

بررسی کیفیت خواب زنان در دوره نفاس و عوامل مرتبط با آن در شهر زنجان سال ۱۳۹۳

دکتر زهرا بهبودی مقدم^۱، مهناز کشاورز افشار^{۲*}، اکبر پوررحیمی^۳،
دکتر زیبا تقی‌زاده^۴، پوران مختاری زنجانی^۲، دکتر علی منتظری^۵

۱. دانشیار گروه بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.
۳. کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.
۴. استادیار گروه بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۵. استاد گروه سلامت روان، مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۰/۰۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۱/۰۵

خلاصه

مقدمه: دوره نفاس، به ۶ هفته اول پس از زایمان اطلاق می‌شود. این دوره برای مادران بسیار استرس‌زا می‌باشد و زنان با تغییرات زیادی از جمله تغییرات کیفیت خواب مواجه می‌شوند. مطالعه حاضر با هدف بررسی کیفیت خواب زنان در دوره نفاس و عوامل مرتبط با آن انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۳ بر روی ۲۰۰ مادر در دوره نفاس که به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان زنجان مراجعه کرده بودند؛ انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ، شاخص افسردگی پس از زایمان ادینبرگ و پرسشنامه جمعیت‌شناختی گردآوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون‌های کای‌دو، ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین کیفیت خواب در دوره نفاس $7/74 \pm 2/31$ بود و ۱۲۵ نفر (۶۲/۵٪) از زنان در این دوره، از کیفیت پایین خواب رنج می‌بردند. دفعات بیدار شدن به علت گریه شیرخوار ($t=0/41$)، تغذیه شیرخوار ($t=0/46$)، $p < 0/01$) از مهم‌ترین عواملی بودند که با اختلالات خواب همبستگی معناداری داشتند، همچنین افسردگی مادر با کیفیت پایین خواب همبستگی معناداری را نشان داد ($t=0/16$)، $p=0/03$). از بین مشخصه‌های جمعیت‌شناسی، تحصیلات مادر ($t=-0/37$)، $p=0/04$)، شغل همسران ($p=0/03$)، سن ($t=0/28$)، $p=0/02$) و اشتغال مادران ($p=0/03$) همبستگی معناداری با اختلال خواب نشان دادند.

نتیجه‌گیری: با توجه به پایین بودن کیفیت خواب در دوران نفاس، وجود برنامه‌هایی جهت پیشگیری، تشخیص و کمک به درمان اختلالات خواب علاوه بر مراقبت‌های معمول نفاس ضروری به نظر می‌رسد.

کلمات کلیدی: افسردگی، کیفیت خواب، نفاس

* نویسنده مسئول مکاتبات: مهناز کشاورز افشار؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران. تلفن: ۰۲۴-۳۳۱۴۸۳۰۰؛ پست الکترونیک: m.keshavarzafshar@zums.ac.ir

مقدمه

دوران پس از زایمان، به ۶ هفته اول پس از زایمان اطلاق می‌شود (۱) که مرحله‌ای بسیار استرس‌زا برای مادران می‌باشد. این مرحله به‌عنوان یک مرحله تغییر در زندگی، نیاز به انطباق مجدد دارد (۲). دوران بارداری و پس از زایمان، دو دوره مهم برای زنان و نیز خانواده‌های آنان می‌باشد (۳) که در آن اختلالات مرتبط با خواب گزارش شده است (۴).

خواب، فرآیندی است که اهمیت زیادی در زندگی انسان دارد. عوارض ناشی از خواب ناکافی منجر به کاهش تمرکز حواس و قضاوت و اختلال در انجام فعالیت‌های روزمره و افزایش تحریک‌پذیری (۵)، اختلال در عملکرد روزانه، خستگی مادر، افزایش حوادث زندگی و کاهش کیفیت زندگی می‌گردد (۶). تحقیقات نشان داده‌اند که خواب ناکافی، عملکرد هموستاز، عملکرد عصبی و خلق‌وخوی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. حتی اثراتی که کمبود متوسط خواب در زندگی و کیفیت سلامتی دارد، می‌تواند مشابه به محرومیت کلی خواب باشد. بسیاری از دست‌اندرکاران پزشکی با بیماران دارای چنین مشکلاتی روبرو می‌شوند (۷).

اختلالات خواب با بیشترین شیوع، از هفته ۱۲ بارداری تا ۲ ماه پس از زایمان بروز می‌کند که معمولاً به‌صورت کاهش خواب روزانه، کمتر شدن خواب شبانه و بیدار شدن‌های مکرر می‌باشد (۸). اکثر مادران تغییراتی در کیفیت خواب را در دوران پس از زایمان تجربه می‌کنند. بر اساس مطالعات، تغییرات در طول مدت خواب و الگوی آن به‌طور معمول گزارش شده است. مشکلات خواب با درد، ناراحتی زخم، شیردهی و یا انقباض رحمی در ارتباط هستند (۹). مادرانی که در دوره پس از زایمان به سر می‌برند، به‌طور طبیعی ۲۰٪ افزایش بیداری شبانه را تجربه می‌کنند (۱۰). طبق بررسی مؤسسه ملی خواب در سال ۲۰۰۷، بر هم خوردن چرخه خواب در ۶۷٪ زنانی که در دوره پس از زایمان هستند، گزارش شده است (۱۱).

به‌طور کلی تغییرات الگوی خواب در سال اول پس از زایمان، از ویژگی‌های بارز این دوره می‌باشد که عملکرد و سلامت مادران را تحت تأثیر قرار می‌دهد و مشکلات

زیادی نه تنها برای خودشان، بلکه برای خانواده نیز به‌وجود می‌آورد (۱۲). عوامل مؤثر بر کیفیت خواب در دوران بارداری و پس از زایمان شامل: تکرر ادرار، کم‌درد، خوابیدن و خستگی زیاد، سوزش سردل و گرفتگی پا می‌باشد که جزء عوامل جسمی می‌باشند. همچنین برخی مطالعات نشان داده‌اند که عوامل محیطی از قبیل فعالیت جسمی، شغل، روشنایی اتاق و از طرفی تحصیلات زوجین و همچنین سن زوجین، می‌توانند جزء عوامل مؤثر بر کیفیت خواب باشند (۸). یکی از مهم‌ترین عوارض کیفیت نامطلوب خواب، بروز و شدت افسردگی پس از زایمان می‌باشد (۱۳، ۱۴). از دیگر پیامدهای نامطلوب برهم خوردن الگوی خواب، قطع شیردهی و کاهش دلبستگی مادر و نوزاد خواهد بود (۳، ۱۳). محرومیت از خواب حتی رشد و نمو شیرخوار (۱۵) و عملکرد سیستم ایمنی، متابولیسم خلق‌وخو و کارایی مادر را کاهش می‌دهد (۱۶).

بخشی از سلامت جسمی و روانی مادران، رشد و تکامل نوزاد و ارتباط بین مادر و نوزاد تحت تأثیر شناخت صحیح خواب در طول دوران حاملگی و پس از زایمان قرار می‌گیرد (۴).

بر اساس مطالعات انجام شده در زمینه اختلال خواب در دوره پس از زایمان، ۲ تا ۴ اختلال عمده و شایع در دوران پس از زایمان شامل: کیفیت ذهنی خواب، خستگی، بی‌خوابی روزانه و عملکرد روزانه می‌باشد. در ماه اول پس از زایمان، میانگین طول مدت خواب حداکثر ۵ تا ۹/۶ ساعت است که به بهبود فیزیکی و روانی مادر کمکی نمی‌کند (۱۷، ۲۰). بر اساس مطالعه هانگ (۲۰۰۶)، مادران در دوره بعد از زایمان خواب ناکافی را به‌عنوان عامل اولیه استرس‌زا عنوان کرده‌اند (۱۸).

اختلال خواب در دوران بارداری و پس از زایمان، تأثیرات منفی بر جسم و روان مادر و نوزاد و حتی کل اعضای خانواده دارد (۱۹). به دلایل زیادی مطالعه و دخالت درباره الگوی خواب پس از زایمان، بسیار حساس بوده و اندازه‌گیری خصوصیات خواب، یک مفهوم پیچیده و مشکل است. یکی از مهم‌ترین حساسیت‌های این دوره این است که مادران و خانواده‌های آنان در تلاش برای گنجاندن یک عضو جدید هستند (۲۰، ۲۱).

مطالعه جهدی و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که ۸۷/۲٪ از زنان باردار در سه ماهه دوم از اختلالات خواب یا کیفیت پایین خواب رنج می‌برند (۱۹). بر اساس مطالعه قصاب شیرازی و همکاران (۲۰۱۳) کیفیت خواب مادرانی که زایمان سزارین شده‌اند، در دوره نفاس کمتر از کیفیت خواب مادرانی است که به روش طبیعی زایمان کرده‌اند (۸).

در ایران مطالعات متعددی در رابطه با کیفیت خواب انجام گرفته است، با این وجود عدم ارائه خدمات در رابطه با بهبود کیفیت خواب پس از زایمان و ابعاد آن در ایران می‌تواند ناشی از عدم گستردگی این مشکل در مناطق مختلف ایران باشد. همچنین می‌تواند نشان‌دهنده این باشد که این عارضه به‌عنوان یک عارضه طبیعی دوران حاملگی و پس از زایمان محسوب می‌شود. مطالعاتی که در این زمینه انجام شده‌اند نیز در محدوده‌های جغرافیایی و فرهنگی متفاوتی هستند که ممکن است قابل تعمیم به تمام نقاط ایران نباشند. همچنین تعداد نمونه‌ها در مطالعات مختلف محدود می‌باشد. از طرف دیگر بیشتر مطالعات انجام شده در این زمینه به بررسی الگوی خواب و عوامل مؤثر بر آن در سه ماهه دوم و سوم بارداری پرداخته‌اند (۱۹). با توجه به اینکه دوره نفاس دوره ویژه‌ای از زندگی می‌باشد که در فرهنگ‌های مختلف توجه ویژه و متفاوتی بر آن است و می‌تواند بر کیفیت مراقبت در این دوره از جمله تأثیر بر اختلال خواب مؤثر باشد، مطالعه حاضر با هدف تعیین کیفیت خواب و برخی عوامل مرتبط با آن در دوره پس از زایمان انجام شد.

روش کار

این مطالعه مقطعی از آذر ماه سال ۱۳۹۲ تا خرداد سال ۱۳۹۳ بر روی ۲۰۰ نفر از مادرانی که جهت دریافت مراقبت‌های ۶ هفته پس از زایمان به مراکز بهداشتی شهر زنجان مراجعه کرده بودند، انجام گرفت. پس از کسب کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی تهران به شماره 130/904/D/92، تعداد نمونه‌ها با استفاده از فرمول برآورد نسبت در یک جامعه بر اساس مطالعات قبلی (۸) و با در نظر گرفتن $\beta=0/2$ و $\alpha=0/05$ ، ۲۰۰ نفر محاسبه

شد. با توجه به رعایت سطح اجتماعی- اقتصادی، شهر زنجان به دو بخش شمالی و جنوبی تقسیم شد و در هر بخش یک مرکز بهداشتی به‌طور تصادفی انتخاب گردید و سپس نمونه‌ها با استفاده از جدول اعداد تصادفی و با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: بارداری تک قلو، زایمان واژینال بدون عارضه، داشتن حداقل سواد ابتدایی، فقدان هرگونه بیماری جسمی و روانی حاد و مزمن، تغذیه انحصاری نوزاد با شیر مادر، نوزاد سالم بدون عارضه و عدم سابقه بستری نوزاد، عدم سابقه شناخته شده طبی در حین و قبل بارداری مانند آسم، کلیوی، دیابت و عدم هرگونه بیماری روحی و روانی به گزارش خود مادر بود. افراد دارای معیارهای ورود، پس از تکمیل فرم رضایت- نامه آگاهانه و اطمینان جهت محرمانه بودن اطلاعات آنان، وارد مطالعه شدند. عدم رضایت به شرکت در مطالعه و نداشتن معیارهای ورود، از معیارهای حذف نمونه‌ها بود که قبل از تکمیل کردن پرسشنامه توسط پژوهشگر مورد ارزیابی قرار می‌گرفت.

پرسشنامه‌ها در هفته ششم پس از زایمان به منظور محاسبه کیفیت خواب تکمیل شد. در این مطالعه ابزار گردآوری داده‌ها شامل: پرسشنامه مشخصات فردی (شامل سن مادران مورد مطالعه و همسرانشان، سطح تحصیلات زوجین، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی از دیدگاه مادر)، پرسشنامه عوامل مداخله‌گر فردی محیطی مربوط به مادر و شیرخوار مؤثر بر خواب (از قبیل درد محل اپی‌زیوتومی، درد انقباضات رحمی، دفعات شیردهی در شب، گریه شبانه شیرخوار)، شاخص کیفیت خواب پیترزبورگ (PQIS)^۱ و مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبرگ بود که توسط پژوهشگر تکمیل می‌شد.

شاخص کیفیت خواب پیترزبورگ، یک ابزار استاندارد بین‌المللی است که در مطالعات متعدد اعتبارسنجی شده است. طراحی نهایی این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ توسط بایسه و همکاران با حساسیت ۸۹/۶٪، ویژگی ۸۶/۵٪ و روایی (I) ۸۸٪ و پایایی علمی پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۸۳٪ تعیین شده است (۸). روایی محتوای نسخه ایرانی این پرسشنامه در مطالعه حسین‌آبادی و

¹Pittsburgh Sleep Quality Index

هر پرسشنامه شامل ۱۰ سؤال است که هر سؤال بین نمره ۰-۳ امتیاز دارد. در مجموع امتیاز کمتر از ۱۰ بیانگر افسردگی و امتیاز بالای ۱۰ بیانگر عدم افسردگی است (۲۵). روایی و پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه در مطالعات مختلف تأیید شده است (۲۲).

پرسشنامه بررسی عوامل محیطی و فردی مؤثر بر خواب در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران قرار گرفت و طبق پیشنهادهای ایشان، اصلاحات لازم اعمال گردید و فرم نهایی تهیه شد. پایایی آن از روش آزمون مجدد تعیین و با امتیاز ۰/۸۰ پایا شناخته شد.

جهت گردآوری داده‌ها پژوهشگر روزانه به مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهرستان زنجان مراجعه و پس از کسب رضایت‌نامه مادران و وجود معیارهای ورود جهت مطالعه، پرسشنامه‌ها در حضور پژوهشگر و در محیطی آرام تکمیل گردید.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و روش‌های آماری توصیفی و تحلیلی (جدول توزیع و فراوانی کای دو) انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر، میانگین سن مادران $28/04 \pm 3/99$ سال بود که با کیفیت خواب، همبستگی مثبت و معناداری داشت؛ به طوری که با افزایش سن مادر، نمره کیفیت خواب به طور معناداری افزایش می‌یافت که نشان دهنده کیفیت پایین خواب است. از سایر مشخصات فردی مورد بررسی، سطح تحصیلات مادر، شغل مادر و شغل همسر نیز با نمره کیفیت خواب همبستگی مثبت و معناداری داشت (جدول ۱).

همکاران در سال ۱۳۸۶ با حساسیت ۹۰٪ و ویژگی ۸۷٪ مورد بررسی قرار گرفته و پایایی آن در مطالعه فوق با آزمون مجدد با ۸۸٪ تعیین شده است (۲۲) و در مطالعه حاضر با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ، ضریب آلفای ۸۸٪ تعیین گردیده است. این پرسشنامه در پژوهش‌های داخلی و خارجی متعددی مورد استفاده قرار گرفته است (۲۳).

پرسشنامه کیفیت خواب پیترزبورگ، کیفیت خواب را در یک ماه گذشته ارزیابی می‌کند و شامل ۱۹ سؤال می‌باشد که در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از ۰-۳ نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه دارای ۷ زیر مقیاس یا بُعد است. در هر مقیاس نمره فرد بین ۰-۳ خواهد بود که به این صورت تفسیر می‌شود: "نبود مشکل خواب: نمره صفر"، "مشکل متوسط خواب: نمره ۱"، "مشکل جدی خواب: نمره ۲" و "مشکل خواب بسیار جدی: نمره ۳" (۲۴). نمره کل این شاخص بین ۰-۲۱ می‌باشد که کسب نمره کلی ۵ یا بیشتر از آن به معنی نامناسب بودن کیفیت خواب است و نشان می‌دهد فرد در دو بُعد یا بیشتر مشکل دارد (۱۸). پرسشنامه کیفیت خواب پیترزبورگ ۷ بُعد کیفیت خواب را در یک ماه گذشته ارزیابی می‌کند که شامل بُعد اول (کیفیت ذهنی خواب)، بُعد دوم (خواب نهفته)، بُعد سوم (طول مدت خواب)، بُعد چهارم (کفایت خواب)، بُعد پنجم (اختلال خواب)، بُعد ششم (مصرف داروی خواب‌آور) و بُعد هفتم (عملکرد روزانه) می‌باشد. این پرسشنامه شامل ۱۰ سؤال می‌باشد که سؤال ۵، ۱۰ سؤال فرعی دارد (۲۴).

مدت زمان خواب، یکی از مهم‌ترین ابعاد کیفیت خواب است که می‌تواند ارتباط مستقیمی با مرگ‌ومیر افراد داشته باشد. پرسشنامه پیترزبورگ علاوه بر بُعد مدت زمان خواب، ۵ بُعد دیگر را نیز ارزیابی می‌کند (۲۴). پرسشنامه افسردگی ادینبرگ، یک پرسشنامه استاندارد جهانی برای تشخیص افسردگی پس از زایمان می‌باشد،

جدول ۱- مشخصات جمعیت‌شناسی واحدهای پژوهش و همبستگی آنها با کیفیت خواب

سطح معنی‌داری	ضریب همبستگی	انحراف معیار ± میانگین		
*.۰/۰۲	$R_p = ۰/۲۸$	$۲۸/۰۴ ± ۳/۹۹$	سن مادر ****	
*.۰/۲۸	$R_p = ۰/۰۴$	$۳۱/۴۸ ± ۹/۰$	سن همسر ****	
**.۰/۰۰۴	$R_s = -۰/۳۷$	۱۰ (۵)	ابتدایی	سطح تحصیلات مادر تعداد (درصد)
		۱۰ (۵)	راهنمایی و دبیرستان	
		۶۰ (۳۰)	دیپلم	
		۱۲۰ (۶۰)	دانشگاهی	
**.۰/۳۵	$R_s = ۰/۰۱$	۵ (۲/۵)	ابتدایی	سطح تحصیلات همسر تعداد (درصد)
		۵۱ (۲۵/۵)	راهنمایی و دبیرستان	
		۸۸ (۴۴)	دیپلم	
		۵۶ (۲۸)	دانشگاهی	
***.۰/۰۳	-	۱۴۰ (۷۰)	خانه‌دار	شغل مادر تعداد (درصد)
		۶۰ (۳۰)	شاغل	
***.۰/۰۳	-	۵۶ (۲۸)	کارمند	شغل همسر تعداد (درصد)
		۴۶ (۲۳)	کارگر	
		۹۰ (۴۵)	آزاد	
		۲ (۱)	بیکار	
		۶ (۳)	سایر	
**.۰/۹۹	$R = ۰/۰۱$	۷۱ (۳۵/۵)	خوب	وضعیت اقتصادی تعداد (درصد)
		۵ (۲/۵)	بد	
		۱۲۴ (۶۲)	متوسط	

داده‌های کمی بر اساس میانگین ± انحراف معیار و داده‌های کیفی بر اساس تعداد (درصد) بیان شده‌اند.
*آزمون همبستگی پیرسون، **آزمون همبستگی اسپیرمن، ***آزمون کای اسکور، ****میانگین ± انحراف معیار

در این پژوهش میانگین کیفیت خواب $۷/۷۴ ± ۲/۳۱$ اختلال عملکرد روزانه و اختلال خواب بدون مشکل در برآورد شد که ۱۲۵ نفر (۶۲/۵٪) دارای کیفیت خواب پایین بودند (نمره ۲۱-۵). همچنین در بررسی که در ابعاد خواب انجام شد، مادران مورد پژوهش در ابعاد

جدول ۲- توزیع فراوانی و میانگین شاخص‌های کیفیت خواب افراد مورد پژوهش

میانگین ± انحراف معیار	تعداد (درصد)		
$۷/۷۴ ± ۲/۳۱$	۷۵ (۳۷/۵)	۱-۴ طبیعی	نمره کیفیت خواب
	۱۲۵ (۶۲/۵)	۵-۲۱ کیفیت پایین	
$۱/۲۸ ± ۰/۵۴$	۳ (۱/۵)	خیلی خوب (۰)	کیفیت ذهنی خواب
	۱۴۳ (۷۱/۵)	خوب (۱)	
	۴۸ (۲۴)	بد (۲)	
	۶ (۳)	خیلی بد (۳)	
$۱/۱۴ ± ۰/۸۷$	۴۷ (۲۳/۵)	صفر	خواب نهفته
	۹۶ (۴۸)	۱-۲	
	۳۹ (۱۹/۵)	۳-۴	
	۱۸ (۹)	۵-۶	
$۲/۰۴ ± ۰/۷۴$	۹ (۴/۵)	کمتر از ۵	مدت زمان خواب
	۲۴ (۱۲)	۵-۵/۵۹	

	۱۱۷ (۵۸/۵)	۶-۶/۵	
	۵۰ (۲۵)	بیشتر و مساوی ۷	
	۳۷ (۱۸/۵)	کمتر از ۶۵	
۱/۵۴±۱/۰۴	۶۳ (۳۱/۵)	۶۵-۷۴	کفایت خواب
	۵۴ (۲۷)	۷۵-۸۴	
	۴۶ (۲۳)	بیشتر و مساوی ۸۵	
	۱۳ (۶/۵)	۱-۹	
۰/۹۷±۰/۳۲	۱۷۹ (۸۹/۵)	۱۰-۱۸	اختلال خواب
	۸ (۴)	۱۹-۲۷	
	۱۰۳ (۵۱/۵)	۱-۲	
۰/۵۵±۰/۶۲	۸۳ (۴۱/۵)	۳-۴	اختلال عملکرد روزانه
	۱۴ (۷)	۵-۶	
	۲۰۰ (۱۰۰)	جمع	

اتاق خواب مستقل با کیفیت خواب همبستگی معناداری نداشت، ولی عوامل مربوط به شیرخوار (دفعات بیدار شدن مادر به علت گریه و تغذیه شیرخوار) همبستگی مثبت و معناداری با کیفیت خواب داشت (جدول ۳).

بر اساس نتایج به دست آمده، میانگین افسردگی پس از زایمان $۶/۴۵±۲/۸۵$ بود که همبستگی مثبت و معنی داری با کیفیت پایین خواب نشان داد ($r=۰/۱۶$)، $p=۰/۰۳$. با توجه به عوامل محیطی مورد مطالعه در این پژوهش، تعداد بارداری، میزان روشنایی اتاق خواب و

جدول ۳- همبستگی عوامل محیطی احتمالی مرتبط بر کیفیت خواب نامناسب افراد مورد پژوهش

ضریب همبستگی	سطح معنی داری			
		۶۵ (۳۲/۵)	یک	
		۱۲۶ (۶۳)	دو	تعداد بارداری
		۹ (۴/۵)	سه و بیشتر	
		۵۰ (۲۵)	تاریک	
		۱۴۰ (۷۰)	نسبتاً روشن	روشنایی اتاق خواب
		۱۰ (۵)	روشن	
		۱۷۹ (۸۹/۵)	بله	اتاق خواب مستقل
		۲۱ (۱۰/۵)	خیر	
		۲/۰۴±۰/۷۴	دفعات بیداری به علت گریه شیرخوار	
		۱/۵۴±۱/۰۴	دفعات بیداری به علت شیر خوردن	
		۶/۴۵±۲/۸۵	افسردگی ادینبورگ	

داده‌های کمی بر اساس میانگین \pm انحراف معیار و داده‌های کیفی بر اساس تعداد (درصد) بیان شده‌اند.

*آزمون کای اسکوتر، **آزمون اسپیرمن

مادر، سن مادر و اشتغال مادر، ارتباط معناداری با کیفیت پایین خواب داشتند ($p<۰/۰۵$)، در حالی که در بقیه موارد از قبیل میزان درآمد از دیدگاه مادر و دفعات بارداری، ارتباط معناداری با اختلال خواب وجود نداشت ($p>۰/۰۵$). همچنین در این مطالعه افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی داری با کاهش کیفیت خواب داشت ($p=۰/۰۳$).

بحث

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، میانگین کلی خواب در این دوره ۷/۷۴ بود که ۱۲۵ نفر (۶۲/۵٪) دچار کیفیت خواب پایین بودند. بیشترین شاخص کیفیت خواب پایین که در ماه اول پس از زایمان مشاهده شد؛ مربوط به بُعد هفتم یعنی اختلال عملکرد روزانه (۴۱/۵٪) بود. از بین مشخصه‌های جمعیت‌شناسی، شغل همسران، تحصیلات

در همین راستا بر اساس مطالعه قصاب شیرازی (۲۰۱۳) که با هدف مقایسه کیفیت خواب مادران دوره نفاس در دو روش زایمان طبیعی و سزارین انجام شد، میانگین کیفیت خواب در گروه زایمان طبیعی ۶ هفته پس از زایمان $۸/۳۵ \pm ۱/۸۳$ و در گروه زایمان سزارین $۸/۷۶ \pm ۱/۶۷$ بود که در گروه زایمان طبیعی افراد کیفیت خواب بهتری را تجربه کردند، اما در نهایت میانگین نمره کیفیت خواب نشان‌دهنده اختلال خواب در این دوره بود که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. همچنین در مطالعه قصاب شیرازی، مادرانی که تحصیلات کمتر داشته و خانه‌دار بودند، کیفیت خواب بهتری را تجربه می‌کردند که با نتایج مطالعه حاضر همسو بود. در مطالعه قصاب شیرازی، مادرانی که زایمان اول آنها بود، وارد مطالعه شدند و همچنین تعداد نمونه‌های مورد مطالعه کم بود، از طرفی مادرانی که به روش سزارین زایمان کرده بودند، نیز وارد مطالعه شده بودند که از این جهات با مطالعه حاضر تفاوت داشت (۸).

در مطالعه جهدی و همکاران (۲۰۱۳) که با هدف بررسی میزان اختلال خواب و عوامل مؤثر بر آن در سه ماهه دوم بارداری انجام شد، از بین مشخصه‌های جمعیت‌شناسی، سطح تحصیلات ارتباط معنی‌داری با اختلال خواب داشت که در مطالعه حاضر نیز همین نتیجه به‌دست آمد، ولی در بقیه موارد شامل سن، شغل، تعداد حاملگی، تمایل به بارداری فعلی از نظر زن باردار و همسرش و وضعیت اقتصادی، ارتباط معنی‌داری با اختلال خواب وجود نداشت، در حالی که در مطالعه حاضر عامل شغل مادر و همسر و همچنین سن مادر با کیفیت خواب در ارتباط بودند. البته چون جمعیت مورد مطالعه در دو مطالعه متفاوت بود، دو مطالعه با هم مشابه نیستند (۱۹).

مطالعه اوکان (۲۰۱۶) نیز که به بررسی ارتباط اختلال خواب و افسردگی بعد از زایمان پرداخت، نشان داد که اختلال خواب در حاملگی و همچنین در دوره پس از زایمان با افزایش افسردگی پس از زایمان ارتباط دارد. وی بیان کرد که بدون در نظر گرفتن تعداد بارداری و هم‌اتاقی مادر و نوزاد، مادرانی که دچار افسردگی پس از زایمان هستند، از کیفیت خواب پایین رنج می‌برند (۲۶).

در مطالعه حاضر نیز مادرانی که افسردگی پس از زایمان داشتند، کیفیت خواب در آنها نسبت به دیگر افراد مطالعه کمتر بود.

در مطالعه هاتم و همکاران (۲۰۰۹) در ماه‌های اول نفاس، خواب زنان نخست‌زا با زمان خواب نوزادان ارتباط قوی داشت؛ بدین‌صورت که مادرانی که نوزادشان خواب کافی نداشتند، کاهش خواب شبانه در این مادران بیشتر بود (۲۷) که این نتیجه با نتیجه مطالعه حاضر که دفعات بیدار شدن شیرخوار جهت تغذیه با شیر مادر و گریه شیرخوار از بیشترین فراوانی عوامل مؤثر بر اختلالات خواب نشان داده شدند همخوانی داشت. در مطالعه هاتم و همکاران همچنین به تأثیر آموزش ماما در مورد بهبود کیفیت خواب نیز پرداخته شد که تأثیرات مثبت آن گزارش گردید. طبق نظر مولین (۲۰۰۳)، هم‌بستر شدن مادر و شیرخوار دارای اثرات مثبت و منفی بر کیفیت خواب زنان در دوره پس از زایمان می‌باشد که باید قبل از زایمان با آنها مورد بحث قرار گیرد (۲۸).

در مطالعه شرما و همکار (۲۰۰۳) که به منظور بررسی ارتباط کمبود خواب و سایکوز پس از زایمان انجام شد، طول لیبر و زمان زایمان بر کیفیت خواب زنان در دوره پس از زایمان تأثیرگذار بود؛ به‌طوری‌که زایمان در شب و لیبر طولانی، باعث کاهش کیفیت خواب در دوره نفاس شد، بخشی از این مطالعه که به بررسی کیفیت خواب نفاس پرداخته بود با مطالعه حاضر همخوانی داشت (۲۹).

با توجه به یافته‌های پژوهش و اینکه کیفیت پایین خواب در دوره نفاس یکی از شکایات عمده زنان است و زمینه‌ساز مشکلات زیادی از نظر جسمی و روانی در مادر و حتی شیرخوار و اعضای دیگر خانواده می‌شود، در همین راستا وجود برنامه‌هایی جهت تشخیص اختلالات خواب و عوامل مرتبط با آن و کمک به درمان و پیشگیری، علاوه بر مراقبت‌های معمول مربوط به نفاس از قبیل برنامه‌های آموزشی، استفاده از طب مکمل و در اختیار گذاشتن کتابچه‌های آموزشی ضروری به‌نظر می‌رسد. از محدودیت‌های این مطالعه، عدم بررسی کیفیت خواب در دوران بارداری و قبل از بارداری افراد مورد مطالعه بود.

نتیجه‌گیری

با توجه به پایین بودن کیفیت خواب در دوران نفاس، وجود برنامه‌هایی جهت پیشگیری، تشخیص و کمک به درمان اختلالات خواب علاوه بر مراقبت‌های معمول نفاس ضروری به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مامایی با کد طرح ۹۲-۰۲-۹۹-۲۳۱۴۲ دانشگاه علوم

منابع

1. Conrad P, Adams C. The effects of clinical aromatherapy for anxiety and depression in the high risk postpartum woman—a pilot study. *Complement Ther Clin Pract* 2012; 18(3):164-8.
2. Li CY, Chen SC, Li CY, Gau ML, Huang CM. Randomised controlled trial of the effectiveness of using foot reflexology to improve quality of sleep amongst Taiwanese postpartum women. *Midwifery* 2011; 27(2):181-6.
3. Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E. Sleep quality in late pregnancy and postpartum depression. *Iran J Obstet Gynecol Inferti* 2012; 14(8):39-47.
4. Okun ML. Sleep in pregnancy and the postpartum. *Encycl Sleep* 2013; 22(12):674-9.
5. Reza H, Kian N, Pouresmail Z, Masood K, Sadat Seyed Bagher M, Cheraghi MA. The effect of acupressure on quality of sleep in Iranian elderly nursing home residents. *Complement Ther Clin Pract* 2010; 16(2):81-5.
6. Arzi A, Sela L, Green A, Givaty G, Dagan Y, Sobel N. The influence of odorants on respiratory patterns in sleep. *Chem Senses* 2010; 35(1):31-40.
7. Fisser KL, Pilkington K. Lavender and sleep: a systematic review of the evidence. *Eur J Integrat Med* 2012; 4(4):e436-47.
8. Ghasab SM, Raeesi DZ, Alidoosti M, Raee M, Del Aram MA, Mirmohammad AM, et al. Comparison of maternal sleep quality in postpartum period between vaginal delivery and cesarean section. *J Res Dev Nurs Midwifery* 2013; 10(1):69-76.
9. Ko YL, Lee HJ. Randomised controlled trial of the effectiveness of using back massage to improve sleep quality among Taiwanese insomnia postpartum women. *Midwifery* 2014; 30(1):60-4.
10. Goyal D, Gay CL, Lee KA. Patterns of sleep disruption and depressive symptoms in new mothers. *J Perinat Neonatal Nurs* 2007; 21(2):123-9.
11. Better sleep. National Sleep Foundation. Available at: URL: www.sleepfoundation.org; 2007.
12. Dennis CL, Ross L. Relationships among infant sleep patterns, maternal fatigue, and development of depressive symptomatology. *Birth* 2005; 32(3):187-93.
13. Lee SH. Effects of aroma inhalation on fatigue and sleep quality of postpartum mothers. *Korean J Women Health Nurs* 2004; 10(3):235-43.
14. Posmontier B. Sleep quality in women with and without postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008; 37(6):722-35.
15. Gunderson EP, Rifas-Shiman SL, Oken E, Rich-Edwards JW, Kleinman KP, Taveras EM, et al. Association of fewer hours of sleep at 6 months postpartum with substantial weight retention at 1 year postpartum. *Am J Epidemiol* 2008; 167(2):178-87.
16. Signal TL, Gander PH, Sangalli MR, Travier N, Firestone RT, Tuohy JF. Sleep duration and quality in healthy nulliparous and multiparous women across pregnancy and post-partum. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2007; 47(1):16-22.
17. Insana SP, Montgomery-Downs HE. Maternal postpartum sleepiness and fatigue: Associations with objectively measured sleep variables. *J Psychosom Res* 2010; 69(5):467-73.
18. Hung CH. Correlates of first-time mothers' postpartum stress. *Kaohsiung J Med Sci* 2006; 22(10):500-7.
19. Jahdi F, Rezaei E, Behboodi MZ, Hagani H. Prevalence of sleep disorders in the pregnant women. *Payesh* 2013; 12(6):629-35. (Persian).
20. Afshar MK, Moghadam ZB, Taghizadeh Z, Bekhradi R, Montazeri A, Mokhtari P. Lavender fragrance essential oil and the quality of sleep in postpartum women. *Iran Red Crescent Med J* 2015; 17(4):e25880.
21. Rychnovsky J, Hunter LP. The relationship between sleep characteristics and fatigue in healthy postpartum women. *Womens Health Issues* 2009; 19(1):38-44.

22. Montazeri A, Torkan B, Omidvari S. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): translation and validation study of the Iranian version. *BMC Psychiatry* 2007; 7(1):11.
23. Malekzadegan A, Moradkhani M, Ashaeri H, Haghani H. The effects of Relaxation exercise training on the sleep disorders in the third trimester of pregnancy, pregnant women referred to health centers in Zanjan. Tehran: School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences in Iran; 2005.
24. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psych Res* 1989; 28(2):193-213.
25. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item edinburgh postnatal depression scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150(6):782-6.
26. Okun ML. Disturbed sleep and postpartum depression. *Curr Psychiatry Rep* 2016; 18(7):66.
27. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 4:CD004667
28. Moline ML, Broch L, Zak R, Gross V. Sleep in women across the life cycle from adulthood through menopause. *Sleep Med Re* 2003; 7(2):155-77.
29. Sharma V, Mazmanian D. Sleep loss and postpartum psychosis. *Bipolar Disord* 2003; 5(2):98-105.