

کیفیت خواب در اواخر بارداری و افسردگی پس از زایمان

زهرا علیپور^۱، دکتر می نور لمیعیان^{۲*}، دکتر ابراهیم حاجی زاده^۳

۱. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، تهران، ایران.
۲. استادیار بهداشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، تهران، ایران.
۳. دانشیار گروه آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۴/۱۱ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۸/۱۰

خلاصه

مقدمه: بارداری از نظر فیزیولوژیکی و روانشناختی بر خواب زنان اثر می گذارد. به نظر می رسد کیفیت نامطلوب خواب در اواخر بارداری پیشگویی کننده علایم افسردگی در چند هفته اول پس از زایمان می باشد. از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط کیفیت خواب در اواخر بارداری با علایم افسردگی پس از زایمان صورت گرفت.

روش کار: این مطالعه طولی آینده نگر بر روی ۱۵۶ زن حامله نخست زا با سن حاملگی ۳۰ - ۲۸ هفته بارداری از ۱۰ مرکز بهداشتی درمانی قم انجام شد. افراد مورد مطالعه پرسشنامه ای شامل شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ، سنجش اضطراب اسپیل برگر و نگرش زایمان هارتمن را در هفته ۲۸ و مجدداً در هفته ۳۸ بارداری تکمیل کردند. ۳ ماه پس از زایمان، علایم افسردگی آنان با استفاده از پرسشنامه ادینبورگ بررسی شد. داده ها از طریق آزمون کای دو و منتل هنزل، تحلیل رگرسیون لجستیک و آنالیز واریانس دو طرفه با استفاده از نرم افزار SPSS (نسخه ۱۶) تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: ارتباط آماری معنی داری بین نمرات کیفیت خواب هفته ۲۸ و ۳۸ بارداری با علایم افسردگی پس از زایمان یافت شد ($p < 0.05$). کیفیت نامطلوب خواب در هفته ۲۸ بارداری ($OR=3/9$) و هفته ۳۸ بارداری ($OR=3/4$) تقریباً چهار برابر شانس خطر علایم افسردگی پس از زایمان را افزایش می دهد ($p=0.03$).

نتیجه گیری: کیفیت خواب عامل مستعد کننده افسردگی پس از زایمان می باشد. از این رو ارزیابی کیفیت خواب در زنان باردار و ارائه مداخلات مناسب در طول بارداری برای کاهش افسردگی پس از زایمان پیشنهاد می شود.

کلمات کلیدی: افسردگی پس از زایمان، بارداری، زنان نخست زا، کیفیت خواب

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر می نور لمیعیان؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، ایران. تلفن: ۰۹۱۲۳۹۰۵۴۸۳؛ پست الکترونیک:

Lamyianm@modares.ac.ir

مقدمه

با شروع بارداری الگوی خواب زنان تغییر می کند (۱). حاملگی و زایمان از نظر فیزیولوژیکی و روانشناختی بر خواب زنان تأثیر می گذارد (۲). بررسی الگوی خواب در دوران بارداری نشان می دهد بین ۶۶ تا ۹۴ درصد زنان باردار در الگوی خواب خود تغییراتی داشته اند (۳) که ناشی از تغییرات هورمونی (۲، ۳) و جسمانی (تهوع، کمردرد، تکرر ادرار، بزرگ شدن جنین و کوتاه شدن تنفس) (۲، ۴) در بارداری می باشد و باعث اختلال در خواب نرمال می شوند (۳). این اختلالات مکرراً توسط زنان باردار گزارش می شود (۳، ۴). کیفیت و مقدار خواب در دوره های مختلف بارداری متفاوت است (۱). بیشترین اختلال خواب در سه ماهه سوم بارداری رخ می دهد (۱، ۵) و کیفیت نامطلوب خواب اثرات مضر بر خلق و خوی افراد، عملکرد روانشناختی و رفاه کلی فرد دارد (۶) و با سرانجام منفی مادری، جنینی (۷) و بارداری همراه است (۱).

اکان و همکاران (۲۰۰۷) در آمریکا گزارش کردند که اختلالات خواب مرتبط با بارداری با تغییر در سیستم ایمنی فرد شامل تغییر در سطح سیتوکین ها یا پروتئین واکنشگر سی^۱ همراه می باشد که احتمالاً با پیامدهای منفی بارداری مانند پره اکلامپسی، از دست رفتن بارداری و زایمان زودرس همراه است (۱). همچنین کیفیت نامطلوب خواب در اواخر بارداری با افزایش علائم افسردگی قبل از زایمان (۸) و افسردگی در هفته های اول بعد زایمان (۹، ۱۰) همراه است. در مطالعه هانگ و همکاران (۲۰۰۴) در کشور تایوان نمرات بدست آمده از پرسشنامه بررسی کیفیت خواب پیتزبورگ PSQI به طور معنی داری با علائم افسردگی در سه هفته پس از زایمان مرتبط بود (۱۱). اختلالات خواب، خطر افسردگی پس از زایمان را از طریق ایجاد مکانیسم های التهابی افزایش می دهد (۷). اما میدبنت (۱۹۹۰) در کشور آمریکا بین کیفیت خواب در سه ماهه سوم بارداری و افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی داری گزارش نکرد (۱۲). همچنین در مطالعه اکان و همکاران (۲۰۰۹) در کشور آمریکا نمرات کیفیت خواب در هفته ۳۶ بارداری

پیش گویی کننده افسردگی راجعه پس از زایمان نبود (۱۳). در حالیکه برسلاو و همکاران (۱۹۹۶) در آمریکا گزارش کردند شخصی که هیچ سابقه ای از افسردگی نداشته اما دچار اختلال خواب شده خطر ابتلا به افسردگی اساسی در آینده ۲ برابر افزایش می یابد (۱۴). در حال حاضر شواهد اندکی در مورد ارتباط تغییر در الگوی خواب زنان با پیامدهای سلامت روان موجود می باشد (۲). افسردگی پس از زایمان یکی از شایع ترین اختلالات روانی به دنبال زایمان است که حداکثر طی چهار هفته اول بعد از زایمان شروع شده و شایع ترین زمان آن ۳ تا ۶ ماه پس از زایمان می باشد (۱۵). تقریباً ۱۳٪ زنان افسردگی پس از زایمان را تجربه می کنند. برخی از پژوهش ها فراوانی این اختلال را در دنیا تا ۳۳ درصد نیز ذکر کرده اند. مطالعات انجام شده در کشورمان فراوانی افسردگی بعد از زایمان را تا ۴۲/۱ درصد نیز گزارش نموده اند (۱۶). همچنین خرمی راد و همکاران در شهر قم شیوع افسردگی بعد از زایمان را ۲۳/۷ درصد گزارش کردند (۱۷). افسردگی پس از زایمان احتمال صدمه به مادر و نوزاد را افزایش داده و کیفیت ارتباط عاطفی مادر با کودک را تغییر می دهد (۱۶). همچنین روابط درون خانواده، بهداشت روان خانواده و جنبه های مختلف رابطه با همسر را تحت تأثیر قرار می دهد و مشکلات متعددی را به وجود می آورد (۱۸). از طرفی با توجه به اهمیت سلامت مادر در دوران پس از زایمان و شناخت عوامل مؤثر و پیشگویی آن و با توجه به متفاوت بودن نتایج بررسی های انجام شده، ناشناخته ماندن این اختلال در بیش از ۵۰ درصد موارد می تواند مشکلات متعددی را برای مادر و کودک به وجود بیاورد (۱۹). بنابراین شناسایی دقیق عوامل مؤثر در بروز این اختلال بسیار ضروری به نظر می رسد. با آگاهی از عوامل خطر ساز می توان زنانی را که احتمالاً پس از زایمان افسرده خواهند شد شناسایی کرد و با مداخلات به موقع و مناسب از پیامدهای این اختلال پیشگیری نمود. با توجه به نکات مطرح شده، پژوهشگران بر آن شدند تا ارتباط بین کیفیت خواب طی سه ماهه سوم بارداری را با علائم افسردگی پس از

^۱ . CRP (C-reactive protein)

معیارهای ورود به مطالعه شامل: نخست زایمان، سن بارداری ۲۸-۳۰ هفته، تک قلوئی، شاخص توده بدنی طبیعی، عدم مصرف دارو، نداشتن بیماری مزمن، عدم سابقه سقط، نازایی و حاملگی پرخطر و عدم سابقه افسردگی قبل از بارداری و حین بارداری بود. مطابق معیارهای راهنمای روش های تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویرایش چهارم (DSM-IV) افسردگی عبارت است از وجود همزمان پنج مورد یا بیشتر از علائم بر هم خوردن نظم فیزیولوژیک و مشخصه افسردگی که حداقل یکی از آن ها خلق افسرده یا کاهش علاقه و لذت در فعالیت ها باشد. این علائم حداقل باید به مدت ۲ هفته تداوم داشته باشد (۲۵). این علائم توسط پژوهشگر در تمام زنان بارداری که سن بارداری ۲۸-۳۰ هفته داشتند بررسی شد. با توجه به جواب دهی زنان در صورت عدم وجود افسردگی در بارداری طبق معیارها و عدم ذکر سابقه افسردگی و مصرف داروی مهارکننده افسردگی، زنان باردار سالم وارد مطالعه شدند. معیارهای خروج از مطالعه شامل: فوت بستگان در فاصله زمانی مطالعه، زایمان پره ترم، مرگ نوزاد، نوزاد بیمار، عدم تکمیل همه پرسشنامه ها در هر مرحله و رفتن به شهری دیگر بود. پس از اخذ رضایت نامه و توضیح در مورد روند تحقیق، پرسشنامه ها توسط واحد های پژوهش تکمیل شد. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل: پرسشنامه استاندارد شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ^۱ (PSQI)، پرسشنامه سنجش اضطراب اسپیل برگر^۲ (STAI) و پرسشنامه نگرش زایمان هارتمن^۳ (CAQ) بود که ابتدا در هفته ۲۸-۳۰ و مجدداً در هفته ۳۸ بارداری پرسشنامه ها را تکمیل کردند. همچنین ۳ ماه پس از زایمان، پرسشنامه استاندارد افسردگی پس از زایمان ادینبورگ^۴ (EPDS) توسط همان واحدهای پژوهش تکمیل شد. همچنین ۱۰ سؤال در مورد مشخصات جمعیت شناختی واحدهای پژوهش بود که در هفته ۲۸-۳۰ بارداری توسط پژوهشگر تکمیل شد.

زایمان در مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی قم بررسی نمایند. لازم به ذکر است چندین مطالعه گزارش کردند که کیفیت و الگوی خواب زنان باردار با عوامل روحی روانی از جمله افسردگی دوران بارداری (۲۰، ۲۱) و پس از زایمان مرتبط است (۷). سابقه افسردگی در مادر و سایر اختلالات روحی در دوران بارداری از جمله افسردگی و اضطراب ممکن است با افسردگی پس از زایمان در ارتباط باشد (۲۲، ۲۳). از طرفی افسردگی دوران بارداری ممکن است علت کیفیت نامطلوب خواب در بارداری یا به طور معکوس کیفیت نامطلوب خواب علت افسردگی دوران بارداری باشد (۴). لذا در این مطالعه بر آن شدید تا علاوه بر کیفیت خواب، دیگر عوامل روانشناختی از جمله اضطراب و ترس از زایمان بررسی شود تا در کنار این عوامل روانشناختی، ارتباط کیفیت خواب در دوران بارداری با افسردگی پس از زایمان بررسی شود.

روش کار

این مطالعه طولی آینده نگر با هدف بررسی رابطه کیفیت خواب مادر در دوران بارداری با علائم افسردگی پس از زایمان بر روی ۱۵۶ زن نخست زای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی قم انجام شد. از بین تمامی مراکز بهداشتی درمانی شهر قم ۱۰ مرکز بهداشتی- درمانی پرکار بر اساس تعداد مراجعین انتخاب شدند و ترتیب مراجعه به این مراکز با قرعه کشی مشخص شد. نمونه گیری (به روش در دسترس) در تمام ایام هفته به جزء روزهای تعطیل به صورت مستمر از شروع ساعت اداری لغایت پایان آن با مراجعه به این مراکز از زنان نخست حامله که برای انجام مراقبت های دوران بارداری مراجعه نموده بودند انجام شد. مراجعه به این مراکز بهداشتی- درمانی به طور گردشی ادامه یافت تا تعداد نمونه مورد نظر (از هر درمانگاه ۱۶ نفر) تکمیل شد. با توجه به تحقیقات انجام شده در زمینه های مشابه (۳۳) $p1=0/27$ در گروه مورد، $p2=0/12$ در گروه شاهد و با توجه به $\alpha=0/05$ و $\beta=0/20$ در جدول گیگی و $f\alpha=7/8$ ، تعداد نمونه ۱۴۵ بدست آمد که با اکتساب ریزش ۱۵۶ مورد وارد مطالعه شدند.

¹ Pittsburgh Sleep Quality Index

² State -Trait Anxiety Inventory

³ Childbirth Attitudes Questionnaire

⁴ Edinburgh Postnatal Depression Scale

پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ یک وسیله برای سنجش کیفیت و الگوی خواب افراد است. این پرسشنامه خواب مناسب را از خواب نامناسب با ارزیابی هفت ویژگی خواب افراد در طول یک ماه گذشته مشخص می‌سازد که این موارد عبارتند از کیفیت خواب از نظر خود فرد، مدت زمانی که طول می‌کشد تا فرد به خواب برود، طول مدت خواب، کارایی خواب، مشکلات زمان خواب، استفاده از داروهای خواب آور و اختلال عملکرد روزانه که پاسخ به این سؤالات توسط بیمار صورت می‌پذیرد. امتیازدهی به پاسخ‌ها بر اساس امتیاز صفر تا سه صورت می‌گیرد که امتیاز سه مشخص کننده حداکثر منفی در مقیاس لیکرت می‌باشد. مجموع امتیاز بیشتر یا مساوی پنج نشان دهنده کیفیت خواب نامطلوب است (۴، ۲۶). در ایران، قریشی و همکاران برای پرسشنامه پیتزبورگ قابلیت اعتماد آلفا کرونباخ ۰/۸۳ را گزارش کردند (۲۶) و در مطالعه اکان و بک هاوس که از آن استفاده شده است، قابلیت اعتماد و اعتبار بالایی نشان داده است (۱، ۲۷). همچنین در مطالعه اسکوتریس و همکاران، این پرسشنامه از روان سنجی خوبی در دوران بارداری برخوردار بود و کیفیت خواب در اواسط و اواخر بارداری را به خوبی نشان داد (۴).

پرسشنامه افسردگی ادینبرگ برای شناسایی زنان با افسردگی پس از زایمان به کار گرفته شد. این پرسشنامه شامل ۱۰ سؤال کوتاه شده برای بررسی افسردگی پس از زایمان می‌باشد که در مورد احساسات هفت روز گذشته و نه احساسات امروزشان سؤال می‌شود. هر سؤال شامل ۴ پاسخ می‌باشد که به هر پاسخ بر حسب شدت، نمرات صفر تا ۳ تعلق می‌گیرد و ماکزیمم نمره ۳۰ می‌باشد. این پرسشنامه استاندارد و مورد تأیید می‌باشد. واحدهای پژوهش با توجه به نمره نهایی توسط پژوهشگر به دو گروه افسرده (>۱۰ نمره) و غیر افسرده (<۱۰ نمره) تقسیم شدند. نمراتی در سال ۱۳۷۲ پایایی ۹۰ درصد را برای این پرسشنامه به دست آورد (۲۸). پرسشنامه افسردگی ادینبرگ یکی از ابزارهای معتبر و قابل قبول در سراسر جهان و ایران جهت تشخیص افسردگی بعد از زایمان است (۲۶، ۲۹).

پرسشنامه سنجش اضطراب اسپیل برگر (STAI) اضطراب موقعیتی (آشکار) و اضطراب سرشتی (پنهان) زنان با مقیاس اسپیل برگر که در ایران هنجاریابی شده است (۳۰) را با سؤالات ۴۰ موردی می‌سنجد که ۲۰ گزینه مربوط به اضطراب آشکار (بیان احساسات مددجو در لحظه کنونی، در زمان پر نمودن پرسشنامه) و ۲۰ گزینه مربوط به اضطراب پنهان (بیان احساسات همیشگی یا اغلب اوقات مددجو) می‌باشد. طبق تحقیقات باستانی در ایران، پایایی^۱ این پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و روایی محتوی مورد تأیید قرار گرفته است (۳۰).

گران و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه خود مقیاس STAI را یک ابزار معتبر سنجش اضطراب در دوران بارداری معرفی نمود و هنگامی که پرسشنامه سنجش اضطراب اسپیل برگر را با راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویرایش چهارم^۲ مقایسه و بررسی کردند، پرسشنامه سنجش اضطراب اسپیل برگر از نظر حساسیت، ویژگی و ارزش پیش بینی کننده اضطراب در بارداری معتبر بود (۳۱).

پرسشنامه نگرش زایمان: جهت بررسی ترس از زایمان از پرسشنامه نگرش زایمان هارتمن که توسط لوئی مورد بازنگری قرار گرفته است استفاده شد. پرسشنامه دارای ۱۴ سؤال می‌باشد که پاسخ سؤالات به صورت لیکرت ۴ تایی (اصلاً، خیلی کم، متوسط، زیاد) می‌باشد. به این ترتیب، امتیازها ۵۶-۱۴ را شامل می‌شوند. نمره بیشتر نشان دهنده ترس بیشتر و نمره میانه یعنی ۲۸ یا بیشتر به عنوان ترس از زایمان در نظر گرفته شد. طبق تحقیقات خرسندی در ایران (۱۳۸۷)، پایایی این پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و روایی محتوی مورد تأیید قرار گرفته است (۳۲).

نتایج حاصل از پرسشنامه‌ها توسط نرم افزار SPSS (نسخه ۱۶) با استفاده از آزمون‌های تی مستقل و کای دو مورد ارزیابی قرار گرفت. همچنین تحلیل رگرسیون لجستیک برای بررسی شانس خطر با فاصله اطمینان ۰/۹۵ و مشخص کردن ارتباط بین نمرات کیفیت خواب و نمرات بالای افسردگی پس از زایمان (بیشتر از ۱۰)

1. Reliability

2. DSM – IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition).

به علت زایمان پره ترم و ۵ نفر به علت عدم پرکردن پرسشنامه در سه ماه پس از زایمان از مطالعه خارج شدند و در نهایت اطلاعات حاصل از ۱۴۰ زن باردار نخست زا با میانگین سنی $22/87 \pm 3/9$ سال و در محدوده سنی ۱۵ تا ۳۵ سال در هفته ۲۸ و ۳۸ بارداری مورد بررسی قرار گرفت. تحصیلات اکثر مادران ($41/71\%$) در حد دیپلم بود و 97% از مادران خانه دار بودند، $94/9\%$ مادران از زندگی خود رضایت داشتند. در این پژوهش ۸۰ نفر ($56/3\%$) کیفیت خواب نامطلوب و ۶۰ نفر ($43/7\%$) کیفیت خواب مطلوب در هفته ۲۸ بارداری داشتند. همچنین در هفته ۳۸ بارداری، ۸۸ نفر ($65/7\%$) کیفیت خواب نامطلوب و ۴۶ نفر ($34/3\%$) کیفیت خواب مطلوب داشتند. سه ماه پس از زایمان، ۵۵ نفر ($39/3\%$) افسردگی پس از زایمان داشتند. میانگین نمرات کیفیت خواب در گروه افسرده و غیر افسرده در جدول ۱ آورده شده است.

انجام شد که در مرحله اول متغیرهای کیفیت خواب و افسردگی پس از زایمان به تنهایی وارد تحلیل رگرسیون لجستیک شدند و در مرحله بعد، کیفیت خواب همراه با فاکتورهای مداخله گر (اضطراب آشکار و پنهان) که در آزمون کای دو ارتباط معنی داری با افسردگی پس از زایمان داشت وارد تحلیل رگرسیون لجستیک شدند. $p < 0/05$ از نظر آماری معنی دار فرض شد.

برای بررسی اثر مستقل کیفیت خواب و اضطراب پنهان و آشکار در هفته ۲۸ و ۳۸ بارداری بر افزایش خطر افسردگی پس از زایمان از آنالیز واریانس دوطرفه و برای تعدیل اثر متغیرهای پایه آزمون منتل هنزل استفاده شد.

یافته ها

در این پژوهش، از ۱۵۶ زن باردار واجد شرایط که در هفته های ۲۸-۳۰ بارداری وارد مطالعه شدند، ۱۱ نفر

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت خواب، اضطراب آشکار و پنهان و ترس از زایمان در هفته ۲۸ و ۳۸ بارداری با وضعیت افسردگی پس از زایمان

p	مادر غیر افسرده	مادر افسرده	شاخص	
			میانگین	انحراف معیار
۰/۰۰۳	۵/۶ (۳/۰۷)	۷/۵ (۳/۴)	میانگین نمرات کیفیت خواب در هفته ۲۸ بارداری	۲۸
۰/۰۰۱	۷/۰۳ (۳/۲)	۹ (۳/۸)	میانگین نمرات کیفیت خواب در هفته ۳۸ بارداری	۳۸
۰/۰۰۱	۱۶/۹ (۹/۵)	۲۳/۳ (۱۰/۲)	میانگین نمرات اضطراب پنهان در هفته ۲۸ بارداری	۲۸
۰/۰۰۱	۱۷/۳ (۱۰/۸)	۲۳/۸ (۱۰/۳)	میانگین نمرات اضطراب پنهان در هفته ۳۸ بارداری	۳۸
۰/۰۰۱	۱۲/۵ (۸/۸)	۱۹/۴ (۱۱/۷)	میانگین نمرات اضطراب آشکار در هفته ۲۸ بارداری	۲۸
۰/۰۰۱	۱۶/۸ (۱۰/۸)	۲۵/۵ (۱۱/۸)	میانگین نمرات اضطراب آشکار در هفته ۳۸ بارداری	۳۸
۰/۰۱	۳۴/۰۲ (۷/۸)	۳۷/۳ (۷/۱)	میانگین نمرات ترس از زایمان در هفته ۲۸ بارداری	۲۸
۰/۰۰۱	۳۳/۷ (۷/۳)	۳۸/۵ (۷/۱)	میانگین نمرات ترس از زایمان در هفته ۳۸ بارداری	۳۸
۰/۱	۲۳/۵۲ (۴/۱)	۲۲/۱ (۳/۶)	میانگین سن واحدهای پژوهش	

بالاتری داشتند، علایم افسردگی پس از زایمان به طور معنی داری بیشتر بود ($p < 0/001$). با بررسی اثر اضطراب آشکار و پنهان و کیفیت خواب، اثر مخدوش کنندگی مطرح شد که نتایج آزمون منتل هنزل بیانگر تأثیر مستقل کیفیت خواب بر بروز علائم افسردگی پس از زایمان در گروه مضطرب در محدوده اضطراب آشکار و پنهان در هفته ۲۸ بارداری بود ($p = 0/02$) و نسبت

کیفیت خواب در دو گروه زنان افسرده و غیر افسرده در هفته ۲۸ و ۳۸ بارداری به طور معنی داری متفاوت می باشد ($p = 0/003$) و ($p = 0/001$). همچنین آزمون کای دو بین اضطراب آشکار و پنهان و کیفیت خواب در هفته ۲۸ و ۳۸ بارداری با افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی داری را نشان داد. در زنان بارداری که نمرات اضطراب آشکار و پنهان، کیفیت خواب نامطلوب

شانس در هفته ۲۸ بارداری، در حد ۲/۴ با دامنه اطمینان ۹۵٪ (۱/۰۹-۴/۹) برآورد شد. در هفته ۳۸ بارداری نیز نتایج آزمون منتل هنزل بیانگر تأثیر مستقل کیفیت خواب بر بروز علائم افسردگی پس از زایمان در گروه مضطرب در محدوده اضطراب آشکار و پنهان در هفته ۳۸ بارداری بود ($p=0/01$) و شانس خطر در حد ۳/۴ و با دامنه اطمینان ۹۵٪ (۱/۳-۸/۵) برآورد شد. برای بررسی اثر مستقل اضطراب پنهان و آشکار و کیفیت خواب در هفته ۲۸ و ۳۸ بارداری بر افسردگی پس از زایمان، آنالیز واریانس دو طرفه انجام شد که این دو متغیر بر افسردگی بعد از زایمان اثر متقابل نداشتند، به ترتیب ($p=0/08$) و ($p=0/02$). این یافته ها نشان می دهد که وجود اضطراب پنهان و آشکار خطر نمرات بالای افسردگی پس از زایمان را در حضور کیفیت نامطلوب خواب تغییر نمی دهد.

در مرحله بعد برای تعیین سهم هر یک از متغیرهای یاد شده در پیش بینی شانس خطر افسردگی پس از زایمان، اضطراب آشکار و اضطراب پنهان که در یافته های اولیه رابطه معنی داری با افسردگی پس از زایمان نشان داده بودند، وارد تحلیل رگرسیون لجستیک شدند. در این تحلیل، متغیرهای سن، رضایت از زندگی زناشویی، سطح تحصیلات و ترس از زایمان نتوانستند به طور معنی داری افسردگی پس از زایمان را پیش بینی کنند و از تحلیل رگرسیون خارج شدند. نمرات کیفیت خواب در هفته ۲۸ بارداری با علائم افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی داری نشان داد ($OR=3/9$ ، $95\% CI=1/1-13/19$) ($p=0/03$) (جدول ۲).

جدول ۲- نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک علائم افسردگی پس از زایمان در هفته ۲۸ بارداری بر حسب متغیرهای پیش بین در بررسی کیفیت خواب در اواخر بارداری

فاصله اطمینان (٪۹۵)	شانس خطر	p	خطای معیار	ضریب زاویه	
۱/۰۹- ۴/۹	۲/۳	۰/۰۲	۰/۳	۰/۸	نمرات تنظیم نشده کیفیت خواب هفته ۲۸ بارداری
۱/۱- ۱۳/۹	۳/۹	۰/۰۳	۰/۶	۱/۳	کیفیت خواب هفته ۲۸ بارداری
۰/۰۳- ۰/۷	۰/۱	۰/۰۱	۰/۷	۰/۲	نمرات تنظیم شده* اضطراب آشکار هفته ۲۸ بارداری
		NS	۰/۷	۱/۹	اضطراب پنهان هفته ۲۸ بارداری

* از نظر اضطراب آشکار و اضطراب پنهان

همچنین در هفته ۳۸ بارداری بین نمرات کیفیت خواب با علائم افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی داری مشاهده شد ($OR=3/4$ ، $95\% CI=1/09-10/8$) ($p=0/03$) (جدول ۳).

جدول ۳- نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک علائم افسردگی پس از زایمان در هفته ۳۸ بارداری بر حسب متغیرهای پیش بین در بررسی کیفیت خواب در اواخر بارداری

فاصله اطمینان (٪۹۵)	شانس خطر	p	خطای معیار	ضریب زاویه	
۱/۳- ۸/۵	۳/۴	۰/۰۱	۰/۴	۱/۲	نمرات تنظیم نشده کیفیت خواب هفته ۳۸ بارداری
۱/۰۹- ۱۰/۸	۳/۴	۰/۰۳	۰/۵	۱/۲	کیفیت خواب هفته ۳۸ بارداری
۰/۰۸- ۰/۹	۰/۳	۰/۰۴۵	۰/۶	۱/۲	نمرات تنظیم شده* اضطراب آشکار هفته ۳۸ بارداری
		NS	۰/۶	۰/۳	اضطراب پنهان هفته ۳۸ بارداری

* از نظر اضطراب آشکار و اضطراب پنهان

کیفیت خواب بیشتر از ۵ در هفته ۲۸ و ۳۸ بارداری به ترتیب ۳/۹ و ۳/۴ برابر میزان علائم افسردگی پس از زایمان را افزایش می دهد و می توان کیفیت خواب را

آزمون رگرسیون لجستیک نشان داد که نمرات بالاتر کیفیت خواب در بارداری با افزایش شانس خطر افسردگی در سه ماه بعد زایمان همراه است و نمرات

در پیش‌گویی افسردگی پس از زایمان به عنوان یک فاکتور مستقل برشمرد.

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین نمرات کیفیت خواب در سه ماهه سوم بارداری و افسردگی پس از زایمان ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود دارد ($p < 0.05$) که این خود تأیید‌کننده فرضیه پژوهش یعنی وجود ارتباط بین نمرات کیفیت خواب و علائم افسردگی پس از زایمان می‌باشد. در این ارتباط ویلکی و همکاران (۱۹۹۲) در کشور انگلستان بین محرومیت از خواب در اواخر بارداری و اختلال خلقی به ویژه غم پس از زایمان ارتباط معنی‌داری گزارش کردند که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد، اما از این جهت که غم پس از زایمان را بررسی کردند مشابه پژوهش حاضر نمی‌باشد (۱۰). اکان و همکاران (۲۰۰۹) در آمریکا به نتایجی مخالف رسیدند که نمرات کیفیت خواب در هفته ۳۶ بارداری پیشگویی‌کننده افسردگی راجعه پس از زایمان نبود که مشابه با نتایج پژوهش حاضر نمی‌باشد (۱۳). اکان در مطالعه خویش افراد با سابقه افسردگی و چندزا را انتخاب نمود و از این حیث با پژوهش حاضر که بر روی افراد نخست‌زا و بدون سابقه افسردگی و افسردگی در بارداری انجام شده است تفاوت دارد. همچنین می‌توان از دیگر دلایل عدم مشابهت نتایج این مطالعه با پژوهش حاضر تعداد کم حجم نمونه و تفاوت پرسشنامه‌ها را برشمرد. جومین و همکاران (۲۰۰۷) در کشور انگلستان گزارش کردند که نمرات کیفیت خواب زنان باردار در اوایل بارداری با علائم بیشتری از افسردگی پس از زایمان همراه است (۳۴) که نتایج آنها همسو با نتایج پژوهش حاضر می‌باشد ولی به دلیل بررسی نمرات کیفیت خواب در اوایل بارداری مشابه با پژوهش حاضر نمی‌باشد. در مطالعه ولفسان و همکاران (۲۰۰۳) در کشور آمریکا کیفیت خواب زنان نخست‌زا در اواخر بارداری و افسردگی پس از زایمان در ۲-۴ هفته و ۱۲-۱۶ هفته و ۱۵-۱۲ ماه بررسی شد که کیفیت خواب بیشتر از همه با افسردگی ۲-۴ هفته پس از زایمان ارتباط داشت (۹). این نتایج مطابق نتایج پژوهش حاضر

می‌باشد. البته، از نظر زمان بررسی کیفیت خواب و افسردگی مشابه با پژوهش حاضر نمی‌باشد.

مطالعه جعفرپور و همکاران (۱۳۸۷) که با هدف بررسی شیوع افسردگی پس از زایمان و ارتباط آن با رویدادهای استرس‌زا صورت گرفت نشان داد که بین تغییر ساعات خواب در بارداری با افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی‌داری وجود دارد ($p = 0.04$) (۲۸) که همسو با نتایج پژوهش حاضر می‌باشد اما از این جهت که کیفیت خواب را از طریق پرسشنامه بررسی نکرده است و تغییرات خواب زنان باردار به صورت طرح سؤال بررسی شده است با پژوهش حاضر متفاوت می‌باشد.

بنداد و همکاران (۱۳۸۳) نیز در مطالعه خود بین الگوی خواب زنان باردار در سه ماهه سوم بارداری و افسردگی دوران بارداری ارتباط معنی‌داری گزارش کردند (۲۱). از این جهت که الگوی خواب و اختلالات خواب زنان باردار با افسردگی ارتباط دارد با این پژوهش همخوانی دارد اما چون رابطه الگوی خواب و افسردگی را در بارداری بررسی کرده است مشابه پژوهش حاضر نمی‌باشد.

میدبنت (۱۹۹۰) در کشور آمریکا بین کیفیت خواب در سه ماهه سوم بارداری و افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی‌داری گزارش نکردند (۱۲). در حالی که برسلاو و همکاران (۱۹۹۶) در میشیگان آمریکا گزارش کردند شخصی که هیچ سابقه‌ای از افسردگی نداشته اما دچار اختلال خواب شده خطر ابتلا به افسردگی اساسی در آینده ۲ برابر افزایش می‌یابد (۱۴).

در زمینه ارتباط کیفیت خواب در دوران بارداری با افسردگی پس از زایمان مطالعات اندکی انجام شده و هیچ‌کدام از مطالعات گذشته به طور مستقل به این مقوله نپرداخته‌اند و در بسیاری از مطالعات یکی از عوامل خطر افسردگی پس از زایمان را سابقه افسردگی در مادر و افسردگی دوران بارداری ذکر کرده‌اند (۲۲). در این پژوهش برای بررسی دقیق این ارتباط تمامی افرادی که دچار افسردگی بودند از پژوهش خارج شدند. همچنین در برخی مطالعات بیان شده که ترس از زایمان در بارداری و اضطراب با افسردگی پس از زایمان ارتباط مثبت و تنگاتنگی دارند (۲۴-۲۲). در بسیاری از مطالعات در بررسی ارتباط کیفیت خواب و افسردگی پس از

است. همچنین تمامی افرادی که ممکن بود افسردگی یا سابقه ای از افسردگی داشته باشند از مطالعه خارج شدند.

نتیجه گیری

کیفیت نامطلوب خواب با خلق افسرده در دوره پس از زایمان مرتبط است. بنابراین، بررسی زنان باردار در دوران حاملگی از نظر وجود اختلالات خواب همراه با در نظر گرفتن دیگر عوامل مساعدکننده و توجه دقیق به علایم افسردگی پس از زایمان می تواند در برنامه کاری متخصصین مامایی و پرسنل بهداشت خانواده گنجانده شود تا تشخیص به موقع انجام پذیرد و کسانی که مستعد افسردگی پس از زایمان هستند، مورد بررسی و حمایت بیشتری قرار گیرند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد می باشد، بدیم وسیله از شورای محترم پژوهشی دانشگاه و دانشکده علوم پزشکی تربیت مدرس جهت حمایت مالی تحقیق و ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی قم، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قم، ریاست محترم مرکز بهداشت استان قم و مسئولین و کارکنان مراکز بهداشتی- درمانی قم و کلیه مادران عزیزی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند تقدیر و تشکر می شود.

زایمان، اضطراب آشکار و پنهان مادر را نادیده گرفته اند که در این مطالعه این عوامل به عنوان فاکتورهای مداخله گر محسوب شده و بعد از تطبیق فاکتورهای مداخله گر نتایج مورد بحث قرار گرفتند. نمرات کیفیت خواب بالا (بیشتر از ۵) در سه ماهه سوم بارداری به طور معنی داری شانس خطر افسردگی پس از زایمان را افزایش داد، حتی پس از این که در تجزیه و تحلیل آماری برای بعضی از عوامل مداخله گر مانند سطح اضطراب آشکار و پنهان در هفته های ۲۸ و ۳۸ بارداری تطبیق انجام شد به ترتیب (OR=۳/۴)، (OR=۳/۹) و ($p < 0.05$).

از محدودیت های پژوهش حاضر می توان به این نکته اشاره کرد که در این مطالعه برای بررسی مشکلات خواب و افسردگی پس از زایمان فقط از ابزار خود گزارش دهی کیفیت خواب و افسردگی استفاده شده است و نمرات بدست آمده از این پرسشنامه ها فقط احتمال اینکه این افراد در معرض کیفیت نامطلوب خواب و افسردگی هستند را مشخص می کند. در مطالعات آینده بهتر است یک بررسی بالینی و تشخیصی این موارد صورت گیرد. از نقاط قوت پژوهش حاضر می توان به آینده نگر بودن آن اشاره کرد و اینکه کیفیت خواب در بارداری دو بار یعنی در هفته ۲۸ و ۳۸ بارداری ارزیابی شده است. همچنین در این مطالعه اضطراب و ترس از زایمان هم به عنوان عوامل مخدوشگر در کیفیت خواب در نظر گرفته شده

منابع

1. Okun ML, Coussons-Read ME. Sleep disruption during pregnancy: how does it influence serum cytokines?. *J Reprod Immunol* 2007;73(2):158-65.
2. Lee KA. Alterations in sleep during pregnancy and postpartum: a review of 30 years of research. *Sleep Med Rev* 1998;2(4):231-42.
3. Jomeen J. The importance of assessing psychological status during pregnancy, childbirth and the postnatal period as a multidimensional construct: A literature review. *Clinical Effectiveness in Nursing* 2004;8:143-155.
4. Skouteris H, Wertheim EH, Germano C, Paxton SJ, Milgrom J. Assessing sleep during pregnancy: a study across two time points examining the Pittsburgh Sleep Quality Index and associations with depressive symptoms. *Womens Health Issues* 2009; 19(1):45-51.
5. Beebe KR, Lee KA. Sleep disturbance in late pregnancy and early labor. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2007; 21(2):103-8.
6. Doi Y, Minowa M, Tango T. Impact and correlates of poor sleep quality in Japanese white collar employees. *Sleep* 2003;26(4):467-71.
7. Chang JJ, Pien GW, Duntley SP, Macones GA. Sleep deprivation during pregnancy and maternal and fetal outcomes: is there a relationship? *Sleep Med Rev* 2010;14(2):107-14.
8. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after child birth. *BMJ* 2001; 323(7307):257-60.
9. Wolfson AR, Crowley SJ, Anwer U, Bassett JL. Changes in sleep patterns and depressive symptoms in first-time mothers: Last trimester to 1-year postpartum. *Behav Sleep Med* 2003;1(1):54-67.

10. Wilkie G, Shapiro CM. Sleep deprivation and the postnatal blues. *J Psychosom Res* 1992;36(4):309-16.
11. Huang CM, Carter PA, Guo JL. A comparison of sleep and daytime sleepiness in depressed and non-depressed mothers during the early postpartum period. *J Nurs Res* 2004;12(4):287-96.
12. Mead-Bennett E. The relationship of primigravid sleep experience and select moods on the first postpartum day. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1990; 19(2):146-52.
13. Okun ML, Hanusa BH, Hall M, Wisner KL. Sleep Complaints in Late Pregnancy and the Recurrence of Postpartum Depression. *Behav Sleep Med* 2009; 7(2): 106–17.
14. Breslau N, Roth T, Rosenthal L, Andreski P. Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults. *Biol Psychiatry* 1996; 39(6):411-8.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed, text revision. Washington, DC: American Psychological Association; 2000.
16. - Sharifi Kh, Sooky Z, Akbari H, Sharifi M. Assessment of the relationship between the method of delivery and postpartum depression. *Feyz, Kashan University of Medical Sciences & Health Services* 2008, 12(1): 50-55. (Full Text in Persian)
17. Khorramirad A, Mousavi Lotfi M, Shoori Bidgoli A. Prevalence of Postpartum Depression and Related Factors in Qom. *Pajoohandeh* 2010; 15(2): 62-66. (Full Text in Persian)
18. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Clinical practice. Postpartum Depression. *N Engl J Med* 2002; 347(3): 194-9.
19. Jones HW, Venis JA. Identification and classification of postpartum psychiatric disorder. *J psychosoc Nur Ment Health Serv* 2001; 39(12): 23-30.
20. Skouteris H, Germano C, Wertheim EH, Paxton SJ, Milgrom J. Sleep quality and depression during pregnancy: A prospective Study. *J Sleep Res* 2008;17(2):217-20.
21. Bendad R, Abediyan Z, Hassan Abadi H, Ismaili H. Sleep patterns associated with depression in the third trimester of pregnancy. *J Behvood*.2005; 25:41-51.
22. Skouteris H, Wertheim EH, Rallis S, Milgrom J, Paxton SJ. Depression and anxiety through pregnancy and the early postpartum: An examination of prospective relationships. *J Affect Disord* 2009;113(3):303-8.
23. Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E. Anxiety and fear of childbirth as predictors of postnatal depression in nulliparous women. *Women Birth* 2011. [Epub ahead of print] .
24. Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmäki E, Saisto T. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG* 2009;116(1):67-73.
25. Jannati Y. Psychiatry in Midwifery. First Edition, Tehran, Jameenegar publication, 2004, 18; 186.
26. Ghoreishi A, Aghajani AH. Sleep quality in Zanjan university medical students Tehran University Medical Journal 2008; 66(1):61-67. (Full Text in Persian)
27. Backhaus J, Junghanns K, Broocks A, Riemann D, Hohagen F. Test-retest reliability and validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index in primary insomnia. *J Psychosom Res* 2002; 53(3): 737-40.
28. Jafarpour M, Esfandiari M, Mokhtarshahi SH, Hosseini F. Postpartum Depression and its Relationship with Stressful life events. *Behvood* 2006;10(4(31)):320-31. (Full Text in Persian)
29. Dorheim SK, Bondevik GT, Eberhard-Gran M, Bjorvatn B. Sleep and depression in postpartum women: a population-based study *Sleep* 2009;32(7):847-55.
30. Bastani F, Hidarnia A, Kazemnejad A, Vafaei M, Kashanian M. A Randomized Controlled Trial of the Effects of Applied Relaxation Training on Reducing Anxiety and Perceived Stress in Pregnant Women *J Midwifery Womens Health* 2005; 50(4):e36-40..
31. Grant KA, McMahon C, Austin MP. Maternal anxiety during the transition to parenthood: A prospective study. *J Affect Disord* 2008;108(1-2):101-11.
32. Khorsandi M. Effect of Precede Proceed Model Combined with the Health Belief Model and the Self-Efficacy to Increase Normal Childbirth in Nulliparous women Presented for the PhD Degree in Health Education. *Tarbiat Modaress University School of MedicalS*. 2008;72.
33. Shahhosseini Z, Abedian K, Azimi H. Role of Anxiety During Pregnancy in Preterm Delivery. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences & Health Services* 2008; 16–(63): 85-92. (Full Text in Persian)
34. Jomeen J, Martin CR. Assessment and relationship of sleep quality to depression in early pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2007; 25(1): 87–99.