

بررسی رابطه بین تجارب نامطلوب دوران کودکی و بی‌خوابی در دانش‌آموزان دوره اول

متوسطه شهر بجنورد

ملیحه عابدزاده یامی^۱، مینا یزدانیان^۲

۱. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بجنورد، ایران. (نویسنده مسئول).

۲. دانشجوی دکتری، روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بجنورد، ایران.

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره هفتم، شماره بیست و هفتم، پاییز ۱۴۰۴، صفحات ۱۹۶-۱۸۳

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین تجارب نامطلوب دوران کودکی و بی‌خوابی در دانش‌آموزان دوره اول متوسطه شهر بجنورد انجام شد. این پژوهش از لحاظ هدف پژوهش کاربردی و از لحاظ روش پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه دانش‌آموزان دوره اول متوسطه شهر بجنورد در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ تشکیل دادند. نمونه آماری پژوهش از بین دانش‌آموزان دوره اول متوسطه شهر بجنورد با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس جدول مورگان ۳۰۲ نفر انتخاب گردید. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های ترومای دوران کودکی برنستاین و همکاران (۲۰۰۳) و کیفیت و عادات خواب کودکان اوونز و همکاران (۲۰۰۰) استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آزمون همبستگی پیرسون و نرم‌افزار SPSS-23 استفاده شد. نتایج نشان داد که بین تجارب نامطلوب کودکی و بی‌خوابی در دانش‌آموزان دوره اول متوسطه شهر بجنورد رابطه معنادار و مستقیم دارد.

واژگان کلیدی: تجارب نامطلوب، بی‌خوابی، دانش‌آموزان.

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره هفتم، شماره بیست و هفتم، پاییز ۱۴۰۴

مقدمه

در دهه‌های اخیر، استفاده از فناوری‌های اطلاعاتی و ارتباطی همچون موبایل، تبلت، کامپیوتر و سایر ابزارهای مشابه در بین جوانان و نوجوانان افزایش چشمگیری داشته است. افزون بر این، رشد سریع وسایل الکترونیکی و برنامه‌های ارتباطی، روند جامعه‌پذیری نوجوانان را تغییر داده است. در کشورهای توسعه‌یافته، استفاده از این ابزارها در میان جوانان بسیار رایج‌تر است. باوجود مزایای زیادی که این فناوری‌ها در برقراری دوستی‌های جدید و حفظ ارتباط با خانواده و دوستان دارند، خطرات بالقوه‌ای نیز به همراه دارند (چن^۱ و همکاران، ۲۰۲۳). می‌توان گفت حدود ۹۰ درصد از کودکان و نوجوانان امروزه به‌طور مداوم در فضای مجازی و اینترنت مشغول هستند. فضای سایبری بسیار جذاب و وسوسه‌انگیز است، به‌طوری‌که کاربران قادر به ترک به‌موقع آن نبوده و این امر موجب کاهش ساعات خوابشان می‌شود و درنهایت به سلامتی آن‌ها آسیب می‌زند (ژوئو^۲ و همکاران، ۲۰۲۳).

بی‌خوابی به معنای مشکل در به خواب رفتن یا حفظ خواب در طول شب است و به انواع اختلالات و ناراحتی‌هایی اشاره دارد که فرد در مراحل مختلف چرخه خواب خود تجربه می‌کند. یکی از نشانه‌های واضح برای شناسایی بی‌خوابی زمانی است که فرد از میزان خواب خود راضی نباشد (آدامز و اوبراین^۳، ۲۰۲۳). بی‌خوابی به‌طور کلی به‌عنوان نگرانی ذهنی فرد در مورد مدت‌زمان، کیفیت و کافی بودن خواب تعریف می‌شود (ریمن^۴ و همکاران، ۲۰۲۲). تحقیقات و مطالعات منتشرشده در خصوص اثرات بی‌خوابی در نوجوانان نشان می‌دهند که این گروه از افراد بیشتر در معرض مشکلاتی چون بیماری‌های قلبی، فشارخون بالا، چاقی، ضعف سیستم ایمنی بدن، تشنج، سردرگمی، ناامیدی و احساس بی‌هدفی، کاهش تمرکز و حافظه، افسردگی، عصبانیت، اختلالات اضطرابی، نقض قوانین و رفتارهای ضداجتماعی قرار دارند (وو^۵ و همکاران، ۲۰۲۴). سیگل^۶ (۲۰۰۵) معتقد است که بی‌خوابی ممکن است نتیجه‌ای از رفتارهای بقای انسان باشد. در محیط‌های اولیه زندگی بشر، بیدار ماندن در شرایط خطر می‌توانست احتمال بقا را افزایش دهد؛ بنابراین، برخی افراد به دلیل حساسیت بالا به عوامل محیطی، به‌طور مداوم بیدار می‌مانند (اومچی^۷ و همکاران، ۲۰۲۲). فروید (۱۹۳۵) بر این عقیده است که بی‌خوابی ممکن است ناشی از تعارضات و ناهماهنگی‌های ناخودآگاه باشد. از این منظر، فرد ممکن است به‌طور ناخودآگاه از خوابیدن به دلایل روان‌شناختی خودداری کند. به‌عنوان مثال، برخی افراد ممکن است به دلیل مشکلات عاطفی یا تجارب ناخوشایند، از خوابیدن احساس اضطراب کنند (مرتضوی و همکاران، ۱۴۰۰). در این زمینه، هیلبرانت اوپنشاو^۸ و همکاران (۲۰۲۴) تحقیقاتی با عنوان نقش واسطه‌ای کیفیت خواب، منظم بودن و بی‌خوابی در رابطه بین تجارب نامطلوب دوران کودکی و تاب‌آوری انجام دادند. نتایج این پژوهش نشان داد که کیفیت خواب، منظم بودن و علائم

¹ Chen² Zou³ Adams & O'Brien⁴ Riemann⁵ Wu⁶ Siegel⁷ Omichi⁸ Hillebrant-Openshaw

بی‌خوابی می‌توانند به‌عنوان اهداف کلیدی در مداخلات درمانی افراد با تجربیات نامطلوب دوران کودکی در جهت تقویت تاب‌آوری آن‌ها محسوب شوند.

تجارب منفی دوران کودکی و آسیب‌های ناشی از آن تأثیرات قابل‌توجهی بر سلامت و رشد کودکان می‌گذارد و منجر به بروز مشکلات عاطفی و رفتاری در بلندمدت و کوتاه‌مدت می‌شود (مرادزاده و همکاران، ۱۴۰۱). منظور از تجارب نامطلوب دوران کودکی یا ترومای دوران کودکی، وقایع آسیب‌زای زندگی است که پیش از سن ۱۸ سالگی رخ می‌دهند. این رویدادهای تروماتیک شامل سوءاستفاده فیزیکی، عاطفی و جنسی و همچنین غفلت می‌باشند. قرار گرفتن در معرض چنین تجربیاتی بسیار رایج است (تانگ^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). تجارب نامطلوب متعدد در دوران کودکی می‌تواند تأثیرات منفی بر عملکرد سیستم‌های مختلف بدن داشته باشد و اختلال در این سیستم‌ها ممکن است به‌طور دائمی در فرآیندهای بیولوژیکی ذخیره شود. علاوه بر این، تحقیقات نشان داده‌اند که هیپوکامپ، قشر پیش‌پیشانی و آمیگدال، همگی در برابر استرس مضر ناشی از تجربیات منفی کودکی آسیب‌پذیر هستند (ایلگین^۲ و همکاران، ۲۰۲۴). یکی از نظریه‌پردازان برجسته در بررسی تأثیر تجارب منفی دوران کودکی، وینسنت فلتی و رابرت آندا هستند که نظریه تجارب نامطلوب کودکی را مطرح کردند. آن‌ها با انجام پژوهش‌هایی در دهه ۱۹۹۰ نشان دادند که تجربیات منفی دوران کودکی، نظیر سوءاستفاده جسمی، عاطفی، غفلت یا قرار گرفتن در معرض خشونت‌های خانوادگی، می‌تواند تأثیرات بلندمدتی بر سلامت روانی و جسمانی فرد داشته باشد (فیضی اوغلو^۳ و همکاران، ۲۰۲۲).

تجارب نامطلوب دوران کودکی می‌تواند شامل سوءاستفاده جسمی، جنسی و عاطفی، غفلت جسمی و عاطفی، طلاق یا جدایی والدین، اعتیاد یا بیماری‌های روانی والدین، خشونت خانگی و زندانی شدن یکی از والدین باشد (طباطبائی و سلیمانی، ۱۴۰۳). تأثیر تجارب نامطلوب دوران کودکی معمولاً فراتر از این دوران می‌رود. این تجارب می‌توانند باعث بروز طیف وسیعی از مشکلات روانی و جسمانی در بلندمدت شوند که حتی مدت‌ها پس از پایان دوره تروما همچنان ادامه دارند. به‌عنوان مثال، تجارب منفی دوران کودکی با بسیاری از اختلالات عاطفی، روانی و رفتاری مرتبط است که خود می‌تواند به مشکلات اجتماعی و تحصیلی منجر شود (باشر بایکال^۴ و همکاران، ۲۰۲۲). تحقیقات نشان داده است که تجارب نامطلوب دوران کودکی با طیفی از اختلالات خلقی و اضطرابی و علائم پریشانی روانی مانند افسردگی، اضطراب و اختلال استرس پس از سانحه ارتباط مثبت دارد. علاوه بر این، پیامدهای منفی فیزیکی و مشکلات سلامتی در بزرگسالی که با تجارب منفی دوران کودکی مرتبط است، شامل وابستگی به الکل، میگرن، چاقی، بیماری‌های قلبی و مرگ زودرس می‌باشد (تائو^۵ و همکاران، ۲۰۲۳).

درمجموع تجارب نامطلوب دوران کودکی به‌عنوان یک عامل خطر برای مشکلات روان‌شناختی و جسمی در آینده شناخته شده است. این تجارب می‌توانند شامل سوءاستفاده‌های جسمی، روانی، یا جنسی، بی‌توجهی به نیازهای عاطفی و جسمی، و یا زندگی در محیط‌های پرتنش و آسیب‌زا باشند. در حال حاضر، پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که این تجارب می‌توانند تأثیرات جدی بر

¹ Tang

² Ilgin

³ Feyzioğlu

⁴ Başer Baykal

⁵ Tao

سلامت روانی فرد داشته باشند که یکی از پیامدهای آن اختلالات خواب مانند بی‌خوابی است. بی‌خوابی نه تنها باعث کاهش کیفیت زندگی می‌شود، بلکه ممکن است بر عملکرد تحصیلی و اجتماعی دانش‌آموزان نیز تأثیر منفی بگذارد. در این تحقیق، تلاش می‌شود تا رابطه میان این دو متغیر در بین دانش‌آموزان مورد بررسی قرار گیرد و مشخص شود که چگونه تجارب منفی دوران کودکی ممکن است به اختلالات خواب در دوران نوجوانی منجر شوند. شکاف پژوهشی که در این زمینه وجود دارد، کمبود مطالعات خاص در ارتباط با تأثیرات تجارب نامطلوب دوران کودکی بر بی‌خوابی در جوامع مختلف و خصوصاً در ایران است. بیشتر تحقیقات موجود بر تأثیرات کلی تجارب نامطلوب دوران کودکی بر سلامت روانی متمرکز شده‌اند و کمبود پژوهش‌های خاص در رابطه با تأثیرات آن‌ها بر خواب و الگوهای خواب دانش‌آموزان به‌ویژه در مناطق خاصی چون شهر بجنورد مشهود است. هدف از این تحقیق، ایجاد درک بهتر از اثرات منفی تجارب دوران کودکی بر سلامت خواب و ارائه راهکارهایی برای بهبود وضعیت خواب دانش‌آموزان می‌باشد؛ بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا بین تجارب نامطلوب دوران کودکی و بی‌خوابی در دانش‌آموزان دوره اول متوسطه شهر بجنورد رابطه معنادار و مستقیم دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف پژوهش کاربردی و از لحاظ روش پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه دانش‌آموزان دوره اول متوسطه شهر بجنورد در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ تشکیل دادند. نمونه آماری پژوهش از بین دانش‌آموزان دوره اول متوسطه شهر بجنورد با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس جدول مورگان ۳۰۲ نفر انتخاب گردید. همچنین از جمله ملاحظات اخلاقی که در این پژوهش مورد نظر قرار گرفت، گمنام ماندن شرکت‌کنندگان، داشتن رضایت شرکت‌کننده از شرکت در پژوهش و تحلیل داده‌ها به صورت گروهی و ثبت آن‌ها به صورت کدبندی شده بود و از این نظر با شرکت‌کنندگان صحبت شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده گردید:

پرسشنامه تجارب نامطلوب دوران کودکی: پرسشنامه تجارب نامطلوب دوران کودکی (CTQ) توسط برنستاین و همکاران (۲۰۰۳) به منظور سنجش آسیب‌ها و ترومای دوران کودکی توسعه داده شده است. این پرسشنامه هم برای بزرگسالان و هم برای نوجوانان قابل استفاده است. این پرسشنامه پنج نوع از بدرفتاری در دوران کودکی را مورد سنجش قرار می‌دهد که عبارت‌اند از سوءاستفاده جنسی (۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴، ۲۷)، سوءاستفاده جسمی (۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۷)، سوءاستفاده عاطفی (۳، ۸، ۱۴، ۱۸، ۲۵)، و غفلت عاطفی (۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۸) و جسمی (۱، ۲، ۴، ۶، ۲۶). این پرسشنامه ۲۸ سؤال دارد که ۲۵ سؤال آن برای سنجش مؤلفه‌های اصلی پرسشنامه بکار می‌رود و ۳ سؤال آن برای تشخیص افرادی که مشکلات دوران کودکی خود را انکار می‌کنند بکار می‌رود. قبل از نمره‌گذاری مؤلفه‌های پرسشنامه ابتدا باید نمره‌گذاری سؤال‌های ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۸، ۲، و ۲۶ معکوس شود. نمرات بالا در پرسشنامه نشان‌دهنده تروما یا آسیب بیشتر و نمرات کمتر نشانه آسیب یا ترومای دوران کودکی کمتر است. دقت کنید که سؤال‌های ۱۰، ۱۶، و ۲۲ به منظور سنجش روایی یا انکار مشکل در دوران کودکی است. اگر مجموع پاسخ‌های داده شده به این سؤالات بالاتر از ۱۲ باشد با احتمال زیادی پاسخ‌های فرد نامعتبر است. در پژوهش برنستاین و همکاران (۲۰۰۳) 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، ۰/۸۶، ۰/۸۹، ۰/۷۸ و ۰/۷۸ بود. همچنین روایی همزمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳). در ایران نیز ابراهیمی، دژکام و ثقه السلام آلفای کرونباخ این پرسشنامه را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برای مؤلفه‌های پنج‌گانه آن گزارش کرده‌اند.

پرسشنامه کیفیت و عادات خواب کودکان: پرسشنامه توسط اوونز و همکاران (۲۰۰۰) در ۴۵ ماده برای سنجش کیفیت و عادات خواب کودکان ساخته شده است؛ که توسط والدین تکمیل می‌شود. اوونز و همکاران (۲۰۰۰) ماده‌ها را به شکل مفهومی در هشت زیر مقیاسی گروه‌بندی کردند: (۱) مقاومت در برابر خواب، (۲) تأخیر در شروع خواب، (۳) مدت‌زمان خواب (۹، ۱۰، ۱۱، ۴) اضطراب خواب (۵، ۷، ۸، ۲۱)، (۵) بیداری‌های شبانه (۱۶، ۲۴، ۲۵)، (۶) پاراسومنیا (شبه خواب) (۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۲۲، ۲۳)، (۷) اختلالات تنفسی خواب (۱۸، ۱۹، ۲۰)، (۸) خواب‌آلودگی روزانه (۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳). پرسشنامه در قالب طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود، این پرسشنامه شامل ۴۵ سؤال می‌باشد، که برخی از سؤالات آن تنها ارزش تشخیصی و درمانی دارد و نه پژوهشی، بنابراین در نمره‌گذاری آن تنها ۳۳ مورد از سؤالات منظور می‌گردد. هر ماده ارزشی بین ۱-۳ (از ندرتاً تا معمولاً) دارد و به‌استثنای ماده‌های (۲۶، ۱۱، ۱۰، ۳، ۲، ۱) که به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره کل مشکلات خواب مجموع نمره‌های تمام زیر مقیاس‌هاست و نمره هر زیر مقیاس عبارت از مجموع نمره ماده‌های مربوط به آن مؤلفه است. نمره‌های بالاتر در پرسشنامه عادات خواب به معنای مشکلات خواب بیشتر است. برآورد همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) برای زیر مقیاس‌ها برابر با ۰/۷۰ در یک نمونه (غیر بالینی) از کودکان سنین ۴ تا ۱۰ سال بود. برآورد اعتبار به روش باز آزمایی با فاصله دوهفته‌ای در محدوده ۰/۶۲ تا ۰/۷۹ قرار داشت. در ایران، روایی ابزار در پژوهش شوقی، خنجری، فرمانی و حسینی (۱۳۸۴) به روش روایی محتوا ارزیابی شد و اعتبار آن به روش باز آزمایی با فاصله دو هفته در مورد ۱۰ کودک ۶-۱۱ ساله، ۰/۹۷ تعیین شد. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه طی دو مطالعه، ۰/۷۷ و ۰/۷۹ به‌دست‌آمده است (گودلاین، و همکاران، ۲۰۰۸؛ ونز، اسپریتو و مک گوین، ۲۰۰۰، به نقل از نجفی، عطاری، مراثی و معین، ۱۳۹۰).

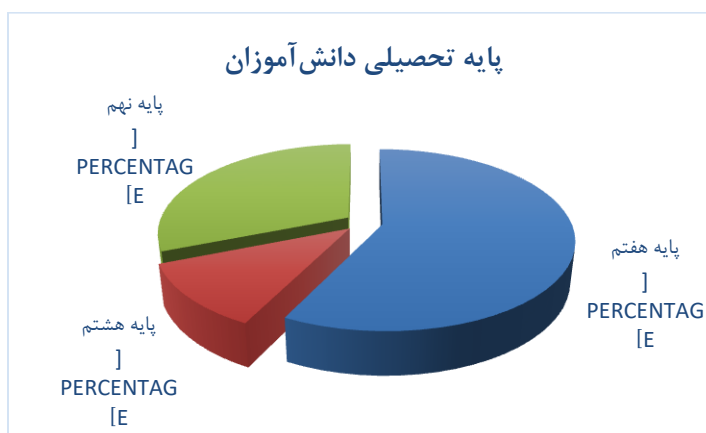
یافته‌ها

اطلاعات جمع‌آوری شده متناظر با پاسخ آزمودنی‌ها به پرسشنامه پژوهش در دو بخش مورد مطالعه قرار گرفته است. در بخش اول اطلاعات جمعیت شناختی دانش‌آموزان شرکت‌کننده در پژوهش ارائه شده است. در این بخش جداول فراوانی متناظر با پایه تحصیلی دانش‌آموزان، سن و تحصیلات والدین دانش‌آموزان شرکت‌کننده در پژوهش ارائه شده است. جدول فراوانی وضعیت پاسخ‌دهندگان به پرسشنامه از لحاظ پایه تحصیلی، بررسی شده است.

جدول ۱. فراوانی نمونه برحسب پایه تحصیلی دانش‌آموزان

پایه هفتم	فراوانی	درصد فراوانی
پایه هشتم	۱۷۳	۵۷.۴
پایه نهم	۳۵	۱۱.۶
مجموع	۳۰۲	۱۰۰

یافته‌های جدول فوق نشان داد که ۱۷۳ نفر معادل با ۵۷/۴ درصد از شرکت‌کنندگان در پژوهش دانش‌آموزان پایه هفتم، ۳۵ نفر معادل با ۱۱/۶ درصد در پایه هشتم و ۹۴ نفر معادل با ۳۱ درصد در پایه نهم مشغول به تحصیل بوده‌اند؛ نمودار دایره‌ای متناظر با پایه تحصیلی دانش‌آموزان به صورت زیر است.



نمودار (۱). نمودار دایره‌ای متناظر با پایه تحصیلی دانش‌آموزان

جدول فراوانی متناظر با تحصیلات پدر دانش‌آموزان در ادامه ارائه شده است و افراد در این جدول در مدارک تحصیلی سیکل، دیپلم، فوق‌دیپلم، لیسانس و فوق‌لیسانس و بالاتر دسته‌بندی شده‌اند.

جدول ۲. فراوانی و درصد فراوانی متناظر با تحصیلات پدر دانش‌آموزان

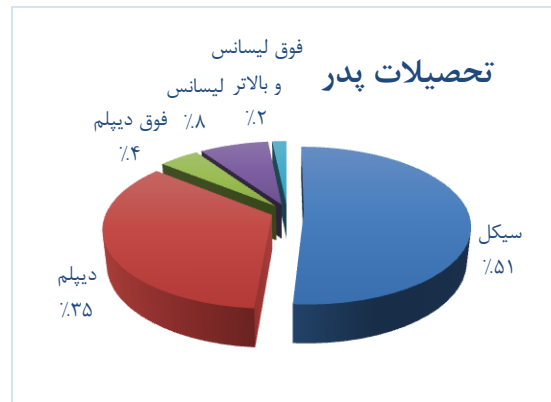
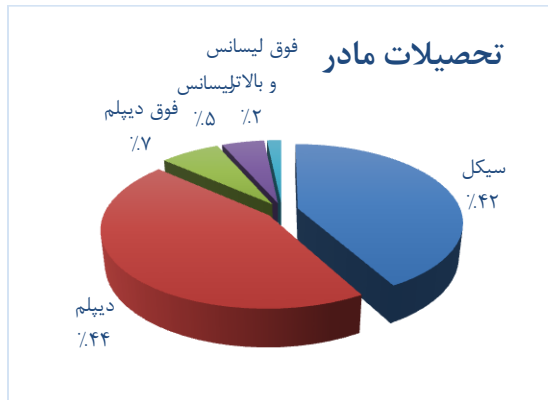
درصد فراوانی	فراوانی	
۶۰٫۱	۱۵۴	سیکل
۳۴٫۷	۱۰۵	دیپلم
۴٫۶	۱۴	فوق‌دیپلم
۷٫۹	۲۴	لیسانس
۱٫۷	۵	فوق‌لیسانس و بالاتر
۱۰۰	۳۰۲	مجموع

بر اساس یافته‌های جدول فوق حدود ۶۰ درصد از پدر دانش‌آموزان شرکت‌کننده دارای مدرک سیکل یا کمتر از دیپلم بوده‌اند. در جدول مشابه تحصیلات مادر دانش‌آموزان نشان داد که بیشترین فراوانی مربوط به مادرانی است که دارای مدرک دیپلم هستند که بیش از ۴۰ درصد از نمونه مورد مطالعه را در برمی‌گیرد.

جدول ۳. فراوانی و درصد فراوانی متناظر با تحصیلات مادر دانش‌آموزان

درصد فراوانی	فراوانی	
۴۱٫۸	۱۲۶	سیکل
۲۴٫۶	۱۳۵	دیپلم
۶٫۹	۲۱	فوق‌دیپلم
۵٫۰	۱۵	لیسانس
۱٫۷	۵	فوق‌لیسانس و بالاتر
۱۰۰	۳۰۲	مجموع

در ادامه نمودار دایره‌ای متناظر با میزان تحصیلات والدین ارائه شده است.



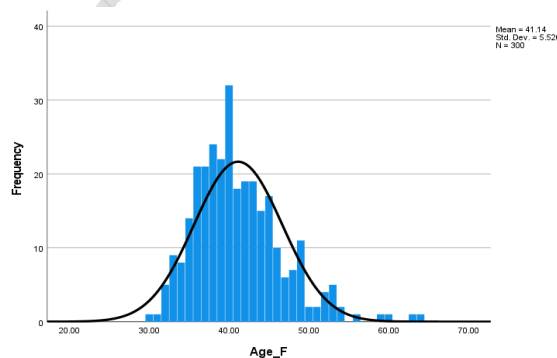
نمودار (۲). نمودار دایره‌ای متناظر با میزان تحصیلات والدین دانش‌آموزان

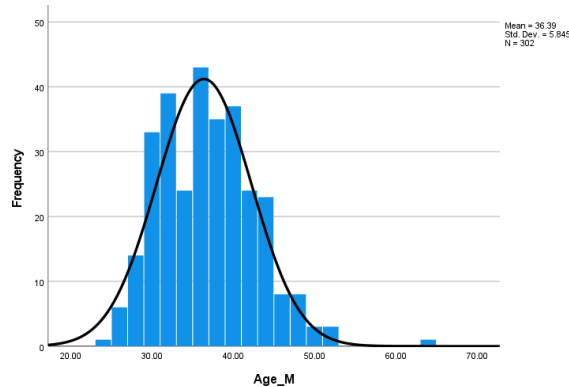
سن والدین هم در این پژوهش مورد پرسش قرار گرفته است و نتایج در جدول آمار توصیفی زیر ارائه شده است. توجه داشته باشید که در متغیر سن نوع اندازه‌گیری به صورت کمی است لذا معیارهای مرکزی و پراکندگی مربوط به سن والدین به تفکیک پدر و مادر دانش‌آموزان در جدول (۴) ارائه شد.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار سن والدین دانش‌آموزان شرکت‌کننده در پژوهش

تعداد	کمترین مقدار	بیشترین مقدار	میانگین	انحراف معیار	چولگی
۳۰۲	۳۰،۰۰	۶۴،۰۰	۴۱،۱۴	۵،۵۲	۰،۹۵۴
۳۰۲	۲۴،۰۰	۶۳،۰۰	۳۶،۳۹	۵،۸۴	۰،۵۱۹

سن والدین بین ۲۴ تا ۶۴ سال بوده است و میانگین سن مادران حدود ۵ سال کمتر از سن پدر دانش‌آموزان بوده است. میزان پراکندگی دو گروه با توجه به انحراف معیار سن آنان تقریباً برابر بوده است؛ توزیع مشاهدات در نمودار زیر ارائه شده است که تقریباً نرمال است.





نمودار (۳). نمودار هیستوگرام متناظر با سن والدین دانش‌آموزان

در این بخش، تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از شاخص‌های مرکزی همچون میانگین و شاخص‌های پراکندگی انحراف معیار انجام پذیرفته است. تعداد سؤالات و نحوه اندازه‌گیری هر یک از پرسشنامه‌های متفاوت بوده است که قطعاً در تحلیل توصیفی و مقایسه‌ای معیارهای توصیفی دارای اهمیت هستند با این حال به لحاظ ارزیابی فرضیه‌های پژوهش روند تغییرات دارای اهمیت است و موارد مذکور تأثیر در نتایج ندارند. در جدول زیر معیارهای توصیفی متغیرهای پژوهش متناسب با پاسخ دانش‌آموزان به هر یک از متغیرهای تحقیق و مؤلفه‌های مربوط به آن ارائه شده است.

جدول ۵. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

تعداد گویه	تعداد مشاهدات	کمترین مقدار	بیشترین مقدار	میانگین	انحراف معیار	چولگی
۵	۳۰۲	۰.۰۰	۱۲.۰۰	۳.۱۳	۲.۱۰	۲.۷۷
۵	۳۰۲	۰.۰۰	۱۳.۰۰	۴.۸۰	۱.۳۱	۴.۷۰
۵	۳۰۲	۰.۰۰	۱۵.۰۰	۲.۹۶	۱.۵۰	۶.۶۸
۵	۳۰۲	۰.۰۰	۲۰.۰۰	۱۷.۸۸	۳.۷۲	۲.۶۸
۵	۳۰۲	۰.۰۰	۱۰.۰۰	۱۲.۳۳	۲.۵۳	۱.۳۰
۲۵	۳۰۲	۰.۰۰	۵۷.۰۰	۴۲.۱۱	۸.۳۳	۲.۷۲
۶	۳۰۲	۴.۰۰	۱۶.۰۰	۱۱.۲۴	۲.۸۱	۰.۴۶
۱	۳۰۲	۰.۰۰	۲.۰۰	۰.۸۵	۰.۸۳	۰.۲۷
۳	۳۰۲	۱.۰۰	۷.۰۰	۳.۲۲	۱.۵۱	۰.۰۲
۴	۳۰۲	۴.۰۰	۱۴.۰۰	۶.۲۳	۲.۱۵	۰.۸۲
۳	۳۰۲	۳.۰۰	۹.۰۰	۳.۹۲	۱.۱۶	۱.۲۹
۷	۳۰۲	۷.۰۰	۱۸.۰۰	۸.۶۶	۱.۸۷	۱.۳۹
۳	۳۰۲	۳.۰۰	۹.۰۰	۳.۵۶	۱.۰۵	۲.۱۵
۸	۳۰۲	۷.۰۰	۲۰.۰۰	۱۱.۰۸	۲.۶۹	۰.۶۸
۳۵	۳۰۲	۳۱.۰۰	۷۰.۰۰	۴۶.۲۳	۸.۰۸	۰.۵۱

کمترین و بیشترین مقدار برای متغیرهای مذکور متناسب با تعداد گویه‌ها تغییر می‌کند؛ از این دو مقدار می‌توان کران تغییرات برای پاسخ آزمودنی‌ها را مورد ارزیابی قرارداد و از طرفی هرچه قدر تفاضل این دو بیشتر باشد پراکندگی پاسخ آزمودنی‌ها بیشتر است. دامنه تغییرات که از تفاضل دو شاخص فوق به دست می‌آید نشان می‌دهد که پراکندگی متغیر تجارب نامطلوب کودکی بیشتر از سایر متغیرهای تحقیق است. البته با توجه به اینکه دامنه تغییرات به شدت تحت تأثیر مشاهدات دورافتاده می‌باشد، انحراف معیار شاخص مناسب‌تری برای تعیین پراکندگی مشاهدات می‌باشد. میانگین به عنوان اساسی‌ترین معیار مرکزی مشاهدات نشان می‌دهد که میانگین موزون برای اضطراب خواب از متغیر بی‌خوابی (یا کیفیت خواب) بیشتر از سایر متغیرهای مورد مطالعه می‌باشد. البته برای تحلیل دقیق‌تر باید روش نمره‌گذاری در فصل سوم را مدنظر قرارداد. با عنایت به میانگین موزون سوءاستفاده جنسی از متغیر

تجارب نامطلوب دوران کودکی کمترین مقدار بوده است. بر اساس جدول فوق دو مؤلفه سوءاستفاده جنسی و سوءاستفاده فیزیکی از متغیر تجارب نامطلوب دوران کودکی نمره پایین‌تری نسبت به سایر مؤلفه‌ها دارند. انحراف معیار به‌عنوان مناسب‌ترین شاخص پراکندگی مشاهدات در جدول فوق نشان می‌دهد که در پرسشنامه تجارب نامطلوب کودکی پاسخ‌های ناهمگن‌تری با یکدیگر داشته‌اند و پراکندگی مشاهدات در متغیر مذکور بیشتر از سایر متغیرهای مورد مطالعه است.

قبل از ارزیابی فرضیه پژوهش نرمال بودن متغیرهای مشاهده ضروری می‌باشد. در بررسی نرمال بودن تک متغیره، وضعیت توزیع متغیرهای مشاهده‌شده موجود در مدل، یعنی مؤلفه‌های متغیرهای اصلی پژوهش، با استفاده از شاخص‌های کجی و کشیدگی مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس نظر کلاین (۲۰۰۵)، قدر مطلق مقدار بحرانی چولگی کوچک‌تر از ۳ و قدر مطلق مقدار بحرانی کشیدگی کوچک‌تر از ۷، نشان از عدم وجود مشکل داده‌ها از نظر نرمال بودن تک متغیره می‌باشد (اکبرزاده، ۱۳۹۷).

جدول ۶. بررسی نرمال یک متغیرهای پژوهش

چولگی	نتیجه	کشیدگی	نتیجه
۲,۷۷۷	تایید	۸,۸۵۷	تایید
۲,۷۰۶	تایید	۳,۵۷۱	تایید
۱,۶۸۷	تایید	۱,۶۷۱	تایید
۲,۶۸۹	تایید	۷,۲۲۱	تایید
۱,۳۰۲	تایید	۷۴۹	تایید
۰,۴۶۶	تایید	۵۰۴	تایید
۰,۲۷۳	تایید	-۱,۵۲۱	تایید
۰,۰۲۰	تایید	۰,۹۹۲	تایید
۸۲۴	تایید	۰,۲۵۵	تایید
۱,۲۹۵	تایید	۱,۵۲۲	تایید
۱,۳۹۷	تایید	۲,۸۶۸	تایید
۲,۱۵۷	تایید	۴,۷۰۲	تایید
۰,۶۸۰	تایید	۰,۰۴۵	تایید

یافته‌های جدول فوق بیانگر شرط نرمال بودن تک متغیره برای مؤلفه‌های متغیر بی‌خوابی (کیفیت خواب) در مشاهدات جمع‌آوری‌شده برقرار بوده است. برای ارزیابی فرضیه پژوهش ضریب همبستگی بین تجارب نامطلوب کودکی با کیفیت خواب (بی‌خوابی) محاسبه شده است که نتایج در ماتریس همبستگی زیر ارائه شده است.

جدول (۷). ضرایب همبستگی بین متغیرهای تجارب نامطلوب کودکی با بی‌خوابی

بی‌خوابی	سوءاستفاده عاطفی	سوءاستفاده فیزیکی	سوءاستفاده جنسی	غفلت عاطفی	غفلت جسمی	تجارب نامطلوب کودکی	بی‌خوابی
	۱						
	۵۶۴	۱					
	۰,۴۰۰	۰,۶۳۷	۱				
	۰,۴۴۵	۰,۳۳۵	۰,۳۳۵	۱			
	۰,۳۹۰	۰,۳۰۲	۰,۲۷۱	۰,۴۷۹	۱		
	۰,۴۳۳	۰,۶۰۰	۰,۵۶۲	۰,۵۳۷	۰,۶۳۵	۱	
	۰,۳۰۲	۰,۲۳۴	۰,۱۱۰	۰,۲۰۲	۰,۴۸۲	۰,۵۲۷	۱

یافته‌های جدول فوق نشان داد که ضریب همبستگی بین متغیرهای تجارب نامطلوب کودکی با بی‌خوابی ۰/۵۲۷ و سطح معناداری متناظر با آن ۰/۰۰۱ و کمتر از ۰/۰۱ می‌باشد، بنابراین افزایش تجارب نامطلوب کودکی باعث افزایش بی‌خوابی دانش‌آموزان خواهد شد و با توجه به کمتر بودن سطح معناداری این تأثیرگذاری معنادار است. ضمناً مؤلفه‌های سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده فیزیکی و غفلت عاطفی تأثیر مستقیم و معناداری بر بی‌خوابی داشته‌اند و سطح معناداری برای موارد مذکور کمتر از ۰/۰۵ بوده است؛ لذا فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه "بین تجارب نامطلوب کودکی با بی‌خوابی رابطه معناداری وجود دارد." با اطمینان ۰/۹۵ تأیید می‌گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه "بین تجارب نامطلوب کودکی با بی‌خوابی رابطه معناداری وجود دارد." با اطمینان ۰/۹۵ تأیید می‌گردد. نتایج این پژوهش با نتایج مطالعات طباطبائی و سلیمانی (۱۴۰۳)، پورعظیم، شاکر و خادمی (۱۴۰۲)، وو و همکاران (۲۰۲۴)، هیلبرانت اوپنشاو و همکاران (۲۰۲۴)، بنهام^۱ و همکاران (۲۰۲۴)، دسچ^۲ و همکاران (۲۰۲۳)، پرات^۳ (۲۰۲۳)، تائو و همکاران (۲۰۲۳)، گوا^۴ و همکاران (۲۰۲۳)، گنگ^۵ و همکاران (۲۰۲۱) و روخو-ویسار^۶ و همکاران (۲۰۲۱) همسو و همخوان می‌باشد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان نمود که رابطه بین تجارب نامطلوب کودکی و بی‌خوابی به دلیل اثرات روان‌شناختی، فیزیولوژیکی، و رفتاری این تجارب قابل تبیین است. تجارب نامطلوب کودکی مانند سوءاستفاده یا غفلت، می‌تواند سیستم استرس فرد (محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال) را بیش‌فعال کند. این اختلال به‌طور مستقیم با مشکلات خواب، مانند بی‌خوابی، مرتبط است. فعال شدن بیش‌ازحد سیستم استرس باعث افزایش هورمون‌هایی مانند کورتیزول می‌شود که چرخه خواب و بیداری را مختل می‌کند و فرد را در حالت هوشیاری مداوم قرار می‌دهد (سان^۷ و همکاران، ۲۰۲۴).

کودکانی که تجارب منفی مانند طرد شدن یا خشونت را تجربه کرده‌اند، بیشتر دچار اضطراب مزمن و نشخوار فکری می‌شوند. این اضطراب به‌طور مستقیم با بی‌خوابی در ارتباط است. نشخوارهای فکری در مورد اتفاقات گذشته یا ترس از آینده، مانع آرامش ذهنی شده و به دشواری در به خواب رفتن یا بیداری مکرر در طول شب منجر می‌شود. تجارب منفی کودکی می‌تواند تعادل سیستم‌های تنظیم‌کننده چرخه خواب و بیداری را مختل کند. این مسئله به‌خصوص در افرادی که در محیط‌های پراسترس یا غیرقابل پیش‌بینی بزرگ‌شده‌اند، مشاهده می‌شود (سیگل^۸، ۲۰۲۲).

¹ Benham

² Desch

³ Pratt

⁴ Guo

⁵ Geng

⁶ Rojo-Wissar

⁷ San

⁸ Siegel

همچنین در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان نمود که کودکان در چنین محیط‌هایی به‌جای پیروی از ریتم منظم خواب، ممکن است در حالت آماده‌باش مداوم باشند که این الگو در بزرگسالی به‌صورت بی‌خوابی مزمن بروز می‌کند. تجارب نامطلوب کودکی اغلب منجر به اختلالات روان‌شناختی مانند افسردگی یا اختلال استرس پس از سانحه می‌شود. این اختلالات از عوامل اصلی بی‌خوابی هستند. افرادی که دچار اختلال استرس پس از سانحه هستند، ممکن است کابوس‌های مکرر یا ترس از خواب را تجربه کنند، درحالی‌که افسردگی معمولاً باعث بیداری زودهنگام یا اختلال در تداوم خواب می‌شود (دسچ و همکاران، ۲۰۲۳). افرادی که در کودکی تجارب نامطلوب داشته‌اند، ممکن است حمایت اجتماعی کمتری دریافت کنند و به سبک زندگی ناسالمی روی آورند که خواب را تحت تأثیر قرار می‌دهد. رفتارهایی مانند استفاده مفرط از کافئین، مصرف مواد مخدر یا الکل، و الگوهای غذایی نامنظم که در نتیجه تنش‌های کودکی شکل می‌گیرند، خواب را مختل می‌کنند (آنگوریان^۱ و همکاران، ۲۰۲۰).

تحقیقات در حوزه روان‌شناسی خواب بیان می‌کنند که افراد با تجارب منفی کودکی، بیشتر در معرض بی‌خوابی مزمن قرار دارند. رابطه معنادار بین تجارب نامطلوب کودکی و بی‌خوابی ناشی از تأثیرات روان‌شناختی (مانند اضطراب و اختلال استرس پس از سانحه)، فیزیولوژیکی (مانند اختلال در محور استرس)، و رفتاری (مانند عادات ناسالم) است. این عوامل در تعامل با یکدیگر، چرخه خواب فرد را مختل کرده و منجر به بی‌خوابی می‌شوند (آدامز و اوپراین، ۲۰۲۳).

تجارب نامطلوب کودکی (مانند سوءاستفاده یا غفلت) باعث می‌شود که سیستم استرس بدن (محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال) بیش‌فعال شود. این شرایط می‌تواند در طول زمان چرخه خواب را مختل کند. افزایش مزمن کورتیزول (هورمون استرس) سطح هوشیاری را بالا نگه می‌دارد و مانع از ورود به مرحله خواب عمیق می‌شود و عدم تعادل در محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال باعث می‌شود بدن حتی در زمان استراحت احساس آرامش نکند (مرتضوی و همکاران، ۱۴۰۰).

تجارب نامطلوب کودکی معمولاً با مشکلات روانی مانند اضطراب و افسردگی همراه هستند که ارتباط مستقیمی با اختلالات خواب دارند و باعث اضطراب منجر به نشخوار فکری و نگرانی مداوم می‌شود که آرامش لازم برای خواب را از بین می‌برد و افسردگی ممکن است باعث بیداری زودهنگام، خواب‌آلودگی در طول روز یا خواب بی‌کیفیت شود. محیط‌های ناپایدار و پر تنش در کودکی می‌توانند تعادل طبیعی چرخه خواب و بیداری را مختل کنند. کودکان در محیط‌های پر تنش معمولاً ساعات خواب نامنظم دارند که این عادت تا بزرگسالی ادامه می‌یابد. استرس‌های کودکی باعث می‌شود بدن در وضعیت «آماده‌باش» باقی بماند و خواب آرام مختل شود (پورعظیم و همکاران، ۱۴۰۲).

همچنین در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان نمود که تجارب شدید نامطلوب کودکی، مانند سوءاستفاده یا طرد شدن، ممکن است به اختلال استرس پس از سانحه منجر شود که یکی از پیامدهای رایج آن اختلالات خواب است و کابوس‌های مکرر و ترس از خوابیدن از نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه هستند و تجربه دوباره آسیب‌های گذشته در خواب باعث بی‌خوابی یا بیدار شدن‌های مکرر می‌شود. افراد با تجارب منفی کودکی بیشتر به سمت سبک زندگی ناسالمی مانند مصرف مواد مخدر، الکل، یا کافئین برای مقابله با استرس گرایش دارند. این رفتارها خواب را مختل می‌کنند و مصرف کافئین یا مواد دیگر باعث تحریک

¹ Ungurean

سیستم عصبی می‌شود و خوابیدن را دشوارتر می‌کند همچنین رفتارهای ناسالم مانند دیر خوابیدن و استفاده از دستگاه‌های الکترونیکی، چرخه طبیعی خواب را مختل می‌کند (گوتسمن^۱ و همکاران، ۲۰۲۴).

مطالعات علمی نشان داده‌اند که کودکانی که در محیط‌های ناپایدار و پرتنش رشد می‌کنند، بیشتر به اختلالات خواب دچار می‌شوند و افزایش کورتیزول و فعالیت بیش‌ازحد محور استرس در این افراد معمولاً خواب را به شدت مختل می‌کند. تجارب نامطلوب کودکی از طریق تأثیرات روان‌شناختی (مانند اضطراب و اختلال استرس پس از سانحه)، فیزیولوژیکی (مانند افزایش کورتیزول)، و رفتاری (مانند سبک زندگی ناسالم) به بی‌خوابی منجر می‌شود. این عوامل در تعامل با یکدیگر، کیفیت و کمیت خواب را کاهش می‌دهند و اختلالات خواب طولانی‌مدتی ایجاد می‌کنند (بنهام و همکاران، ۲۰۲۴).

جامعه آماری پژوهش حاضر، محدود به دانش‌آموزان دوره اول متوسطه شهر بجنورد است و چنانچه جامعه دیگری بررسی شود، تعمیم نتایج به سایر جوامع بایستی با احتیاط صورت گیرد. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد و به علت عدم امکان انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها باید در تعمیم‌یافته‌ها احتیاط کرد. راه‌اندازی کارگاه‌های آموزشی برای والدین و معلمان با هدف آگاهی از تأثیرات تجارب نامطلوب دوران کودکی بر سلامت روانی و جسمانی دانش‌آموزان پیشنهاد می‌شود. این کارگاه‌ها می‌توانند به افراد کمک کنند تا مهارت‌های شناسایی علائم بی‌خوابی و مشکلات روانی را در دانش‌آموزان خود بهتر درک کنند. ایجاد برنامه‌های مشاوره فردی و گروهی در مدارس برای دانش‌آموزانی که با تجارب نامطلوب دوران کودکی مواجه هستند. این برنامه‌ها می‌توانند به بهبود وضعیت روانی و کاهش علائم بی‌خوابی کمک کنند. آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مانند تکنیک‌های آرام‌سازی، مدیتیشن و تنفس عمیق به دانش‌آموزان. این مهارت‌ها می‌توانند در کاهش اضطراب و بهبود کیفیت خواب دانش‌آموزان مؤثر باشند. طراحی و ایجاد فضایی حمایتی در مدارس که دانش‌آموزان احساس امنیت و راحتی کنند. این محیط می‌تواند شامل فضاهای مشاوره، گوش دادن به مشکلات دانش‌آموزان و کمک به حل مسائل عاطفی و رفتاری باشد. تشویق دانش‌آموزان به شرکت در فعالیت‌های بدنی منظم مانند ورزش‌های گروهی، پیاده‌روی یا یوگا، که می‌تواند به کاهش استرس، اضطراب و بهبود کیفیت خواب کمک کند. اجرای این پیشنهادات می‌تواند به بهبود وضعیت خواب و سلامت روانی دانش‌آموزان کمک کرده و از تأثیرات منفی تجارب نامطلوب دوران کودکی و بی‌خوابی بر زندگی آن‌ها جلوگیری کند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

اصول اخلاقی تماماً در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. همچنین همه شرکت‌کنندگان در جریان روند پژوهش بودند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه‌داشته شد.

حامی مالی

این تحقیق هیچ‌گونه کمک مالی از سازمان‌های تأمین مالی در بخش‌های عمومی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

¹ Gottesman

مشارکت نویسندگان

خود نویسنده در طراحی اجرا و نگارش همه بخش‌های پژوهش حاضر بوده است.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسنده این مقاله تعارض منافع ندارد.

منابع

- پورعظیم آذر، خدیجه؛ شاکر دولق، علی؛ خادمی، علی (۱۴۰۲). رابطه مشکلات خواب و ترومای دوران کودکی با میانجی‌گری تاب‌آوری زنان باردار. *مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه*. ۱۱ (۴)، ۶۲-۷۱.
- طباطبائی، سمانه سادات؛ سلیمانی، هاجر (۱۴۰۳). تدوین مدل ساختاری علائم اختلالات خوردن و مشکلات خواب بر اساس ترومای کودکی با میانجی‌گری ناگویی هیجانی. *روان پرستاری*، ۱۲ (۴)، ۱۴۵-۱۷۵.
- مرادزاده، شیدا و نجفی، محمود (۱۴۰۱). پیش‌بینی افسردگی بر اساس ترومای کودکی، تکانشگری و تنظیم شناختی هیجان در افراد وابسته به مواد. *اعتیاد پژوهی*، ۱۶ (۶۴)، ۲۱۹-۲۴۰.
- مرتضوی، سعیده سادات؛ فروغان، مهشید؛ حسینی، سیدعلی؛ نصیری، الهام و شهبازی، فاطمه (۱۴۰۰). عوامل منفی تأثیرگذار بر خواب سالمندان ایرانی: یک مطالعه مروری. *مجله توانبخشی*. ۲۲ (۲)، ۱۳۲-۱۵۳.
- Adams, G. J., & O'Brien, P. A. (2023). The unified theory of sleep: Eukaryotes endosymbiotic relationship with mitochondria and REM the push-back response for awakening. *Neurobiology of sleep and circadian rhythms*, 15, 100100.
- Benham, G., Charak, R., Cano-Gonzalez, I., Mena Teran, J., & Kenemore, J. (2024). Recent stressful life events and perceived stress as serial mediators of the association between adverse childhood events and insomnia. *Behavioral Medicine*, 1-12.
- Başer Baykal, N., & Erden Çınar, S. (2022). Understanding early maladaptive schemas formation with traumatic experiences in childhood: A qualitative study. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 1 (2), 1-19.
- Chen, Y., & Zhu, J. (2023). Longitudinal associations between cybervictimization and adolescent sleep problems: The role of anxiety and depressive symptoms. *Journal of interpersonal violence*, 38(3-4), 2806-2827.
- Desch, J., Bakour, C., Mansuri, F., Tran, D., & Schwartz, S. (2023). The association between adverse childhood experiences and insomnia symptoms from adolescence to adulthood: Evidence from the Add Health study. *Sleep health*, 9(5), 646-653.
- Feyzioğlu, A., Taşlıoğlu Sayiner, A. C., Özçelik, D., Tarımtay Altun, F., & Budak, E. N. (2022). The mediating role of early maladaptive schemas in the relationship between early childhood trauma and alexithymia. *Current Psychology*, 1 (2), 1-11.
- Guo, N., Weng, X., Zhao, S. Z., Zhang, J., Wang, M. P., Li, L., & Wang, L. (2023). Adverse childhood experiences on internet gaming disorder mediated through insomnia in Chinese young people. *Frontiers in public health*, 11, 1283106.
- Geng, F., Zou, J., Liang, Y., Zhan, N., Li, S., & Wang, J. (2021). Associations of positive and adverse childhood experiences and adulthood insomnia in a community sample of Chinese adults. *Sleep Medicine*, 80, 46-51.

- Gottesman, R. F., Lutsey, P. L., Benveniste, H., Brown, D. L., Full, K. M., Lee, J. M., ... & American Heart Association Stroke Council; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; and Council on Hypertension. (2024). Impact of sleep disorders and disturbed sleep on brain health: a scientific statement from the American Heart Association. *Stroke*, 55(3), e61-e76.
- Hillebrant-Openshaw, M. J., & Wong, M. M. (2024). The mediating role of sleep quality, regularity, and insomnia on the relationship between adverse childhood experiences and resilience. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 17(2), 1-11.
- Ilgin, S. E., Yanartaş, Ö., & Polat, O. (2024). The Relationship between Cyber Violence Victimization and Adverse Childhood Experiences. *European Psychiatry*, 67(S1), S584-S584.
- Omichi, C., Kaminishi, Y., Kadotani, H., Sumi, Y., Ubara, A., Nishikawa, K., ... & Ozeki, Y. (2022). Limited social support is associated with depression, anxiety, and insomnia in a Japanese working population. *Frontiers in Public Health*, 10, 981592.
- Pratt, K. J. (2023). *Relationship between insomnia symptoms and suicidal ideation: the moderating roles of adverse childhood experience and sex* (Doctoral dissertation, Memorial University of Newfoundland).
- Riemann, D., Krone, L. B., Wulff, K., & Nissen, C. (2020). Sleep, insomnia, and depression. *Neuropsychopharmacology*, 45(1), 74-89.
- Rojo-Wissar, D. M., Sosnowski, D. W., Ingram, M. M., Jackson, C. L., Maher, B. S., Alfano, C. A., ... & Spira, A. P. (2021). Associations of adverse childhood experiences with adolescent total sleep time, social jetlag, and insomnia symptoms. *Sleep medicine*, 88, 104-115.
- San, L., & Arranz, B. (2024). The night and day challenge of sleep disorders and insomnia: A narrative review. *Actas espanolas de psiquiatria*, 52(1), 45.
- Siegel, J. M. (2022). Sleep function: an evolutionary perspective. *The Lancet Neurology*, 21(10), 937-946.
- Tang, S., Ports, K.A., Zhang, K., & Lin, H. C. (2020). Adverse childhood experiences, internalizing/externalizing symptoms, and associated prescription opioid misuse: A mediation analysis. *Preventive Medicine*, 106034.
- Tao, H., Zeng, X., Hou, M., Chen, S., Shen, J., Liao, X., & Zou, C. (2023). Association of adverse childhood experiences and depression among medical students: the role of family functioning and insomnia. *Frontiers in psychology*, 14, 1134631.
- Ungurean, G., van der Meij, J., Rattenborg, N. C., & Lesku, J. A. (2020). Evolution and plasticity of sleep. *Current Opinion in Physiology*, 15, 111-119.
- Wu, M. H., Chiao, C., & Lin, W. H. (2024). Adverse childhood experience and persistent insomnia during emerging adulthood: do positive childhood experiences matter?. *BMC public health*, 24(1), 287.
- Zou, H., Huang, J., Zhang, W., Wu, J., Wu, W., & Huo, L. (2023). The effect of cyberbullying victimization and traditional bullying victimization on suicidal ideation among Chinese female college students: the role of rumination and insomnia. *Journal of affective disorders*, 340, 862-870.