

Relationship between Mothers' Depression and Sleep Problems in 3-6 Year Old Preschool Children

Farzaneh Michaeli Manee¹,
Saber Alizadeh²,
Elnaz Hassan Pour²,
Zahra Sadighie²

¹ Associate Professor, Department of Educational Science, Faculty of Literature and Human Science, Urmia University, Urmia, Iran
² MSc in Educational Psychology, Faculty of Literature and Human Science, Urmia University, Urmia, Iran

(Received October 20, 2015 Accepted April 11, 2015)

Abstract

Background and purpose: Mothers' depression is considered as a risk factor for children's cognitive and social-emotional development that could lead to behavioral, emotional and cognitive disorders. Sleep behaviors and patterns could be influenced by mothers' depression. This research aimed at investigating the relationship between mothers' depression and sleep problems in their 3-6 year old children.

Materials and methods: This causal-comparative study was conducted in 3-6-year old preschool children and their mothers in the cities of Urmia and Mahabad. Applying cluster sampling, 465 mothers were selected and completed the Beck Depression Inventory (BDI) and the Sleep Disturbance Scale for Children. Mothers were divided into six groups based on their BDI scores. One way ANOVA and Pearson correlation test were used for data analysis.

Results: The findings indicated a significant positive relationship between different components and total scores for depression and sleep problems ($P < 0.001$). ANOVA analysis showed significant correlation between level of depression and different types of sleep disorders in children. In other words, children of mothers with more levels of depression suffered more sleeping problems ($P < 0.001$).

Conclusion: Mothers' depression and psychological problems disrupt the children's normal sleep, thereby causing other problems. So, it is necessary to focus more on controlling depression to avoid its negative influences on the health of family and children.

Keywords: Mothers, depression, sleep problems, preschool children

بررسی رابطه افسردگی مادران با مشکلات خواب کودکان پیش دبستانی ۳ تا ۶ سال

فرزانه میکائیلی منیع^۱

صابر علی زاده^۲

الناز حسن پور^۲

زهرا صدیقی^۲

چکیده

سابقه و هدف: افسردگی مادران یک عامل تهدیدکننده و خطر برای رشد شناختی و هیجانی-اجتماعی کودکان به شمار می‌رود و می‌تواند موجب بروز اختلالات رفتاری، عاطفی و شناختی شود. الگوها و رفتارهای خواب یکی از ویژگی‌هایی است که می‌تواند تحت تاثیر افسردگی مادران آسیب ببیند. هدف از این مطالعه بررسی رابطه افسردگی مادران و مشکلات خواب در فرزندان ۳ تا ۶ ساله آن‌هاست

مواد و روش‌ها: این پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود و جامعه آماری آن را تمام کودکان پسر و دختر پیش‌دبستانی ۳ تا ۶ ساله شهرهای ارومیه و مهاباد و مادران آن‌ها تشکیل می‌دادند. با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای، ۴۶۵ نفر مادر انتخاب و آزمون‌های افسردگی بک و مقیاس اختلالات خواب کودکان را تکمیل کردند. مادران بر اساس نتایج آزمون بک به شش گروه تقسیم و اطلاعات آن‌ها با یکدیگر مقایسه شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج به دست آمده نشان دادند که بین مولفه‌ها و نمره کل افسردگی و مشکلات خواب و ابعاد آن رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/001$). یافته‌های حاصل از تحلیل واریانس حاکی از آن بود که انواع مشکلات خواب کودکان ارتباط معنی‌داری با سطح افسردگی مادران داشته و با افزایش شدت سطح افسردگی مادران اختلالات خواب فرزندان نیز افزایش می‌یابد ($P < 0/001$).

استنتاج: افسردگی و مشکلات روان‌شناختی مادران در کل قادر است خواب طبیعی در کودکان را مختل کرده و موجب بروز مشکلات متعدد در آن‌ها شود. از این رو لازم است افسردگی به عنوان اختلالی شایع و تاثیرگذار در بافت خانواده و سلامت کودکان مورد توجه جدی قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: مادران، افسردگی، مشکلات خواب، کودکان پیش‌دبستانی

مقدمه

است (۲). ضمن این که شیوع افسردگی زیرنشانگانی (Subsyndromal) و خلق افسرده بسیار بیش‌تر از افسردگی اساسی توسط زنان گزارش شده است (۳). فراوانی این

اختلال افسردگی یکی از شایع‌ترین مشکلات روان‌شناختی در بین زنان است (۱). آمارها نشانگر تجربه افسردگی اساسی در ۲۱/۳ درصد زنان در طول زندگی

Email: f.michaeli.manee@gmail.com

مؤلف مسئول: فرزانه میکائیلی منیع - ارومیه: خیابان والفجر، روبروی صدا و سیما، دانشکده ادبیات و علوم انسانی

۱. دانشیار، گروه علوم تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۷/۲۶ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۳/۸/۱۹ تاریخ تصویب: ۱۳۹۴/۱/۲۲

اختلال به ویژه در سال‌های فرزندآوری و فرزندپروری افزایش می‌یابد(۱). نتایج برخی مطالعات نشان داده‌اند که ۱۰ تا ۲۰ درصد مادران دارای حداقل یک فرزند، دوره‌ای از افسردگی را در زندگی خود تجربه می‌کنند(۴) و برخی تحقیقات شیوع را بالاتر و بین ۱۸ تا ۵۰ درصد گزارش کرده‌اند(۵). از هر ۱۱ کودک، یک کودک در سال اول زندگی با افسردگی مادر مواجه می‌شود که البته این نرخ در طبقات اقتصادی اجتماعی پایین و در گروه‌های در معرض خطر مانند مادران فقیر و مطلقه بیش‌تر است(۷،۶). در همین راستا، یافته‌های تحقیقی روی مادران هندوراسی که فرزند یک تا ۱۰ سال داشتند نشان داد که ۱۷/۶ درصد آن‌ها افسردگی اساسی و ۵۲ درصد آنان نیز افسردگی در حد متوسط داشتند(۸). نتایج مطالعه‌ای طولی روی نمونه‌ای بزرگ از مادران آمریکایی نشان داد که یک پنجم اعضای نمونه نشانه‌های افسردگی شدید را دو بار طی یک دوره ۵ ساله گزارش کرده‌اند(۹). در حقیقت، افسردگی یک اختلال عود کننده بوده و بیش از ۸۰ درصد افراد تجربه مکرر دوره‌های افسردگی دارند(۱۰). زنان بیش از مردان در معرض عود مکرر دوره‌های کوتاه افسردگی هستند(۲). افسردگی در مادران ممکن است با نشانه‌هایی مانند تمرکز اندک، احساس نومییدی و درماندگی، خستگی و فرسودگی، از دست دادن علاقه به امور، مشکل در خوابیدن، اختلال در اشتها (پر خوری و کم اشتها) و سطح پایین انرژی مشخص شود(۱۱،۱۲). این علائم می‌توانند بر عملکرد والدینی آن‌ها اثر گذارد. به عنوان نمونه، شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که مادران افسرده کم‌تر پاسخ‌گو و خونگرم بوده، بیش‌تر ارزیابی منتقدانه از فرزندشان دارند(۱۳،۱۴)، آن‌ها نسبت به خواست‌ها و نیازهای فرزندان خود کم‌تر حساس بوده(۱۵)، متخاصم، دوری‌گزین، اجتنابی، سازمان نیافته و ناشکیبا هستند(۱۶)، فرزندان خود را با صحت و گفتار تحریک نمی‌کنند و در کل ارتباط ضعیفی با آن‌ها دارند(۱۷)، به احتمال بیش‌تری از تنبیه بدنی استفاده

کرده و فرزندشان در معرض بدرفتاری، غفلت و عدم رسیدگی پزشکی و بهداشتی قرار دارد(۱۸). از این رو، افسردگی مادران یک عامل تهدیدکننده و خطر برای رشد شناختی و هیجانی-اجتماعی کودکان به شمار می‌رود(۲۳-۱۹). حتی افسردگی اندک و کم نیز می‌تواند رشد مطلوب و طبیعی خردسال را تحت تاثیر قرار داده و مختل نماید(۲۴). بررسی‌های مختلف نشان داده‌اند که فرزندان مادران افسرده مشکلات و بیماری‌های جسمانی(۶)، مشکلات تحصیلی(۱۷)، مشکلات رفتاری و هیجانی(۲۵)، اختلالات روانشناختی در دوران نوجوانی(۱۶)، ناسازگاری(۱۹)، اضطراب بالا(۲۶)، دلبستگی ناپایمن(۲۷)، اختلالات درون‌ریزی شده، اختلالات برون‌ریزی شده، رفتار و عاطفه منفی(۲۸) بیشتری در مقایسه با کودکان مادران غیرافسرده از خود نشان می‌دهند. ضمن این که یافته‌های مطالعات متعدد حاکی از این است که وجود افسردگی در مادران یکی از مهم‌ترین ریسک فاکتورها برای ابتلای کودکان و نوجوانان به افسردگی است(۲۹،۳۰)، به گونه‌ای که نیمی از کودکان در حال رشد که مادر افسرده دارند در سن ۲۰ سالگی تشخیص افسردگی دریافت خواهند کرد(۳۱). یکی از مشکلاتی که به نظر می‌رسد با افسردگی مادران رابطه داشته باشد، مشکلات یا دشواری‌های خواب در کودکان (Sleep disturbances/problems) است. گرچه به نظر می‌رسد که مشکلات روانی مادران یک ریسک فاکتور بعید در ایجاد یا گسترش مشکلات خواب باشد(۳۲)، و به سبب اهمیت خواب در رشد بهنجار کودکان، لازم است مطالعات دقیق‌تری در این زمینه صورت گیرد. تعریف مشکلات خواب و تمایز دقیق بین خواب طبیعی و مشکل‌دار در کودکان به راحتی امکان‌پذیر نیست، زیرا تفاوت‌های فردی و تجربه مراقب بر ادراک وی از خواب کودک اثر می‌گذارد. با این وجود، در یک تعریف ساده و فراگیر می‌توان آن را به عنوان شرایط درونی یا بیرونی تلقی کرد که با ماهیت طراوت بخش و تجدید قوا کننده خواب کودک تداخل نموده یا به شکل معنی‌داری موجب آشفتگی و ناراحتی دیگران شود(۳۳).

در به خواب رفتن (مثل گریه کردن و جیغ کشیدن) و بیدار شدن‌های کودک در طول شب که موجب آسیب دیدن و ناراحتی مادر یا مراقب می‌شود، از آن جمله‌اند.

- اختلالات تنفسی خواب (Sleep breathing disorders): اختلال‌های وقفه تنفسی در خواب (Apnea) و کاهش حجم هوای عبوری (Hypopnea) از مجرای تنفسی به هنگام خواب به این اختلالات مربوط می‌شوند. هیپوکسمی یا کم شدن میزان اکسیژن خون و سیانوز ناشی از آن، هیپرکاپنی یا افزایش گاز کربنیک خون از ویژگی‌های این اختلالات هستند. مهم‌ترین و شایع‌ترین نشانه این اختلال‌های تنفسی خواب خرخر کردن است که در ۲ تا ۳ درصد کودکان وجود دارد (به شکل سندرم بالینی).

- اختلالات هشیاری و برانگیخته شدن (Disorders of arousal): در این اختلال فرد بعد از بیدار شدن به صورت رفتاری یا ذهنی هنوز گیج و آشفته است. گم کردن زمان و مکان و کند شدن گفتار از نشانه‌های این اختلال است که در ۱۷/۳ درصد کودکان ۳ تا ۱۳ سال دیده می‌شود.

- اختلالات تغییر از حالت خواب به بیداری (Sleep-wake transition disorders): اختلال کابوس شبانه، صحبت کردن در خواب، حرکت دادن بدن در خواب و وحشت در خواب به این اختلالات مربوط می‌شود. این اختلال بالاترین شیوع را در کودکان دارد.

- اختلالات خواب آلودگی مفرط (Disorders of excessive somnolence): خوابیدن زیاد در طی روز یا طولانی بودن ساعات خواب در مقایسه با کودکان همسال از ویژگی‌های این اختلال است.

- تعریق بیش از حد در خواب (Sleep hyperhidrosis): عرق کردن در خواب به گونه‌ای که رختخواب فرد خیس شود و او را بیدار سازد از مشخصه‌های این اختلال است. کمترین اطلاعات در خصوص این مشکل در ادبیات پژوهشی وجود دارد. آمارها نشان می‌دهند که مشکلات خواب

طبقه‌بندی‌های مختلفی از مشکلات خواب به عمل آمده است. طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات خواب (The International Classification of Sleep Disorders) (ICSD) چهار طبقه تشخیصی برای مشکلات خواب در نظر گرفته است که از آن برای کودکان نیز استفاده می‌شود که عبارتند از: دیس سومانیا (Dissomania)، پاراسومانیا (Parasomnias)، اختلالات خوابی که علل عضوی دارند (یا اختلالات خواب ثانویه)، و اختلالاتی که اطلاعات کافی درباره آن‌ها وجود ندارد که بتوان آن‌ها را در یکی از طبقات پیش گفته قرار داد (۳۴). در طبقه‌بندی DSM-V نیز ملاک‌ها یا طبقه‌بندی مشخصی برای کودکان وجود ندارد اما همان ملاک‌ها برای کودکان نیز به کار می‌روند اما اعتقاد بر این است که همه مشکلات خواب کودکان و نوجوانان با ملاک‌های این طبقه‌بندی‌ها همخوان نیستند (۳۵). استورز و همکاران (۳۶) سه نوع اختلال خواب را برای کودکان پیشنهاد می‌کنند: دیس سومانیا، پاراسومانیا و اختلالات خواب ثانویه. در یک طبقه بندی دیگر مشکلات خواب به سه دسته اصلی تقسیم شده‌اند: خوابیدن به اندازه کافی یا بیخوابی (Sleeplessness or insomnia)، وحشت در خواب (Night terrors)، خوابیدن زیاد یا بیش خوابی (Excessive sleepiness or hypersomnia) و مشکلات دوره‌ای رفتارهای مرتبط با خواب (parasomnias یا Episodic disturbances of behavior related to sleep) مانند راه رفتن در خواب، صحبت کردن در خواب، شب‌اداری (۳۷).

برونی (Bruni) و همکاران (۳۸) شش گروه اختلال خواب را برای کودکان و نوجوانان مشخص کرده‌اند که عبارتند از (۳۹):

اختلالات شروع و تداوم خواب (Disorders of initiating and maintaining sleep): این اختلالات به مشکلات هنگام خوابیدن و بیدار شدن مکرر طی شب بر می‌گردد. حدود ۳۰ درصد کودکان پیش دبستانی و نوزادان این مشکلات را دارند. مقاومت

جزو مشکلات شایع دوران کودکی است. در این راستا، یافته‌های پژوهش فریک-اورکرمن و همکاران (۴۰) روی کودکان دبستانی آلمانی نشان داد که بین ۳۰ تا ۴۰ درصد این گروه با مشکلات خواب مواجه هستند. در مطالعه‌ای جدیدتر این مقدار ۲۵ درصد گزارش شده است (۴۱). نتایج برخی مطالعات شیوع شناسی نشان دادند که بیش از ۵۰ درصد کودکان حداقل یکی از مشکلات خواب را تجربه می‌کنند و ۴ درصد آن‌ها مشکلی دارند که می‌تواند تشخیص اختلال خواب دریافت کند (۴۲-۴۴).

بررسی‌های انجام شده درباره ارتباط افسردگی مادران و مشکلات خواب در کودکان نشان داده اند که فرزندان مادران افسرده مشکلات خواب بیش‌تری دارند. به عنوان مثال، وارن و همکاران (۴۵) در بررسی خود دریافتند که نشانه‌های افسردگی مادران نوزادان یک ماهه پیش‌بینی‌کننده مشکل شب‌بیداری تا ۳۶ ماهگی است. نتایج یک تحقیق پیمایشی با نمونه بزرگی از کودکان تایوانی ۴ تا ۹ ساله نشان داد که فرزندان والدینی که دچار آشفتگی و تنش روانی بودند، بیش‌تر مشکلاتی مانند بی‌خوابی، دیرخوابی (late sleeping)، صحبت کردن در خواب و کابوس دیدن داشتند (۴۶). علاوه بر این، بین افسردگی مادران و شب‌بیداری کودکان یک تا ۲۴ ماهه نیز ارتباط وجود دارد (۴۷). علی‌رغم انجام پژوهش‌هایی در این زمینه، به نظر می‌رسد که اطلاعات کافی در مورد رابطه افسردگی مادران و مشکلات خواب کودکان، خصوصاً در ایران، وجود ندارد. به ویژه در پژوهش‌های پیشین به دلیل عدم طبقه‌بندی سطح افسردگی مادران دقیقاً مشخص نشده است که آیا مشکل خواب کودکان متغیر پیش‌بینی است که موجب افسردگی مادران می‌شود یا این افسردگی مادران است که دشواری‌های خواب در فرزندان آن‌ها را به دنبال دارد؟ در این مطالعه از طریق تقسیم‌بندی افسردگی این مشکل روش شناختی تا حدود قابل توجهی رفع شده است. از این رو، هدف این مطالعه

بررسی رابطه افسردگی مادران و مشکلات خواب در فرزندان ۳ تا ۶ ساله آن‌هاست، زیرا خواب نقش اساسی در رشد کودکان ایفا کرده و بر رشد، رشد رفتاری و هیجانی، کارکرد شناختی، یادگیری و توجه آن‌ها موثر است (۴۸) و کودکانی با تجربه مشکلات خواب با مشکلات یادگیری، مشکلات رفتاری بیش‌تر، افسردگی و اضطراب در بزرگسالی مواجه می‌شوند (۴۹). بر این اساس، شناسایی عوامل مختل‌کننده آن برای متخصصان سلامت کودکان و والدین ارزشمند است و می‌تواند از یکسو به پیشگیری و درمان موثر مشکلات خواب کودکان و از سوی دیگر به توجه جدی به افسردگی مادران کمک کند.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نظر ماهیت توصیفی، از حیث هدف جزء مطالعات بنیادی و از نظر روش علمی-مقایسه‌ای بود. بر اساس نمرات آزمون افسردگی بک و تفسیر آن مادران به شش گروه طبیعی، عدم تعادل خلقی خفیف، در مرز افسردگی بالینی، افسردگی متوسط (نسبتاً افسرده)، افسردگی شدید و افسردگی مفرط تقسیم و مشکلات خواب فرزندان آن‌ها مورد مقایسه قرار گرفت. جامعه مطالعه حاضر کلیه مادران کودکان ۳ تا ۶ ساله شهرهای مهاباد و ارومیه بودند که فرزند آن‌ها در یکی از مهدهای کودک زیر نظر بهزیستی آموزش دریافت می‌کرد. با توجه به ضرورت جداسازی افراد بر اساس سطح افسردگی حجم نمونه‌ای نسبتاً بزرگ (n=۴۶۵) تعیین شد. بنیاد این انتخاب فرمول برآورد حجم نمونه انجمن تعلیم و تربیت آمریکا بود که طبق آن در نمونه‌های بالای صد هزار نفر این تعداد حجم مناسبی به شمار می‌رود (۵۰). با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای از مراکز واقع در شمال، جنوب، شرق، مرکز و غرب از هر منطقه دو مرکز انتخاب و از هر مرکز نیز ۴۰ نفر به شکل تصادفی انتخاب شدند. آزمون‌ها با همکاری مربیان و مدیران مرکز به مادران ارائه و جمع‌آوری شد.

بار گرفتند. آلفای کرونیباخ به دست آمده برای مولفه شناختی ۰/۷۹، مولفه جسمی ۰/۸۲ و کل آزمون ۰/۸۰ و همبستگی بین دو مولفه برابر ۰/۷۰ بود. در تحلیل نتایج حاصل از این پژوهش مدل فوق مورد استفاده قرار گرفت (۵۶). محققان بر اساس نتایج مطالعات مختلف نمرات به دست آمده از آزمون افسردگی بک را برای تشخیص شدت افسردگی مورد استفاده قرار داده‌اند (۵۲، ۵۷، ۵۸). کل نمره فرد در آزمون نمره‌ای بین صفر تا ۶۳ است. تقسیم‌بندی شدت افسردگی پاسخگویان به آزمون بک بر اساس نمره به دست آمده در آن به شرح زیر است:

- افرادی که نمره آن‌ها بین صفر تا ده قرار بگیرد، نرمال بوده و فاقد افسردگی هستند،
 - افرادی که نمره ای بین ۱۱ تا ۱۶ بگیرند، دچار عدم تعادل خلقی خفیف هستند،
 - میزان افسردگی افرادی که نمره‌ای بین ۱۷ تا ۲۰ بگیرند، در مرز افسردگی بالینی است،
 - میزان افسردگی افرادی که نمره‌ای بین ۲۱ تا ۳۰ بگیرند، در حد متوسط قرار دارد،
 - میزان افسردگی افرادی که نمره‌ای بین ۳۱ تا ۴۰ بگیرند، در حد شدید قرار دارد،
 - افرادی که نمره‌ای بالاتر از ۴۰ بگیرند، دچار افسردگی مفراط یا بسیار شدید هستند.
- در این پژوهش نیز اعضای نمونه بر اساس نمره به دست آمده در آزمون بک تقسیم‌بندی شدند.

۲- مقیاس اختلالات خواب کودکان

[Sleep disturbance scale for children (SDSC)]

این ابزار توسط برونی (Bruni) و همکاران (۳۸) با هدف طبقه بندی اختلالات خواب کودکان و نوجوانان سنین ۳ تا ۱۸ سال ساخته شده است. SDSC دارای ۲۶ ماده و ۶ زیر مقیاس به شرح زیر است: اختلالات شروع و تداوم خواب، اختلالات تنفسی خواب، اختلال در بیدار شدن، اختلالات تغییر از حالت خواب به بیداری، اختلالات خواب آلودگی مفراط، و تعریق بیش از حد

مادرانی در نمونه قرار گرفتند که حداقل مدرک تحصیلی آن‌ها دیپلم بود، از همسر خود جدا نشده بودند، فرزندشان حداقل ۴ ماه سابقه حضور در مرکز پیش‌دستانی را داشت و کودک مشکل جسمی و روان‌شناختی مشخصی که به خاطر آن دارو دریافت کند یا تحت نظارت مستمر پزشک باشد نداشت. مادران نیز اظهار داشتند که تحت نظر روانپزشک نبوده و دارو مصرف نمی‌کنند.

ابزارهای پژوهش

۱- آزمون افسردگی بک (Beck): این مقیاس مهم‌ترین و شناخته شده‌ترین آزمون در حوزه سنجش افسردگی است که توان و اعتبار آن مکرراً مورد تایید قرار گرفته است. این آزمون هم برای سنجش شدت نشانگان افسردگی در جمعیت بالینی و هم تشخیص وجود افسردگی در جمعیت عادی استفاده می‌شود (۵۳-۵۱). این سیاهه دارای ۲۱ ماده است که نشانگان افسردگی را در بر می‌گیرد. هر ماده دارای ۴ خرده ماده است که پاسخ دهنده باید جمله‌ای را که با وضعیت فعلی وی مناسب‌تر است انتخاب نماید. سیاهه بک ۲۱ جنبه از افسردگی را می‌سنجد که همگی نشانگان افسردگی را تشکیل می‌دهند. در سال‌های اخیر پژوهشگران بسیاری تلاش کرده‌اند تا ساختار عاملی بک را مورد بررسی قرار دهند. در این راستا یافته‌های برخی مطالعات حاکی از ساختار دو عاملی سیاهه افسردگی بک بوده است (۵۴، ۵۵). در مدل دو عاملی سنججه دو مولفه روان‌شناختی یا شناختی (مانند خلق) و مولفه جسمی یا بدنی (مانند فقدان انرژی) را می‌سنجد. مولفه شناختی هشت ماده و مولفه جسمی - هیجانی ۱۳ ماده را در بر می‌گیرد. بین مولفه‌ها همبستگی برابر ۰/۵۷ کسب شده است (۵۳). در مطالعه‌ای روی زنان ایرانی ساختار عاملی آزمون بک از طریق تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش واریماکس بررسی شد. نتایج حاصل نشان دادند که مدل دو عاملی برای این آزمون مناسب است. در این تحلیل ده ماده زیر عامل شناختی و یازده ماده زیر عامل جسمی - هیجانی

در خواب است. مقیاس توسط مادر یا مراقب اصلی تکمیل می شود. ماده‌های آزمون در مقیاس لیکرت پنج گزینه ای پاسخ داده می شود و نمره بالا به معنی داشتن مشکلات بیش تر است. این ابزار در فرهنگ ها و نمونه های مختلف مانند چینی (۵۹)، برزیلی (۶۰) و ایرانی (۶۱) مورد استفاده قرار گرفته است. برونی و همکاران (۳۸) با استفاده از روش آزمون- آزمون مجدد پایایی این مقیاس را بررسی نمودند که مقدار به دست آمده برابر ۰/۷۱ بود که برای اهداف پژوهشی مقداری مناسب است. در این مطالعه پایایی به دست آمده با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۷۴ و برای خرده آزمون‌ها بین ۰/۶۶ تا ۰/۷۹ به دست آمد. جهت تحلیل داده‌ها از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل واریانس نرم افزار SPSS نوشتار ۲۰ استفاده شد.

یافته ها

میانگین سنی کودکان در این مطالعه ۵ سال و ۴ ماه بود و ۵۰/۱ درصد آن‌ها دختر (۲۳۳ نفر) و ۴۹/۹ درصد پسر (۲۳۲ نفر) بودند. میانگین خواب شبانه کودکان ۸ ساعت و ۶۵ درصد کودکان عادت داشتند طی روز نیز بین یک تا دو ساعت و نیم بخوابند. بیش از ۹۰ درصد کودکان ترجیح می‌دادند در کنار والدین خود بخوابند و در عمل ۵۲ درصد کودکان تمام یا بخشی از شب را با والدین می‌خوابیدند. بنا بر اظهار پاسخگویان هیچ یک به شکل مستمر تحت نظر روانپزشک نبوده و داروی خاصی دریافت نمی‌کردند. در جدول شماره ۱ اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه شده‌اند.

نتایج مندرج در جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که بین مولفه‌ها و نمره کل افسردگی و مشکلات خواب و ابعاد آن رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس، با بالا رفتن سطح افسردگی مشکلات خواب در کودکان افزایش می‌یابد و سطوح بالای افسردگی با مشکلات بیش تر در ارتباط هستند. بالاترین ضریب همبستگی بین متغیرهای پیش بین (افسردگی و ابعاد آن)

و ملاک (مشکلات خواب و ابعاد آن) به رابطه بین عنصر شناختی افسردگی و اختلالات شروع و تداوم خواب اختصاص دارد ($t=0/52$). به این معنی که با افزایش افسردگی در مادران، کودکان مشکلات بیشتری در آغاز و تداوم خواب خواهند داشت. جهت بررسی تفاوت مشکلات خواب کودکان مادران با سطوح مختلف افسردگی از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد. نتایج حاصل نشان دادند که تفاوت بین سطوح افسردگی در تمام انواع مشکلات خواب با هم معنی‌دار است. به عبارتی انواع مشکلات خواب کودکان با سطح افسردگی مادران ارتباط دارد و با افزایش سطح افسردگی دشواری‌ها و مشکلات خواب فرزندان نیز افزایش می‌یابد. جهت بررسی تفاوت‌های دو به دو گروه‌ها از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد. یافته‌های حاصل حاکی از این بودند که در تمام انواع اختلالات خواب فرزندان مادران دارای افسردگی مفرط، شدید و متوسط نسبت به گروه‌های فاقد افسردگی، عدم تعادل خلقی و مرز افسردگی بالینی مشکلات بیش تری دارند. بررسی‌ها حاکی از این بودند که بزرگ‌ترین تفاضل میانگین‌ها به اختلالات شروع و تداوم خواب و نمره کل مشکلات خواب مربوط می‌شود؛ به عبارتی کودکان بیش ترین مشکلات خواب را در این زمینه‌ها تجربه می‌کردند. اختلالات تغییر از حالت خواب به بیداری، اختلالات تنفسی خواب، اختلالات خواب آلودگی مفرط و تعریق بیش از حد در خواب به ترتیب در مراتب بعدی قرار می‌گیرند. در تمام این اختلالات مادران با افسردگی شدید مشکلات خواب بیش تری را گزارش کرده بودند.

بحث

هدف این مطالعه بررسی رابطه افسردگی مادران و مشکلات خواب در فرزندان ۳ تا ۶ ساله آن‌ها بود. نتایج حاصل نشان دادند که بین افسردگی مادران و اختلالات خواب رابطه مثبت و معنی‌داری وجود داشته و هر اندازه افسردگی شدیدتر باشد میزان مشکلات کودک بیش تر

جدول شماره ۱: اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش

| میانگین | انحراف معیار | مشکلات خواب کودک | میانگین | انحراف معیار | مولفه | N | سطح افسردگی |
|---------|--------------|---------------------------------------|---------|--------------|---------|-----|---------------------|
| ۱۱/۸۴ | ۳/۶۳ | اختلالات شروع و تداوم خواب | ۴/۳۷ | ۰/۹۱ | شناختی | ۳۵ | فاقد افسردگی |
| ۳/۶۱ | ۱/۴۸ | اختلالات تنفسی خواب | ۴/۱۱ | ۰/۹۳ | جسمی | | |
| ۳/۴۵ | ۱/۷۰ | اختلالات بیدار شدن | | | | | |
| ۱۱/۲۵ | ۵/۳۶ | اختلالات تغییر از حالت خواب به بیداری | ۸/۴۸ | ۱/۰۱ | نمره کل | | |
| ۶/۲۸ | ۳/۱۰ | اختلالات خواب آلودگی مفرط | | | | | |
| ۲/۵۴ | ۱/۷۰ | تعریق بیش از حد در خواب | | | | | |
| ۳۹/۶۰ | ۹/۲۱ | نمره کل | | | | | |
| ۱۲/۳۴ | ۴/۲۶ | اختلالات شروع و تداوم خواب | ۶/۷۸ | ۱/۴۱ | شناختی | ۸۰ | عدم تعادل خلقی خفیف |
| ۳/۷۷ | ۱/۴۴ | اختلالات تنفسی خواب | ۶/۸۴ | ۱/۴۴ | جسمی | | |
| ۳/۹۰ | ۱/۳۱ | اختلالات بیدار شدن | | | | | |
| ۱۲/۱۷ | ۶/۲۰ | اختلالات تغییر از حالت خواب به بیداری | ۱۳/۶۲ | ۱/۷۵ | نمره کل | | |
| ۸/۲۰ | ۳/۸۷ | اختلالات خواب آلودگی مفرط | | | | | |
| ۳/۰۷ | ۱/۶۸ | تعریق بیش از حد در خواب | | | | | |
| ۴۲/۸۲ | ۱۲/۳۲ | نمره کل | | | | | |
| ۱۳/۲۳ | ۴/۲۷ | اختلالات شروع و تداوم خواب | ۱۰/۱۱ | ۱/۹۰ | شناختی | ۱۰ | مرز افسردگی بالینی |
| ۳/۸۱ | ۱/۱۳ | اختلالات تنفسی خواب | ۸/۷۸ | ۱/۵۶ | جسمی | | |
| ۵/۲۸ | ۱/۴۸ | اختلالات بیدار شدن | | | | | |
| ۱۲/۳۲ | ۵/۳۴ | اختلالات تغییر از حالت خواب به بیداری | ۱۸/۸۹ | ۱/۱۶ | نمره کل | | |
| ۹/۸۷ | ۴/۹۲ | اختلالات خواب آلودگی مفرط | | | | | |
| ۴/۰۹ | ۱/۴۸ | تعریق بیش از حد در خواب | | | | | |
| ۴۸/۵۲ | ۱۱/۷۰ | نمره کل | | | | | |
| ۱۶/۱۹ | ۴/۲۵ | اختلالات شروع و تداوم خواب | ۱۴ | ۳/۱۲ | شناختی | ۱۳۸ | افسردگی متوسط |
| ۶/۷۹ | ۱/۴۶ | اختلالات تنفسی خواب | ۱۱/۳۴ | ۱/۴ | جسمی | | |
| ۷/۲۶ | ۲/۳۶ | اختلالات بیدار شدن | | | | | |
| ۱۱/۰۹ | ۵/۲۲ | اختلالات تغییر از حالت خواب به بیداری | ۲۵/۳۵ | ۲/۹۰ | نمره کل | | |
| ۹/۵۰ | ۵/۴۵ | اختلالات خواب آلودگی مفرط | | | | | |
| ۵/۷۰ | ۱/۲۷ | تعریق بیش از حد در خواب | | | | | |
| ۵۵/۵۶ | ۹/۱۸ | نمره کل | | | | | |
| ۲۱/۱۶ | ۵/۰۴ | اختلالات شروع و تداوم خواب | ۱۹/۰۱ | ۳/۶۱ | شناختی | ۶۳ | افسردگی شدید |
| ۸/۳۴ | ۱/۵۷ | اختلالات تنفسی خواب | ۱۷/۲۸ | ۴/۲۳ | جسمی | | |
| ۸/۹۵ | ۲/۳۴ | اختلالات بیدار شدن | | | | | |
| ۱۸/۳۱ | ۴/۱۹ | اختلالات تغییر از حالت خواب به بیداری | ۳۶/۳۰ | ۲/۶۴ | نمره کل | | |
| ۱۰/۲۸ | ۶/۳۸ | اختلالات خواب آلودگی مفرط | | | | | |
| ۶/۶۹ | ۱/۶۳ | تعریق بیش از حد در خواب | | | | | |
| ۷۳/۷۶ | ۹/۷۹ | نمره کل | | | | | |
| ۲۶/۵۸ | ۴/۴۱ | اختلالات شروع و تداوم خواب | ۲۵/۴۶ | ۴/۸۰ | شناختی | ۳۹ | افسردگی مفرط |
| ۱۰/۶۹ | ۲/۰۲ | اختلالات تنفسی خواب | ۲۳/۱۷ | ۴/۴۳ | جسمی | | |
| ۹/۸۷ | ۲/۴۵ | اختلالات بیدار شدن | | | | | |
| ۲۲/۰۲ | ۵/۱۷ | اختلالات تغییر از حالت خواب به بیداری | ۴۸/۶۴ | ۶/۴۹ | نمره کل | | |
| ۱۰/۲۵ | ۷/۱۷ | اختلالات خواب آلودگی مفرط | | | | | |
| ۸/۰۲ | ۱/۰۶ | تعریق بیش از حد در خواب | | | | | |
| ۸۷/۴۷ | ۹/۱۱ | نمره کل | | | | | |

جدول شماره ۲: ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

| متغیر | مولفه | شناختی | جسمی | نمره کل افسردگی | اختلالات شروع و تداوم خواب | اختلالات تنفسی خواب | اختلالات بیدار شدن | اختلالات تغییر از حالت خواب به بیداری | اختلالات خواب آلودگی مفرط | تعریق بیش از حد در خواب | نمره کل |
|-------------|---|--------|--------|-----------------|----------------------------|---------------------|--------------------|---------------------------------------|---------------------------|-------------------------|---------|
| افسردگی | ۱ شناختی | | | | | | | | | | |
| | ۲ جسمی | **،/۶۰ | | | | | | | | | |
| | ۳ نمره کل | **،/۸۸ | **،/۹۱ | | | | | | | | |
| مشکلات خواب | ۴ اختلالات شروع و تداوم خواب | **،/۵۲ | **،/۴۵ | **،/۴۹ | | | | | | | |
| | ۵ اختلالات تنفسی خواب | **،/۵۰ | **،/۴۴ | **،/۳۶ | **،/۵۷ | | | | | | |
| | ۶ اختلالات بیدار شدن | **،/۴۷ | **،/۳۵ | **،/۲۸ | **،/۵۰ | **،/۵۷ | | | | | |
| | ۷ اختلالات تغییر از حالت خواب به بیداری | **،/۴۰ | **،/۲۸ | **،/۲۳ | **،/۴۵ | **،/۳۴ | **،/۳۸ | | | | |
| | ۸ اختلالات خواب آلودگی مفرط | ۰/۰۶ | **،/۱۲ | **،/۲۶ | **،/۳۴ | **،/۳۴ | **،/۴۴ | **،/۳۹ | | | |
| | ۹ تعریق بیش از حد در خواب | **،/۳۰ | **،/۱۵ | **،/۴۷ | **،/۵۲ | **،/۶۱ | **،/۵۳ | **،/۳۳ | **،/۳۸ | | |
| | ۱۰ نمره کل | **،/۴۳ | **،/۳۵ | **،/۲۷ | **،/۶۶ | **،/۵۴ | **،/۶۳ | **،/۵۱ | **،/۵۰ | **،/۶۷ | |

*p<0/05

**P< 0/01

خواهد بود. این یافته همسو با نتایج مطالعات مختلفی است که نشان داده‌اند افسردگی مادران پیش‌بینی‌کننده مهمی برای مشکلات خواب کودکان است (۴۷-۶۲، ۶۳).

در این راستا، نتایج مطالعه آرمیتاژ (Armitage) و همکاران (۶۴) نشان داده است نوزادانی که از مادران افسرده متولد می‌شوند در مقایسه با فرزندان مادران غیرافسرده دوره‌های خواب کوتاه‌تر داشته، کیفیت خوابشان پایین‌تر است و زمان بیداری طول می‌کشد تا بخوابند. فیلد (Field) نیز در پژوهش خویش دریافت که فرزندان این مادران فعالیت اندک و تونوس عضلانی ضعیفی دارند، ناآرام و بی‌قرار بوده و خوابشان نامنظم است (۶۵). کلر و همکاران (۶۶) نیز این نتیجه را در یک مطالعه طولی روی کودکان بزرگ‌تر به دست آوردند. در تبیین این رابطه می‌توان عوامل متعددی را برشمرد. یکی از این عوامل شیوه‌ها و سبک تربیتی مادران است. به نظر می‌رسد که شیوه والدینی مادران نقش مهمی در شکل‌گیری الگوهای خواب کودکان و به تبع آن مشکلات خواب داشته باشد. جانسون و مک‌ماهون (Johnson & McMahon) نشان دادند که سخت‌رویی و قاطعیت اندک والدین با مشکلات خواب کودکان ارتباط مثبت دارد (۶۷). مادران افسرده از روش‌های تربیتی ضعیف و ناکارآمدی استفاده می‌کنند که نمی‌توانند موجب شکل‌گیری رفتارهای درست و عادت‌های مناسب در کودکان شود (۹). این مادران در به کارگیری تقویت مثبت و انضباط موثر و مستمر ناموفقند، از این رو فرزندان آن‌ها نمی‌توانند قوانین و اصول رفتارهای مناسب را بیاموزند و در شناخت رفتارهای مناسب سردرگم می‌مانند. این ویژگی‌ها در یادگیری قواعد مربوط به زمان و مکان مناسب خواب نیز صادق است. به همین سبب عادات و رفتارهای نامناسب و ناسازگار در رابطه با خواب شکل می‌گیرد که برای کودک و والدین مشکل ایجاد می‌کند. عامل دیگر این که افسردگی مادران می‌تواند در شکل‌گیری پیوند عاطفی و دلبستگی میان مادر-کودک تاثیر منفی گذارد. مطالعات متعدد نشان داده‌اند

که افسردگی مادران با سبک دلبستگی ناایمن و اجتنابی در فرزندان ارتباط دارد (۶۸، ۶۹). این سبک دلبستگی با اضطراب و هراس از نزدیک شدن و صمیمیت همراه است، زیرا این افراد از ترک و رد شدن می‌ترسند، پس بین وابستگی و علاقمندی عاطفی و دوری‌گزیدن سردرگم می‌مانند (۷۰). این سبک‌ها به دلیل ماهیت ناسازگارانه‌ای که دارند زمینه را برای بروز انواع اختلالات و مشکلات روانی از جمله اختلالات خواب در کودکان فراهم می‌کنند. کودکان با دلبستگی ناایمن مادران افسرده مقاومت بیش‌تری در مقابل خوابیدن نشان می‌دهند، برای نخوابیدن در رختخواب خود قشقرق به پا می‌کنند و ترجیح می‌دهند کنار والدین بخوابند، بیش‌تر دچار تعریق در خواب، اضطراب شبانه و مشکلاتی مانند کابوس دیدن، صحبت کردن یا راه رفتن در خواب می‌شوند (۷۱). علاوه بر این، کیفیت تعامل مادران افسرده با کودکان خود متفاوت است که می‌تواند بر شکل‌گیری مشکلات شناختی، هیجانی و رفتاری فرزند اثر گذارد. این مادران به فرزندان خود الگویی از شناخت‌ها، عواطف و رفتارهای افسرده‌وار را ارائه می‌دهند (۷۲). مطالعات نشان داده‌اند که افسردگی در مادران می‌تواند به عملکرد والدینی آن‌ها به شکل جدی آسیب وارد کند (۷۳، ۷۴). تعامل این گروه مادران معمولاً شکل منفی، عیب‌جویانه و دستوری دارد که می‌تواند زمینه بروز مشکلات رفتاری و روانشناختی را فراهم سازد (۱۷). دیگر این که کودکان خردسال به دلیل وابستگی بسیار به مادران خود در بیش‌تر موقعیت‌های اجتماعی با مادر همراه هستند، این در حالی است که مادران افسرده کم‌تر به تعامل با دیگران و شرکت در فعالیت‌های اجتماعی تمایل دارند، مهارت‌های اجتماعی اندک و نابسندگی دارند، کناره‌جو بوده و شبکه اجتماعی‌شان محدود است. از این رو این کودکان فرصت اندکی برای رهایی از رابطه دوسویه آسیب‌زای مادر افسرده-کودک خردسال، گسترش شبکه اجتماعی، یافتن الگوهای نقش سالم و یادگیری شیوه‌های مقابله با

آن را دارند (۷۵). نهایتاً، افراد افسرده بیش تر از سبک‌های ارتباطی انزواجویانه، ناکارآمد و اجتنابی استفاده می‌کنند که باعث شکل‌گیری روابط ناکارآمد و بی‌کیفیتی بین مادر و کودک می‌شود. این ارتباط می‌تواند زمینه مشکلات جسمی و روان‌شناختی مختلفی را فراهم آورده و مانع رشد هیجانی و عاطفی بهنجار فرزند شود. مادران به دلیل نقش مهمی که در خانواده دارند، شکل‌دهنده اصلی اقلیم و بافت روان‌شناختی خانواده بوده و سلامت روان‌شناختی آن‌ها کیفیت تعاملات خانواده و جو آن را به شدت تحت تاثیر قرار می‌دهد. به همین سبب افسردگی مادران با متغیرهای بافتی مانند تعارضات درون خانواده، شکست، گسستگی و تنش رابطه دارد (۷۶). مادران افسرده کم‌تر به نیازهای فرزندان و خانواده توجه دارند، کم‌تر در دسترس هستند، تعارضات بیش‌تری با اعضا داشته و مشکلات زناشویی بیش‌تری دارند. این موارد جو تنش‌زا و آسیب‌رسانی ایجاد می‌کند که کارکرد سالم و بهنجار خانواده را مختل می‌نماید. از این رو فرزندان چنین مادرانی مشکلات بیش‌تری در زمینه‌های مختلف دارند که به اختلال در رشد طبیعی آن‌ها منجر می‌شود (۷۷). نتایج حاصل نشان دادند که کودکان مادران با افسردگی مفرط، شدید و متوسط بیش‌ترین مشکلات خواب را در شروع و تداوم خواب دارند. این یافته با نتایج مطالعه الشیخ و همکاران (۶۲) هم‌سوست. آن‌ها نیز در بررسی خود نتیجه گرفتند که افسردگی مادران با مشکلات خواب و بیداری فرزندان آن‌ها ارتباط دارد. در تبیین این موضوع می‌توان گفت کودکان نسبت به حالات هیجانی و عاطفی مادران حساس بوده و نسبت به آن واکنش نشان می‌دهند. غم و افسردگی مادر می‌تواند موجب ناراحتی آن‌ها شده و خواب‌شان را مختل کند. علاوه بر این، برخی مطالعات نشان داده‌اند که مادران افسرده شیوه‌های رفتاری و تربیتی دارند که موجب شکل‌گیری و استمرار مشکلات خواب کودکان می‌شود (۷۸). به عنوان مثال، این مادران بیش‌تر به فرزندان خود اجازه می‌دهند بیدار بمانند، در رختخواب

خود نخوابند، به گریه‌های آن‌ها پاسخ مثبت می‌دهند، سریع در برابر خواسته‌هایشان تسلیم می‌شوند. کودکان نیز به فراست درمی‌یابند می‌توانند رفتار مادر خود را کنترل نمایند و به هنگام ضرورت از شگردهای خود بهره می‌گیرند و در نهایت مشکلات خواب تبدیل به اختلالات مزمن و سخت درمان می‌شود. دیگر یافته‌های این پژوهش حاکی از وجود تفاوت در اختلالات تغییر از حالت خواب به بیداری، اختلالات تنفسی خواب، اختلالات خواب آلودگی مفرط و تعریق بیش از حد در خواب در مادران با افسردگی مفرط، شدید و متوسط با مادران بدون افسردگی، عدم تعادل خلقی خفیف و در مرز افسردگی بودند. به عبارتی افسردگی مادران می‌تواند تعیین‌کننده وجود وحشت شبانه، کابوس، صحبت کردن در خواب و دندان ساییدن در خواب باشد. نتایج مطالعه لام و همکاران (۷۹) نیز نشان دادند که مشکلات خواب با سلامت و بهزیستی روان‌شناختی مادران ارتباط دارد. هر اندازه سلامتی روانی مادر پایین‌تر باشد، کودک دشواری‌های بیش‌تری در زمینه خوابیدن و بیدار شدن داشته و خوابی بی‌آرام و کم‌تر موثر خواهد داشت. مجموع نتایج این مطالعه، همسو با یافته‌های مطالعات پیشین، نشان دادند که افسردگی و مشکلات روان‌شناختی مادران، به عنوان یک ریسک فاکتور و متغیر پیشیند، قادر است خواب طبیعی در کودکان را مختل کرده و موجب بروز مشکلات متعدد در آن‌ها شود. به عبارتی، مادران افسرده به دلیل ویژگی‌های خاص روانی، شخصیتی، عاطفی و هیجانی می‌توانند مانع شکل‌گیری عادات مناسب خواب شده یا روند طبیعی آن را به هم زده و مختل سازند.

عواملی مانند سبک تربیتی ناکارآمد، شناخت‌ها و عواطف افسرده وار، سبک دل‌بستگی نایمن و اجتنابی، محیط خانوادگی ناکارآمد، روابط اجتماعی محدود و احتمالاً ناسالم و تعاملات بیمارگونه مادر-فرزند که در مادران افسرده به وفور دیده می‌شوند از علت‌های احتمالی این ارتباط است. علاوه بر این، افسردگی

درست، تمهید برنامه‌های مشاوره و روان درمانی کم هزینه، آموزش خانواده‌ها در مورد بیماری بودن افسردگی و لزوم رسیدگی و درمان آن می‌تواند گام‌های موثری در کاهش تبعات افسردگی مادران در رشد بهنجار شناختی، هیجانی، شخصیتی و عاطفی کودکان باشد.

از محدودیت‌های این مطالعه انجام آن روی مادران کودکان پیش‌دبستانی بود، بنابراین در تعمیم نتایج باید این نکته مد نظر قرار گیرد. علاوه بر این، برای تعیین سطح افسردگی فقط از آزمون بک استفاده شده بود که لازم است در مطالعات بعدی از ابزارهای متنوع و مصاحبه‌های بالینی استفاده شود. به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که از مطالعات طولی برای بررسی اثرات بلند مدت افسردگی مادران بر ابعاد شناختی، عاطفی و رفتاری کودکان بهره‌گیرند.

سپاسگزاری

بدین وسیله از مسئولان و کارشناسان محترم سازمان کل بهزیستی استان آذربایجان غربی، مربیان و مدیران مهدهای وابسته به آن و کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش تقدیر و تشکر به عمل می‌آید. لازم به توضیح است که این مطالعه با هزینه شخصی و بدون حمایت مالی ارگان یا نهادی انجام شده است.

مادران می‌توانند به کارکرد مناسب خانواده آسیب‌زده و آن را مختل کنند. این بدکارکردی موجب کاهش نقش و اثر تربیتی خانواده شده و زمینه را برای بروز مشکلات روان‌شناختی مختلف از جمله دشواری‌ها و اختلالات خواب مساعد می‌سازد. بنابراین، افسردگی به عنوان اختلالی شایع و تاثیرگذار در بافت خانواده و سلامت کودکان باید به شکل جدی مورد توجه قرار گیرد. اما آنچه که در زمینه افسردگی مادران حائز اهمیت و تاسف آور است این که ۴۰ درصد آنان هیچ درمانی دریافت نمی‌کنند و ۳۵ درصد آن‌ها درمان‌های ناکافی و غیر موثر می‌گیرند (۸۰). ضمن این که مادران فقیر از طبقات اقتصادی-اجتماعی پایین بیشتر در معرض عدم دریافت درمان هستند (۸۱). نتایج این مطالعه نیز نشان دادند که علی‌رغم وجود افسردگی در گروهی از مادران هیچ‌یک تحت نظر روانپزشک نبودند و درمانی دریافت نمی‌کردند. از این رو، لازم است افسردگی مادران به عنوان یک دغدغه و مساله بهداشتی نزد دست‌اندرکاران و متخصصان حوزه زنان و بهداشت روانی مطرح گردیده و آگاهی‌های لازم به مادران و خانواده‌ها ارائه شود. این موضوع زمانی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند که مشخص شود با کاهش افسردگی و بهبود علائم این اختلال در مادران کیفیت و نظم خواب فرزندان‌شان بهبود می‌یابد (۶۶). تشخیص به هنگام و

References

1. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Genl Psychiatry* 2005; 62(6): 593-602.
2. Noble RE. Depression in women. *Metabolism* 2005; 54(5 Suppl 1): 49-52.
3. Brown MA, Solchany JE. Two overlooked mood disorders in women: subsyndromal depression and prenatal depression. *Nurs Clin of North Am* 2004, 39(1): 83-95.
4. Mian AI. Depression in pregnancy and the postpartum period: balancing adverse effects of untreated illness with treatment risks. *J Psychiatr Pract* 2005; 11(6): 389-396.
5. Grupp-Phelan J, Whitaker RC, Naish AB. Depression in mothers of children presenting for emergency and primary care: Impact on mothers' perceptions of caring for their children. *Ambulatory Pediatrics: The Official Journal of the Ambulatory Pediatric Association* 2003; 3(3): 142-146.

6. Weissman MM, Jensen P. What research suggests for depressed women with children. *J Clin Psychiatry* 2002; 63(7): 641-647.
7. Burdette HL, Whitaker RC, Harvey-Berino J, Kahn RS. Depressive symptoms in low-income mothers and emotional and social functioning in their preschool children. *Ambulatory Pediatrics. Ambul Pediatr* 2003; 3(6): 288-294.
8. Wulsin L, Somoza E, Heck J, Bauer L. Prevalence of depression among mothers of young children in Honduras. *Int J Psychiatry Med* 2010; 40(3): 259-271.
9. Pascoe JM, Stolfi A, Ormond MB. Correlates of Mothers' Persistent Depressive Symptoms: A National Study. *J Pediatr Health Care* 2006; 20(4): 261-269.
10. Goodman SH. Depression in Mothers. *Annu Rev Clin Psychol* 2007; 3: 107-135.
11. Brennan PA, Hammen C, Anderson MJ, Bor W, Najman JM, Williams GM. Chronicity, severity, and timing of maternal depressive symptoms: Relationships with child outcomes at age five. *Dev Psychol* 2000; 36(6): 759-766.
12. Kavanaugh M, Halterman JS, Montes G, Epstein M, Hightower AD, Weitzman M. Maternal Depressive Symptoms Are Adversely Associated with Prevention Practices and Parenting Behaviors for Preschool Children. *Ambul Pediatr* 2006; 6(1): 32-37.
13. Donovan WL, Leavitt LA, Walsh RO. Conflict and depression predict maternal sensitivity to infant cries. *Infant Behavior and Development* 1998; 21(3): 505-517.
14. Pomerantz EM, Dong W. The effects of mothers' perceptions of children's competence: The moderating role of mothers' theories of competence. *Dev Psychol* 2006; 42(5): 950-961.
15. Chronicity of maternal depressive symptoms, maternal sensitivity, and child functioning at 36 months. *NICHD Early Child Care Research Network. Dev Psychol* 1999; 35(5): 1297-1310.
16. Burke L. The impact of maternal depression on familial relationships. *Int Rev Psychiatry* 2003; 15(3): 243-255.
17. Luoma I, Kaukonen P, Mantymaa M, Puura K, Tamminen T, Salmelin R. A longitudinal study of maternal depressive symptoms, negative expectations and perceptions of child problems. *Child Psychiatry Hum Dev* 2004; 35(1): 37-53.
18. Kotch JB, Browne DC, Ringwalt CL, Dufort V, Ruina E, Stewart PW, et al. Stress, social support, and substantiated maltreatment in the second and third years of life. *Child Abuse Neglect* 1997; 21(11): 1025-1037.
19. Cummings EM, Keller PS, Davies PT. Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: Exploring multiple relations with child and family functioning. *J Child Psychol Psychiatry* 2005; 46(5): 479-489.
20. Kiernan KE, Huerta MC. Economic Deprivation, Maternal Depression, Parenting and Children's Cognitive and Emotional Development in Early Childhood. *Br J Sociol* 2008; 59(4): 783-806.
21. Connors-Burrow NA, Bokony P, Whiteside-Mansell L, Jarrett D, Kraleti S, McKelvey L, et al. Low-Level Depressive Symptoms Reduce Maternal Support for Child Cognitive Development. *J Pediatr Health Care* 2014; 28(5): 404-412.
22. Feder A, Alonso A, Tang M, Liriano W, Warner V, Pilowsky D, et al. Children of Low-Income Depressed Mothers: Psychiatric

- Disorders and Social Adjustment. *Depress Anxiety* 2009; 26(6): 513-520.
23. Symon B, Bammann M, Crichton G, Lowings C, Tucsok J. Reducing postnatal depression, anxiety and stress using an infant sleep intervention. *BMJ Open* 2012; 2(5): 1-7.
 24. Campbell SB, Morgan-Lopez AA, Cox MJ, McLoyd VC. A latent class analysis of maternal depressive symptoms over 12 years and offspring adjustment in adolescence. *J Abnorm Psychol* 2009; 118(3): 479-493.
 25. Petterson SM, Albers AB. Effects of poverty and maternal depression on early child development. *Child Dev* 2001; 72(6): 1794-1813.
 26. Meadows SO, McLanahan SS, Brooks-Gunn J. Parental depression and anxiety and early childhood behavioral problems across family types. *Journal of Marriage and Family* 2007; 69(5): 1162-1177.
 27. Toth SL, Cicchetti D, Rogosch FA, Sturge-Apple M. Maternal Depression, Children's Attachment Security, and Representational Development: An Organizational Perspective. *Child Dev* 2009; 80(1): 192-208.
 28. Goodman SH, Rouse MH, Connell AM, Broth MR, Hall CM, Heyward D. Maternal Depression and Child Psychopathology: A Meta-Analytic Review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2011; 14(1): 1-27.
 29. Lieb R, Isensee B, Hofler M, Pfister H, Wittchen HU. Parental major depression and the risk of depression and other mental disorders in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59(4): 365-374.
 30. Turney K. Chronic and proximate depression among mothers: implications for child well-being, *Journal of Marriage and Family* 2011; 73(1): 149-163.
 31. Beardslee WR, Podorefsky D. Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders: the importance of self-understanding and relationships. *Am J Psychiatry* 1988; 145(1): 63-69.
 32. Hiscock H, Wake M. Infant sleep problems and postnatal depression: a community-based study. *Pediatrics* 2001; 107(6): 1317-1322.
 33. Kiing J. Sleep problems in children. *National University Bulletin* 2003; 30(157): 1-7.
 34. American Academy of Sleep Medicine. *International Classification of Sleep Disorders, Revised Diagnostic and coding manual. Second Edition (ICSD-2)*. Westchester IL. American Sleep Sleep Disorders Association; 2005. Available from: <http://www.esst.org/adds/ICSD.pdf>. Accessed May 2, 2015.
 35. Mindell JA, Meltzer LJ. Behavioural sleep disorders in children and adolescents. *Ann Acad Med Singapore* 2008; 37: 722-728.
 36. Stores G. Practitioner review: assessment and treatment of sleep disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 1996; 37(8): 907-925.
 37. Moturi S, Avis K. Assessment and treatment of common pediatric sleep disorders. *Psychiatry (Edgmont)* 2010; 7(6): 24-37.
 38. Bruni O, Ottaviano S, Guidetti V, Romoli M, Innocenzi M, Cortesi F, et al. The Sleep Disturbance Scale for Children (SDSC). Construction and validation of an instrument to evaluate sleep disturbances in childhood and adolescence. *J Sleep Res* 1996; 5(4): 251-261.
 39. Potasz C, Juliano ML, Varela MJ, Ferraz PG, Carvalho LB, Prado LF, et al. Article Prevalence of sleep disorders in

- children of a public hospital in São Paulo. *Arq Neuropsiquiatr* 2010; 68(2): 235-241.
40. Fricke-Oerkermann L, Plück J, Schredl M, Heinz K, Mitschke A, Wiater A, et al. Prevalence and course of sleep problems in childhood. *SLEEP* 2007; 30(10):1371-1377.
 41. Van Litsenburg RR, Waumans RC, van den Berg G, Gemke RJ. Sleep habits and sleep disturbances in Dutch children: a population-based study. *Eur J Pediatr* 2010; 169(8): 1009-1015.
 42. Pagel JF, Forister N, Kwiatkowski C. Adolescent sleep disturbance and school performance: the confounding variable of socioeconomics. *J Clin Sleep Med* 2007; 3(1):19-23.
 43. Liu X, Liu L, Owens JA, Kaplan DL. Sleep patterns and sleep problems among schoolchildren in the United States and China. *Pediatrics* 2005; 115(1 suppl):241-249.
 44. Meltzer LJ, Johnson C, Crosette J, Ramos M, Mindell JA. Prevalence of diagnosed sleep disorders in pediatric primary care practices. *Pediatrics* 2010; 125(6): 1410-1418.
 45. Warren SL, Howe G, Simmens SJ, Dahl RE. Maternal depressive symptoms and child sleep: models of mutual influence over time. *Dev Psychopathol* 2006; 18(1):1-16.
 46. Shang C, Gau S, Soong W. Association between childhood sleep problems and perinatal factors, parental mental distress and behavioral problems. *Journal of Sleep Research* 2006; 15(1): 63-73.
 47. Teti DM, Crosby B. Maternal Depressive Symptoms, Dysfunctional Cognitions, and Infant Night Waking: The Role of Maternal Nighttime Behavior. *Child Dev* 2012; 83(3): 939-953.
 48. Sadeh A, Gruber R, Raviv A. The effects of sleep restriction and extension on school-age children: What a difference an hour makes. *Child Dev* 2003; 74(2): 444-455.
 49. Gregory AM, Rijsdijk FV, Dahl RE, McGuffin P, Eley TC. Associations between sleep problems, anxiety, and depression in twins at 8 years of age. *Pediatrics* 2006; 118(3): 1124-1132.
 50. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement* 1970; 30: 607-610.
 51. Camara WJ, Nathan JS, Puente, AE. Psychological tests usage: Implications in professional psychology. *Professional Psychology: Research and Practice* 2000; 31(2): 141-154.
 52. Sharp LK, Lipsky MS. Screening for Depression across the lifespan: A review of measures for use in primary care settings. *Am. Fam. Physician* 2002; 66(6): 1001-1008.
 53. Storch EA, Roberti JW, Roth DA. Factor structure, concurrent validity, and internal consistency of the Beck Depression Inventory-Second Edition in a sample of college students. *Depress Anxiety* 2004; 19(3): 187-189.
 54. Steer RA, Ball R, Ranieri WF, Beck AT. Dimensions of the Beck Depression Inventory-II in Clinically Depressed Outpatients. *J Clin Psychol* 1999; 55(1) 117-128.
 55. Storch EA, Roberti JW, Roth DA. Factor structure, concurrent validity, and internal consistency of the Beck Depression Inventory-Second Edition in a sample of college students. *Depress Anxiety* 2004; 19(3): 187-189.
 56. MichaeliManee F. Structural relations of psychological well-being with perceived

-
- emotional intelligence, depression and negative thought control abilities in mothers having children with intellectual disabilities. *Research on Exceptional Children*, 2009, 9(2): 103-120 (Persian).
57. Wang Y-P, Gorenstein G. Assessment of depression in medical patients: A systematic review of the utility of the Beck Depression Inventory-II. *Clinics (Sao Paulo)* 2013; 68(9): 1274-1287.
58. Wiebe JS, Penley JA. A psychometric comparison of the Beck Depression Inventory-II in English and Spanish. *Psychol Assess* 2005; 17(4): 481-485.
59. Huang MM, Qian Z, Wang J, Vaughn MG, Lee YL, Dong GH. Validation of the Sleep Disturbance Scale for Children and prevalence of parent-reported sleep disorder symptoms in Chinese children. *Sleep Med* 2014; 15(8): 923-928.
60. Saffari M, Gholamrezaie A, Saneian H, Attari A, Bruni O. Linguistic validation of the Sleep Disturbance Scale for Children (SDSC) in Iranian children with Persian language. *Sleep Med* 2014; 15(8): 998-1001.
61. Ferreira VR, Carvalho LB, Ruotolo F, de Moraes JF, Prado LB, Prado GF. Sleep disturbance scale for children: translation, cultural adaptation, and validation. *Sleep Med* 2009; 10(4): 457-446.
62. El-Sheikh M, Kelly RJ, Bagley EJ, Wetter EK. Parental depressive symptoms and children's sleep: the role of family conflict. *J Child Psychol Psychiatry* 2012; 53(7): 806-814.
63. Keller PS, Kouros CD, Erath SA, Dahl RE, El-Sheikh M. Longitudinal relations between maternal depressive symptoms and child sleep problems: the role of parasympathetic nervous system reactivity. *J Child Psychol Psychiatry* 2014; 55(2): 172-179.
64. Armitage R, Flynn H, Hoffmann R, Vazquez D, Lopez J, Marcus S. Early developmental changes in sleep in infants: The impact of maternal depression. *Sleep* 2009; 32(5): 693-696.
65. Field T. Maternal depression effects on infants and early interventions. *Preventive Medicine* 1998; 27(2): 200-203.
66. Keller PS, Kouros CD, Erath SA, Dahl RE, El-Sheikh M. Longitudinal relations between maternal depressive symptoms and child sleep problems: the role of parasympathetic nervous system reactivity. *J Child Psychol Psychiatry* 2014; 55(2): 172-179.
67. Johnson N, McMahon C. Preschoolers' sleep behaviour: associations with parental hardness, sleep-related cognitions and bedtime interactions. *J Child Psychol Psychiatry* 2008; 49(7): 765-773.
68. Atkinson LR, Paglia A, Coolbear J, Niccols A, Parker KCH, Guger S. Attachment security: A meta-analysis of maternal mental health correlates. *Clinical Psychology Review* 2000; 20(8): 1019-1040.
69. vanIJzendoorn MH, Schuengel C, Bakersman-Kranenburg MJ. Disorganized attachment in early childhood: Meta-analyses of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology* 1999; 11: 225-249.
70. Kobak R, Mendelbaum T. Caring for the caregiver: An attachment approach to assessment and treatment of insecure family attachments. In: Johnson SM, Whiffen VE, (eds). *Attachment: A guide for couple and family interventions*. New York: Guilford Press; 2003. p. 144-164.
71. Francazio SK, Fahrenkamp AJ, D'Auria AL, Sato AF, Flessner CA. Parent psychopathology as a mediator of the relationship between

- anxiety and sleep problems in children. *Fam Syst Health* 2015; 33(2): 146-154.
72. Rishel CW. Pathways to Prevention for Children of Depressed Mothers: A Review of the Literature and Recommendations for Practice. *Depression Research and Treatment* 2011; 2012: 1-11.
73. Chung EK, McCollum KF, Elo IT, Lee HJ, Culhane JF. Maternal depressive symptoms and infant health practices among low-income women. *Pediatrics* 2004; 113(6): 523-529.
74. Van Parys H, Smith JA, Rober P. Growing Up with a Mother with Depression: An Interpretative Phenomenological Analysis. *The Qualitative Report* 2014; 19(29): 1-18.
75. Pearson RM, Evans J, Kounali D, Lewis G, Heron J, Ramchandani PG, et al. Maternal depression during pregnancy and the postnatal period: risks and possible mechanisms for offspring depression at age 18 years. *JAMA Psychiatry* 2013; 70(12): 1312-1319.
76. Whiffen VE, Kerr MA, Kallos-Lilly V. Maternal depression, adult attachment, and children's emotional distress. *Fam Process* 2005; 44(1): 93-103.
77. Diamond G, Josephson A. Family-based treatment research: A 10-year update. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44(9): 872-887.
78. Karraker KH, Young M. Night waking in 6-month-old infants: Relations with maternal depressive symptoms and family characteristics. *J Appl Dev Psychol* 2007; 28(5-6): 493-498.
79. Lam P, Hiscock H, Wake M. Outcomes of infant sleep problems: a longitudinal study of sleep, behavior, and maternal well-being. *Pediatrics* 2003; 111(3): 203-207.
80. Witt WP, Keller A, Gottlieb C, Litzelman K, Hampton J, Maguire J, et al. Access to Adequate Outpatient Depression Care for Mothers in the USA: A Nationally Representative Population-Based Study. *J Behav Health Serv Res* 2011; 38(2): 191-204.
81. Santiago CD, Kaltman S, Miranda J. Poverty and Mental Health: How Do Low-Income Adults and Children Fare in Psychotherapy? *J Clin Psychol* 2013; 69(2): 115-126.