

ارتباط الگوی خواب با افسردگی در سه ماهه سوم بارداری (مشهد، 1380)

ریحانه بنداد*؛ زهرا عابدیان**؛ حسین حسن آبادی***؛ دکتر حبیب‌الله اسماعیلی****

چکیده

سابقه و هدف: یکی از مشکلات شایع دوران بارداری اختلالات خواب می‌باشد. اختلالات خواب می‌تواند زمینه‌ساز و پیشگویی‌کننده افسردگی باشد. افسردگی نیز از مشکلات شایع دوران بارداری است که می‌تواند در جنین و مادر و حتی، در بعد از زایمان در نوزاد و مادر تأثیرات منفی بگذارد. از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط الگوی خواب با افسردگی در سه ماهه سوم بارداری صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به روش توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی در روی 320 نفر از مادرانی که در سه ماهه سوم بارداری قرار داشتند و به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد از شهریورماه تا پایان آبان ماه 1380 مراجعه کرده بودند و بر اساس آزمون شخصیت‌سنجی ماکل فاقد شخصیت افسرده به طور معمول بودند، انجام شد. اطلاعات با استفاده از فرم‌های پرسشنامه و مصاحبه جمع‌آوری گردید. مقیاس خواب Sleep log و آزمون افسردگی بک توسط واحد پژوهش تکمیل شد. اطلاعات مربوط به مشخصات دموگرافیک و تاریخچه بارداری فعلی به صورت مصاحبه جمع‌آوری گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های تی، آنالیز واریانس یک طرفه و دوطرفه، همبستگی پیرسون و آزمون مدل خطی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج این پژوهش نشان داد نمره افسردگی واحدهای پژوهش $13/30 \pm 8/56$ و نمره کل خواب آن‌ها $26/05 \pm 8/76$ بود. همچنین نتایج حاکی از آن بود که بین نمره افسردگی با نمره کل خواب همبستگی معناداری وجود دارد ($p < 0/001$) و نیز بین نمره افسردگی با نمره کیفیت و طول مدت خواب ($p < 0/001$)، نمره بی‌خوابی ($p < 0/001$) و نمره هوشیاری در طول روز ($p < 0/001$) همبستگی آماری مثبت وجود داشت.

بحث: با توجه به وجود همبستگی بین اختلال در الگوی خواب با افسردگی در زنان در دوران بارداری پیشنهاد می‌شود که مشکلات روانی شایع دوران بارداری با دقت ارزیابی شود و برنامه‌های حمایتی از مادران باردار در ابعاد روانی و جسمی مدنظر قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: خانم‌های باردار، الگوی خواب، افسردگی، اختلال خواب.

«دریافت: بهار 1383 پذیرش: تابستان 1384»

* کارشناس ارشد مامایی.

** عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی مشهد.

*** استادیار روانشناسی بالینی دانشکده علوم تربیتی.

**** استادیار آمار زیستی دانشکده پزشکی مشهد.

مقدمه

اختلالات خلق از جمله افسردگی قبل و بعد از زایمان
همراه باشد (16 و 17).

Breslau و همکاران اظهار داشته‌اند سابقه بی‌خوابی
مهم‌ترین پیشگویی‌کننده افسردگی اساسی بعدی است و
شخصی که هیچ سابقه‌ای از افسردگی را نداشته، اما دچار
اختلال خواب می‌باشد، خطر ابتلا به افسردگی اساسی در
آینده برای او تقریباً 2 برابر است (18).

افسردگی در دوران بارداری شیوع بالایی دارد،
به طوری که 70 درصد از زنان در دوران بارداری تعدادی
از علائم افسردگی را دارا می‌باشند (1، 2 و 19).

افسردگی بعد از زایمان با افسردگی قبل از زایمان
ارتباط دارد و همچنین مهم‌ترین عامل خطر و
پیشگویی‌کننده برای خلق افسرده در دوران بعد از زایمان،
افسردگی قبل از زایمان می‌باشد (4). افسردگی نه تنها بعد
از زایمان منجر به عوارض در مادر و نوزاد می‌گردد، در
دوران بارداری نیز منجر به تولد زودرس نوزاد، وزن کم
تولد، رفتارهای سلامتی نامناسب شامل، مصرف مواد
(سیگار، الکل و مواد مخدر)، عدم مراجعه برای
مراقبت‌های دوران بارداری و ایجاد پره اکلامپسی
می‌گردد (20 و 21).

در گذشته تصور بر این بود که بارداری باعث حمایت
و پیشگیری زنان در برابر افسردگی می‌شود، در حالی که
نتایج مطالعات حاکی از آن است که نه تنها افسردگی در
سه ماهه سوم بارداری شیوع بالایی دارد، بلکه اختلال در
خواب که جزئی از بارداری طبیعی در نظر گرفته می‌شده
است و توجهی به آن نمی‌گردید، می‌تواند بر جسم و
روان مادر و نتیجه بارداری اثر گذارد و به ویژه منجر به
اختلالات خلقی همچون افسردگی گردد؛ لذا نظر به
اهمیت سلامت مادران باردار شناسایی عوامل مؤثر بر

بارداری از مهم‌ترین و حساس‌ترین دوران زندگی برای
مادر است. آرامش و آسایش روحی و روانی مادر حافظ
سلامت وی و جنین او بوده و خواب و استراحت کافی
تأمین‌کننده آن است. در خواب اعمال مهمی همچون
ذخیره انرژی، تقسیم سلول‌های پوست، مغز استخوان،
تنظیم و ترشح هورمون‌ها، تنظیم سیستم ایمنی بدن و نیز
ذخیره عملکرد روانی انجام می‌گیرد (3-1).

حدود 30 درصد مردم از اختلال خواب شاکی
هستند. 49 درصد از زنان در دوران بارداری و 56 درصد
از زنان در حول و حوش (Perimenopausal) یا بعد از
یائسگی (Postmenopausal) از بی‌خوابی (Insomnia)
رنج می‌برند (4).

اختلال خواب دارای علل متفاوتی است که از جمله
می‌توان مشکلات روانی - اجتماعی، تغییرات
فیزیولوژیک و پاتولوژیک بدن، بعضی بیماری‌ها، مصرف
یا قطع دارو و عوامل هورمونی را نام برد. از جمله
عوامل هورمونی می‌توان به حاملگی و یائسگی اشاره
کرد (5-11).

در مطالعه Suzukie در روی زنان ژاپنی 5-20
درصد زنان باردار و در مطالعه Schweiger 68 درصد
زنان باردار مشکلات خواب ناشی از ناراحتی‌های
فیزیکی دوران بارداری داشتند (12 و 13).

محرومیت از خواب در مراحل انتهایی بارداری
می‌تواند باعث توسعه و پیشرفت غم پس از زایمان
شود (14). همچنین خواب مختل شده در بارداری خلق
منفی طی روز و غم بعد از زایمان را افزایش
می‌دهد (15) و نیز اختلالات خواب در بارداری می‌تواند
با درصد بالاتری از اختلالات خواب و مهم‌تر از آن

مراجعه کننده به هر مرکز تعداد نمونه های هر مرکز تعیین و در نهایت نمونه گیری به روش مبتنی بر هدف انجام و نمونه واجد شرایط انتخاب گردید.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل فرم انتخاب واحد پژوهش (حاوی فرم مصاحبه با 13 سؤال و فرم معاینه و مشاهده با 4 سؤال در مورد معیارهای ورود و خروج) و آزمون شخصیت ماکل (شامل 132 کلمه) بود که احساس واقعی شخص را به طور معمول نشان می دهد. این آزمون مشخص کننده چند نوع شخصیت است، اما در این پژوهش شخصیت افسرده مورد نظر بوده است و کسانی که نمره شخصیت افسرده آنها بالاتر از 80 بود، از مطالعه حذف می شدند. این نمره 80 به وسیله یک آزمون جداگانه در زنان باردار در سه ماهه سوم بارداری به طور میانگین به دست می آمد. آزمون الگوی خواب (شامل 10 سؤال 7 نقطه ای که از 1 تا 7 نمره گذاری شده و 3 سؤال اول طول مدت و کیفیت خواب، 4 سؤال سه بعدی بی خوابی و 3 سؤال آخر هوشیاری در طول روز را می سنجد). پرسشنامه افسردگی بک (حاوی 21 سؤال بوده که هر بخش خود شامل 4 عبارت است، به استثنای چندبخش که 5 عبارت دارد. هر عبارت از نمره صفر تا 3 نمره گذاری می شود و واحد پژوهش حداقل یک عبارت را انتخاب می کند. در صورت انتخاب بیش از یک عبارت، نمره بیشتر به آن تعلق می گیرد) و فرم مشخصات فردی و بارداری حاوی 23 سؤال بود. روایی فرم ها به روش روایی محتوا و پایایی فرم انتخاب واحد پژوهش ($r=0/94$)، فرم دلایل احتمالی خواب ($r=0/88$) و مشخصات فردی با روش هم ارز (Equivalence Reliability) به دست آمد. آزمون شخصیت ماکل و پرسشنامه افسردگی بک مورد تأیید هستند و از پایایی

افسردگی طی بارداری ضروری است؛ از این رو مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط الگوی خواب با افسردگی در سه ماهه سوم بارداری انجام گردید. اهداف جزئی پژوهش تعیین نمره کل خواب، تعیین نمره کل افسردگی و نیز تعیین رابطه بین نمره کل خواب و نمره کل افسردگی با عوامل فردی، بارداری، خانوادگی و رضایت از موقعیت بود.

مواد و روش ها

در این مطالعه که از نوع توصیفی تحلیلی (مقطعی) است، 320 خانم باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد از اول شهریور تا پایان آبان ماه 1380 مورد مطالعه قرار گرفتند.

مادران 40-18 ساله، مسلمان و باسواد، در سه ماهه سوم بارداری (28 ± 1 ، 32 ± 1 ، 36 ± 1 هفته) به صورت احتمالی چندمرحله ای شامل طبقه ای خوشه ای (انتخاب مراکز بهداشتی درمانی دولتی، خیریه، تأمین اجتماعی) و مبتنی بر هدف (که سابقه بیماری طبی، نازایی و سقط مکرر، عادات بد غذایی، اختلال خواب یا مشکلات روانی و هیجانات روحی شدید نداشتند) انتخاب شدند. به این ترتیب که ابتدا فهرستی از کل مراکز بهداشتی درمانی دولتی، خیریه و تأمین اجتماعی شهر مشهد تهیه و پراکندگی و تعداد مراکز بهداشتی درمانی در هر یک از مناطق جغرافیایی شمال غرب، شمال شرق، جنوب غرب، جنوب شرق و مرکز تعیین گردید. سپس متناسب با تعداد درمانگاه ها در هر ناحیه و نسبت جمعیت تحت پوشش، تعداد کل مراکز بهداشتی درمانی اعم از دولتی، خیریه و تأمین اجتماعی به صورت خوشه ای انتخاب شدند؛ سپس با تعیین آمار تقریبی ماهانه تعداد زنان باردار

توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب سطوح نمره کل خواب نشان داد که $29/4$ درصد واحدهای پژوهش در طبقه متوسط یا بد نمره کل خواب قرار داشتند. نمره کل خواب $26/05 \pm 8/76$ بود (جدول 2).

بر طبق آزمون آنالیز واریانس دوطرفه، میانگین افسردگی بر حسب سطوح نمره کل خواب و رده‌های تمام متغیرهای فردی، بارداری، خانوادگی و رضایت از موقعیت معنادار بود و از این بین دستیار خانه (فرد کمک‌کننده مثل همسر و مادر شوهر)، مسکن و میزان درآمد (فردی)، نوع بارداری قبلی (بارداری)، یا رضایت همسر از جنس آخرین فرزند، رضایت از بارداری فعلی، تربیت کودک، تفاهم اخلاقی و روابط جنسی (خانوادگی) و رضایت از نقش همسری، رضایت از شغل و رضایت از ازدواج (رضایت از موقعیت) نیز بر افسردگی تأثیر داشته‌اند.

نتایج آزمون مدل خطی نیز نشان داد که مهم‌ترین متغیرهای اثرگذار بر افسردگی در حضور نمره کل خواب به ترتیب شامل تحصیلات همسر، رضایت از نقش همسری، رضایت همسر از جنس آخرین فرزند و روابط جنسی، نوع بارداری قبلی و تربیت کودک بوده است (جدول 3).

نتایج نیز حاکی از این بود که اکثریت واحدهای پژوهش ($57/8$ درصد) بر حسب سطوح افسردگی ($57/8$ درصد) درجاتی از افسردگی خفیف تا بیش از حد را دارا بوده‌اند. میزان نمره افسردگی واحدهای پژوهش $13/30 \pm 8/56$ بوده است (جدول 4).

نتایج آزمون همبستگی نشان داد که بین نمره افسردگی با نمرات کل خواب، کیفیت و طول مدت خواب،

لازم برخوردار می‌باشند. روایی آزمون الگوی خواب مورد تأیید و از α کرانباخ برای همبستگی درونی استفاده گردید ($\alpha=0/72$).

روش گردآوری داده‌ها بدین صورت بود که در مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد به صورت روزانه از ساعت 9 الی 11:30 صبح نمونه‌گیری انجام می‌شد. پس از جلب رضایت مادران و در صورت داشتن شرایط واحد پژوهش، از آنان آزمون ماکل انجام می‌گرفت که در صورت داشتن شخصیت افسرده به طور معمول (نمره 80 و بالاتر از شخصیت افسرده) از مطالعه حذف می‌گردیدند. اگر واحد پژوهش به طور معمول فاقد شخصیت افسرده بود، ادامه سؤالات از او پرسیده می‌شد. بدین صورت که پرسشنامه افسردگی بک و آزمون الگوی خواب (Sleep log) توسط واحدهای پژوهش تکمیل می‌گردید. بعد از آن سؤالاتی در مورد مشخصات دموگرافیک، تاریخچه بارداری‌های قبلی و بارداری فعلی از او پرسیده می‌شد. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از آزمون‌های تی، آنالیز واریانس یک‌طرفه و دوطرفه، همبستگی پیرسون، آزمون رگرسیون چندگانه و مدل خطی عمومی استفاده شد.

یافته‌ها

سن واحدهای پژوهش $24/58 \pm 0/9$ سال بود. $51/3$ درصد از مادران حاملگی اولشان بود. فقط $18/1$ درصد آنان فرزند زیر 5 سال داشتند. $24/4$ درصد از آنان جنس فرزند در حاملگی فعلی‌شان مهم بوده است. $92/7$ درصد از زنان خانه‌دار و بیشترین درصد آنان ($43/7$ درصد) تحصیلات دبیرستانی داشتند. همچنین 169 نفر از آنان در طبقه اجتماعی - اقتصادی 2 بودند (جدول 1).

جدول 1- توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب سطوح متغیرهای فردی و بارداری

فراوانی نسبی (درصد)	متغیر		فراوانی نسبی (درصد)	متغیر		
1/6	طبقه 1	طبقه اجتماعی - اقتصادی	12/8	<20	سن (سال)	
52/8	طبقه 2		44/1	20-24		
30	طبقه 3		26/5	25-29		
15/6	طبقه 4 و 5		11/9	30-34		
53/1	2	تعداد افراد خانواده	4/7	>35	میزان تحصیلات	
25/6	3		20/3	پنجم ابتدایی		
21/3	<4	تعداد بارداری	26/6	راهنمایی		
51/3	1		43/7	دبیرستان		
27/5	2		9/4	دانشگاهی		
21/2	3	نوع بارداری قبلی	92/8	خانه دار	شغل	
16/0	سقط		7/2	شاغل		
80/1	ترم		نوع بارداری قبلی	17/8	بی سواد- ابتدایی	تحصیلات همسر
3/9	زودرس			34/1	راهنمایی	
0	خارج از رحم	33/4		دبیرستان		
0	دیررس	14/7	دانشگاه			
62/8	0	تعداد فرزند زیر 5 سال	24/7	کارگر	شغل همسر	
37/2	>1	سابقه مشکل مامایی	29/7	کارمند		
28/2	بله	سابقه مشکل خواب در سه ماهه اول	45/6	آزاد	درآمد ماهانه (ریال)	
71/8	خیر		20/3	<500000		
19/4	بله		66/9	-1000000 510000		
80/6	خیر	7/8	-1500000 1010000			
46/8	سه ماهه اول	سه ماهه مشکل خواب	5/0	>1500000	ملکی	
33/9	سه ماهه دوم		33/8			

19/3	هر دو سه ماهه		46/6	استیجاری	مسکن
24/4	دارد	اهمیت جنس	19/7	سایر موارد	
75/6	ندارد	فرزند			

جدول 2- توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب سطوح طول مدت و کیفیت خواب، بی خوابی، هوشیاری در طول

روز

$\bar{x} \pm SD$	درصد	تعداد	فراوانی	
			متغیر خواب	
$7/72 \pm 3/89$	64/4	206	خوب (3-8)	طول مدت و بی خوابی
	30/9	99	متوسط (9-15)	
	4/7	15	بد (16-21)	
$12/87 \pm 4/86$	42/2	135	خوب (4-11)	بی خوابی
	50/3	161	متوسط (12-20)	
	7/5	24	بد (21-28)	
$5/46 \pm 3/05$	85/0	272	خوب (3-8)	طول روز و هوشیاری در
	13/1	42	متوسط (9-15)	
	1/9	6	بد (16-21)	
$26/05 \pm 8/76$	70/6	226	خوب (10-30)	نمره کل خواب
	27/5	88	متوسط (31-50)	
	1/9	6	بد (51-70)	
--	100	320	جمع کل	

17/24	2	0/001	نمره کل خواب
		<	
8/34	4	0/001	تحصیلات همسر
		<	
10/42	2	0/001	رضایت از نقش همسری
		<	
7/25	2	0/001	رضایت از جنس آخرین فرزند
		<	
7/09	1	0/009	روابط جنسی

جدول 3- نتایج آزمون مدل خطی عمومی بر حسب افسردگی و نمره کل خواب در حضور سایر متغیرهای مورد بررسی

F	DF	p	پارامتر آماری
90/87	1	0/001	عرض از مبدأ
		<	

27/2	87	کمی افسرده (11-16)
14/4	46	نیازمند مشورت (17-20)
11/9	38	نسبتاً افسرده (21-30)
3/4	11	افسرده شدید (31-40)
0/9	3	افسردگی بیش از حد (41) \geq
100/0	320	کل

3/47	2	0/034	نوع بارداری قبلی
4/04	1	0/047	تربیت کودک

جدول 4- توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب

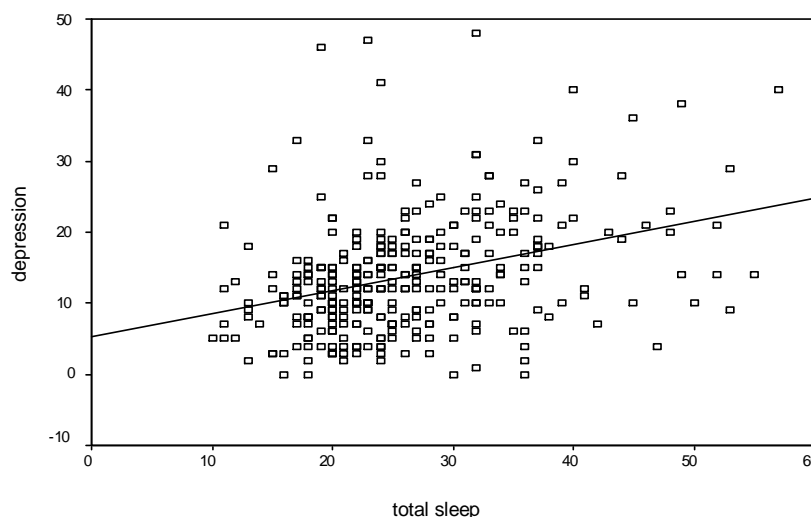
سطوح افسردگی

درصد	تعداد	فراوانی سطوح افسردگی
42/2	135	0-10

همبستگی
خواب و
واحدهای

افسردگی
و $r=0/19$
($P<0/001$)

بوده است.



نمودار 1-

بین نمره کل
افسردگی در
پژوهش

بی خوابی و
هوشیاری در
طول روز
ارتباط مثبت

(جدول 5 و نمودار 1).

معناداری وجود دارد که حداکثر این ارتباط بین نمره
طول مدت و کیفیت خواب با نمره افسردگی ($r=0/36$) و

جدول 5- ضریب همبستگی نمره افسردگی با نمره

($P<0/001$) و حداقل ارتباط بین نمره بی خوابی و نمره

متغیرهای خواب

دوران بارداری نیز بوده است که بعد از زایمان بروز کرده است.

Swain و همکاران (1997) نیز بیان داشتند که یک ارتباط مهم و معنادار بین اختلال در الگوی خواب در بعد از زایمان با اختلال خلقی همچون افسردگی بعد از زایمان وجود دارد (15) که با مطالعه حاضر مشابه نیست. متأسفانه مطالعه‌ای مشابه مطالعه حاضر که به بررسی وضعیت الگوی خواب و افسردگی در این دوران پردازد، موجود نیست.

با توجه به هدف تعیین نمره کل خواب نتایج این پژوهش نشان داد که میزان نمره کل خواب $26/05 \pm 8/76$ بوده است. بی‌خوابی بیشترین نمره ($12/87 \pm 4/86$) و هوشیاری در طول روز کمترین نمره ($5/46 \pm 3/05$) را در بین سه عامل خواب داشته است. همچنین نتایج حاکی از این بود که $27/5$ درصد از واحدهای پژوهش در سطح متوسط خواب و $1/9$ درصد در سطح بد خواب قرار داشته‌اند.

Suzuki و همکاران گزارش کردند که 89 درصد از واحدهای پژوهش در سه ماهه سوم بارداری تغییراتی در خوابشان ایجاد شده بود (12) که نتایج مطالعه ایشان با پژوهش حاضر هم‌خوانی ندارد و تفاوت در درصد تغییرات خواب احتمالاً به این دلیل است که Suzuki کل تغییرات را در الگوی خواب نسبت به حالت معمول در نظر گرفته، اما در پژوهش حاضر نمرات خواب به سه سطح خوب، متوسط و بد تقسیم گردیده که در این صورت ممکن است فردی نمره خواب در سطح خوب کسب نموده باشد، اما خوابش نسبت به گذشته تغییر پیدا کرده باشد. Lee و همکاران (1992) در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که 44 درصد از زنان باردار مشکل متوسط

متغیر	n	r	p
طول مدت و کیفیت خواب	320	/3601 0	0/001 <
بی‌خوابی	320	/1954 0	0/001 <
هوشیاری در طول روز	320	/2069 0	0/001 <
نمره کل خواب	320	/3400 0	0/001 <

بحث

سلامت روانی مادر از مسائل مهم در دوران بارداری و بعد از زایمان می‌باشد و اختلال الگوی خواب و افسردگی از عوامل مهم تعیین‌کننده سلامت روان مادران می‌باشد؛ بنابراین تعیین وجود و ارتباط بین این دو اختلال در دوران بارداری اهمیت به‌سزایی دارد.

نتایج این مطالعه نشان داد که بین نمره کل خواب و نمره کل افسردگی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد ($P < 0/001$) که این خود تأییدکننده فرضیه اول پژوهش، یعنی وجود ارتباط بین نمره کل الگوی خواب و نمره کل افسردگی می‌باشد. در این ارتباط Wilkie و همکاران به این نتیجه رسیدند که بین محرومیت از خواب در مراحل انتهایی حاملگی و اختلال خلقی به‌ویژه غم بعد از زایمان ارتباط معناداری وجود دارد (14) که با این مطالعه هم‌خوانی دارد، اما چون رابطه الگوی خواب با افسردگی پس از زایمان بررسی گردیده است، مشابه مطالعه حاضر نمی‌باشد، ولی می‌تواند بیانگر این مطلب باشد که احتمالاً این ارتباط در دوران بارداری نیز وجود دارد و اختلال در الگوی خواب زمینه‌ساز افسردگی در

به دلیل مدت مطالعه Dacosta بوده که هر سه ماهه بارداری را در نظر گرفته و نیز تعداد نمونه کمتر ($n=80$ نهایی) و استفاده از آزمون افسردگی لوبین (Lubin Depression) در این خصوص بی تأثیر نبوده است.

با توجه به هدف تعیین رابطه بین نمره کل خواب و نمره کل افسردگی با عوامل فردی، بارداری، خانوادگی و رضایت از موقعیت نتایج حاکی از این بود که دستیار خانه (فرد کمک کننده مثل همسر و مادر شوهر)، مسکن و میزان درآمد، نوع بارداری قبلی، رضایت همسر از جنس آخرین فرزند، رضایت از بارداری فعلی، تربیت کودک، تفاهم اخلاقی و روابط جنسی و رضایت از نقش همسری، رضایت از شغل و رضایت از ازدواج در نمره کل خواب بر افسردگی مؤثر می باشند که این مطلب نشان دهنده اهمیت عوامل خانوادگی و رضایت از موقعیت می باشد.

متأسفانه مطالعه مشابهی که به طور همزمان ارتباط خواب و افسردگی را با این عوامل بسنجد، یافت نگردید، اما Dacosta و همکاران گزارش کردند کسانی که در دوران بارداری یا بعد از زایمان دچار افسردگی بودند، روابط زناشویی هیجانی بیشتر و میزان اضطراب وضعیتی و عمومی بالاتری را در دوران بارداری نشان می دادند (4). همچنین میزان استرس بیشتر در طول بارداری با افسردگی در این دوران ارتباط داشته است که با مطالعه حاضر هم خوانی دارد.

Makee و همکاران در مطالعه ای به این نتیجه رسیدند که قوی ترین ارتباط بین نمره افسردگی و سلامت روان مشاهده شده است. حمایت اجتماعی با احساس سلامت فیزیکی و جسمی افزایش یافته ارتباط ندارد، اما به طور ضعیفی با سلامت روان مرتبط است (23) که با مطالعه حاضر هم خوانی دارد.

تا شدید در خواب رفتن و 76 درصد از زنان باردار مشکل متوسط تا شدید در نگهداری خواب داشته اند (22) که با مطالعه حاضر تطابق ندارد. این امر احتمالاً به دلیل در نظر گرفتن جزئی مشکل در به خواب رفتن و نگهداری خواب می باشد که در پژوهش حاضر به طور کلی مشکل خواب در سه سطح تقسیم بندی گردیده است. از طرف دیگر، Lee نمره کل اختلال خواب (GSDS=General Sleep disturbance Scale) را $62/8 \pm 24/9$ ذکر نموده که با پژوهش حاضر هم خوانی ندارد و احتمالاً به دلیل تفاوت در نوع آزمون اختلال خواب می باشد.

با توجه به هدف تعیین نمره کل افسردگی، نتایج پژوهش حاکی از این بود که 57/8 درصد از واحدهای پژوهش درجاتی از افسردگی خفیف تا بیش از حد را دارا بوده اند. نمره افسردگی نیز $13/30 \pm 8/56$ بود. Steer و همکاران (1992) در مطالعه ای به این نتیجه رسیدند که نمره افسردگی در زنان باردار ($n=712$) $8/99 \pm 6/75$ بوده که این مقدار در زنان باردار نوجوان $9/54 \pm 7/02$ و در زنان بزرگسال $8/54 \pm 6/50$ بوده (21) که با نتایج مطالعه حاضر هم خوانی ندارد. این مسأله احتمالاً به دلیل اختلاف در تعداد نمونه بیشتر در مطالعه Steer می باشد. همچنین مطالعه Steer در دو گروه و از سه ماهه دوم صورت گرفته و محدوده سنی مادران باردار 12 تا 29 سال بوده که با مطالعه حاضر تفاوت دارد.

Dacosta و همکاران (1999) مشاهده نمودند که 31 درصد زنان مورد پژوهش حداقل در یکی از سه ماهه های بارداری خلق افسرده در آنان افزایش می یابد. همچنین دریافتند که 25 درصد از واحدهای پژوهش افسردگی را فقط در دوران بارداری ذکر می کنند (4) که با مطالعه حاضر هم خوانی دارد و تفاوت موجود احتمالاً

به این مهم دست می‌یابیم که باید در دوران بارداری علاوه بر مراقبت‌های معمول بارداری برنامه‌ای مدون برای بررسی سلامت روان مادران باردار و ارزیابی تشخیص و درمان اختلالات احتمالی در این دوران در نظر گرفته شود تا سلامت مادران باردار و فرزندان آن‌ها تضمین گردد.

Clement اظهار داشت به دلیل ارتباط قوی بین افسردگی در طول بارداری و افسردگی بعد از زایمان بایستی در طول بارداری به شناسایی خانم‌های افسرده اقدام نمود و با انجام معاینات گوش دادن (listening) به پیشگیری و درمان افسردگی پرداخت (24). بنابراین با توجه به نتایج به دست آمده و مطالعات قبل

منابع

- ۱- کاپلان هارولد، سادوک بنیامین، گرب جک. کاپلان: خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری - روانپزشکی بالینی. ترجمه: نصرت‌الله پورافکاری؛ جلد دوم؛ انتشارات شهر آب؛ پاییز ۱۳۷۹؛ صفحات ۱۰۷، ۲۹۷ و ۴۰۳.
2. Kaplan H, Sadocks B. Comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2001, p. 1559-2022.
3. Fuller J, Schaller, Ayres J. Health assessment, a nursing approach. Lippincott; 1990, p. 350, 357, 369.
4. Dacosta D, Larouche J. Psychosocial correlates of prepartum and post partum depressed mood. J Affect Disorders 2000; 59:31-4.
5. Driver HS. Sleep in women. J Psychosom Res ; 40(3):227-30.
6. Mauri M. Sleep and reproductive cycle: a review. Health Care Women Int 1990; 11(4):409-21.
7. Mindel JA, Jacobson BJ. Virtually all pregnant women experience sleep problems. Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2000; Novio.
- ۸- کارلسون کارن جی، ایژنستات استفانی، اتراز مپورین. بهداشت روانی زنان. ترجمه: خدیجه ابوالمعالی و همکاران. نشر ساوالان، سال ۱۳۷۹؛ صفحات: ۱۷ و ۱۹۸.
- ۹- کلایتون، پلاجی، بات، جیمز ای. درمان افسردگی: اختلاف نظرهای گذشته و نگرش جدید. ترجمه: حسن سلطانی‌فر؛ انتشارات آستان قدس؛ سال ۱۳۶۹، صفحه ۶۹.
10. Barratte Beede KR, Lee K. Source of mid sleep awakening in childbearing women. Clin Nurs Res 1999; 8(4):386-97.
11. Evans ML, Dick MJ. Sleep during the week before labor: relationship to labor outcomes. Clin Nurs Nes 1995; 4(3):238-52.
12. Suzuki S. Sleeping patterns during pregnancy in Japanese women. J Psychosom obstet Gynecol 1994 15:19-26.
13. Schweiger MS. Sleep disturbance in pregnancy: a subjective survey. M J Obstet Gynecol 1972; 114: 879-82.

14. Wilkie G, Shapiro CM. Sleep deprivation and postnatal blues. *J Psychosom Res* 1992; 36(4):309-316.
15. Swain AM, Ohara MW. A prospective study of sleep, mood and cognitive function in postpartum and non-postpartum women. *Obstet Gynecol* 1997; 90:381-6.
16. Evans J, Heron J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after child birth. *BMJ* 2001; 323(4):257-60.
17. Lee DT, Yip AS. Identifying women at risk of postnatal depression: prospective longitudinal study. *Hong Kong Med J* 2000; 6(4):349-54.
18. Breslau N, Roh T, Rosenthal L, Andereski P. Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults. *Biol Psychiatry* 1996; 39:410-11.
19. Holcomb WL, Stone LS. Screening for depression pregnancy: characteristics of the beck depression inventory. *Obstet Gynecol* 1996 ; 88:1021-5 .
20. Kitamura T, Sugawarak K, Roda MA, Shima S. Psychosocial study of depression in early pregnancy. *Br J Psychiatry* 1996; 168:732-38.
21. Steer RA, Scho11 TO. Self-reported depression and negative pregnancy outcome. *J Clin Epidemiol* 1992; 45(10):1093-99.
22. Lee KA, Dejoseph JF. Sleep disturbance: vitality and fatigue among a selected group of employed childbearing women. *Birth* 1992; 19:4.
23. Mckee MD, Cunningham M, Jankowski KRB, Zayees L. Health related functional status in pregnancy relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstet Gynecol* 2001; 97: 931-988.
24. Clement S. Listening visit in pregnancy: strategy for prevention postnatal depression. *Midwifery* 1995; 11:75-80.