

# بررسی فراوانی اختلال خواب و عوامل فردی مرتبط با آن در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد در سال ۱۳۹۸

دکتر فاطمه زهرا کریمی<sup>۱،۲</sup>، سیده فاطمه نصرتی هادی آباد<sup>۳</sup>، دکتر محبوبه  
عبدالهی<sup>۴،۵</sup>، دکتر لیلا کریمی<sup>۶\*</sup>

۱. استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. استادیار گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران.
۵. مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران.
۶. استادیار گروه بهداشت جامعه، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، انستیتو سبک زندگی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۰/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۱/۰۹

## خلاصه

**مقدمه:** خواب از ضروریات حیات است و اختلال در آن پیامدهای نامطلوبی را به دنبال دارد. با توجه به اینکه تغییرات دوران بارداری می‌توانند منجر به بروز اختلال در خواب شوند، مطالعه حاضر با هدف بررسی اختلال خواب و برخی عوامل فردی با آن در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۸ بر روی ۲۸۵ نفر از زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر مشهد انجام شد. برای بررسی کیفیت خواب افراد، از پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس یک طرفه انجام شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** میانگین سن زنان باردار  $۲۷/۷۳ \pm ۵/۳۷$  سال و میانگین نمره کل کیفیت خواب  $۱۲/۳۷ \pm ۲/۸۰$  بود و میزان اختلال خواب در زنان باردار شرکت کننده در مطالعه ۲۸۵ نفر (۱۰۰٪) بود. بر اساس نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون، بین متغیرهای دموگرافیک و کیفیت خواب ارتباط معنی داری وجود نداشت ( $p > ۰/۰۵$ ).

**نتیجه گیری:** اختلال خواب در زنان باردار شیوع بسیار بالایی دارد، لذا در جهت بهبود کیفیت خواب زنان باردار علاوه بر مراقبت‌های معمول دوران بارداری، بایستی برنامه‌ای جهت تشخیص و علت‌یابی و درمان این اختلال تدوین و اجرا شود.

**کلمات کلیدی:** اختلالات خواب، بارداری، خواب

\* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر لیلا کریمی؛ مرکز تحقیقات علوم رفتاری، انستیتو سبک زندگی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله، تهران، ایران. تلفن: ۰۲۱-۸۷۵۵۳۴۹۲؛ پست الکترونیک: leilakarimi1487@gmail.com

## مقدمه

طول مراحل زایمانی، افزایش درک دردهای زایمانی و عدم تطابق مادر با درد و زایمان با ابزار گردد. همچنین گزارش شده است که کاهش طول مدت خواب در ماه آخر بارداری خطر زایمان سزارین را ۴/۵ برابر افزایش می‌دهد (۱۱-۱۵). نتایج مطالعه وانگل و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد که خواب ناکافی خطر سزارین اورژانسی را به میزان ۱/۵۷ برابر افزایش می‌دهد. علی‌پور و همکاران (۲۰۱۲) و پارسایی‌راد و همکاران (۲۰۱۱) نیز گزارش کردند که کیفیت نامطلوب خواب، عامل مستعدکننده افسردگی پس از زایمان است و شانس بروز آن را تقریباً ۴ برابر افزایش می‌دهد (۱۶-۱۸). همچنین اختلال خواب می‌تواند بر کیفیت زندگی زنان تأثیر بگذارد و سبب مختل شدن رفاه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی در آنان شود (۱۹، ۲۰). علی‌رغم اهمیت اختلال خواب در زنان باردار، تحقیقات انجام شده در این موارد بسیار اندک بوده و محدود به نمونه‌های کوچک است و آمار دقیقی از میزان بروز اختلال خواب در بارداری وجود ندارد. از این رو ارزیابی کیفیت خواب در زنان باردار بارداری می‌تواند اطلاعات ذی‌قیمتی را در اختیار ارائه‌دهندگان خدمات سلامتی قرار دهد و موجب غنای مداخلات بهداشتی-درمانی و بهبود کیفیت خدمات شود. همچنین با شناسایی عوامل فردی مرتبط با اختلال خواب می‌توان مداخلاتی را جهت بهبود کیفیت خواب در زنان باردار انجام داد، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی اختلال خواب و برخی عوامل مرتبط با آن در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد در سال ۱۳۹۸ انجام شد.

## روش کار

این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۸ بر روی ۲۹۰ نفر از زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر مشهد انجام شد. حجم نمونه با استفاده از مطالعه پایلوت بر روی ۱۰ نفر و با استفاده از فرمول حجم نمونه برای برآورد میانگین نمره خواب و با در نظر گرفتن انحراف معیار ۲/۶، دقت ۰/۳ و خطای نوع اول ۰/۰۵، ۲۹۰ نفر به‌دست آمد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان ایرانی و ساکن شهر مشهد، عدم وجود حاملگی پرخطر، عدم

دوران بارداری، یکی از مهم‌ترین مراحل زندگی یک زن است و به‌دلیل آنکه با تغییرات جسمی و روانی بسیاری همراه است، تأثیرات عمیقی بر زندگی زنان برجای می‌گذارد. یکی از این تغییرات، بروز اختلال در کیفیت خواب می‌باشد (۱، ۲). کاهش کیفیت خواب، یکی از مشکلات شایع دوران بارداری است؛ به‌طوری‌که شیوع آن از ۳۳٪ در سه ماهه اول بارداری به ۹۴٪ در سه ماهه دوم و ۹۷٪ در سه ماهه سوم افزایش می‌یابد (۳-۵). در یک مطالعه ۷۸٪ از زنان گزارش کرده بودند که در دوران بارداری نسبت به سایر دوران زندگی بیشتر دچار اختلال خواب می‌شوند. در مطالعه زاکی (۲۰۱۵) نیز ۸۹/۸۸٪ از زنان باردار در سه ماهه سوم بارداری از کیفیت خواب نامطلوبی برخوردار بودند (۶، ۷).

تغییرات هورمونی ایجاد شده در دوران بارداری به‌طور مستقیم سیکل خواب-بیداری و ساختار خواب را متأثر می‌سازد. استروژن و پروژسترون، از هورمون‌های مرتبط با هموستاز خواب به شمار می‌روند و افزایش غلظت آنها در دوران بارداری باعث ایجاد تغییراتی در الگوی خواب می‌شوند. به‌علاوه عوامل جسمی و مکانیکی مانند رشد جنین، انقباضات رحم، کمردرد، وجود حرکات جنینی، درد شکم، تکرر ادرار، کرامپ پا و رفلکس معدی-مرویی و برخی عوامل عاطفی مانند ترس از روبه‌رو شدن با تجربه‌های نو و پذیرش نقش جدید، می‌توانند بر کیفیت خواب در دوران بارداری تأثیرگذار باشند (۳، ۶، ۸).

خواب از ضروریات حیات است؛ به‌طوری‌که انسان‌ها حدود یک سوم از دوران زندگی خود را به خواب اختصاص می‌دهند. همچنین خواب یکی از مهم‌ترین نیازهای زندگی فردی است که نقش زیادی در تمامی ابعاد سلامت افراد ایفا می‌نماید. خواب ناکافی می‌تواند عملکرد هموستاز، عملکرد عصبی و خلق‌وخوی و سیستم ایمنی فرد را تحت تأثیر قرار دهد (۹، ۱۰). در بارداری تغییرات الگوی خواب می‌تواند موجب بروز پیامدهای منفی چون اختلال عملکرد روزانه، خستگی، فشارخون بارداری، پره‌اکلامپسی، دیابت بارداری، زایمان زودرس، کاهش وزن هنگام تولد، مرگ داخل رحمی، افزایش

جهت گردآوری داده‌ها پژوهشگر در مراکز بهداشتی-درمانی منتخب حضور یافته، سپس زنان باردار واجد شرایط پژوهش که جهت شرکت در مطالعه رضایت داشتند، پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و مامایی و پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ را به صورت خودگزارشی تکمیل کردند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) انجام شد. جهت توصیف مشخصات واحدهای پژوهش از آمار توصیفی شامل جدول فراوانی و میانگین و انحراف معیار و برای بررسی عوامل مرتبط با عملکرد خواب افراد از آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس یک‌طرفه استفاده شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

در این مطالعه ۲۹۰ زن باردار شرکت داشتند که پس از حذف پرسشنامه‌های ناقص، در نهایت از اطلاعات ۲۸۵ نفر برای تحلیل استفاده شد. میانگین سن زنان باردار  $27/73 \pm 5/37$  سال بود. ۶۸ نفر (۲۴٪) در سه ماهه اول، ۱۲۵ نفر (۴۴٪) در سه ماهه دوم و ۹۱ نفر (۳۲٪) در سه ماهه سوم حاملگی قرار داشتند. نتایج حاصل از اطلاعات دموگرافیک افراد در جدول ۱ گزارش شده است.

میانگین نمره کل کیفیت خواب  $12/37 \pm 2/80$  بود و میزان اختلال خواب در زنان باردار شرکت‌کننده در مطالعه، ۲۸۵ نفر (۱۰۰٪) بود. بر اساس نتایج حاصل از آزمون ضریب همبستگی پیرسون، ارتباطی بین سن مادر ( $r=0/04, p=0/51$ ) و سن حاملگی ( $r=0/05, p=0/48$ ) با کیفیت خواب مشاهده نشد. سایر یافته‌های پژوهش نیز نشان داد که بین سایر متغیرهای دموگرافیک و کیفیت خواب ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ( $p>0/05$ ) (جدول ۱).

مصرف داروی خاص، عدم مصرف دخانیات و مواد مخدر، عدم ابتلاء به بیماری زمینه‌ای و عدم بروز حادثه استرس‌زای شدید طی یک ماه گذشته به دلیل داشتن اثرات مخدوش‌کنندگی بر روی نتایج مطالعه بود. نمونه‌گیری با استفاده از روش چند مرحله‌ای طبقه‌ای-خوشه‌ای انجام شد؛ بدین‌صورت که مراکز بهداشتی-درمانی پنج‌گانه شهر مشهد به‌عنوان طبقات در نظر گرفته شدند. سپس از هر طبقه، یک مرکز جامع سلامت شهری تحت پوشش به صورت تصادفی ساده انتخاب شد. از هر خوشه به تعداد مساوی ۵۸ نمونه گرفته شد؛ بدین‌صورت که پژوهشگر در هر یک از این مراکز حضور یافته و بر اساس چک‌لیست انتخاب واحد پژوهش، از زنان واجد شرایط به صورت در دسترس، جهت شرکت در مطالعه دعوت به عمل می‌آورد.

در این مطالعه جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و مامایی و پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ استفاده شد. پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ دکتر بویس و همکاران (۱۹۸۹) در مؤسسه روان‌پزشکی پیتزبورگ ساخته شد و کیفیت خواب را در طی ۴ هفته گذشته بررسی می‌کند. پرسشنامه دارای ۱۹ آیتم است که در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از ۳-۰ نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه دارای ۷ زیرمقیاس است که شامل: کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور و اختلالات عملکردی روزانه می‌باشد. هرچه نمره به دست آمده بالاتر باشد، کیفیت خواب پایین‌تر است. نمره بالاتر از ۵ نشان‌دهنده اختلال در کیفیت خواب است (۲۱). روایی و پایایی پرسشنامه در ایران در مطالعه فرهادی و همکاران (۲۰۰۸) و فراهی و همکاران (۲۰۰۹) و برای استفاده در زنان باردار در مطالعه جهدی و همکاران (۲۰۱۳) به تأیید رسیده است (۱۳، ۲۲، ۲۳).

جدول ۱- ویژگی های دموگرافیک زنان شرکت کننده در مطالعه و رابطه آن ها با کیفیت کلی خواب

متغیر	تعداد (درصد)	سطح معنی داری
تحصیلات	کمتر از دیپلم (۳۶/۸) ۱۰۵	۰/۶۳
	دیپلم (۳۸/۹) ۱۱۱	
	دانشگاهی (۲۴/۲) ۶۹	
شغل	خانه دار (۹۰/۹) ۲۵۹	۰/۷۹
	شاغل (۹/۱) ۲۶	
تحصیلات همسر	کمتر از دیپلم (۴۲/۸) ۱۲۲	۰/۳۱
	دیپلم (۳۵/۴) ۱۰۱	
	دانشگاهی (۲۱/۸) ۶۲	
شغل همسر	کارمند (۱۱/۶) ۳۳	۰/۰۹
	آزاد (۸۸/۴) ۲۵۲	
زایمان قبلی	بلی (۶۳/۵) ۱۸۱	۰/۰۷
	خیر (۳۶/۵) ۱۰۴	
حاملگی ناخواسته*	بلی (۲۱/۴) ۶۱	۰/۱۲
	خیر (۷۸/۶) ۲۲۴	

\* حاملگی ناخواسته به حالتی از بارداری که از پیش قصدی برای بارداری وجود نداشته باشد، گفته می شود.

میانگین نمره کل کیفیت خواب در سه ماهه اول سه ماهه سوم بارداری  $12/32 \pm 2/65$  بود (جدول ۲).  
 $12/11 \pm 2/33$ ، در سه ماهه دوم  $12/55 \pm 3/02$  و در

جدول ۲- توصیف نمره کل کیفیت خواب و حیطه های آن به تفکیک سه دوره حاملگی

متغیر	سه ماهه اول میانگین $\pm$ انحراف معیار	سه ماهه دوم میانگین $\pm$ انحراف معیار	سه ماهه سوم میانگین $\pm$ انحراف معیار	نمره کل	سطح معنی داری
نمره کل کیفیت خواب	$12/11 \pm 2/33$	$12/55 \pm 3/02$	$12/32 \pm 2/65$	$12/37 \pm 2/75$	۰/۵۲
کیفیت ذهنی خواب	$0/89 \pm 0/57$	$0/99 \pm 0/66$	$0/97 \pm 0/66$	$0/96 \pm 0/64$	۰/۶۹
تأخیر در به خواب رفتن	$1/28 \pm 1/02$	$1/34 \pm 0/89$	$1/29 \pm 0/96$	$1/31 \pm 0/94$	۰/۸۹
مدت زمان خواب	$7/88 \pm 2/25$	$7/90 \pm 2/25$	$7/85 \pm 2/26$	$7/88 \pm 2/24$	۰/۹۸
میزان بازدهی خواب	$0/22 \pm 0/75$	$0/18 \pm 0/67$	$0/29 \pm 0/87$	$0/23 \pm 0/76$	۰/۵۲
اختلالات خواب	$1/18 \pm 0/57$	$1/39 \pm 0/58$	$1/31 \pm 0/63$	$1/31 \pm 0/59$	۰/۰۶
اختلالات عملکردی روزانه	$0/60 \pm 0/79$	$0/73 \pm 0/86$	$0/65 \pm 0/94$	$0/67 \pm 0/87$	۰/۶۰

مختلف نیز نتایج نشان داد که کیفیت خواب در حیطه های تأخیر در به خواب رفتن و اختلالات خواب از همه ضعیف تر بود؛ به طوری که ۱۱۱ نفر (۳۸/۹٪) در حیطه تأخیر در به خواب رفتن و ۹۹ نفر (۳۴/۸٪) در حیطه اختلالات خواب، مشکلات جدی و بسیار جدی داشتند، همچنین ۶ نفر (۲/۱۱٪) از مشارکت کنندگان نیز گزارش کرده بودند که از داروی خواب آور استفاده می کردند.

بر اساس نتایج آنالیز واریانس یک طرفه، اختلاف معنی داری بین زنان باردار در سه ماهه اول، دوم و سوم بارداری از نظر نمره کل کیفیت خواب و حیطه های مختلف کیفیت خواب وجود نداشت ( $p > 0/05$ ). توزیع فراوانی شرکت کنندگان بر حسب نمره کیفیت خواب و حیطه های آن در جدول ۳ گزارش شده است که بر اساس نتایج، تمامی مشارکت کنندگان از نظر کیفیت خواب در سطح ضعیف بودند. بر اساس حیطه های

جدول ۳- توزیع فراوانی شرکت کنندگان در مطالعه بر حسب نمره کیفیت خواب و حیطه های آن			
متغیر	تعداد (درصد)	کل	
نمره کل کیفیت خواب	ضعیف (نمره بیشتر از ۵)	۲۸۵ (۱۰۰)	۱۲/۳۷±۲/۷۵
	طبیعی (نمره کمتر از ۵)	۰ (۰)	
کیفیت ذهنی خواب	نبود مشکل خواب (نمره ۰)	۵۷ (۲۰)	۰/۹۶±۰/۶۴
	مشکل خواب متوسط (نمره ۱)	۱۹۰ (۶۶/۷)	
	مشکل خواب جدی (نمره ۲)	۳۲ (۱۱/۲)	
	مشکل خواب بسیار جدی (نمره ۳)	۶ (۲/۱)	
تأخیر در به خواب رفتن	نبود مشکل خواب (نمره ۰)	۶۰ (۲۱/۱)	۱/۳۱±۰/۹۴
	مشکل خواب متوسط (نمره ۱)	۱۱۴ (۴۰)	
	مشکل خواب جدی (نمره ۲)	۷۵ (۲۶/۳)	
	مشکل خواب بسیار جدی (نمره ۳)	۳۶ (۱۲/۶)	
میزان بازدهی خواب	نبود مشکل خواب (نمره ۰)	۲۶۰ (۹۱/۲)	۰/۲۳±۰/۷۶
	مشکل خواب متوسط (نمره ۱)	۴ (۱/۴)	
	مشکل خواب جدی (نمره ۲)	۳ (۱/۱)	
	مشکل خواب بسیار جدی (نمره ۳)	۱۸ (۶/۳)	
اختلالات خواب	نبود مشکل خواب (نمره ۰)	۱۵ (۵/۳)	۱/۳۱±۰/۵۹
	مشکل خواب متوسط (نمره ۱)	۱۷۱ (۶۰)	
	مشکل خواب جدی (نمره ۲)	۹۴ (۳۳)	
	مشکل خواب بسیار جدی (نمره ۳)	۵ (۱/۸)	
اختلالات عملکردی روزانه	نبود مشکل خواب (نمره ۰)	۱۵۵ (۵۴/۴)	۰/۶۷±۰/۸۷
	مشکل خواب متوسط (نمره ۱)	۸۰ (۲۸/۱)	
	مشکل خواب جدی (نمره ۲)	۳۷ (۱۳)	
	مشکل خواب بسیار جدی (نمره ۳)	۱۳ (۴/۶)	
استفاده از داروهای خواب‌آور	نبود مشکل خواب (نمره ۰)	۲۷۹ (۹۷/۸۹)	۰/۰۲±۰/۱۶
	مشکل خواب متوسط (نمره ۱)	۶ (۲/۱۱)	
	مشکل خواب جدی (نمره ۲)	۰ (۰)	
	مشکل خواب بسیار جدی (نمره ۳)	۰ (۰)	

### بحث

بر اساس نتایج مطالعه حاضر میزان کلی اختلالات خواب در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر مشهد ۱۰۰٪ بود که این موضوع یکی از نکات قابل توجه و از جنبه‌های جدید و مهم این مطالعه بود، زیرا علی‌رغم این که در مطالعات قبلی اختلال خواب درصدهای بالایی را شامل می‌شد، اما وجود اختلال خواب در ۱۰۰٪ موارد، نتیجه‌ای بود که صرفاً در این مطالعه حاصل شد؛ به‌طوری‌که در مطالعه جهدی و همکاران (۲۰۱۳) که بر روی ۳۱۲ زن باردار انجام شد، این میزان ۸۷/۲٪، در مطالعه سیداحمدی‌نژاد و همکاران (۲۰۱۴) ۸۹٪/۸۸ و در مطالعه تاسکران (۲۰۱۱) ۸۹٪

گزارش شده است (۶، ۱۳، ۲۴). علی‌رغم این موضوع که به‌طور کلی درصد بالای اختلال خواب طی بارداری در مطالعات مختلف با مطالعه اخیر همسو است، علت تفاوت مطالعه اخیر و ۱۰۰٪ بودن اختلال خواب می‌تواند این مسئله باشد که مطالعات دیگر اختلالات خواب را زمان‌های متفاوت از بارداری بررسی نموده‌اند؛ به‌طوری‌که در مطالعه جهدی و همکاران (۲۰۱۳) در سه ماهه دوم بارداری و مطالعه سیداحمدی‌نژاد و همکاران (۲۰۱۴) در سه ماهه سوم بارداری به بررسی این اختلال پرداخته‌اند، اما در مطالعه حاضر اختلال خواب در دوره زمانی طولانی‌تری در بارداری یعنی از ابتدا تا انتهای بارداری بررسی شد. هم‌چنین در این دو مطالعه معیارهای ورود متفاوت بوده‌اند؛ به‌طوری‌که در مطالعه سیداحمدی‌نژاد و

اختلال خواب در افراد با تحصیلات بالا کمتر بود، ولی بین شغل و سن و اختلال خواب ارتباط معناداری مشاهده نشد (۱۳، ۱۸، ۲۶).

در مطالعه حاضر، در بین ۵ حیطة مشخص شده در پرسشنامه، بیشترین درصد اختلال خواب مربوط به حیطة تأخیر در به خواب رفتن و اختلال خواب و کمترین درصد اختلال خواب مربوط به حیطة‌های میزان بازدهی خواب و اختلالات عملکردی روزانه بود. همسو با این نتیجه در مطالعه جهدی و همکاران (۲۰۱۳) نیز بیشترین درصد اختلال بی‌خوابی در حیطة اختلال خواب برآورد شد (۱۳).

در مطالعات مختلف، سن بارداری یکی دیگر از مؤلفه‌های تأثیرگذار بر کیفیت خواب بود. در مطالعه حاضر بین نمره کل کیفیت خواب در سه دوره بارداری، اختلاف معنی‌داری وجود نداشت. مشابه با این یافته در مطالعه سیداحمدی‌نژاد و همکاران (۲۰۱۴) و تاسکران (۲۰۱۱) نیز سن بارداری ارتباط معنی‌داری با کیفیت خواب نداشت، اما بر اساس مطالعه جهدی و همکاران (۲۰۱۳)، اختلالات خواب در سه ماه دوم بارداری شیوع بیشتری دارد (۶، ۱۳، ۲۴). علت این تفاوت احتمالاً به دلیل سن بارداری نمونه‌های پژوهش است؛ بدین‌معنا که مطالعه جهدی و همکاران (۲۰۱۳) بر روی زنان باردار در سه ماهه دوم (هفته ۳۲-۲۸ بارداری) انجام گرفت، درحالی‌که در مطالعه حاضر اختلالات خواب در تمام دوران بارداری مورد مطالعه قرار گرفته بود (۱۳).

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به تأثیرگذاری عوامل ناشناخته فردی و سایر فاکتورهای روحی، روانی مادر بر کیفیت خواب زنان اشاره کرد که کنترل آنها از عهده پژوهشگر خارج بود. یکی از نقاط قوت مطالعه حاضر این بود که برای اولین بار در شهر مشهد انجام گرفته است. به‌علاوه بررسی اختلال خواب در سراسر دوران بارداری بود، درحالی‌که در مطالعات دیگر، بررسی اختلال خواب را در یکی از سه ماهه‌های دوران بارداری مدنظر قرار داده بودند. تعداد نسبتاً زیاد حجم نمونه، از دیگر نقاط قوت این مطالعه بود.

همکاران (۲۰۱۴) زنان با بارداری اول، تک‌قلو و شاخص توده بدنی طبیعی وارد مطالعه شدند و در مطالعه جهدی و همکاران (۲۰۱۳) زنان بین سن ۲۰-۴۰ سال مورد بررسی قرار گرفتند، درحالی‌که در مطالعه حاضر نخست‌زا بودن، شاخص توده بدنی، تک‌قلو بودن و محدود کردن سن، جزء معیار ورود و خروج نبوده و از این رو جمعیت مادران باردار در طیف‌های سنی و وزنی و تعداد بارداری مختلف و هم‌چنین بررسی اختلال خواب از ابتدا تا انتهای بارداری باعث شد تا میزان اختلال نیز بیشتر از دو مطالعه فوق گزارش شود (۶، ۱۳).

در مطالعه علی‌اکبری و همکاران (۲۰۰۷) اختلالات خواب در مادران باردار ۶۱/۵٪ ذکر شد که با توجه به این‌که زنان باردار در سن بارداری ۳۷-۳۹ هفته مورد بررسی قرار گرفتند و نیز حجم نمونه کم بود (۸۵ نفر)، این تفاوت قابل توجه است (۲۶).

در مطالعه حاضر بین اختلال خواب و سن مادر ارتباط معناداری یافت نشد. مشابه با مطالعه حاضر، در مطالعه جهدی و همکاران (۲۰۱۳) و علی‌اکبری و همکاران (۲۰۰۷) ارتباط بین سن و کیفیت خواب معنادار نبود، اما مغایر با مطالعه حاضر، برخی مطالعات بیانگر این مسئله بودند که کیفیت خواب با افزایش سن، کاهش می‌یابد. در مطالعه سیداحمدی‌نژاد و همکاران (۲۰۱۴)، پارسایی و همکاران (۲۰۱۱)، بویس و همکاران (۱۹۸۹) و تاسکران (۲۰۱۱) افزایش سن مادر با کیفیت خواب نامطلوب‌تری همراه بود (۶، ۱۳، ۱۸، ۲۱، ۲۴، ۲۶). با توجه به حجم نمونه بالاتر در این مطالعه نسبت به مطالعات با نتایج مغایر، می‌توان این یافته را توجیه نمود. مطالعه اسپیریتو (۲۰۰۸) نیز نشان داد که با افزایش سن، کیفیت خواب کمتر می‌شود، اما در مطالعه حاضر به‌علت پایین‌تر بودن میانگین سنی زنان نسبت به مطالعه اپستین، این رابطه معنادار نبود (۲۵).

در مطالعه حاضر بین متغیرهای دموگرافیک دیگر مانند شغل، تحصیلات و زایمان قبلی با کیفیت خواب ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. مشابه با این مطالعه، در مطالعه پارسایی‌راد و همکاران (۲۰۱۱) و علی‌اکبری و همکاران (۲۰۰۷) بین تحصیلات و اختلال خواب ارتباطی مشاهده نشد، در صورتی‌که در مطالعه جهدی و همکاران (۲۰۱۳)

## نتیجه گیری

اختلال خواب در دوران بارداری شیوع بالایی دارد، لذا با توجه به اهمیت اختلالات خواب در این دوران و همچنین با در نظر گرفتن اهمیت حفظ سلامت جسمی و روانی مادران باردار، توصیه می شود تمهیداتی اندیشیده شود تا علاوه بر مراقبت های معمول دوران بارداری، برنامه های مدون جهت غربالگری اختلالات خواب و مشاوره برای پیشگیری و درمان این مشکل تدوین گردد تا بدین وسیله در جهت اعتلای سلامت مادران باردار و

به تبع آن تضمین سلامت کودکان و خانواده گامی برداشته شود.

## تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر به تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد IR.MUMS.NURSE.REC.1398.021 رسیده است. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد تشکر و قدردانی می شود.

## منابع

1. Roberts RM, Muller T, Sweeney A, Bratkovic D, Gannoni A. Promoting psychological well-being in women with phenylketonuria: Pregnancy-related stresses, coping strategies and supports. *Mol Genet Metab Rep* 2014; 1:148-157.
2. Skouteris H. Pregnancy: Physical and body image changes. *Encyclopedia of body image and human appearance*. London, England: Elsevier; 2012. p. 664-8.
3. Sharma S1, Franco R. Sleep and its disorders in pregnancy. *WMJ* 2004; 103(5):48-52.
4. Karami J, Momeni Kh, Alimoradi F. Prediction of sleep quality based on stress, depression and anxiety with role of mediator cognitive emotion regulation strategies in pregnant women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2016; 19(9):1-10.
5. Reid KJ, Facco FL, Grobman WA, Parker CB, Herbas M, Hunter S, et al. Sleep during pregnancy: the nuMoM2b pregnancy and sleep duration and continuity study. *Sleep* 2017; 40(5).
6. Seyed Ahmadi F, Golmakani N, Asgharipour N, Shakeri MT. Investigation of Sleep quality during the third trimester of pregnancy and some related factors in primigravida women referred to health care centers in Mashhad- 2014. *Avicenna J Nurs Midwifery care* 2014; 22(4):53-60.
7. Zaky NH. The Relationship between Quality of Sleep during Pregnancy and Birth Outcome among Primiparae. *OSR Journal of Nursing and Health Science* 2015; 4(5):90-101.
8. Saadati F, Sehatie Shafaei F, Mirghafourvand M. Sleep Quality and Its personal and social Predictors among pregnant women with gestational diabetes. *Journal of Medical Council of Iran* 2017; 35(1):35-45.
9. Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh, E. Sleep Quality in Late Pregnancy and Postpartum Depression. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2012; 14(8):39-47.
10. Behboodi Moghadam Z, Keshavarz Afshar M, Pourrahimi A, Taghizadeh Z, Mokhtari Zanjani P, Montazeri A. Evaluation of Postpartum Sleep Quality and the Influential Factors in the Women in Zanjan City, Iran (2014). *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2018; 21(1):6-14.
11. Facco FL, Kramer J, Ho KH, Zee PC, Grobman WA. Sleep disturbances in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2010; 115(1):77-83.
12. Gordon A, Raynes-Greenow C, Bond D, Morris J, Rawlinson W, Jeffery H. Sleep position, fetal growth restriction, and late-pregnancy stillbirth: the Sydney stillbirth study. *Obstet Gynecol* 2015; 125(2):347-55.
13. Jahdi F, Rezaei E, Behboodi Moghadam Z, Hagani H. Prevalence of sleep disorders in the pregnant women. *Payesh* 2013; 12(6):629-635.
14. Reichner CA. Insomnia and sleep deficiency in pregnancy. *Obstet Med* 2015; 8(4):168-171.
15. Kordi M, Vahed A, Rezaeitalab F, lotfalizade M, Mazlom, SR. Sleep quality and preeclampsia: a case-control study. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 18(167):16-24.
16. Wangel AM, Molin J, Östman M, Jernström H. Emergency cesarean sections can be predicted by markers of stress, worry and sleep disturbances in first-time mothers. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011; 90(3):238-244.
17. 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.
18. Parsaie Rad E, Amir Ali Akbari S, Sadeghniaat Kh, 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. *JSSU* 2011; 19(4):454-462.
19. Taibi DM, Vitiello MV, Barsness S, Elmer GW, Anderson GD, Landis CA. A randomized clinical trial of valerian fails to improve self-reported, polysomnographic, and actigraphic sleep in older women with insomnia. *Sleep Med* 2009; 10(3):319-28.
20. Jalali R, Rezaei M, Khaledi Paveh B, Aznab M, AmiriFard N, Mohammadi E. Sleep Disorder and its Correlates in Patients Undergoing Chemotherapy. *Iran Journal of Nursing* 2016; 29(99 and 100):76-85.



21. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989; 28(2):193-213.
22. Farhadinasab AA, Azimi H. Study of patterns and subjective quality of sleep and their correlation with personality traits among Medical students of Hamadan University of Medical Sciences. *Sci J Hamdan Univ Med Sci* 2008; 15(1):11-15.
23. Farrahi J, Nakhaee N, Sheibani V, Garrusi B, Amirkafi A. Psychometric properties of the Persian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index addendum for PTSD (PSQI-A). *Sleep Breath* 2009; 13(3):259-62.
24. Taskiran N. Pregnancy and sleep quality. *J Turk Soc Obstet Gynecol* 2011; 8(3):181-7.
25. Espiritu JR. Aging-related sleep changes. *Clin Geriatr Med* 2008; 24(1):1-14.
26. Amir Aliakbari S, Bolouri B, Sadegh NH, 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):8-16.