نقش واسطه‌ای استحکام من در رابطهٔ بین کیفیت خواب با علائم روان‌تنی

The Mediating Role of Ego-Strength in the Relationship Between Sleep Quality and Psychosomatic Symptoms

سیده اسماء حسینی*

گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران

آزاده فرزان‌پور

کارشناسی روان‌شناسی دانشگاه الزهرا

زینب سرآبادانی

کارشناسی روان‌شناسی دانشگاه الزهرا

Seyedeh Asma Hosseini, PHD

Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.

Azadeh Farzanpour

MA in Psychology
Alzahra University

Zeinab Sarabadani

MA in Psychology
Alzahra University

چکیده

هدف این پژوهش تعیین نقش واسطه‌ای استحکام من در رابطهٔ بین کیفیت خواب و علائم روان‌تنی بود. از بین دانش‌آموزان دختر هنرستانی در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱، ۳۰۰ نفر با روش نمونه‌برداری در دسترس انتخاب شدند و شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ (بایس، رینولدز، مانک، برمن و کاپفر، ۱۹۸۹)، پرسشنامهٔ علائم روان‌تنی (لاکورت، هانتوین و دورنن، ۲۰۱۳) و پرسشنامهٔ استحکام من (بشارت، ۲۰۱۷) را تکمیل کردند. نتایج نشان داد بین علائم روان‌تنی و کیفیت خواب رابطهٔ مثبت معنادار، بین کیفیت خواب و استحکام من رابطهٔ منفی معنادار و بین علائم روان‌تنی و استحکام من رابطهٔ منفی معنادار وجود دارد. هم‌چنین، استحکام من در رابطهٔ بین کیفیت خواب و علائم روان‌تنی نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند. بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت رابطهٔ بین کیفیت خواب و علائم روان‌تنی، خطی و یک‌بُعدی نیست و استحکام من می‌تواند در رابطهٔ بین آن‌ها نقش واسطه‌ای ایفا کند.

واژه‌های کلیدی: استحکام من، کیفیت خواب، علائم روان‌تنی

Abstract

The aim of the present study was to investigate the mediating role of ego-strength in the relationship between sleep quality and psychosomatic symptoms. Among the female students of the conservatory in the academic year of 1401-1402, 300 persons were selected using the available sampling method. Participants completed the Pittsburg Sleep Quality Index (Buysse, Reynolds, Monk, Berman, & Kupfer, 1989), Psychosomatic Symptoms Questionnaire (Lacourt, Houtveen & Doornen, 2013) and Ego-Strength Scale (Besharat, 2016). Results showed there is a significant positive relationship between sleep quality and psychosomatic symptoms and both sleep quality and psychosomatic symptoms have a significant negative correlation with ego strength. Results also revealed that ego-strength mediated the relationship between sleep quality and psychosomatic symptoms.

Keywords: ego strength, sleep quality, psychosomatic symptoms

دریافت: ۱۴۰۲/۰۳/۲۱
پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۲۸

received: 11 June 2023
accepted: 18 March 2023

تلفن: ۰۹۱۹۹۶۴۱۸۳۵

Contact information: S.A.Hosseini@Alzahra.ac.ir
ORCID: 0000-0002-0548-2315

مقدمه

خواب فرایندی فیزیولوژیکی است و نقش حیاتی در سلامت جسمانی، عاطفی و روانی انسان‌ها دارد (انبسو، ابد، کسو، بته و ماله، ۲۰۲۰؛ صیدی، محمدی، خزایی، عباسی و جعفری، ۲۰۱۹). کیفیت خواب[1] که در دهه‌های اخیر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است (داونینگ، میلر، هیرشفیلد، ۲۰۲۰)، به‌عنوان رضایت فرد از جنبه‌های مختلف خواب مانند میزان سودمندی خواب[2]، تأخیر خواب[3]، مدت زمان خواب و بیداری پس از شروع خواب تعریف می‌شود (نلسون، دیویس و کاربس، ۲۰۲۲). با وجود اینکه خواب مهم‌ترین عامل برای سلامت و فعال نگه‌داشتن نوجوانان است (نوجوانان و خواب[4]، ۲۰۲۰)، مشکلات خواب بعد از بلوغ در میان نوجوانان شایع است (هایسینگ، پلسن، استارمارک، لاندروارک و سیورتسن، ۲۰۱۳).

کیفیت پایین خواب در درازمدت می‌تواند مشکلات جسمانی و روانی زیادی ایجاد کند (میشرا و دیگران، ۲۰۲۰). برای مثال می‌توان به افسردگی، اضطراب، کاهش فعالیت و عملکرد مغز (لیو و دیگران، ۲۰۱۸)، خستگی و تحریک‌پذیری (نلسون و دیگران، ۲۰۲۲) و مختل‌شدن کنش اجرایی مانند حافظهٔ کاری و مهار بازدارنده[5] اشاره کرد (وانگ و وانگ، ۲۰۱۵). هم‌چنین، الگوهای خواب ضعیف با تجارب عاطفی مختل[6] رابطهٔ قوی دارند (پارسونز، اسچافیلد، بتزیو، ورد و یانگ، ۲۰۲۱). بی‌خوابی و کیفیت خواب با درد و علائم جسمی ارتباط نزدیکی دارند (ژانگ و دیگران، ۲۰۱۲) و اختلالات خواب جسمانی‌سازی[7] را تشدید می‌کند (یونسکو، تلسمن و بدرا، ۲۰۲۱). در نوجوانان با کیفیت پایین خواب، تشدید نشخوار فکری[8] در مورد به‌خواب رفتن در طول روز یا شب منجر به برانگیختگی جسمانی در آنان می‌شود (زارعی و گراوند، ۲۰۲۱). پژوهش‌ها نشان می‌دهد بین کیفیت خواب پایین و علائم روان‌تنی[9] رابطهٔ مثبت وجود دارد (داونینگ و دیگران، ۲۰۲۰؛ ژانگ و دیگران، ۲۰۱۲؛ نلسون و دیگران، ۲۰۲۲؛ یونسکو و دیگران، ۲۰۲۱).

مختل شدن مرحلهٔ خواب رم[10] تقریباً در میان تمامی مبتلایان به علائم روان‌تنی دیده می‌شود (باوه و دیگران، ۲۰۰۷) و همه اختلالات روان‌تنی با خواب مختل رابطه دارند (گرسیا-آلبرسا و دیگران، ۲۰۱۳؛ گنون، پتیت، لتریل و مانتپلیسیر، ۲۰۰۸؛ لیما، ۲۰۱۳؛ متاس،تافیک، اسکارزا، کولهیرو و اندروسون، ۲۰۱۳). علائم روان‌تنی به‌عنوان تمایل به تجربه و ارتباط علائم فیزیکی در پاسخ به تنیدگی روانی تعریف می‌شود (سنات و دیگران، ۲۰۲۰). این اصطلاح به تلاقی عوامل روانی و زیستی مرتبط با سلامت و بیماری اشاره دارد (ژانگ و دیگران، ۲۰۱۶). این تعریف چندرشته‌ای مستلزم توجه چندجانبه به شرایط جسمانی و روانی در ارزیابی‌های روان‌تنی است. بیماران روان‌تنی به شکایات بدنی خود بیش از مشکلات روانی توجه می‌کنند و از این رو مراقبت‌های بهداشتی از طریق پزشکان را دنبال می‌کنند. علائم روان‌تنی اغلب با رفتارهای مختلف مرتبط است (لی و دیگران، ۲۰۲۰) و بین شکایات جسمانی و بیماری‌های مزمن مرتبط با تنیدگی نیز رابطه وجود دارد (آستین، جفریس، وینستون و بردی، ۲۰۲۲).

افزون بر این، علائم روان‌تنی و کیفیت خواب با استحکام من[11] مرتبط هستند؛ پژوهش‌های زیادی رابطهٔ منفی بین استحکام من و علائم روان‌تنی (پیکو، وارگا و ملار، ۲۰۱۶؛ دای‌جیسپی و دیگران، ۲۰۱۸؛ رن و دیگران، ۲۰۲۰؛ سنات و دیگران، ۲۰۲۲؛ هایفنتیس و دیگران، ۲۰۱۳الف) و رابطهٔ منفی بین استحکام من و کیفیت خواب (رن و دیگران، ۲۰۲۱؛ سمپلنیوس و ویلوبی، ۲۰۱۸؛ کارلسون، دیکسلیگیل، گرینبرگ و میوجیکابارودی، ۲۰۱۲؛ لی و دیگران، ۲۰۲۱؛ مک کیوسشن، ۲۰۱۶) را تأیید کرده است. استحکام من به دیدگاه فرد نسبت به مشکل،

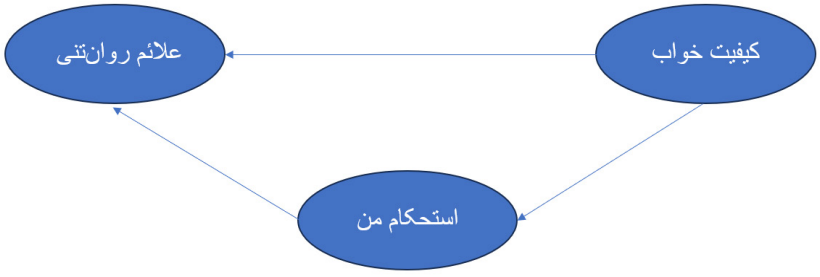
1 - sleep quality
2 - sleep efficiency
3 - sleep latency
4 - Teens and Sleep
5 - inhibitory control
6 - disturbed emotional experiences
7 - somatization
8 - rumination
9 - psychosomatic symptoms
10 - REM
11 - ego-strength

واکنش معمول او به پریشانی و توانایی سازش‌یافتگی او در موقعیت هیجانی[1] اشاره دارد (ستینری و دیگران، ۲۰۱۲). به‌عبارت دیگر، استحکام من بیانگر اثربخشی من در تنظیم انگیزه‌ها، برانگیختگی‌ها و سازش‌یافتگی با محیط است (سینق و اناند، ۲۰۱۵) و به درجه یا حالتی اطلاق می‌شود که مردم خود و دیگران را با یک نگرش پیچیده و یکپارچه در مقابل یک نگرش سطحی می‌بینند (لوئه وینگر، ۱۹۶۶). افرادی که از استحکام من بالایی برخوردارند، در جهت تحقق استعدادهای خود و تمایز درون روانی می‌کوشند و به وابستگی متقابل افراد اذعان می‌کنند. آن‌ها تعارض را قبول می‌کنند، فردیت و عینیت را گرامی می‌دارند و همنوایی را تأیید نمی‌کنند (لابوی-ویف، ۲۰۰۱).

استحکام من نوعی ویژگی شخصیتی است که در نظریه‌های فروید (۱۹۲۳) و اریکسون (۱۹۶۵) ریشه دارد. از نظر فروید (۱۹۲۳) منظور از استحکام من، توانایی من در مواجهه و مدیریت تعارض‌ها و مطالبات من، فرامن و مقتضیات محیط است. براساس نظریهٔ تحول روانی- اجتماعی اریکسون، استحکام من نوعی ویژگی است که از بدو تولد ابراز می‌شود (لی، لی و یو، ۲۰۲۱) و محصول چیرشدن بر بحران‌های تحولی و عبور موفق از یک مرحله به مرحلهٔ دیگر تحول روانی-اجتماعی است (بشارت، اسدی و تولابیان، ۲۰۱۵). فرایندی که پیامد آن رشد و استحکام من (بائر، اسچواب و مک‌آدامز، ۲۰۱۱) و شکل‌گیری هویت (کریمر، ۲۰۱۲) است.

استحکام من بر اساس مجموعه توانایی‌های روان‌شناختی فرد در تعامل با محیط و حل تعارض‌های درونی (مک‌کرا و کاستا، ۲۰۰۵)، شامل مهار من[2]، تاب‌آوری من[3]، مکانیزم‌های دفاعی[4]، راهبردهای مقابله‌ای[5] و کنش‌های شناختی[6] تعیین می‌شود (بلاک، هورویچ و گودمن، ۱۹۷۳). مقابلهٔ منفی نیز بر کیفیت خواب تأثیر منفی دارد (لی، کانگ، چن و لی، ۲۰۲۱) و سبک مقابله‌ای مثبت با کاهش شیوع کیفیت پایین خواب مرتبط است (رن و دیگران، ۲۰۲۱). شدت بالاتر علائم جسمانی با سبک دفاعی ازخودگذشتگی[7] و انتقاد از خود در بیماران همراه است. رابطهٔ بین علائم جسمانی و فرایندهای روان‌شناختی یک رابطهٔ عمومی است و به افراد مبتلا به بیماری پزشکی محدود نمی‌شود (هایفنتیس، گالیا و کرولو، ۲۰۱۳ب). توانایی حفظ ثبات من بر اساس یک مجموعهٔ نسبتا ثابت ویژگی‌های شخصیتی در توانایی حفظ سلامت روانی منعکس می‌شود (استاکرت و بورسیک، ۲۰۰۶). همچنین، متغیرهای مرتبط با استحکام من، مانند اختلالات شخصیت، خودپنداشت و کیفیت روابط موضوعی با پیامدهای بدتری همراه است (هرسوگ و دیگران، ۲۰۱۳).

تاکنون پژوهشی در زمینهٔ رابطهٔ بین کیفیت خواب و علائم روان‌تنی با نقش واسطه‌ای استحکام من صورت نگرفته است. با توجه به تأثیر متغیرهای کیفیت خواب، علائم روان‌تنی و استحکام من بر سلامت و بهزیستی افراد و همچنین اهمیت تعامل و ارتباط میان آن‌ها، هدف این پژوهش تعیین نقش واسطه‌ای استحکام من در رابطهٔ بین کیفیت خواب و علائم روان‌تنی در بین دختران نوجوان بود. مدل مفهومی پژوهش در شکل ۱ آمده است.



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

1 - emotional situation
2 - ego-control
3 - ego-resiliency
4 - defense mechanisms
5 - coping strategies
6 - cognitive functions
7 - defensive style of self-sacrifice

روش

روش این پژوهش، بنیادی از نوع همبستگی و جامعهٔ آماری دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطهٔ دورهٔ دوم هنرستان‌های دولتی شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود. در این پژوهش ۳۰۰ نفر شرکت کردند که میانگین سنی آن‌ها ۱۶/۴۸با انحراف استاندارد ۰/۹۲ سال و در دامنهٔ سنی ۱۵ تا ۱۹ سال بود که ۳۷/۴ درصد ۱۶ ساله و ۳۵/۵ درصد ۱۷ ساله بودند. ۹۹/۳ درصد از آن‌ها با خانواده و ۰/۷ درصد به تنهایی زندگی می‌کردند. شرکت‌کنندگان در رشته‌های مختلف تحصیلی در شاخه‌های حسابداری، کامپیوتر و نرم‌افزار، تصویرسازی، خیاطی و طراحی لباس و هنر فرش به روش نمونه‌برداری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش الف) رضایت داوطلب برای شرکت در پژوهش، ب) اشتغال به تحصیل در مقطع متوسطهٔ دورهٔ دوم در یکی از هنرستان‌های شهر تهران و ج) مؤنث بودن و معیارهای خروج از پژوهش الف) انصراف از ادامه پاسخگویی، ب) پاسخگویی ناقص به پرسشنامه‌ها و ج) ابتلا به بیماری‌های روان‌پزشکی بود. ابزارها توسط هر داوطلب به‌صورت فردی و در زمان تقریبی ۳۰ دقیقه تکمیل و برای کنترل اثر ترتیب و خستگی، با ترتیب‌های متفاوت ارائه شد.

مقیاس استحکام من[1] (بشارت، ۲۰۰۷). مقیاس استحکام من یک ابزار ۲۵ مادّه‌ای است که با اقتباس از ابزارهای سنجش مهار من، تاب‌آوری من، مکانیزم‌های دفاعی و راهبردهای مقابله‌ای برای اندازه‌گیری میزان توانمندی من در مهار و مدیریت موقعیت‌ها و شرایط دشوار زندگی ساخته و هنجاریابی شده است (بشارت، ۲۰۰۷). این مقیاس واکنش‌های فرد به موقعیت‌های دشوار زندگی را براساس پنج زیرمقیاس مهار من[2]، تاب‌آوری من[3]، مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته[4]، راهبردهای مقابلهٔ مسئله‌محور[5] و راهبردهای مقابلهٔ هیجان‌محور[6] مثبت در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای از ۱ (خیلی کم) تا ۵ (خیلی زیاد) می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمرهٔ آزمودنی در هر یک از زیرمقیاس‌های استحکام من، ۵ و ۲۵ است. از مجموع نمرهٔ پنج زیرمقیاس، نمرهٔ کل فرد برای استحکام من از ۲۵ تا ۱۲۵ محاسبه می‌شود. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس استحکام من در چندین پژوهش که در خلال سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۳ در نمونه‌های بیمار (۳۷۲= n) و بهنجار (۱۲۵۷= n) انجام شده‌اند، مورد بررسی و تأیید قرار گرفته‌اند (بشارت، ۲۰۰۷، ۲۰۱۶). در این پژوهش‌ها (بشارت، ۲۰۰۷، ۲۰۱۶) ضرایب آلفای کرونباخ برای مهار من ۰/۷۳ تا ۰/۷۹، تاب‌آوری من ۰/۸۰ تا ۰/۸۶، مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته ۰/۷۰ تا ۰/۸۳، راهبردهای مقابلهٔ مسئله‌محور ۰/۸۱ تا ۰/۹۰، راهبردهای مقابلهٔ هیجان‌محور مثبت ۰/۶۹ تا ۰/۸۵ و کل مقیاس استحکام من ۰/۸۹ تا ۰/۹۳ به‌دست آمد. اعتبار بازآزمایی مقیاس استحکام من برای نمونه‌های بیمار (n=۱۲۲) و بهنجار (n=۲۷۴) در دو نوبت با فاصله‌های دو تا شش‌هفته برای مهار من ۰/۶۵ تا ۰/۷۳، تاب‌آوری من ۰/۷۰ تا ۰/۸۴، مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته ۰/۷۳ تا ۰/۸۵، راهبردهای مقابلهٔ مسئله‌محور از ۰/۷۱ تا ۰/۷۸، راهبردهای مقابلهٔ هیجان‌محور مثبت ۰/۶۷ تا ۰/۸۱ و کل مقیاس استحکام من ۰/۸۳ تا ۰/۸۸ به‌دست آمد (بشارت، ۲۰۰۷، ۲۰۱۶). این ضرایب که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار هستند، اعتبار بازآزمایی مقیاس استحکام من را تأیید می‌کنند. روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی) مقیاس استحکام من از طریق اجرای همزمان مقیاس سلامت روانی[7] (بشارت، ۲۰۰۹)، مقیاس دشواری نظم‌جویی هیجان[8] (گرتز و رومر، ۲۰۰۴) و فهرست عواطف مثبت و منفی (واتسون، کلارک و تلگن، ۱۹۸۸) در مورد نمونه‌های مختلف از دو گروه بیمار و بهنجار محاسبه شد. نتایج نشان داد همبستگی این متغیر با بهزیستی روان‌شناختی[10] ۰/۳۷ و با

1 - Ego Strength Scale (ESS)
2 - my inhibition
3 - my resilience
4 - developed defensive mechanisms
5 - Problem-oriented coping strategies
6 - positive emotion-oriented coping strategies
7 - Mental Health Inventory
8 - Emotion Regulation Difficulty Scale
9 - Check List of Positive and Negative Emotions
10 - psychological well-being

درماندگی روان‌شناختی[1] ۱۱ ۰/۳۷- است. به‌همین صورت، همبستگی این متغیر با عواطف مثبت ۰/۳۷ و با عواطف منفی ۰/۳۵- بود. این ضرایب با تأیید روایی واگرا و همگرای این مقیاس در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی نیز با تعیین پنج عامل (مهار من، تاب‌آوری من، مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته، راهبردهای مقابلهٔ مسئله‌محور و راهبردهای مقابلهٔ هیجان‌محور مثبت)، روایی سازهٔ مقیاس استحکام من را مورد تأیید قرار داد (بشارت، ۲۰۰۷، ۲۰۱۶). ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه استحکام من در این پژوهش ۰/۸۹ به‌دست آمد.

پرسشنامهٔ علائم روان‌تنی[2] (لاکورت، هانتوین و دورنن، ۲۰۱۳). این پرسشنامه به‌منظور سنجش علائم روان‌تنی و محتوای آن بر اساس پرسشنامهٔ احساسات بدنی[3] تنظیم شده است (لاکورت و دیگران، ۲۰۱۳). این پرسشنامه شامل فهرستی از ۴۷ علامت است که عبارت است از: چهار علامت گوارشی، شش علامت قلبی، پنج علامت تنفسی، شش علامت خستگی جسمانی، شش علامت عضلانی-اسکلتی، شش علامت شناختی و چهارده علامت دیگر. نمره‌گذاری مادّه‌های مربوط به هر حیطه در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای اصلاً (۱)، کم (۲)، تا حدودی (۳)، زیاد (۴)، بسیار زیاد (۵) انجام می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۶ به‌دست آمد (لاکورت و دیگران، ۲۰۱۳). پژوهش‌های داخلی اعتبار این پرسشنامه را ۰/۹۲ و حساسیت و ویژگی آن را به‌ترتیب ۷۳/۸۰ ٪ و ۷۶/۲۰ ٪ گزارش کرده‌اند (شبه، فیضی، افشار، حسن‌زاده کشتلی و ادیبی، ۲۰۱۶). این پرسشنامه در ایران توسط حیدری، فیضی، رضایی، روح‌افزا و ادیبی (۲۰۲۱)، اعتباریابی شده است؛ در پژوهش حیدری و دیگران (۲۰۲۱) مادّه‌هایی با مفاهیم مشابه یا همپوشانی قابل توجه در نسخهٔ ۴۷ موردی، با هم ادغام شدند و در نهایت فهرستی با ۳۹ علامت به‌عنوان پرسشنامهٔ علائم روان‌تنی معرفی شد.

نتایج پژوهش حیدری و دیگران (۲۰۲۱) نشان داد که نسخهٔ فارسی پرسشنامهٔ علائم روان‌تنی، دارای اعتبار بازآزمایی و ثبات درونی[4] عالی است. اعتبار آن با استفاده از ضریب همبستگی درون‌طبقاتی[5] و آلفای کرونباخ ارزیابی شد. ضریب همبستگی درون‌طبقاتی همه زیرمقیاس‌ها بیش از ۰/۹ و تقریبا همه ضرایب آلفای کرونباخ بین ۰/۷ تا ۱ بود. روایی سازهٔ پرسشنامهٔ علائم روان‌تنی با استفادهٔ از تحلیل عاملی اکتشافی بررسی و با تحلیل عاملی تأییدی به‌خوبی تأیید شد (حیدری و دیگران، ۲۰۲۱). باتوجه به نتایج، نسخهٔ فارسی پرسشنامهٔ علائم روان‌تنی به خوبی افراد سالم را از بیماران تشخیص داد؛ میزان شیوع و میانگین نمرهٔ علائم روان‌تنی در بیماران بستری به‌طور معنادار بالاتر بود. با استفاده از نمودار مشخصهٔ عملکرد[6] برای تعیین نقطهٔ برش بهینه، یافته‌ها نشان داد امتیاز ۶۴/۵ دارای حساسیت ۸۰٪ و ویژگی ۶۹٪ است. این نتیجه حاکی از روایی گروه شناخته‌شده قابل قبول برای این پرسشنامه است (حیدری و دیگران، ۲۰۲۱). اعتبار پرسشنامهٔ علائم روان‌تنی در این پژوهش ۰/۹۵ به‌دست آمد.

شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ[7] (بایس، رینولدز، مانک، برمن و کاپفر ، ۱۹۸۹). این ابزار برای اندازه‌گیری کیفیت خواب در طی ماه گذشته ساخته شده و دارای هفت زیرمقیاس است: کیفیت خواب ذهنی[8]، تأخیر در به‌خواب‌رفتن[9]، طول مدت خواب[10]، میزان سودمندی خواب[11]، اختلالات خواب[12]، مصرف داروهای خواب‌آور[13] و اختلال عملکرد روزانه[14]. این هفت زیرمقیاس ۱۸ مادّه دارد؛ چهار مادّهٔ نخست به زمان به‌رختخواب رفتن، ساعات در رختخواب ماندن،

1 - psychological distress
2 - Psychosomatic Symptoms Questionnaire (PSQ-39)
3 - Bodily Sensations Questionnaires
4 - internal consistency
5 - intra-class correlation
6 - receiver operating characteristic
7 - Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI)
8 - subjective sleep quality
9 - sleep latency
10 - sleep duration
11 - habitual sleep efficiency
12- sleep disturbance
13- use of sleeping medication
14- day-time dysfunction

زمان بیدارشدن و مدت زمان واقعی خواب مربوط می‌شود. چهارده مادّهٔ بعدی در طیف لیکرت چهار درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند؛ به این شکل که به اصلاً (۰)، یک‌بار در هفته (۱)، دوبار در هفته (۲)، سه‌بار یا بیش‌تر در هفته (۳) تعلق می‌گیرد. هر یک از هفت مقیاس این شاخص نمرهٔ صفر تا ۳ را به خود اختصاص می‌دهد و نمرهٔ کل آن از حاصل‌جمع نمرهٔ مقیاس‌ها به‌دست می‌آید. نمرهٔ کل این شاخص صفر تا ۲۱ است. نمرهٔ کل کوچکتر یا مساوی ۵ نشان‌دهندهٔ کیفیت خواب کافی و نمرهٔ کل بزرگتر از ۵ نشان‌دهندهٔ کیفیت خواب ضعیف است. هرچه نمرهٔ کیفیت خواب بالاتر باشد، به معنای کیفیت خواب پایین‌تر است. به‌عبارت دیگر، نمرهٔ ۲۱ نشان‌دهندهٔ بدترین کیفیت خواب و نمرهٔ صفر نمایانگر بهترین کیفیت خواب است (باقری، شهابی، ابراهیمی و علاقه‌بند، ۲۰۰۷).

اعتبار این شاخص با حساسیت ۸۹/۶ ٪ و ویژگی ۸۶/۵ ٪ توسط بایس و دیگران (۱۹۸۹) در سطح مناسب گزارش شده است. در پژوهش برتالزی و دیگران (۲۰۱۱)، ضریب آلفای کرونباخ در هفت مقیاس ابزار ۰/۸۲ به‌دست آمد و درپژوهش کارپنتر[1] و اندری کوسکی[2] (۱۹۹۸)، همبستگی بین نمره‌های مؤلفه‌ها و نمرهٔ کلی این شاخص بررسی شد که نتایج نشان‌دهندهٔ همبستگی بالا ۰/۷ تا ۰/۸۳ بود. این مؤلفان مقدار ضریب آلفای کرونباخ این ابزار را ۰/۸۰ و برای هفت زیرمقیاس ۰/۷۰ تا ۰/۷۸ گزارش کردند (کارپنتر و اندری‌کوسکی، ۱۹۹۸ نقل از برتالزی و دیگران، ۲۰۱۱). در پژوهش افخم‌ابراهیمی و دیگران (۲۰۰۸) برای تعیین اعتبار این ابزار در نمونهٔ پژوهش، پاسخ ۳۰ بیمار که ۱۰٪ از کل نمونه را تشکیل می‌داد، با روش دو نیمه‌سازی محاسبه و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ برآورد شد و برای بررسی روایی صوری، این شاخص را در اختیار دو فوق تخصص اختلالات خواب قرار دادند که مورد تأیید قرار گرفت. اعتبار شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ در این پژوهش ۰/۷۱ به‌دست آمد.

در این پژوهش برای تعیین ارتباط بین متغیرهای پژوهش از آزمون همبستگی پیرسون و تعیین اثر واسطه‌ای از مدل‌سازی معادلات ساختاری و آزمون سوبل[3] استفاده شد.

یافته‌ها

خلاصه نتایج همبستگی متغیرهای مورد بررسی در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱
خلاصهٔ نتایج همبستگی متغیرهای پژوهش

تغیر	M	SD	۱	۲
۱. علائم روان‌تنی	۶۴/۵۶	۲۲/۸۶	-	-
۲. استحکام من	۷۱/۸۲	۱۵/۲۶	**-۰/۳۰۶	-
۳. کیفیت خواب	۸/۳۱	۳/۰۶	**۰/۶۰۹	**-۰/۲۴۳

**P<۰/۰۰۱

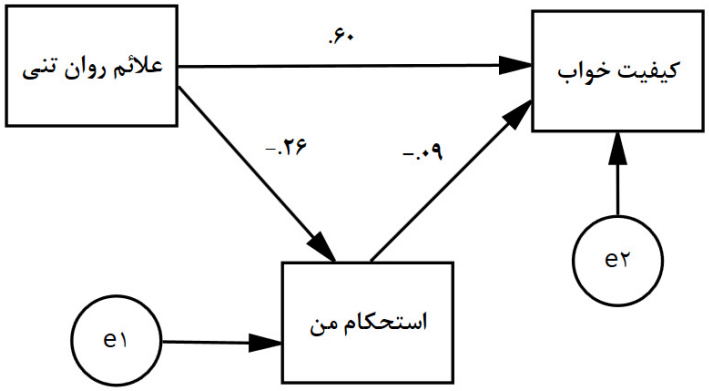
همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف استاندارد نمرهٔ علائم روان‌تنی ۲۲/۸۶±۶۴/۵۶ و در دامنهٔ ۳۹ تا ۱۶۶، میانگین و انحراف استاندارد نمرهٔ استحکام من ۱۵/۲۶±۷۱/۸۲ در دامنهٔ ۲۵ تا ۱۰۹ و میانگین و انحراف استاندارد نمرهٔ کیفیت خواب ۳/۰۶±۸/۳۱ و در دامنهٔ ۱ تا ۱۸ بود. همبستگی علائم روان‌تنی با استحکام من (r=-۰/۳۰۶ و P<۰/۰۰۱) و استحکام من با کیفیت خواب معکوس معنادار (r=-۰/۲۴۳ و P<۰/۰۰۱) و همبستگی علائم روان‌تنی با کیفیت خواب مثبت معنادار (r=+۰/۶۰۹ و P<۰/۰۰۱) به‌دست آمد (جدول ۱). خلاصه نتایج ارتباط علائم روان‌تنی و کیفیت خواب با اثر واسطه‌ای استحکام من در جدول و شکل ۲ آمده است.

1 - Carpenter, J. S.
2 - Andrykowski, M. A.
3 - Sobel

جدول۲

خلاصه نتایج ارتباط علائم روان‌تنی و کیفیت خواب با اثر واسطه‌ای استحکام من

	β	تخمین ضریب رگرسیون	SE	Z	P	آماره سوبل	P
علائم روان‌تنی ← استحکام من	-۰/۲۶	-۰/۱۸	۰/۰۴	-۴/۷۸	>۰/۰۰۱	۱/۹۹۸	۰/۰۴۶
استحکام من ← کیفیت خواب	-۰/۰۹	-۰/۰۲	۰/۰۱	-۲/۲۵	۰/۰۳۵		
علائم روان‌تنی ← کیفیت خواب	۰/۶۰	۰/۰۸	۰/۰۱	۱۳/۱۸	>۰/۰۰۱		



شکل ۲. مدل ساختاری ارتباط علائم روان‌تنی و کیفیت خواب با نقش واسطه‌ای استحکام من (ضرایب استاندارشده)

همان‌طور که در جدول و شکل ۲ دیده می‌شود، استحکام من را می‌توان به‌عنوان یک متغیر واسطه‌ای درنظر گرفت. باتوجه به معنادار بودن ارتباط این متغیر با هر دو متغیر کیفیت خواب و علائم روان‌تنی و همچنین نتیجهٔ آزمون سوبل برای متغیر واسطه‌ای می‌توان مؤثر بودن استحکام من بر رابطهٔ بین علائم روان‌تنی و کیفیت خواب را تأیید کرد (جدول ۲ و شکل ۲). با توجه به اینکه آزمون سوبل وجود اثر واسطه‌ای استحکام من در ارتباط بین علائم روان‌تنی و کیفیت خواب را نشان داد، نکته مهم میزان واسطه‌گری استحکام من بر این رابطه است. برای این موضوع بهتر است اثر جزئی و هریک از روابط ارزیابی شود. کل اثر در ارتباط بین متغیرها به‌صورت حاصل‌ضرب اثر متغیر واسطه‌ای بر روی دو متغیر (اثر غیرمستقیم) به اضافه اثر مستقیم یا همان اثر علائم روان‌تنی بر کیفیت خواب است. اثر غیرمستقیم ۰/۰۰۳۶، اثر مستقیم ۰/۰۸ و اثر کل ۰/۰۸۳۶ بود. بنابراین با تقسیم اثر غیرمستقیم بر اثر کل، میزان اثر متغیر واسطه‌ای ۴/۳۱ درصد محاسبه شد که بسیار کم است و نمی‌توان اثر استحکام من را به‌عنوان اثر واسطه‌ای مطلوب یا خیلی بالا در نظر گرفت.

بحث

هدف این پژوهش تعیین نقش واسطه‌ای استحکام من در رابطهٔ بین کیفیت خواب و علائم روان‌تنی بود. نتایج نشان داد استحکام من می‌تواند این نقش واسطه‌ای را ایفا کند و رابطهٔ علائم روان‌تنی با کیفیت خواب، مستقیم و معنادار به‌دست آمد. بین کیفیت خواب و استحکام من و بین علائم روان‌تنی و استحکام نیز رابطهٔ منفی معنادار به‌دست آمد.

یافته‌های این پژوهش در مورد رابطهٔ مثبت بین کیفیت خواب و علائم روان‌تنی با نتایج پژوهش‌های پیشین (داونینگ و دیگران، ۲۰۲۰؛ ژانگ و دیگران، ۲۰۱۲؛ نلسون و دیگران، ۲۰۲۲؛ یونسکو و دیگران، ۲۰۲۱)، همسو است. همچنین یافته‌های پژوهش‌های پیشین (رن و

دیگـران، ۲۰۲۱؛ سـمپلنیوس و ویلـوبی، ۲۰۱۸؛ کارلسـون و دیگـران، ۲۰۱۲؛ لی و دیگـران، ۲۰۲۱؛ مک‌کیوسشـن، ۲۰۱۶)، رابطهٔ منـفی بیـن اسـتحکام مـن و کیفیـت خـواب را تأییـد می‌کنـد. نتایـج ایـن پژوهـش در مـورد رابطـهٔ منفی بیـن اسـتحکام مـن و علائـم روان‌تـنی بـا پژوهش‌هـای پیشیـن (پیکـو و دیگـران، ۲۰۱۶؛ دای‌جیسـپی و دیگـران، ۲۰۱۸؛ رن و دیگـران، ۲۰۲۰؛ سـنات و دیگـران، ۲۰۲۲؛ هایفنتیـس و دیگـران، ۲۰۱۳الـف) مطابقـت دارد.

در تبییـن ایـن یافتـه کـه اسـتحکام مـن نقـش واسـطه‌ای در رابطـهٔ بیـن کیفیـت خـواب و علائـم روان‌تـنی ایفـا می‌کنـد، می‌تـوان گفـت بـا توجـه بـه اینکـه شـدت اخـتلالات خـواب بـا شـدت جسمانی‌سـازی همبسـتگی دارد و اخـتلالات خـواب به‌عنـوان عامـل زمینه‌سـاز بـرای شـکایات و مشـکلات جسـمانی آینده عمـل می‌کنـد (ژانگ و دیگـران، ۲۰۱۲)، فـردی کـه اسـتحکام مـن بـالایی دارد و در عیـن حـال بـا اخـتلال خـواب مواجـه اسـت، بهتـر می‌توانـد بـا ایـن وضعیـت کنـار بیایـد و در نتیجـه، علائـم روان‌تـنی کمتـری را تجربـه کنـد.

هم‌چنیـن، الگوهـای خـواب ضعیـف بـا تجـارب عاطـفی مختل‌شـده مرتبـط اسـت (پارسـونز و دیگـران، ۲۰۲۱). مختل‌شـدن تجـارب عاطـفی و اخـتلال در شناسـایی و بـروز مناسـب هیجانـات، می‌توانـد مشـکلات زیـادی را در سلامـت روانی افـراد ایجـاد کنـد. مشـکلات عاطـفی و رفتـاری بـا کیفیـت خـواب پاییـن، رابطـهٔ مثبت دارد (سیـو و دیگـران، ۲۰۱۹). افـزون بـر ایـن، توانـایی سـازش‌یافتگی در موقعیت‌هـای هیجـانی، در فـردی کـه اسـتحکام مـن قـوی دارد، بالاتـر اسـت (سـتینری و دیگـران، ۲۰۱۲). در نتیجـه، فـرد بـا اسـتحکام مـن قـوی، بـه دلیـل دارا بـودن مؤلفه‌هـایی ماننـد سـطوح بـالای تـاب‌آوری، بهتـر بـا مشـکلات عاطـفی سـازش می‌یابـد و ایـن امـر منجـر بـه مشـکلات خـواب و علائـم روان‌تـنی کمتـر در او می‌شـود.

در اخـتلال بی‌خـوابی، سـبک مقابلـه‌ای منـفی (از زیرمؤلفه‌هـای اسـتحکام مـن) از مهم‌تریـن عوامـل مؤثـر بـر کیفیـت خـواب اسـت (لی و دیگـران، ۲۰۲۱). افـرادی بـا سـبک مقابلـه‌ای منـفی، ممکـن اسـت از طریـق فاصله‌گرفتـن یـا انـزوای اجتمـاعی بـا تنیـدگی مواجـه شـوند کـه منجـر بـه افزایـش مشـکلات روان‌شـناختی می‌شـود و در نتیجـه بـر کیفیـت خـواب تأثیـر می‌گـذارد (رن و دیگـران، ۲۰۲۱). در مقابـل، فـردی کـه سـبک مقابلـهٔ مثبـت و در نتیجـه اسـتحکام مـن بالاتـری دارد، به‌طـور طبیـعی کیفیـت خـواب بهتـر و در نتیجـه علائـم روان‌تـنی کمتـر دارد. همـه ایـن مـوارد نشـان‌دهندهٔ اهمیـت مفهـوم اسـتحکام مـن در مباحـث روان‌شـناختی و مبیـن اثـرات روان‌شـناختی و حـتی جسـمانی فـراوان آن اسـت.

پژوهش‌هـای پیشیـن نمایانگـر رابطـهٔ مؤلفه‌هـای تشـکیل‌دهندهٔ اسـتحکام مـن بـا کیفیـت خـواب اسـت (رن و دیگـران، ۲۰۲۱؛ لی و دیگـران، ۲۰۲۱). در نتیجـه، انتظار می‌رود با داشـتن اسـتحکام مـن بالاتـر، فـرد مشـکلات خـواب کمتری را تجربـه کنـد. در مجمـوع، فـردی کـه اسـتحکام من بـالایی دارد، در همـهٔ مؤلفه‌هـای مهـار مـن، تـاب‌آوری، مکانیزم‌هـای دفـاعی، راهبردهـای مقابلـه‌ای و کنش‌هـای شـناختی وضعیت خـوبی دارد (بلاک و دیگـران، ۱۹۷۳). در نتیجـه، چنیـن فـردی در صـورتی کـه کیفیـت خـواب بـالایی هـم نداشـته باشـد، بهتـر می‌توانـد بـا ایـن وضعیـت کنـار بیایـد و علائـم روان‌تنی کمتـری را تجربـه کند.

از جملـه محدودیت‌هـای ایـن پژوهـش می‌تـوان گفـت طـرح ایـن پژوهـش از نـوع همبسـتگی بـود. در نتیجـه نمی‌تـوان بـه نتیجه‌گیـری عـلی در مـورد متغیرهـا مبـادرت کـرد. نمونـهٔ مـورد بـررسی در ایـن پژوهـش، دانش‌آمـوزان دختـر در مقطـع دبیرسـتان بـود. در تعمیـم یافته‌هـا بـه سـایر جوامـع و گروه‌هـا بایـد احتیـاط شـود. در ایـن پژوهـش صرفـاً از ابزارهـای خودگـزارش‌دهی اسـتفاده شـد و بهتـر بـود کـه بـرای نتایـج دقیق‌تـر، سـایر روش‌هـای تکمیـلی ماننـد مصاحبـه نیـز بـه کار گرفتـه می‌شـد. ایـن پژوهـش نشـان داد متغیـر اسـتحکام مـن در رابطـهٔ بیـن کیفیـت خـواب و علائـم روان‌تـنی در دانش‌آمـوزان دبیرسـتانی دختـر، نقـش واسـطه‌ای ایفـا می‌کنـد. بنابرایـن به‌کارگیـری راهکارهـایی بـرای ارتقـای اسـتحکام مـن می‌توانـد کیفیـت زنـدگی نوجوانـان را ارتقـاء بخشـد.

منابع

Afkham Ebrahimi, A., Ghale Bandi, M., Salehi, M., Kafian Tafti, A., Vakili, Y., & Akhlaghi Farsi, E. (2008). Sleep parameters and the factors affecting the quality of sleep in patients attending selected clinics of Rasoul-e-Akram Hospital. *Razi Journal of Medical Sciences*, *15*(58), 31-38.

Anbesaw, T., Abebe, H., Kassaw, C., Bete, T., & Molla, A. (2021). Sleep quality and associated factors among pregnant women attending antenatal care at Jimma Medical Center, Jimma, Southwest Ethiopia, 2020: cross-sectional study. *BioMed Central Psychiatry,* 21:469.

Austin, J. L., Jeffries, E. F., Winston III, W., & Brady, S. S. (2022). Race-related stressors and resources for resilience: Associations with emotional health, conduct problems, and academic investment among African American early adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 61*(4), 544-553.

Bagheri H., Shahabi Z., Ebrahimi H., & Alaeenejad F. (2007). The association between quality of sleep and health-related quality of life in nurses.*Hayat*,12(4),13-20.

Bauer, J. J., Schwab, J. R., & McAdams, D. P. (2011). Self-actualizing: Where ego development finally feels good? *The Humanistic Psychologist,39*(2),121-136.

Bertolazi, A. N., Fagondes, S. C. H., Santos Hoff, L., Dartora, E. G., Miozzo, L. C., Barba, M. E. F., & Barreto, S. S. M. (2011). Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh sleep quality index. *Sleep Medicine*, *12*(1), 70–75.

Besharat, M. A. (2009). Reliability and validity of a short form of the Mental Health Inventory in an Iranian population. *Iranian Journal of Forensic Medicine, 15*(2), 87-91. [In Persian].

Besharat M. A. (2017). Development and validation of ego strength scale: A preliminary study. *Journal of Psychological Science,* 15(60), 445-467. [In Persian].

Besharat, M. A. (2007). Examining the psychometric properties of the Ego Strength Scale. *Research Report. Unpublished.* [In Persian].

Besharat, M. A., Asadi, M. M., & Tavalaeyan, F. (2015). Mediating role of ego strength in the relationship between attachment styles and cognitive emotion regulation strategies. *Journal of Developmental Psychology: Iranian Psychologists, 12*(46), 119-107. [In Persian].

Boeve, B. F., Silber, M. H., Saper, C. B., Ferman, T. J., Dickson, D. W., Parisi, J. E., & Braak, H. (2007). Pathophysiology of REM sleep behaviour disorder and relevance to neurodegenerative disease. *Brain*, *130*(11), 2770-2788.

Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: *A new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Research*, *28*(2), 193–213.

Carlson, J. M., Dikecligil G, N., Greenberg, T., & Mujica-Parodi & L. R. (2012). Trait reappraisal is associated with resilience to acute psychological stress. *Journal of Research in Personality*, *46*(5), 609-613.

Cénat, J. M., Kouamou, L. N., Farahi, S. M. M. M., Darius, W. P., Dalexis, R. D., Charles, M., & Kogan, C. S. (2022). Perceived racial discrimination, psychosomatic symptoms, and resilience among black individuals in Canada: A moderated mediation model. *Journal of Psychosomatic Research, 163*, 111053.

Cramer, P. (2012). Psychological maturity and change in adult defense mechanisms. *Journal of Research in Personality, 46*(3),306-316.

Di Giuseppe, M., Ciacchini, R., Micheloni, T., Bertolucci, I., Marchi, L., & Conversano, C. (2018). Defense mechanisms in cancer patients: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research, 115*, 76-86.

Downing, M. J., Millar, B. M., & Hirshfield, S. (2020). Changes in sleep quality and associated health outcomes among gay and bisexual men living with HIV. *Behavioral Sleep Medicine, 18*(3), 406–419.

Gagnon, J. F., Petit, D., Latreille, V., & Montplaisir, J. (2008). Neurobiology of sleep disturbances in neurodegenerative disorders. *Current Pharmaceutical Design, 14*(32), 3430-3445.

García-Alberca, J. M., Lara, J. P., Cruz, B., Garrido, V., Gris, E., & Barbancho, M. Á. (2013). Sleep disturbances in Alzheimer's disease are associated with neuropsychiatric symptoms and antidementia treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 201*(3), 251-257.

Heidari, Z., Feizi, A., Rezaei, S., Roohafza, H., & Adibi, P. (2021). Psychosomatic symptoms questionnaire (PSQ-39): A psychometric study among general population of Iranian adults. *BioMed Central Psychiatry*, 21(1), 269. Retreived 25 June 2023 from https://psycnet.apa.org/record/2021-50379-001

coping styles and psychological distress among patients with insomnia disorder. *BMC Psychiatry, 21*(1), 255.

Lima, M. M. (2013). Sleep disturbances in Parkinson's disease: The contribution of dopamine in REM sleep regulation. *Sleep Medicine Reviews, 17*(5), 367-375.

Liu, Q. Q., Zhou, Z. K.,Yang, X. J., Kong, F. C., Sun, X. J., & Fan, C. Y. (2018). Mindfulness and sleep quality in adolescents: Analysis of rumination as a mediator and self-control as a moderator. *Personality and Individual Differences, 122*, 171–176.

Loevinger, J. (1966). The meaning and measurement of ego development. *American Psychologist,* 21(3), 195-206.

Matos, G., Tufik, S., Scorza, F. A., Cavalheiro, E. A., & Andersen, M. L. (2013). Sleep and epilepsy: Exploring an intriguing relationship with a translational approach. *Epilepsy & Behavior, 26*(3), 405-409.

Mccrae, R. R., & Costa, P. T. (2005). *Personality in adulthood* (2nd ed.). Lomdon: Guilford Press.

McCuistion, T. S. (2016). *The relationship between resilience and sleep quality.* Degree Master of Science Clinical Psychology. Abilene Christian University.

Mishra, A. A., Friedman, E. M., Mihalec-Adkins, B. P., Evich, C. D., Christ, S. L., & Marceau, K. (2020). Childhood maltreatment exposure and physical functional limitations in late adulthood: Examining subjective sleep quality in midlife as a mediator. *Psychology & Health*, *35*(5), 573–592.

Nelson, K. L., Davis, J. E., Corbett, C. F. (2022). Sleep quality: An evolutionary concept analysis. *Nursing Forum*, *57*(1), 144-151.

Parsons, C. E., Schofield, B., Batziou, S. E., Ward, C., & Young, K. S. (2021). Sleep quality is associated with emotion experience and adaptive regulation of positive emotion: An experience sampling study. *Journal of Sleep Research, 31*(4), e13533.

Piko, B. F., Varga, S., & Mellor, D. (2016). Are adolescents with high self-esteem protected from psychosomatic symptomatology? *European Journal of Pediatrics, 175*, 785-792.

Ran, L., Wang, W., Ai, M., Kong, Y., Chen, J., & Kuang, Li. (2020). Psychological resilience, depression, anxiety, and somatization symptoms in response to COVID-19: A study of the general population in China at the peak of its epidemic. *Social Science & Medicine, 262*, 113261.

Hersoug, A. G., Høglend, P., Gabbard, G. O., & Lorentzen, S. (2013). The combined predictive effect of patient characteristics and alliance on long-term dynamic and interpersonal functioning after dynamic psychotherapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *20*(4), 297-307.

Hyphantis, T. N., Taunay, T. C., Macedo, D. S., Soeiro-de-Souza, M. G., Bisol, L. W., Fountoulakis, K. N., Lara, D. N., & Carvalho, A. F. (2013a). Affective temperaments and ego defense mechanisms associated with somatic symptom severity in a large sample. *Journal of Affective Disorders*, *150*(2), 481-489.

Hyphantis, T., Goulia, P., & Carvalho, A, F. (2013b). Personality traits, defense mechanisms and hostility features associated with somatic symptom severity in both health and disease. *Journal of Psychosomatic Research, 75* (4), 362-369.

Hysing, M., Pallesen, S., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., & Sivertsen, B. (2013). Sleep patterns and insomnia among adolescents: A population-based study. *Journal of Sleep Research*, *22*(5), 549–556.

Ionescu, C, G., Talasman, A, A., & Badarau, I, A. (2021). Somatization and sleep quality on patients with comorbid anxiety/depression. Maedica – *a Journal of Clinical Medicine*, *16*(2), 246-254.

Labouvie-Vief, G. (2001). Ego development in adulthood. In N. J. Smelser & P. B. Baltes (Eds.), *International encyclopedia of the social and behavioral sciences* (pp. 4361-4365). Oxford: Elsevier.

Lacourt, T., Houtveen, J., & Doornen, L. V. (2013). Functional somatic syndromes, one or many?": An answer by cluster analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, *74*(1), 6–11.

Lee, J. Y., Lee, Y. A., & Yoo, M. S. (2021). Development of the child's ego strength scale: An observation-based assessment of the board game behaviors in play therapy in Korea. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health,* 15, 1-17.

Li, L., Peng, T., Liu, R., Jiang, R., Liang, D., Li, X., Ni, A., Ma, H., Wei, X., Liu, H., Zhang, H., Cao, Y., Chen, Y., Zhou, B., Wang, J., Mao, X., & Yuan, Y. (2020). Development of the Psychosomatic Symptom Scale (PSSS) and assessment of its reliability and validity in general hospital patients in China. *General Hospital Psychiatry, 64*, 1-8.

Li, Y., Cong, X., Chen, S., & Li, Y. (2021). Relationships of

self-concept among adolescents: A study on gender differences. *The International Journal of Indian Psychology*, *3*(1), 46-54.

Teens and sleep (2020). Available from https://www.sleep foundation.org/articles/teens-and-sleep.

Wang, T. Y., & Wang, M. Y. (2015). Effects of sleep on executive function in children. *Advances in Psychological Science, 23*(9), 1560–1567.

Xiao, L., Zhang, Sh., Li, W., Wu, R., Wang, W., Wang, T., Guo, L., & Lu, C. (2019). The mediating effect of sleep quality on the relationship between emotional and behavioral problems and suicidal ideation. International *Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*, 49-63.

Zarei, S., & Garavand, H. (2022). Mindfulness and sleep quality in adolescents: The mediating role of rumination. Journal of Developmental Psychology: *Iranian Psychologists, 18*(70), 73-84. [In Persian].

Zhang, J., Feizi, A., Lam, S., P., Li, S. X., Tang, N. L., Yu, M. W. M., Li, A. M., & Wing, Y. K. (2012). Insomnia, sleep quality, pain, and somatic symptoms: Sex differences and shared genetic components. *International Association for the Study of Pain*, *153*, 666-673.

Zhang, L., Wang, D., Gao, R., Li, P., Zhang, W., Mao, J., Yu, L., Ding, X., & Zhang, Q. (2016). Improvement on enhanced Monte-Carlo outlier detection method. *Chemometrics and Intelligent Laboratory Systems*, *151*, 89-94.

Ren, Z., Zhang, X., Shen, Y., Li, X., He, M., Shi, H., Zhao, H., Zha, S., Qiao, S., Li, Y., Pu, Y., Fan, X., Guo, X., and Liu, H. (2021). Associations of negative life events and coping styles with sleep quality among Chinese adolescents: a cross-sectional study. *Environmental Health and Preventive Medicin*, 26,85.

Seidi, P. A., Mohammadi, H., Khazaie, H., Abasi, N. Q., & Jaffari, D. (2019). Psychometric properties of the Kurdish version of Pittsburgh sleep quality index. *Sleep Medicine, 63*,75–81.

Semplonius, T., & Willoughby, T. (2018). Psychosocial Adjustment Throughout University: A longitudinal investigation of the roles of sleep quality and emotion dysregulation. *Journal of Youth and Adolescence, 47*, 1267- 1278.

Settineri, S., Mento, C., Santoro, D., Mallamace, A., Bellinghieri, G., Savica, V., Ricciardi, B., Castellino, S., & Mallamace, D. (2012). Ego strength and health: An empiric study in hemodialysis patients. *Scientific Research*, 1328-1333 ,(12)4.

Shab, Z., Faizi, A., Afshar, H., Hassanzadeh Keshtali, A., & Adibi, P. (2016). Identifying profiles of psychosomatic disorders and their relationship with mental problems in an Iranian adult population. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, *26*(137), 82-94. [In Persian].

Singh, N., & Anand, A. (2015). Ego-strength and