

یافته های نو در روان شناسی

سال پنجم، شماره ۱۷، زمستان ۱۳۸۹

صفحات مقاله: ۳۴-۱۹

تاریخ وصول: ۱۳۸۹/۷/۳ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۶/۲۶

مقایسه بی خوابی، خواب آلودگی و حمایت اجتماعی زنان باردار افسرده و غیر افسرده

الهام پارسائی راد*

صدیقه امیر علی اکبری**

رویا مشناک***

چکیده

هدف از پژوهش حاضر؛ مقایسه بی خوابی، خواب آلودگی و حمایت اجتماعی زنان باردار افسرده و غیر افسرده مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهراواز بود. نمونه شامل ۹۰ نفر از زنان باردار (افسرده ۴۲ نفر) و غیر افسرده ۴۸ نفر) که باروش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های بی خوابی (ISI)، خواب آلودگی (ESS)، حمایت اجتماعی (وین فیلد تابگمن) و افسردگی بک (BID) استفاده شد. تحقیق حاضر از نوع علی - مقایسه ای بود و تحلیل داده‌ها باروش چند متغیری (مانوا) در سطح $p < 0.001$ نشان داد که: بین بی خوابی و خواب آلودگی زنان باردار افسرده و غیر افسرده تفاوت معنادار وجود دارد یعنی؛ زنان باردار افسرده از بی خوابی و خواب آلودگی بیشتری نسبت به زنان باردار غیر افسرده برخوردارند. اما از لحاظ حمایت اجتماعی بین این دو گروه تفاوتی مشاهده نشد.

واژه‌های کلیدی: بی خوابی، خواب آلودگی، حمایت اجتماعی، زنان باردار، افسردگی

* کارشناس ارشد مامائی و عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز (نویسنده مسئول)

** کارشناس ارشد مامائی و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه شهید بهشتی تهران

*** مدرس دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز

مقدمه

آبستنی و زایمان در نقش یکی از بحران های سه گانه زندگی همانند بلوغ و ازدواج اهمیت داشته و قابل بررسی است. بارداری نیز مانند هر بحران دیگر دو گروه تغییرات عمده جسمی و روانی را در بر دارد و کمک به سلامت مادران در گرو درک این تغییرات و اثرات متقابل آنهاست که در افراد مختلف تابلوی بالینی متفاوت ایجاد می کند (ماریونه^۱، ترجمه؛ ایراندوست، ۱۳۷۸) و علی رغم پیشرفتهای علمی در زمینه مشکلات جسمی دوران بارداری، مشکلات روانی همچنان موضوعی مهم در بهداشت زنان باردار به شمار می آید. در مورد علت هم زمانی اختلالات روانی با بارداری اطلاعات کمی وجود دارد اما می توان پیش بینی نمود که بی ثباتی عاطفی و افزایش نیازهای شخصی - اجتماعی و روانی در این دوره می تواند زمینه ساز مشکلات روانی باشد. بارداری برای بسیاری از زنان، دوره ای پر استرس و نیازمند نوعی سازگاری روانی است. افسردگی، گوشه گیری، اضطراب، ترس مرضی، سوء مصرف مواد، بی ثباتی عاطفی، تحریک پذیری، اختلال در خواب و روابط جنسی از جمله اختلالات روانی هستند که ممکن است همراه با بارداری دیده شوند (جنتی، ۱۳۸۴). بارداری یکی از عوامل فشارزای عمده زندگی است و می تواند زمینه های افسردگی را آشکار یا تشدید کند (کانینگهام^۲، ۲۰۱۰). پاره ای از نشانه های افسردگی بدون آنکه با ضوابط تشخیص این اختلالها مطابقت داشته باشد در برخی از مبتلایان به بی خوابی دیده شده است (دادستان، ۱۳۸۶). از سویی، خواب به تجدید قوای ذهنی و فیزیولوژیکی کمک می کند و برای پذیرفتن وظایف و نقشهای جدید لازم است (لی و همکاران^۳، ۲۰۰۰) و بی خوابی و خواب آلودگی از جمله مشکلات شایع اختلالات خواب در بارداری می باشند (زاج و همکاران^۴، ۲۰۰۵). بی خوابی یکی از رایجترین اختلالات طی بارداری است و معمولاً^۵ مربوط به بیداری بلافاصله پس از رفتن به خواب و ترکیبی از تغییرات روانی است (ساهوتا و همکاران^۶، ۲۰۰۴) و خواب آلودگی هم در ایجاد اختلال خلق و مشکلات روانی نقش دارد (تیلور و همکاران^۷، ۲۰۰۳). شواهد اشاره دارد که اختلال خواب تغییرات روانی به دنبال دارد (سوبل و همکاران^۸، ۲۰۰۸). در جمعیت عمومی هم می توان مشکلات خواب همراه با افسردگی را مشاهده کرد (دورهیم و همکاران^۹، ۲۰۰۸). شواهد نشان می دهد که اختلالات خواب تغییرات روانی بسیاری را به دنبال دارد (سو^{۱۰}، ۲۰۰۵). عوامل فیزیکی، عاطفی و هیجانی زیادی می توانند الگوی خواب را تحت تأثیر قرار دهند زیرا در این دوران تغییرات فیزیکی، هورمونی، احساسی - عاطفی جدیدی نظیر ترس از نگهداری و مراقبت از بچه و پذیرش نقش جدید در خانواده وجود دارند که در الگوی خواب تأثیر دارند (لوپز و همکاران^{۱۱}، ۲۰۰۴). لی و همکاران^{۱۱} (۲۰۰۰) خواب آلودگی در اوایل بارداری را رایج تر دانسته

1. Maryone
2. Chunninghum et al
3. Lee et al
4. Dzaja et al
5. Sahota et al
6. Taylor et al
7. Sobel et al
8. Dorhem et al
9. Hsuhc
10. Lopes et al
11. Lee & Gay

اند بطوری که اختلال خواب در سه ماهه اول بارداری از ۸۰ درصد به ۶۳ در صد در سه ماهه سوم تغییر می یابد (لوپز و همکاران، ۲۰۰۴). یکی از عوامل اختلال خواب، تغییرات هورمونی طی بارداری است که الگوی خواب را تغییر می دهد (لی و گای، ۲۰۰۵). چندین هورمون در دوره های ۲۴ ساعته ترشح می شوند که برخی از آنها در بارداری تولید می شوند و شامل هورمون رشد، پرولاکتین، ملاتونین، کورتیزول، هورمون محرکه تیروئید، اکسی توسین و هورمونهای جفتی شامل گنادو تروپین، پروژسترون، استریول، دهیدرواپی آندوسترون می باشند که چرخه این هورمونها بر خواب اثر دارد و در بارداری تغییر می کنند (مانبر و آرمیتاژ، ۱۹۹۹). هورمونهای جنسی به خصوص استروژن و پروژسترون در میان نرو ترانسمیترها سطحشان را طوری که باعث خواب کافی شوند نگه می دارند و فوراً بعد از زایمان با افت شدید در میزان استروژن و پروژسترون باعث ایجاد اختلالات خواب در بیشتر خانم هایی که مشکلاتی در شروع و ادامه خواب دارند می شود، حتی در زمانی که مراقبت از کودک بر عهده شان نیست (لی و همکاران، ۲۰۰۰). همزمان با شروع هفته ۱۲ حاملگی تا ۲ ماه بعد از زایمان زنان از مشکل بودن شروع خواب، بیدار شدنهای مکرر، ساعات خواب شبانه کمتر و کاهش کارایی خواب شکایت می کنند (کانینگهام، ۲۰۱۰). زنانی که در طی بارداری اختلال خواب دارند دو برابر شانس بیشتری برای دچار شدن به فشار خون بالا، پره اکلامپسی و کاهش رشد داخل رحمی جنین دارند (جینفر و همکاران، ۲۰۰۱). بنابراین، بارداری تغییرات مهمی از نظر تشریحی، فیزیولوژیکی و روانی به وجود می آورد که تطابق با این همه تغییرات مشکل است و می توان بارداری را یک دوره بحرانی از زندگی زن به شمار آورد و آن را یک استرس محسوب کرد (نصیری، ۱۳۷۹).

زندگی با کیفیت مطلوب ریشه در اعتقادات و آموزش های دینی مسلمانان دارد. یکی از این عوامل «حمایت اجتماعی» است. حمایت اجتماعی مفهومی است که عموماً به عنوان کمکی که از جانب دیگران در شرایط دشوار زندگی دریافت می شود، درک می گردد (تیلور، ۲۰۰۷). حمایت اجتماعی نیرومندترین نیروی مقابله ای برای رویارویی موفقیت آمیز و آسان در زمان درگیری با شرایط تنش زا (از جمله دوره بارداری) شناخته شده و تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل می کند (لی، یاچانگ و همکاران، ۲۰۰۴). حمایت اجتماعی از طریق ایفای نقش واسطه ای میان عوامل تنش زای زندگی و بروز مشکلات جسمی و روانی و همچنین تقویت شناخت افراد، باعث کاهش تنش شده، باعث افزایش میزان بقا و بهبود کیفیت زندگی افراد می شود (سارز و همکاران، ۲۰۰۰). در تحقیقات ساراسون و همکاران (۱۹۸۵؛ نقل از خرمی، ۱۳۷۹) همبستگی متوسط و کمی بین نمرات حمایت اجتماعی و خشنودی افراد وجود داشت. یعنی میزان حداقلی از حمایت اجتماعی که خشنودی هر کس را تضمین می کند وجود ندارد. به عبارتی، برای بعضی مردم تعداد کمی

1. Lopes et al
2. Lee & Gay
3. Manber & Armitage
4. Lee et al
5. Jennifer et al
6. Social support
7. Taylor
8. Lee., Yaechung et al
9. Suarez et al

دوستان نزدیک و وابستگان خشنود کننده است در حالیکه دیگران نیازمند حمایت از سوی افراد متعددی هستند. ولی به هر حال کسانی که سطوح بالائی از حمایت اجتماعی را در اختیار دارند حتی در صورت تجربه حادثه ناگوار و یا فشار و استرس جدید در مقابل بیماری کمتر آسیب پذیرند و شیوه های غیر انطباقی تفکر و رفتار بیشتر میان اشخاصی شایع است که در درون خانواده حمایت اجتماعی کمی دارند.

سابقه بیماری روانی یا بیماری روانی در دوران بارداری، روابط زناشویی نامناسب، حمایت اجتماعی ضعیف، تنش های زندگی، سابقه حاملگی های سخت قلبی و وضعیت اقتصادی پایین از علل اتیولوژی افسردگی می باشند (ادویا و همکاران، ۲۰۰۵؛ رایان و همکاران، ۱۹۹۹ و مالیکارجون و همکاران؛ ۲۰۰۵)^۱

از عوارض افسردگی مادر می توان تأثیر آن را بر روی ابعاد عاطفی، شناختی و اجتماعی کودک بیان کرد، لذا؛ باید ضرورت شناسایی و درمان اختلالات خلقی پس از زایمان را مورد تأکید قرار داد. طی تحقیقاتی مشاهده شد پسرانی که مادرانشان در سالهای اول زندگی آنان افسردگی را تجربه کرده بودند در سال اول پیگیری نسبت به همسالان خود که مادر غیر افسرده داشته اند تا ۱۵ درجه در آزمون هوش، نمره پایین تری را بدست آورده بودند (جتی، ۱۳۸۴). همچنین مشخص شد که بیشتر از ۴۵٪ زنان با افسردگی حین بارداری دچار افسردگی پس از زایمان می شوند (جوزفسون و همکاران، ۲۰۰۱). فشارهای منفی ناشی از افسردگی مادر ممکن است بر رشد فیزیکی - اجتماعی و مغزی کودک اثر گذار باشد (راحمان و همکاران، ۲۰۰۴).^۲

حرکات جنین در مادران افسرده بیشتر دیده شده و حتی شناسایی این افزایش حرکات قبل از تشخیص افسردگی می باشد (فیلد و همکاران، ۲۰۰۴). در صورتی که مادران در معرض خطر افسردگی شناسائی شوند، می توان اقدام به پیشگیری ثانویه کرد (دنيس، ۲۰۰۴). غربالگری مؤثر در این زمینه نیاز به شناسائی عوامل خطرزا دارد (تاپیل و همکاران، ۲۰۰۵). درمان افسردگی شامل روان درمانی و دارودرمانی است هزینه بالای درمان و عوارض جانبی داروهای ضد افسردگی و اثر این داروها بر شیر مادر از مسائل مهم است و همه زنان به درمان دارویی به خوبی پاسخ نمی دهند (بوندار و همکاران، ۲۰۰۵). روشهای طراحی شده بر اساس ارزیابی و غربالگری برای تغییرات خلقی در افراد افسرده و اختلال خواب ممکن است یک علامت کلینیکی کلیدی برای آن باشد که در ارزیابی ها از نظر دور مانده است (کوکس و همکاران، ۱۹۸۷).^۳

در این رابطه تحقیقاتی انجام شده است از جمله؛ در پژوهش گوپتا و همکاران^۴ (۲۰۱۰) نشان داده شد که بالا رفتن شدت افسردگی می تواند به علت بی خوابی و خواب آلودگی باشد.

در مطالعات اسپوزاک و همکاران^۵ (۲۰۰۹)، خطر نسبی حمایت اجتماعی را در کاهش افسردگی بدست آوردند اما تأثیر حمایت رهبران دینی (اعتقادات مذهبی) را نیز مؤثر دانسته اند.

1. Adewuya et al., Ryan et al., Mallikarjun et al

2. Josefsson et al

3. Rahman et al

4. Field et al

5. Denis

6. Thoppil et al

7. Bondar et al

8. Cox et al

9. Gupta et al

10. Spoozak et al

جانگک (۲۰۰۹) در مطالعه اش تحت عنوان کیفیت خواب در زنان افسرده و غیر افسرده در اواخر حاملگی در خصوص حمایت اجتماعی از لحاظ حمایت روانی، زمان در کنار ماندن زوجین و صمیمیت خانوادگی رابطه معناداری بین زنان افسرده و غیر افسرده بدست آورد ولی از نظر اجزای دیگر حمایت اجتماعی از جمله روابط، نقش خانواده و روابط مستقل رابطه معنادار آماری بین دو گروه بدست نیاورد.

همچنین در پژوهش دیگری که توسط اسکوتریز (۲۰۰۸)، با عنوان کیفیت خواب و افسردگی در طی دوران بارداری انجام شد مشخص شد که بین نمرات افسردگی و اختلال خواب در این دوران همبستگی عمده ای وجود دارد.

در مطالعه ای دیگر توسط لیسا و همکاران (۲۰۰۸)، میزان شیوع افسردگی در زنان نسبت به مردان بسیار بیشتر بود و احتمال گذر از مرحله غیر افسردگی به افسردگی در خانم ها بیشتر است. پوسمونتر (۲۰۰۸) در مطالعات خود به این نتیجه دست یافت که میانگین نمره بی خوابی در زنان دارای افسردگی بیشتر از زنان بدون افسردگی است.

لنکستر (۲۰۰۸)، در بررسی زنان باردار در معرض خطر افسردگی بیان می کند که افسردگی مادر در دوران بارداری در ایجاد اختلالات خواب از جمله پره اکلامپسی خواب در مادر مؤثر است. همچنین در ادامه نشان داد که اضطراب مادر، تنش های زندگی، افسردگی های قبلی، فقدان حمایت اجتماعی، خشونت در خانواده، بارداری ناخواسته و عوامل ارتباطی با شدت افسردگی در دوران بارداری ارتباط دارد.

در بررسیهای گویال، گی و لی (۲۰۰۷)، بین بی خوابی و افسردگی ارتباط معنی دار بدست آمد. در مطالعاتی که توسط جامین و مارتین (۲۰۰۷) صورت گرفت بین افسردگی و اختلال خواب در زنان باردار ارتباط مثبت و معنی داری به دست آمد.

طی تحقیقی که فیلد و همکارانش (۲۰۰۶) تحت عنوان اختلال خواب در زنان باردار افسرده انجام دادند، نتایج نشان دهنده بالا بودن میزان اختلال خواب، افسردگی و اضطراب و سطح بالای نوراپی نفرین و کورتیزول در زنان باردار افسرده بود.

طبق پژوهشهای فورتی و همکاران (۲۰۰۶)، نتایج نشان داد عواملی که می تواند منجر به افسردگی پس از زایمان شود شامل: افسردگی دوران بارداری، تاریخچه قبلی و تاریخچه خانوادگی، اختلالات روانی، حمایت اجتماعی پایین و فقر می باشد.

رد و همکاران (۲۰۰۵) طی شواهدی نشان دادند که الگوی خواب از عوامل پیش بینی کننده افسردگی می باشد.

1. Skouteris et al
2. Lisa et al
3. Posmontir
4. Lankester
5. Goyal., Gay., & Lee
6. Jomeen & Martin
7. Field et al
8. Forty et al
9. sReid et al

کورزون و مسکوینا و بریوستر^۱ (۲۰۰۴) در مطالعه ای دیگر؛ همبستگی مثبت و معنی داری بین افسردگی و فاکتورهایی همچون تحریک پذیری، تغییرات خلق و ترس و اختلال خواب بدست آوردند. در پژوهشی دیگر لی، کوسک و سالس^۲ (۲۰۰۴)، نشان دادند که حمایت اجتماعی اثر فشار روانی را بر علائم سلامت روان تعدیل می کند.

ولفسون و آنور^۳ (۲۰۰۳) در پژوهشی با عنوان؛ تغییرات الگوی خواب و علائم افسردگی در سه ماهه آخر بارداری تا یکسال پس از زایمان بر روی زنان باردار نشان دادند که زمان بیداری و بی خوابی در قبل از زایمان نسبت به مراحل بعد از زایمان بیشتر بوده است و همچنین، شانس افسردگی در طول بارداری سیر صعودی داشته است و از نظر اختلال خواب بین دو گروه افسرده و غیر افسرده در قبل از بارداری تفاوت عمده ای دیده شد.

در تحقیقات به عمل آمده توسط ساهوتا، جان و هند^۴ (۲۰۰۳)؛ این نتایج به دست آمد که بی خوابی شایعترین نوع اختلال خواب در دوران بارداری می باشد و بارداری با اختلالات خواب ارتباط دارد. طی تحقیقاتی که توسط میندل و جاکوبسن^۵ (۲۰۰۲) صورت گرفت؛ اختلالات خواب در تمام طول بارداری به طور ثابت وجود دارد.

چاآیا^۶ (۲۰۰۲)، بوید و همکاران^۷ (۲۰۰۲) در بررسیهای جداگانه فقدان حمایت اجتماعی، حوادث استرس زای زندگی، بیماریهای مزمن و.. را در ارتباط با افسردگی در زنان باردار می داند و بر اهمیت حمایت روانی و اجتماعی در دوران بارداری تأکید نموده اند.

اما لوملی و آستین^۸ (۲۰۰۲) تأثیر حمایت عملی و اجتماعی قبل از زایمان را بر افسردگی زنان در دوران بارداری و پس از زایمان در حد اندک دانسته اند.

در ایران تحقیقاتی در این زمینه انجام گرفته است از جمله؛ بلوری و همکاران^۹ (۱۳۸۵) در بررسی ارتباط اختلال خواب با نوع زایمان و پیامدهای آن، نتایج حاکی از وجود اختلالات خواب در دوران بارداری می باشد و بین این دو متغیر ارتباط معناداری را مشاهده نمودند.

پژوهشی توسط احمدی و آذری^{۱۰} (۱۳۸۵) صورت گرفت که یافته ها نشان می دهد حمایت اجتماعی شوهران، افسردگی همسران را کاهش می دهد و میزان حمایت اجتماعی با افسردگی رابطه معنی داری دارد. همچنین حمایت اجتماعی اطرافیان در دوران بارداری و پس از زایمان برای زنان اهمیت دارد.

دولتیان، مازیار و علوی مجد^{۱۱} (۱۳۸۵) در بررسیهای خود بین حمایت اجتماعی قبل از زایمان و افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی دار آماری مشاهده نکردند.

خرمی^{۱۲} (۱۳۸۴) و پور رودسری، پیروی و عابدیان^{۱۳} (۱۳۸۲) در پژوهشهای جداگانه ای نشان دادند که حمایت

1. Korszun; Moskvina., Brewster

2. Lee, Koeske & Sales

3. Wolfson, & Anwer

4. Sahota., Jain & Dhand

5. Mindell & Jacobson

6. Chaaya

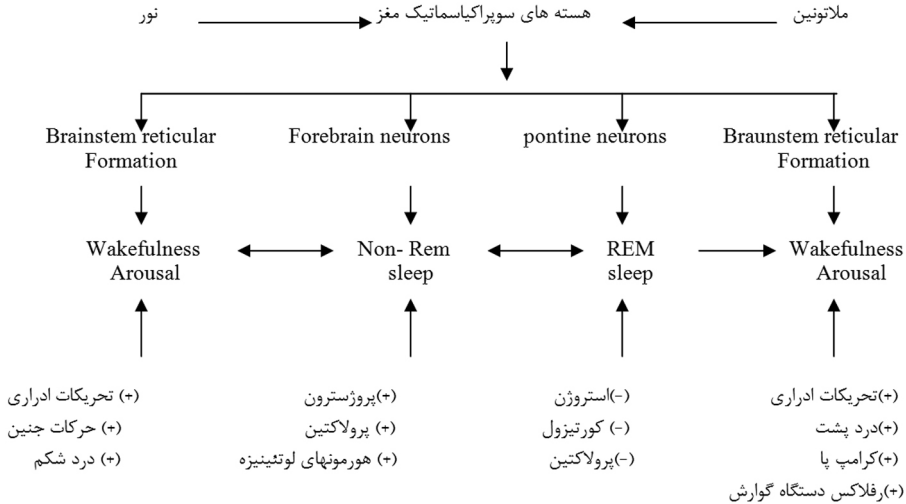
7. Boyd et al

8. Lvmley & Austin

اجتماعی به شکل معنی داری سلامت روانی را پیش بینی می کند. همچنین پازنده و همکاران (۱۳۸۱) به این نتایج دست یافتند که افسردگی در بارداری شایع است و حمایت اجتماعی با افسردگی رابطه معنادار و نیز افسردگی دوران بارداری با جدا بودن از والدین در قبل از ۱۵ سالگی رابطه معنی داری دارد.

با توجه به اهمیت بهداشت خواب در دوران بارداری و شناسایی این اختلالات و همچنین جلوگیری از عوارض افسردگی و عدم حمایت اجتماعی، این مطالعه تأکیدی دوباره بر لزوم توجه هر چه بیشتر و دقیقتر مسئولین امر و برنامه ریزان بهداشتی به موضوع مادران باردار و مشاوره در جهت اهمیت بهداشت خواب، حمایت همه جانبه از طرف اطرافیان و برگزاری کلاسهای آموزشی قبل و بعد از ازدواج در دوران قبل و بعد از بارداری است؛ علاوه بر این؛ پژوهش حاضر در پی پاسخ به این پرسش علمی است که آیا بین زنان باردار افسرده و غیرافسرده از لحاظ یکی از متغیرهای بی خوابی و خواب آلودگی و حمایت اجتماعی تفاوت وجود دارد؟

روش پژوهش



«چرخه عصبی - مغزی خواب و بیداری و اثرات حاملگی بر روی چرخه» و اثرات حاملگی بر خواب

جامعه آماری و روش نمونه گیری

در این پژوهش جامعه آماری شامل کلیه زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اهواز در سال ۱۳۸۸ بودند. نمونه پژوهش شامل ۴۸ زن باردار غیرافسرده و ۴۲ زن باردار افسرده بودند که به روش تصادفی در دسترس انتخاب شدند. همچنین برای مشخص شدن زنان باردار افسرده از غیر افسرده مراجعه کننده به مراکز بهداشتی، از پرسشنامه افسردگی بک به منظور میزان افسردگی در هر دو گروه استفاده شد.

ابزار اندازه گیری

الف) شاخص بی خوابی^۱ (ISI)

این مقیاس توسط مورین^۲ (۱۹۹۳) ساخته شده و ۷ ماده ای است. که پاسخ به سؤالات بر اساس مقیاس ۵ درجه ای (اصلا=۰ تا بسیار شدید =۴) بوده است. اعتبار این مقیاس با اعتبار سازه بر اساس اجزای شدت، دقت و رضامندی توسط میشل^۳ (۲۰۰۳)، برای بی خوابی ۰/۷۲ و پایایی آن از روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ۰/۷۴ تا ۰/۷۸ بدست آمد. این آزمون بعدها توسط توماس و همکاران^۴ (۲۰۰۹) و صبری و همکاران^۵ (۲۰۱۰) و بلوری^۶ (۱۳۸۵) مورد استفاده قرار گرفت (توماس؛ ۲۰۰۹ و صبری، ۲۰۱۰). در پژوهش دیگری مرعشی^۷ (۱۳۸۹) ضرایب پایایی بی خوابی را به روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۷۲ به دست آورد. در این پژوهش همبستگی بین بی خوابی و خواب آلودگی ۰/۲۴ و پایایی از روش آلفای کرونباخ ۰/۵۶ بدست آمد.

ب) مقیاس خواب آلودگی^۸ (ESS)

پرسشنامه خواب آلودگی توسط جونز^۹ (۱۹۹۱) ارائه و توسط تیندر^۸ (۲۰۱۰) مورد استفاده قرار گرفت. شامل ۸ سوال است که پاسخ هر سوال دارای ارزش مستقل بوده و در تعیین شدت خواب آلودگی است و از ۳-۱۰ امتیازبندی می شود و در نهایت به ۳ دسته تقسیم می شود: طبیعی نمره ۱-۱۰، متوسط نمره ۱۶-۱۰، غیر طبیعی نمره ۲۴-۱۶. تیندر و همکاران^۹ (۲۰۱۰) در مطالعه خود از اعتبار محتوی و پایایی این ابزار را ۰/۹۱ با روش سنجش ثبات درونی بدست آوردند. در تحقیقی که توسط مرعشی^۷ (۱۳۸۹) انجام شد ضرایب پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب برابر با ۰/۷۸ و ۰/۷۶ به دست آمد. در این پژوهش همبستگی بین بی خوابی و خواب آلودگی ۰/۲۴ و پایایی از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ بدست آمد.

ج) پرسشنامه حمایت اجتماعی وین فیلد و تایگمن^{۱۰}

این مقیاس توسط وین فیلد و تایگمن ارائه شده است که شامل ۱۶ سوال در دو بخش می باشد که ۱۰ سوال اول ۴ پاسخ دارد و ۶ سوال بعد مربوط به حمایت اجتماعی دوران پس از زایمان می باشد. کسایبی^{۱۱} (۱۳۷۳) اعتبار پرسشنامه حمایت اجتماعی وین فیلد و تایگمن را با روش اعتبار محتوی تعیین اعتبار نمود. مقدم^{۱۲} (۱۳۸۰) پایایی پرسشنامه حمایت اجتماعی را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و پایایی از طریق آزمون

1. Insomnia Severity Index
2. Morian
3. Michael et al
4. Thomas et al
5. Sabri et al
6. Scale Epworth Sleepiness
7. Johns
8. Theander et al
9. Theander et al
10. Winfield & Taygman

مجلد ۰/۹۵ به دست آورد. در پژوهش دولتیان، مازیار و علوی مجد (۱۳۸۵) پایایی پرسشنامه حمایت اجتماعی از روش سنجش ثبات درونی (آلفای کرونباخ) سنجیده شد که ۰/۹۰ و اعتبار از اعتبار محتوی استفاده شده است. در این پژوهش همبستگی بین حمایت اجتماعی و خواب آلودگی ۰/۲۴- و پایایی از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ بدست آمد.

د) پرسشنامه افسردگی بک^۱ (BDI)

این مقیاس توسط بک^۲ (۱۹۶۱) ارائه شده و شامل ۲۱ سوال ۴ گزینه‌ای است (پوسمونتیر، ۲۰۰۸). امتیاز کمتر یا مساوی ۹ به عنوان غیر افسرده، ۱۰-۱۲ در معرض خطر، ۱۴-۱۲ ارجاع جهت مشاوره و بالای ۱۴ به عنوان افسرده در نظر گرفته شد. اعتبار آن بر اساس اعتبار محتوی بوده و پایایی آن را اسکوتریز (۲۰۰۸) در طی پژوهشی ۰/۸۱ بیان کرد. در این پژوهش همبستگی بین افسردگی و خواب آلودگی ۰/۲۴- و پایایی از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ بدست آمد.

یافته‌های پژوهش

الف) یافته‌های توصیفی

جدول شماره ۱: میانگین، انحراف معیار، نمره آزمودنی‌ها در متغیرهای بی‌خوابی، خواب آلودگی و حمایت اجتماعی زنان باردار

شخص آماری متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	تعداد
بی‌خوابی	زنان باردار غیر افسرده	۹/۱۲۵۰	۴/۳۳۰۱۳	۴۸
	زنان باردار افسرده	۱۲/۲۷	۳/۸۶۳۹۰	۴۲
خواب آلودگی	زنان باردار غیر افسرده	۵/۹۷۹۲	۴/۱۵۳۹۰	۴۸
	زنان باردار افسرده	۱۰	۴/۷۴۷۲۷	۴۲
حمایت اجتماعی	زنان باردار غیر افسرده	۲۹/۰۸۳۳	۶/۳۷۰۹۲	۴۸
	زنان باردار افسرده	۲۷/۴۰۴۸	۲۷/۴۰۴۸	۴۲

همانطوری که در جدول شماره ۱- ملاحظه می‌شود در متغیر بی‌خوابی، میانگین و انحراف معیار به ترتیب برای زنان باردار غیر افسرده ۹/۱۲۵۰ و ۴/۳۳۰۱۳، زنان باردار افسرده ۱۲/۲۶۱۹ و ۳/۸۶۳۹۰، در متغیر خواب آلودگی، زنان باردار غیر افسرده ۵/۹۷۹۲ و ۴/۱۵۳۹۰، زنان باردار افسرده ۱۰ و ۴/۷۴۷۲۷، در متغیر حمایت اجتماعی، زنان باردار غیر افسرده ۲۹/۰۸۳۳ و ۶/۳۷۰۹۲، زنان باردار افسرده ۲۷/۴۰۴۸ و ۲۷/۴۰۴۸ می‌باشد.

1. Beck Depression Inventory

2. Beck

ب) یافته‌های مربوط به فرضیه‌های پژوهش
فرضیه: بین زنان باردار افسرده و غیر افسرده از لحاظ بی خوابی، خواب آلودگی و حمایت اجتماعی تفاوت وجود دارد.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوا) روی نمرات بی خوابی، خواب آلودگی و حمایت اجتماعی زنان باردار افسرده و غیر افسرده

نام آزمون	مقدار	F	DF فرضیه	DF خطا	سطح معنی داری (p)
آزمون اثر پیلاپی	۰/۷۵۹	۵۲/۷۸۴	۵	۸۴	۰/۰۰۰۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۲۴۱	۵۲/۷۸۴	۵	۸۴	۰/۰۰۰۱
آزمون اثر هتلینگ	۳/۱۴۲	۵۲/۷۸۴	۵	۸۴	۰/۰۰۰۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۳/۱۴۲	۵۲/۷۸۴	۵	۸۴	۰/۰۰۰۱

همانطوری که در جدول ۲- مشاهده می شود سطوح معنی داری همه آزمونها، بیانگر آن هستند که بین زنان باردار افسرده و غیر افسرده حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (بی خوابی، خواب آلودگی و حمایت اجتماعی) تفاوت معنی داری وجود دارد. برای پی بردن به تفاوت، نتایج حاصل از آزمون اثرات بین آزمودنی ها در جدول شماره شماره ۳ ملاحظه می شود.

جدول ۳. نتایج اثرات بین آزمودنی ها از لحاظ نمرات بی خوابی، خواب آلودگی و حمایت اجتماعی زنان باردار افسرده و غیر افسرده

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری (p)
بی خوابی	۲۲۰/۴۲۰	۱	۲۲۰/۴۲۰	۱۲/۹۸۹	۰/۰۰۱
خواب آلودگی	۳۶۲/۱۴۳	۱	۳۶۲/۱۴۳	۱۸/۳۶۸	۰/۰۰۰۱
حمایت اجتماعی	۶۳/۱۱۴	۱	۶۳/۱۱۴	۱/۲۸۳	۰/۲۶۰

همانطوری که در جدول ۳- ملاحظه می شود در متغیر بی خوابی، F مشاهده گروه برابر با ۱۲/۹۸۹ است که در سطح $p < 0/001$ معنی دار است. این یافته حاکی از آنست که بین زنان باردار افسرده و غیر افسرده از لحاظ بی خوابی تفاوت معنی دار وجود دارد. به عبارت دیگر، با توجه به میانگین های دو گروه، زنان باردار افسرده نسبت به زنان باردار غیر افسرده از ویژگی بی خوابی بیشتری برخوردارند. از سوئی در متغیر خواب آلودگی، F مشاهده گروه برابر با ۱۸/۳۶۸ است که در سطح $p < 0/001$ معنی دار است. این یافته حاکی از آنست که بین زنان باردار افسرده و غیر افسرده از لحاظ خواب آلودگی تفاوت معنی دار وجود دارد. به عبارت دیگر، با توجه به میانگین های دو گروه، زنان باردار افسرده نسبت به زنان باردار غیر افسرده از ویژگی خواب آلودگی بیشتری برخوردارند. همچنین؛ در متغیر حمایت اجتماعی، F مشاهده گروه برابر با ۱/۲۸۳ است که در سطح $p < 0/260$ معنی دار نمی باشد این یافته حاکی از آنست که بین زنان باردار افسرده و غیر افسرده از لحاظ حمایت اجتماعی تفاوت معنی دار وجود ندارد.

بحث و نتیجه گیری

بر اساس سؤال مطرح شده، این پژوهش به دنبال آن بود تا مشخص نماید آیا بین زنان باردار افسرده و غیر افسرده از لحاظ مؤلفه های بی خوابی، خواب آلودگی و حمایت اجتماعی تفاوت وجود دارد؟ طبق یافته های حاصله؛ بین زنان باردار افسرده و غیر افسرده از لحاظ مؤلفه بی خوابی و خواب آلودگی تفاوت معنی داری وجود دارد. پس فرضیه تحقیق تأیید می گردد ($F = 12/989, p < 0/001$) و $F = 18/368, p < 0/001$). به عبارت دیگر با توجه به میانگین بی خوابی و خواب آلودگی در گروه زنان باردار افسرده به ترتیب (۱۲/۲۷ و ۱۰) و غیر افسرده به ترتیب (۵/۹۸ و ۹/۱۲۵۰)، میزان بی خوابی و خواب آلودگی در گروه زنان باردار افسرده بیشتر از غیر افسرده می باشد. اما، بین زنان باردار افسرده و غیر افسرده از نظر مؤلفه حمایت اجتماعی تفاوت معنی داری مشاهده نشد.

نتایج حاصل از این فرضیه با یافته های تحقیقات قبل؛ گوپتا و همکاران (۲۰۱۰)؛ اسپوزاک و همکاران (۲۰۰۹)؛ جانگ (۲۰۰۹)؛ اسکوتریز (۲۰۰۸)؛ پوسمونتیر (۲۰۰۸)؛ لنگستر (۲۰۰۸)؛ گویال، گی و لی (۲۰۰۷)؛ جامین و مارتین (۲۰۰۷)؛ فیلد و همکارانش (۲۰۰۶)؛ رد و همکاران (۲۰۰۵)؛ کورزون و مسکونینا و بریوستر (۲۰۰۴)؛ ولفسون و آنور (۲۰۰۳)؛ ساهوتا، جان و هند (۲۰۰۳)؛ میندل و جاکوبسن (۲۰۰۲)؛ لوملی و آستین (۲۰۰۲)؛ بلوری و همکاران (۱۳۸۵)؛ دولتیان، مازیار و علوی مجد (۱۳۸۵)؛ پازنده و همکاران (۱۳۸۱) همخوانی وجود دارد. در تبیین یافته های حاضر چنین استنباط می گردد که؛ بارداری یکی از دوران های با اهمیت زندگی زنان است زیرا از یک سو احساس مفید بودن کرده و از جهت دیگر با تغییر جسمی و روحی مواجه می شوند که نمی توان به سادگی از کنار آن گذشت، اگرچه تغییرات این دوران، بیماریهای شدید روانی را ممکن است به دنبال داشته باشد. زیرا بارداری تغییرات مهمی از نظر تشریحی، فیزیولوژی و روانی - اختصاصی به وجود می آورد که تطابق با این همه تغییرات مشکل است. یکی از این تغییرات مهم بی خوابی است که در زنان باردار افسرده بیشتر دیده می شود و متخصصین طرح تئوری نقش هیپوفیز را در بی خوابی و تکوین و پیدایش افسردگی در این زنان مؤثر می دانند. به عبارتی؛ خواب غیر ریم^۱ و ریم^۲ بطور عمده در ۲۴ ساعت قبل از زایمان کاهش می یابد و این پدیده همراه با افزایش استروژن و کاهش پروژسترون در طی این زمان است که این دو هورمون در بارداری هم می توانند اثر گذار باشند اگر چه اثرات ترکیبی آنها بستگی به غلظت آنها دارد. پس می توان بیان کرد که تغییرات هورمونی طی بارداری الگوی خواب را تغییر می دهد. همچنین، سندرم درد از جمله عوامل شناخته شده ای است که منجر به اختلال بی خوابی با انتشار ماده P در فیبرو میالژی ها می باشد. چندین هورمون دیگر هم در دوره های ۲۴ ساعته ترشح می شوند که بعضی از آنها از جمله هورمون رشد - پرولاکتین - ملاتونین - کورتیزول - هورمون محرکه تیروئید - اکسی توسین و هورمونهای جفتی شامل گنادوتروپین، پروژسترون، استریول، دهیدرو اپی آندوسترون می باشند که چرخه این هورمونها بر خواب اثر دارند و در زمان بارداری تغییر می کنند.

بی خوابی هم بر افسردگی تأثیر دارد و می تواند باعث کاهش کیفیت زندگی اجتماعی و عملکرد

1. Non REM

2. REM

شخصی و محیط کار و هر عاملی که منجر به تغییرات سطح استرس یا حوادث زندگی شود، باعث اندیشه افسردگی در خواب و بیداری شبانه، فقدان خواب کافی به دلیل احساس درماندگی و ناامیدی، کاهش خلق و عملکرد روزانه بر اثر بی خوابی و فقدان خواب یا بدخوابی که باعث تغییرات عملکردی در رفتارهای عصبی شده و منجر به افسردگی می شود و... که این عوامل را می توان از جمله عوامل شیوع افسردگی در دوران بارداری دانست. اضطراب مادر، تنش های زندگی، افسردگی های قبلی، فقدان حمایت اجتماعی، خشونت در خانواده، بارداری ناخواسته و عوامل ارتباطی با شدت افسردگی در دوران بارداری ارتباط دارد که این می تواند بر شدت اختلالات خواب از جمله بی خوابی و خواب آلودگی در این دوران تأثیر داشته باشد و شواهد نیز اشاره دارد که اختلال خواب تغییرات روانی به دنبال دارد

حمایت اجتماعی نیرومندترین نیروی مقابله ای برای رویارویی موفقیت آمیز و آسان در زمان درگیری با شرایط تنش زا (از جمله دوره بارداری) شناخته شده و تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل می کند. در تحقیقات ساراسون و همکاران (۱۹۸۵) همبستگی متوسط و کمی بین نمرات حمایت اجتماعی و خشنودی افراد وجود داشت. یعنی میزان حداقلی از حمایت اجتماعی که خشنودی هر کس را تضمین می کند وجود ندارد به عبارتی، برای بعضی مردم تعداد کمی دوستان نزدیک و وابستگان خشنود کننده است در حالیکه دیگران نیازمند حمایت از سوی افراد متعددی هستند.

ولی به هر حال کسانی که سطوح بالایی از حمایت اجتماعی را در اختیار دارند حتی در صورت تجربه فشار و استرس جدید در مقابل بیماری کمتر آسیب پذیرند و شیوه های غیرانطباقی تفکر و رفتار بیشتر میان اشخاصی شایع است که در درون خانواده حمایت اجتماعی کمی دارند. در این مطالعه حمایت اجتماعی را بر اساس کلیه اجزا حمایت از سوی همسر و کلیه نزدیکان زن باردار مورد ارزیابی قرار دادیم و بر اساس این اجزا مورد تحقیق به این نتیجه رسیدیم که تنها حمایت همسر در کاهش عوارضی همچون افسردگی کافی نمی باشد بطوری که تأثیر حمایت رهبران دینی را مؤثر دانسته اند. همچنین، در این پژوهش اکثر زنان باردار، نخست زا (شکم اول) بودند که تقریباً تمامی آنها حمایت اجتماعی را از سوی یکی از اطرافیان دریافت می نمودند. چون در زنان چندزا تعداد فرزندان، سابقه زایمان های قبلی، جنسیت فرزندان و... می تواند در دریافت حمایت اجتماعی از سوی اطرافیان و میزان افسردگی مادران تأثیر داشته باشد. البته نقش فرهنگ (در مورد جنسیت و تعداد فرزندان و...) در آن جامعه مورد پژوهش هم نباید نادیده گرفت. از آنجائیکه افسردگی حین بارداری در نتیجه تعامل عوامل متعددی به وجود می آید کنترل متغیرهای محتمل در ایجاد افسردگی نقش مهمی در شناخت عوامل خطر قطعی دارد. در واقع ارزش و اعتباری که اطرافیان و به ویژه شوهران با حمایت خود برای زن باردارشان قایل می شوند، امید و آرزو را در دل آنها زنده می کند و زنان زمان بیشتری را برای احساس آرامش و مقایسه تجربیات خود با سایر زنان و لذت بردن از این تجربه در اختیار مادران قرار می دهد. این حمایت ها، باعث جلب توجه مادران به جنبه های مثبت تولد نوزاد شده و احتمال تأثیر تغییرات هورمونی و بیولوژیک بر وضعیت روانی ایشان را کاهش می دهد.

منابع

- احمدی، احمد؛ آذری، زهرا (۱۳۸۵)، تأثیر حمایت اجتماعی شوهران بر افسردگی پس از زایمان همسران، مجله دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.
- بخشی پور رودسری، عباس؛ پیروی، حمید و عابدیان، احمد (۱۳۸۲)، بررسی رابطه میان رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روان در دانشجویان ورودی جدید دانشگاه تهران، فصلنامه اصول بهداشت روانی، شماره ۲۸-۲۷، سال هفتم، ۱۵۱-۱۴۵.
- بلوری، بیان؛ امیرعلی اکبری، صدیقه؛ علوی معجد، حمید؛ صادق نیت، خسرو (۱۳۸۷)، بررسی اختلال خواب با نوع زایمان و پیامدهای آن در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایلام، پایان نامه کارشناسی ارشد مامائی، دانشگاه علوم پزشکی دانشکده شهید بهشتی تهران.
- بهبودی مقدم، زهرا (۱۳۸۰)، بررسی میزان شیوع افسردگی بعد از زایمان و عوامل مؤثر بر آن در خانم های مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، پایان نامه کارشناسی ارشد مامائی دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه تهران.
- پانزده، فرزانه؛ طومیانس، ژانت؛ افشار، فاطمه و ولایی، ناصر (۱۳۸۱)، بررسی شیوع افسردگی و عوامل مرتبط با آن در زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستانهای آموزش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، نشریه فیض بهار.
- جنتی یداله، خاکی نسرین (۱۳۸۴)، روان پزشکی در مامایی، چاپ اول، انتشارات نشر جامعه نگر، ۱۲۳-۱۹۲.
- خرمی، هوشنگ (۱۳۸۴)، بررسی رابطه سرسختی شناختی با سلامت روانی و حمایت اجتماعی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایذه، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- صالحی کسائی، پروین (۱۳۷۳)، بررسی مقایسه ای شیوع افسردگی بعد از زایمان در دو گروه از مادران با زایمان طبیعی و سزارین، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- دادستان، پ (۱۳۸۶)، روانشناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی، چاپ ششم، جلد دوم، انتشارات شبک، تهران، ۳۶-۵۱.
- دولتیان، ماهرخ؛ مازیار، پونه؛ علوی معجد، حمید (۱۳۸۵)، بررسی رابطه نوع زایمان با افسردگی پس از زایمان در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران در سال ۱۳۸۴، فصلنامه باروری و ناباروری، شماره ۳، مسلسل ۲۶۰-۲۶۹، ۲۸.
- ماریونه، کلران؛ روانشناسی مادران، ترجمه: ایراندوست و شورای نویسندگان قانون (۱۳۷۸)، تهران، انتشارات قانون.
- مرعشی، ماندانا (۱۳۸۹)، رابطه بین شدت بی خوابی، کیفیت خواب، خواب آلودگی و سلامت روان

با عملکرد تحصیلی در نوجوانان شهر اهواز، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.

نصیری، محمود (۱۳۷۹)، بهداشت روانی بارداری و زایمان، نشر بشری، تهران.

Aaron, B. C. (2005). Poor sleep in pregnancy and mode of delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 3, 1286.

Adewuya. A.O., Fatoye. F.O., Ola. B.A., Ijaodola. O.R.. & Ibigbami. S.M. (2005). Sociodemographic and obstetric risk factors for postpartum depressive symptoms in Nigerian women. *J Psychiatr Pract*, 11(5), 353-8.

Bastien. C.H & Vallie' res. A. (2000). Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med*. 2:297-307.

Bondar. L., Winsler. K. (2005). Nutrition and depression for improving mental health among child-bearing – aged women. *Biologic Psychiatry*; 9: 679-685.

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

Boyd. P.J.L & Blehar. M.C (2002). Prevention and treatment of depression in pregnancy and postpartum period summery of a maternal depression roundtable. *Ob & Gyn*. 4: 79-82.

Chaaya. M (2002). Postpartum depression: prevalence and Determinants in Ledanon. *Archive of Women Mental Health*, 5(2), 65-72.

Cho, Eun-Jung. (2009). Subjective Sleep Quality in Depressed and Non-Depressed Mothers During the Late Postpartum Period. *Korean Women Health Nurs*, 15, (2), 108-120.

Chunnighum F.G. et al. (2005). *Williams Obstetrics* (21th edition), New York, Mc Graw Hill.

Cox, J.L., Holden, J.M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10 item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.

Daniel. J. T. (2008). Insomnia and Depression. *Journal Sleep* 31, 489-95.

Denis. C (2004). Can we identify mother a risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh postnatal depression scale? *Journal of Affective Disorder*, 78 (2), 163-169.

Dieter. J., Field. T., Hernandez-Reif. M., Jones. N.A., Lecanuet, J. P. & Salman. F.A (2001). Maternal depression and increased fetal activity. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 21, 468-473.

Dorhem. S.K., Bodecic. G.T., Eberhard. M & Bjorvant. B (2008). Subjective and objective sleep among depression and non-depression postnatal. *Acta psychiatr scand*, 119, 128-136.

Dzaja. A., Arber. S., Hislop. J., Kerkhofs. M., Kopp. C., Pollmache. T., Polo-Kantola. P., Skene, D. J., Stenuit, P., Tobler, I & Porkka-Eiskanen, T. (2005). Sleep in health and disease. *Journal of Psychiatric Research*, 39, 55-76.

Espiritu. J.R. (2008). Aging-related sleep changes. *Clinical Geriatric Medicine*, 1, 1-14.

Field. T., Hernandez-Reif. M & Diego, M. (2006). Newborns of depressed mothers who received moderate versus light pressure massage during pregnancy. *Infant Behavior and development*, 29, 54-58.

Field. T., Diego, M., Dieter. J., Hernandez-Reif. M., Schanberg. S & Kuhn. C (2004). Prenatal depression effects on the fetus and neonate. *Infant Behavior & Development*, 27, 216-229.

Forty. L., Jones. L., Macgregor. S., Caesar. S., Cooper. C. & Hough. A. (2006). Familiarity of postpartum depression in unipolar disorder: results of a family study. *American Journal of Psychiatry*, 163(9), 1549-1553.

Goyal D., Gay. C.L & Lee. K.A. (2007). Patterns of sleep disruption and depressive symptoms in

- new mothers. *Journal Perinat Neonatal Nurs*, 21(2), 123–129.
- Gupta. R., Dahya. S. & Bhatia. M. S. (2010). Effect of Depression on Sleep. *Indian Journal of Psychiatric*, 51(2), 117-121.
- Hsuhc. Lin. M.H.(2005). Exploring quality of sleep and its related factors among menopausal women. *Journal of Nursing Research*, 13, 153–164.
- Jennifer. R., Santiago, M.D, Michael. S., Nolloedo, M.D, Wendy. Kinzler, MD, & Teodoro. V. Santiago, MD(2001). Sleep and Sleep Disorders in Pregnancy. *Annals of Internal Medicine*, 5, 396-408.
- Jennifer. R., Santiago. M.D., Michae. S., Nolloedo. M.D., Wendy. Kinzler M.D. & Teodoro V, Santiago. M.D (2001). Sleep and sleep disorders in pregnancy. *Annals of internal medicine*, 134(5), 396-408.
- Jomeen. J., Martin. C.R (2007). Assessment and relationship of sleep quality to depression in early pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1, 87–99.
- Josefsson. A., Berg. G., Nordin. C & Sydsjo. G. (2001). Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 3, 251–255.
- Johns. M.W(1991). A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep*, 14, 540-5
- Kenneth. S., Carol. A. Prescott. (1999). A Population-Based Twin Study of Lifetime Major Depression in Men and Women. *Arch General Psychiatry*, 56, 39-44.
- Korszun. A; Moskvina. V & Brewster. S (2004). Familiality of Symptom Dimensions in Depression. *Arch Gen Psychiatry*, 61, 468-474.
- Lankester, Kristy. A(2008). Pregnant woman (depression, stresses, nonsocial support). www2.med.umich
- Lee. K. A., Zaffke, M. E., & McEnany, G. (2000) Parity and sleep patterns during and after pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 95, 14–18
- Lee. K. A & Gay. C. L (2005). Sleep in late pregnancy predicts length of labor and type of delivery. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 191, 2041–2046.
- Lee, J.S., Koeske, G. F., & Sales, E. (2004). Social support buffering of acculturativ stress: a study of mental health symptoms among Kotean international students. *International Journal of Inter-cultural Relations*. 28, 399-414.
- Lee, E.H., Yae Chung, B., Boog Park, H., & Hong Chung, K. (2004). Relationships of mood disturbance and social support to symptom experience in Korean women with breast cancer. *Jopain Symptom Manage*, 27(5), 425- 433.
- Lisa. C. Barry., Heather. G. Allore., Zhenchao. Guo., Martha. L., Bruce. Thomas. M & Gill, M (2008). Higher Burden of Depression Among Older Women. *Arch Gen Psychiatry* 65(2):172-178.
- Lopes. E.A., Carvalho. L. B., Seguro. P.B., Mattar. R., Silva. A & Prado. L.B (2004). Sleep disorders in pregnancy. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 62, 217–221.
- Lumley. J., Austin. M.P(2001). What intervention may reduce postpartum depression. *Gurropin. Ob & Gyn*, 13(6), 11- 605.
- Manber. R., Armitage. R. (1999). Sex, steroids and sleep: A review. *Sleep*, 22, 540-55
- Michael. T. Smith & Stephen. T. Wegener (2003). Measures of sleep: The Insomnia Severity Index, Medical Outcomes Study (MOS) Sleep Scale, Pittsburgh Sleep Diary (PSD), and Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). *Arthritis Care & Research*, 49(5), 184-196.
- Mindell. J. A & Jacobson. B. J (2002). Sleep disturbances during pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynecology of Neonatal Nursing*, 29, 590–59.

- Mallikarjun. P.K. & Oyebode. F.(2005). Prevention of postnatal depression. *J R Soc Health Review*, 125(5),221-6.
- Posmontir. B.CNM. (2008). Sleep quality in women with and with out postpartum depression. *Journal of obstetric,gynecologic & Neonatalnursing*, 37(6), 722-73.
- Rahman. A., Iqbal. Z., Bunn. J., Lovel. H & Harrington. R.(2004).Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: a cohort study. *Arch Gen Psychiatr*,61,946-952.
- Ryan. J., Berkowitz. S., Barbieri. L., Dunaif. A& Kistner.s(1999). *gynecology & women,s health*. the Edition. New york Mosby, Inc. 519-539.
- sReid. K. J., Martinovich. Z., Finkel. S., Statsinger. J., Golden. R., Harter. K& Zee. P. C (2006). Sleep: a marker of physical and mental health in the elderly. *American Journal Geriatr. Psychiatry*, 14, 860-866.
- Sahota. E. A., Carvalho. L. B., Seguro. P. B., Mattar. R., Silva. A. B& Prado. L. B (2004). Sleep disorders in pregnancy. *Arquivos deNeuro-Psiquiatria*. 4; 62: 217-221.
- Sahota. P. K., Jain.S. S., & Dhand. R. (2003). Sleep disorders in pregnancy. *Current Opinion Pulmonary Medicine*,9, 477-483.
- Sabri. A., Hamdi. A. Z & Wafa. E (2010).Sleep Disorder in Hemodialysis Patien.*Saudi Juarnal of Kidny Diesis*,21(2),300-305.
- Skouteris. H., Germano. C., Eleanor. H., Wertheim.Susan. J. Paxton & Jeannette. M. (2008).Sleep quality and depression during pregnancy: A prospective study. *Jurnal Sleep Res*,17, 217-220.
- Sobel. R.M. , Markov. D (2005). The impact of anxiety and mood disorders on physical disease: theworried not-so-well. *Current Psychiatry Reports*,7, 206-212.
- Spoozak. L., Gotman.b., Megan. V., Smith. B., Kathleen. Belanger.b., & Kimberly. A. Yonkersbcd. (2009). Evaluation of a social support measure that may indicate risk of depression during pregnancy. *J Affect Disord*,114(1-3), 216-223.
- Suarez.L., Ramirez.A.G., Villarreal. R., Marti. J., Mcalister. A& Talavera, G.A. (2000). Social networks and cancer screening in four U.S. Hispanic groups. *Am J Prev Med*, 19(1), 47-52.
- Thoppill. J. (2005). Early intervention for prenatal depression". *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192 (5), 1446-1448.
- Taylor. D.J., Lichstein. K.L & Durrence. H.H. (2003). Insomnia as a health risk factor. *Behav Sleep Med*,1,227-47.
- Theander. L., Britta Stro. mbeck1., Mandl. T & Theander. E (2010). Sleepiness or fatigue ? Can we detect treatable causes of tiredness in primary Sjo" gren's syndrome? *Rheumatology. Oxford Juarnals*.
- Thomas. R., Janet. M., David. A., Robert. P., Rubens. J. M & Schnitzer. M.D(2009). The Effect of Eszopiclone in Patients With Insomnia and Coexisting Rheumatoid Arthritis: A Pilot Study. *Juarnal Clin Psychiatry*,11(6),292-301.
- Wolfson. A. R., & Anwer. U (2000). Sleep and affect in pregnancy and postpartum months. Paper presented at the Annual Meeting of the Northeast Sleep Society, Worcester, MA.(Original Morin CM. *Insomnia: psychological assessment and management*. NewYork:GuilfordPres.