



Development of a Structural Model for Symptoms of Eating Disorders and Sleep Problems Based on Childhood Trauma with The Mediation of Alexithymia

Samaneh Sadat Tabatabaee¹, Hajar Soleimani^{2*}

1- Assistant Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

2- PhD Student in Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

Corresponding Author: Hajar Soleimani, PhD Student in Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

E-mail: Hajar.soleimani.1364@gmail.com

Received: 22 May 2024

Accepted: 20 Sep 2024

Abstract

Introduction: Many studies have studied the etiology of eating and sleeping disorders. However, the success rate of the current treatments of these two disorders has been limited due to insufficient knowledge of the psychological mechanisms involved. The present study was conducted to develop a structural model for symptoms of eating disorders and sleep problems based on childhood trauma with the mediation of alexithymia.

Methods: The present study was a descriptive-correlation type of structural equation model. The statistical population of the research was made up of all the people who were referred to the clinics and psychological service centers of Tehran in 2023. Among the statistical population, 280 people were selected by convenience sampling. The research tools were: The Childhood Trauma Questionnaire, Eating Attitudes Test, Sleep Disorder Questionnaire, and Toronto Alexithymia Scale. Pearson correlation, structural equation modeling, and SPSS version 23 and AMOS version 23 software were used for data analysis.

Results: The findings indicated the fit of the desired model. The obtained results indicated the indirect effect of childhood trauma on eating disorders ($P < 0.05$, $\beta = 0.47$) and sleep problems ($P < 0.05$, $\beta = 0.51$) through alexithymia. The results also showed that the research variables explained a total of 69% of the variance of eating disorders and 79% of the variance of sleep problems.

Conclusions: The results showed that alexithymia is a factor that makes people with primary trauma more vulnerable to eating and sleeping disorders. Future research could improve treatment outcomes for eating and sleep disorders by adding clinical interventions that target alexithymia.

Keywords: Eating disorders, Sleep problems, Childhood trauma, Alexithymia.



تدوین مدل ساختاری علائم اختلالات خوردن و مشکلات خواب بر اساس ترومای کودکی با

میانجی گری ناگویی هیجانی

سمانه سادات طباطبائی^۱، هاجر سلیمانی^{۲*}

۱. استادیار گروه روان شناسی تربیتی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

۲. دانشجوی دکتری روان شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

نویسنده مسئول: هاجر سلیمانی، دانشجوی دکتری روان شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

ایمیل: Hajar.soleimani.1364@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۶/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۳/۲

چکیده

مقدمه: مطالعات فراوانی به سبب شناسی اختلالات خوردن و خواب پرداخته اند. اما میزان موفقیت درمان های کنونی این دو اختلال، به دلیل عدم شناخت کافی از مکانیسم های روان شناختی درگیر، محدود بوده است. پژوهش حاضر با هدف تدوین مدل ساختاری علائم اختلالات خوردن و مشکلات خواب بر اساس ترومای کودکی با میانجی گری ناگویی هیجانی انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر توصیفی- همبستگی از نوع الگوی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه افراد مراجعه کننده به کلینیک ها و مراکز خدمات روان شناختی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. از میان جامعه آماری، ۲۸۰ نفر به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه آسیب های کودکی، آزمون نگرش های خوردن، پرسشنامه اختلال خواب و مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو. برای تحلیل داده ها از همبستگی پیرسون، مدل یابی معادلات ساختاری و از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ و AMOS نسخه ۲۳ استفاده شد.

یافته ها: یافته ها حاکی از برآزش مدل مورد نظر بود. نتایج به دست آمده حاکی از تاثیر غیرمستقیم ترومای کودکی بر اختلالات خوردن ($\beta=0/47, P<0/05$) و مشکلات خواب ($\beta=0/51, P<0/05$) از طریق ناگویی هیجانی بود. نتایج همچنین نشان داد که متغیرهای پژوهش در مجموع ۶۹ درصد از واریانس اختلالات خوردن و ۷۹ درصد از واریانس مشکلات خواب را تبیین کردند.

نتیجه گیری: نتایج نشان داد که ناگویی هیجانی، عاملی است که افراد مبتلا به ترومای اولیه را در برابر اختلال خوردن و خواب آسیب پذیرتر می کند. تحقیقات آینده می توانند با افزودن مداخلات بالینی که هدف آنها رسیدگی به ناگویی هیجانی است، نتایج درمان اختلالات خوردن و خواب را بهبود ببخشند.

کلیدواژه ها: اختلالات خوردن، مشکلات خواب، ترومای کودکی، ناگویی هیجانی.

یک عامل خطر مهم برای اختلال خوردن شناخته شده است (۷). شواهد نشان می‌دهد که تروماهای کودکی به ویژه سوءاستفاده هیجانی در دوره کودکی، ارتباط منحصراً به فردی را با رفتارهای اختلالات خوردن از جمله انگیزه لاغری، نارضایتی از بدن، و رفتارهای پرخوری و پاکسازی نشان می‌دهد (۱). در واقع این فرضیه وجود دارد که علائم خاص اختلالات خوردن (مانند پرخوری، پاکسازی و رفتارهای محدودکننده) ممکن است برای جلوگیری از علائم مرتبط با تروما (خاطرات و احساسات ناخوشایند) کاربردی باشند (۸). همچنین مطالعات نشان می‌دهد که ترومای کودکی یک پیش‌بینی کننده اساسی مشکلات خواب در افراد است (۹). یک متاآنالیز نشان داد که افرادی که یک یا چند ترومای دوران کودکی را تجربه کرده‌اند به ترتیب در معرض خطر ۱۴ و ۳۳ درصد افزایش خطر مشکلات خواب هستند (۱۰). در مطالعه دیگری، افرادی که ترومای دوران کودکی را تجربه کردند، تقریباً سه برابر بیشتر از افرادی که تجربه ترومای دوران کودکی نداشتند، دچار بی‌خوابی و کابوس می‌شدند (۱۱). مشکلات خواب همچنین با طیفی از پیامدهای نامطلوب رفتاری، روانی و بهداشتی مشابه با آسیب‌های دوران کودکی مرتبط است (۱۲). به علاوه نشان داده شده است که خواب نرمال برای بازپروری فیزیولوژیک و هیجانی حیاتی است و ممکن است که یک مکانیسم مقابله‌ای درون‌زا برای جلوگیری از پیامدهای فیزیولوژیک و عاطفی استرس تروماتیک باشد که در هنگام بیداری این مکانیسم‌های مقابله‌ای به درستی عمل ننموده باشند. در نتیجه، خواب ضعیف مزمن ممکن است به وخامت طولانی مدت سلامت فیزیولوژیکی و هیجانی کمک کند و لذا فرض شده است ترومای کودکی از طریق مسیر خواب ممکن است سلامتی افراد را در آینده تضعیف نماید (۱۲). اکثر مطالعات تنها اثرات مستقیم ترومای کودکی بر مشکلات خوردن و خواب در بزرگسالان را مورد بررسی قرار داده‌اند و توجه کمی به اثرات غیرمستقیم شده است. با توجه به یافته‌های مطالعات ذکر شده، نیاز به درک بهتر ارتباط بین ترومای کودکی و اختلالات خوردن و خواب و همچنین مکانیسم‌های روان‌شناختی میانجی بین این مولفه‌ها، ضرورت می‌یابد.

ناگویی هیجانی (Alexithymia) ممکن است میانجی مهمی در رابطه بین ترومای دوران کودکی و مشکلات خواب و خوردن باشد. ناگویی هیجانی با سه ویژگی اصلی مشخص

اختلالات خوردن (Eating disorders) و مشکلات خواب (Sleep problems) از جمله اختلال‌های روانی نگران‌کننده سلامت هستند که میزان آن‌ها از دهه ۱۹۷۰ به بعد به سرعت در حال افزایش است (۱). این دسته از اختلالات، سلامت جسمی و عملکرد روانی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهند و کیفیت زندگی فرد مبتلا را مختل می‌سازند (۱). اختلالات خوردن شایع‌ترین، شدیدترین و ناتوان‌کننده‌ترین سندرم‌های سلامت روان است. اختلالات خوردن به معنای رفتارها و نگرش‌های نادرست خوردن است که به صورت یک زنجیره اختلال در غذا خوردن است. این اختلال با ایجاد تغییر در الگوی غذایی و با دریافت نامطلوب مواد مغذی می‌تواند منجر به ایجاد اختلالات مرتبط با تغذیه شود و سلامتی فرد را با مکانیسم‌های مختلفی تهدید کند (۲). مشکلات خوردن، همچنین با افزایش خطر اختلالات خوردن، سطوح بالاتر اختلالات خلقی و اضطراب، مصرف مواد، اختلالات شخصیتی، کاهش عزت نفس و کاهش قابل توجه کیفیت زندگی مرتبط است (۳). مشکلات خواب همچنین با اختلالات خوردن مرتبط است و براساس یک متاآنالیز، افراد مبتلا به اختلال خوردن در مقیاس‌های بی‌خوابی و اختلالات خواب امتیاز بیشتری کسب کردند (۴). آشنفگی خواب به اختلال در الگوی خواب یا تغییر در رفتارهای مربوط به خواب گفته می‌شود و به عنوان یکی از نشانه‌های اولیه بیماری روانی (از جمله افسردگی، اضطراب، افکار خودکشی) نیز می‌باشد (۵). برآورد شیوع بالا و پیامدهای روان‌شناختی همراه مرتبط با این دو اختلال، نیاز به پیشگیری و مداخله زودهنگام برای به حداقل رساندن اثرات منفی اختلال خوردن را برجسته می‌کند. همچنین، عدم درک علت شناسی و فرایندهای روان‌شناختی منجر به این اختلالات، سبب شده است که مداخلات فقط تا حد ناچیزی مؤثر باشند. بنابراین فهم عوامل و فرایندهای منجر به این دو اختلال ممکن است گام مهمی در پیشبرد درمان این دو اختلال محسوب شود.

یکی از عوامل اختلالات خوردن و خواب، ترومای کودکی (childhood trauma) است. ترومای دوران کودکی به تجارب آزار و غفلت افراد در دوران کودکی خود اشاره دارد که عمدتاً شامل اشکال مختلف آزار عاطفی، آزار جسمی، سوء استفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی می‌باشد (۶). مطالعات تایید کرده‌اند که ترومای کودکی به عنوان

خوردن و خواب بازی کند و این موضوع در اغلب پژوهش‌ها کمتر مورد توجه قرار گرفته است. بنابراین با توجه به پیشینه پژوهشی موجود و نقش فراتشخیصی مشکل در شناسایی و بیان احساسات (۲۱) در انواع اختلالات به ویژه اختلالات خواب و خوراک، ممکن است بتوان یک رابطه ساختاری و مبتنی بر یک مدل علی، بین ترومای کودکی، اختلالات خوردن و خواب و ناگویی هیجانی فرض نمود. بنابراین پژوهش حاضر با هدف تدوین مدل ساختاری علائم اختلالات خوردن و مشکلات خواب براساس ترومای کودکی با میانجی‌گری ناگویی هیجانی انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی از نوع الگوی معادلات ساختاری است. جامعه آماری شامل کلیه افراد مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها و مراکز خدمات روان‌شناختی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند. طبق نظر کلاین (Kline) حداقل حجم نمونه لازم برای روش معادلات ساختاری ۲۰۰ نفر می‌باشد (۲۲). در این مطالعه نیز جهت کاهش خطا و افزایش تعمیم‌پذیری نتایج، ۲۸۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. به علاوه نمونه مورد مطالعه، با استفاده از پرسشنامه آسیب‌های دوران کودکی، جهت ارزیابی علائم متوسط به بالا (نمره ۵۶ و بالاتر) توسط مصاحبه‌گر مورد سنجش قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: تکمیل فرم رضایت آگاهانه، سواد خواندن و نوشتن، سن ۱۴ سال به بالا، تجربه ترومای کودکی و وجود علائم متوسط به بالا براساس مقیاس آسیب‌های دوران کودکی، عدم مصرف مواد، اختلال دوقطبی و روان‌پریشی. در این مطالعه اصول اخلاقی از جمله اصل محرمانگی و رازداری، رضایت کتبی شرکت در پژوهش مورد توجه قرار گرفت. همچنین، پس از هماهنگی‌ها و اخذ مجوزهای لازم اقدام به اجرای مطالعه شد. اجرای ابزارها در یک اتاق ساکت و به دور از محرکات دیداری-شنیداری و به صورت انفرادی برای هر آزمودنی توسط پژوهشگران انجام شد. روش تحلیل داده‌ها با استفاده از شاخص‌های توصیفی، ضریب همبستگی و مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. داده‌های حاصل از پرسشنامه‌های مدنظر به وسیله برنامه آماری AMOS و SPSS نسخه بیست و سه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

۱- پرسشنامه آسیب‌های کودکی (Childhood Trauma Questionnaire): این پرسشنامه شامل ۲۸ سوال توسط

می‌شود، از جمله دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر بیرونی (عینی) (۹). افرادی که آسیب‌های دوران کودکی را تجربه می‌کنند، در شناسایی و بیان احساسات خود مشکل بیشتری دارند (۱۳). سوء استفاده عاطفی و بی‌توجهی، شناسایی و ابراز احساسات را برای افراد دشوار می‌کند، در نتیجه راهبردهای ناسازگاری مانند مصرف مواد و جسمی‌سازی رواج می‌یابد (۱۴). علاوه بر این، سطوح بالاتر ناگویی هیجانی منجر به مشکلات خواب، مانند بی‌خوابی، خواب‌آلودگی در طول روز، کابوس‌ها، و راه رفتن در خواب می‌شود (۱۵). مطالعات همچنین نشان داد که افراد مبتلا به اختلالات خوردن نیز در همه ابعاد ناگویی هیجانی امتیاز بالاتری نسبت به گروه کنترل کسب کردند (۱۶). کریستال (Krystal) و همکاران (۱۷) نشان دادند که ناگویی هیجانی ممکن است ناشی از ضربه روانی باشد که در اوایل زندگی رخ می‌دهد و در رشد مناسب احساسات تداخل می‌کند. این فرضیه مطرح شده است که اختلال در تنظیم هیجان، شناسایی احساسات و گسستگی هیجانی به عنوان عواملی توصیف شده‌اند که افراد مبتلا به ترومای اولیه را در برابر اختلال خوردن آسیب‌پذیرتر می‌کند (۱۸). در واقع اختلال در تنظیم هیجان با رفتارهای غذایی آشفته مرتبط است (۱). همچنین تحقیقات نشان می‌دهد از آنجایی که افراد مبتلا به ناگویی هیجانی در کسب اطلاعات عاطفی دچار نقص هستند، برای غنی‌سازی اطلاعات هیجانی به تفکر تحلیلی تکراری و انتزاعی، یعنی نشخوار فکری، تکیه می‌کنند، خود نشخوار فکری نیز ممکن است عامل مشکلات خواب در افراد باشد (۱۹). همچنین ناگویی هیجانی ممکن است از طریق عواملی مثل برانگیختگی‌های شبانه ناشی از ضعف در بیان کردن هیجان‌ها، در افزایش خواب سبک و مشکلات خواب موثر باشد (۲۰).

به طور کلی شیوع بالای مشکلات خواب و خوراک و پیامدهای مخرب جسمانی و روان‌شناختی همراه آن، نیاز به فهم عوامل و فرایندهای منجر به این دو اختلال را ضروری می‌سازد. همچنین مطالعات فراوانی به سبب شناسایی اختلالات خوردن و خواب پرداخته‌اند (۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲) و اغلب به نقش مستقیم ترومای کودکی پرداخته‌اند و توجه کمی به مکانیسم‌های واسطه‌ای شده است. به عبارتی دیگر می‌توان گفت که نه تنها تروما بلکه چگونگی واکنش هیجانی و درونی افراد به پدیده تروماتیک ممکن است نقش مهمی در آسیب‌شناسی روانی اختلالات

زمانی این آزمونی نیز از طریق روش آزمون-بازآزمون ۰/۸۴ گزارش شده است. روایی سازه این مقیاس نیز از طریق تحلیل عاملی مورد ارزیابی قرار گرفت و نشان داده شد که ساختار عاملی این مقیاس برآزش خوبی با داده ها دارد (۲۶). روستایی و همکاران (۲۷) میزان پایایی این مقیاس را از طریق شاخص آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۱ گزارش کردند و روایی محتوایی این مقیاس را نیز مطلوب گزارش کردند.

۳- پرسشنامه اختلال خواب (Sleep Disorder Questionnaire): این پرسشنامه شامل ۹ سوال است که دو مولفه کمیت در کیفیت خواب با سوالات ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵؛ پیامد کیفیت پایین خواب با سوالات ۶، ۷، ۸ و ۹ را اندازه گیری می کند. نمره گذاری در طیف لیکرت ۴ درجه ای از ۰ تا ۳ می باشد و دامنه نمرات بین ۰ تا ۳۲ است. سازندگان پرسشنامه پایایی آن را بررسی و آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۶ گزارش کرده اند (۲۸). این پرسشنامه در ایران ترجمه و روایی آن با روش تحلیل عاملی بررسی و مقادیر نسبت کای اسکوئر به درجه آزادی X^2/d ، شاخص نیکویی برآزش تعدیل شده یا انطباقی (AGFI)، شاخص برآزش مقایسه ای (CFI) و خطای ریشه ی مجذور میانگین تقریب (RMSEA) به ترتیب ۶۱/۵۳، ۰/۹۴۱، ۰/۹۷۷ و ۰/۰۶۳ به دست آمده است و برای بررسی پایایی مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضرایب در دامنه ۸۰ تا ۰/۸۲ محاسبه شده است (۲۹).

۴- مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (Toronto Alexithymia Scale): پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو توسط باگی (Bagby) و همکاران (۳۰) برای سنجش ناگویی هیجانی افراد طراحی شد و دارای ۲۰ سوال بود. این ابزار دارای سه مولفه دشواری در شناسایی احساسات (هفت سوال)، دشواری در توصیف احساسات (پنج سوال) و تفکر عینی (هشت سوال) بود. نمره گذاری پرسشنامه به صورت لیکرت ۵ درجه ای از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) بود. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۰ تا ۱۰۰ در نظر گرفته شد. به این صورت که نمره بین ۲۰ تا ۴۰ نشان دهنده ناگویی پایین فرد بود، نمره ۴۰ تا ۶۰ بیانگر ناگویی متوسط فرد و نمره بالاتر از ۶۰ نشان دهنده ناگویی بالا در فرد بود (۳۰). ویژگی های روانسنجی این پرسشنامه در پژوهش هایی بررسی و تایید شده است. در مطالعه بشارت (۳۱) روایی همزمان پرسشنامه بر حسب همبستگی با ابزارهای بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی بررسی و مورد

برنشتاین (Bernstein) و همکاران در سال ۲۰۰۳ تهیه و تدوین شده است و پنج مولفه آزار عاطفی با سوالات ۳، ۸، ۱۴ و ۱۸؛ آزار جنسی با سوالات ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴ و ۲۷؛ آزار فیزیکی با سوالات ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵ و ۱۷؛ غفلت عاطفی با سوالات ۵، ۷، ۱۳، ۱۹ و ۲۸؛ غفلت جسمی با سوالات ۱، ۲، ۴، ۶ و ۲۶ را اندازه گیری می کند. سوالات ۱۰، ۱۶ و ۲۲ در هیچ کدام از مولفه ها جای نمی گیرند. نمره گذاری پرسشنامه بر اساس یک مقیاس ۵ درجه ای لیکرت انجام می شود به این صورت که هرگز نمره ۱، گاه گاهی نمره ۲، غالباً نمره ۳، به کرات نمره ۴ و تقریباً همیشه نمره ۵ تعلق می گیرد. نمرات حاصل از پرسشنامه در دامنه ۲۵ تا ۳۶ ترومای کم، نمره ۴۱ تا ۵۱ ترومای کم تا متوسط، نمره ۵۶ تا ۶۸ ترومای متوسط تا شدید و نمره ۷۳ تا ۱۲۵ به عنوان ترومای خیلی شدید طبقه بندی می شود. سازندگان پرسشنامه آلفای کرونباخ را بررسی و ضرایب بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۵ گزارش کرده اند و روایی همزمان آن با مقیاس درجه بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکانی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ به دست آورده اند (۲۳). ویژگی های روان سنجی این پرسشنامه در ایران توسط ابراهیمی و همکاران (۲۴) مورد بررسی قرار گرفت. پایایی این ابزار در نمونه ایرانی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس های پنج گانه در دامنه ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ گزارش شد؛ همچنین روایی هم گرایی این پرسشنامه با پرسشنامه سلامت عمومی ۰/۵۰ گزارش شد (۲۴).

۲- آزمون نگرش های خوردن (Eating Attitudes Test): این آزمون در سال ۱۹۷۹ توسط گارنر و گارفینکل (Garner & Garfinkel) ساخته شد. این آزمون در سطح وسیعی به عنوان یک ابزار خودگزارشی برای سنجش نشانه های رفتارهای بیمارگون خوردن از جمله پرخوری و بی اشتهاهی به کار می رود. همبستگی فرم ۲۶ ماده ای این آزمون که در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفت با فرم ۴۰ ماده ای ۰/۹۸ گزارش شده است. این پرسشنامه دارای سه خرده مقیاس رژیم غذایی، پرخوری و اشتغال ذهنی با غذا و مهار دهانی است. برای هر سوال یک مقیاس لیکرت ۶ درجه ای وجود دارد. نمره کل این آزمون می تواند از ۰ تا ۷۸ متغیر باشد. نمره کل ۲۰ و بالاتر از آن درگیری فرد با نشانه های اختلال خوردن را نشان می دهد (۲۵). پایایی این آزمون از طریق محاسبه ی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ برای گروه بالینی و غیر بالینی گزارش شده است. پایایی

تایید قرار گرفت. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه خرده زیر مقیاس ۰/۴۲ تا ۰/۸۵. محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب پرسشنامه بود (۰/۳۲). پایایی بازآزمایی پرسشنامه در دو نوبت با فاصله چهار هفته از ۰/۷۰ تا ۰/۷۷. برای ناگویی هیجانی کل به دست آمد و ابعاد آن تایید شد (۰/۳۰).

یافته ها

براساس داده های گردآوری شده ۵۰ نفر (۱۷/۹ درصد)، دیپلم، ۶۲ نفر (۲۲/۱ درصد) فوق دیپلم، ۹۶ نفر (۳۴/۳ درصد) لیسانس، ۲۵ نفر (۸/۹ درصد) فوق لیسانس و ۴۷ نفر (۱۶/۸ درصد) دکترا بودند. میانگین و انحراف معیار به ترتیب ۳۷/۶۱ و ۷/۳۷۱ بود.

جدول ۱. تعداد، میانگین، انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش

| متغیرهای پژوهش | تعداد | میانگین | انحراف استاندارد | چولگی | کشیدگی |
|-------------------------------------|-------|------------------|------------------|-------|-------------------|
| عادت غذایی | ۲۸۰ | ۲/۵۶ | ۱/۷۴ | -۰/۰۲ | -۱/۲۲ |
| پر خوری | ۲۸۰ | ۲/۶۵ | ۱/۴۱ | -۰/۰۹ | -۱/۴۵ |
| کنترل دهانی | ۲۸۰ | ۲/۶۸ | ۱/۷۷ | -۰/۰۱ | -۱/۴۷ |
| نمره کل اختلالات خوردن | ۲۸۰ | ۷/۸۹ | ۴/۶۸ | -۰/۰۲ | -۱/۷۳ |
| کمیت | ۲۸۰ | ۷/۰۷ | ۳/۴۱ | -۰/۰۲ | -۱/۷۶ |
| پیامد | ۲۸۰ | ۶/۸۳ | ۳/۱۹ | -۰/۰۳ | -۱/۷۷ |
| نمره کل مشکلات خواب | ۲۸۰ | ۱۳/۹۰ | ۶/۲۵ | -۰/۰۸ | -۱/۷۰ |
| آزار عاطفی | ۲۸۰ | ۱۱/۹۵ | ۳/۰۳ | -۱/۰۸ | ۰/۶۷ |
| آزار جنسی | ۲۸۰ | ۱۳/۵۲ | ۲/۹۰ | -۱/۶۲ | ۱/۸۳ |
| آزار فیزیکی | ۲۸۰ | ۱۳/۳۳ | ۳۳۳ | -۰/۷۲ | ۰/۱۳ |
| غفلت عاطفی | ۲۸۰ | ۱۳/۷۲ | ۳/۷۸ | -۰/۳۷ | -۰/۸۷ |
| غفلت جسمی | ۲۸۰ | ۱۴/۱۰ | ۲/۸۶ | -۲/۵۱ | ۳/۵۰ |
| نمره کل ترومای کودکانی | ۲۸۰ | ۶۶/۶۱ | ۱۵/۴۴ | -۱/۳۰ | ۰/۷۷ |
| دشواری در شناسایی احساسات | ۲۸۰ | ۲۰/۶۵ | ۹/۲۳ | -۰/۳۲ | -۱/۶۰ |
| دشواری در توصیف احساسات | ۲۸۰ | ۱۲/۴۲ | ۵/۰۱ | -۰/۵۵ | -۱/۵۴ |
| تمرکز عینی | ۲۸۰ | ۱۵/۵۹ | ۶/۱۶ | -۰/۵۱ | -۱/۶۱ |
| نمره کل ناگویی هیجانی | ۲۸۰ | ۴۸/۶۶ | ۲۰/۰۱ | -۰/۵۳ | -۱/۶۲ |
| نرمال بودن چندمتغیره (Multivariate) | | ضریب مردیا: ۲/۵۲ | | | نسبت بحرانی: ۲/۴۱ |

آماره تحمل کوچکتر از حد مجاز ۰/۱ و هیچ کدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگ تر از حد مجاز ۱۰ نمی باشند. از آنجایی که وجود همخطی چندگانه در متغیرهای پیش بین مشاهده نشد، می توان از آزمون های پارامتریک ضریب همبستگی پیرسون و مدل یابی معادلات ساختاری استفاده نمود. همچنین برای بررسی نرمال بودن چندمتغیره داده ها از ضریب کشیدگی استاندارد شده «مردیا» و نسبت بحرانی استفاده می شود که مقادیر به دست آمده برای ضریب مردیا و نسبت بحرانی باید کمتر از ۵ باشد نشان دهنده نرمال بودن چندمتغیره توزیع نمرات است، که نتایج در جدول ۱- آمده است که بر اساس نتایج مقدار چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در بازه (۲- تا ۲) قرار دارد. بنابراین، توزیع تمامی متغیرهای پژوهش نرمال است. مقدار

جدول ۱- تعداد، میانگین و انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش را نشان می دهد. تعداد آزمودنی ها ۲۸۰ نفر بودند. همچنین برای انجام معادلات ساختاری به شیوه پارامتریک، پیش فرض نرمال بودن داده ها و متغیرها لازم است. برای سنجش نرمال بودن تک متغیره داده ها از مقادیر «چولگی» و «کشیدگی» استفاده می شود که مقادیر آن باید در بازه ۲- تا ۲+ باشد که نشان دهنده نرمال بودن تک متغیره توزیع نمرات باشد. برای بررسی استقلال خطاها از آزمون دوربین واتسون استفاده شد که نتایج نشان داد که آماره های دوربین واتسون بین ۱/۵ الی ۲/۵ است که نشان دهنده ی استقلال خطاها است. برای بررسی همخطی چندگانه از ضریب تحمل و تورم واریانس استفاده شد که نتایج نشان داد که هیچ کدام از مقادیر

بودن چندمتغیره توزیع نمرات در این پژوهش است. در جدول ۲ ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش آمده است.

ضریب مردیا و نسبت بحرانی باید کمتر از ۵ باشد که در این پژوهش «ضریب مردیا» ۲/۵۲ و مقدار نسبت بحرانی ۲/۴۱ به دست آمد که نشان دهنده برقراری فرض نرمال

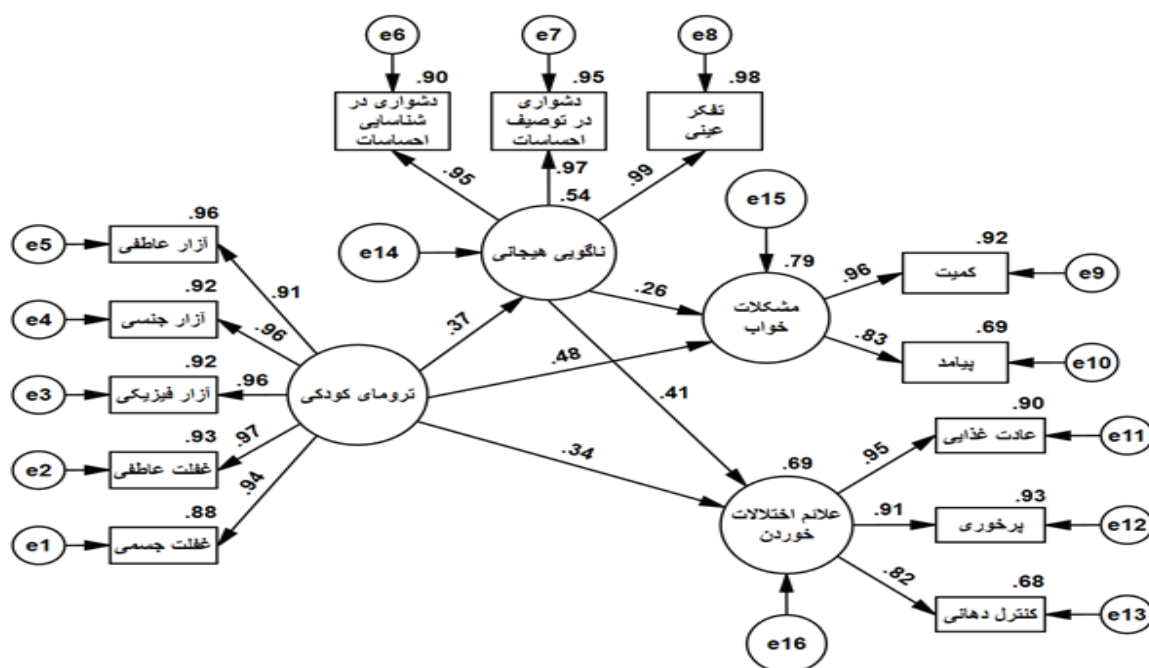
جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

| متغیرهای پژوهش | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ | ۹ | ۱۰ | ۱۱ | ۱۲ |
|----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----|
| ۱- اختلالات خوردن | | | | | | | | | | | | |
| ۲- مشکلات خواب | ۰/۳۵** | | | | | | | | | | | |
| ۳- آزار عاطفی | ۰/۴۹** | ۰/۵۱** | | | | | | | | | | |
| ۴- آزار جنسی | ۰/۳۳** | ۰/۶۹** | ۰/۲۶** | | | | | | | | | |
| ۵- آزار فیزیکی | ۰/۳۳ | ۰/۵۲** | ۰/۴۶** | ۰/۷۷** | | | | | | | | |
| ۶- غفلت عاطفی | ۰/۳۴** | ۰/۴۰** | ۰/۴۴** | ۰/۶۲** | ۰/۴۶** | | | | | | | |
| ۷- غفلت جسمی | ۰/۲۱** | ۰/۶۹** | ۰/۵۷** | ۰/۶۸** | ۰/۶۶** | ۰/۴۷** | | | | | | |
| ۸- نمره کل تروما | ۰/۶۸** | ۰/۴۵** | ۰/۶۷** | ۰/۴۲** | ۰/۳۸** | ۰/۴۸** | ۰/۴۶** | | | | | |
| ۹- دشواری در شناسایی | ۰/۶۶** | ۰/۴۶** | ۰/۷۶** | ۰/۴۱** | ۰/۳۹** | ۰/۴۹** | ۰/۴۵** | ۰/۲۴** | | | | |
| ۱۰- دشواری در توصیف | ۰/۶۸** | ۰/۴۵** | ۰/۶۴** | ۰/۴۲** | ۰/۳۸** | ۰/۵۰** | ۰/۴۶** | ۰/۴۲** | ۰/۴۷** | | | |
| ۱۱- تمرکز عینی | ۰/۵۹** | ۰/۴۶** | ۰/۴۸** | ۰/۴۳** | ۰/۳۹** | ۰/۴۹** | ۰/۴۶** | ۰/۶۳** | ۰/۷۳** | ۰/۶۳** | | |
| ۱۲- نمره کل ناگویی | ۰/۷۰** | ۰/۶۹** | ۰/۴۱** | ۰/۴۸** | ۰/۴۵** | ۰/۵۸** | ۰/۲۹** | ۰/۵۲** | ۰/۵۴** | ۰/۶۰** | ۰/۵۱** | |

** معنادار در سطح ۰/۰۱ * معنادار در سطح ۰/۰۵

معنادار است از این رو، امکان بررسی مدل پژوهش فراهم گردید. در ادامه برای بررسی اثرهای مستقیم و میانجی از روش مدل سازی معادلات ساختاری استفاده شد که نتایج آن در قالب شکل ۱ و جداول اثرات مستقیم و غیرمستقیم ارائه می‌شود.

جدول ۲- ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. بین ترومای کودکی و ناگویی هیجانی با اختلالات خوردن ($P < 0/01$) رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. بین ترومای کودکی و ناگویی هیجانی با مشکلات خواب ($P < 0/01$) رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همان طور که در جدول ۲ نشان داده شد، همبستگی بین متغیرها



شکل ۱. مدل پیشنهادی پژوهش

واریانس تبیین شده برای مشکلات خواب براساس ترومای کودکی با نقش میانجی ناگویی هیجانی برابر با ۰/۷۹ بدست آمد، این موضوع بیانگر آن است که ترومای کودکی با نقش میانجی ناگویی هیجانی در مجموع ۷۹ درصد از واریانس مشکلات خواب را تبیین می کنند. در ادامه شاخص های برازش مدل پیشنهادی در جدول ۳ نشان داده شده است.

شکل ۱. مدل پیشنهادی پژوهش را نشان می دهد. در این مدل مجموع مجذور همبستگی های چندگانه (R2) یا واریانس تبیین شده برای اختلالات خوردن براساس ترومای کودکی با نقش میانجی ناگویی هیجانی برابر با ۰/۶۹ بدست آمد، این موضوع بیانگر آن است که ترومای کودکی با نقش میانجی ناگویی هیجانی در مجموع ۶۹ درصد از واریانس اختلالات خوردن را تبیین می کنند. همچنین در این مدل مجموع مجذور همبستگی های چندگانه (R2) یا

جدول ۳: شاخص های برازندگی مدل پیشنهادی پژوهش

| نوع شاخص | شاخص ها | مقدار به دست آمده | مقدار قابل قبول |
|---------------|--|-------------------|-----------------|
| | CMIN | ۱۶۱/۲۰ | - |
| شاخص های مطلق | درجه آزادی (DF) | ۶۰ | - |
| | سطح معناداری (P) | ۰/۰۰۱ | بیشتر از ۰/۰۵ |
| | نسبت کای اسکوئر به درجه آزادی یا X^2/df یا CMIN/df | ۲/۶۹ | کمتر از ۳ |
| | خطای ریشه‌ی مجذور میانگین تقریب (RMSEA) | ۰/۰۷ | کمتر از ۰/۰۸ |
| | شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE) | ۰/۰۰۱ | کمتر از ۰/۰۵ |
| شاخص های نسبی | شاخص برازش مقایسه ای (CFI) | ۰/۹۱ | بیشتر از ۰/۹۰ |
| | شاخص برازندگی افزایشی (IFI) | ۰/۹۳ | بیشتر از ۰/۹۰ |
| | شاخص نیکویی برازش (GFI) | ۰/۹۷ | بیشتر از ۰/۹۰ |
| | شاخص برازش هنجار شده (NFI) | ۰/۹۸ | بیشتر از ۰/۹۰ |

جدول ۳- مشاهده می شود مقدار شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE) ۰/۰۰۱ و شاخص RMSEA برابر ۰/۰۷ می باشد که بر اساس مدل کلاین نشان دهنده برازش مدل است. در ادامه نتایج جدول ۴ و ۵ اثرات مستقیم و میانجی متغیرهای پژوهش را نشان می دهد و بر اساس آن می توان به تایید یا رد اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای پژوهش در افکار خودکشی پرداخت.

جهت آزمودن مدل مورد نظر در پژوهش حاضر، روش الگویابی معادلات ساختاری (SEM) اعمال گردیده است. برای بررسی برازندگی مدل از شاخص های آمده شده در جدول ۳- استفاده شده است. همچنین اگر شاخص های برازش هنجار شده (NFI)، شاخص برازش هنجار نشده (NNFI)، برازش مقایسه ای (CFI)، برازندگی افزایشی (IFI)، نیکویی برازش (GFI) بزرگتر از ۰/۹۰ است بر برازش مناسب و مطلوب مدل دلالت دارند. همانگونه که بر اساس

جدول ۴: شاخص های استاندارد و غیراستاندارد مدل پیشنهادی پژوهش

| متغیر مستقل | متغیر وابسته | ضریب استاندارد | ضریب غیراستاندارد | خطای استاندارد | t | P |
|---------------|----------------|----------------|-------------------|----------------|------|-------|
| ترومای کودکی | اختلالات خوردن | ۰/۳۴ | ۰/۲۱ | ۰/۰۳ | ۵/۹۶ | ۰/۰۰۱ |
| ترومای کودکی | مشکلات خواب | ۰/۴۸ | ۰/۵۹ | ۰/۰۶ | ۹/۰۲ | ۰/۰۰۱ |
| ناگویی هیجانی | اختلالات خوردن | ۰/۴۱ | ۰/۴۲ | ۰/۰۵ | ۷/۰۳ | ۰/۰۰۱ |
| ناگویی هیجانی | مشکلات خواب | ۰/۲۶ | ۰/۱۰ | ۰/۰۲ | ۴/۷۲ | ۰/۰۰۱ |

توجه به جدول ۴ در مواردی که آماره T خارج از بازه ی (+۱/۹۶ و -۱/۹۶) قرار دارد یا سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ است دو متغیر با یکدیگر ارتباط معنادار دارند. با

توجه به جدول ۴ در مواردی که آماره T خارج از بازه ی (+۱/۹۶ و -۱/۹۶) قرار دارد یا سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ است دو متغیر با یکدیگر ارتباط معنادار دارند. با

روش بوت استروپ استفاده شده است. نتایج روش بوت استروپ برای بررسی مسیرهای واسطه ای غیرمستقیم در جدول ۵- ارائه شده است.

$(\beta = 0/48)$ ، مسیر مستقیم ناگویی هیجانی بر اختلالات خوردن $(\beta = 0/41, T=7/03)$ و مسیر مستقیم ناگویی هیجانی بر مشکلات خواب $(\beta = 0/26, T=4/72)$ مثبت و معنادار بود. در ادامه جهت بررسی رابطه غیرمستقیم مدل پیشنهادی از

جدول ۵: بررسی روابط غیرمستقیم متغیرها در مدل پیشنهادی پژوهش

| متغیر مستقل | متغیر میانجی | متغیر وابسته | اثر غیرمستقیم | حد پایین | حد بالا | معناداری |
|--------------|---------------|----------------|---------------|----------|---------|----------|
| ترومای کودکی | ناگویی هیجانی | اختلالات خوردن | ۰/۴۷ | ۰/۱۴ | ۰/۲۷ | ۰/۰۰۱ |
| ترومای کودکی | ناگویی هیجانی | مشکلات خواب | ۰/۵۱ | ۰/۵۱ | ۰/۶۰ | ۰/۰۰۱ |

می‌کند که علائم اختلال خوردن ممکن است برای اجتناب، منحرف کردن یا مدیریت ادراک هیجانی آشفته در افرادی که تروماهای دوران کودکی را تجربه کرده اند، مفید باشد (۱). در مجموع می‌توان گفت افرادی که ترومای کودکی را تجربه کرده اند در شناسایی و بیان احساسات دردناک خود مشکل بیشتری دارند (۱۳). به نظر می‌رسد علائم اختلال خوردن به‌عنوان یک راهکار مقابله‌ای جهت مقابله با هیجان‌ات دردناک و غیرقابل تحمل ایجاد می‌شود. اختلالات خوردن می‌توانند یک راهکار مقابله ناکارآمد برای تنظیم احساسات و عواطف مربوط به تجربیات نامطلوب دوران کودکی باشند و ناگویی هیجانی نیز می‌تواند این پاسخ‌های مقابله‌ای را به دلیل اشکالی که در درک احساسات و حالات ذهنی فرد به وجود می‌آید، تقویت کند. در واقع وجود نقص در افراد دارای ناگویی هیجانی در حوزه شناسایی و توصیف هیجان‌ها می‌تواند مانع کنارآمدن آن‌ها با حالات عاطفی ناخوشایند ناشی از تجارب تروماتیک گذشته باشد. در نتیجه رفتار نامناسب خوردن ممکن است به‌عنوان کارکرد ناسازگار تنظیم عواطف به آن‌ها کمک می‌کند. بنابراین درک و پذیرش هیجان، افزایش آگاهی‌های هیجانی (شناسایی و توصیف احساسات) و کاهش اجتناب از احساسات، مداخلات بالینی جهت کاهش ناگویی هیجانی هستند که ممکن است در درمان علائم اختلالات خوردن در افرادی که ترومای کودکی را تجربه کرده اند، مفید باشد (۳۴).

دیگر یافته‌های پژوهش نشان داد که اثر غیرمستقیم ترومای کودکی بر مشکلات خواب با میانجی‌گری ناگویی هیجانی مثبت و معنی دار است. این یافته با پژوهش‌های پی (Pei) و همکاران (۹)، علیمردادی و همکاران (۱۵) و بائرمین (Bauermann) و همکاران (۲۰) هم سو است. به طور کلی یافته‌های این مطالعه نشان داد

برای تعیین اثر غیرمستقیم از روش بوت استروپ با ۲۰۰۰ بار فرآیند نمونه‌گیری استفاده گردید که با توجه به جدول ۵ می‌توان مشاهده کرد که اثر غیرمستقیم متغیر ترومای کودکی بر اختلالات خوردن از طریق نقش میانجی ناگویی هیجانی معنی دار است $(\beta = 0/47, P < 0/05)$. اثر غیرمستقیم متغیر ترومای کودکی بر مشکلات خواب از طریق نقش میانجی ناگویی هیجانی دارای نقش معنی دار است $(\beta = 0/51, P < 0/05)$.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تدوین مدل ساختاری علائم اختلالات خوردن و مشکلات خواب براساس ترومای کودکی با میانجی‌گری ناگویی هیجانی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که اثر غیرمستقیم ترومای کودکی بر علائم اختلالات خوردن با میانجی‌گری ناگویی هیجانی مثبت و معنی دار است. این یافته با پژوهش‌های بارون (Barone) و همکاران (۱)، رابینتو آلکن (Rabito-Alcon) و همکاران (۱۸) و استرودل و ویلی (Strodl & Wylie) هم سو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که این فرضیه مطرح شده است که اختلال در تنظیم هیجان، شناسایی احساسات و گسستگی هیجانی به‌عنوان عواملی توصیف شده اند که افراد مبتلا به ترومای اولیه را در برابر اختلال خوردن آسیب پذیرتر می‌کند (۱۸). به عبارت دیگر، تجربه انواع سوءاستفاده‌ها در دوران کودکی به ویژه سوءاستفاده عاطفی، یعنی درک حقارت و تحقیر شدن، با مشکلاتی در شناسایی احساسات همراه است. به علاوه اختلال در تشخیص و شناسایی عواطف (ناگویی هیجانی) یک ویژگی روان‌شناختی غالباً توصیف شده در افراد مبتلا به اختلال خوردن است (۱). همچنین یافته‌های این پژوهش از این فرضیه حمایت

شود. اگر چه هیچ داده ای وجود ندارد که نشان دهد که فرهنگ بیماری زا است، اما تنوع فرهنگی و رفتارهای خاص حاکی از این است که برخی ارزش های فرهنگی می تواند منجر به بروز برخی اختلالات خاص شود. بررسی ها نشان می دهد که بین آسیب شناسی و فرهنگ رابطه وجود دارد (۳۷) هر چند به طور قطعی نمی توان نتیجه گیری کرد و به مطالعات بیشتری در این زمینه نیاز است. آینده پژوهی می تواند با لحاظ نمودن فرهنگ، به بررسی بیشتر این مولفه در اختلالات خواب و خوردن بپردازد.

نتیجه گیری

به طور خلاصه، این مطالعه مسیرهای میانجی بالقوه ای (ناگویی هیجانی) را نشان می دهد که چگونه ترومای کودکی بر علائم اختلال خوردن و مشکلات خواب تأثیر می گذارد. به عبارت دیگر، یافته های این پژوهش نشان داد که ترومای کودکی مستقیماً و از طریق میانجی گری ناگویی هیجانی (یعنی مشکل در شناسایی احساسات) با علائم اختلال خوردن و مشکلات خواب مرتبط است. این مطالعه ممکن است بینش جدیدی در مورد آسیب شناسی روانی و درمان اختلالات خوردن و خواب ایجاد کند. در واقع مشکلات در شناسایی و توصیف احساسات (ناگویی هیجانی) ممکن است نمایانگر یک بخش روان شناختی آسیب دیده باشد که به توسعه آسیب شناسی روانی در افراد تروماتایز و مبتلا به اختلال خوردن و خواب کمک کند. تحقیقات آینده می توانند با افزودن مداخلات بالینی که هدف آنها رسیدگی به ناگویی هیجانی است، نتایج درمان اختلالات خوردن و خواب را بهبود بخشند. نتایج فعلی را باید با توجه به برخی محدودیت ها در نظر گرفت. اول، استفاده از روش مقطعی امکان استنتاج علی را از بین می برد. با این حال یک پیشینه نظری کاملاً توسعه یافته همراه با همبستگی های قوی بین سازه ها، استنتاج علی را تقویت می کند. دوم، استفاده از پرسشنامه های خودگزارشی (مانند ناگویی هیجانی) ممکن است دقت سنجی و اعتبار گزارش در مورد احساسات خویش را برای افراد دشوار کند، همچنین اعتبار داده های حاصل از پرسشنامه ترومای کودکی ممکن است تحت تأثیر سوگیری در یادآوری خاطرات باشد. سوم، تعداد زیاد گویه های پرسشنامه ممکن است باعث خستگی آزمودنی ها و کاهش دقت آنها در هنگام تکمیل پرسشنامه ها شود. در نهایت علاوه بر مولفه های مذکور در

که ترومای دوران کودکی منجر به مشکل در شناسایی و بیان احساسات شده و باعث مشکلات شدید خواب می شود. این یافته را می توان با تعامل ناسالم والد-کودک تبیین نمود. براساس نظریه دلبستگی، کودکان برای اجتناب از سرزنش و تعارض، احساسات واقعی خود را هنگام قرار گرفتن در معرض یک محیط خانوادگی بد پنهان می کنند. علاوه بر این، سبک فرزندپروری سواستفاده گر و بی اعتنا باعث دلسردی یا منع ابراز عاطفی می شود و در دراز مدت، کودکان فرصت یادگیری و تقویت رفتارهای مبتنی بر ابراز عواطف را از دست می دهند (۹). ناتوانی در ابراز عواطف توسط کودکان آسیب دیده و متعاقباً پیش بینی مشکلات خواب توسط ناگویی هیجانی در دوره های بعدی زندگی، ممکن است ناشی از ناتوانی در بیان کلامی تعارض های روان شناختی درونی باشد که منجر به بیداری شبانه و بی خوابی می شود (۳۵). در واقع ناگویی هیجانی ممکن است از طریق عواملی مثل برانگیختگی های شبانه ناشی از ضعف در بیان کردن هیجان ها، در افزایش خواب سبک و مشکلات خواب موثر باشد (۲۰). همچنین وقفه در فرایند خواب می تواند به عنوان کابوس تجربه شود و منعکس کننده شکست در بازداری، یکپارچگی و نماد احساسات شدید و غیرقابل تنظیم باشد (۳۵). در تبیین یافته های این مطالعه به شیوه ای دیگر نیز می توان گفت، این فرضیه مطرح شده است که بیماران مبتلا به اختلالات خواب، تمایل به درونی کردن یا مهار احساسات منفی دارند که به نوبه خود منجر به برانگیختگی فیزیولوژیکی می شود و سپس باعث مشکلات خواب در آنها می شود. در واقع می توان گفت که ناگویی هیجانی به طور همزمان با خواب ضعیف تر و ترشح بیش از حد کورتیزول مرتبط است، و این فرضیه را تأیید می کند که تمایل به بازداری (یا سرکوب) تعارضات روانی ممکن است منجر به افزایش برانگیختگی فیزیولوژیکی تونیک مداوم و اختلالات خواب بیشتر شود (۳۶). به طور کلی می توان گفت که وقتی افراد آسیب دیده از مشکل در تنظیم هیجان مانند ناگویی هیجانی رنج می برند، احتمالاً از خواب ضعیف نیز رنج می برند. لذا مداخلات بالینی جهت کاهش ناگویی هیجانی، احتمالاً می تواند در بهبود کیفیت خواب افراد موثر باشد. همچنین ذکر این نکته پایانی ضروری است که علاوه بر بررسی مولفه های مانند ترومای کودکی و ناگویی هیجانی، بررسی نقش فرهنگ ایرانی در اختلالات خوردن و خواب در پژوهش های آتی نباید مورد غفلت واقع

هیجانی (شناسایی و توصیف احساسات) افراد مبتلا، بیفزایند.

سیاسگزارى

بدین وسیله از تمامی افرادی که در این پژوهش همکاری داشته اند، صمیمانه تقدیر و تشکر می شود.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ تضاد منافی وجود ندارد.

References

1. Barone E, Carfagno M, Cascino G, Landolfi L, Colangelo G, Della Rocca B, Monteleone AM. Childhood maltreatment, alexithymia and eating disorder psychopathology: a mediation model. *Child Abuse & Neglect*. 2023 Dec 1; 146:106496. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106496>
2. Hudson TA, Amaral AC, Stice E, Gau J, Ferreira ME. Dissonance-based eating disorder prevention among Brazilian young women: A randomized efficacy trial of the Body Project. *Body Image*. 2021 Sep 1; 38:1-9. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.03.008>
3. Hasan H, Shihab KA, Mohammad Z, Jahan H, Coussa A, Faris ME. Associations of smartphone addiction, chronotype, sleep quality, and risk of eating disorders among university students: A cross-sectional study from Sharjah/United Arab Emirates. *Heliyon*. 2023 Jan 1; 9(1). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e12882>
4. Tanahashi T, Kawai K, Tatsushima K, Saeki C, Wakabayashi K, Tamura N, Ando T, Ishikawa T. Purging behaviors relate to impaired subjective sleep quality in female patients with anorexia nervosa: a prospective observational study. *BioPsychoSocial medicine*. 2017 Dec; 11:1-8. <https://doi.org/10.1186/s13030-017-0107-7>
5. Lotfi Saeedabad S, Basharpour S. The Mediating Role of Cognitive Control in the Relationship Between Sleep Disorders and Depressive Symptoms of Early Adolescence in the First and Second High School Students in Ardabil in 2020-2021: A Descriptive Study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2022 Jul 10; 21(3):311-26. <https://doi.org/10.52547/jrums.21.3.311>
6. Yao K, Chen P, Zhou H, Ruan J, Chen D, Yang X, Zhou Y. The effect of childhood trauma on suicide risk: the chain mediating effects of resilience and mental distress. *BMC psychiatry*. 2023 Nov 22; 23(1):865. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05348-w>
7. Dawson D, Strodl E, Kitamura H. Childhood maltreatment and disordered eating: The mediating role of emotion regulation. *Appetite*. 2022 May 1; 172:105952. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2022.105952>
8. Trottier K, MacDonald DE. Update on psychological trauma, other severe adverse experiences and eating disorders: state of the research and future research directions. *Current psychiatry reports*. 2017 Aug; 19:1-9. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0806-6>
9. Pei C, Fan C, Luo H, Bai A, Ni S, Luo M, Huang J, Zhou Y, Huo L. Sleep problems in adolescents with depression: Role of childhood trauma, alexithymia, rumination, and self-esteem. *Journal of Affective Disorders*. 2023 Oct 1; 338:83-91. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.05.095>
10. Yu HJ, Liu X, Yang HG, Chen R, He QQ. The association of adverse childhood experiences and its subtypes with adulthood sleep problems: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Sleep medicine*. 2022 Oct 1; 98:26-33. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2022.06.006>
11. Schønning V, Sivertsen B, Hysing M, Dovran A, Askeland KG. Childhood maltreatment and sleep in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Sleep medicine reviews*. 2022 Jun 1; 63:101617. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2022.101617>
12. Brindle RC, Cribbet MR, Samuelsson LB, Gao C, Frank E, Krafty RT, Thayer JF, Buysse DJ, Hall MH. The relationship between childhood trauma and poor sleep health in adulthood. *Psychosomatic medicine*. 2018 Feb 1; 80(2):200-7. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000542>
13. Khan AN, Jaffee SR. Alexithymia in individuals

- maltreated as children and adolescents: a meta-analysis. *Journal of child psychology and psychiatry*. 2022 Sep; 63(9):963-72. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13616>
14. Adamowicz JL, Sirotiak Z, Thomas EB. Childhood maltreatment and somatic symptoms: Examining the role of specific types of childhood maltreatment and alexithymia. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*. 2022 Jul 11.
 15. Alimoradi Z, Majd NR, Broström A, Tsang HW, Singh P, Ohayon MM, Lin CY, Pakpour AH. Is alexithymia associated with sleep problems? A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2022 Feb 1; 133:104513. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.12.036>
 16. Westwood H, Tchaturia K. Autism spectrum disorder in anorexia nervosa: An updated literature review. *Current Psychiatry Reports*. 2017 Jul; 19:1-0. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0791-9>
 17. Kryštal JH, Giller Jr EL, Cicchetti DV. Assessment of alexithymia in posttraumatic stress disorder and somatic illness: introduction of a reliable measure. *Psychosomatic medicine*. 1986 Jan 1; 48(1):84-94. <https://doi.org/10.1097/00006842-198601000-00007>
 18. Rabito-Alcon MF, Baile JI, Vanderlinden J. Mediating factors between childhood traumatic experiences and eating disorders development: a systematic review. *Children*. 2021 Feb 6; 8(2):114. <https://doi.org/10.3390/children8020114>
 19. Di Schiena R, Luminet O, Philippot P. Adaptive and maladaptive rumination in alexithymia and their relation with depressive symptoms. *Personality and individual differences*. 2011 Jan 1; 50(1):10-4. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.07.037>
 20. Bauermann TM, Parker JD, Taylor GJ. Sleep problems and sleep hygiene in young adults with alexithymia. *Personality and Individual Differences*. 2008 Sep 1; 45(4):318-22. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.04.019>
 21. Westwood H, Tchaturia K. Autism spectrum disorder in anorexia nervosa: An updated literature review. *Current Psychiatry Reports*. 2017 Jul; 19:1-0. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0791-9>
 22. Kline P. An easy guide to factor analysis. Routledge; 2014 Feb 25. <https://doi.org/10.4324/9781315788135>
 23. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, Stokes J, Handelsman L, Medrano M, Desmond D, Zule W. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*. 2003 Feb 1; 27(2):169-90. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
 24. Ebrahimi, H., Dejkam, M., & Seghatoleslam, T. Childhood traumas and suicide attempt in adulthood. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2014; 19(4), 275-282.
 25. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine*. 1979 May; 9(2):273-9. <https://doi.org/10.1017/S0033291700030762>
 26. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological medicine*. 1982 Nov; 12(4):871-8. <https://doi.org/10.1017/S0033291700049163>
 27. Roustaee R, Hajifaraji M, Dezhkam M, Houshiar Ra, Mehrabi Y, Zowghi T. Prevalence of eating disorders and some of the factors related to them among high school female students in the City of Tehran, 2010.
 28. Espie CA, Kyle SD, Hames P, Gardani M, Fleming L, Cape J. The Sleep Condition Indicator: a clinical screening tool to evaluate insomnia disorder. *BMJ open*. 2014 Mar 1; 4(3):e004183. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004183>
 29. Ranjkesh F, Nasiri M, Sharif Nia S, Goudarzian A, hosseinigolafshani S. Validation of the Persian Version of the Sleep Condition Indicator in Pregnant Women. *irje*. 2019; 14 (4):366-374
 30. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*. 1994 Jan 1; 38(1):23-32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
 31. Besharat MA, Masoodi M, Gholamali Lavasani M. [Alexithymia and psychological and physical vulnerability (Persian)]. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2015; 9(34):47-56.
 32. Besharat MA. Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological Reports*. 2007; 101(1):209-20.

- <https://doi.org/10.2466/PR0.101.5.209-220>
<https://doi.org/10.2466/pr0.101.1.209-220>
33. Strodl E, Wylie L. Childhood trauma and disordered eating: Exploring the role of alexithymia and beliefs about emotions. *Appetite*. 2020 Nov 1; 154:104802. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104802>
34. Hayes SC, Hofmann SG. "Third-wave" cognitive and behavioral therapies and the emergence of a process-based approach to intervention in psychiatry. *World psychiatry*. 2021 Oct; 20(3):363-75. <https://doi.org/10.1002/wps.20884>
35. Hyypää MT, Lindholm T, Kronholm E, Lehtinen V. Functional insomnia in relation to alexithymic features and cortisol hypersecretion in a community sample. *Stress Medicine*. 1990 Oct; 6(4):277-83. <https://doi.org/10.1002/smi.2460060406>
36. Huang YH, Yang CM, Huang YC, Huang YT, Yen NS. Do alexithymia and negative affect predict poor sleep quality? The moderating role of interoceptive sensitivity. *Plos one*. 2022 Oct 3; 17(10):e0275359. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275359>
37. zarani F, farmani F, safavi S. Explanation of Relationship between Cultures and Psychopathology with Emphasis on Sleep Disorders. *Rooyesh* 2019; 8 (3):1-10