

تأثیر آموزش کنترل تهوع و استفراغ حاملگی مبتنی بر راهنمای تغذیه‌ای اوتاوا بر رضایت زناشویی زنان باردار

دکتر کوکب بصیری مقدم^۱، دکتر نرجس بحری^۲، دکتر اعظم السادات محمودیان^۳، اسماء فروزنده^{۴*}

۱. استادیار گروه تکنولوژی اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.
۲. استادیار گروه مامایی، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.
۳. استادیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.
۴. کارشناس ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۰۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۷/۱۰

خلاصه

مقدمه: رضایت زناشویی در بارداری، یکی از عوامل تعیین کننده در ماندگاری زندگی مشترک می‌باشد و تهوع و استفراغ حاملگی، می‌تواند منجر به کاهش رضایت زناشویی شود. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش کنترل تهوع و استفراغ مبتنی بر راهنمای تغذیه‌ای اوتاوا بر رضایت زناشویی زنان باردار انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی در سال ۱۳۹۸ بر روی ۴۴ زن باردار مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهر گناباد انجام شد. افراد به صورت تصویب تصادفی به دو گروه کنترل و آزمون تخصیص یافتند. جلسات آموزشی مبتنی بر راهنمای تغذیه‌ای اوتاوا برای گروه آزمون برگزار شد. ابزار پژوهش شامل سه پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، رضایت زناشویی اینریچ و مقیاس تهوع و استفراغ رودز بود که قبل و ۴ هفته بعد از مداخله در دو گروه تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۹) و آزمون‌های تی مستقل، کای اسکور و ضریب همبستگی پیرسون انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: واحدهای پژوهش قبل از مداخله از نظر میانگین نمره معیار رودز تفاوت آماری معنی داری نداشتند ($p=0/28$)، در حالی که بعد از مداخله میانگین نمره واحدهای پژوهش در معیار رودز در گروه آزمون به صورت معنی داری کمتر از گروه کنترل بود ($p<0/001$). قبل از مداخله رضایت زناشویی کل و اکثر مؤلفه‌های آن به جز مدیریت مالی ($p=0/01$)، در گروه کنترل به صورت معنی داری بیشتر از گروه آزمون بود ($p<0/05$). همچنین بین دو گروه از نظر میزان رضایت زناشویی پس از مداخله تفاوت آماری معنی داری وجود داشت ($p<0/001$). از نظر مقایسه تغییرات رضایت زناشویی در دو گروه، میانگین نمره رضایت زناشویی کل در گروه آزمون بیشتر از گروه کنترل بود ($p<0/05$). در مقایسه درون گروهی، رضایت زناشویی در گروه آزمون پس از مداخله میانگین بالاتری داشت ($p<0/001$)، ولی در گروه کنترل میانگین رضایت زناشویی به صورت معنی داری افت کرد ($p<0/05$).

نتیجه گیری: استفاده از راهنمای تغذیه اوتاوا جهت کاهش تهوع و استفراغ بارداری منجر به افزایش رضایت زناشویی زنان باردار می‌شود.

کلمات کلیدی: استفراغ، بارداری، تهوع، راهنمای تغذیه‌ای اوتاوا، رضایت زناشویی

* نویسنده مسئول مکاتبات: اسماء فروزنده؛ دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۵۷۲۲۶۹۷۵؛ پست الکترونیک:

froozandeha@gmail.com

مقدمه

رضایت زناشویی، یکی از جنبه‌های مهم زندگی خانوادگی است که برای بنا نهادن خانواده و تربیت فرزندان ضروری است و نقش عمده‌ای در سلامت و رفاه خانواده داشته و به چگونگی برآوردن انتظارات شرکای جنسی از یکدیگر نیز تعریف شده است (۱، ۲). عوامل مختلفی نظیر سلامت جسمانی، دوستی، همراهی، عشق، تعهد، وفاداری، اعتماد، ارزش‌های اخلاقی، احترام، صبر و بخشش، طول مدت زندگی زناشویی، اختلاف سنی زوجین، پایگاه اقتصادی-اجتماعی، میزان تحصیلات زوجین، تعداد فرزندان، مسائل جنسی، اوقات فراغت، تعهد، مهارت‌های ارتباطی، جهت‌گیری مذهبی زوجین و دوستان و آشنایان، سابقه نازیایی، بارداری برنامه‌ریزی شده و ... بر میزان رضایت زناشویی مؤثر می‌باشند (۳، ۴). این مفهوم یکی از شاخص‌های سلامت روان بوده و روابط زناشویی رضایت‌بخش، باعث رشد شایستگی و توانایی سازگاری و انطباق در بین زوج‌ها شده و می‌تواند به‌طور کامل بر کیفیت زندگی تأثیرگذار باشد (۵).

بارداری یکی از مراحل با اهمیت زندگی زوجین می‌باشد؛ چراکه زن از یک‌سو احساس مفید بودن کرده و از جهت دیگر با تغییراتی مواجه می‌شود که می‌توانند بر روابط جنسی و صمیمیت زوجین اثر بگذارند (۶، ۷). این تغییرات و ناراحتی‌ها در اغلب سیستم‌های بدن از جمله سیستم گوارشی، گردش خون و ادراری ایجاد شده و استعداد ابتلاء به برخی از مشکلات مانند یبوست، سوزش سر دل، حالت تهوع و استفراغ، آرمی و عفونت ادراری را در این دوران افزایش می‌دهد و می‌تواند علاوه بر کاهش کیفیت زندگی زنان باردار و باعث تأثیر منفی بر روابط زناشویی گردد (۸).

در مطالعات مختلف مشخص شده که دوره بارداری به‌طور قطع تغییرات بارزی را در ارتباط زوجین پدید می‌آورد، به‌خصوص اگر اولین تجربه بارداری باشد. نتایج بررسی‌ها نشان داده که ۶۸٪ زنان در طول دوران حاملگی اختلال در روابط زناشویی دارند (۹-۱۲). تغییرات دوران بارداری از جمله تهوع و استفراغ می‌تواند بر رضایت زناشویی تأثیرگذار باشد. تهوع و

استفراغ از شایع‌ترین شکایات رنج‌آور نیمه اول حاملگی است که در ۹۰-۵۰٪ زنان باردار رخ می‌دهد (۱۳). این مشکل به‌طور متوسط بین هفته‌های ۷-۴ بارداری بروز نموده و در هفته ۹ بارداری به اوج می‌رسد و باعث تأثیرات منفی در فعالیت‌های روزانه زن باردار و موجب اختلالات خواب، خستگی، اضطراب، سوء‌تغذیه، تحریک‌پذیری، کاهش فعالیت اجتماعی و اختلال در عملکردهای اجتماعی و رابطه با فرزندان، اختلال در عملکردهای اجتماعی، شخصی، خانوادگی و در کل کاهش کیفیت زندگی می‌شود (۱۵-۱۳). اسمیت و همکاران (۲۰۰۰) تهوع و استفراغ را از نظر طول مدت، مشکل‌سازترین نشانه‌ای عنوان کردند که توسط زنان تجربه شده و کیفیت زندگی در زنان دچار تهوع و استفراغ پایین گزارش شده است (۱۶، ۱۷). در همین راستا گلمکانی و همکاران (۲۰۱۶) این‌گونه بیان می‌کنند که تهوع و استفراغ بارداری ارتباط چشم‌گیری با خشنودی زناشویی دارد و ارتقاء سطح مراقبت‌های دوران بارداری به‌منظور کاهش تهوع و استفراغ می‌تواند باعث افزایش خشنودی زناشویی گردد (۱۸). همچنین آقاییوسفی و همکاران (۲۰۱۱) نیز ارتباط بین مشکلات شایع دوران بارداری را با رضایت زناشویی معکوس و معنی‌دار گزارش کردند (۱۹).

توجهات تغذیه‌ای و تغییرات سبک زندگی بخش مهمی از درمان تهوع و استفراغ بارداری است و گام ابتدایی در درمان غیردارویی برای تهوع و استفراغ بارداری می‌باشند (۲۰). در حال حاضر، توجهات تغذیه‌ای و توصیه‌هایی برای کاهش تهوع و استفراغ توسط پزشک و مراکز بهداشتی به زنان باردار داده می‌شود. راهنمای تغذیه‌ای اوتوا یکی از دستورالعمل‌ها و راهنماهایی است که علاوه بر توصیه‌های غذایی، طب مکمل را نیز در برمی‌گیرد (۲۱). راهنمای تغذیه‌ای اوتوا شیوه‌ای برای مدیریت تهوع و استفراغ بارداری و بالا بردن سطح آگاهی زنان باردار در جهت خودمراقبتی برای این مشکل است تا از این طریق بتوانند به بهبود خود و ارتقاء کیفیت زندگی‌شان کمک کنند. در این مراقبت‌ها توصیه‌هایی در مورد تغییر و اصلاح سبک زندگی، تغذیه و رژیم‌درمانی، مواردی مانند استفاده از طب

۹۵٪ و درصد خطای ۵٪، ۲۰ نفر برای هر گروه محاسبه گردید که با ۱۰٪ احتمال ریزش نمونه، ۲۲ نفر برای هر گروه و در مجموع ۴۴ نفر در دو گروه در نظر گرفته شد. لازم به ذکر است که اندازه اثر برای متغیر میزان رضایت زناشویی در دو گروه آزمون و کنترل بر اساس مطالعه پایلوت محاسبه گردید که بر این اساس میانگین و انحراف معیار رضایت زناشویی بعد از مداخله در گروه آزمون $157/0 \pm 6/48$ و برای گروه کنترل $151/0 \pm 4/60$ به دست آمد. به این ترتیب تعداد ۴۴ زن باردار به صورت در دسترس و با توجه به معیارهای ورود به مطالعه انتخاب و سپس بر اساس بلوک‌های جایگشتی ۲ تایی به دو گروه آزمون و کنترل تخصیص یافتند؛ به این صورت که افراد به صورت تخصیص تصادفی به روش بلوک‌های جایگشتی با بلوک‌های ۲ تایی در دو گروه (مداخله و کنترل) قرار گرفتند. ۲ حالت ممکن برای بلوک‌ها AB و BA بود که A نشان‌دهنده گروه مداخله و B گروه کنترل بود. سپس نحوه ورود افراد به گروه‌ها به صورت شانسی در یکی از دو حالت بیان شده، مشخص گردید. این کار تا تکمیل حجم نمونه (۲۲ بلوک) ادامه یافت. مشارکت‌کنندگان در دو گروه از نظر میزان تهوع و استفراغ قبل از مداخله همسان‌سازی شدند. بدین منظور تمامی زنان بارداری که شدت تهوع و استفراغ آنها بر اساس مقیاس رودز خفیف تا متوسط بود، انتخاب شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: رضایت آگاهانه و کتبی جهت شرکت در مطالعه، وجود احساس تهوع و استفراغ خفیف تا متوسط بر اساس معیار رودز، ساکن گناباد، داشتن تلفن همراه جهت ارسال پیامک، سن بارداری ۱۱-۴ هفته، حاملگی تک‌قلو، نداشتن سابقه بیماری جسمی و روحی روانی طبق اظهار واحد پژوهش، داشتن تحصیلات حداقل سیکل، شاخص توده بدنی کمتر یا مساوی ۳۰ کیلوگرم بر مترمربع و حاملگی برنامه‌ریزی شده بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: نداشتن تمایل شرکت‌کنندگان به ادامه شرکت در مطالعه، رخ دادن مشکلات مامایی در حین مطالعه، تهوع و استفراغ با علتی غیر از بارداری در حین مطالعه طبق تشخیص متخصص زنان، مشکلات مامایی

مکمل و طب فشاری مورد توجه قرار گرفته است (۲۲). این راهنما مجموعه‌ای از درمان‌های غیردارویی را در برمی‌گیرد که در برخی مطالعات تأثیر آن بر تهوع و استفراغ و همچنین کیفیت زندگی مورد بررسی قرار گرفته است. ترکیبی از درمان‌های سنتی و جایگزین به علاوه مشاوره، حمایت اجتماعی، روانی و عاطفی که در افزایش دانش و اعتماد به نفس زنان مؤثر است و باعث تشویق زنان به انجام فعالیت‌های ارتقاءدهنده سلامت می‌شود، در درمان تهوع و استفراغ بارداری مفید است. تغییرات سبک زندگی و رژیم غذایی، خط اول مشترک برای درمان زنان مبتلا به تهوع و استفراغ بارداری شامل: مصرف مقدار کمی از مایعات و مواد غذایی در فواصل مختلف، اجتناب از خالی بودن معده، پرهیز از پرخوری و خوردن غذاهای چرب، پرادویه و بوی پخت‌وپز، خوردن شیرینی خشک قبل از بلند شدن از رختخواب و خوردن یک غذای سبک با پروتئین بالا قبل از خواب است (۱۸).

بر اساس جستجوی منابع در زمان انجام پژوهش، در زمینه تأثیر این راهنما و آموزش مبتنی بر آن بر رضایت زناشویی، مطالعه‌ای یافت نشد. همچنین اثرات استفاده از این راهنما در تهوع و استفراغ بارداری به عنوان یکی از عوارض بارداری که می‌تواند باعث کاهش رضایت زناشویی در زوجین گردد، دارای ابهام بوده و مطالعات کمی در این زمینه انجام شده است. با توجه به اهمیت رضایت زناشویی و مورد تزلزل قرار گرفتن آن در بارداری و ارتباط آن با تغییرات دوران بارداری، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش کنترل تهوع و استفراغ مبتنی بر راهنمای تغذیه‌ای اوتاوا بر رضایت زناشویی زنان باردار انجام شد.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی دوگروهه در بازه زمانی آبان تا بهمن ماه ۱۳۹۸ در مراکز خدمات جامع سلامت شهر گناباد انجام شد. حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار G POWER نسخه ۳،۱،۹،۲ و خانواده توزیع آزمون تی و آزمون آماری تفاوت بین دو میانگین مستقل (دو گروه) با در نظر گرفتن اندازه اثر ۱/۰۶، توان آزمون

طی بارداری فعلی (از جمله خونریزی، تهدید به سقط، دیابت، فشارخون، مول هیداتیفرم، عدم استفاده از تکنیک‌های کمک باروری قبل از بارداری)، سابقه مشکل شنیداری و گفتاری و عقب‌ماندگی ذهنی، سابقه دو سقط پیاپی قبل از بارداری فعلی و مصرف سیگار و مواد مخدر و الکل، ابتلاء به تهوع استفراغ شدید بارداری و دهیدراتاسیون و عدم رعایت آموزش‌های داده شده بود.

جهت جمع‌آوری اطلاعات از چک‌لیست اطلاعات دموگرافیک، مقیاس تهوع و استفراغ رودز^۱ و پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ^۲ استفاده شد.

چک‌لیست اطلاعات دموگرافیک شامل سؤالاتی در ارتباط با سن، وزن، قد، شاخص توده بدنی، سطح تحصیلات، وضعیت شغلی، وضعیت اقتصادی، رتبه حاملگی، سابقه مرده‌زایی، تعداد فرزندان و سابقه زندگی زناشویی به‌روشنی مصاحبه برای مادران باردار تکمیل گردید.

مقیاس تهوع و استفراغ رودز ابزاری استاندارد بوده و جهت ارزیابی میزان تهوع، استفراغ در طی ۱۲ ساعت گذشته استفاده می‌شود. این ابزار حاوی ۸ سؤال بوده و بر اساس مقیاس ۵ قسمتی لیکرت (از ۰-۴) نمره‌دهی می‌شود. ۳ سؤال آن در مورد دفعات، شدت و مدت تهوع بوده و نمره آن در دامنه ۰-۱۲ می‌باشد. ۳ سؤال نیز مرتبط با وضعیت استفراغ نظیر دفعات، شدت و مقدار آن است و نمرات آن دامنه‌ای بین ۰-۱۲ را در برمی‌گیرد. نمره کل مقیاس تهوع و استفراغ رودز بین ۰-۳۲ می‌باشد. بر اساس این مقیاس، نمره بیشتر مربوط به تهوع و استفراغ شدیدتر و نمره کمتر مربوط به تهوع و استفراغ خفیف‌تر است. در این مقیاس نمره ۰-۳ تهوع و استفراغ خفیف، ۴-۹ متوسط، ۱۰-۱۷ شدید و ۱۸-۲۴ بسیار شدید می‌باشد (۱۸).

شاخص تهوع و استفراغ رودز در مطالعات مختلف از جمله در کشور تایوان و ایران از نظر روایی و پایایی تأیید شده است (۲۳، ۲۴). در مطالعه نورانی و همکاران (۲۰۱۱) نیز پایایی ابزار به‌روشنی ضریب آلفای کرونباخ

۰/۸۹ بود (۲۵). در مطالعه گلمکانی و همکاران (۲۰۱۶) نیز پایایی این پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به‌دست آمد (۱۸).

پرسشنامه رضایت زناشویی اینریچ که فرم ۴۷ سؤالی آن توسط اولسون (۱۹۹۸) تهیه شده است، شامل ۹ حیطه (موضوعات شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، روابط جنسی، ازدواج و فرزندان، اقوام و دوستان و جهت‌گیری مذهبی) می‌باشد. پاسخ به سؤالات به‌صورت ۵ گزینه‌ای (کاملاً مخالف، مخالف، نه موافق نه مخالف، موافق، کاملاً موافق) است که از نمره ۵-۱ به آن داده می‌شود که حداکثر نمره آزمودنی ۲۳۵ است و نمره بیشتر نشانه رضایت زناشویی بیشتر است. نحوه نمره‌گذاری این پرسشنامه به این‌صورت است که در نیمی از سؤالات که حاکی از رضایت‌مندی است (شامل سؤالات ۴۴، ۳۶، ۳۳، ۳۴، ۲۹، ۲۸، ۲۷، ۲۶، ۲۵، ۱۷، ۱۰، ۹، ۷، ۵، ۳، ۲، ۱) به‌ترتیب "کاملاً موافق نمره ۵، موافق نمره ۴، نه موافق نه مخالف نمره ۳، مخالف نمره ۲، کاملاً مخالف نمره ۱" و نیمی از سؤالات که نشان‌دهنده اختلاف و نارضایتی هستند (شامل سؤالات ۴۷، ۴۶، ۴۵، ۴۳، ۴۲، ۴۱، ۴۰، ۳۹، ۳۸، ۳۷، ۳۵، ۳۲، ۳۱، ۳۰، ۲۴، ۲۳، ۲۲، ۲۱، ۲۰، ۱۹، ۱۸، ۱۶، ۱۵، ۱۴، ۱۳، ۱۲، ۱۱، ۶، ۴، ۸) به‌ترتیب "کاملاً موافق نمره ۱، موافق نمره ۲، نه موافق نه مخالف نمره ۳، مخالف نمره ۴، کاملاً مخالف نمره ۵" تعلق می‌گیرد.

پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ نیز پرسشنامه‌ای استاندارد بوده که پایایی آن در پژوهش کریمیان و همکاران (۲۰۱۸) با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ محاسبه گردیده است (۲۶).

پژوهشگر با حضور در محیط پژوهش و پس از معرفی خود، بیان اهداف و کسب موافقت مشارکت‌کنندگان برای شرکت در این مطالعه و اخذ رضایت‌نامه آگاهانه از ایشان، پرسشنامه داده‌های دموگرافیک، مقیاس تهوع و استفراغ رودز و پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ را به بیماران داده و پس از تکمیل آنها را دریافت نمود.

در این مطالعه، ابتدا چگونگی استفاده از مقیاس رودز و پرسشنامه انریچ به بیماران آموزش داده شد. جلسات

¹ Rhodes

² Enrich

آموزشی برای گروه آزمون به مدت ۶۰-۴۵ دقیقه و به فاصله یک هفته برگزار شد و آموزش به صورت سخنرانی و پرسش و پاسخ و در گروه‌های ۵-۴ نفره انجام شد. با توجه به ارائه آموزش به گروه مداخله، کورسازی در این مطالعه انجام نشد.

محتویات آموزشی در این مطالعه بر اساس راهنمای تغذیه‌ای اوتاوا بود. جلسه اول شامل رهنمودهای کلی در هنگام تهوع و استفراغ و پیشنهاد وضعیت‌هایی برای استراحت بوده و در جلسه دوم آموزش تغییر سبک زندگی، طب مکمل و فشاری با استفاده از پاورپوینت و توسط کمک پژوهشگر دارای مدرک کارشناسی پرستاری و آگاه به محتوای آموزشی ارائه شد. از مشارکت‌کنندگان در گروه آزمون درخواست شد تا در ارتباط با آموزش‌های ارائه شده با هیچ‌کس به‌جز افراد گروه آزمون یا اعضای خانواده صحبت نکنند.

پس از پایان دو جلسه آموزش، مادر باردار به مدت ۴ هفته پایش شد. پیگیری انجام شده با تکرار مطالب ارائه شده با پیامک روزانه و ارائه کتابچه بعد از جلسه دوم جهت مطالعه در منزل به گروه آزمون بود. پس از ۴ هفته، پرسشنامه رضایت زناشویی اینریچ و مقیاس تهوع و استفراغ رودرز به صورت حضوری تکمیل شد.

گروه کنترل فقط آموزش‌های متداول را توسط پزشک در مطب یا ماما در مراکز بهداشتی دریافت کرده و بعد از پایان مداخله کتابچه به گروه کنترل نیز داده شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۹) و آزمون‌های کای اسکور برای مقایسه متغیرهای کیفی و آزمون تی مستقل برای مقایسه متغیرهای کمی و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. ضمناً آنالیز داده‌ها توسط متخصص آمار که از تخصیص مشارکت‌کنندگان در گروه‌ها اطلاعی نداشت، انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گناباد با کد IR.GMU.REC.1398.111 تأیید شده است. در این مطالعه کلیه ملاحظات اخلاقی مرتبط با پژوهش‌های زیستی از جمله اخذ رضایت‌نامه آگاهانه و کتبی از مشارکت‌کنندگان و همسر ایشان، ارائه نتایج پژوهش به بیماران در صورت درخواست آنها و قرار دادن یک نسخه از پژوهش در کتابخانه دانشگاه علوم پزشکی گناباد جهت دسترسی سایر پژوهشگران، معرفی خود و تشریح اهداف پژوهش برای نمونه‌های مورد مطالعه به منظور اخذ رضایت ایشان جهت شرکت در پژوهش، آزادی مشارکت‌کنندگان در ارتباط با حق کناره‌گیری از مطالعه در هر زمان و هر بخش از پژوهش و اطمینان بخشیدن به واحدهای پژوهش در مورد محرمانه ماندن اطلاعات ایشان، رعایت گردید.

یافته‌ها

در این مطالعه داده‌های حاصل از ۴۰ زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت مورد آنالیز قرار گرفتند. ۲ نفر از گروه مداخله به دلیل عدم شرکت در جلسات آموزشی از مطالعه خارج شده و در گروه کنترل نیز ۲ نفر به دلیل عدم پاسخ‌گویی و عدم تکمیل پرسشنامه‌ها در انتهای مطالعه از مطالعه خارج شدند. میانگین سنی واحدهای پژوهش $28/81 \pm 6/01$ سال و رتبه حاملگی ایشان $2/21 \pm 1/17$ بود. میانگین سن بارداری زنان باردار مورد مطالعه $9/60 \pm 1/44$ هفته بوده و مدت زمان ازدواج ایشان $7/24 \pm 4/68$ سال بود. اطلاعات دموگرافیک و بالینی بیماران از جمله میزان تحصیلات، سن، وزن، قد، رتبه بارداری، میزان علاقه به همسر، احساس نسبت به بارداری فعلی، وضعیت شغلی، شاخص توده بدنی و زمان تهوع و استفراغ در دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری نداشته و گروه‌ها از نظر این متغیرها همگن بودند (جدول ۱).

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک مشارکت کنندگان در دو گروه آزمون و کنترل

مشخصات	کنترل (درصد) تعداد	آزمون (درصد) تعداد	سطح معنی داری
میزان علاقه به همسر	۸ (۳۶/۴)	۱۴ (۴۶/۷)	*p=۰/۱۹
میزان علاقه به همسر	۱۶ (۵۳/۳)	۱۶ (۵۳/۳)	
تحصیلات	۱۲ (۵۴/۵)	۱۱ (۵۰/۰)	*p=۰/۷۶
تحصیلات	۱۰ (۴۵/۵)	۱۱ (۵۰/۰)	
احساس نسبت به بارداری فعلی	۱۰ (۴۵/۵)	۴ (۱۸/۲)	*p=۰/۱۰
احساس نسبت به بارداری فعلی	۸ (۳۶/۴)	۱۵ (۶۸/۲)	
وضعیت شغلی	۷ (۳۱/۸)	۳ (۱۳/۶)	
وضعیت شغلی	۱۵ (۶۸/۲)	۱۹ (۸۶/۵)	*p=۰/۱۲
زمان تهوع و استفراغ	۹ (۴۰/۹)	۵ (۲۲/۷)	*p=۰/۵۸
زمان تهوع و استفراغ	۵ (۲۲/۷)	۵ (۲۲/۷)	
سن (سال)	۲۸/۵۹±۵/۹۰	۲۹/۰۵±۶/۰۹	**p=۰/۸۰
وزن (کیلوگرم)	۶۲/۲۳±۱۲/۸۰	۶۴/۲۹±۱۳/۲۰	**p=۰/۵۳
قد (سانتی متر)	۱۵۹/۸۲±۷/۳۷	۱۶۰/۹۵±۸/۱۰	**p=۰/۶۰
شاخص توده بدنی	۲۴/۳۶±۴/۴۸	۲۴/۷۶±۴/۳۱	**p=۰/۷۶
رتبه بارداری	۲/۱۴±۱/۱۲	۲/۳۲±۱/۳۵	**p=۰/۶۳

* آزمون کای اسکور، ** آزمون تی مستقل. متغیرهای کمی بر اساس میانگین± انحراف معیار و متغیرهای کیفی بر اساس تعداد (درصد) بیان شده‌اند.

به عبارتی قبل از مداخله گروه کنترل نسبت به گروه مداخله از رضایت زناشویی بالاتری برخوردار بودند. میانگین و انحراف معیار رضایت زناشویی کل در گروه کنترل ۱۶۷/۲۷±۲۱/۲۰ بود، در حالی که میانگین و انحراف معیار رضایت زناشویی کل در گروه آزمون ۱۴۶/۶۸±۲۵/۶۸ بود (جدول ۲).

بر اساس نتایج آزمون کولموگروف- اسمیرنوف در بررسی نرمالیتی داده‌ها، تمام متغیرهای کمی مورد بررسی در این مطالعه از توزیع نرمال پیروی می‌کردند. بر اساس نتایج آزمون تی مستقل، قبل از مداخله رضایت زناشویی کل و تمام مؤلفه‌های آن به جز مدیریت مالی (p=۰/۱۲) در گروه کنترل به صورت معنی داری بیشتر از گروه آزمون بود (p<۰/۰۵).

جدول ۲- مقایسه میانگین نمرات رضایت زناشویی و مؤلفه‌های آن در شروع مطالعه در دو گروه

رضایت زناشویی	کنترل انحراف معیار± میانگین	آزمون انحراف معیار± میانگین	سطح معنی داری*
مسائل شخصیتی	۱۹/۴۱±۳/۰۰	۱۷/۴۵±۳/۲۱	p=۰/۰۴
ارتباط زناشویی	۱۹/۱۸±۴/۰۳	۱۶/۱۸±۳/۹۷	p=۰/۰۱
حل تعارض	۱۸/۷۳±۲/۷۸	۱۶/۲۳±۳/۹۳	p=۰/۰۱
مدیریت مالی	۱۴/۳۶±۳/۴۱	۱۶/۲۳±۳/۹۳	p=۰/۱۲
فعالیت‌های اوقات فراغت	۱۸/۳۶±۳/۴۱	۱۲/۷۳±۳/۴۳	p=۰/۰۱
روابط جنسی	۱۸/۳۲±۳/۰۱	۱۶/۴۱±۴/۲۷	p=۰/۰۹
ازدواج و فرزندان	۱۹/۴۱±۲/۷۷	۱۶/۴۱±۳/۰۸	p=۰/۰۰۲
خانواده و دوستان	۱۸/۴۱±۲/۹۳	۱۵/۹۵±۴/۰۷	p=۰/۰۲
جهت‌گیری عقیدتی	۲۱/۱۴±۲/۴۹	۱۸/۹۵±۳/۴۰	p=۰/۰۲
رضایت زناشویی کل	۱۶۷/۲۷±۲۱/۲۰	۱۴۶/۶۸±۲۵/۶۸	p=۰/۰۰۶

* آزمون تی مستقل

نتایج آزمون تی مستقل در مقایسه رضایت زناشویی در گروه آزمون و کنترل $153/13 \pm 16/86$ و در گروه آزمون $196/04 \pm 18/67$ بود (جدول ۳). بر اساس نتایج آزمون تی مستقل، تغییرات رضایت زناشویی کل و تک‌تک مؤلفه‌های آن در دو گروه تفاوت معنی‌داری داشت ($p < 0/05$). میانگین و انحراف معیار تغییرات رضایت زناشویی کل در گروه کنترل $14/13 \pm 10/74$ و در گروه آزمون $49/36 \pm 34/98$ بود (جدول ۴).

نتایج آزمون تی مستقل در مقایسه رضایت زناشویی در گروه آزمون و کنترل بعد از مداخله نشان داد که میانگین نمره رضایت زناشویی کل و تمام مؤلفه‌های آن در گروه آزمون بیشتر از گروه کنترل بود ($p < 0/001$). به عبارتی بعد از مداخله رضایت زناشویی گروه مداخله افزایش یافته و از گروه کنترل نیز بیشتر بود. میانگین و انحراف معیار تغییرات رضایت زناشویی کل در گروه

جدول ۳- مقایسه میانگین نمرات رضایت زناشویی و مؤلفه‌های آن در انتهای مطالعه در دو گروه

رضایت زناشویی	کنترل انحراف معیار \pm میانگین	آزمون انحراف معیار \pm میانگین	سطح معنی‌داری*
مسائل شخصیتی	18/09 \pm 3/02	22/59 \pm 2/21	p < 0/001
ارتباط زناشویی	16/73 \pm 3/82	22/45 \pm 2/24	p < 0/001
حل تعارض	16/68 \pm 1/91	22/09 \pm 2/46	p < 0/001
مدیریت مالی	12/73 \pm 2/91	17/50 \pm 2/04	p < 0/001
فعالیت‌های اوقات فراغت	17/32 \pm 2/91	22/18 \pm 2/82	p < 0/001
روابط جنسی	15/95 \pm 3/16	21/91 \pm 2/84	p < 0/001
ازدواج و فرزندان	18/05 \pm 3/00	22/41 \pm 2/84	p < 0/001
خانواده و دوستان	17/36 \pm 2/53	21/77 \pm 2/40	p < 0/001
جهت‌گیری عقیدتی	20/23 \pm 2/09	23/14 \pm 2/10	p < 0/001
رضایت زناشویی کل	153/13 \pm 16/86	196/04 \pm 18/67	p < 0/001

* آزمون تی مستقل

جدول ۴- مقایسه میانگین تغییر نمرات رضایت زناشویی و مؤلفه‌های آن در دو گروه

رضایت زناشویی	کنترل انحراف معیار \pm میانگین	آزمون انحراف معیار \pm میانگین	سطح معنی‌داری*
مسائل شخصیتی	-1/31 \pm 2/21	5/13 \pm 4/10	p = 0/009
ارتباط زناشویی	-2/45 \pm 2/13	6/27 \pm 4/51	p = 0/002
حل تعارض	-2/04 \pm 1/98	5/86 \pm 5/04	p = 0/0001
مدیریت مالی	-1/63 \pm 2/46	4/77 \pm 4/49	p = 0/016
فعالیت‌های اوقات فراغت	-1/0 \pm 2/0	5/81 \pm 4/60	p = 0/0001
روابط جنسی	-2/36 \pm 2/30	5/50 \pm 4/56	p = 0/001
ازدواج و فرزندان	-1/36 \pm 2/36	6/0 \pm 4/15	p = 0/008
خانواده و دوستان	-1/04 \pm 1/88	5/81 \pm 4/85	p = 0/0001
جهت‌گیری عقیدتی	-0/90 \pm 1/50	4/18 \pm 3/93	p = 0/0001
رضایت زناشویی کل	-14/13 \pm 10/74	49/36 \pm 34/98	p = 0/0001

* آزمون تی مستقل

معنی‌داری رضایت زناشویی در زنان باردار را افزایش می‌دهد. در ارتباط با این نتایج، در مطالعه آقاییوسفی و همکاران (۲۰۱۱) که با هدف بررسی رابطه بین رضایت زناشویی با مشکلات جسمی دوران بارداری و عوامل مرتبط با آن انجام شد، بین مشکلات شایع دوران بارداری به‌ویژه تهوع و استفراغ ارتباط معکوس و

بحث

این مطالعه با هدف بررسی تأثیر آموزش کنترل تهوع و استفراغ مبتنی بر راهنمای تغذیه‌ای اوتاوا بر رضایت زناشویی زنان باردار طراحی و انجام گردید. یافته‌های این مطالعه نشان داد که آموزش کنترل تهوع و استفراغ دوران بارداری بر اساس راهنمای تغذیه‌ای اوتاوا به‌طور

معنی داری با رضایت زناشویی یافت شد که این یافته‌ها با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۱۹). همچنین منگلی و همکاران (۲۰۰۹) آموزش تغییرات دوران بارداری و نحوه سازگاری با آن را در ارتقاء رضایت زناشویی مؤثر بیان کردند که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۲۷).

آموزش تغییرات بارداری و راه‌های کنترل و کاهش آن می‌تواند این زنان را در مواجهه با عوارض بارداری توانمند ساخته که این خود باعث ارتقاء رضایت زناشویی در زوجین می‌گردد. بهداشت روانی و بهداشت جسمانی و در کل کیفیت زندگی بر رضایت زناشویی تأثیرگذار بوده و رضایت زناشویی با مشکلات جسمی ارتباط معکوسی دارد. حالت‌های روان‌شناختی موجب تغییر در ایمنی و بیماری جسمی در انسان می‌گردد و با توجه به این مسئله که مسائل جنسی، تولید مثل و سیستم باروری در فرهنگ ما تقریباً با واکنش‌های احساسی همراه هستند، بارداری هم می‌تواند باعث عمیق‌تر شدن روابط زناشویی و یا از هم گسستگی آن گردد (۱۹).

در مطالعه سنگستانی و همکاران (۲۰۱۸) نیز استفاده از روش مشاوره خانواده محور و آموزش رژیم غذایی، سبک زندگی و حمایت خانوادگی بر تهوع و استفراغ بارداری مؤثر گزارش شد (۲۸). این نتایج با وجود تفاوت در جامعه مورد مطالعه و روش آموزشی متفاوت با یافته‌های حاصل از مطالعه حاضر همخوانی دارد.

در مطالعه حاضر آموزش کنترل تهوع و استفراغ بر پایه راهنمای تغذیه‌ای اوتاوا باعث کاهش معنی‌دار در میزان و شدت تهوع، استفراغ و عق زدن در زنان باردار گردید. سلطانی و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه‌ای که تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر راهنمای اوتاوا را بر تهوع و استفراغ سه ماهه نخست بارداری مورد بررسی قرار دادند، استفاده از این محتوای آموزشی را در کاهش تهوع، استفراغ و عق زدن مؤثر دانستند (۲۱). همچنین گلمکانی و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه خود استفاده از مداخله آموزشی مبتنی بر راهنمای تغذیه‌ای اوتاوا را در کیفیت زندگی زنان مبتلا به تهوع و استفراغ بارداری مؤثر دانستند (۱۸). عابدیان و همکاران (۲۰۱۴) نیز در

مطالعه خود حمایت تلفنی (شامل حمایت زنان باردار برای کنترل تهوع و استفراغ بارداری با محتوایی بر اساس کیفیت زندگی در تهوع و استفراغ بارداری که شامل چهار بُعد فیزیکی، روحی- روانی، محدودیت‌ها و خستگی) را بر شدت تهوع و استفراغ زنان نخست باردار مؤثر گزارش کردند (۲۹). در مطالعه عابدیان و همکاران حمایت تلفنی بر پایه کنترل تهوع و استفراغ برای زنان باردار انجام شد که از این نظر با روش انجام شده در مطالعه حاضر تفاوت داشت. نتایج مطالعه فرامرزی و همکاران (۲۰۱۵) که با هدف نقش عوامل روانی اجتماعی در تهوع و استفراغ بارداری انجام شد نیز نشان داد که اکثریت زنان باردار از شدت تهوع و استفراغ شدید تا متوسط رنج می‌بردند و این تهوع و استفراغ با میزان عوامل روانی استرس بارداری، افسردگی و اضطراب ارتباط مستقیم و با حمایت اجتماعی ارتباط معکوس دارد (۳۰). سلطانی و همکاران (۲۰۰۷)، ازگلی و همکاران (۲۰۰۴) و برات و همکاران (۲۰۱۵) نیز در مطالعات خود این یافته را تایید کردند (۱۴، ۱۷، ۳۱). بهبود تهوع و استفراغ در زنان باردار می‌تواند با کاهش عوامل روانی به‌صورت چشم‌گیری در کیفیت زندگی زنان باردار مؤثر باشد. از طرفی افزایش کیفیت زندگی نیز می‌تواند باعث ارتقاء رضایت زناشویی در زنان باردار گردد (۳۲).

گلمکانی و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه دیگری که با هدف بررسی ارتباط تهوع و استفراغ با حمایت اجتماعی و خشنودی زناشویی در زنان باردار انجام دادند، بین نمره کلی تهوع، استفراغ با خشنودی زناشویی ارتباط معکوس و معنی‌دار گزارش کردند که با یافته‌های مطالعه حاضر همسو بود (۱۸). حالت تهوع و استفراغ باعث محدودیت در ایفای نقش‌های مربوط به زناشویی شده که خود باعث کاهش خشنودی زناشویی می‌گردد. با توجه به مؤثر بودن استفاده از راهنمای تغذیه‌ای اوتاوا در کنترل تهوع و استفراغ زنان باردار، پیشنهاد می‌شود این راهنما به پرسنل مراکز خدمات جامع سلامت آموزش داده شده تا با استفاده از آن گامی در بهبود رضایت زناشویی در دوران بارداری برداشته شود.

باردار می‌گردد. آموزش راهنمای تغذیه‌ای اوتاوا با ارتقاء سطح آگاهی مادران باردار در ارتباط با رژیم غذایی و مواد غذایی مفید در بارداری می‌تواند با کاهش تهوع و استفراغ، سبب بهبود رضایت زناشویی در این قشر آسیب‌پذیر گردد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش حاصل بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری گرایش داخلی جراحی بوده که پس از تأیید در شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه علوم پزشکی گناباد سال ۱۳۹۸ انجام شد. بدین‌وسیله از تمامی مادران شرکت‌کننده در مطالعه و تمامی پرسنل مراکز خدمات جامع سلامت تشکر و قدردانی می‌گردد. از نظر تعارض منافع، این مطالعه فاقد هرگونه تعارض منافع است.

با توجه به نتایج این مطالعه پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده تأثیر آموزش راهنمای تغذیه‌ای اوتاوا بر وزن‌گیری سه ماه اول در زنان باردار مبتلا به تهوع و استفراغ بارداری و یا سایر مشکلات تغذیه‌ای در دوران بارداری مورد بررسی قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده از روش پیگیری حضوری استفاده شده و نیز برای زنان باردار بی‌سواد و کم‌سواد آموزش راهنمای تغذیه‌ای اوتاوا با استفاده از فیلم‌های آموزشی مناسب و جلسات حضوری بیشتر انجام شود. از نقاط قوت این مطالعه می‌توان به روش نمونه‌گیری و کنترل و پایش منظم در کلیه مراحل پژوهش و انجام مداخله به‌صورت دقیق اشاره کرد.

نتیجه‌گیری

آموزش کنترل تهوع و استفراغ بر اساس راهنمای تغذیه‌ای اوتاوا باعث بهبود رضایت زناشویی در زنان

منابع

1. Rostami AM, Gol HC. Prediction of marital satisfaction based on spiritual intelligence. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2014; 116:2573-7.
2. Chung MS. Pathways between attachment and marital satisfaction: The mediating roles of rumination, empathy, and forgiveness. *Personality and Individual Differences* 2014; 70:246-51.
3. Khodakarami B, Masoumi SZ, asadi R. The status and marital satisfaction factors in nulliparous pregnant females attending clinics in asadabad city during years 2015 and 2016. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care* 2017; 25(1):52-9.
4. Zare B, Jafarabad S. The study of marital satisfaction and its determinants on married women and men in Tehran city. *Women's Studies Sociological and Psychological* 2015; 13(1):111-40.
5. Ferreira M, Antunes L, Duarte J, Chaves C. Influence of infertility and fertility adjustment on marital satisfaction. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2015; 171:96-103.
6. Hawkins M, Kim Y, Gabriel KP, Rockette-Wagner BJ, Chasan-Taber L. Sedentary behavior patterns in non-pregnant and pregnant women. *Preventive medicine reports* 2017; 6:97-103.
7. Szczubiał M, Wawrzykowski J, Dąbrowski R, Krawczyk M, Kankofer M. Preliminary study on plasma proteins in pregnant and non-pregnant female dogs. *Theriogenology* 2017; 97:1-8.
8. Kamalifard M, Ebrahimimamagani M, Omid F. The effect of educational package on nutritional knowledge and behavior toward the coping with complication and supplement consumption. *Armaghane danesh* 2013; 18(3):228-40.
9. Ahmadi A, Mousavi Sahebol Zamani SS, Fathi Ashtiyani A, Motiee S. Identification and early intervention of reducing postnatal depression and increasing self-esteem and marital satisfaction of Pregnant Women. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology* 2014; 9(32):47-56.
10. Logan JM, Cobb RJ. Benefits of Capitalization in Newlyweds: Predicting Marital Satisfaction and Depression Symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology* 2016; 35(2):87-106.
11. Vento PW, Cobb RJ. Chronic stress as a moderator of the association between depressive symptoms and marital satisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology* 2011; 30(9):905-36.
12. Gharadaghi A, Shafiabadi A, Hossein Rashidi B, Kiumars F, Esmaeili M. Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Interpersonal Psychotherapy (IPT) for pregnant women to increase marital satisfaction. *Family counseling and psychotherapy* 2015; 4(4):583-605.
13. Ozgoli G, Gharayagh Zandi M, Nazem Ekbatani N, Allavi H, Moattar F. Cardamom powder effect on nausea and vomiting during pregnancy. *Complement Med J* 2015; 14:1056-76.
14. Soltani AZ, Kajuri MD, Safavi SH, Hosseini FA. Frequency and severity of nausea and vomiting in pregnancy and the related factors among pregnant women. *Iran Journal of Nursing* 2007; 19(48):95-102.

15. Nurane S. What makes nausea and vomiting worse during the first trimester of pregnancy. *Iran Journal of Nursing* 2004; 17(37):1-11.
16. Smith C, Crowther C, Beilby J, Dandeaux J. The impact of nausea and vomiting on women: a burden of early pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2000; 40(4):397-401.
17. Ozgoli G, Goli M, Afrakhteh M, Moattar F, Vallaei N. Ginger for nausea and vomiting in pregnancy. *Research in Medicine* 2004; 28(2):131-4
18. Golmakani N, Soltani M, GhayourMobarhan M, Mazloom SR. The relationship between nausea and vomiting in pregnant women with social support and marital satisfaction. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences* 2016; 3(4):25-31.
19. Aghayosefi A, Moradi K, Safari N, Ghazi S, Amiri F. The study of relationship between marital satisfaction and physical problems during pregnancy and the related factord in pregnant women in Khorramabad city. *Quarterly research journal of lorestan university of medical sciences* 2011; 13(1):125-34.
20. Aghababaei S, Soltanian AR, Sharifi S, Torkzaban E, Refaei M. Investigating the factors related to severity of nausea and vomiting during Pregnancy and how it is controlled by pregnant Women in Hamadan, 2014. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2019; 21(11):23-31.
21. Soltani M, Golmakani N, Mazloom SR. The effect of an educational intervention based on Ottawa Guideline on nausea and vomiting at first trimester of pregnancy. *Payesh (Health Monitor)* 2017; 16(2):219-29.
22. Campbell K, Rowe H, Azzam H, Lane CA. The management of nausea and vomiting of pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2016; 38(12):1127-37.
23. Liu MC, Kuo SH, Lin CP, Yang YM, Chou FH, Yang YH. Effects of professional support on nausea, vomiting, and quality of life during early pregnancy. *Biological research for nursing* 2014; 16(4):378-86.
24. Modares M, Besharat S, Rahimi Kian F, Mahmoudi M, Salehi Sourmaghi H. Effect of Ginger and Chamomile capsules on nausea and vomiting in pregnancy. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences* 2012; 14(1):46-51.
25. Aparnak F, Sadr Nabavi R, Ebrahimzadeh S. Comparison of K-K9 and P6 points acupressure on nausea and vomiting in the first half of pregnancy. *Studies in Medical Sciences* 2011; 22(4):369-78.
26. Karimian Zo M, Soliemanian A, Rahimi Pordanjani T. The Role of Shift work Tolerance and Job Stress as Predictions of Marital Satisfaction among Mashhad City Firefighters. *Occupational Medicine Quarterly Journal* 2018; 10(2):1-9.
27. Mangeli M, Ramezani T, Mangeli S. The Effect of Educating about Common Changes in Pregnancy Period and the Way to Cope with them on Marital Satisfaction of Pregnant Women. *Iranian Journal of Medical Education* 2009; 8(2):305-13.
28. Sangestani G, Khalili F, Mohammadi Y, Aghababaei S. Effect of Family Centered Consultation on Nausea and Vomiting in Pregnancy: A Clinical Trial Study. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty- ISSN* 2018; 26(2):129-36.
29. Abedian Z, Abbaszadeh N, Latifnejad Roudsari R, Shakeri MT. The effect of telephone support on the severity of nausea and vomiting in the first trimester of pregnancy in the primiparous women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014; 17(118):18-29.
30. Faramarzi M, Ranjbar TA, Zakariaii Z, Naeimirad M. Role of psycho-social factors in pregnant women with nausea and vomiting. *Daneshvar Medicine* 2015; 23(4):73-80
31. Barat S, Bouzari Z, Lakae Andy F. Factors Affecting The Severity of Nausea and Vomiting in Women's Pregnant Attending Prenatal Clinics Rouhani Hospital, Babol. *Journal of Jiroft University of Medical Sciences* 2015; 2(1):106-15.
32. Padash Z. The effect of quality of life therapy on marital satisfaction. *Journal of Research in Behavioural Sciences* 2013; 10(5):363-72.