.10.3.104](https://doi.org/10.32598/shenakht.10.3.104)
- Helmy, M., Ebrahim, A. H., Faqeeh, A., Engel, E., Ashraf, F., & Isaac, B. A. (2024). Relationship Between Alexithymia, Smartphone Addiction, and Psychological Distress Among University Students: A Multi-country Study. *Oman Medical Journal, 39*(1), 593-600. doi: [10.5001/omj.2024.50](https://doi.org/10.5001/omj.2024.50).
- Huang, Y. H., Yang, C. M., Huang, Y. C., Huang, Y. T., & Yen, N. S. (2022). Do alexithymia and negative affect predict poor sleep quality? The moderating role of interoceptive sensibility. *Plos one, 17*(10), 27-39. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275359>
- Jamieson, D., Beaudequin, D. A., McLoughlin, L. T., Parker, M. J., Lagopoulos, J., & Hermens, D. F. (2020). Associations between sleep quality and psychological distress in early adolescence. *Journal of Child & Adolescent Mental Health, 32*(2), 77-86. doi: [10.2989/17280583.2020.1811288](https://doi.org/10.2989/17280583.2020.1811288).
- Janiri, D., Moccia, L., Dattoli, L., Pepe, M., Molinaro, M., De Martin, V., ... & Sani, G. (2021). Emotional dysregulation mediates the impact of childhood trauma on psychological distress: First Italian data during the early phase of COVID-19 outbreak. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 55*(11), 1071-1078. doi: [10.1177/0004867421998802](https://doi.org/10.1177/0004867421998802).
- John-Henderson, N. A. (2020). Childhood trauma as a predictor of changes in sleep quality in American Indian adults during the COVID-19 pandemic. *Sleep health, 6*(6), 718-722. doi: [10.1016/j.sleh.2020.09.001](https://doi.org/10.1016/j.sleh.2020.09.001).
- Keles, B., McCrae, N., & Grealish, A. (2020). A systematic review: the influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents. *International journal of adolescence and youth, 25*(1), 79-93. <https://doi.org/10.1080/02673843.2019.1590851>
- Kim, H., Kim, S. H., Jang, S. I., & Park, E. C. (2022). Association between sleep quality and anxiety in Korean adolescents. *Journal of Preventive Medicine and Public Health, 55*(2), 173-186. doi: [10.3961/jpmph.21.498](https://doi.org/10.3961/jpmph.21.498).
- Kline, R. (2016). Data preparation and psychometrics review. Principles and practice of structural equation modeling (4th ed., pp. 64-96). New York, NY: Guilford.
- Levin, R. I. (2011). Statistics for management. Pearson Education India.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy, 33*(3), 335-343. doi: [10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u).
- Maheshwari, G., & Shaukat, F. (2019). Impact of poor sleep quality on the academic performance of medical students. *Cureus, 11*(4), 25-37. doi: [10.7759/cureus.4357](https://doi.org/10.7759/cureus.4357).
- Marino, C., Gini, G., Vieno, A., & Spada, M. M. (2018). The associations between problematic Facebook use, psychological distress and well-being among adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders, 22*(6), 274-281. doi: [10.1016/j.jad.2017.10.007](https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.10.007).
- Mahmoudian, A., Memarinasab, Z., Farokhi, B., & Sabahi, P. (2022). The Mediating Role of Psychological Hardiness in the Relationship between Attachment Style and Psychological Distress during the COVID-19 Outbreak. *Journal of Research in Behavioural Sciences, 20*(3), 528-540. (In Persian) doi: [10.52547/rbs.20.3.528](https://doi.org/10.52547/rbs.20.3.528)
- Mahmoudi, M., Saberi, H., & Bashardoust, S. (2022). Predicting psychological distress based on childhood trauma with the mediating role of alexithymia. *Advances in Cognitive Science, 24*(3), 41-56. doi: [10.30514/icss.24.3.41](https://doi.org/10.30514/icss.24.3.41)
- Mohammadbeigi, M., Taheri, A., Abolmaali, K. and Gharergozli, K. (2023). Presenting the Structural Model of Depression, Anxiety and Stress based on Childhood Trauma and Perceived Social support with the Mediation of Alexithymia in Patients with Epilepsy. *Islamic lifestyle with a focus on health, 7*(1), 275-287. (In Persian)
- Moradian, S., & isanejad, O. (2023). Investigating the relationship between family support and psychological distress mediated by psychological flexibility in high school students in online classes. *Psychological Models and Methods, 14*(51), 97-112. (In Persian) doi: [10.30495/jpmm.2023.30859.3695](https://doi.org/10.30495/jpmm.2023.30859.3695)
- Mir Drikvand, F. (2023). Evaluation of Structural Model for Explaining Behavioral and Emotional Disorders in Children Who are Abused Based on Cognitive Flexibility and Adverse Childhood Experiences of Parents Mediated by Personal Self-Concept. *Psychological Achievements, 30*(1), 240-260. (In Persian) doi: [10.22055/psy.2022.40407.2821](https://doi.org/10.22055/psy.2022.40407.2821)
- Okano, K., Kaczmarzyk, J. R., Dave, N., Gabrieli, J. D., & Grossman, J. C. (2019). Sleep quality, duration, and consistency are associated with better academic performance in college students. *NPJ science of learning, 4*(1), 16-30. <https://doi.org/10.1038/s41539-019-0055-z>

- Olivier, E., Morin, A. J., Langlois, J., Tardif-Grenier, K., & Archambault, I. (2020). Internalizing and externalizing behavior problems and student engagement in elementary and secondary school students. *Journal of youth and adolescence*, 49, 2327-2346. doi: [10.1007/s10964-020-01295-x](https://doi.org/10.1007/s10964-020-01295-x).
- Pensuksan, W. C., Lertmaharit, S., Lohsoonthorn, V., Rattananupong, T., Sonkprasert, T., Gelaye, B., & Williams, M. A. (2016). Relationship between poor sleep quality and psychological problems among undergraduate students in the Southern Thailand. *Walailak journal of science and technology*, 13(4), 235-248.
- Qin, Z., Shi, L., Xue, Y., Lin, H., Zhang, J., Liang, P., ... & Zhang, C. (2021). Prevalence and risk factors associated with self-reported psychological distress among children and adolescents during the COVID-19 pandemic in China. *JAMA network open*, 4(1), 35-48. doi: [10.1001/jamanetworkopen.2020.35487](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.35487).
- Roberts, R. E., & Duong, H. T. (2017). Is there an association between short sleep duration and adolescent anxiety disorders?. *Sleep Medicine*, 30, 82-87.
- Schäfer, I., & Fisher, H. L. (2011). Childhood trauma and psychosis-what is the evidence?. *Dialogues in clinical neuroscience*, 13(3), 360-365. doi: [10.31887/DCNS.2011.13.2/ischaefer](https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.2/ischaefer).
- Schmickler, J. M., Blaschke, S., Robbins, R., & Mess, F. (2023). Determinants of sleep quality: a cross-sectional study in university students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2019-2028. doi: [10.3390/ijerph20032019](https://doi.org/10.3390/ijerph20032019).
- Scott, A. J., Webb, T. L., Martyn-St James, M., Rowse, G., & Weich, S. (2021). Improving sleep quality leads to better mental health: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Sleep medicine reviews*, 60, 101556. doi: [10.1016/j.smrv.2021.101556](https://doi.org/10.1016/j.smrv.2021.101556).
- Sharp, J., & Theiler, S. (2018). A review of psychological distress among university students: Pervasiveness, implications and potential points of intervention. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 40(3), 193-212. <https://doi.org/10.1007/s10447-018-9321-7>
- Shorey, S., Ng, E. D., & Wong, C. H. (2022). Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 287-305. doi: [10.1111/bjc.12333](https://doi.org/10.1111/bjc.12333).
- Squires, F., Martin Hilber, A., Cordero, J. P., Boydell, V., Portela, A., Lewis Sabin, M., & Steyn, P. (2020). Social accountability for reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health: A review of reviews. *Plos one*, 15(10), 23-37. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238776>
- Su, Y., D'Arcy, C., & Meng, X. (2020). Social support and positive coping skills as mediators buffering the impact of childhood maltreatment on psychological distress and positive mental health in adulthood: analysis of a national population-based sample. *American journal of epidemiology*, 189(5), 394-402. doi: [10.1093/aje/kwz275](https://doi.org/10.1093/aje/kwz275).
- Salemi, M. H., & Khademi Ashkzari, M. (2023). The Role of Response Inhibition, Cognitive Control and Sleep Quality in Predicting the Symptoms of Male Adolescent Anxiety Disorders. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 21(1), 48-57. (In Persian) doi: [10.48305.21.1.48](https://doi.org/10.48305.21.1.48)
- Sahebi, A., Asghari, M. J., & Salari, R. S. (2005). Validation of depression anxiety and stress scale (DASS-21) for an Iranian population. *Developmental Psychology. Iranian Psychologists*, 1(4), 299-312. (In Persian)
- Shamsi S., Ebrahimi moghadam H., & Abolmaali Alhoseini K. (2022). Presenting the Model of Structural Equations for Predicting Psychological Distress Based on Mindfulness and Personality Traits with the Mediating Role of Health-Related Quality of Life in Patients with Multiple Sclerosis. *RJMS*, 29 (10), 10-23. (In Persian) <http://rjms.iums.ac.ir/article-1-7772-fa.html>
- Sepehrmanesh, Z. (2023). The relationship between mental health and sleep quality in students of Kashan University of Medical Sciences in the academic year of 1994-93. *Occupational Medicine*, 14 (4) :36-45. (In Persian) doi: [10.18502/tkj.v14i4.12312](https://doi.org/10.18502/tkj.v14i4.12312)
- Siavashi Siahi, M., Bagherzadeh, R., & Ravanipour, M. (2023). Investigating sleep quality and related factors in adolescents in Bushehr in 2020. *Journal of Pediatric Nursing*, 9(3), 11-24. (In Persian) doi: [10.22034/JPEN.9.3.11](https://doi.org/10.22034/JPEN.9.3.11)
- Tavoli, A., Doustmohammadi, F., & Karami, Z. (2023). The mediating role of mother's alexithymia in the relation between perceived parenting styles and maternal-fetal attachment in pregnant mothers. *The Women and Families Cultural-Educational*, 18(65), 137-160. (In Persian) doi: [20.1001.1.26454955.1402.18.65.4.4](https://doi.org/10.1001.1.26454955.1402.18.65.4.4)
- Taylor, G. J. (1984). Alexithymia: concept, measurement, and implications for treatment. *The American Journal of Psychiatry*, 141(6), 725-732. doi: [10.1176/ajp.141.6.725](https://doi.org/10.1176/ajp.141.6.725).
- World Health Organization. (2020). Child Maltreatment. World Health Organization.
- Zarei, S., & Hemati, A. (2022). The Meadiating Role of Maladaptive Perfectionism and Rumination in the Relationship between Family Functioning and Strssful Life Events with Sleep Quality in University Students. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 11(9), 21-32. (In Persian) doi: [20.1001.1.2383353.1401.11.9.3.6](https://doi.org/10.1001.1.2383353.1401.11.9.3.6)