

بررسی ارتباط بین افسردگی دوران بارداری با وقفه های تنفسی خواب

وجیهه باغی^۱، رضا قانعی^{۲*}، مریم روحی^۳، هادی قریشی^۴، ناصر مرادی^۵

۱. دانشجوی کارشناسی مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مهاباد، مهاباد، ایران.
۲. کارشناس ارشد پرستاری، بیمارستان امام خمینی سقز، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
۳. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مهاباد، مهاباد، ایران.
۴. دانشجوی کارشناسی اتاق عمل، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
۵. کارشناس پرستاری، بیمارستان امام خمینی سقز، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۳/۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۲/۱۹

خلاصه

مقدمه: افسردگی دوران بارداری، یک موضوع مهم سلامتی می باشد که ۱۲ تا ۲۰ درصد مادران را مبتلا می سازد و بر توانایی خود مراقبتی مادر تأثیر گذاشته و ممکن است منجر به مشکلاتی نظیر تغذیه ناکافی و حضور نامنظم جهت معاینات دوره ای بارداری شود. وقفه تنفسی خواب، نوعی اختلال شایع است که با افسردگی ارتباط دارد. مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط بین وقفه های تنفسی خواب با افسردگی دوران بارداری انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی - تحلیلی در سال ۱۳۹۱ بر روی ۱۴۰ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان سقز انجام شد. نمونه گیری به روش آسان انجام شد. جهت بررسی افسردگی دوران بارداری از پرسشنامه افسردگی ادینبرگ و جهت بررسی وقفه های تنفسی خواب، از پرسشنامه برلین استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) و آزمون های آمار توصیفی، کای اسکوئر و آزمون دقیق فیشر انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: ۴۶ نفر (۳۲/۹٪) از مادران باردار، دارای افسردگی دوران بارداری و ۱۲ نفر (۸/۶٪)، دارای وقفه تنفسی خواب بودند. ۱۰ نفر (۲۱/۷٪) از مادران افسرده و ۲ نفر (۲/۱٪) از مادران غیر افسرده، در معرض خطر بالای وقفه تنفسی خواب بودند. میزان وقفه تنفسی در مادران افسرده، ۱۲/۷ برابر مادران غیر افسرده بود.

نتیجه گیری: بین وقفه های تنفسی خواب با افسردگی دوران بارداری ارتباط معنی داری وجود دارد.

کلمات کلیدی: افسردگی، بارداری، وقفه تنفسی

مقدمه

افسردگی، چهارمین عامل ناتوانی در جهان است و پیش بینی می شود که تا سال ۲۰۲۰، به دومین علت ناتوانی تبدیل شود (۱). از بین انواع افسردگی ها، افسردگی دوران بارداری، یک موضوع مهم سلامت و قابل توجه است که ۱۲ تا ۲۰ درصد مادران را مبتلا می سازد و بر توانایی خود مراقبتی مادر تأثیر گذاشته و ممکن است منجر به مشکلاتی نظیر تغذیه ناکافی و حضور نامنظم جهت معاینات دوره ای بارداری شود (۲). همچنین افسردگی دوران بارداری با زایمان زودرس، تولد نوزاد با وزن کم، افزایش مدت بستری در بیمارستان، افسردگی پس از زایمان، سوء مصرف دارویی، طولانی شدن مدت زایمان، افزایش احتمال زایمان به روش سزارین، دور سر کم نوزاد، نمره آپگار پایین، تغییرات ضربان قلب نوزاد، احتمال بستری نوزاد در بخش مراقبت های ویژه، ناهنجاری های جفت، دیسپلازی های ریوی و مشکلات قلبی نوزاد ارتباط دارد (۳-۷). میزان شیوع افسردگی دوران بارداری (۲۰٪) تقریباً دو برابر افسردگی پس از زایمان (۱۱٪) است (۶). عواملی نظیر سطح تحصیلات پایین، وضعیت اقتصادی-اجتماعی ضعیف، تعداد بارداری قبلی، بارداری ناخواسته، سابقه نشانگان قبل از قاعدگی، بروز حوادث استرس زا، عدم حمایت خانوادگی، عدم حمایت مالی و عاطفی همسر، ترس از زایمان، از دست دادن جذابیت برای همسر و احساس دوگانه نسبت به نگهداری از نوزاد در بروز افسردگی دوران بارداری مؤثر هستند (۸-۱۰).

بسیاری از مادران در دوران بارداری خود، اختلالات خواب از قبیل راه رفتن در خواب، بیخوابی، خواب آلودگی روزانه و وقفه تنفسی در خواب را تجربه می کنند (۵). وقفه تنفسی خواب، نوعی اختلال شایع است که با افسردگی ارتباط دارد (۱۱). شرفخانه (۲۰۰۵)، افسردگی و تغییرات خلقی را نیز پیامد وقفه تنفسی خواب می داند (۱۲). وقفه تنفسی خواب، به توقف بیش از ۱۰ ثانیه جریان هوا در راه هوایی فرد بالغ اطلاق می گردد که ممکن است ناشی از انسداد راه هوایی فوقانی، افزایش فعالیت سمپاتیکی ناشی از برانگیختگی های مکرر و هیپوکسی در طول خواب باشد (۱۳). خروپف، شایع

ترین علامت وقفه تنفسی است (۱۴). بیماران دارای وقفه تنفسی خواب، از عدم کفایت خواب شبانه، خواب آلودگی مفرط روزانه، چرت زدن های مکرر در طول روز، خستگی، عدم تمرکز و تغییرات شخصیتی، تحریک پذیری، اختلال حافظه و کاهش کیفیت زندگی شاکی هستند (۱۲، ۱۴). شیوع وقفه های تنفسی خواب در زنان باردار، ۲ تا ۳ برابر زنان غیر باردار است (۱۵)؛ زیرا تغییرات فیزیولوژیکی دوران بارداری و افزایش وزن و جایجایی بالا رونده دیافراگم، زنان باردار را مستعد وقفه های تنفسی می کند. از طرف دیگر، افزایش سطح استروژن با ایجاد ادم راه هوایی فوقانی و التهاب مخاط بینی منجر به تنگی راه هوایی فوقانی و افزایش مقاومت در راه هوایی می شود (۱۴). شرودر با اشاره به نتایج دو مطالعه آکینز (۱۹۹۹) و میلمن (۱۹۸۹) می نویسد که ۳۲٪ تا ۴۵٪ بیماران دارای وقفه تنفسی خواب، افسرده هستند (۱۱). با توجه به اینکه بر اساس بررسی های انجام شده، چنین مطالعه ای بر روی مادران باردار ایرانی یافت نشد و مطالعات خارجی نیز در این زمینه اندک بود، مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط بین وقفه های تنفسی خواب و افسردگی دوران بارداری انجام شد.

روش کار

این مطالعه توصیفی - تحلیلی در سال ۱۳۹۱ بر روی ۱۴۰ زن باردار با بارداری تک قلوئی بین هفته های ۲۰ تا ۴۲ بارداری مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان سقز طی ۶ ماهه آخر بارداری انجام شد. نمونه گیری به روش در دسترس (آسان) و در تمام ایام هفته به جز روزهای تعطیل انجام شد و تا تکمیل حجم نمونه مورد نظر، ادامه یافت. حداقل حجم نمونه مورد نیاز با فرض شیوع ۲۰٪ افسردگی بارداری بر اساس مطالعه وی و همکاران (۲) و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵٪ ($\alpha=0/05$) و ($d=0/07$)، ۱۲۵ نفر برآورد شد که جهت اطمینان بیشتر به ۱۴۰ نفر افزایش یافت.

واحدهای پژوهش در این مطالعه شامل زنان با محدوده سنی ۱۷ تا ۴۱ سال، دارای تحصیلات راهنمایی و بالاتر و با بارداری خواسته بودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: حاملگی تک قلوئی، عدم مصرف داروهای خواب

آور و تمایل جهت شرکت در مطالعه بود و معیارهای خروج از مطالعه شامل: داشتن بیماری های جسمی (بیماری های قلبی، کلیوی، پره اکلامپسی و اکلامپسی، دیابت) و روانی مادر، عوارض مامایی (دکولمان، جفت سرراهی)، اعتیاد به مواد مخدر، سیگار، الکل و داروهای روانگردان بود. ورود افراد به مطالعه، کاملاً اختیاری بود. جهت گردآوری داده ها، علاوه بر پرسشنامه جمعیت شناختی، از پرسشنامه برلین (جهت بررسی وضعیت وقفه تنفسی خواب) و پرسشنامه افسردگی ادینبرگ (جهت بررسی افسردگی دوران بارداری) استفاده شد. پرسشنامه برلین دارای ۱۰ سؤال است که در سه حیطة طبقه بندی شده است و توسط واحدهای پژوهش تکمیل می شود. حیطة اول به بررسی خروپف می پردازد و دارای ۵ سؤال (سؤالات ۱ تا ۵) می باشد؛ سؤال ۱ و ۴ دارای دو گزینه بلی و خیر است که به جواب بلی، نمره ۱ و به جواب خیر، نمره صفر تعلق می گیرد. سؤالات ۳ و ۵ شدت و تکرر خروپف را به صورت ۵ گزینه (هر روز، ۳ تا ۴ روز در هفته، ۲ تا ۳ روز در هفته، ۱ تا ۲ بار در ماه و هیچ وقت) می سنجد که به جواب های هر روز و یا ۳ تا ۴ بار در روز در سؤال ۳، نمره ۱ و در سؤال ۵، نمره ۲ اختصاص داده می شود. سؤال ۲ به بررسی بلندی صدای خروپف بیمار می پردازد که دارای ۴ گزینه (به بلندی نفس کشیدن، به بلندی صحبت کردن، از صحبت کردن معمولی پر صداتر و خیلی پر صدا) می باشد که به دو گزینه آخر، نمره ۱ و دو گزینه ابتدایی، نمره صفر تعلق می گیرد. حیطة دوم دارای ۴ سؤال (سؤالات ۶ تا ۹) می باشد که به بررسی خواب آلودگی روزانه می پردازد. سؤال ۸، دارای دو گزینه بلی و خیر است که به گزینه بلی، نمره ۱ داده می شود و سه سؤال دیگر حیطة دوم، دارای گزینه های (هر روز، ۳ تا ۴ روز در هفته، ۲ تا ۳ روز در هفته، ۱ تا ۲ بار در ماه و هیچ وقت) می باشند که به دو گزینه اول، نمره ۱ و به سایر گزینه ها، نمره صفر تعلق می گیرد. در صورتی که بیمار در حیطة اول (خروپف) و دوم (خواب آلودگی روزانه)، ۲ امتیاز و بیشتر کسب کند، آن حیطة، مثبت در نظر گرفته می شود. حیطة سوم، فشار خون و شاخص توده بدنی را می سنجد. در صورتی که بیمار شاخص توده بدنی بالای ۳۰

و یا سابقه فشار خون داشته باشد، حیطة سوم نیز مثبت در نظر گرفته می شود. بر اساس پرسشنامه برلین، بیماران به دو دسته: در معرض خطر بالا و در معرض خطر پایین وقفه تنفسی تقسیم می شوند؛ اگر امتیازات بیمار در دو حیطة و بیشتر، مثبت باشد، بیمار در معرض خطر بالای وقفه های تنفسی خواب در نظر گرفته می شود. پایایی این پرسشنامه در مطالعه شاما و همکاران با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و در مطالعه قانعی و همکاران با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ تأیید شده است (۱۳، ۱۶).

پرسشنامه افسردگی ادینبرگ، جهت اندازه گیری افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان به کار می رود. این پرسشنامه توسط کوکس و همکاران در سال ۱۹۷۸ تدوین و در سال ۱۹۹۴ مورد تجدید نظر قرار گرفت (۱۷). این ابزار، دارای ۱۰ سؤال چهار گزینه ای می باشد که در برخی سؤالات، گزینه ها از شدت کم به زیاد (مورد ۱، ۲ و ۴) و در برخی دیگر، از زیاد به کم (مورد ۳، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹ و ۱۰) مرتب شده اند. گزینه های هر سؤال دارای امتیاز صفر تا ۳ و نمره کلی آن، بین صفر تا ۳۰ نوسان دارد. مدت پاسخ دادن به این مقیاس حدود ۵ دقیقه است. جهت رده بندی افراد افسرده و غیر افسرده به کمک این ابزار بر اساس بررسی های انجام شده در ایران، کسب نمره ۱۲ و بالاتر به منزله افسردگی مادران می باشد (۱۸). پایایی این پرسشنامه در مطالعات مختلف تأیید شده است (۹، ۱۷). در مطالعه حاضر، پایایی دو پرسشنامه وقفه تنفسی و افسردگی دوران بارداری به ترتیب با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و ۰/۷۴ تأیید شد. پس از کسب رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان، پرسشنامه های افسردگی ادینبرگ و برلین به افراد داده شد. با توجه به کوتاه بودن پرسشنامه ها، تمام آنها در یک جلسه توسط شرکت کنندگان تکمیل شد. مادرانی که بر اساس پرسشنامه ادینبرگ، افسرده بودند به مسئولین مراکز بهداشتی درمانی جهت تأیید تشخیص و انجام مداخلات مقتضی معرفی شدند.

داده ها پس از جمع آوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) و آزمون های آمار توصیفی، کای اسکور و تست دقیق فیشر مورد تجزیه و تحلیل قرار

و ۳۸ نفر (۰/۲۷/۱) دارای تحصیلات دیپلم به بالا بودند. میانگین سن بارداری افراد مورد مطالعه $7/8 \pm 1/1$ ماه بود. دو گروه مادران با افسردگی دوران بارداری و مادران بدون افسردگی دوران بارداری از نظر سن، سن بارداری، شاخص توده بدنی و فشار خون سیستولیک و دیاستولیک اختلاف معنی داری نداشتند ($p > 0/05$). ۶۶ مادر (۰/۴۷/۱)، نخست باردار بودند.

گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین سن افراد مورد مطالعه $27/4 \pm 5/3$ سال در محدوده ۱۷ تا ۴۱ سال بود. سن ۵۷ نفر (۰/۴۰/۷) از افراد، بین ۱۷ تا ۲۵ سال، ۴۲ نفر (۰/۳۰) بین ۲۶ تا ۳۰ سال و ۴۱ نفر (۰/۲۹/۳) بالای ۳۰ سال بود. ۱۰۲ نفر (۰/۷۲/۹) از افراد، دارای تحصیلات راهنمایی و دبیرستان

جدول ۱- توزیع فراوانی واحدهای مورد مطالعه بر اساس متغیرهای فردی

مشخصات فردی	تعداد (درصد)
زیر ۲۵ سال	۴۹ (۳۵)
سن مادر	
۲۵ تا ۳۵ سال	۵۰ (۳۵/۷)
بالای ۳۵ سال	۴۱ (۲۹/۳)
سن بارداری	
تا ۷ ماه	۴۲ (۳۰)
۸ ماه	۶۰ (۴۲/۹)
۹ ماه	۳۸ (۲۷/۱)
تعداد بارداری قبلی	
صفر	۶۶ (۴۷/۱)
۱	۴۰ (۲۸/۶)
۲	۳۴ (۲۴/۳)
شاخص توده بدنی	
تا ۲۴/۹	۲۴ (۱۷/۱)
۲۵ تا ۲۹/۹	۵۴ (۳۸/۶)
۳۰ و بیشتر	۶۲ (۴۴/۳)
شغل	
شاغل	۴ (۲/۹)
خانه دار	۱۳۶ (۹۷/۱)
تحصیلات	
راهنمایی و دبیرستان	۱۰۲ (۷۲/۹)
دیپلم و بالاتر	۳۸ (۲۷/۱)

باردار نیز در معرض خطر بالای وقفه تنفسی بودند. بیشترین میزان وقفه تنفسی خواب (۶ نفر) در گروه سنی ۲۶ تا ۳۰ سال بود. ۵۰ درصد مادران با سن بارداری کمتر از ۷ ماه و ۵۰ درصد مادران با سن بارداری بالای ۷ ماه، دارای وقفه تنفسی بودند و توزیع وقفه تنفسی در دو گروه مادران با سن بارداری کمتر از ۷ ماه و بالای ۷ ماه همسان بود.

در مطالعه حاضر از ۱۴۰ مادر باردار مورد مطالعه، ۴۶ نفر، نمره ۱۲ و بالاتر و ۹۴ نفر نمره کمتر از ۱۲ را در پرسشنامه افسردگی ادینبرگ کسب کردند. بنابراین بر اساس ملاک تشخیصی ابزار ادینبرگ، شیوع افسردگی در دوران بارداری ۳۲/۹٪ تعیین شد. میانگین نمره افسردگی دوران بارداری واحدهای پژوهش با ابزار افسردگی ادینبرگ، ۱۰/۵ بود. ۱۲ نفر (۰/۸/۶) از مادران

جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد مطالعه بر اساس وقفه تنفسی در دو گروه زنان باردار افسردگی و غیر افسرده

دارای افسردگی بارداری		فاقد افسردگی بارداری		وقفه تنفسی خواب
تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۱۰	۲۱/۷	۲	۲/۱	در معرض خطر بالا
۳۶	۷۸/۳	۹۲	۹۷/۹	در معرض خطر پایین
۴۶	۱۰۰	۹۴	۱۰۰	جمع

$p < 0/0001$

بر اساس آزمون کای اسکوتر، ۱۰ نفر (۲۱/۷٪) از گروه مادران افسرده و ۲ نفر (۲/۱٪) از گروه مادران غیر افسرده در معرض خطر بالای وقفه تنفسی خواب قرار داشتند. میزان وقفه تنفسی در مادران افسرده، ۱۲/۷ برابر مادران غیر افسرده بود ($OR=12/7$ و $OR=61/1$ - $CI95\% = 2/6$). همچنین بین وقفه تنفسی خواب با افسردگی دوران بارداری ارتباط آماری معنی داری وجود داشت ($p=0/0001$).

بحث

در مطالعه حاضر، میانگین نمره افسردگی بارداری $10/5 \pm 5/2$ بود و ۴۶ نفر (۳۲/۹٪) از مادران، دارای علائم افسردگی بارداری بودند. در مطالعه عظیمی لولتی و همکاران (۲۰۰۵) نیز میانگین نمره افسردگی دوران بارداری ($10/2 \pm 5/1$) مشابه مطالعه حاضر بود (۱۸). مادران در دوران بارداری، مستلزم حمایت های روانی هستند، زیرا احتمال بروز و عود اختلالات روانی در این دوران زیاد است. در ایران به دلیل اینکه بیشترین توجه ها به نوزاد تازه متولد شده معطوف می گردد، مادر از توجهات لازم محروم می ماند (۱۹). در مطالعه حاضر در مجموع، ۱۲ نفر (۸/۶٪) از مادران، در معرض خطر بالای وقفه تنفسی خواب بودند. در مطالعه ایزسی و همکاران (۲۰۰۳)، وقفه تنفسی خواب در زنان باردار بیش از زنان غیر باردار بود (۲۰). در مطالعه دیگر ایزسی و همکاران (۲۰۰۶)، وقفه تنفسی خواب در زنان باردار، ۳/۳ برابر زنان غیر باردار بود (۱۵). احتقان راه هوایی فوقانی به دلیل استروژن، از دلایل شیوع بالای وقفه های تنفسی خواب در زنان باردار است. بالا رفتن دیافراگم در دوران بارداری و کاهش ظرفیت باقی مانده عملی، با کاهش کشش دمی روی تراشه و حلق، منجر به روی هم خوابیدن گلو می شوند. پس از زایمان، وقفه تنفسی

بهبود می یابد زیرا ادم راه هوایی فوقانی و وزن کلی بدن کاهش می یابد (۱۴). در مطالعه حاضر، ۲۱/۷٪ از گروه بیماران افسرده و ۲/۱٪ از گروه مادران غیر افسرده، در معرض خطر بالای وقفه تنفسی خواب بودند و بین وقفه تنفسی خواب با افسردگی دوران بارداری ارتباط معنی داری وجود داشت و احتمال بروز افسردگی دوران بارداری در مادران دارای وقفه تنفسی، ۱۲/۷ برابر مادران بدون وقفه تنفسی بود. در مطالعه انگ و همکاران (۲۰۰۹) که به صورت اختصاصی و تنها بر روی بیماران افسرده انجام شد، ۳۹٪ از بیماران مورد مطالعه، دارای وقفه تنفسی خواب بودند (۲۱). در مطالعه واتسون به نقل از سانچز (۲۰۰۱)، بین وقفه تنفسی با افسردگی (اندازه گیری شده با پرسشنامه بک) ارتباط وجود داشت (۲۲). در مطالعه رینولد به نقل از شولدر (۲۰۰۵)، بین وقفه تنفسی با افسردگی ارتباط وجود داشت، به گونه ای که میزان وقفه تنفسی در افراد افسرده (۱۷/۶٪) بیش از افراد غیر افسرده (۴/۳٪) بود ($p < 0/05$) (۱۱).

در مطالعه میلمن به نقل از شربینی (۲۰۱۱)، ۴۵٪ از بیماران دارای وقفه تنفسی خواب، افسرده بودند (۲۳). هر چند مکانیسم ایجاد افسردگی در بیماران دارای وقفه تنفسی نامشخص است (۱۲)، اما به نظر می رسد که وقفه های تنفسی به دلیل عدم فراهم آوردن خواب کافی و ایجاد محرومیت از خواب، منجر به تغییرات خلقی می شوند. حتی افراد سالم بدون سابقه مشکلات روانی، به دنبال محرومیت از خواب ممکن است اختلال ادراک، توهم و مشکلات روانی را به صورت گذرا تجربه کنند (۲۴). مطالعه کوهورت شرفخانه و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد که افراد دارای وقفه تنفسی خواب، بیش از افراد فاقد وقفه تنفسی خواب در آینده اختلالات خلقی و افسردگی را تجربه می کنند (۱۲). در مطالعه یو و

همکاران (۲۰۰۳)، میزان افسردگی در افراد دارای وقفه تنفسی خواب بیشتر از افراد فاقد وقفه تنفسی بود (۲۵). در مطالعه حاضر، به جز متغیر وقفه تنفسی خواب، هیچ کدام از متغیرهای تحصیلات، سن مادر، سن بارداری، فشار خون (سیستولیک و دیاستولیک) و شاخص توده بدنی مادر با افسردگی دوران بارداری ارتباط نداشت. در مطالعه لوب به نقل از فرانکلین (۲۰۰۰)، بین دو متغیر وقفه تنفسی خواب و فشار خون بالای دوران بارداری ارتباط معناداری وجود نداشت که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۲۶). در مطالعه چامپاین و همکاران (۲۰۰۹)، میزان وقفه تنفسی خواب در زنان با فشار خون بارداری، ۵/۶ برابر زنان باردار با فشار خون طبیعی بود (۲۷). ممکن است ارتباط بین وقفه تنفسی خواب با فشار خون بارداری، به دلیل هیپوکسی باشد (۲۸)، زیرا هیپوکسی های متناوب و استرس ناشی از برانگیختگی های مکرر در بیماران دارای وقفه تنفسی خواب، منجر به آزادسازی کاتکولامین ها می شود (۲۹). در مطالعه تانوس و همکاران (۲۰۰۸) و ناکو و همکاران (۲۰۰۶)، سن بالای مادر به عنوان یک عامل حفاظتی در برابر افسردگی و سن پایین مادر به عنوان یک عامل خطر برای بروز افسردگی معرفی شد (۳۰، ۳۱). در مطالعه رحمانی و همکاران (۲۰۱۱) و لشکری پور و همکاران (۲۰۱۲)، سن بالای مادر به عنوان یک عامل خطر جهت ابتلاء به افسردگی مادر ذکر شد (۱۰، ۳۲). این تفاوت در نتایج مطالعات خارجی (تانوس و ناکو) با مطالعات داخلی (رحمانی و لشکری) می تواند ناشی از این باشد که در کشورهای غربی، بارداری در سن پایین تر، ناخواسته و یا خارج از محدوده زناشویی رخ می دهد که این عوامل در مجموع، احتمال ابتلاء به افسردگی در سن پایین را افزایش می دهد (۱۹). در مطالعه حاضر، بین سطح تحصیلات و افسردگی ارتباطی وجود نداشت که با نتایج

مطالعه خرمی راد و همکاران (۲۰۱۰) همخوانی داشت (۱۹). در مطالعه لشکری و رحمانی، بین سطح تحصیلات با افسردگی مادر ارتباط معنی داری وجود داشت که با نتیجه مطالعه حاضر همخوانی نداشت (۱۰، ۳۲). بالا بودن سطح تحصیلات، باعث افزایش آگاهی مادر به حقوق اجتماعی، ارتقاء تفاهم و همکاری و توان دسترسی بهتر و آسان تر به منابع اطلاعاتی می شود. از محدودیت های مطالعه حاضر می توان به این موارد اشاره کرد: مطالعه حاضر بر روی زنان باردار شهری انجام شد که با توجه به تفاوت های فرهنگی و تنش های محیطی متفاوت بین مادران باردار ساکن شهر و روستا، پیشنهاد می شود مطالعه ای مشابه بر روی مادران باردار روستایی نیز انجام شود. یکی دیگر از محدودیت های مطالعه حاضر، انجام مطالعه بر روی مادران با تحصیلات راهنمایی و بالاتر بود، بنابراین نمی توان نتایج این مطالعه را به مادران کم سواد و بی سواد تعمیم داد. همچنین پیشنهاد می شود مطالعات دیگری به بررسی وقفه های تنفسی و افسردگی در دوره پس از زایمان بپردازد.

نتیجه گیری

با توجه به ارتباط بین وقفه های تنفسی خواب با افسردگی بارداری، توجه ویژه به وقفه تنفسی خواب به عنوان یک عامل مستعد کننده بروز افسردگی دوران بارداری ضروری به نظر می رسد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از همکاری بی دریغ ریاست محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان سقز، جناب آقای دکتر گلکار و همکاران محترم سرکار خانم فاطمی، گنجعلی پور و قاضی زاده و همچنین از تمامی مادران شرکت کننده در این مطالعه، تشکر و قدردانی می شود.

منابع

1. Barekatian M, Tavakkoli M, Kheirabadi G, Maracy MR. [The relationship between life-time prevalence of bipolar spectrum disorders and incidence of postnatal depression] [Article in Persian]. Iran J Psychiatry and Clin Psychol 2009;15 (2):183-92.
2. Wee KM, Skouteris H, Pier C, Richardson B, Milgrom J. Correlates of ante- and postnatal depression in fathers: a systematic review. J Affect Disord 2011 May;130(3):358-77.
3. Shivakumar G, Brandon AR, Snell PG, Santiago-munoz P, Johnson NL, Trivedi MH, et al. Antenatal depression: a rationale for studying exercise. Depress Anxiety 2011 Mar;28(3):234-42.

4. Mann R, Adamson J, Gilbody SM. Diagnostic accuracy of case-finding questions to identify perinatal depression. *CAMJ* 2012 May 15;184 (8):424-30.
5. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Figueirido B, Schanberg S, Kuhn C. Sleep disturbances in depressed pregnant women and their newborns. *Infant Behav Dev* 2007 Feb;30(1):127-33.
6. Choi SK, Kim JJ, Park YG, Sun Ko H, Park IY, Shin JC. The simplified Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) for antenatal depression: is it a valid measure for pre-screening? *Inte J Med Sci* 2012;9(1):40-6.
7. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M. Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review. *Infant Behav Dev* 2006 Jul;29(3):445-55.
8. Tabrizi M, Lorestani Kh. [Effectiveness of the eclectic counseling in decreasing depression during pregnancy and preventing postnatal depression] [Article in Persian]. *Thought and Behav clin pschol* 2009;5(17):19-26.
9. Kamranpour SB, Shakiba M. [Cesarean section and post partum depression]. [Article in Persian]. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2012 Apr;15(1):56-62.
10. Rahmani F, Seyedfatemi N, Asadollahi M, Seyedrasooli A. [Predisposing factors of postpartum depression] [Article in Persian]. *Iran J Nurs* 2011 Oct;24 (72):78-87.
11. Schroder CM, O'Hara R. Depression and obstructive sleep apnea (OSA). *Ann Gen Psychiatry*. 2005 Jun 27;4:13.
12. Sharafkhaneh A, Giray N, Richardson P, Young T, Hirshkowitz M. Association of psychiatric disorders and sleep apnea in a large cohort. *Sleep* 2005 Nov;28(11):1405-11.
13. Ghanei Geshlagh R, Hemmati Maslakhak M, Ghoci S. [Sleep apnea and metabolic syndrome in hemodialysis patients] [Article in Persian]. *J Urmia Univ Med Sci* 2011 Se--Oct;22(4):339-45.
14. Venkata C, Venkateshiha SB. Sleep-disordered breathing during pregnancy. *J Am Board Fam Med*. 2009 Mar-Apr;22(2):158-68.
15. Izci B, Vennelle M, Liston WA, Dundas KC, Calder AA, Douglas NJ. Sleep-disordered breathing and upper airway size in pregnancy and post partum. *Eur Respir J* 2006 Feb;27(2):321-7.
16. Sharma SK, Vasudev C, Sinha S, Banga A, Pandey RM, Handa KK. Validation of the modified Berlin questionnaire to identify patients at risk for the obstructive sleep apnoea syndrome. *Indian J Med Res* 2006 Sep;124(3):281-90.
17. Abdollahzade Rafi M, Hassanzadeh M, Ahmadi S, Taheri M, Hosseini MA. [Relationship between social support with depression and anxiety during third trimester pregnancy] [Article in Persian]. *Iran J Nurs Res* 2012;7(26):1-10.
18. Azimi Lolati H, Danesh MM, Hosseini SH, Khalilian A, Zarghami M. [Postpartum depression in clients at health care centers in Sari] [Article in Persian]. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2005;11(1):31-42.
19. Khorramirad A, Mousavi Lotfi M, Shoori Bidgoli A. [Prevalence of postpartum depression and related factors in Qom] [Article in Persian]. *Pejouhandeh J* 2010 May-Jun;15(2):62-6.
20. Izci B, Riha RL, Martin SE, Vennelle M, Liston WA, Dundas KC, et al. The upper airway in pregnancy and pre-eclampsia. *Am J Rrspir Crit Care Med* 2003 Jan 15;167(2):137-40.
21. Ong JC, Gress JL, San Pedro-Salcedo MG, Manber R. Frequency and predictors of obstructive sleep apnea among individuals with major depressive disorder and insomnia. *J Psychosom Res* 2009 Aug;67(2):135-41.
22. Sanchez AI, Buela-Casal G, Bermudez MP, Casas-Maldonado F. The effects of continuous positive air pressure treatment on anxiety and depression levels in apnea patients. *Psychiatry Clin Neurosci* 2001 Dec;55(6):641-6.
23. El-Sherbini AM, Bediwy AS, El-Mitwalli A. Association between obstructive sleep apnea (OSA) and depression and the effect of continuous positive airway pressure (CPAP) treatment. *Neuropsychiatric Dis Treat* 2011;7:715-21.
24. Velasco-Rey MC, Sanchez-Munoz M, Gutierrez-Lopez M, Trujillo-Borrego A, Sanchez-Bonome L. Psychotic depression induced by obstructive sleep apnoea syndrome (OSAS): a case reported. *Actas Esp Psiquiatr* 2012 Jan-Feb;40(1):43-5.
25. Yue W, Hao W, Liu P, Liu T, Ni M, Guo Q. A case-control study on psychological symptoms in sleep apnea-hypopnea syndrome. *Can J Psychiatry* 2003 Jan;48(5):318-23.
26. Franklin KA, Holmgren PA, Jonsson F, Poromaa N, Stenlund H, Syanborg E. Snoring, pregnancy-induced hypertension, and growth retardation of the fetus. *Chest* 2000 Jan;117(1):137-41.
27. Champagne K, Schwartzman K, Opatrny L, Barriga P, Morin L, Mallozi A, et al. Obstructive sleep apnoea and its association with gestational hypertension. *Eur Respir J* 2009 Mar;33(3):559-65.
28. Bourjeily G, Raker CA, Chalhoub M, Miller MA. Pregnancy and fetal outcomes of symptoms of sleep disordered breathing. *Eur Respir J* 2010 Oct;36(4):849-55.
29. Jaffe LM, Kjekshus J, Gottlieb SS. Importance and management of chronic sleep apnoea in caediology. *Eur Heart J* 2013 Mar;34(11):809-15.
30. Nakku JE, Nakasi G, Mirembe F. Postpartum major depression at six weeks in primary health care: prevalence and associated factors. *Afr Health Sci* 2006 Dec;6(4):207-14.
31. Tannous L, Gigante LP, Fuchs SC, Busnello ED. Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. *BMC Psychiatry* 2008 Jan 3;8:1-8.
32. Lashkaripour K, Bakhshani NM, Hokmabadi S, Sajjadi SA, Safarzadeh Sarasiyabi A. [Postpartum depression and related factors: A 4.5 months study] [Article in Persian]. *J Fundament Mental Health* 2012 Winter;13(4):404-12.