

بررسی میزان اختلالات خواب و برخی عوامل مؤثر بر آن در سه ماهه دوم بارداری

فرشته جهدی^۱، الهام رضایی^{۱*}، زهرا بهبودی مقدم^۱، حمید حقانی^۱

۱. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

فصلنامه پایش

سال دوازدهم شماره ششم آذر - دی ۱۳۹۲ صص ۶۳۵-۶۲۹

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۹/۱۸

[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۶ مهر ۹۲]

چکیده

اختلالات خواب از شکایات شایع دوران بارداری است. این اختلالات که در نتیجه تغییرات فیزیولوژیکی، هورمونی، جسمی در حاملگی رخ می‌دهند از علل متفاوتی برخوردارند و می‌توانند. دلیل و زمینه‌ساز بسیاری از اختلالات قبل، حین و پس از زایمان باشد. این پژوهش با هدف تعیین میزان اختلالات خواب و عوامل مؤثر بر آن در سه ماهه دوم بارداری انجام شد. این پژوهش از نوع مقطعی بوده و داده‌های آن از ۳۱۲ نفر از زنان باردار واجد شرایط ورود به مطالعه که جهت دریافت مراقبت‌های دوران بارداری به دو مرکز بهداشتی درمانی منتخب شهرستان ماکو وابسته به دانشگاه علوم پزشکی آذربایجان غربی (ارومیه) مراجعه نموده بودند جمع‌آوری شد. اطلاعات با استفاده از فرمهای مشخصات فردی و پرسشنامه استاندارد کیفیت خواب پیتزبورگ که توسط واحدهای پژوهش تکمیل گردید، به روش نمونه‌گیری مستمر جمع‌آوری شد و برای تجزیه تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی و تحلیلی استفاده گردید. نتایج پژوهش نمایانگر آن بود که میانگین نمره کیفیت خواب $3/14 \pm 7/78$ بوده و $87/2$ درصد زنان باردار از اختلالات خواب یا کیفیت پایین خواب در سه ماهه دوم رنج می‌بردند. از بین دلایل احتمالی این اختلالات، خوابیدن و خستگی زیاد، تکرر ادرار، استعمال سیگار در همسر زنان باردار و سطح تحصیلات با اختلالات خواب رابطه معنی‌دار وجود داشت. با توجه به اینکه درصد زیادی از زنان باردار از اختلالات خواب رنج می‌برند امید است در این دوران علاوه بر مراقبت‌های معمول، برنامه‌های مدون جهت بررسی، تشخیص و علت‌یابی این اختلالات انجام گیرد.

کلیدواژه: اختلالات خواب، زنان باردار، سه ماهه دوم بارداری

* نویسنده پاسخگو: تهران، میدان توحید، انتهای خیابان نصرت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

تلفن: ۶۶۹۲۷۱۷۱

Email: rezai520@yahoo.com

مقدمه

بارداری از مهم‌ترین و حساس‌ترین دوران زندگی یک زن به شمار می‌رود [۱]. به دلیل تغییرات سیستماتیک ناشی از عوامل هورمونی، روحی، روانی، عاطفی و جسمی، دوران بارداری می‌تواند الگوی خواب را برهم زده و اختلال خواب ایجاد نماید [۲]. اختلال خواب از شایع‌ترین مشکلات دوران بارداری است که ۷۹ درصد از زنان باردار جهان از آن رنج می‌برند [۳]. از شروع هفته ۱۲ بارداری تا ۲ ماه بعد از زایمان اختلالات خواب به صورت بیدار شدن‌های مکرر شبانه، کمتر شدن خواب شبانه و کاهش کارایی خواب بروز می‌کند [۴]. تغییرات الگوی خواب در طول حاملگی از ۱۳ تا ۸۰ درصد در سه ماهه اول بارداری به ۶۶ تا ۹۷ درصد در سه ماهه سوم افزایش می‌یابد [۵]. همچنین بیش از ۷۲ درصد از زنان در دوران بارداری بیدار شدن‌های مکرر را در طول شب تجربه می‌کنند که در این میان ۸۳/۲ درصد به دلیل اجابت مزاج، ۲۹/۵ درصد وضعیت نامناسب خواب و حرکت در بستر، ۲۷/۱ درصد گرفتگی پا، ۲۳/۸ درصد کمردرد، ۲۲/۶ درصد محیط نامناسب خواب، ۲۲/۵ درصد حرکت جنین، ۱۶/۴ درصد نگرانی، ۱۶/۶ درصد ریفلاکس معده، ۱۵/۶ درصد کابوس‌های شبانه و ۱۱/۸ درصد سندرم پای بیقرار است [۶]. در این رابطه نتایج مطالعه مروری ۳۰ ساله نمایانگر آن بود که شیوع ۱۴ درصدی اختلالات خواب از سه ماهه اول حاملگی به ۲۰ درصد در سه ماهه دوم و ۶۶ درصد در سه ماهه سوم افزایش می‌یابد و عوامل ایجادکننده این اختلالات خواب در سه ماهه اول تهوع استفراغ، کمردرد و تکرر ادرار، که در سه ماهه دوم حرکت جنین و سوزش سردل، و در سه ماهه سوم تکرر ادرار، کمردرد، کوتاهی تنفس، کرامپ پا و خارش (علاوه بر عوامل سه ماهه اول) است [۷]. تغییرات الگوی خواب موجب ایجاد اختلال عملکرد روزانه، خستگی مادر، کاهش رفاه خانوادگی، افزایش حوادث و در نتیجه باعث کاهش کیفیت زندگی می‌گردد. علاوه بر آن کاهش آرامش روحی و روانی ناشی از بیخوابی منجر به افزایش اضطراب و ترس از نگهداری و مراقبت نوزاد و پذیرش نقش مادری در خانواده می‌گردد. در برخی موارد نیز موجب بروز غم بعد از زایمان و تاثیر منفی روی خانواده و به‌طور غیرمستقیم منجر به تحمیل بار اقتصادی به جامعه می‌گردد [۸، ۲]. در این راستا نتایج مطالعات مروری حاصل از اختلالات خواب در دوران بارداری نمایانگر افزایش احتمال زایمان پیش از موعد، کاهش وزن هنگام تولد، افزایش مشکلات دوران بارداری و حین زایمان، افزایش طول مراحل زایمان، زایمان با ابزار،

سزارین و مشکلات بعد از زایمان مانند خلق منفی در طی روز و غم بعد از زایمان می‌گردد. به همین دلیل کیفیت و کمیت خواب به دلیل داشتن عواقب فیزیکی و روانی در دوره قبل از زایمان باید مورد ارزیابی قرار بگیرد، زیرا در صورت وجود اختلال خواب سه روز یا بیشتر، احتمال اختلال عملکرد در کار روزانه زن باردار نیز وجود دارد [۹]. چنانکه ملاحظه می‌شود اختلال خواب می‌تواند اثرات سوئی بر جسم و روان مادر و جنین او داشته باشد، حال آنکه به این مشکل توجهی نشده و به عنوان عارضه طبیعی حاملگی تلقی می‌شود. پیرو مطالعه بنداد و عابدیان که به بررسی الگوی خواب و عوامل موثر بر آن در سه ماهه سوم بارداری پرداختند، در این مطالعه پژوهشگر بر آن شد با توجه به شیوع بالای اختلال خواب و عوارض ناشی از آن در سه ماهه دوم و سوم بارداری، مطالعه‌ای با هدف تعیین میزان اختلالات خواب و برخی عوامل موثر بر آن در سه ماهه دوم بارداری انجام دهد.

مواد و روش کار

در این مطالعه توصیفی، ۳۱۲ نفر از زنان باردار که جهت دریافت مراقبت‌های دوران بارداری به دو مرکز منتخب (مرکز شماره یک و سه) مراکز بهداشتی درمانی شهرستان ماکو (که به صورت قرعه کشی از بین چهار مرکز این شهر انتخاب شده بودند) از اول دی ماه سال ۱۳۹۰ تا آخر خرداد ماه سال ۱۳۹۱ مراجعه نموده بودند و معیارهای ورود را داشتند شرکت داده شدند. معیارهای ورود به مطالعه: ایرانی بودن، داشتن سواد خواندن و نوشتن، سن ۲۰-۴۰ سال، عدم وجود بیماری‌های جسمی و روانپزشکی (دارویی و روانشناختی)، مصرف نکردن دخانیات، مواد مخدر، مسکرات، داروهای خواب آور و هورمونی، سن حاملگی ۱۶-۲۰ هفته بعد از اخذ رضایت‌نامه آگاهانه معیارهای حذف نمونه‌ها شامل: انصراف واحدهای پژوهش از ادامه شرکت در مطالعه، رخ دادن حادثه ناگوار یا از دست دادن اعضای نزدیک در طول مطالعه، پیدایش هرگونه بیماری جسمی و روانی در طول انجام پژوهش که موجب اختلال خواب گردد، تغییر غیرقابل توجه شرایط خواب به صورت غیر قابل پیش بینی از جمله مسافرت، تغییر مکان و رژیم غذایی، مصرف هرگونه داروی اضافی در طول مطالعه بود. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل: فرمهای مشخصات جمعیت‌شناسی (فردی و بارداری شامل: سن، سطح تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی، تعداد حاملگی، تمایل به بارداری فعلی از نظر خود زن باردار و همسرش و استعمال سیگار توسط همسر زن باردار)، پرسشنامه

تنظیم گشته است. در کل این پرسشنامه از هفت حیطه تشکیل شده است شامل: حیطه اول (کیفیت خواب ذهنی یا توصیف کلی فرد از کیفیت خواب)، حیطه دوم (خواب نهفته یا تاخیر در به خواب رفتن)، حیطه سوم (مدت زمان خواب)، حیطه چهارم (کفایت خواب)، حیطه پنجم (اختلال خواب)، حیطه ششم (مصرف داروهای خواب آور)، حیطه هفتم (عملکرد روزانه بصورت مشکلات تجربه شده ناشی از بی خوابی فرد) است. پس از جمع بندی نهایی امتیازات در صورت کسب نمره ۵ و بالاتر اختلال خواب یا کیفیت بد خواب مشخص می شود، شایان ذکر است با توجه به اینکه مصرف داروهای خواب آور (حیطه ششم) در بارداری ممانعت داشته و عدم مصرف این داروها جزء معیارهای ورود به پژوهش نیز بود. نمره این حیطه در محاسبه نمره خواب تمام نمونه ها بر طبق نظر اساتید تعیین کننده روایی و پایایی پرسشنامه به طور یکسان صفر قرار داده شد. جهت گردآوری داده ها، روزانه از ساعت ۹ تا ۱۲ صبح پژوهشگر و کمک پژوهشگر به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان ماکو مراجعه و پس از جلب رضایت مادران باردار برخوردار از شرایط مطالعه، از آنها تقاضا شد پرسشنامه ها را در محیطی آرام و به دور از سروصدا در حضور پژوهشگر و کمک پژوهشگر ظرف ۳۰ دقیقه کامل نمایند. جهت تجزیه تحلیل داده ها از روشهای آماری توصیفی و تحلیلی (جدول توزیع فراوانی، کای دو و همبستگی پیرسون) استفاده گردید.

یافته ها

در این پژوهش میانگین سن زنان باردار $26/47 \pm 6/11$ سال بوده ۳۸/۱ درصد از مادران حاملگی اولشان را می گذراندند و میزان اختلال خوابشان $84/8$ درصد بوده $61/9$ درصد دو یا بیشتر حاملگی را سپری می کردند و میزان اختلال خواب این زنان $88/6$ درصد بوده (جدول شماره ۱). طبق جدول شماره ۲ توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب نمره کیفیت خواب نشان داد، از کل ۳۱۲ نفر ۲۷۲ نفر ($87/2$ درصد) دارای اختلال خواب یا کیفیت پایین خواب بودند. کیفیت خواب ذهنی 66 درصد نمونه ها خوب بود، میانگین خواب نهفته $1/66 \pm 2/84$ ، مدت زمان خواب $1/54 \pm 6/62$ ، کفایت خواب $15/37 \pm 74/65$ ، اختلال خواب $3/73 \pm 9/33$ ، اختلال عملکرد روزانه $2/00 \pm 2/36$ بود. توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب دلایل احتمالی اختلالات خواب نمایانگر آن بود که به ترتیب تکرر ادرار (۵۱ درصد)، کمردرد (۴۶/۵ درصد)، خوابیدن و خستگی زیاد (۳۴/۶ درصد)، سوزش سردل

استاندارد کیفیت خواب پیتزبورگ و فرم محقق ساخته دلایل احتمالی اختلال خواب (از قبیل: تهوع استفراغ، سردرد، خوابیدن و خستگی زیاد، سوزش سر دل، گرفتگی پا، نفخ شکم، یبوست، تکرر ادرار، عدم فعالیت در روز، استرس و کمردرد) بودند که با تکمیل پرسشنامه ها توسط زنان باردار و استفاده از پرونده مراقبت های بهداشتی آنها کامل شد. پرسشنامه استاندارد کیفیت خواب پیتزبورگ توسط بایسه و همکاران با حساسیت $89/6$ درصد، ویژگی $86/5$ درصد و روایی (۴) 88 درصد در سال ۱۹۸۹ طراحی نهایی شد و در دانشکده پرستاری و مامایی ایران درسه پژوهش انجام شده توسط ملک زادگان و همکاران، نصیری زیبا و همکاران در سال ۱۳۸۵ از طریق روایی محتوا سنجیده، در سال ۱۳۸۶ توسط حسین آبادی و همکاران با حساسیت 90 درصد و ویژگی 87 درصد مورد سنجش قرار گرفته همچنین در سال ۱۳۸۹ توسط اشرفی نیا و همکاران از طریق روایی محتوا سنجیده شد. در این پژوهش بنا به صلاحدید اساتید دانشکده پرستاری و مامایی تهران جهت تعیین اعتبار و به منظور نظرخواهی اصل انگلیسی و ترجمه فارسی ابزار در اختیار سیزده نفر از اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران قرار داده شد و اصلاحات لازم به عمل آمد. پایایی علمی پرسشنامه استاندارد کیفیت خواب پیتزبورگ در سال ۱۹۸۹ توسط بایسه و همکاران با الفای کرونباخ 83 درصد، توسط ملک زادگان و همکاران از روش آزمون مجدد و توسط حسین آبادی و همکاران با الفای کرونباخ 88 درصد تعیین شد، در این پژوهش برای تعیین پایایی از روش آزمون مجدد استفاده شد یعنی در اختیار پانزده نفر از زنان باردار واجد شرایط قرار داده در این پژوهش برای تعیین اعتماد از روش آزمون مجدد استفاده شد یعنی در اختیار پانزده نفر از زنان باردار واجد شرایط قرار داده شد و مجدداً پس از ده روز توسط این تعداد تکمیل و بررسی شد ($ICC = \text{Intraclass correlation coefficients} = 82/0$) و این افراد در نمونه محاسبه نشدند. پرسشنامه استاندارد کیفیت خواب پیتزبورگ مشتمل بر ۱۰ سؤال است که سؤالات ۱-۴ به صورت باز، کوتاه و تک جوابی است و سؤال ۵ (با ۱۰ سؤال فرعی) و سؤالات ۶-۸ به صورت چهار جوابی است و به صورت یکی از حالت های هرگز (امتیاز صفر)، کمتر از یکبار در هفته (امتیاز یک)، یک یا دو بار در هفته (امتیاز دو) و سه بار یا بیشتر در هفته (امتیاز سه) می باشد. سؤال ۹ نیز به صورت پاسخگویی به گزینه های خیلی خوب (امتیاز صفر)، نسبتاً خوب (امتیاز یک)، نسبتاً بد (امتیاز دو) و خیلی بد (امتیاز سه)

(۲۴/۴ درصد) و گرفتگی پا (۲۲/۸ درصد) از بیشترین فراوانی برخوردار بودند. همچنین ۵۲ درصد زنان با بیش از یک دلیل و ۲۸ درصد با بیش از سه دلیل از دلایل اختلالات خواب شاکی بودند (جدول ۳). نتایج آزمون کای دو و همبستگی پیرسون و اسپیرمن نشان داد از بین دلایل احتمالی اختلال خواب به ترتیب خوابیدن و خستگی زیاد ($P < 0.01$) و تکرر ادرار ($P < 0.03$) رابطه معنی دار با اختلال خواب داشتند. همچنین از بین مشخصه‌های جمعیت‌شناسی به جز استعمال سیگار در همسر زنان باردار ($P < 0.01$) و سطح تحصیلات ($P < 0.01$) در بقیه موارد شامل سن، شغل، تعداد حاملگی، تمایل به باردار فعلی از نظر زن باردار و همسرش و وضعیت اقتصادی رابطه معنی دار با اختلال خواب وجود نداشت.

جدول ۱: توزیع فراوانی واحدهای پژوهش براساس ویژگیهای جمعیت شناسی و بارداری

فراوانی (درصد)	میانگین (انحراف معیار)	P
سن	۲۶/۴۷ (۶/۱۱)	۰/۷۰
۱۵-۲۰	۵۶ (۱۷/۹)	
۲۱-۲۵	۹۷ (۳۱/۱)	
۲۶-۳۰	۷۵ (۲۴)	
۳۱-۳۵	۶۰ (۱۹/۲)	
۳۶-۴۰	۲۴ (۷/۸)	
سطح تحصیلات	---	$P < 0.01$
ابتدایی	۱۳۰ (۴۱/۶)	
راهنمایی و دبیرستان	۷۱ (۲۲/۸)	
دیپلم	۶۸ (۲۱/۸)	
دانشگاهی	۴۳ (۱۳/۸)	
شغل	---	۰/۱۲
خانه دار	۲۸۴ (۹)	
شاغل	۲۸ (۹)	
وضعیت اقتصادی	---	۰/۰۵۴
خوب	۴۹ (۱۵/۷)	
متوسط	۲۴۰ (۷۶/۹)	
بد	۲۳ (۷/۴)	
تعداد حاملگی	۱/۹۶ (۰/۹۵)	۰/۱۰
یک	۱۱۹ (۳۸/۱)	
دو	۱۱۲ (۳۵/۹)	
سه	۵۳ (۱۷)	
مساوی یا بیش از چهار	۲۸ (۹)	
تمایل به بارداری	---	۰/۱۹
فعلی زن	۲۶۹ (۸۶/۲)	
بله	۴۳ (۱۳/۷)	
خیر	---	۰/۳۰۱
تمایل به بارداری	---	$P < 0.01$
فعلی همسر	۲۷۰ (۸۶/۵)	
بله	۴۲ (۱۳/۵)	
خیر	---	
سیگاری بودن همسر	۱۱۱ (۳۵/۶)	
بله	۲۰۱ (۶۴/۴)	
خیر	---	
جمع	۳۱۲ (۱۰۰)	

جدول ۲: توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب نمره کیفیت خواب و حیطه‌های کیفیت خواب

میانگین (انحراف معیار)	(درصد) فراوانی	نمره کیفیت خواب
۷/۷۸ (۳/۱۴)	۴۰ (۱۲/۸)	۴-۱ (طبیعی)
	۲۷۲ (۸۷/۲)	۵-۲۱ (کیفیت پایین)
۱/۱۸ (۰/۶۷)	۳۱ (۹/۹)	حیطه اول (کیفیت خواب ذهنی)
	۲۰۶ (۶۶)	خیلی خوب (۰)
	۱۵ (۴/۸)	خوب (۱)
	۶۰ (۱۹/۲)	بد (۲)
	۶۰ (۱۹/۲)	خیلی بد (۳)
۲/۸۴ (۱/۶۶)	۳۴ (۱۰/۹)	حیطه دوم (خواب نهفته)
	۱۰۴ (۳۳/۳)	صفر
	۱۲۱ (۳۸/۳)	۱-۲
	۵۳ (۱۷)	۳-۴
	۵۳ (۱۷)	۵-۶
۶/۶۲ (۱/۵۴)	۲۰ (۶/۴)	حیطه سوم (مدت زمان خواب)
	۵۱ (۱۶/۳)	کمتر و مساوی ۴/۵۹
	۷۱ (۲۲/۸)	۵-۵/۵۹
	۱۶۳ (۵۲/۲)	۶-۶/۵۹
	۱۶۳ (۵۲/۲)	بیشتر و مساوی ۷
۷۴/۶۵ (۱۵/۳۷)	۶۴ (۲۰/۵)	حیطه چهارم (کفایت خواب) (%)
	۸۵ (۲۷/۲)	کمتر و مساوی ۶۴
	۷۷ (۲۴/۷)	۶۵-۷۴
	۷۸ (۲۵)	۷۵-۸۴
	۷۸ (۲۵)	بیشتر و مساوی ۸۵
۹/۳۳ (۳/۷۳)	۳ (۱)	حیطه پنجم (اختلال خواب)
	۱۶۹ (۵۴/۲)	صفر
	۱۳۸ (۴۴/۲)	۱-۹
	۲ (۰/۶)	۱۰-۱۸
	۲ (۰/۶)	۱۹-۲۷
۲/۳۶ (۲/۰۰)	۷۷ (۲۴/۷)	حیطه هفتم (اختلال عملکرد روزانه)
	۹۸ (۳۱/۴)	صفر
	۸۸ (۲۸/۲)	۱-۲
	۴۸ (۱۵/۴)	۳-۴
	۳۱۲ (۱۰۰)	۵-۶
	۳۱۲ (۱۰۰)	جمع
P	(درصد) فراوانی	دلایل
۰/۸۵۵	۶۴ (۲۰/۵)	تهوع استفراغ
۰/۵۴۴	۴۶ (۱۴/۷)	سردرد
< 0.01	۱۰۸ (۳۴/۶)	خوابیدن و خستگی زیاد
۰/۹۱	۷۶ (۲۴/۴)	سوزش سر دل
۰/۹۲	۷۱ (۲۲/۸)	گرفتگی پا
۰/۳۶۹	۴۴ (۱۴/۱)	نفخ شکم
۰/۰۹۴	۱۸ (۵/۸)	یبوست
< 0.031	۱۵۹ (۵۱)	تکرر ادرار
۰/۲۱۸	۱۰ (۳/۲)	عدم فعالیت در روز
۰/۱۳۹	۴۸ (۱۵/۴)	استرس
۰/۰۵۸	۱۴۵ (۴۶/۵)	کمردرد

درصد آنان مشکلاتی برای دوباره به خواب رفتن داشتند. آنان در این مطالعه دریافتند که در دوران حاملگی مدت کلی خواب کاهش و سایر انواع اختلالات خواب افزایش می‌یابد، که با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر که شایع‌ترین دلایل اختلالات خواب زنان باردار را تکرر ادرار، کمردرد، خوابیدن و خستگی زیاد، سوزش سردل و گرفتگی پا که جزء علل جسمی هستند و ارتباط معنی‌دار تکرر ادرار، خوابیدن و خستگی زیاد با اختلالات خواب همسو با مطالعه حاضر می‌باشد. این مطالعه نشان داد میزان اختلالات خواب در سه ماهه دوم بارداری ۷۸/۲ درصد می‌باشد که می‌تواند به دلایلی چون رحم حامله در حال بزرگ شدن، عدم توانایی در قرار گرفتن در وضعیت راحت خواب، فشار روی مثانه و تکرر ادرار، حرکات جنین، انقباضات رحم در حال رشد و کمردرد و ... باشد. لذا ارائه آموزش و راهنمایی‌های مناسب به رفع اختلالات خواب در زنان باردار خصوصا در سه ماهه دوم بارداری کمک نموده و امکان خواب راحت را برای مادر و جنینش فراهم می‌نماید. در این پژوهش امکان تاثیر فرهنگ، عوامل ناشناخته فردی، محیطی و سایر فاکتورهای روحی روانی مادران باردار بر نتایج این تحقیق وجود داشت که خارج از محدوده کنترل پژوهشگر بود. با توجه به یافته‌های این پژوهش و نظر به اینکه اختلالات خواب دوران بارداری از شکایات عمده زنان است در حالی که به اینگونه مشکلات زنان باردار کمتر توجه شده و به عنوان امری طبیعی در بارداری تلقی می‌شود، حال آنکه اختلال در خواب می‌تواند زمینه ساز مشکلات زیادی در دوران بارداری، زایمان و بعد از آن شود و با توجه به اهمیت حفظ سلامت جسمی و روانی مادران باردار توصیه می‌شود. علاوه بر مراقبت‌های معمول دوران بارداری برنامه‌های مدون جهت بررسی و تشخیص اختلالات خواب، برنامه‌های مشاوره ایی مناسب برای پیشگیری و درمان اختلالات خواب اعم از آموزش رفتارهای بهداشتی خواب، برگزاری کلاسهای آموزشی، در اختیار گذاردن پمفلت یا کتابچه‌های آموزشی برای رفع مشکلات خواب این عزیزان ارائه شود تا گامی در جهت تامین سلامت مادران و نوزادان و تحقق شعار فرزندی سالم از مادر سالم برداشته شود.

سهم نویسندگان

فرشته جهدی: نویسنده اصلی

الهام رضایی: مسئول جمع‌آوری و تجزیه تحلیل داده‌ها

زهرا بهبودی مقدم: طراحی مطالعه، ابزار و تفسیر و تحلیل یافته‌ها

حمید حقانی: طراحی مطالعه، ابزار و تفسیر و تحلیل یافته‌ها

جدول ۳: توزیع فراوانی نسبی واحدهای پژوهش بر حسب دلایل احتمالی اختلالات خواب

P	(درصد) فراوانی	
۰/۸۵۵	۶۴ (۲۰/۵)	تهوع استفراغ
۰/۵۴۴	۴۶ (۱۴/۷)	سردرد
<۰/۰۱۵	۱۰۸ (۳۴/۶)	خوابیدن و خستگی زیاد
۰/۹۱	۷۶ (۲۴/۴)	سوزش سردل
۰/۹۲	۷۱ (۲۲/۸)	گرفتگی پا
۰/۳۶۹	۴۴ (۱۴/۱)	نفخ شکم
۰/۰۹۴	۱۸ (۵/۸)	پیوست
<۰/۰۳۱	۱۵۹ (۵۱)	تکرر ادرار
۰/۲۱۸	۱۰ (۳/۲)	عدم فعالیت در روز
۰/۱۳۹	۴۸ (۱۵/۴)	استرس
۰/۰۵۸	۱۴۵ (۴۶/۵)	کمردرد

بحث و نتیجه‌گیری

براساس نتایج پژوهش اختلال خواب (حیطه پنجم = ۵۴/۲٪) بیشترین نوع اختلال در سه ماهه دوم بارداری از بین حیطه‌های کیفیت خواب است. همچنین میزان اختلالات خواب ۸۷/۲ درصد بود. نتایج پژوهش حاضر با مطالعه سوزوکی و همکاران همسو است که در پژوهششان میزان اختلالات خواب را ۸۸ درصد گزارش نمودند. در مطالعه حاضر شایع‌ترین دلایل اختلال خواب به ترتیب تکرر ادرار، کمردرد، خوابیدن و خستگی زیاد، سوزش سردل و گرفتگی پا گزارش شد که با مطالعه بنداد و عابدیان در سال ۱۳۸۰ که شایع‌ترین دلایل را تکرر ادرار، کمردرد و چرخیدن در بستر می‌دانستند و همچنین مطالعه Barratte Beede, Lee, Degoseph و Mindle, Jacobson که نیاز به ادرار کردن در میانه خواب را شایع‌ترین دلیل اختلال خواب می‌دانستند همخوانی دارد اما با مطالعه سوزوکی و همکاران که حرکات جنین را شایع‌ترین دلیل اختلال خواب در طی سه ماهه سوم بارداری می‌دانستند مغایرت دارد. مطالعه دیورا و همکاران در سال ۲۰۱۰ نمایانگر آن بود که در زنان با مشکلات خواب کاهش عملکرد فیزیکی، اجتماعی، درد بدن، محدودیت در انجام وظایف به دلیل مشکلات جسمی وجود داشت. همچنین مطالعه فیلیپ و همکارانش در سال ۲۰۰۹ نشان داد کیفیت خواب اکثریت زنان باردار مورد مطالعه (۹۰/۴ درصد) در دوران قبل از حاملگی بهتر از دوران بارداری بوده است؛ و میانگین طول خواب قبل از حاملگی ۲۴۰-۸۴۰ دقیقه بود. آنان همچنین در مطالعه خود دریافتند ۷۸/۵ درصد زنان به دنبال بیدار شدن از خواب احساس رفع خستگی، ۲۱/۵ درصد احساس خستگی داشتند، ۲۴ درصد زنان اغلب یا همیشه با مشکل به خواب رفتن مواجه بودند، ۲۰ درصد از زنان در نیمه شب از خواب بیدار می‌شدند و ۲۳

تشکر و قدردانی

ماکو و کلیه افرادی که در جمع‌آوری داده‌های این پژوهش همکاری نموده اند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایم.

بدینوسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و روسای مراکز بهداشتی درمانی شهرستان

منابع

1. Kaplan H. & Sadock B. Comprehensive textbook of psychiatry. 7th Edition, Philadelphia: Lippincott Williams wilkins, 2007
2. Lopes EA, Carvalho LB, Seguro PB, Mattar R, Silva AB, Prado LB, Et al. Sleep disorders in pregnancy. Arquivos Neuro-Psiquiatr 2004;62:217-21
3. American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders: Diagnostic and coding manual. 2th Editon, Thorpy: USA, 2005
4. Cunningham FG et al Williams Obstetrics. 22th Edition, Mc Graw - Hill: New York, 2010
5. Moline M, Broch L, Zak R. Sleep problems across the life cycle in women. Current Treatment Options of Neurology 2004 ;6:319-30
6. Philip NJ, Benedicte T, Pierre I. sleep and vigilance disorders in pregnancy. European Neurology 2009; 62; 23-29
7. Lee KA. Alterations in sleep during pregnancy and postpartum: a review of 30 years of research. Sleep Medicine Reviews 1998; 2:231-42
8. Lee AK, Gay lc. sleep in late pregnancy predicts length of labor and tye of delivery. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2004;191:204
9. Michael T. Smith, David N. Neubauer. Cognitive Behavior Therapy for Chronic Insomnia. Clinical Cornerstone 2003; 5: 28-40
10. Barratte Beede KR, Lee K. Source of mid sleep awakening in childbearing women. Clinical Nursing Research 1999; 8: 386-97
11. Lee KA. Degoseph JF. Vitality and fatigue among a selected group of employed child bearing women. Sleep Disturbance 1992; 19: 208-13
12. Mindell JA, Jacobson BJ. Sleep disturbances during pregnancy. Journal of Obstetric, Gynecologic, Neonatal Nursing 2000;29:590-7
13. Da Costa D, Dritsa M, Verreault N, Balaa C, Kudzman J, Et al. Sleep problems and depressed mood negatively impact health-related quality of life during pregnancy. Archives of Womens Mental Health 2010; 13:249-57
14. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Research 1989; 28:193-213
15. Malekzadegan A. The effects of Relaxation exercise training on the sleep disorders in the third trimester of pregnancy, pregnant women referred to health centers in Zanjan. School of Nursing and Midwifery. Thesis for Master of Midwifery. Iran University of Medical Sciences in Iran, 2005
16. Nasiri ziba Fariba. Comparison of general health and quality of sleep in two groups of nurses ,working and fixed shifts. Thesis for Master of Nursing. Iranian medical health centers, Iran university of medical science, 2005
17. Hossein Abadi, R. The effect of acupressure on sleep quality in elderly. Thesis for Master of Nursing. Tarbiatmodares University in Iran, 2006

ABSTRACT

Prevalence of sleep disorders in the pregnant women

Fereshte Jahdi¹, Elham rezaei^{1*}, Zahra Behboodi Moghadam¹, Hamid hagani¹

1. Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Payesh 2013; 12: 629-635

Accepted for publication: 8 December 2012

[EPub ahead of print-8 October 2013]

Objective (s): Sleep disturbance is a common complaint during pregnancy and occurs as a result of physiologic, hormonal, and physical changes associated with pregnancy. This study aimed to determine prevalence of sleep disorders in the pregnant women.

Methods: This was a cross sectional study of 312 pregnant women aged 20 to 40 years old in Maku, Azarbyegan, Iran. Pittsburgh Sleep Quality Index was used to collect the data. Descriptive and analytical statistics were used to explore the data.

Results: The mean score sleep quality was 7.78 (SD = $\pm$ 3.14) and prevalence of sleep disturbance in pregnant women was 87.2 %. There was a significant relationship between sleep disorder and excessive sleeping and fatigue, urinary frequency, husband smoking and education.

Conclusion: The findings suggest that a high proportion of pregnant women suffer from sleep disturbance. It seems that providing necessary care for these women is essential.

Key Words: Sleep disturbance, Pregnant women, Iran

* Corresponding author: Faculty of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Tel: 66927171
E-mail: rezai520@yahoo.com