

بررسی ارتباط اختلالات خواب در ماه آخر بارداری با طول مدت لیبر و نوع زایمان در زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان طالقانی آبادان در سال ۱۳۹۶

زینب رئیسی فر^{۱،۲}، سالار کمانگر^۱، نورالله طاهری^۳، شهرام براز^۴، سید ضیاءالدین موسوی^۱، پوریا دارابیان^۵، پروین قزلباش^۶، افسانه رئیسی فر^{۷*}

۱. کارشناس پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشکده علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران.
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۳. استادیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشکده علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران.
۴. استادیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۵. دانشجوی کارشناسی اتاق عمل، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۶. کارشناس پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۷. استادیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۰/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۱/۰۷

خلاصه

مقدمه: اختلال در خواب علاوه بر داشتن عواقب فیزیکی و روانی برای زنان باردار، ممکن است بر روی طول مدت لیبر و نوع زایمان آنها تأثیر گذار باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط اختلالات خواب در ماه آخر بارداری با طول مدت لیبر و نوع زایمان انجام گرفت.

روش کار: این مطالعه توصیفی در سال ۱۳۹۶ بر روی ۱۴۷ نفر از زنان باردار مراجعه کننده به زایشگاه بیمارستان آیت الله طالقانی آبادان انجام شد. ابزار گردآوری داده ها متشکل از دو بخش اطلاعات جمعیت شناختی و بارداری مادر و پرسشنامه استاندارد کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQI) بود. متغیرهای مورد مطالعه شامل: طول لیبر، نوع زایمان و کیفیت خواب بود. داده ها طی ۳ ماه گردآوری شدند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) و آزمون های کای دو، تی مستقل و آنالیز واریانس دوطرفه انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: میانگین نمره کیفیت خواب زنان باردار $8/86 \pm 4/2$ و میانگین طول مدت لیبر $3/53 \pm 2/1$ ساعت بود. ۴۷ نفر (۶۴/۵٪) از زنانی که سزارین شدند، دارای اختلال خواب بودند، این در حالی است که اختلال خواب در زنان با زایمان طبیعی تنها در ۲۶ نفر (۳۵/۵٪) مشاهده شد. همچنین ۷۴ نفر (۵۰/۳٪) زایمان طبیعی و ۷۳ نفر (۴۹/۷٪) زایمان سزارین داشتند. میانگین طول مدت لیبر در زنانی که اختلال خواب داشتند، به طور معنی داری بیشتر از افراد بدون اختلال خواب بود ($p=0/04$). همچنین میزان زایمان طبیعی نیز به طور معنی داری در زنان بدون اختلال خواب بیشتر بود ($p<0/0001$).

نتیجه گیری: بین شیوع اختلالات خواب در دوران بارداری و افزایش طول مدت لیبر ارتباط آماری معنی داری وجود دارد و شیوع سزارین در زنان دارای اختلالات خواب بیشتر است.

کلمات کلیدی: اختلال خواب، بارداری، زایمان، لیبر

* نویسنده مسئول مکاتبات: افسانه رئیسی فر؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران. پست الکترونیک: a.raiesifar@gmail.com

مقدمه

خواب یک وضعیت مهم و یک ریتم تکرارشونده فیزیولوژیک، فقدان هوشیاری و عدم فعالیت عضلات ارادی است (۱). نیاز به خواب ممکن است از نظر سن و جنس متفاوت باشد که به توصیه بنیاد ملی خواب، نیاز بزرگسالان به خواب بین ۷-۸ ساعت است (۲). خواب و بیداری توسط دو مکانیسم عصبی عمده اداره می‌شوند که شامل فرآیند هوموستاتیک خواب (که از عملکرد زمان بیداری به وجود می‌آید و هنگام خواب از بین می‌رود) و ریتم سیرکادین روزانه است (۳). نتایج تحقیقات انجام شده نشان می‌دهد که خواب نه تنها با عوامل فردی، بلکه با محیط اجتماعی و عوامل فیزیکی نیز ارتباط دارد. از طرفی خواب ناکافی با اختلالات جسمی و روانی که شامل مشکلات قلبی - عروقی، متابولیسم و خلقی است، در ارتباط است (۴، ۵). هورمون‌های جنسی و گنادوتروپین می‌توانند بر کیفیت خواب و خطر اختلالات خواب مانند بی‌خوابی تأثیرگذار باشند. بنابراین توانایی یک زن در خواب به‌خصوص در دوران بارداری و پس از زایمان، تحت تأثیر تغییرات هورمونی و فیزیولوژیک قرار می‌گیرد (۶).

بارداری یک زمان خاص در زندگی است که با تغییرات قابل توجهی در الگوهای خواب همراه است و می‌تواند منجر به بروز اختلالات خواب مانند بی‌خوابی، بیداری شبانه، سندرم پاهای بی‌قرار، خروپف و آپنه انسدادی توأم با اضطراب شدید در طول روز همراه شود (۲، ۷-۹). انجمن روانپزشکی آمریکا در سال ۲۰۱۳، ۱۰ اختلال خواب را به شرح اختلال بی‌خوابی، اختلال خواب‌زدگی، حمله خواب، اختلالات مرتبط با تنفس، اختلالات چرخه شبانه‌روزی خواب بیداری، اختلالات انگیختگی خواب بدون حرکت سریع چشم، اختلال کابوس، اختلال رفتار خواب با حرکت سریع چشم، نشانگان پاهای بیقرار و اختلال خواب ناشی از دارو و مواد معرفی کرده است (۱۰). اختلال خواب در دوران بارداری از زمان بقراط مورد توجه بوده است (۱۱). این اختلال در بارداری بسیار شایع است، با این حال تا به امروز مطالعاتی که در این زمینه صورت گرفته است، تنها ماه آخر بارداری را ارزیابی نموده‌اند (۱۲). در مطالعه هاتچیسون و همکاران

(۲۰۱۲) که بر روی ۶۵۰ زن باردار در سه ماهه سوم بارداری انجام شد، در مقایسه الگوی خواب فعلی با الگوی قبل از بارداری، مشخص گردید که کیفیت خواب زنان کاهش پیدا کرده است (۱۳). خواب آلودگی شدید و کیفیت خواب ضعیف، شکایت شایع در میان زنان در سه ماه سوم بارداری است. بسیاری از زنان سوزش سردل، تکرر ادرار و کمردرد را به‌عنوان مشکل اصلی خوابیدن و بیداری مکرر در طول خواب بیان می‌کنند (۲).

محرومیت از خواب و اختلالات خواب در دوران بارداری ممکن است خطر بروز پیامدهای بارداری مانند پره‌اکلامپسی، دیابت بارداری، زایمان زودرس و افسردگی پس از زایمان را افزایش دهد (۲، ۱۴). همچنین اختلال در خواب در دوران بارداری بر طول لیبر و نوع زایمان نیز تأثیرات بسزایی دارد. نتایج مطالعه کینیس و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد که به ازای هر دقیقه که طول خواب کاهش پیدا کند، حدوداً ۱۲ دقیقه بر طول مدت لیبر در زایمان افزوده می‌شود (۱۵). همچنین در مطالعه علیپور و همکاران (۲۰۱۲) که بر روی زنان باردار نخست‌زا انجام شده بود، شانس سزارین در گروهی که دارای کیفیت خواب نامطلوب بود، ۱/۴ برابر گروهی بود که از خواب مطلوبی برخوردار بودند، هرچند که کیفیت خواب نامطلوب تأثیر معناداری در افزایش شیوع سزارین نداشت (۱۶).

با توجه به نبودن مطالعات تحقیقاتی کافی در زمینه اختلالات خواب دوران بارداری به‌خصوص در کشور ایران و تأثیر آن بر روی پیامد زایمان و با توجه به شیوع بالای اختلالات خواب در اواخر بارداری و تأثیرات احتمالی اختلالات خواب بر روی روند لیبر و افزایش میزان زایمان سزارین، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط اختلالات خواب در ماه آخر بارداری با طول مدت لیبر و نوع زایمان در زنان باردار انجام شد.

روش کار

این مطالعه توصیفی در سال ۱۳۹۶ بر روی زنان باردار مراجعه‌کننده به زایشگاه بیمارستان آیت‌الله طالقانی آبادان انجام شد. حجم نمونه مورد نظر در این مطالعه بر اساس فرمول تعیین حجم نمونه و با توجه به حجم جامعه ۳۰۰ نفر و سطح خطا ۰/۰۵، بر اساس نظر مشاور

به ترتیب حیطة‌ها مورد بحث قرار می‌گیرند. نمره هر جزء از صفر (بدون مشکل) تا ۳ (مشکل شدید) است. نمرات برای به دست آوردن یک نمره کلی جمع می‌شوند. نمره ۵ یا بیشتر از ۵، نشان‌دهنده اختلال کیفیت خواب قابل ملاحظه است و نمره کمتر از ۵ نشان‌دهنده خواب بدون اختلال است (۱۷). روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعات متعدد تأیید شده است. برگردان فارسی این پرسشنامه توسط فرهی مقدم در جامعه ایرانیان مورد بررسی قرار گرفته که با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ تأیید شده است (۱۸، ۱۹). روایی و پایایی آن در این مطالعه از طریق انسجام درونی محاسبه شد و آلفا کرونباخ (۰/۸۳) به دست آمد.

پس از کسب تأیید کمیته اخلاق دانشکده علوم پزشکی آبادان، پژوهشگر به بیمارستان آیت‌الله طالقانی آبادان مراجعه و با معرفی خود نسبت به اخذ رضایت آگاهانه اقدام نمود. پژوهشگر با مراجعه به بخش زایشگاه و بخش جراحی زنان در روز بعد از زایمان با استفاده از پرسشنامه سنجش خواب، اطلاعات مربوط به خواب زنان باردار را در ۳ ماه گذشته جمع‌آوری و برای بررسی نوع زایمان و طول مدت زمان لیبر (طول مدت لیبر از شروع فاز فعال زایمانی یعنی از میزان دیلاتاسیون ۴ سانتی‌متر در نظر گرفته شد)، پرونده زنان باردار را مورد مطالعه قرار داد، ولی پرسشنامه‌ها توسط خود زنان باردار تکمیل شدند. معاینه واژینال توسط یکی از پرسنل مامایی با تجربه شاغل در مرکز انجام شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) و آزمون‌های کای دو، تی مستقل و آنالیز واریانس دوطرفه انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی زنان مورد مطالعه $26/1 \pm 6/6$ سال، میانگین طول مدت لیبر $3/53 \pm 2/1$ ساعت و میانگین تعداد زایمان در این افراد $1/86 \pm 1$ بار بود. بیشتر نوزادان متولد شده یعنی ۷۹ نفر (۵۳/۷٪) پسر بودند. همچنین ۷۴ نفر (۵۰/۳٪) از افراد زایمان طبیعی داشته و ۱۴۰ نفر (۹۵/۲٪) این زنان خانه‌دار بودند. میانگین نمرات

آمار، ۱۶۸ نفر به دست آمد که از این تعداد ۲۱ نفر به دلیل عدم تکمیل پرسشنامه‌ها از مطالعه خارج شدند و در نهایت ۱۴۷ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت غیرتصادفی و مستمر بود و تا زمانی ادامه پیدا کرد که تعداد نمونه‌های مورد نظر به دست آمد و در مجموع به مدت سه ماه طول کشید.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن حاملگی ۳۷-۳۹ هفته، سابقه خواندن و نوشتن، عدم سابقه نازایی، نداشتن مشکلاتی چون هیدروآمینوس، پره‌اکلامپسی، دیابت در بارداری فعلی، عدم اعتیاد به مواد آرام‌بخش و روان‌گردان بود. همچنین افراد مراجعه کننده جهت سزارین الکتیو نیز وارد مطالعه نشدند. در این مطالعه معیارهای خروج از مطالعه شامل افراد شاغل که دارای شیفت کاری شب بودند (به دلیل تأثیر گذاشتن بر اختلالات خواب)، نمایش غیرطبیعی جنین (بریچ، نمایش عرضی) و پارگی زودرس پرده‌های جنین که منجر به زایمان سزارین می‌شد، بود.

ابزار مورد استفاده در این مطالعه شامل ۲ بخش بود. بخش اول اطلاعات جمعیت‌شناختی و بارداری مادر که حاوی اطلاعاتی در زمینه سن، تعداد زایمان، نوع زایمان، مدت زمان لیبر، جنسیت نوزاد متولد شده، سن بارداری، وضعیت اشتغال و بخش دوم پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQI)^۱ بود. پرسشنامه پیتزبورگ به عنوان ایندکس کیفیت خواب است که شامل ۱۹ سؤال خودگزارشی و ۵ سؤال که توسط هم‌اتاقی یا هم‌بستری کنار بیمار گزارش می‌شود، می‌باشد (در این پژوهش فقط نمره خودگزارشی در نمره‌بندی مورد محاسبه قرار می‌گیرد). از این ۱۹ سؤال، ۱۵ سؤال چند گزینه‌ای هستند که در مورد تکرر مشکلات خواب و کیفیت ذهنی خواب بحث می‌کنند و ۴ آیتم در مورد مدت زمان ماندن در رختخواب، زمان بیداری، طول دوره کمون خواب و طول خواب بحث می‌کنند. پرسشنامه شامل ۷ حیطة (کیفیت ذهنی خواب، طول دوره کمون خواب، کفایت خواب، طول مدت خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور، اختلالات خواب و عملکرد غیرطبیعی روزانه) است که

¹ Pittsburgh Sleep Quality Index

کسب شده اختلال خواب در زیر مقیاس‌های مختلف در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱- میانگین نمره کسب شده در زنان باردار در زیرمقیاس‌های کیفیت خواب

زیرمقیاس‌ها	میانگین \pm انحراف معیار	بالاترین نمره اختصاص یافته
کیفیت ذهنی خواب	۱/۳۸ \pm ۰/۹۶	۳
تأخیر در به خواب رفتن	۱/۵۵ \pm ۰/۹۰	۲
طول مدت خواب	۱/۴۱ \pm ۰/۲۲	۳
خواب مفید	۱/۲۸ \pm ۰/۱۴	۳
اختلالات خواب	۱/۸۱ \pm ۰/۴۵	۳
مصرف دارو	۰/۱۳۶ \pm ۰/۵۵	۲
اختلال عملکرد روزانه	۰/۹۵ \pm ۰/۹	۳
کیفیت کلی خواب	۸/۸۶ \pm ۴/۲	۱۵

همچنین بر اساس نتایج آزمون تی مستقل، میانگین طول مدت زمان لیپر در زنان فاقد اختلال خواب $۳/۰۱ \pm ۱/۹$ ساعت و در زنان دارای اختلال خواب $۳/۷ \pm ۲/۳$ ساعت بود که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود ($P=۰/۰۴$). بر اساس نتایج ضریب همبستگی پیرسون، کیفیت خواب زنان باردار با تعداد زایمان نیز ارتباط معکوس و معنی‌داری داشت

($r=-۰/۱۷$, $p=۰/۰۳$)؛ بدین ترتیب که هرچه تعداد زایمان بیشتر باشد، کیفیت خواب بیشتر است. علاوه بر این بر اساس نتایج، کیفیت خواب زنان باردار با افزایش سن ($r=-۰/۱$, $p=۰/۱۸$) و وضعیت اشتغال ارتباط معنی داری نداشت ($p=۰/۵۵$). فراوانی کیفیت خواب افراد در دو گروه زایمان طبیعی و سزارین در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲- بررسی وضعیت کیفیت خواب زنان باردار در دو گروه زایمان طبیعی و سزارین

گروه	نوع زایمان	
	طبیعی	سزارین
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
بدون اختلال کیفیت خواب	۳۵ (۹۴/۶)	۲ (۵/۴)
دارای اختلال کیفیت خواب	۳۹ (۳۵/۵)	۷۱ (۶۴/۵)
نتیجه آزمون کای دو	$p<۰/۰۰۰۱$	$p<۰/۰۰۰۱$

جدول ۲- بررسی وضعیت کیفیت خواب زنان باردار در دو گروه زایمان طبیعی و سزارین

گروه	نوع زایمان	
	طبیعی	سزارین
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
بدون اختلال کیفیت خواب	۳۵ (۹۴/۶)	۲ (۵/۴)
دارای اختلال کیفیت خواب	۳۹ (۳۵/۵)	۷۱ (۶۴/۵)
نتیجه آزمون کای دو	$p<۰/۰۰۰۱$	$p<۰/۰۰۰۱$

ابراهیم و همکاران (۲۰۱۲) و ملک‌زادگان و همکاران (۲۰۱۰) بیان کردند که میانگین نمره کیفیت خواب زنان باردار در محدوده خواب ضعیف (poor sleep) است که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۲۲-۲۴). این در حالی است که در مطالعه بنداد و همکاران (۲۰۰۵) زنان باردار در ماه آخر بارداری کیفیت خواب خوبی داشتند که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نداشت (۲۵). در مطالعه حاضر اکثر افراد بیان کردند که کیفیت خواب مناسب نداشته‌اند. در مطالعه فاکو و همکاران (۲۰۱۰) نیز حدود ۴۰٪ از زنان باردار کیفیت خواب نامناسب داشتند (۲۰). در خصوص این تناقضات در مطالعات انجام شده می‌توان گفت که نوع و منطقه زندگی افراد،

بحث

در مطالعه حاضر میانگین نمره کلی کیفیت خواب افراد بالاتر از ۵ بود که این نتیجه بیانگر این مطلب است که این افراد در ماه آخر بارداری خود دچار اختلالات متوسط تا شدید در ابعاد مختلف خواب بوده‌اند. در تأیید این نتیجه، در مطالعه شجاعی و همکاران (۲۰۱۷) و فاکو و همکاران (۲۰۱۰) نیز زنان باردار در ماه‌های آخر بارداری خود دچار اختلالاتی در خواب شبانه خود بودند و خواب آنها کیفیت مناسبی نداشت (۲۰، ۲۱). همچنین اکنون و همکاران (۲۰۰۷) که از پرسشنامه‌ای مشابه پرسشنامه مطالعه حاضر استفاده کرده بودند و نیز

مطالعه حاضر تا حدود زیادی همخوانی داشت (۳۰)، اما مطالعه ایوانس و همکاران (۱۹۹۵) نشان داد که بین کیفیت خواب در ماه آخر بارداری و طول مدت لیبر ارتباط معنی‌داری وجود ندارد که با نتایج مطالعه حاضر مغایرت داشت (۳۱). به نظر می‌رسد که اختلال در خواب می‌تواند بر میزان هورمون‌های بدن که در حالت عادی در خواب تنظیم می‌شوند، تأثیر بگذارد و باعث ایجاد مشکلات روانی و رفتاری شخص شود. مطالعه ایوانس و همکاران (۱۹۹۵) نشان داد که تغییرات ایجاد شده در کیفیت خواب زنان باردار در آخرین سه ماهه بارداری موجب اضطراب، افسردگی و کاهش کنترل احساسات می‌شود که به‌طور اساسی بر روی نتیجه و عواقب لیبر مؤثر است (۳۱).

همچنین در مطالعه حاضر در بررسی ارتباط بین وضعیت زایمان زنان باردار و کیفیت خواب آنان در ماه آخر بارداری، میانگین نمره کیفیت خواب زنانی که زایمان طبیعی داشتند پایین‌تر از میانگین نمره کیفیت خواب زنان با زایمان سزارین بود که نشان‌دهنده مطلوب‌تر بودن کیفیت خواب در ماه آخر بارداری در زنان با زایمان طبیعی بود. همچنین در مطالعه حاضر اکثر افرادی که در گروه بدون اختلال خواب قرار گرفتند، زایمان طبیعی داشتند، در حالی که بیشتر افرادی که در گروه دارای اختلال خواب بودند، به‌صورت سزارین زایمان کردند. در این رابطه در مطالعه ناچی و همکاران (۲۰۱۱) شیوع سزارین در گروه دارای اختلال خواب بیشتر از گروه بدون اختلال بود که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۲۹). در مطالعه علیپور و همکاران (۲۰۱۲) نیز شیوع سزارین در گروه دارای اختلال خواب بیشتر بود، اما اختلاف آنها با گروه بدون اختلال معنی‌دار نبود که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نداشت (۱۶). در این خصوص می‌توان گفت اختلال خواب بر میزان ترشح هورمون‌ها در ماه آخر بارداری تأثیر می‌گذارد و ترشح کاتکول‌آمین‌ها و کورتیزول را افزایش می‌دهد و در نتیجه باعث کاهش قدرت انقباضات رحمی و کاهش انقباضات هماهنگ می‌شود (۳۲)، از طرفی با توجه به نیاز زنان باردار به خواب کافی برای بهبود تغذیه جنین و انرژی مورد نیاز برای تحمل درد زایمان طبیعی، محرومیت از

همچنین شرایط آب‌وهوایی، شرایط زندگی و روحی متفاوت افراد می‌تواند سبب ایجاد اختلال در خواب یا بالعکس بهبود کیفیت خواب شود که در این مطالعه باعث کاهش کیفیت خواب افراد شده بود. مطالعه دچرنی (۲۰۰۱) و دیگر مطالعات نیز نشان داد که در دوران بارداری مدت خواب، دفعات بیدار شدن و مرحله صفر خواب افزایش می‌یابد، اما مرحله REM کاهش می‌یابد (۲۸-۲۶).

در مطالعه حاضر در بررسی زیرمقیاس‌های کیفیت خواب زنان باردار، اکثر زنان اختلال حین خواب داشتند که این اختلالات شامل: دیدن کابوس، خروپف، بیدار شدن نصف شب یا صبح زود، احساس گرما یا سرما شدید و ... بود. همچنین در بررسی زیرمقیاس مربوط به خواب مفید این افراد، نتایج نشان داد که بیش از نیمی از افراد در این زیرمقیاس نیز مشکل داشتند؛ در واقع مدت زمانی که افراد خواب واقعی داشتند نسبت به مدت زمانی که در رختخواب بودند، کمتر بود. این افراد پس از اینکه وارد رختخواب می‌شدند، نسبت به افراد عادی، مدت زمان بیشتری را بیدار بودند تا خوابشان بگیرد و طول مدت خواب مفید پایین بود. همچنین در زیرمقیاس مصرف داروهای خواب‌آور، کمترین میانگین و فراوانی را داشت که بیانگر این است که زنان باردار از داروهای خواب‌آور استفاده نمی‌کردند، البته با توجه به تأثیر منفی داروها بر رشد و تکامل جنین، طبیعی به نظر می‌رسد که مادران باردار کمتر دارو استفاده کنند.

همچنین در این مطالعه مدت زمان لیبر در زنانی که اختلال خواب نداشتند، کمتر از افرادی بود که اختلال خواب داشتند. در واقع اختلال خوابی که در ماه آخر بارداری برای زنان باردار به‌وجود می‌آید، باعث شده است طول مدت لیبر در این افراد بالاتر رود. همسو با این نتایج، در مطالعه ناچی و همکاران (۲۰۱۱) نیز زنانی که اختلالات شدید خواب داشتند، مدت لیبر بیشتری نیز داشتند (۲۹). همچنین در مطالعه امیر و همکاران (۲۰۰۷) میانگین طول مدت مراحل زایمان در افرادی که اختلال خواب نداشتند، کمتر از افراد با اختلال خواب بود و این اختلاف در دو مرحله اول زایمان معنی‌دار بود، اما در مرحله سوم زایمان معنی‌دار نبود که با نتایج

در این مطالعه هیچ‌گونه محدودیتی وجود نداشت. در پایان یافته‌های این مطالعه بیانگر این بود که کیفیت خواب زنان در ماه آخر بارداری پایین است که این امر به نوبه خود سبب افزایش طول مدت لیبر شده و همچنین نوع زایمان زنان را به سمت سزارین هدایت می‌کند.

نتیجه‌گیری

زنان در ماه آخر بارداری خود از کیفیت خواب پایین رنج می‌برند و این اختلالات خواب در زنان باردار می‌تواند بر طول مدت لیبر زنان تأثیر گذاشته و آن را افزایش دهد. همچنین این اختلالات بر نوع زایمان تأثیر می‌گذارد؛ به گونه‌ای که با اصلاح اختلالات خواب حین بارداری می‌توان زایمان را به‌سوی زایمان طبیعی سوق داد. با توجه به کیفیت خواب پایین زنان و اهمیت آن در طول لیبر و نوع زایمان، مشاوره جهت رعایت بهداشت خواب در دوران بارداری ضروری به‌نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی با کد اخلاق 90S43 مصوب دانشگاه علوم پزشکی آبادان در سال ۱۳۹۶ می‌باشد که با حمایت مالی معاونت پژوهشی انجام شد. بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی و کارکنان محترم بخش زایشگاه بیمارستان طالقانی آبادان که همکاری صمیمانه داشتند؛ تشکر و قدردانی می‌گردد.

خواب سبب کاهش توانایی انجام زایمان طبیعی می‌شود و همین امر می‌تواند عاملی برای سوق دادن افراد به‌سوی زایمان به‌صورت سزارین باشد (۲، ۲۹).

در مطالعه حاضر در بررسی ارتباط کیفیت خواب زنان باردار و متغیرهای جمعیت‌شناختی، هرچه تعداد زایمان‌های گذشته مادران بیشتر بود، کیفیت خواب افراد بهتر بود؛ در واقع کیفیت خواب در زنان نخست‌زا پایین‌تر از افرادی بود که زایمان‌های بیشتری داشتند که با نتایج مطالعه لی و همکاران (۲۰۰۰) همخوانی داشت (۳۳)، درحالی که مطالعه نظرپور (۲۰۰۷) نشان داد که کیفیت خواب با نخست‌زا بودن یا نبودن زنان ارتباطی ندارد (۳۴). این امر احتمالاً ناشی از تجربیات زنان با تعداد زایمان بیشتر است که با شیوه‌های مقابله با اختلالات خواب و مشکلات حاملگی آشنایی بیشتری نسبت به زنان نخست‌زا داشته و سازگاری بدنی آنها با بیشتر شده است.

در مطالعه حاضر بین سن و وضعیت اشتغال زنان باردار با مؤلفه کیفیت خواب ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. هرچند که با افزایش سن کیفیت خواب بهتر شده بود، اما این ارتباط معنی‌دار نبود که با نتایج مطالعه امیر و همکاران (۲۰۰۷) و راد و همکاران (۲۰۱۱) همخوانی داشت (۳۵، ۳۰)، اما در مطالعه فاکو و همکاران (۲۰۱۰) کیفیت خواب در زنان مسن و شاغل پایین‌تر از زنان جوان‌تر و افراد بیکار بود (۲۱).

منابع

1. Ghaneian MA, Kazemi-Zahrani H. Prevalence of sleep disturbance and neuropsychological learning disabilities in preschool children in Isfahan City. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2016; 24(6):501-12. (Persian).
2. Gunduz S, Kosger H, Aldemir S, Akcal B, Tevrizci H, Hizli D, et al. Sleep deprivation in the last trimester of pregnancy and inadequate vitamin D: is there a relationship? J Chin Med Assoc 2016; 79(1):34-8.
3. Abbott SM, Attarian H, Zee PC. Sleep disorders in perinatal women. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2014; 28(1):159-68.
4. Buxton OM, Marcelli E. Short and long sleep are positively associated with obesity, diabetes, hypertension, and cardiovascular disease among adults in the United States. Soc Sci Med 2010; 71(5):1027-36.
5. Chen X, Wang R, Zee P, Lutsey PL, Javaheri S, Alcántara C, et al. Racial/ethnic differences in sleep disturbances: the multi-ethnic study of atherosclerosis (MESA). Sleep 2015; 38(6):877-88.
6. Smaldone A, Honig JC, Byrne MW. Sleepless in America: inadequate sleep and relationships to health and well-being of our nation's children. Pediatrics 2007; 119(Suppl 1):S29-37.
7. Gupta R, Dhyani M, Kendzerska T, Pandi-Perumal SR, BaHammam AS, Srivanitchapoom P, et al. Restless legs syndrome and pregnancy: prevalence, possible pathophysiological mechanisms and treatment. Acta Neurol Scand 2016; 133(5):320-9.
8. Meharaban Z, Yahya S, Sadegniat K. Restless legs syndrome during pregnancy and preterm birth in women referred to health centers of Ardabil. Iran Red Crescent Med J 2015; 17:e24438.

9. Kocsis I, Szilágyi T, Turos J, Bakó A, Frigy A. Effect of a gymnastics program on sleep characteristics in pregnant women. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2017; 56(2):204-9.
10. America Psychiatric Association. *Help the diagnostic and statistical of mental disorders*. 5th ed. Trans: Mohammadi J. Tehran: Tehran Press Mental Publication; 2013. (Persian).
11. American Academy of Sleep Medicine. *International classification of sleep disorders, revised: diagnostic and coding manual*. Chicago, Illinois: American Academy of Sleep Medicine; 2001.
12. Mindell JA, Cook RA, Nikolovski J. Sleep patterns and sleep disturbances across pregnancy. *Sleep Med* 2015; 16(4):483-8.
13. Hutchison BL, Stone PR, McCowan LM, Stewart AW, Thompson JM, Mitchell EA. A postal survey of maternal sleep in late pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012; 12:144.
14. 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.
15. Kipnis GJ, Lee K. Late pregnancy sleep: does altitude effect length of labor and cesarean rates? *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2015; 44(S1):S69-70.
16. Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E. Fear of childbirth, trait anxiety and quality sleep in pregnancy and birth outcomes in nulliparous woman. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2012; 15(28):21-30. (Persian).
17. Miladinia M, Baraz S, Shariati A, Malehi AS. Effects of slow-stroke back massage on symptom cluster in adult patients with acute leukemia: supportive care in cancer nursing. *Cancer Nurs* 2017; 40(1):31-8.
18. Farrahi Moghaddam J, Nakhaee N, Sheibani V, Garrusi B, Amirkafi A. Reliability and validity of the Persian version of the Pittsburgh sleep quality index (PSQI-P). *Sleep Breath* 2012; 16(1):79-82.
19. Sohn SI, Kim DH, Lee MY, Cho YW. The reliability and validity of the Korean version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Sleep Breath* 2012; 16(3):803-12.
20. Shojaeisourk S, Askarizadeh G, Mousavinasab H. The effectiveness of relaxation training on general health and sleep quality of pregnant women in the last trimester of pregnancy. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci* 2017; 24(11):887-98. (Persian).
21. Facco F, Karmer J, Ho KH, Zee PC, Grobman WA. Sleep disturbances in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2010; 115(1):77-83.
22. Okun ML, Coussons-Read ME. Sleep disruption during pregnancy: how does it influence serum cytokines? *J Reprod Immunol* 2007; 73(2):158-65.
23. Ibrahim S, Foldvary-Schaefer N. Sleep disorders in pregnancy: implications, evaluation, and treatment. *Neuro Clin* 2012; 30(3):925-36.
24. Malekzadgan A, Moradkhani M, Ashayeri H, Haghani H. Effect of relaxation on insomnia during third trimester among pregnant women. *Iran J Nurs* 2010; 23(64):52-8. (Persian).
25. Bondad R, Abedian Z, Hassanabady H, Esmaeili H. The relationship between sleep pattern and depression in pregnant women in the third trimester. *J Kermanshah Univ Med Sci* 2005; 9(2):41-51. (Persian).
26. Kerkhof GA. Epidemiology of sleep and sleep disorders in The Netherlands. *Sleep Med* 2017; 30:229-39.
27. Oyiengo D, Louis M, Hott B, Bourjeily G. Sleep disorders in pregnancy. *Clin Chest Med* 2014; 35(3):571-87.
28. DeCherney AH. *Current obstetric and gynecologic and treatment*. Trans: Alizade Soory A, Hosini Jenab V, Postindooz AM. 8th ed. Tehran: Teimoor Zadeh Publication-Tabib; 2001. (Persian).
29. Naghi I, Keypour F, Ahari SB, Tavalai SA, Khak M. Sleep disturbance in late pregnancy and type and duration of labour. *J Obstet Gynaecol* 2011; 31(6):489-91.
30. Amir AA, Boluri B, Sadegh KH, Alavi MH. Impacts of sleeping disturbances in the last month of pregnancy on the length of labor and way of delivery in women referring to the health centers of Saghez, 2006. *J Ilam Univ Med Sci* 2007; 15(3):8-14. (Persian).
31. Evans ML, Dick MJ, Clark AS. Sleep during the week before labor: relationship to labor outcomes. *Clin Nurs Res* 1995; 4(3):238-42.
32. Bonica JJ, McDonald JS. The pain of childbirth. *Manag Pain* 1990; 2:1313-43.
33. Lee KA, Zaffke ME, McEnany G. Parity and sleep patterns during and after pregnancy. *Obstetr Gynecol* 2000; 95(1):14-8.
34. Nazarpour S. Sleep disorders in pregnancy and its effect on the length of the labor and type of delivery in Firuzabadi Hospital in Tehran in 2006. *Iran J Nurs* 2007; 20(52):63-73. (Persian).
35. Rad P, Amir Ali Akbari S, Sadeghniaat K, Alavi Majd H. Relationship between sleep disorder and pregnancy depression in primigravidae referring to health-treatment centers of Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences in 2010. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci* 2011; 19(4):454-62. (Persian).