مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه
دوره ۱۱. شماره ۴. زمستان ۱۴۰۲

مقاله پژوهشی

رابطه مشکلات خواب و ترومای دوران کودکی با میانجی‌گری تاب‌آوری زنان باردار

خدیجه پورعظیم آذر [۱]، علی شاکردولق [*۲]، علی خادمی [۳]

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه ، ایران
۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران
۳. دانشیار گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران

چکیده

زمینه و هدف: بارداری یکی از مهم‌ترین رویدادهای زندگی یک زن است و اغلب به عنوان دوره هیجان، انتظار و تغییر در نظر گرفته می‌شود. هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه مشکلات خواب و ترومای دوران کودکی با میانجی‌گری تاب‌آوری در زنان باردار شهر تهران است.

روش‌ها: این مطالعه به روش تحلیلی- همبستگی بر روی ۲۸۸ زن باردار مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر تهران در نیمسال اول ۱۴۰۲ انجام شد. واحدهای پژوهش به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند انتخاب شدند. سه پرسشنامه مشکلات خواب، تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC) و ترومای دوران کودکی (CTQ) توسط زنان باردار تکمیل گردید. داده‌های بدست آمده با نرم افزارهای SPSS-27 و LISREL-8/8 و آزمون‌های همبستگی پیرسون و معادلات ساختاری تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: میانگین سنی زنان باردار (۹/۶ ± ۳۲/۵۸) و اکثریت ایشان (۴۱/۵٪) دارای مدرک لیسانس بودند. یافته‌ها وجود رابطه بین ترومای دوران کودکی (r=۰/۲۵) و تاب‌آوری (r=-۰/۲۱) با متغیر وابسته مشکلات خواب را تایید کرد (p<۰/۰۱) که نشان می دهد افزایش میزان تاب‌آوری، کاهش مشکلات خواب را در پی خواهدداشت. همچنین ترومای دوران کودکی با متغیر تاب‌آوری رابطه معنی‌دار داشت (p<۰/۰۱، r=-۰/۲۰) و با ضریب تعیین ۳۷ درصد از واریانس نشان داده شد. برازش مدل بالاتر از متوسط و مقدار مناسبی بود.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج بدست آمده پیشنهاد می‌شود تمرکز بیشتری بر مشکلات و آسیب‌های کودکی و تاب‌آوری زنان باردار داشته باشیم تا بتوانند در طول بارداری مشکلات خواب کمتری را تجربه کنند.

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

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه محفوظ است.

*آدرس نویسنده مسئول: ارومیه دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ارومیه، گروه روانشناسی
آدرس پست الکترونیک: Ali.shaker2000@gmail.com

مقدمه

یکی از مهم‌ترین تجاربی که یک زن در طول زندگی خود به دست می‌آورد، وقوع بارداری و به دنبال آن زایمان است (۱) و بارداری یکی از دوره‌های با اهمیت زندگی زنان محسوب می‌شود (۲). سازمان جهانی بهداشت اعلام کرد سالانه ۲۱۰ میلیون بارداری در جهان اتفاق می‌افتد و با توجه به پیشرفت‌های علم پزشکی و افزایش امید به زندگی در سطح جهان این رقم در حال افزایش است (۳). در حالی که در این دوره ممکن است بانوان مشکلات روانشناختی گوناگونی را تجربه کنند؛ مشکلات خواب یکی از مسائل مهم و قابل توجه در دوران بارداری می‌باشد (٤).

خواب، یک فرایند مهم فیزیولوژیک است و سطح خواب کافی برای سلامت جسمی و روانی ضروری است (٥) و اختلالات آن می‌تواند بستر مناسبی برای بسیاری از بیماری‌ها و مشکلات در زندگی شود (۱). اختلال خواب[1] از شایع‌ترین مشکلات دوران بارداری محسوب می‌شود (٦) و تغییرات الگوی خواب در طول حاملگی از ۱۳ تا ۸۰ درصد در سه ماهه اول به ٦٦ تا ۹۷ درصد در سه ماهه سوم بارداری افزایش می‌یابد (۷). از شروع هفته ۱۲ بارداری تا ۲ ماه بعد از زایمان، اختلالات خواب به صورت بیدار شدن‌های مکرر شبانه، کمتر شدن خواب شبانه و کاهش کارایی خواب بروز می‌کند که پدیده‌ای تهدیدکننده برای سلامت مادران است (۳،۸).

بنا بر گزارش مطالعات متعدد، اغلب مشکلات روانی، هیجانی و رفتاری در بزرگسالی همچون افسردگی، اضطراب، تجربه سطوح بالای خشم، خصومت و رفتار های خود تخریب گرایانه ریشه در تجارب آسیب زای گذشته و یک ترومای اولیه به ویژه ترومای دوران کودکی دارند (۹). تروما یک واقعه یا تجربه است که از نظر هیجانی نگران‌کننده و مخرب است که مانع از توانایی فرد برای مقابله می‌شود (۱۰) و دوران کودکی یکی از آسیب پذیرترین دوران زندگی هر فردی است و وقایع این دوران می‌تواند تا آخر عمر زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد (۱۱،۱۲). در واقع، تجربه ترومای دوران کودکی، عامل خطر برای اختلالات شخصیتی و طیف وسیعی از رفتار های آشفته ساز می شود (۱۳). افراد با ترومای دوران کودکی باورهای اشتباهی درباره هیجان‌های مثبت شکل می‌دهند (١٤).

همچنین سطح بالای تاب‌آوری می‌تواند به عنوان یک عامل مهم دیگر در محافظت زنان باردار و کودکان آنان از آثار زیان‌بار احتمالی ناشی از آسیب‌های روانی دوران بارداری عمل نماید (۱۷-۱۵). ویژگی افراد تاب‌آور این است که جهت‌گیری مشخصی در زندگی دارند و در رابطه با خود و دیگران از نقش حمایت‌گرایانه برخوردارند و در عین حال قدرت درونی آنها سبب می‌شود در مقابل آسیب‌های روانی ایستادگی بیشتری از خود نشان دهند (۱۸). نتایج مطالعات نشان داده‌است که حمایت همسر (به عنوان منبع خارجی) و تاب‌آوری (به عنوان یک منبع درونی)، عوامل مهمی در ارتقاء رضایت زنان باردار در بسیاری از حوزه‌های مختلف زندگی هستند و از جمله عوامل پیش‌بینی‌کننده سلامت روان آنان به شمار می‌روند (۱۹). در همین راستا، نتایج مطالعات Ilska و همکاران (۲۰۲۰) تاییدکننده رابطه مستقیم تاب‌آوری با توانمندی روانی زنان باردار و تاثیر مثبت تاب‌آوری در افزایش سلامت روان و کاهش هیجان‌های منفی زنان باردار بوده است (۲۰).

با توجه به اهمیت دوران بارداری و نقش مشکلات خواب در کاهش کیفیت زندگی زنان باردار، شناخت عوامل مرتبط با آن می‌تواند در ارتقای سلامت زنان باردار و کودکانشان مثمر باشد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه مشکلات خواب و ترومای دوران کودکی با میانجی‌گری تاب‌آوری در زنان باردار شهر تهران انجام شد.

روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع همبستگی و از نوع معادلات ساختاری و جامعه پژوهش آن شامل تمامی زنان باردار شهر تهران در نیم سال اول ۱٤۰۲ بود. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوهن تعداد ۲۸۸ نفر تعیین گردید که به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل مدرک تحصیلی ابتدایی خواندن و نوشتن، تاییدیه بارداری و تحت مراقبت پزشک یا ماما، نداشتن سابقه بیماری جسمی و روانی، تمایل به همکاری، نداشتن سابقه بیماری روانپزشکی، نبودن تحت مراقبت ویژه و یا استراحت مطلق و معیارهای خروج از مطالعه شامل تمایل نداشتن زنان باردار شرکت‌کننده به ادامه همکاری در هر زمان از اجرای پژوهش بود. واحدهای پژوهش در ابتدا

1.Sleep Disorder

فرم رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش را تکمیل کردند و سپس به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. پرسشنامه ها در این پژوهش شامل پرسشنامه اختلال خواب، پرسشنامه ترومای دوران کودکی(CTQ۲) و پرسشنامه تاب‌آوری بود.

پرسشنامه اختلال خواب توسط Lynch و همکاران (۲۱) با ۱۷ سوال تهیه شده‌است و اختلالات را در سه بخش مشکل در شروع خواب، در تداوم خواب و بیداری از خواب ارزیابی می‌کند. سوالات در دو گزینه بله و خیر نمره گزاری می‌شود. مشکلات در شروع خواب سوال‌های (۱ تا ۵)، در تداوم خواب (٦ تا ۱۲) و بیداری از خواب (۱۳ تا ۱۷) را به خود اختصاص داده اند. در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۱ تا ۱۰ باشد، میزان متغیر در این جامعه ضعیف می‌باشد. در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۱۰ تا ۳۰ باشد، میزان متغیر در سطح متوسطی است. در صورتی که نمرات بالای ۳۰ باشد، میزان متغیر بسیار خوب است (۲۲). پایایی بازآزمایی این پرسشنامه در پژوهش لینچ و همکاران (۱۷) برابر با r=۰/۸٦ بود و همچنین روایی محتوایی آن به روش Waltz و Boussel قابل قبول و برابر با ۰/۳۵ می‌باشد. در مطالعه Babaei (۲۳) پایایی پرسشنامه از طریق روش بازآزمایی r=۰/۸۹ به دست آمد.

پرسشنامه ترومای دوران کودکی توسط Bernstein و همکاران (۲٤) به منظور سنجش آسیب‌ها و ترومای دوران کودکی توسعه داده شده است و دارای ۲۸ سوال بوده که ۳ سوال ۱۰، ۱٦ و ۲۲ به منظور سنجش روایی یا انکار مشکل در دوران کودکی است. این مقیاس در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (هرگز =۱ تا همیشه =۵) نمره‌گذاری می‌شود و قبل از نمره‌گذاری مولفه‌های پرسشنامه ابتدا نمره‌گذاری سوال‌های ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۸، ۲ و ۲٦ معکوس انجام می‌گردد. مولفه‌های سوءاستفاده عاطفی شامل: سوال‌های ۳، ۸، ۱٤، ۱۸، ۲۵، سوءاستفاده فیزیکی: سوال‌های ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۷، سوءاستفاده جنسی: سوال‌های ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲٤، ۲۷، غفلت عاطفی: سوال‌های ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، و ۲۸ و غفلت جسمی: سوال‌های ۱، ۲، ٤، ٦، ۲٦ می‌باشند. در پژوهش Bernstein و همکاران (۲٤) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه بر روی گروهی از نوجوانان برای ابعاد سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت عاطفی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸٦، ۰/۹۵، ۰/۸۹ و ۰/۷۸ بود و همچنین روایی همزمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان ترومای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده‌است. در ایران نیز Ebrahimi و همکاران (۲۵) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برای مولفه‌های پنج‌گانه آن گزارش کرده‌اند.

ابزار سنجش تاب‌آوری پژوهش حاضر، مقیاس تاب‌آوری Connor & Davidson (۲٦) (CD-RIS) است. این پرسشنامه یک ابزار ۲۵ گویه‌ای است که سازهٔ تاب‌آوری را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت «همیشه نادرست =۰» تا «همیشه درست =٤» می‌سنجد. حداقل نمرهٔ تاب‌آوری آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر نمرهٔ وی صد است. نتایج مطالعهٔ مقدماتی مربوط به ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، پایایی و روایی آن را تایید کرده‌است. Connor & Davidson (۲٦) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۸۹ و همبستگی درونی بین عوامل را در دامنه‌ای از (۰/۳۰) تا (۰/۷۰) و ضریب باز آزمایی ۰/۸۷ را به عنوان شاخصی از همسانی درونی و همبستگی مثبت مقیاس‌های تاب‌آوری با ابزار سخت‌رویی کوباسا (Kobasa Hardiness Measure) (۰/۸۳) و مقیاس حمایت اجتماعی شیهان (Sheehan Social Support Scale) (۰/۳٦)، همبستگی منفی این مقیاس با مقیاس استرس ادراک‌شده (Perceived Stress Scale) (۰/۷٦-) و مقیاس آسیب‌پذیری نسبت به استرس شیهان (Sheehan Stress Vulnerability Scale) (۰/۳۲-) را به عنوان شاخصی از روی همگرایی این ابزار گزارش کردند. همچنین در پژوهش Bajelan و همکاران نیز ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار ۰/۷۱ به دست آمد (۲۷).

پژوهشگر ضمن تاکید بر شرکت آزادانه و داوطلبانه و محرمانه ماندن پاسخ‌های واحدهای پژوهش، بر روند تکمیل پرسشنامه‌ها نظارت داشت تا تمامی سوالات پرسشنامه‌ها تکمیل گردد و هیچ پرسشنامه‌ای بدون پاسخ باقی نماند. بعد از گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌های تکمیل شده توسط زنان باردارکدگذاری و وارد نرم‌افزار SPSS-27 و LISREL-8.8 و تجزیه و تحلیل گردید. روابط بین متغیرها با آزمون همبستگی پیرسون سنجیده شد و مدل پژوهش با استفاده از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری (Structural Equation Modeling) آزمون شد. همچنین روابط میانجی‌گری با استفاده از روش بوت استراپینگ و خطای استاندارد حاصل از این روش آزمون شد. p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته‌شد.

2.**Childhood Trauma Questionnaire**

نتایج

در پژوهش حاضر نتایج مطالعه نشان داد میانگین سنی زنان باردار (۹/٦ ± ۳۲/۵۸) است و اکثریت زنان باردار (٤١/٥ درصد) تحصیلات در سطح لیسانس داشتند. در توصیف متغیرهای اصلی پژوهش نیز میانگین مقیاس ترومای دوران کودکی برابر با ۳۲/۳۹ و در بین مولفه‌های آن بالاترین و پایین‌ترین میانگین را به ترتیب غفلت عاطفی (۸/۲۰) و سوءاستفاده فیزیکی (٥/٥٥) داشتند. میانگین مقیاس تاب‌آوری برابر با ٦٩/٠٣ بود. همچنین میانگین مقیاس مشکلات خواب برابر با ٥/١٩ بود و در بین مولفه‌های مشکلات خواب بالاترین میانگین را تداوم خواب (٢/٥٨) و کمترین میانگین را بیداری از خواب (١/٢٢) داشت (جدول ١).

نتایج آزمون پیش‌فرض نرمال بودن چندگانه نشان داد که تمامی متغیرها از توزیع نرمال یا نزدیک به نرمال برخوردار هستند و با بررسی شاخص عامل تورم واریانس (VIF) مفروضه عدم همخطی چندگانه برقرار بود لذا روابط زوجی متغیرها با آزمون همبستگی پیرسون ارزیابی و مدل مفهومی پژوهش با آزمون مدلسازی معادلات ساختاری سنجیده شد.

در جدول ٢ نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد رابطه معنی‌داری بین متغیرهای مستقل و میانجی با متغیر وابسته مشکلات خواب مشاهده شد ($p<0/05$). وجود رابطه آماری بین ترومای دوران کودکی و تاب‌آوری با متغیر وابسته مشکلات خواب تایید شد. جهت رابطه بین ترومای دوران کودکی با مشکلات خواب، مثبت بود در حالی که جهت رابطه بین تاب‌آوری و مشکلات خواب، منفی نشان داده شد که بیانگر این امر است که افزایش میزان تاب‌آوری با کاهش میزان مشکلات خواب همراه است. همچنین، یافته‌ها نشان داد ترومای دوران کودکی دارای رابطه معنی‌دار معکوسی با متغیر میانجی تاب‌آوری دارد ($p<0/05$).

همچنین با ارزیابی شاخص‌های برازش می‌توان استنباط کرد که همه شاخص‌های برازش مقدار قابل قبولی داشتند. ضریب تعیین متغیر وابسته مشکلات خواب برابر با ٠/٣٧ بود و بیانگر این بود که متغیر ترومای دروان کودکی و تاب‌آوری توانستند ٣٧ درصد از واریانس مشکلات خواب را تبیین کنند که بیانگر قدرت تبیین متوسط مدل پژوهش بود. مطابق نتایج، می‌توان نتیجه گرفت که برازش مدل بالاتر از متوسط و مقدار مناسبی بود (جدول ٣).

همچنین تحلیل داده ها بر اساس مدل سازی معادلات ساختاری نشان داد تاب‌آوری برمشکلات خواب تاثیرمنفی باشدت(٠/٢٦-) داشته ($p<0/05$) و موجب تایید اثر تاب‌آوری بر مشکلات خواب بود؛ که بیانگر آن است، افزایش تاب‌آوری با کاهش مشکلات خواب همراه است. همچنین نتایج نشان داد ترومای دوران کودکی بر مشکلات خواب تاثیر مثبتی با شدت (٠/٢٢) داشته ($p<0/05$) و موجب تایید اثر ترومای دوران کودکی بر مشکلات خواب بود و نشان داد افزایش ترومای دوران کودکی با افزایش مشکلات خواب همراه است. نتایج نشان داد که نقش میانجی تاب‌آوری در رابطه بین ترومای دوران کودکی و مشکلات خواب تایید شد ($p<0/05$). شدت اثر غیرمستقیم ترومای دوران کودکی بر مشکلات خواب برابر با ٠/٠٨٦ بود (جدول ٤).

جدول ١ آماره‌های توصیفی ترومای دوران کودکی، تاب آوری، مشکلات خواب

متغیرها		آماره‌های توصیفی			
		میانگین	انحراف استاندارد	کمترین	بیشترین
ترومای دوران کودکی	سوءاستفاده عاطفی	٦/١٦	٢/١٩	٥/٠٠	١٧/٠٠
	سوءاستفاده فیزیکی	٥/٥٥	١/٥٤	٥/٠٠	١٤/٠٠
	سوءاستفاده جنسی	٥/٦٤	١/٩٥	٥/٠٠	٢١/٠٠
	غفلت عاطفی	٨/٢٠	٤/٠٥	٥/٠٠	٢٣/٠٠
	غفلت جسمی	٦/٨٣	٢/٤٩	٥/٠٠	١٧/٠٠
	نمره کل	٣٢/٣٩	٩/٣٤	٢٥/٠٠	٧٠/٠٠
تاب‌آوری	نمره کل	٦٩/٠٣	١٣/٣٤	٢٧/٠٠	٩٩/٠٠
مشکلات خواب	شروع خواب	١/٣٩	١/١٠	٠	٤/٠٠
	تداوم خواب	٢/٥٨	١/٥٩	٠	٧/٠٠
	بیداری از خواب	١/٢٢	١/٢٨	٠	٥/٠٠
	نمره کل	٥/١٩	٣/١٤	٠	١٦/٠٠

جدول ۲ ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	ترومای دوران کودکی	تاب‌آوری	مشکلات خواب
ترومای دوران کودکی	۱		
تاب‌آوری	۰/۲۰** -	۱	
مشکلات خواب	۰/۲۵**	۰/۲۱** -	۱

توجه: ** p < ۰/۰۱

جدول ۳ شاخص های برازش مدل

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

جدول ۴: آزمون تاثیر مستقیم و غیر مستقیم بر اساس رویکرد مدل‌سازی معادلات ساختاری

	تاثیرها	ضریب استاندارد	خطای استاندارد	مقدار t	مقدار p
اثر مستقیم	ترومای دوران کودکی --> مشکلات خواب	۰/۲۲		٤/۸۷	<۰/۰۰۱
	تاب‌آوری --> مشکلات خواب	۰/۲٦ -		٥/۰٦ -	<۰/۰۰۱
اثر غیرمستقیم	ترومای دوران کودکی --> تاب‌آوری --> مشکلات خواب	۰/۰۸٦	۰/۰۲۷	۳/۱۸	۰/۰۰۲

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی مدل ساختاری مشکلات خواب براساس ترومای دوران کودکی با میانجی‌گری تاب‌آوری در زنان باردار شهر تهران بود. نتایج پژوهش وجود رابطه آماری بین ترومای دوران کودکی و تاب‌آوری با مشکلات خواب را تایید کردند. همچنین رابطه معنی‌داری بین متغیر مستقل و میانجی با متغیر وابسته مشکلات خواب در سطح اطمینان حداقل ۹۵ درصد وجود دارد. یافته‌های پژوهش حاضر با پژوهش‌های Mahmoudi و همکاران (۲۸)، Goudarzi و همکاران (۱۹)، Chien و همکاران (۲۹)، Ilska & Przybyła-Basista (۲۰)، Xuemei و همکاران (۱۵)، Garcia-Leon و همکاران (۱۷)، Lazary و همکاران (۳۰)، Karimi و همکاران (۳۱) همسو بود که می‌توان استنباط کرد که ترومای دوران کودکی نقش زیربنایی در بروز مشکلات خواب دارد و از آنجایی که جهت رابطه بین ترومای دوران کودکی با مشکلات خواب، مثبت بود این گونه تبیین می‌شود که تروماهای دوران کودکی در بروز مشکلات

خواب در زنان باردار نقش بسزایی دارند. همچنین تاب‌آوری به عنوان متغیر میانجی از اهمیت بالایی برخوردار است و می‌تواند عامل مهمی برای تحمل شرایط استرس‌زای مادر در زمان بارداری باشد. بر اساس تأثیر تاب‌آوری بر مشکلات خواب می‌توان گفت که افزایش تاب‌آوری باعث کاهش مشکلات خواب و بالعکس کاهش تاب آوری باعث افزایش مشکلات خواب می گردد؛ به طوری که اگر تاب‌آوری زنان باردار پایین باشد، مشکلات خواب افزایش پیدا کرده و در صورت افزایش تاب‌آوری، مشکلات خواب بهبود و کاهش می‌یابند.

Karimi و همکاران (۳۱) در مطالعه خود بر روی ۲۸۵ زن باردار اختلالات خواب در زنان باردار را ۱۰۰٪ اعلام کرده و معتقد اند این اختلال در زنان باردار از شیوع بسیار بالایی برخوردار است. همچنین زاکی (۳۲) در پژوهشی بیان داشت که ۸۹/۸۸٪ از زنان باردار از کیفیت خواب نامطلوبی برخوردار بودند. ترومای دوران کودکی می‌تواند بر تاب‌آوری زنان باردار تأثیرگذار باشد و مشکلاتی را در در زمینه هیجانات ایجاد کند و چون جهت رابطه بین تاب‌آوری و مشکلات خواب، منفی بود می‌توان این گونه نتیجه گرفت که افزایش میزان تاب‌آوری با کاهش میزان مشکلات خواب همراه است. نتایج مطالعات Ilska & Przybyła-Basista (۲۰)، Xuemei و همکاران (۱۵)، Garcia-Leon و همکاران (۱۶) تاییدکننده رابطه مستقیم تاب‌آوری با توانمندی روانی زنان باردار بوده‌است و همچنین تاثیر مثبت تاب‌آوری در افزایش سلامت روان و کاهش هیجان‌های منفی زنان باردار می‌باشد. مطالعهای نشان داد که زنان باردار برخوردار از تاب‌آوری بالاتر، می توانند در مواجهه با چالش‌های دوران بارداری و موقعیت‌های دشوار، به نحو موثرتری عمل نمایند (۲۹). در واقع، تاب‌آوری می‌تواند بر افزایش خودکارآمدی فرد برای غلبه بر استرس، توانایی‌های مقابله ای، عزت‌نفس، ثبات-عاطفی و حمایت اجتماعی تاثیرگذار باشد. همچنین Goudarzi و همکاران (۱۹) معتقدند که مراقبین سلامت با مورد توجه قرار دادن تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی زنان باردار در جریان مراقبت‌های دوران بارداری می‌توانند به تعدیل اثرات منفی پریشانی روانشناختی و توانمندسازی این قشر آسیب‌پذیر کمک نمایند.

از محدودیت‌هایی این پژوهش میتوان به جامعه پژوهشی مورد نظر در این مطالعه اشاره کرد که دسترسی به زنان باردار به دلیلی شرایط خاص که دارند بسیار محدود بوده و به سختی داده‌ها جمع‌آوری شدند و همچنین صداقت در پاسخ‌دهی آزمودنی‌ها تأثیر مستقیمی بر روی نمره آنها داشت. به همین دلیل در تعمیم‌دهی نتایج بهتر است با احتیاط عمل شود.

پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌های بعدی از جامعه پژوهشی و نمونه‌های گسترده‌تر در زمینه بارداری استفاده گردد تا تعمیم‌پذیری نتایج با قطعیت بیشتری انجام شود. همچنین متغیرهای موجود در این پژوهش را می‌توان بر روی دیگر قشرها اجرا کرد و متغیرهای روانشناختی دیگر نیز در زمینه بررسی زنان باردار مدنظر قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه بین مشکلات خواب و ترومای دوران کودکی در زنان باردار رابطه وجود داشت و تاب‌آوری نقش میانجی ایفا می‌کرد و از آنجایی که در زنان باردار مشکلات خواب شیوع بسیار بالایی دارد، لذا در جهت بهبود کیفیت خواب زنان باردار علاوه بر مراقبت‌های معمول دوران بارداری، بایستی برنامه‌ای جهت تشخیص و علت‌یابی و درمان این اختلال تدوین و اجرا شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری روانشناسی نویسنده اول مقاله است که با کد اخلاق IR.IAU.URMIA.REC.1402.047 در واحد پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی ارومیه به ثبت رسیده است. خود را ملزم می‌دانم از تمامی کسانی که اینجانب را در انجام این پژوهش یاری کردند و از زنان باردار مورد مطالعه، کمال تشکر و قدردانی را داشته باشم.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافعی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

مشارکت نویسندگان:

(۱) مفهوم پردازی و طراحی مطالعه، یا جمع آوری داده ها، یا تجزیه و تحلیل و تفسیر داده ها :همه نویسندگان

(۲) تهیه پیش نویس مقاله یا بازبینی آن جهت تدوین محتوای اندیشمندانه: همه نویسندگان

(۳) تایید نهایی دستنوشته پیش از ارسال به مجله: همه نویسندگان

References

1. Arabzadeh M, Ahmadi Dolabi M, Akbari Siddiqa AA, Nasiri M. The relationship between physical violence by the spouse and sleep quality disorders during pregnancy. Iranian Journal of Women, Obstetrics and Infertility. 2021; 24(6): 45-57. (Persian).

2. Behboodi Moghadam Z, Keshavarz Afshar M, Pourrahimi A, Taghizadeh Z, Mokhtari Zanjani P, Montazeri A. Evaluation of Postpartum Sleep Quality and the Influential Factors in the Women in Zanjan City, Iran (2014). The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2018; 21(1): 6-14. doi: 10.22038/ijogi.2018.10577. (Persian).

3. talebi M. Pregnancy depression and insomnia in pregnant women: The predictive role of nocturnal rumination and mindfulness. Quarterly Journal of Woman and Society. 2022; 13(49): 171-184.

4. Khorshidi Nazlou L, Etemadinya M, Chalabianloo G, Khademi A, Khalilzadeh R. The effectiveness of transdiagnostic treatment on pain anxiety, distress intolerance and sleep disorders in psychosomatic patients who suffer from migraine. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2022; 9 (4) :67-81. (Persian).

5. Seylani K, Ait-Hssain A, M Alkadi M, Vahedian-Azimi A. Investigating Interventions to Improve Sleep Quality in Hemodialysis Patients: A Meta-Analysis Study. Jccnursing. 2023; 16 (1): 1. (Persian).

6. Reid KJ, Facco FL, Grobman WA, Parker CB, Herbas M, Hunter S, et al. Sleep during pregnancy: the nuMoM2b pregnancy and sleep duration and continuity study. Sleep. 2017; 40: 1-11.

7. Felder JN, Laraia B, Coleman-Phox K, Bush N, Suresh M, Thomas M, et al. Poor sleep quality, psychological distress, and the buffering effect of mindfulness training during pregnancy. Behavioral sleep medicine. 2018;16(6):611-24.

8. Mindell JA, Cook RA, Nikolovski J. Sleep patterns and sleep disturbances across pregnancy. Sleep medicine. 2015;16(4):483-8.

9. Greenberg DM, Baron-Cohen S, Rosenbberg N, Fonagy P, Rentfrow PJ. Elevated empathy in adults following childhood trauma. Plos one. 2018; 13 (10):e0203886

10. Denton R, Frogley C, Jackson S, John M, Querstret D. The assessment of developmental trauma in children and adolescents: A systematic review. Clinical Child Psychology and Psychiatry. 2017; 22 (2): 260-287.

11. Krivickas KM, Sanchez LA, Kenney CT, & Wright JD. Fiery wives and icy husbands: Pre-marital counseling and covenant marriage as buffers against effects of childhood abuse on gendered marital communication? Social Science Research. 2010; 39(5): 700–714.

12. Balali Dehkordi N, Fatehizade M. Comparison of the effectiveness of Emotion-focused Therapy and Intensive short-term dynamic psychotherapy on marital adjustment of married women with experience of complex childhood trauma. Counseling Culture and Psycotherapy. 2022; 13(51): 31-57. (Persian).

13. Quide Y, Girshkin L, Watkeys OJ, Carr VJ, & Green M. The relationship between cortisol reactivity and emotional brain function is differently moderated by childhood trauma, in bipolar disorder, schizophrenia and healthy individuals. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2021; 271(6), 1089-1109.

14. Vakili M, Bahrami Hidaji M, Sodagar S. Prediction of Binge Eating Disorder Based on Childhood Trauma, Alexithymia, Defensive Styles and Difficulties in Emotion Regulation, in

Overweight Individuals. Family and Health. 2020; 10(1): 38-51. (Persian).

15. Xuemei M, Ying W, Hua H, Grant TX, Yunhui. Z, Huijing, S. The impact of resilience on prenatal anxiety and depression among pregnant women in Shanghai. JAD. 2019; 250: 57- 64.

16. Coates P, Ayers S, De Visser R, Thornton A. The wellbeing in pregnancy (WiP) collaborative group: evaluation of the CORE-10 to assess psychological distress in pregnancy. J Reprod Infant Psychol. 2019; 38(3): 311-323.

17. Garcia-Leon MA, Caparros-Gonzales R, Romero-Gonzalez B, Gonzalez-Perez R, & Peralta- Ramiraz I. Resilience as a Protective Factor in Pregnancy and Puerperium: Its Relationship with the Psychological State, and with Hair Cortisol Concentrations. Midwifery. 2019; 75: 138-145.

18. Nejadhoseinian Z, Bakhtiarpour S, & Zangeneh Motlagh F. Predictive model of life quality based on psychological resilience and couple Intimacy, Mediated by pregnancy anxiety in pregnant women. Journal of Applied Psychological Research. 2024; 14(4), 203-222. (Persian).

19. Goudarzi M, Gholamrezaei S, Amraei K. Developing a Causal Model of Psychological Empowering of Pregnant Women: The Role of Psychological Distress and Mediation of Resilience, Mindfulness and Meta- emotion. IJPN. 2021; 9 (1) :103-124. (Persian).

20. Ilska M, Przybyła-Basista H. The role of partner support, ego-resiliency, prenatal attitudes towards maternity and pregnancy in psychological well-being of women in high-risk and low-risk pregnancy. J Psych Health Med. 2020; 25(5):630-638.

21. Lynch TR, Morse JQ, Mendelson T, & Robins CJ. Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. The American Journal of Geriatric Psychiatry. 2003; 11(1): 33-45. (Persian).

22. Mohammadi M. Investigating factors affecting resilience in people at risk of substance abuse. Doctoral Thesis, University of Welfare and Rehabilitation Sciences. 2010. Tehran. (Persian).

23. Babaei E. Investigating the effectiveness of teaching emotional distress tolerance skills based on dialectical behavior therapy on depression and sleep problems of women with hypothyroidism referring to Khatam-Nabiya Polyclinic in Yazd. 2014; Master's Thesis, Clinical Psychology, Islamic Azad University, Yazd Branch. (Persian).

24. Bernstein, DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, & Zule W. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. Child Abuse and Neglect. 2003; 27 (2), 169-190

25. Ebrahimi H, Dejkam M, Seghatoleslam T. Childhood Traumas and Suicide Attempt in adulthood. IJPCP. 2014; 19 (4): 275-282. (Persian).

26. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The ConnorDavidson Resilience Scale (CD-RISC). Depression and Anxiety. 2003;18(2):76-82

27. Bajelan M, Zadeh Mohammadi A, Ghorban Jahromi R. Determining the effectiveness of unity-oriented treatment on death anxiety and resiliency in cancer patients. Applied Psychology. 2022; 16(3): 112-93. (Persian).

28. Mahmoudi M, Saberi H, Bashardoust S. Predicting psychological distress based on childhood trauma with the mediating role of alexithymia. Advances in Cognitive Sciences. 2022; 24 (3): 41-56. (Persian).

29. Chien WT, Chow KM, Chong YY, Bressington D, Choi KC, Chan CWH. The Role of Five Facets of Mindfulness in a Mindfulness-Based Psychoeducation Intervention for People with Recent-Onset Psychosis on Mental and Psychosocial Health Outcomes. Front. Psychiatry. 2022; 11: 177. (Chinese).

30. Lazary J, Eszlari N, juhasz G, Bagdy G. A functional variant of CB2 receptor gene interacts with Childhood trauma and FAAH gene on anxious and depressive phenotypes. Journal of affective Disorders. 2019; 257:716-722.

31. Karimi FZ, Nosrati Hadiabad SF, Abdollahi M, Karimi L. Frequency of Sleep Disorders and Individual Related Factors in Pregnant Women Referred to Mashhad Health Centers in 2019. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2020; 23(1), 25-32. (Persian).

32. Zaky NH. The Relationship between Quality of Sleep during Pregnancy and Birth Outcome among Primiparae. OSR Journal of Nursing and Health Science. 2015; 4(5):90-101.

Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences
2024, Volume 11, No. 4: 62-71.

Original article

The relationship between sleep problems and childhood trauma with the mediation of resilience in pregnant women

Khadijeh Pourazim Azar [1], Ali Shaker Dioulagh [*2], Ali Khademi [3]

1. PhD student, Department of Psychology Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

3. Professor, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

Corresponding author: Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

Keywords:

Sleep Problems, Childhood Trauma, Resilience, Pregnant Women.

Abstract

Background & Aim: Pregnancy is one of the most important events in a woman's life and is often considered as a period of excitement, expectation and change. The Aim of this research is to investigate the relationship between sleep problems and childhood trauma with the mediation of resilience in pregnant women in Tehran.

***Methods*:** An analytical-correlational study was conducted on 288 pregnant women who referred to medical centers in Tehran in the first half of 2023. Pregnant women were selected by targeted non-random sampling method.. Three questionnaires of sleep problems, resilience of Connor and Davidson (CD-RISC) and childhood trauma (CTQ) were completed by pregnant women. The obtained data were analyzed by SPSS-27 and LISREL-8/8 software and Pearson correlation tests and structural equations.

***Results*:** The average age of pregnant women was (32.58±9.6) and the majority of them (41.5%) had a bachelor's degree.The findings confirmed the existence of a relationship between childhood trauma (r=0.25) and resilience (r=-0.21) with the dependent variable of sleep problems (p<0.01), which shows that the increase in resilience reduces sleep problems. will follow Also, childhood trauma had a significant relationship with resilience variable (p<0.01, r=-0.20) and it was shown with a coefficient of determination of 37% of the variance. The fit of the model was higher than average and a good value.

***Conclusion*:** Based on the obtained results, it is suggested to focus more on childhood problems and injuries and the resilience of pregnant women so that they can experience less sleep problems during pregnancy**.**

How to Cite this Article: Pourazim Azar kh, Shaker Dioulagh A, Khademi A**.** The relationship between sleep problems and childhood trauma with the mediation of resilience in pregnant women**.** Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences. 2024;11(4):62-71.

Copyright © 2020 Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cite.