

Predicting Sleep Difficulties Based on Insecure Attachment Styles regarding Mediating Role of Depression and Anxiety

Paghoshi, *F., Khanjani, Z., Hashemi, T.

Abstract

Introduction: The sleep quality and duration are important factors influencing physical and mental health. The present study aimed to investigate the relationship between insecure attachment styles and sleep problems considering the mediating role of depression and anxiety.

Method: The present study was conducted with a correlational method. The study population of was female students in the second course of 11th grade in different fields of study of Tabriz city (N=9426). The sample size was 373 according to Morgan table. They were assessed by Petersburg Sleep Quality Questionnaire (PSQI), Hazen & Shaver Adult Attachment Questionnaire, Beck Depression Inventory (BDI-II), Beck Anxiety Inventory (BAI). Data were analyzed using descriptive and inferential statistics methods (Structural Equation Modeling: SEM).

Results: The effects of avoidant and ambivalent attachment styles on depression, anxiety, and sleep problems were significant (beta coefficients were above 0.30). The indirect effects of avoidant and ambivalent attachment styles on sleep problems through depression and anxiety were significant (beta coefficients above 0.15).

Conclusion: Results demonstrated that there were significant relationships between avoidant, ambivalent insecure attachment styles and depression as well as anxiety. There was a significant relationship between depression, anxiety and sleep problems. Hence, depression and anxiety could mediate the relationship between avoidant, ambivalent insecure attachment styles and sleep problems.

Key words: Avoidance attachment style, Ambivalent attachment style, sleep problems, Depression, Anxiety.

پیش بینی مشکلات خواب بر اساس سبک‌های دلبستگی ناایمن با میانجی‌گری افسردگی و اضطراب

فریبا پاغوشی^۱، زینب خانجانی^۲، تورج هاشمی^۳

تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۹/۲۱

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۳/۰۷

چکیده

مقدمه: کیفیت و طول خواب مناسب یک عامل تاثیر گذار مهم بر سلامت جسم و روان است. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی ناایمن با مشکلات خواب با میانجی‌گری افسردگی و اضطراب انجام شد.

روش: پژوهش حاضر با توجه به نحوه گرد آوری داده‌ها، جزء تحقیقات توصیفی-همبستگی بوده و با توجه به اهداف از نوع بنیادی است که در آن روابط متغیر ملاک و متغیرهای پیش‌بین بررسی شدند. جامعه آماری این پژوهش، کلیه دانش‌آموزان دختر، در دوره دوم متوسطه کلاس یازدهم از رشته‌های مختلف شهرستان تبریز بود. حجم جامعه مورد نظر که به تعداد ۹۴۲۶ نفر بود بر اساس آن حجم نمونه به وسیله جدول مورگان به تعداد ۳۷۳ نفر انتخاب شد. ابزارهای پژوهش عبارتند از: پرسشنامه کیفیت خواب پترزبورگ (PSQI)، پرسشنامه سبک دلبستگی بزرگسالان هازن و شایور، پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II)، پرسشنامه اضطراب بک (BAI)، به منظور جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی (معادلات ساختاری SEM) استفاده شد.

یافته‌ها: اثر دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا بر افسردگی و اضطراب و مشکلات خواب با ضرایب بتای بالای ۰/۳۰ معنی‌دار است. اثر افسردگی و اضطراب بر مشکلات خواب با ضرایب بتای بالای ۰/۴۷ معنی‌دار است. اثر غیرمستقیم دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا بر مشکلات خواب به واسطه افسردگی و اضطراب با ضرایب بتای بالای ۰/۱۵ معنی‌دار است.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد بین سبک‌های دلبستگی ناایمن اجتنابی و دوسوگرا با افسردگی و اضطراب رابطه معنی‌داری وجود دارد. بین افسردگی و اضطراب با مشکلات خواب رابطه معنی‌داری وجود دارد. افسردگی و اضطراب رابطه بین سبک‌های دلبستگی ناایمن اجتنابی و اضطراب را با مشکلات خواب میانجی‌گری می‌کند.

واژه‌های کلیدی: سبک دلبستگی اجتنابی، سبک دلبستگی دوسوگرا، مشکلات خواب، افسردگی، اضطراب.

مقدمه

خواب یکی از عناصر مهم در چرخه‌های شبانه‌روزی است که با بازسازی قوای فیزیکی و روانی همراه است. از آنجا که انسان یک سوم از زندگی خود را در خواب می‌گذراند و بیش از ۳۰ درصد مردم دنیا از اختلالات خواب رنج می‌برند، می‌توان گفت که اختلالات خواب یکی از بزرگ‌ترین طبقات اختلالات روانی را تشکیل می‌دهند (۱). اختلالات خواب - بیداری^۱ به دو گروه عمده تقسیم می‌شوند که شامل بدخوابی‌ها^۲ و ناپهنجاری‌های خواب^۳ است. افراد مبتلا به انواع بدخوابی‌ها نمی‌توانند به اندازه‌ی کافی بخوابند و از کیفیت خواب خود ناراضی هستند با اینکه تمام شب را خوابیده‌اند، احساس سرحالی نمی‌کنند. بدخوابی‌ها عبارت‌اند از اختلال بی‌خوابی^۴، اختلال پرخوابی^۵، حمله خواب^۶، اختلالات خواب مرتبط با تنفس^۷ و اختلالات خواب - بیداری ریتم شبانه‌روزی^۸ (۲). ناپهنجاری‌های خواب شامل رویدادهای رفتاری یا فیزیولوژیایی ناپهنجاری هستند که در جریان خواب رخ می‌دهند (۳). ناپهنجاری‌های خواب عبارت‌اند از اختلالات برانگیختگی خواب بدون حرکت سریع چشم^۹، اختلال کابوس^{۱۰}، اختلال رفتار خواب با حرکت سریع چشم^{۱۱}، نشانگان پای بی‌قرار^{۱۲} و اختلال خواب ناشی از مواد / دارو^{۱۳} (۴). عوامل بسیاری در ایجاد اختلالات خواب مؤثرند اما تأکید بر دل بستگی بیش از موارد دیگر است. نظریه‌ی دل بستگی^{۱۴} که اولین بار توسط بالبی مطرح شد در اصل بر تأکید روابط اولیه مراقب - کودک بر تحول هیجانی کودک تمرکز می‌کند (۵). در دسترس بودن و قابل حصول بودن مراقب حساس با سبک دل بستگی ایمن^{۱۵} رابطه دارد که اساساً با تنظیم مؤثر هیجان توصیف می‌شود. نبود مراقب

حساس منجر به سبک دل بستگی نایمن^{۱۶} می‌شود که تا حد زیادی با راهبردهای غیرمؤثر برای تحقق نیازها رابطه دارد. سبک‌های دل بستگی نایمن به سه گروه متمایز می‌شوند: نایمن دوسوگرا^{۱۷}، نایمن اجتنابی^{۱۸} و نایمن سازمان نیافته^{۱۹} (آشفته) (۶). تنظیم خواب و بیداری که اصولاً به رشد شبکه‌های زیستی^{۲۰} متکی است تا حدی از طریق ارتباط بین مادر - کودک تنظیم می‌شود. از دیدگاه نظریه دل بستگی، جدایی در زمان خواب و از چهره دل بستگی^{۲۱} در طول بیداری‌های شبانه، موارد اضطراب برانگیزی برای کودک محسوب می‌شوند (۷). سیستم دل بستگی در شرایطی فعال می‌شود که آسیب‌پذیری نسبت به خطر افزایش یابد، از جمله تاریکی و تنهایی. پیوندهای دل بستگی این آسیب‌پذیری را که در حین خواب فرد رخ می‌دهد، کاهش می‌دهد (۸). مشکلات خواب در افسردگی^{۲۲} و اختلالات اضطرابی بسیار شایع و آسیب‌رسان هستند (۹). افسردگی مستقیماً موجب بی‌خوابی می‌شود و با کاهش فعالیت فرد موجب بی‌خوابی بیشتر می‌گردد (۱۰). افسردگی عبارت است از خلق افسرده یا فقدان علاقه و لذت تقریباً در تمام فعالیت‌ها، کاهش انرژی، تغییرات در اشتها یا وزن، اختلال در خواب، خستگی، احساس بی‌ارزشی یا گناه، مشکل در فکر کردن، تمرکز کردن یا تصمیم گرفتن، افکار مکرر خودکشی یا مرگ (۴). آشفتگی‌های خواب با افسردگی و نیز با نشانه‌های وهله‌های افسردگی اساسی رابطه دارد (۱۱). همچنین مشکلات خواب یک عامل خطر برای ایجاد وهله‌های جدید افسردگی یا اضطراب در افرادی محسوب می‌شود که قبلاً بهبود یافته‌اند (۹). اضطراب^{۲۳} یک احساس پیچیده از ترس، تنش یا بی‌تابی و بی‌قراری است که فرد احساس خطر می‌کند یا یک رویداد خطرناک را پیش‌بینی می‌کند و انتظار آن را دارد (۲). اضطراب ممکن است با همراهی برانگیختگی موجب بی‌خوابی شود (۱۲). برانگیختگی بیش از حد فیزیولوژیکی همراه با هشیاری شناختی دلالت بر پاتوفیزیولوژی^{۲۴}

1. sleep- wake disorders
2. dyssomnia
3. parasomnia
4. insomnia disorder
5. hypersomnolence disorders
6. narcolepsy
7. breathing- related sleep disorder
8. non- rapid eye movement sleep arousal disorders
9. nightmare disorder
10. rapid eye movement sleep behavior disorder
11. restless legs syndrome
12. substance imedication- induced sleep disorder
13. attachment theory
14. securely attachment

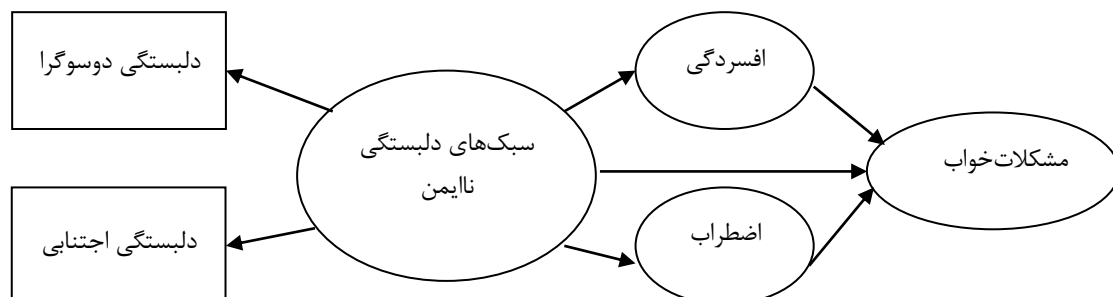
15. insecurely attachment
16. insecure- ambivalent
17. insecure- avoidant
18. insecure-disorganized
19. biological networks
20. attachment figure
21. depressive
22. anxiety
23. pathophysiology

خواب چه مشکلات در کمیت و یا کیفیت خواب از جمله نشانه‌های مهم افسردگی و اضطراب محسوب می‌شود. فوک و همکاران در سال ۲۰۱۰ به این نتیجه رسیدند که افسردگی پیش‌بینی کننده قوی ایجاد و تداوم شکایات خواب در نمونه‌های سالمندان است (به نقل از ۱۱). تحقیقی دیگر حاکی از آن بود که مشکلات مداوم خواب در اوایل عمر با ایجاد اضطراب و اختلالات اضطرابی در طول نوجوانی و بزرگسالی رابطه دارد (۱۸). بررسی تحقیقات حاکی از آن است که نایمنی دلبستگی نیز می‌تواند بر آشفته‌گی‌های خواب دامن بزند اما یافته‌های موجود در این مورد متناقض می‌باشد. در یکی از مطالعاتی که توسط نیمیا و همکاران (۱۹) در سال ۲۰۱۷ انجام شد مشخص گردید که رابطه بین بازده خواب و دلبستگی نوزاد معنادار نیست (۱۹). اما مطالعه‌ی دیگری حاکی از آن بود که دلبستگی ایمن کودکان با مشکلات خواب رابطه ضعیفی دارد (۲۰). مطالعه‌ی دیگری آشکار ساخت که دلبستگی مضطربانه (دو سوگرا) با ناهنجاری‌ها در ساختار خواب رابطه دارد (۱۳). اما سر و اثر (۷) به این نتیجه رسیدند که بین کیفیت خواب با سبک‌های دلبستگی رابطه‌ای وجود ندارد (۷). ماندر و همکاران (۸) گزارش کردند که دلبستگی مضطربانه (دو سوگرا) و دلبستگی اجتنابی با نقص در کیفیت خواب رابطه معناداری دارد (۸). بنابراین علی‌رغم پایه نظری مناسبی که برای تأثیر دلبستگی نایمن برای مشکلات خواب وجود دارد اما تحقیقات اندکی رابطه اضطراب و افسردگی را به عنوان یک عامل میانجی بین کیفیت خواب و دلبستگی نایمن بررسی کرده است به همین دلیل در این پژوهش، هدف، بررسی رابطه بین دلبستگی نایمن با مشکلات خواب به میانجی‌گری افسردگی و اضطراب است.

بدین ترتیب مدل ذیل مطرح می‌شود:

بی‌خوابی دارد و در افرادی با دلبستگی‌های اضطرابی (دوسوگرا) مشهود است (۱۳). وجود بی‌خوابی در یک چهارم از کسانی که از آن رنج می‌کشند با پیشرفت احتمالی یک اختلال اضطرابی همبسته است به طوری که کسانی که هم اضطراب و هم بی‌خوابی دارند در مقایسه با کسانی که فقط اضطراب دارند کیفیت زندگی پایین‌تری دارند (۱۴).

برخی از مطالعات حاکی از آنند که روابط نایمن اولیه بین مادر و کودک که در نهایت به دلبستگی نایمن منجر می‌شود، زمینه‌ساز بروز اضطراب و افسردگی در دوره نوجوانی و بزرگسالی است. ویلتگن و همکاران (۵) نشان دادند که بین سبک دلبستگی اجتنابی و اضطرابی (دوسوگرا) با اضطراب رابطه وجود دارد (۵). مک ماهان و همکاران در سال ۲۰۰۶ علائم افسردگی و سبک دلبستگی را در ۱۰۰ مادری که اولین بار بچه‌دار شده بودند ارزیابی کردند و مطالعاتشان نشان داد که دلبستگی اضطرابی یا دوسوگرا با افسردگی رابطه دارد (به نقل از ۱۵). بسرو پرایل در سال‌های ۲۰۰۳، ۲۰۰۵، ۲۰۰۷ (۱۶)، وای و همکاران ۲۰۰۴ در مطالعاتی که در مورد دلبستگی در بزرگسالی انجام دادند آشکار شد که بین دلبستگی ایمن و شاخص‌های پریشانی روانی مثل اضطراب و افسردگی رابطه منفی وجود دارد (به نقل از ۱۶). همچنین نتایج مطالعه‌ی روتلف و همکاران در سال ۲۰۰۶ نشان داد که دلبستگی نایمن با اضطراب، افسردگی و مشکلات درونی‌سازی در کودکی رابطه دارد (به نقل از ۱۷). در یک مطالعه مشخص شد که گروه افسرده به‌طور معناداری و با احتمال بیشتری دلبستگی نایمن دارند (۱۵). از سوی دیگر، مطالعات دیگر حاکی از آن است که افسردگی و اضطراب نیز می‌تواند نقش مؤثری در ایجاد مشکلات خواب داشته باشد. بررسی نشانه‌شناسی اضطراب و افسردگی حاکی از آن است که همواره وجود انواع مشکلات



روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر با توجه به نحوه گردآوری داده‌ها، جزء تحقیقات توصیفی - همبستگی بوده و با توجه به اهداف از نوع بنیادی است که در آن روابط متغیر ملاک و متغیرهای پیش‌بین بررسی می‌شوند.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری این پژوهش، کلیه دانش‌آموزان دختر، در دوره دوم متوسطه، کلاس یازدهم از رشته‌های مختلف شهرستان تبریز در سال تحصیلی ۹۷-۹۶ بود. حجم جامعه مورد نظر که به تعداد ۹۴۲۶ نفر بود با استفاده از جدول مورگان، حجم نمونه این پژوهش به تعداد ۳۷۳ نفر انتخاب شد. جهت انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای استفاده گردید بدین ترتیب که از بین نواحی پنجگانه تبریز، ۲ ناحیه (ناحیه ۱ و ناحیه ۲) و در هر ناحیه ۴ مدرسه و از هر مدرسه ۱ کلاس به صورت تصادفی برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند.

ابزار

۱. پرسشنامه کیفیت خواب پترزبورگ (PSQI): این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ توسط بویس و همکارانش (۲۱) در مؤسسه روان‌پزشکی پیستبورگ ساخته شد. این پرسشنامه برای سنجش کیفیت خواب طراحی و ساخته شده است. بنابراین کل پرسشنامه دارای ۱۹ آیتم است که در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه دارای ۷ زیر مقیاس است که عبارتند از: ۱. کیفیت ذهنی خواب، ۲. تأخیر در به خواب رفتن، ۳. مدت زمان خواب، ۴. میزان بازدهی خواب، ۵. اختلالات خواب، ۶. استفاده از داروهای خواب‌آور، ۷. اختلالات عملکردی روزانه. جمع نمرات ۷ زیر مقیاس که در کل بین ۰ تا ۲۱ خواهد بود و کسب نمره کل بالاتر از ۵ در کل پرسشنامه به معنی کیفیت خواب ضعیف است. بویس و همکاران انسجام درونی پرسشنامه را با استفاده از الفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آوردند (۲۱). در پژوهش حیدری و همکاران (۲۲) پایایی پرسشنامه به روش الفای کرونباخ ۰/۴۶ و به روش تصنیف ۰/۵۲ به دست آمد (۲۲). در این پژوهش انسجام درونی پرسشنامه با استفاده از الفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمد.

۲. پرسشنامه سبک دلبستگی بزرگسال هازن و شیور: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۷ توسط هازن و شیور ساخته شد.

این پرسشنامه سبک دلبستگی افراد را می‌سنجد. ۱۵ سؤال دارد که پنج ماده پرسشنامه مربوط به سبک دلبستگی ایمن، پنج ماده مربوط به سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی و پنج ماده مربوط به سبک دلبستگی ناایمن دو سوگرا می‌باشد که در اندازه‌های ۵ درجه‌ای لیکرت (۱ = خیلی کم، ۲ = کم، ۳ = متوسط، ۴ = زیاد، ۵ = خیلی زیاد) می‌سنجد. خرده مقیاسی که آزمودنی نمره بالاتری در آن کسب نماید به عنوان سبک دلبستگی فرد لحاظ می‌شود. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیر مقیاس‌های آزمون به ترتیب ۵ و ۲۵ است. هازن و شیور ۱۹۸۷ پایایی بازآزمایی کل این پرسشنامه را ۰/۸۱ و پایایی با آلفای کرونباخ را ۰/۸۷ به دست آوردند (۲۳). خا لدیان ۱۳۸۹ در پژوهشی پرسشنامه را بر روی یک نمونه ۶۰ نفری اجرا کرد و الفای کرونباخ را ۰/۸۳٪ به دست آورد که مقدار قابل توجهی می‌باشد (۲۳). در این پژوهش الفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

۳. پرسشنامه مقیاس افسردگی بک (BDI-II): پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II) شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که توسط بک، استیر و گاربین در سال ۱۹۸۸ تدوین شده است (۲۴). پرسشنامه افسردگی بک ۲۱ سؤال دارد و درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند. دامنه نمرات آن حداقل از صفر تا حداکثر ۶۳ است که نقاط برش شامل افسردگی جزئی (۱۳-۰)، افسردگی خفیف (۱۹-۱۴)، افسردگی متوسط (۲۸-۲۰) و افسردگی شدید (۶۳-۲۹) است. BDI-II نقطه برشی به عنوان عدم وجود افسردگی معرفی نمی‌کند (۲۵). برای سنجش افسردگی در نوجوانان و بزرگسالان طراحی شده است. بک و همکاران (۲۶) ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیربیمار ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. غرابی ۱۳۸۲ بر روی ۱۲۵ دانشجوی دانشگاه تهران و دانشگاه علامه طباطبایی انجام داد نتایج بیانگر الفای کرونباخ ۰/۷۸ و اعتبار بازآزمایی به فاصله دو هفته، ۰/۷۳ بود (۲۵). در این پژوهش الفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

۴. پرسشنامه مقیاس اضطراب بک (BAI): این پرسشنامه در سال ۱۹۸۸ توسط بک ساخته شده است. این پرسشنامه به طور اختصاصی شدت علائم اضطراب بالینی را در افراد می‌سنجد. پرسشنامه اضطراب بک، یک پرسشنامه

سازمان رفته، پس از دریافت معرفی‌نامه‌های جداگانه به دبیرستان‌های منتخب مراجعه کرده و با ارائه توضیحاتی در مورد طرح پژوهش، نحوه پر کردن پرسشنامه‌ها و ضرورت صداقت در پاسخ‌گویی، پرسشنامه‌ها در اختیار آموزان قرار گرفت. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، نمرات استخراج شد و با استفاده از spss مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

در این پژوهش، برای تحلیل داده‌ها از مدل‌یابی معادلات ساختاری و از نرم‌افزار AMOS استفاده شد که نتایج در زیر ارائه می‌گردد.

جهت آزمودن فرضیه‌ها و بررسی برازش مدل اندازه‌گیری شده با مدل نظری از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری (SEM) استفاده شد.

خودگزارشی است که برای اندازه‌گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان تهیه شده است. شامل ۲۱ عبارت است هر عبارت بازتاب یکی از علائم اضطراب است. در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از (۰ تا ۳) نمره‌گذاری می‌شود که شامل، اصلاً = ۰، خفیف = ۱، متوسط = ۲، شدید = ۳ است. دامنه نمرات از ۰ تا ۶۳ می‌تواند باشد که نقاط برش در دامنه‌ای از هیچ یا کمترین حد (۰-۷)، خفیف (۸-۱۵)، متوسط (۱۶-۲۵)، شدید (۲۶-۳۳) قرار می‌گیرد. ضریب همسانی درونی (ضریب آلفا) ۰/۹۲، اعتبار آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است (۲۵). در این پژوهش الفای کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمد.

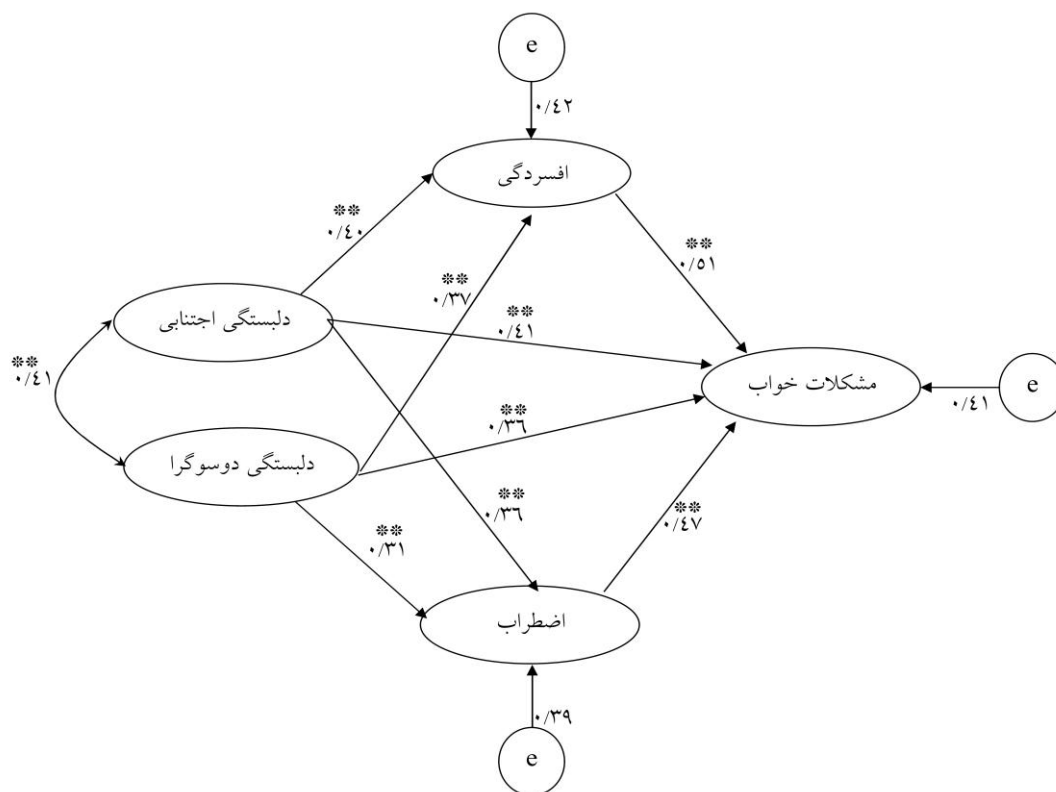
روند اجرای پژوهش: پس از تعیین حجم و انتخاب نمونه از دانشگاه معرفی‌نامه گرفته و به آموزش و پرورش کل شهرستان تبریز مراجعه و از آنجا به نواحی ۱ و ۲ آن

جدول (۱) شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیرها

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد آزمودنی‌ها
مشکلات خواب	۹/۷۵	۴/۲۵	۳۷۳
افسردگی	۱۵/۲۱	۶/۱۲	۳۷۳
اضطراب	۱۷/۳۹	۷/۱۱	۳۷۳
دلبستگی اجتنابی	۱۱/۲۱	۴/۲۶	۳۷۳
دلبستگی دوسوگرا	۱۰/۱۹	۴/۰۲	۳۷۳

جدول (۲) ماتریس همبستگی متغیرهای درون‌زاد و برون‌زاد

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵
مشکلات خواب	۱				
افسردگی	۰/۵۹ **	۱ **			
اضطراب	۰/۵۴ **	۰/۴۷ **	۱ **		
دلبستگی اجتنابی	۰/۴۴ **	۰/۴۲ **	۰/۳۹ **	۱ **	
دلبستگی دوسوگرا	۰/۳۹	۰/۴۰	۰/۳۵	۰/۴۱	۱



مدل ساختاری (۱) روابط علی - ساختاری متغیرهای درون‌زاد و برون‌زاد

TLI	NFI	CFI	AGFI	GFI	P	X ² /df	df	X ²	RMSEA
۰/۹۳	۰/۹۴	۰/۹۷	۰/۹۵	۰/۹۶	۰/۰۰۰۱	۲	۲۰۱	۴۰۲	۰/۰۳

جدول ۳) اثرات مستقیم متغیرهای برون‌زاد بر متغیرهای درون‌زاد

سطح معنی‌داری	t	ضریب ساختاری	متغیر درون‌زاد	متغیر برون‌زاد
۰/۰۰۱	۴/۷۱	۰/۳۶	مشکلات خواب	دلبستگی دوسوگرا
۰/۰۰۱	۴/۷۳	۰/۳۷	افسردگی	دلبستگی دوسوگرا
۰/۰۰۱	۴/۲۲	۰/۳۱	اضطراب	دلبستگی دوسوگرا
۰/۰۰۱	۴/۹۲	۰/۴۱	مشکلات خواب	دلبستگی اجتنابی
۰/۰۰۱	۴/۸۸	۰/۴۰	افسردگی	دلبستگی اجتنابی
۰/۰۰۱	۴/۷۰	۰/۳۶	اضطراب	دلبستگی اجتنابی
۰/۰۰۱	۶/۱۱	۰/۵۱	مشکلات خواب	افسردگی
۰/۰۰۱	۵/۸۲	۰/۴۷	مشکلات خواب	اضطراب

۴) شاخص نیکویی برازش اصلاح شده (AGFI) در حد مطلوب قرار دارد (بزرگ‌تر از ۰/۹۰).

۵) شاخص برازش تطبیقی (CFI) در حد مطلوب قرار دارد (بزرگ‌تر از ۰/۹۰).

۶) شاخص برازش هنجارشده (NFI) در حد مطلوب قرار دارد (بزرگ‌تر از ۰/۹۰).

۷) شاخص توکر - لوئیس (TLI) در حد مطلوب قرار دارد (بزرگ‌تر از ۰/۹۰).

مندرجات مدل ساختاری ۱ نشان می‌دهد که مدل اندازه‌گیری شده با مدل نظری برازش مطلوب دارد، چرا که مهمترین شاخص‌های برازش، از نظر کمی در حد مطلوب واقع شده‌اند که به شرح ذیل است:

۱) ریشه میانگین مجذور خطای برآورد (RMSEA) در حد مطلوب (کمتر از ۰/۰۵) قرار دارد.

۲) نسبت X^2/df در حد مطلوب (کمتر از ۵) قرار دارد.

۳) شاخص نیکویی برازش (GFI) در حد مطلوب قرار دارد (بزرگ‌تر از ۰/۹۰).

افسردگی، اضطراب با ضریب ساختاری (۰/۴۱)، (۰/۴۰)، (۰/۳۶) از نظر آماری معنی‌دار است ($P < 0.05$) بنابراین سبک دلبستگی اجتنابی بر مشکلات خواب، افسردگی و اضطراب تأثیر دارد. اثر افسردگی و اضطراب بر مشکلات خواب با ضریب ساختاری (۰/۵۱)، (۰/۴۷) از نظر آماری معنی‌دار است.

بررسی اثرات غیرمستقیم متغیرهای برون‌زاد در تغییرات متغیر درون‌زاد: برای بررسی اثرات غیرمستقیم سبک‌های دلبستگی بر مشکلات خواب به واسطه افسردگی و اضطراب از آزمون بوت استراپ به شرح جدول ۳ استفاده شد تا زمینه پاسخ‌دهی به سؤالات پژوهشی مربوطه مهیا گردد:

جدول ۴) آزمون بوت استراپ جهت بررسی اثرات غیرمستقیم متغیرهای برون‌زاد در متغیرهای درون‌زاد

متغیر برون‌زاد	متغیر واسط	متغیر درون‌زاد	بوت استراپ		مقدار سوگیری	خطای برآورد	مقدار اثر	سطح معنی‌داری
			حدپایین	حدبالا				
دلبستگی اجتنابی	افسردگی	مشکلات خواب	۰/۱۷۴۱	۰/۲۵۳۶	۰/۰۰۰۶	۰/۰۱۱	۰/۳۱	۰/۰۱
دلبستگی اجتنابی	اضطراب	مشکلات خواب	۰/۱۴۲۷	۰/۲۰۱۲	۰/۰۰۰۸	۰/۰۱۵	۰/۱۷	۰/۰۱
دلبستگی دوسوگرا	افسردگی	مشکلات خواب	۰/۱۷۲۹	۰/۲۴۳۶	۰/۰۰۰۷	۰/۰۱۲	۰/۱۹	۰/۰۱
دلبستگی دوسوگرا	اضطراب	مشکلات خواب	۰/۱۳۸۱	۰/۱۷۴۱	۰/۰۰۰۹	۰/۰۲۱	۰/۱۵	۰/۰۲

بحث

یافته‌های پژوهش نشان داد که بین سبک‌های دلبستگی نایمن (اجتنابی و دوسوگرا) و مشکلات خواب رابطه مثبت وجود دارد که همسو با یافته‌های پژوهش تروکسل و جرمین (۱۳)، ماندر و همکاران (۸) کاملیا آدامز و همکاران (۲۰) است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان داشت به رغم تغییراتی که در دوره‌ی تحول رخ می‌دهد. تجارب اولیه، تأثیر خود را بر کارکردهای آتی بر جای می‌گذارد (۲۷). خواب با تاریکی و تنهایی همراه است، در واقع به منزله یکی از موقعیت‌های فعال‌کننده نظام دلبستگی محسوب می‌شود. دلبستگی ایمن این آسیب‌پذیری را که در حین خواب فرد رخ می‌دهد، کاهش می‌دهد و باعث می‌شود که فرد خواب راحتی داشته باشد و دلبستگی نایمن عواطف و هیجانانی را برمی‌انگیزد که باعث هوشیاری فرد شده و از آنجایی که هوشیاری در تداخل با خواب قرار دارد، فرد را مستعد بی‌خوابی و مشکلات خواب می‌کند. برانگیختگی بسیار زیاد فیزیولوژیکی در ترکیب با هوشیاری شناختی در بی‌خوابی دخیل هستند و در افرادی با دلبستگی‌های اضطرابی مشهود است. سبک‌های دلبستگی که با راهبردهای به شدت فعال‌ساز در طول زمان‌های تهدید یا استرس توصیف می‌شود ممکن است فرد

بنابراین پاسخ این سؤال که آیا مدل مفهومی، مدل اندازه‌گیری شده را برازش می‌کند مثبت است.

بررسی اثرات مستقیم: جهت آزمودن فرضیه‌های پژوهش از ضرایب ساختاری مندرج در مدل ساختاری و آزمون مربوطه (t) استفاده شد که نتایج در جدول ۲ ارائه شده است:

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که اثر دلبستگی دو سوگرا در تغییرات مشکلات خواب، افسردگی، اضطراب با ضریب ساختاری (۰/۳۶)، (۰/۳۷)، (۰/۳۱) از نظر آماری معنی‌دار است ($P < 0.05$) بنابراین، سبک دلبستگی دوسوگرا در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ بر مشکلات خواب، افسردگی و اضطراب تأثیر دارد. اثر دلبستگی اجتنابی در تغییرات مشکلات خواب،

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که: (۱) اثر دلبستگی اجتنابی بر مشکلات خواب به‌واسطه افسردگی با ضریب ساختاری (۰/۲۱) در سطح $P < 0.05$ معنی‌دار است بنابراین پاسخ این سؤال که آیا افسردگی رابطه بین سبک دلبستگی نایمن اجتنابی با مشکلات خواب را میانجی‌گری می‌کند، مثبت است. (۲) اثر دلبستگی اجتنابی بر مشکلات خواب به واسطه اضطراب با ضریب ساختاری (۰/۱۷) در سطح $P < 0.05$ معنی‌دار است بنابراین پاسخ این سؤال که آیا اضطراب رابطه بین سبک دلبستگی نایمن اجتنابی با مشکلات خواب را میانجی‌گری می‌کند، مثبت است. (۳) اثر دلبستگی دوسوگرا بر مشکلات خواب به‌واسطه افسردگی با ضریب ساختاری (۰/۱۹) در سطح $P < 0.05$ معنی‌دار است بنابراین پاسخ این سؤال که آیا افسردگی رابطه بین سبک دلبستگی نایمن دوسوگرا با مشکلات خواب را میانجی‌گری می‌کند، مثبت است. (۴) اثر دلبستگی دوسوگرا بر مشکلات خواب به‌واسطه اضطراب با ضریب ساختاری (۰/۱۵) در سطح $P < 0.05$ معنی‌دار است بنابراین پاسخ این سؤال که آیا اضطراب رابطه بین سبک دلبستگی نایمن دوسوگرا با مشکلات خواب را میانجی‌گری می‌کند، مثبت است.

نوباوگانی که به گونه بی ثبات، به نیازهایشان پاسخ داده شده است، در مورد اینکه نیازهایشان در سایر موقعیت‌ها برآورده شود، مضطرب خواهند بود (۲۷).

همچنین پژوهش حاضر نشان داد که افسردگی با مشکلات خواب همبسته است. پژوهش‌های پیشین که هم‌سو با یافته‌های این پژوهش است از جمله میندل و ملترز (۲۸)؛ راجاپرکش و همکاران (۲۹)، فینان و اسمیت ۲۰۱۳؛ لاس‌تبرگ و رینالدز ۲۰۰؛ استانر ۲۰۱۰ (نقل از ۱۱). هیپوکامپ در ترشح هورمون آدرنوکورتیکوتروپیک نقش مهمی دارد و در هیپوکامپ افراد افسرده معمولاً نابهنجاری دیده می‌شود. نابهنجاری‌های هیپوکامپی معمولاً با سطح بالای کورتیزول همراه هستند. افزایش بیش از حد کورتیزول باعث می‌شود که غده‌های آدرنال بزرگ شوند و در نتیجه، فراوانی انتقال‌دهنده‌های سروتونین در مغز کاهش یابد و به دنبال آن افسردگی به وجود آید. بنابراین طبق این نظریه، عوامل استرس‌زای زندگی مقدار هورمون کورتیزول را بالا می‌برند و این کار از مقدار سروتونین می‌کاهد (۲). جلوگیری از ساخت سروتونین سبب کاهش خواب برای مدتی طولانی می‌شود (۳۰).

این پژوهش آشکار ساخت که اضطراب با مشکلات خواب همبسته است که هم‌سو با یافته‌های کندال و پیمنتل (۳۱)، گلدشتاین و همکاران (۱۸)، گریگوری و همکاران (۳۲) است. با توجه به این یافته می‌توان چنین استنباط کرد که اضطراب به زمان حال محدود نمی‌شود و می‌تواند با فکر کردن به رویدادهای احتمالی آینده تجربه شود حتی در افرادی که خواب خوبی دارند، پیش‌بینی عوامل استرس‌زای جزئی ممکن است موجب مشکلات خواب شود (۱۲). سیستم‌های دخیل در تنظیم اضطراب در تنظیم خواب نیز دخالت دارند تحقیقات تعامل فیزیولوژیک و روابط دوسویه بین اضطراب و آشفتگی خواب را نشان می‌دهند که یکی اثرات دیگری را تشدید می‌کند (۳۲). ویژگی‌های اضطراب عبارتند از احساس عدم اطمینان، درماندگی و برانگیختگی فیزیولوژیکی (۳). که با خواب سالم تداخل دارد و شخص شب‌ها سخت به خواب می‌رود. احساس اضطراب به واسطه افزایش تحریک فیزیولوژیکی باعث ایجاد اختلال در خواب می‌شود.

پژوهش حاضر نشان داد که افسردگی رابطه بین سبک‌های دلبستگی ناایمن (دوسوگرا و اجتنابی) را با مشکلات خواب

را مستعد مشکلات خواب کند که این امر با تأثیر بر سیستم‌های برانگیختگی و استرس و شناخت‌های مرتبط با در دسترس بودن هیجانی و فیزیکی مراقب صورت می‌گیرد (۱۳).

یافته‌های پژوهش آشکار ساخت که بین سبک‌های دلبستگی ناایمن (دوسوگرا و اجتنابی) با افسردگی رابطه وجود دارد. که هم‌سو با یافته‌های پژوهش‌های قبلی از جمله پژوهش مک ماهان و همکارانش، مردیت و نولر ۲۰۰۳ (نقل از ۱۵)، روثلف و همکاران ۲۰۰۶ (نقل از ۱۷)، ویلتگن و همکاران (۵) است. بالبی (۱۹۷۳) اختلال‌های افسردگی را تجارب بنیادین ناامیدی^۱ یا درماندگی دانست که به دلیل فقدان اولیه و ناتوانی مزمن در برقراری و حفظ روابط عاطفی پدید می‌آیند. کودکی که علی‌رغم تلاش‌های فراوان برای ارضای خواسته‌ها و انتظارات غیرواقع‌بینانه مراقب خود هیچ‌گاه به رابطه‌ای پایدار و امن دست نیافته است، مشکلات یا فقدان بعدی زندگی را به عنوان شکست دیگری در اثرگذاری خود بر محیط، به‌خصوص حفظ رابطه عاطفی تفسیر می‌کند. افسردگی در چنین کودکانی احتمالاً به شکل درماندگی است. کودک به دلیل تجربه دائمی مراقب تنبیه‌کننده یا عدم دسترسی روانشناختی احساس دوست‌داشتنی نبودن که از رفتار یا گفتار مراقب احساس می‌کند (تجربه دلبستگی اجتنابی) می‌آموزد که از دیگران انتظارات منفی و خصمانه داشته باشد تا مفید و حمایتگر. کودکان با داشتن چنین تجاربی، احتمالاً احساس بیگانگی و ناامیدی را با خود به دوران‌های بعدی منتقل می‌کنند (۲۷).

همچنین مشخص شد که بین سبک‌های دلبستگی ناایمن (دوسوگرا و اجتنابی) با اضطراب رابطه وجود دارد. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش‌های قبلی از جمله: براین هرلست و همکاران ۲۰۱۵؛ موریس ۲۰۰۷؛ روثلفس و همکاران ۲۰۰۶ (نقل از ۱۷) و بسر و پرایل ۲۰۰۸ (۱۶) هم‌سو است. بالبی ۱۹۷۳ اشاره می‌کند به بافتی که مراقب پاسخ بی‌ثبات به پیام‌های نوباوه می‌دهد، گوش به زنگی مزمن و اضطراب ممکن است یک الگوی پاسخ‌دهی را ایجاد کند که به منابع دیگر ترس (شامل ترس حاصل از چالش‌های تحولی) تعمیم یافته و بدین ترتیب کودک در برابر ایجاد اختلال‌های اضطرابی آسیب‌پذیر می‌شود. در نتیجه

1. hopelessnes

دید منفی نسبت به خود و اتکای مفرط به دیگران و ترس از ارزیابی منفی دیگران، می‌تواند در ایجاد اضطراب نقش داشته باشد (۳۸). از سوی دیگر منفی‌نگری‌های اجتناب‌گرها نسبت به دیگران و خوداتکایی مفرط آنها باعث می‌شود که این افراد با محرومیت از روابط و حمایت‌های عاطفی - اجتماعی حداقل در مواجهه با برخی تنیدگی‌های زندگی نتوانند از روش‌های مثبت و راهبردهایی سازنده استفاده کنند و همچنین راهبردهای مؤثر برای حل مشکلات را فرا بگیرد (۳۹). این خصوصیات می‌تواند تا حدودی آسیب‌پذیری این افراد را نسبت به اضطراب تبیین کند. اضطراب در انسان می‌تواند یک حالت ذهنی ناراحتی یا پاسخی فیزیولوژیکی در مغز باشد که به صورت افزایش ضربان قلب و تنش عضلانی منعکس می‌شود (۴۰). اضطراب موجب برانگیختگی و هشیاری فرد شده و خواب فرد را برهم‌زده و باعث به وجود آمدن مشکلات خواب می‌شود.

با توجه به مدل برازش یافته پژوهش دلبستگی نایمن هم به صورت غیرمستقیم (با میانجی‌گری افسردگی و اضطراب) و هم به صورت مستقیم می‌تواند باعث کاهش کیفیت خواب بشود. علی‌رغم تأثیر زیادی که مشکلات خواب در سلامت روانی دارد مطالعات اندکی که در آن دلبستگی نایمن را به عنوان متغیر پیش بین در نظر بگیرند وجود دارد. کمتر پژوهشی سه متغیر افسردگی و اضطراب و دلبستگی نایمن را در ارتباط با مشکلات خواب بررسی کرده است. بر اساس این پژوهش، آشکار شد که دلبستگی نایمن و اضطراب و افسردگی با آشفته‌گی‌های خواب رابطه دارد بنابراین می‌تواند با درمان‌های مبتنی بر دلبستگی و بهبود رابطه مادر - فرزند از ایجاد اختلالات افسردگی و اضطرابی پیشگیری نمود و در نتیجه مانع گسترش اختلالات خواب گردید. از سوی دیگر می‌توان با آموزش مادران، اقدامات مؤثری در کاهش شکل‌گیری دلبستگی‌های نایمن و به تبع آن اختلالات افسردگی، اضطراب و خواب نمود. بنابر این یافتن پاسخ برای یافته‌های متناقض و کمک به افزایش دانش موجود در این حوزه مهم و از سوی دیگر پیامدهای کاربردی این پژوهش به خوبی ضرورت و اهمیت آن را مبرهن می‌سازد.

در این پژوهش نیز مانند بسیاری از تحقیقات با محدودیت‌هایی مواجه بودیم با توجه به انجام پژوهش روی

میانجی‌گری می‌کند. بر اساس بررسی‌های انجام شده پژوهش دیگری در این زمینه یافت نشد. به نظر بالبی، ترکیب دلبستگی نایمن به مادر، بی‌نصیب ماندن کودک از عشق و محبت و از دست دادن والدین در کودکی، زمینه‌ساز یک آمایه شناختی یا طرحواره منفی می‌شود. این طرحواره که در دوران کودکی پی‌ریزی شده، باعث می‌شود شخص در تلاش خود برای برقراری روابط پایدار و مثبت نزدیک، فقدان‌هایش را شکستی دیگر در نظر بگیرد (۳۳). افرادی که دلبستگی دوسوگرا دارند اغلب از راهبردهای بیش‌فعالانه برای تنظیم پریشانی‌های احساس شده یا مورد انتظار استفاده می‌کنند. انتظار می‌رود که اضطراب درباره طرد شدن، راه‌انداز برای نشخوار فکری و رفتارهای سلطه‌پذیرانه و تسکین‌دهنده برای جلوگیری از ترک شدن باشد (۳۴). نشخوار گرایش به متمرکز ماندن بر احساسات به هنگام افسردگی و بارها فکر کردن به علت‌ها و پیامدهای افسردگی است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند افرادی که نشخوار می‌کنند، به احتمال بیشتری افسرده می‌شوند و به مدت طولانی‌تری افسرده می‌مانند (۳۵). افرادی که دلبستگی اجتنابی دارند، اغلب راهبردهای منفعلانه مانند گریز و فاصله گرفتن از افراد را استفاده می‌کنند، درباره بسیاری از موقعیت‌ها و روابط بی‌تجربه هستند این حالت باعث کاهش احساس خودکارآمدی و عزت‌نفس در مقابله با رویدادهای مختلف زندگی می‌شود و تنها راه باقی مانده یعنی نشخوار فکری را برمی‌گزینند (۳۶). که باعث به وجود آمدن افسردگی می‌شود. افسردگی هم با از بین رفتن خواب عمیق (موج آهسته) و افزایش برانگیختگی شبانه همراه است و باعث به وجود آمدن مشکلات خواب از جمله:

۱. افزایش بیداری شبانه، ۲. کاهش حجم کلی خواب،
۳. افزایش خواب REM (حرکات سریع چشم)، ۴. افزایش دمای مرکزی بدن می‌شود (۳۰).

همچنین در این پژوهش آشکار شد که اضطراب، رابطه بین سبک‌های دلبستگی نایمن (دوسوگرا و اجتنابی) را با مشکلات خواب میانجی‌گری می‌کند. بر اساس بررسی‌های انجام شده پژوهش دیگری در این زمینه یافت نشد. افراد دلبسته دوسوگرا از راهبردهای متمرکز بر هیجان، ارزیابی بیش از حد تهدید و احساس بی‌کفایتی شخصی در مدیریت استرس استفاده می‌نمایند (۳۷). ویژگی‌های دیگر این افراد

prediction of sleep disturbances and depression in older adult: Meta-analysis and systematic review. *Neuroscience and Biohevioral Review*. 15, 257-73

12. Hoffman Y, Grossman E. Sleeping with the enemy: Anxiety regarding the isis threat is relates to sleep problems. *Personality and Individual Differences*. 2017; 112: 85-9

13. Troxel, W, M; Germain, A. (2011). Insecure attachment is an independent correlate of objective sleep disturbances in military veterans. *Sleep Medicine*, 12, 860-5.

14. Cllen E, Edinger CG. *Insomnia and anxiety*. Usa: Springer. 2010.

15. Kohlhoff J, Barnett B. Parenting self-efficacy: Links with maternal depression infant behavior and adult attachment *Early Human Developmen*. 2013; 89, 249-25

16. Besser A, Preil B. Attachment depression and fear of death in older adults: The of social support. *Personality and individual differences*. 2008; 44: 1711-25

17. Chorot P, Valiente R, magaz A, Santed M, snadin B. Perceived parental child rearing and attachment as predictors of anxiety and depressive disorder symptoms in children: the mediational role of attachment. *Psychiatry Research*. 2017; 16: 31814-5

18. Goldstein TR, Bridge JA, Brent DA. Sleep disturbance preceding completed suicide in adolescents. *Journal of consulting and clinical Psychology*. 2008; 76: 84-91

19. Neemia D, Shen L, Falgoni C, Manber R, Drummond S, Newman L, Bei B. Sleep and relationship during Pregnancy: associations and mechanisms. *Journal of sleep and sleep disorders research*. 2017; A19.

20. Camellia Adams G, Stoops MA, Skomro R. Sleep tight: Exploring the relationship between sleep and attachment style across the life span. *Sleep Medicine Review*. 2014; 18: 495-507

21. Buysse D, Reynolds C, Monk T, Berman S, kupfer D. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new Instrument for psychiatric practice and Research. *Psychiatry Research*. 1989; 28: 193-213

22. Heidari A, Ehteshamzadeh P, Marashi M. Relationship between severity of insomnia, sleep quality, sleepiness and mental health disorder with educational performance in girls. *Journal of woman and culture*. 2010.

23. Vafaian M. The relationship between attachment style and social skills of pre-university students of yazd. master of science in psychology, university of Isfahan. 2006.

24. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the beck depression inventory: Clinical psychology review. 1988; 8: 77-100

25. Fathi Ashtiani A. *psychological tests personality and mental health*, Tehran: Besat. 2009.

یک جنس (دختر) نتایج تحقیق قابل تعمیم به کل جامعه نمی‌شود.

جهت تعمیم نتایج بهتر است تفاوت دو جنس در این زمینه بررسی گردد. جهت بررسی اختلالات خواب پیشنهاد می‌شود افرادی که کیفیت خواب پایین دارند به صورت آزمایشی و در آزمایشگاه خواب بررسی شوند پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از سایر روش‌های پژوهشی مانند مصاحبه و مشاهده نیز برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شود. مشابه این پژوهش بر روی جمعیت بالینی نیز بکار رود و نتایج آن با یافته‌های این پژوهش مقایسه شود. جهت تعمیم نتایج بهتر است مشابه این پژوهش در سایر گروه‌های سنی نیز اجرا گردد.

منابع

1. Stewart R, Besset A, Bebbington P, Brugha T, Lindsay J, Jenkins R, and et al. Insomnia comorbidity and impact and hypnotic use by age group in a national survey population aged 16 to 74 years. *Sleep*. 2005; 29, 1391-7.
2. Ganji m. *Abnormal psychology based on dsm-5*, Tehran: savalan. 2015.
3. Sarason IG, Sarason B. *Abnormal psychology: the problem of maladaptive behavior*, 6th ed. usa: prentice. 1929.
4. american psychiatric association. *manual of mental disorders: dsm-5, usa: wolters kluwer*. 2013
5. Wiltgen A, Arbona C, Frankel L, Christopher Frueh B.. Interpersonal trauma attachment insecurity and anxiety in an inpatient psychiatric population. *Journal of Anxiety Disorders*. 2015; 35, 82-7.
6. Pickard J, cuputi P, Grenyer BF. Mindfulness and emotional regulation as sequential mediators in the relationship between attachment security and depression. *Personality and Individual Differences*. 2016; 99: 179-83
7. Scher A, Asher R. Is attachment security related to sleep-wake regulatipn mothers reports and objective sleep recording. *Infant behavior & development*. 2004; 27: 288-302
8. Maunder R, Hunter jj, Lancee wj. The impact of attachment insecurity and sleep disturbance on symptoms and sick days in hospital-based health – care workers. *Journal of Psychosomatic Research*. 2011; 10: 11-17
9. BroN T, Bijlenga D, Kooij j, vogel sy wynchank D, Beekman A. Attention- deficit hyperactivity disorder symptoms add risk to circadian rhythm sleep problems in depression and anxiety. *Journal of affective disorders*. 2016; 200: 74-81.
10. Kashani F, Sadat Hashemi M. *sleep disorder and complementary medicine*, Tehran: heidary. 2012.
11. Ping Bao Y, Ha Y, Ma J Wang R, shi L wang T, and et al. (2017). Cooccurrence and bidirectional

26. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the beck depression inventory-II. San Antonio, TX: The psychological corporation. 2000.
27. Atkinson L, Goldberg S. Attachment issues in psychopathology & Intervention. 2003.
28. Mindell j, Meltzer L. Behavioural sleep disorders in children and adolescents. *Ann acad Med Singapore*. 2008; 37: 722-8.
29. Rajaprakash M, Kerr E, Freidlander B, Weiss sh. Sleep disorders in a sample of adopted children: A pilot study. *Children*. 2017; 1-8
30. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and sadock's synopsis of psychiatry: Lippincott Williams & wilkins. 2011.
31. Kendall PC, Pimentel SS. On the Physiological Symptom constellation in youth with generalized anxiety disorder (GAD). *J Anxiety Disord*. 2003; 17: 211-27
32. Gregory AM, Rijdsdijk FV, Lau JY et al. The direction of longitudinal associations between sleep problems and depression symptoms: a study of twins aged 8 and 10 years. *Sleep*. 2009; 32: 189-99
33. Santrock GW. Psychology 7th ed. 2003.
34. Zuroff DC, Fitzpatrick DK. Depressive personality styles: Implications for adult attachment. *Personality and Individual Differences*. 1995; 18: 253-65.
35. Comer RG. Abnormal psychology, 9th ed, 2015.
36. Oganibene TC, Collins NL. Adult attachment styles perceived social support and coping strategies. *Journal of social and Personal Relationships*. 1998; 15: 323-45.
37. Mikulincer M, Horesh N, Eliati I, Kotler M. The association between adult attachment style & mental health in extreme life-endangering conditions. *Pers Individ Dif*. 1999; 27: 831-42.
38. Riggs sh A, Han G. Predictors of anxiety and depression in emerging Adulthood. *J adult Dev*. 2009; 16: 39-52
39. Basharat MA. Construction and adjustment of the adult attachment scale, Faculty psychology and educational sciences, University of Tehran, Research project report. 2000.
40. Barlow DH, Mark Durand V. Abnormal psychology: An intergrative approach. 2014.