بررسی ارتباط اختلالات خواب در ماه آخر بارداری با طول مدت لیبر و نوع زایمان در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان سقز ۱۳۸۵

صدیقه امیر علی اکبری*[۱] ، بیان بلوری[۲] ، خسرو صادق نیت حقیقی[۳] ، حمید علوی مجد[٤]

۱) کارشناس ارشد مامایی مربی و عضو هیئت علمی دانشگاه شهید بهشتی

۲) کارشناس ارشد مامایی

۳) متخصص طب کار ، فلوشیپ اختلالات خواب ، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

۴) استادیار گروه آمار حیاتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

تاریخ دریافت :۸۶/٤/۱۸ **تاریخ پذیرش :۸۶/٦/۱**

چکیده

مقدمه : حاملگی دارای شرا یط ویژه ایست که می تواند الگوی خواب را تحت تاثیر قرار دهد .حدود ۲/۳ زنان باردار الگوی خواب غیر طبیعی داشته و از این مسئله شاکی هستند . از آنجایی که اختلال در خواب علاوه برداشتن عواقب فیزیکی و روانی برای زنان می تواند برروی سرانجام زایمان آنها ازجمله طول مدت لیبر و نوع زایمان تاثیر گذاز باشد.پژوهش حاضر به منظور تعیین ارتباط اختلالات خواب در ماه آخر بارداری با طول مدت لیبر و نوع زایمان در شهرستان سقز درسال ۱۳۸۵ می باشد.

مواد و روش ها : پژوهش حاضر آینده نگر و تحلیلی می باشد که با روش نمونه گیری غیر تصادفی ومستمر صورت گرفت. در این پژوهش۱۳۹ زن باردار نخست زای ۳۹-۳۷ هفته که مشخصات واحد های پژوهش را دارا بودند وارد مطالعه گردیدند و در دو گروه (۵۴ نفر بدون اختلال خواب و ۸۵ نفر دارای اختلال خواب) تا زمان زایمان پی گیری شدند . اطلاعات با روش تکمیل پرسشنامه و مشاهده با استفاده از ابزار فرم اطلاعاتی- چک لیست مشاهدات جمع آوری شد. و سپس با نرم افزارSPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته های پژوهش : نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که میانگین طول مدت مرحله اول زایمان در گروه بدون اختلال خواب ۶۶ دقیقه کوتاهتر از گروه دارای اختلال خواب بود همچنین طول مدت مرحله دوم زایمان نیز ۲۵ دقیقه کوتاهتر از گروه دارای اختلال خواب بود و این اختلاف از نظر آماری معنادار بود ($p<۰/۰۰۱$). و اما طول مدت مرحله سوم زایمان و نوع زایمان در دو گروه تفاوت معنی دار نداشت.

بحث و نتیجه گیری:به نظر میرسد اختلالات خواب در بارداری می تواند باعث طولانی شدن مرحله اول و دوم زایمان شود ولی بر طول مدت مرحله سوم زایمان و نوع زایمان تاثیری ندارد توصیه میشود بر ضرورت رعایت بهداشت خواب در بارداری و آموزشهای لازم در این زمینه به زنان باردار تأکید گردد.

واژه های کلیدی: اختلال خواب، بارداری، لیبر، نوع زایمان

* **نویسنده مسئول** : صدیقه امیر علی اکبری ، کارشناس ارشد مامایی مربی وعضو هیئت علمی دانشگاه شهید بهشتی

Email:asa_akbari@yahoo.com

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-07]

مقدمه

خواب یک رفتار سازمان یافته است که به عنوان یک ضرورت حیاتی و بر پایه ریتم بیولوژیک هر روز تکرار می شود. خواب به تجدید قوای ذهنی و فیزیولوژیکی کمک می کند و برای پذیرفتن وظایف و نقشهای جدید لازم است(۱).

عوامل فیزیکی، عاطفی و هیجانی زیادی می توانند الگوی خواب را به هم بزنند و در خواب اختلال ایجاد نمایند. اختلال خواب به مواردی اطلاق می گردد که بیمار از یک یا بیشتر از یکی از مشکلاتی مانند بی خوابی، بیدار شدنهای مکرر در طول خواب شبانه، افزایش خواب آلودگی در طول روز و یا حرکات ، حالات و احساسات غیر عادی در طول خواب شکایت داشته باشد(۲). از حاملگی دارای شرایط ویژه ایست که می تواند الگوی خواب را تحت تاثیر قراردهد ودرخواب اختلال ایجاد نماید حدود $\frac{۲}{۳}$ زنان باردار الگوی خواب غیر طبیعی داشته و از این مسئله شاکی هستند اختلال خواب در حاملگی در مقایسه با قبل از حاملگی در هر سه ماهه افزایش می یابد(۳). همزمان با شروع هفته ۱۲ حاملگی تا ۲ ماه بعد از زایمان زنان از مشکل بودن شروع خواب، بیدار شدن های مکرر، ساعات کمتر خواب شبانه و کاهش کارایی خواب شکایت می کنند(۴). تغییرات عاطفی در طول بارداری به همراه تغییرات فیزیکی، هورمونی، افزایش سایز جنین، افزایش شب ادراری و پیدا نکردن وضعیت مناسب در طول خواب می توانند اضطراب در طول حاملگی را توسعه داده و موجب اختلال در خواب شوند(۵،۶،۷). همچنین در طول بارداری افزایش مشخص سندرم بی قراری پاها وجود دارد (RLS) خصوصا در اواخر بارداری و دوره پس از زایمان که این امر موجب اختلال در خواب زن باردار می گردد(۸). زمان کل خواب و خواب شبانه در طول نخستین سه ماهه اول افزایش یافته و در طول سه ماهه دوم و سوم کاهش می یابد(۵). تغییر در کیفیت خواب زنان باردار ممکن است بر روی نگرش آن نسبت به تجربه درد و زایمان و پذیرش نقش مادرانه موثر باشد(۹).

تغییرات ایجاد شده در کیفیت خواب زنان باردار در آخرین سه ماهه بارداریشان موجب اضطراب ، افسردگی، کاهش مقاومت و تحمل در برابر درد، کاهش حس و کنترل احساسات می شود که همه به طور اساسی در نتیجه و عواقب لیبر موثر است(۱۰). برخی از تحقیقات در ماه آخر بارداری زنان باردار نشاندهنده این است که خانمهایی که اختلال شدید خواب دارند و کمتر از شش ساعت در شب می خوابند طول مدت لیبر در آنها بیشتر است (۱۱ ، ۹).

کمیت و کیفیت خواب به دلیل در برداشتن وضعیت و عواقب فیزیکی و روانی آن برای زنان باید در دوره بارداری مورد ارزیابی قرار گیرد و در صورت وجود اختلالات خواب باید توصیه های بهداشتی و اقدامات لازم صورت گیرد. متخصصین پره ناتال اگر از اختلالات خواب در دوره بارداری اطلاعات کافی نداشته باشند ممکن است نتوانند اقدامات لازم در هر سه ماهه بارداری را برای زنان باردار فراهم آورند(۱۱).

با توجه به کمبود مطالعات تحقیقاتی در زمینه اختلالات خواب دوران بارداری علی الخصوص در کشورمان و تاثیر آن برروی پیامد زایمان و با توجه به شیوع بالای اختلالات خواب در اواخر بارداری (۳ ،۱۱)، و تاثیرات احتمالی اختلالات خواب بر روی روند لیبر و افزایش میزان زایمان سزارین(۱،۹،۱۰) و از آنجایی که هدف از مراقبت پرده ناتال این است که خانم باردار بتواند بارداری و زایمان خود را با حداقل آسیب احتمالی پشت سر بگذارد لزوم انجام پژوهش در این زمینه ضروری به نظر می رسد.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر یک پژوهش تحلیلی و آینده نگر بود که به منظور بررسی ارتباط اختلالات خواب در ماه آخر بارداری با طول مدت لیبر و نوع زایمان در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان سقز در سال ۱۳۸۵ صورت گرفت. روش نمونه گیری در این پژوهش به صورت غیر تصادفی و مستمر صورت گرفت و تا زمانی ادامه یافت که به تعداد نمونه های لازم دسترسی پیدا شد. تعداد نمونه ها ۱۰۸ نفر در نظر گرفته شد. که در عمل ۱۳۹ نفر وارد پژوهش شدند. (۵۴ نفر بدون اختلال خواب و ۸۵ نفر دارای اختلال خواب) .

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-07]

تعداد نمونه ها از فرمول زیر محاسبه گردید:

$$N = \frac{۲(Z\alpha + Z\beta)^۲ \delta^۲}{(\mu_۱ \quad \mu_۲)}$$

در این پژوهش ، جهت گرد آوری داده ها از برگه فرم اطلاعاتی (شامل دو بخش ، بخش اول اطلاعات دموگرافیک و بخش دوم شامل پرسشنامه بررسی اختلالات خواب و برگه Sleep log جهت سنجش ثبت زمان خواب و بیداری در ۲۴ ساعت و کیفیت خواب) و برگه مشاهده مربوط به وقایع لیبر استفاده شد.

ابزار مذکور پس از تعیین اعتبار پرسشنامه بررسی اختلالات خواب و چک لیست مشاهده لیبربا روش اعتبار محتوی، جهت استفاده در این پژوهش به کار برده شد. جهت پایایی ساعت نیز، ساعت مورد استفاده مرتبا با ساعت رسمی کشور کنترل می شد. جهت پایایی پرسشنامه اختلالات خواب از دو روش استفاده شد : در ابتدا کل پرسشنامه در اختیار ۱۵ نفر از خانم های باردار که خصوصیات واحدهای مورد پژوهش را دارا بودند قرار داده شد تا تکمیل نمایند. جهت پایایی قسمت اول و دوم پرسشنامه از روش آمار ی آلفای کرونباخ استفاده شد. با استفاده از نرم افزار spss ضریب آلفای کرونباخ (α=۰/۸۱) به دست آمد. جهت پایایی قسمت های سوم، چهارم و پنجم پرسشنامه و برگه Sleep log از روش آزمون مجدد استفاده شد. بدین صورت که به فاصله ۲ ساعت مجددا توسط همان افراد این قسمت ها تکمیل شد و با استفاده از آزمون های آماری، جهت متغیرهای کیفی دو حالته از آزمون مک نمار و ضریب کاپا و برای سوالات چند حالته از ضریب همبستگی اسپیرمن و آزمون ویلکاکسون استفاده شد و همبستگی پاسخ ها مشخص گردید. در این پژوهش پاسخ سوالات متغیرهای کیفی با آزمون مک نمار p=۱ و ضریب کاپا برابر با یک و در مورد متغیرهای رتبه ای با ضریب همبستگی اسپیرمن برابر یک همبستگی معناداری را نشان دادند.

با مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان سقز ، خانم های باردار نخست زا، با سن حاملگی ۳۹–۳۷ هفته بدون سابقه نازایی، که ملیت ایرانی داشته، حاملگی تک قلو داشتند، دارای شاخص توده بدنی در محدوده نرمال بوده و سن بین ۳۵ – ۱۸ سال بوده، دارای سواد حداقل پنجم ابتدایی بودند؛ شیفت کاری نداشتند، اعتیاد به مواد مخدر ، الکل و سیگار نداشتند، سابقه مشکلات شناخته شده طبی درحین و قبل از بارداری نظیر آسم بیماری قلبی عروقی ، دیابت و یا بیماری کلیوی نداشتند، در بارداری فعلی مشکلاتی نظیر هیدرآمینوس، پره اکلامپسی، دیابت و ... نداشتند؛ پس از توضیح اهداف پژوهش و گرفتن رضایت نامه وارد مطالعه شدند. به هر یک از نمونه ها در ابتدا یک برگه Sleep log تحویل داده می شد تا روزانه به مدت یک هفته تکمیل نمایند. پس از تکمیل برگه های Sleep log پرسشنامه مربوط به بررسی اختلالات خواب در اختیار آنها قرار داده شده تا با حضور پژوهشگر و در مکانی کاملاً آرام و خلوت تکمیل گردد. پرسشنامه اختلالات خواب که شامل پرسشنامه های استاندار شده(Epwort sleepiness scale)-ESS و SDQ (sleep disorder questionare)t و Sleep impairment index که مشتمل بر ۳۹ سؤال بود. بخش اول پرسشنامه شامل ۳ سوال در ارتباط با شاخص کمبود خواب، بخش دوم شامل ۸ سوال در ارتباط با شاخص خواب آلودگی روزانه، بخش سوم شامل ۲۱ سوال جهت سنجش رضایتمندی، وضعیت فعلی خواب، میزان تاثیر گذاری خواب برکارایی روزانه، مصرف داروهای خواب آور، پاراسومنیا و ... و بخش چهارم شامل ۷ سوال در ارتباط با سندرم وقفه تنفسی حین خواب بود. شدت اختلال خواب بر اساس نمره بندی کیفی و کمی در نهایت به ۳ دسته: شدید، متوسط و خفیف تقسیم می شد.

جهت محاسبه شدت اختلال خواب از بخش اول و دوم پرسشنامه استفاده شد. در بخش اول که شاخص بی خوابی است هر سوال دارای امتیاز ۴ –۰ می باشد و حداکثر امتیاز ۱۲ است . بخش دوم که شامل پرسشنامه استاندارد (ESS) است که شاخص خواب آلودگی طی روز را می سنجید و هر سوال دارای امتیاز ۳–۰ بوده و حداکثر امتیاز ۲۴ بود نمره نهایی هر بخش به صورت زیر محاسبه می شد: بخش اول: ۰ – بدون اختلال، ۴–۱خفیف، ۸–۵ متوسط، ۱۲–۹ شدید و در بخش دوم: ۶–۰ محدوده طبیعی، ۱۱–۷ اختلال خفیف، ۱۷–۱۲ اختلال متوسط و ۲۴–۱۸ اختلال شدید. جهت تعیین

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-07]

شدت نهایی اختلال خواب نمره ماکزیمم نمره بین بخش اول و دوم در نظر گرفته می شد. پس از تکمیل پرسشنامه براساس شدت اختلال خواب خانمهای باردار در ۴ گروه قرار گرفتند: گروه اول زنان مبتلا به اختلالات شدید خواب ، گروه دوم زنان مبتلا به اختلالات متوسط، گروه سوم زنان مبتلا به اختلالات خفیف و گروه چهارم زنانی که اختلال خواب نداشتند. با توجه به تعداد کم افرادی که اختلا ل خواب نداشتند، گروه اختلال خفیف با گروه بدون اختلال در هم ادغام و به عنوان گروه بدون اختلال خواب وگروه دارای اختلالات متوسط و شدیدنیزبا هم ادغام و به عنوان گروه دارای اختلال خواب در نظر گرفته شدند.

این افراد تا زمان شروع لیبر و شروع انقباضات زایمانی پی گیری شدند. در هنگام مراجعه به بیمارستان زنانی وارد مطالعه شدند که در ابتدای فاز فعال زایمان بادیلاتاسیون دهانه رحم بین ۴ – ۳ سانتی مترو شروع لیبر آنان خود به خود بود. در صورتی پارگی کیسه امنیون، القای زایمان با داروهای اکسی توسیک ،عدم تطابق سر جنین بالگن مادر، وزن تخمینی جنین بالای ۴۰۰۰ گرم و مصرف مسکن ها ۴ ساعت قبل از لیبر از مطالعه خارج می شدند.

پس از شروع انقباضات و مراجعه نمونه ها جهت زایمان پژوهشگر بلافاصله در بیمارستان حضور می یافت. میزان دیلاتاسیون و افاسمان سرویکس و نزول سرجنین اندازه گیری و ثبت می شد. شروع بالینی لیبر جهت محاسبه مرحله اول زایمان دیلاتاسیون ۴ – ۳ سانتی متر در نظر گرفته شد و پایان مرحله اول دیلاتاسیون ۱۰ سانتی متر سرویکس محاسبه گردید. گروهها از لحاظ سن و نمره بیشاپ اسکور همسان سازی شدند. در صورت بروز عوارضی از قبیل پرولایس بند ناف، پارگی رحم، فشار خون بالای ۱۴۰/۹۰، دکولمان جفت و یا سایر ورژانسها مامایی که نیاز به سزارین فوری داشتند نمونه ها از پژوهش حذف می شدند. در پایان وضعیت لیبر و زایمان ۱۳۹ نفر مورد پی گیری و مقایسه قرار داده شد (۵۴ نفر در گروه بدون اختلال خواب و اختلال ضعیف و مجموعا ۸۵ نفر در گروه اختلال شدید و متوسط). در این پژوهش جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS استفاده شد.

یافته های پژوهش

نتایج نشان داد میانگین سنی در گروه دارای اختلال (۳/۷۸±۲۳/۱۵) ودر گروه بدون اختلال خواب (۳/۲۱±۲۳/۲) سال بود که از لحاظ اختلاف آماری معنی دار وجود نداشت. همچنین بین متغیرهای سطح تحصیلات، شغل، سن بارداری، شاخص توده بدنی مادر، نمره بیشاپ دهانه رحم، نوع پارگی کیسه آب، مقاومت پرینه و وجود الگوهای غیرطبیعی ضربان قلب جنین، اختلاف آماری معنی دار مشاهده نشد و گروهها از این نظر همگون بودند. از ۱۳۹ نفر مورد مطالعه این پژوهش ۱۴ نفر (۱۰/۱) هیچ گونه اختلال خوابی نداشتند. ۴۰ نفر (۲۸/۸) دارای اختلال خفیف، ۴۱ نفر (۲۹/۵) دارای اختلال متوسط و ۴۴ نفر (۳۱/۷) دارای اختلال شدید خواب بودند.

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که میانگین طول مدت مرحله اول زایمان در گروه بدون اختلال خواب ۶۶ دقیقه کوتاهتر از گروه دارای اختلال خواب بود همچنین طول مدت مرحله دوم زایمان نیز ۲۵ دقیقه کوتاهتر از گروه دارای اختلال خواب بود. با استفاده از نتایج آزمون من ویتنی مشخص شد که بین مرحله اول و دوم زایمان در دو گروه تفاوت معنی دار وجود دارد($p<۰/۰۰۱$)، ولی در طول مدت مرحله سوم زایمان بین دو گروه تفاوت آماری معنی دار نمی باشد(جدول شماره ۱).

هم چنین با استفاده از آزمون کای دو مشخص شد که بین نوع زایمان با اختلال خواب اختلاف آماری معنی دار وجود ندارد (جدول شماره۲).

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-07]

جدول شماره۱. توزیع زنان نخست زا براساس میانگین طول مدت مرحله اول دوم و سوم زایمان(دقیقه) در گروه های مورد مطالعه مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی شهرستان سقز در سال ۱۳۸۵

طول مراحل زایمان به(دقیقه) / گروه اختلال خواب	میانگین و انحراف معیار طول مرحله اول زایمان	میانگین و انحراف معیار طول مرحله دوم زایمان	میانگین و انحراف معیار طول مرحله سوم زایمان
دارای اختلال	۲۹۴/۶۷±۶۲/۴۴	۵۱/۳۵±۸/۲۲	۷/۶۵±۲/۳۲
بدون اختلال	۲۲۹/۱۶±۴۴/۵۱	۲۶/۹±۱۰/۴۸	۷/۵۸±۲/۶۰
نتیجه آزمون	(p<۰/۰۰۱).	(p<۰/۰۰۱).	NS

جدول شماره۲ . توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان نخست زا بر اساس نوع زایمان در دو گروه مورد مطالعه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان سقز در سال ۱۳۸۵

نوع زایمان / گروه اختلال خواب	زایمان غیر سزارین		زایمان سزارین		جمع	
	تعداد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
بدون اختلال	۵۰	۹۲/۶	۴	۷/۴	۵۴	۱۰۰
دارای اختلال	۷۰	۸۲/۴	۱۵	۱۷/۶	۸۵	۱۰۰
نتیجه آزمون کای دو	NS					

بحث

با توجه به نتایج بالا مشخص شد که در گروه دارای اختلال خواب میانگین طول مدت مرحله اول زایمان ۶۶ دقیقه طولانی تر و میانگین طول مدت مرحله دوم زایمان ۲۵ دقیقه طولانی تر از گروه بدون اختلال خواب بوده است. از لحاظ طول مدت مرحله سوم زایمان بین دو گروه تفاوت آماری معنی دار مشاهده نشد.

در مطالعه ای لی وگای به منظور بررسی ارتباط اختلالات خواب در ماه آخر بارداری با طول مدت لیبر انجام شد مشخص گردید که افرادی که اختلالات شدید تری دارند طول مدت لیبر طولانی تری نیز خواهند داشت. میانگین طول مدت لیبر در افرادی که اختلالات شدید داشتند ۱/۷ + ۲۶ ساعت(۱۵۶۰) دقیقه بود که نسبت به گروهی که اختلال خواب نداشتند ۷/۷ ساعت (۴۶۲ دقیقه) طولا نی تر بوده است(۱).

در مطالعه ایوان و همکاران که به مطالعه همبستگی بین کیفیت خواب در هفته قبل از شروع زایمان با طول مدت لیبر و نوع زایمان پرداختند، همبستگی معناداری بین کیفیت خواب و طول مدت لیبر نیافتند (r =-۰/۰۰۶). میانگین کلی طول مدت لیبر (مرحله اول و دوم) ۵/۶±۹/۱ ساعت بود. (میانگین طول مدت مرحله اول زایمان ۵/۲±۸/۱ ساعت (۴۸۶دقیقه) و میانگین طول مدت مرحله دوم زایمان ۰/۹۹±۱ ساعت

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-07]

(۶۰ دقیقه) بود(۱۰). احتمالا دلیل تفاوت در نتایج آنها با مطالعه ما در این بود که زنان نخست زا و چند زا با هم مورد مطالعه قرار گرفته و از این لحاظ نیز همسان سازی صورت نگرفته بود.

در پژوهش حاضر کلیه عواملی که به آنها اشاره شد همسان سازی شدند همچنان که قبلا اشاره شده است دو گروه مورد مطالعه ما از لحاظ سن مادر، میزان تحصیلات، شغل، سن بارداری در هنگام مطالعه، نمره بیشاب، نوع پارگی کیسه آب ، مقاومت پرینه، وجود دفعاتی از الگوی غیر طبیعی ضربان قلب جنین تفاوت آماری معنی داری نداشته و همسان بودند و در صورت تاثیرات احتمالی آنها برطول مدت لیبر این تاثیرات در هر دو گروه یکسان بوده است .

در توضیح چگونگی ارتباط بین اختلالات خواب و طول مدت لیبر تحقیقات و پژوهش هایی جهت بررسی فاکتورهای هورمونی، استرس، اضطراب و سایر فاکتورهای فیزیولوژیک و روانی لازم است(۳) به نظر می رسد تغییرات ایجاد شده در کیفیت خواب زنان باردار در آخرین سه ماهه بارداریشان موجب اضطراب، افسردگی، کاهش تحمل درد و کاهش کنترل احساسات می شودکه همه به طور اساسی روی نتیجه و عواقب لیبر موثر است(۱۰). در رابطه با اضطراب و کاهش تحمل درد زایمان که به آنها اشاره شده است بونیکا و همکارانش معتقدند که درد شدید زایمان و اضطراب در مرحله فعال زایمان که باعث افزایش سطوح کاتکول آمین ها، کورتیزول و در نتیجه کاهش قدرت انقباضات رحمی و کاهش انقباضات هماهنگ می شود موجب طولانی شدن زایمان می گردد(۱۲). همچنین کردی و گلمکانی چنین اظهار می دارند که واژه زایمان سخت ناشی از عوامل روحی–روانی به اختلال زایمان که توسط ناراحتیهای روانی ایجاد میشود، اشاره دارد و به علت تولید بیش از حد کاتکول امین هاست. سطوح بالای کاتکول امینها، جریان خون رحم و جفت را کم می کند و سبب بی کفایتی انقباضات و کاهش اکسیژن رسانی به جنین می شود(۱۳). فرضیه دیگری که در ارتباط با چگونگی تاثیر اختلالات خواب بر طول مدت لیبر مطرح می شود خستگی به عنوان یکی از عوارض اختلال درخواب است چاین و همکارانش به این نتیجه رسیدند که بیشترین خستگی در سه ماهه سوم تظاهر می کند و ارتباط مستقیم با اختلال خواب دارد. خستگی در هنگام زایمان از عواقب اختلال در الگوی خواب است. خستگی درحاملگی ممکن است بر توانایی زنان در تحمل درد زایمان و کوشش آنها برای زایمان واژینال تاثیر بگذارد(۱۴) تغییرات نورو هورمونی در ساختار خواب، شامل کاهش هورمون رشد(مرتبط با کاهش خواب مراحل ۳ و ۴)، بالا رفتن میزان کورتیزول شب (مرتبط با کاهش خواب REM)، و افزایش اینترلوکین–۶ (مرتبط با افزایش زمان های بیداری بعد از شروع خواب) ممکن است بر روی روند لیبر موثر باشد(۱۵). نکات مطرح شده فوق به عنوان فرضیه های احتمالی بوده، و تحقیقات گسترده ای لازم است تا این فرضیه ها به اثبات برسند.

در مطالعه ما شانس سزارین در گروه دارای اختلال خواب ۲/۷ برابر گروه بدون اختلال بود ولی از لحاظ آماری معنا دار نبود و اختلال خواب تاثیری در افزایش شیوع سزارین نداشت. در مطالعه انجام شده توسط لی و همکاران مشخص شد که اختلال خواب خطر زایمان سزارین را ۵ برابر افزایش می دهد(۹) ولی در مطالعه ایوان و همکاران بین نوع زایمان و اختلال خواب ارتباط آماری معنی دار یافت نشد(۱۰) که با مطالعه ما هم خوانی دارد.

نتیجه گیری

به نظر می رسد اختلال خواب در بارداری می تواند بر طول مدت مرحله اول و دوم لیبر موثر باشد. ولی بر طول مدت مرحله سوم و نیز نوع زایمان تاثیری ندارد. رعایت بهداشت خواب در دوران بارداری و مشاوره با زنان در این زمان لازم است. همچنین تحقیقات بیشتر در این زمینه توصیه می شود.

References

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-07]

1-Lee KA,Gay C.Sleep in late pregnancy predicts length of labor and type of delivery. *American Jornal of Obstertrics and Gynecology . 2004;191 : 2041-2060.*
2-Kryger MH ,Roth G,Eloni DM,Dement WDF. Principles and Practice of Sleep Medicine. (2005)4th edition. Philadelphia ,Lippin Cott.
3-Lopes EA, Carvalho LBC, Seguro PBC, Rosiane M,Silva AB, Prado LBF, Prado GF.
Sleep disorders in pregnancy.*Arq.Neuro psiquiatr.* 2004 .Vol 62 . 2a:[on line]<http://www.icm 19. org/>
4-Elliott AC , Schuman H. Primary care assesment and management sleep disorders. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. 2001;13(9):409-418.*
5-Hedman C, Pohjasvaara T,Tolonen U,Suhonen M AS,Myllylä V. Effects of pregnancy on mother's .*Sleep Medicine. 2002; 3 (1): 37-42.*
6-Lee KA, McEnany G, Zaffke ME. REM sleep and mood state in child bearing women : sleepy or weepy ? *Sleep. 2000 ; 23 (7): 877-885.*
7-Edward N, M Iddleton PG, Blyton D, Sullivan C. Sleep disordered breating and pregnancy.*Thorax. 2002 :57:555-558.*
8-Manconi M, Govoni V, De vito AE, Conomou N T ,Cesnik E et al .Pregnancy as a risk factor for restless legs syndrome .*Sleep Medicine. 2004 ; 5(3): 305 – 308.*
9-Lee kA , Mcenany G, Zaffke ME. REM sleep and Mood state in child bearing women : sleepy or weepy ? *Sleep medicine. 2001; 23 (7) : 877 – 885.*
10-Evans MDick M, Clark A. Sleep during the week befor labor relation ships to labor outcomes. *Clinical Nursing. 1995 ; 4 (3) : 234-252.*
11-Moline M,Broch H , Zak R . Sleep problems across the line cycle in women . *Current Science. 2004 ;6 : 319 – 330.*
12-Bonica JJ. The Pain Of Child Birth. 1998. 2 edition, Edinburg. C.Livingstone.
۱۳- پنی، س و روت ، آ . اقدامات اولیه برای پیشگری ودرمان زایمان سخت. ترجمه کردی م و گلمکانی آ. (۱۳۸۳). چاپ اول. تهران. *انتشارات دانشگاه علوم پزشکی مشهد.*
14- Chien LY , Ko YL. Fatigue during pregnancy predicts caesarean deliveries. *Journal of Advance Nursing. 2004 ;45 (5): 487-94.*
۱۵- اربابی م . خلاصه سخرانیهای اولین سمینار آموزشی خواب ، اختلالات و روشهای تشخیص و درمان. (۱۳۸۳). تهران.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-07]