

# بررسی تأثیر تلفیق مشاوره روانی و آموزش طب فشاری با رویکرد زوج درمانی بر تهوع و استفراغ بارداری

زهرا سعیدی<sup>۱</sup>، کتایون علیدوستی<sup>۲\*</sup>، دکتر فیروزه میرزایی<sup>۳</sup>،

دکتر عاطفه احمدی<sup>۴</sup>، دکتر تانیا دهش<sup>۵</sup>

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.
۲. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.
۳. استادیار گروه مامایی، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.
۴. استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.
۵. استادیار گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۸/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۱/۰۸

## خلاصه

**مقدمه:** تهوع و استفراغ، یکی از شکایات شایع دوران بارداری است که اغلب به صورت یکی از اولین علائم حاملگی بعد از اولین عقب‌افتادگی عادت ماهیانه اتفاق می‌افتد. یک الگوی قوی از افسردگی، اضطراب و استرس در زنان با تهوع استفراغ شدید بارداری وجود دارد. بسیاری از زنان به این علت دچار انزوای فیزیکی، اجتماعی و روانی می‌گردند و کیفیت زندگی آنها تحت تأثیر قرار می‌گیرد. مطالعه حاضر با هدف تأثیر تلفیق مشاوره روانی و طب فشاری با رویکرد زوج درمانی بر شدت و طول مدت تهوع و استفراغ در زنان باردار انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه کارآزمایی بالینی در سال ۱۳۹۵ بر روی ۹۲ زن باردار ۶-۱۰ هفته و همسران آنها انجام شد. جهت گروه مداخله علاوه بر مراقبت‌های معمول دوران بارداری، سه جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مشاوره روانی و طب فشاری برگزار شد، اما گروه کنترل فقط مراقبت‌های معمول بارداری را دریافت کردند. سپس اطلاعات قبل و بعد از مداخله توسط پرسشنامه شاخص رودز جمع‌آوری گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۲) و آزمون‌های کای اسکوتر، آنالیز واریانس یک‌طرفه و آنالیز کواریانس انجام شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** بعد از مداخله، شدت و مدت تهوع و استفراغ در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد به‌طور معنی‌داری کاهش یافت ( $p < 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** تلفیق مشاوره روانی و طب فشاری می‌تواند باعث کاهش طول مدت و شدت تهوع و استفراغ گردد.

**کلمات کلیدی:** بارداری، تهوع و استفراغ، طب فشاری، مشاوره

\* نویسنده مسئول مکاتبات: کتایون علیدوستی؛ دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران. تلفن: ۰۳۴۱-۳۲۰۵۲۱۹؛ پست الکترونیک: alidoosti@kmu.ac.ir

## مقدمه

تهوع و استفراغ، یکی از شکایات شایع دوران بارداری است که اغلب به صورت یکی از اولین علائم حاملگی بعد از اولین عقب افتادگی عادت ماهیانه اتفاق می افتد (۱). تهوع و استفراغ بارداری معمولاً ۵-۴ هفته بعد از اولین روز آخرین قاعدگی شروع می شود در ۱۲-۸ هفتگی به اوج خود می رسد و به طور معمول در هفته ۱۸-۱۶ بارداری بهبود می یابد اما در ۵٪ بارداری ها تا پایان بارداری ادامه می یابد (۲). داشتن احساس تهوع و استفراغ باعث امتناع از غذاخوردن و در نتیجه کاهش انرژی می شود و از این طریق بر فعالیت فیزیکی فرد تأثیرگذار است. از طرفی فرد، احساس بیمار بودن دارد و احساس بیمار بودن می تواند بر حس تندرستی و سلامت روان فرد تأثیرگذار باشد (۳). تهوع و استفراغ بارداری شامل طیف وسیعی از اختلالات خفیف تا شدید گوارشی است که در اکثر موارد خفیف می باشد. نوع شدید آن که با استفراغ های مداوم، کاهش وزن بیش از ۵٪، کم آبی، کتونوری، اختلالات الکترولیتی و عدم تعادل PH خون همراه است، تنها در ۱-۳٪ موارد رخ داده و استفراغ بدخیم حاملگی نام دارد. تهوع و استفراغ شدید بارداری به طور واضحی از فرم خفیف آن جدا بوده و معمولاً به مراقبت های ویژه و بستری شدن در بیمارستان نیاز دارد و چنانچه درمان نشود، منجر به کماء، تشنج و از دست دادن جنین می شود (۴). این مشکل نه تنها بر سلامت جسمی مادر اثر می گذارد، بلکه سلامت روانی و کارکردهای اجتماعی و خانوادگی او را نیز به مخاطره می اندازد (۳). حدود ۳۵٪ از زنانی که دارای تهوع و استفراغ هستند، دچار نشانه های بالینی شده که در نهایت منجر به از دست دادن ساعات کاری و تأثیر منفی بر روی روابط خانوادگی آنها می شود (۱). بررسی های به عمل آمده در استرالیا و آمریکا نیز نشان داد زنان باردار مبتلا به تهوع و استفراغ در مقایسه با جمعیت عموم در تمام ابعاد سلامتی، کاهش قابل ملاحظه ای داشته اند (۵، ۶). در مطالعه جویباری (۲۰۱۲) تحت عنوان "بررسی کیفیت زندگی در هفته های مختلف بارداری"، بین شدت استفراغ و کاهش کیفیت زندگی در تمام هفته های بارداری ارتباط

معناداری وجود داشت که این ارتباط در هفته های ۷-۴ و ۱۵-۱۲ بارداری بالاتر بود (۷). کیفیت زندگی و کارآمدی به طور قوی از تهوع استفراغ بارداری تأثیر می پذیرد و در ۵۰٪ زنان این اختلال بر توانایی کارایی آنها تأثیر داشته که ۳۵٪ نیاز به مرخصی از شغل داشتند، ۵۰٪ گزارش کردند که بر روی رابطه آنها با والدین و خانواده شان اثر داشته و ۵۵٪ افسردگی را گزارش کردند (۴). مطالعات نشان می دهد که نوزادان به دنیا آمده از مادران با از دست دادن وزن در ابتدای بارداری در مقایسه با مادران با افزایش وزن مناسب در ابتدای بارداری، وزن هنگام تولد کمتری داشتند. همچنین احتمال فرارگیری آنها بر روی صدک دهم وزن نوزادان بیشتر است (۱). با وجود قدمت تاریخی، شیوع فراوان و انجام تحقیقات، علت دقیق تهوع و استفراغ حاملگی هنوز ناشناخته است؛ به طوری که عوامل هورمونی، روان شناختی، فردی، اجتماعی، نژادی و جغرافیایی را در بروز آن دخیل می دانند. احساس ناخوشایند تهوع و استفراغ را اغلب می توان با حمایت روانی و تغییراتی در رژیم غذایی و شیوه زندگی کاهش داد (۲). تا به حال از درمان های متفاوتی جهت کاهش علائم تهوع استفراغ بارداری استفاده شده است (۴، ۷، ۸). بسیاری از زنان باردار به علت ترس از تأثیرات آسیب زای داروها بر روی جنین، تمایل به استفاده از دارو را ندارند. مطالعات نشان داده اند که بین سطح حمایت اجتماعی با شدت تهوع و استفراغ بارداری ارتباط معناداری وجود دارد (۸). در مطالعه ایزبیر و همکار (۲۰۱۶) که بر روی زنان باردار در ترکیه انجام شد، مشاوره به طور قابل ملاحظه ای بر کاهش شدت و طول مدت تهوع استفراغ خفیف و متوسط تأثیر داشت، اما بر فرم شدید بیماری تأثیر چندانی نداشت (۹). اما در مطالعه تام و همکاران (۲۰۰۳) که با هدف تأثیر مشاوره روانی بر پیامد بارداری در هونگ کونگ انجام شد، مشاوره روانی تأثیر مثبتی بر پیامدهای بارداری نداشت (۱۰). مطالعه خاوندی زاده (۲۰۰۹) که بر روی ۱۰۰ زن باردار ایرانی انجام شد، نشان داد که طب فشاری به وسیله سی باند می تواند در کنترل شدت تهوع و دفعات استفراغ مؤثر باشد (۱۱). در حالی که در مطالعه

شد که با احتساب ۱۰٪ احتمال ریزش نمونه، ۵۱ نفر در هر گروه در نظر گرفته شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان باردار ۱۰-۶ هفته (به علت بیشترین شدت تهوع و استفراغ در این زمان) با درجات تهوع و استفراغ بارداری حداقل به مدت ۳ روز و بدون سابقه هرگونه اختلالی که منجر به افزایش غیرطبیعی سطح HCG خون شود (دوقلویی)، بدون سابقه هر نوع بیماری یا مصرف دارو یا استفاده از روش‌های غیردارویی، سابقه مصرف ویتامین B6 و سایر داروهای ضدتهوع قبل از ورود به مطالعه بود. شرکت‌کنندگان در صورت از دست دادن بارداری یا بستری به دلیل تبدیل بیماری به فرم هیپرآمزیس و یا عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه، از پژوهش خارج می‌شدند.

ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل: پرسشنامه اطلاعات فردی و پرسشنامه شاخص رودز بود. پرسشنامه اطلاعات فردی شامل سن، میزان تحصیلات، میزان درآمد ماهیانه، تعداد بارداری، هفته بارداری، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری و ... بود. برای بررسی تهوع و استفراغ بارداری از اندکس رودز استفاده شد. این اندکس شامل ۸ سؤال می‌باشد که بر اساس جواب بیماران، به هر سؤال بین ۴-۰ نمره داده می‌شود. این سؤالات به بررسی شدت تهوع، مدت استفراغ و استرس و ناخوشی ناشی از آن می‌پردازد که پس از جمع‌بندی نمرات، نوع اختلال مشخص می‌شود؛ به این ترتیب که بیشترین نمره آن ۳۲ و کمترین نمره آن صفر است. نمره ۸-۰ نشان‌دهنده عدم وجود بیماری و یا فرم بسیار خفیف آن است، نمره ۱۶-۸ فرم خفیف بیماری، نمره ۲۴-۱۶ فرم متوسط بیماری و ۳۲-۲۴ نشان‌دهنده فرم شدید بیماری است. این پرسشنامه به‌طور مکرر در مطالعات مربوط به دوران بارداری در داخل (۱۳-۱۵) و خارج از کشور (۱۶، ۱۷) و در مطالعات سایر بیماری‌هایی که تهوع و استفراغ جزء علائم آنها می‌باشد از قبیل تهوع و استفراغ بعد از جراحی، به کار رفته است و از روایی مناسب برخوردار بوده است (۳). از نظر پایایی نیز در مطالعات متعددی بررسی شده است که سلیمانی و همکاران (۲۰۱۵)، پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۸۶٪ گزارش کرده‌اند

جین و همکاران (۲۰۱۱) هیچ تأثیر مثبتی از طب فشاری بر روی تهوع و استفراغ دوران بارداری مشاهده نشد (۱۲). با توجه به اینکه علت تهوع و استفراغ بارداری ناشناخته و به‌صورت مولتی فاکتوریال است و عوامل مختلفی مانند علل زیستی، روان‌شناسی، اجتماعی و اقتصادی می‌تواند در بروز آن دخیل باشند (۴) و پژوهشگران درمان‌های متعددی جهت درمان و کاهش این اختلال ارائه داده و به نتایج متفاوتی دست یافته‌اند و تا به حال از روش روان‌درمانی التقاطی جهت درمان این اختلال استفاده نشده است، مطالعه حاضر با هدف انجام این رویکرد درمانی (روان‌درمانی التقاطی یا تلفیقی) که از چندین روش درمانی بهره می‌گیرد، جهت درمان بیماران استفاده شد. استفاده از روش التقاطی در واقع به کار بردن ابعاد مختلف مشاوره و کاهش دادن تعداد جلسات مشاوره می‌باشد. همانطور که مطالعات نشان می‌دهد مشاوره روانی یا طب فشاری هر کدام به تنهایی گاهی مؤثر بوده‌اند، اما در واقع زنان باردار به دلیل تعداد زیاد جلسات مشاوره (حداقل ۶ جلسه) و یا نیاز به استفاده مداوم یا مکرر از طب فشاری، تمایل بسیار کمی در استفاده از این روش‌ها دارند و باز علی‌رغم میل باطنی به سراغ داروهای شیمیایی می‌روند. از آنجایی که مشارکت همسران در ارتقاء بهداشت باروری بسیار مؤثر است و بر اساس مطالعات، حمایت‌های روحی و روانی در بهبود تهوع و استفراغ بارداری نقش بسزایی دارد، لذا مطالعه حاضر با هدف بهبود تهوع و استفراغ بارداری با در نظر گرفتن تعداد جلسات کم و مشارکت دادن همسران انجام شد.

## روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی از دی ماه سال ۱۳۹۵ تا خرداد ۱۳۹۶ بر روی ۱۰۲ زن باردار مراجعه‌کننده به ۸ مرکز بهداشتی درمانی شهرستان رفسنجان انجام شد. حجم نمونه با در نظر گرفتن اطلاعات مطالعه نورانی (۲۰۱۱) در مشهد (۱۳) و با در نظر گرفتن توان آزمون ۸۰٪ ( $\beta$ ) و خطای ۵٪ ( $\alpha$ ) و با استفاده از فرمول محاسبه حجم نمونه برای اختلاف میانگین نمونه‌های زوجی در نرم‌افزار PASS (نسخه ۱۱)، ۴۶ نفر تعیین

(۱۵). با توجه به اینکه این پرسشنامه در مطالعات مختلفی در داخل کشور استفاده شده است، نیازی به سنجش مجدد روایی و پایایی آن نبود.

این مطالعه پس از اخذ کد اخلاق و کسب معرفی‌نامه از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام شد. از آنجا که شهرستان رفسنجان دارای ۸ مرکز بهداشتی درمانی شهری است که از نظر پراکندگی در سطح شهر یکسان می‌باشند و به‌طور متوسط هر درمانگاه ۲۰۰ زن باردار را پوشش می‌دهد، لذا ۵۱ نفر در هر گروه مداخله و شاهد بین ۸ درمانگاه تقسیم گردید. بین ۹-۷ زن باردار دارای شرایط ورود در هر درمانگاه انتخاب می‌شدند؛ بدین‌صورت که از تمام زنان باردار بین ۱۰-۶ هفته تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی که در مراجعه خود به مرکز ابراز مشکل از نظر تهوع و استفراغ کرده بودند، دعوت به‌عمل آمد و شاخص روزز برای آنها محاسبه گردید. از بین کسانی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، با قرعه‌کشی بین ۹-۷ نفر انتخاب شدند و این افراد انتخاب شده نیز با قرعه‌کشی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. به افراد گروه مداخله توصیه شد در مورد محتوای جلسات با کسی صحبت نکنند. همچنین از آنجایی که فواصل مراقبت‌های دوران بارداری در ابتدا، زیاد می‌باشد، احتمال حضور فردی از گروه کنترل در روز کلاس‌های مشاوره بسیار کم بود. پس از توضیح هدف پژوهش و اخذ رضایت‌نامه کتبی آگاهانه، ۱۰۲ نفر در مطالعه شرکت کردند. به بیماران از لحاظ محرمانه ماندن اطلاعات و اجازه خروج از مداخله در هر زمان اطمینان داده شد. افراد گروه شاهد فقط مراقبت‌های معمول بارداری را دریافت می‌کنند و گروه مداخله علاوه بر مراقبت‌های معمول بارداری، ۳ جلسه تحت درمان با مشاوره روانی و طب فشاری قرار گرفتند. طول جلسات ۱/۵ ساعت بود که به‌صورت گروه‌های ۸-۷ نفره و جلسه آخر با حضور همسران بیماران برگزار شدند. یک هفته پس از اتمام جلسات مشاوره، دو گروه مجدداً با پست تست همان شاخص روزز بررسی و نتایج با هم مقایسه گردید. مشاوره در یک مکان آرام که از لحاظ فیزیکی (نور، دما و ...) شرایط مناسبی داشت، انجام

گرفت. به‌منظور حفظ آرامش و امنیت مددجویان، درب اتاق بسته و از حضور سایر افراد خودداری می‌شد. جهت پیش‌گیری از خستگی مددجویان، یک فرصت استراحت ۱۰ دقیقه‌ای همراه با پذیرایی به آنها داده شد و تمام شرکت‌کنندگان دارای شرایط یکسانی بودند. خلاصه‌ای از جلسات به شرح زیر می‌باشد:

جلسه اول: دادن خط‌مشی درمان به مددجویان: بدین‌منظور به مددجویان تعداد جلسات و خلاصه‌ای از اقدامات در هر جلسه به‌صورت تیتروار و هدف از انجام مشاوره ارائه می‌شد. ارزیابی میزان اطلاعات و نگرش مددجویان نسبت به تهوع و استفراغ بارداری، ارائه اطلاعات به بیماران (شیوع و فیزیوپاتولوژی بیماری (علت ایجاد بیماری)، حساسیت‌زدایی، ارائه پیشنهادهای جهت تغذیه)، مرور و بازبینی اطلاعات در قالب پرسش و پاسخ، توصیه به شرکت در جلسه بعد و بکارگیری راهکارهای ارائه شده در زندگی.

جلسه دوم: ارائه راهکارهای جهت اصلاح سبک زندگی، توضیحاتی راجع به طب فشاری، پخش فیلم و انیمیشن طب فشاری، مشخص کردن نقطه p6 بر روی دست مراجعین و تمرین آن، نکاتی راجع به مشکلات روحی روانی و اصلاح آنها.

جلسه سوم: در این جلسه مانند جلسه قبل پس از مروری بر جلسات قبلی و پرسش و پاسخ بر روی کاهش اضطراب زنان ناشی از تهوع و استفراغ، با تکیه بر اصل حمایت همسران آنها تأکید می‌شد. با توجه به اینکه بر اساس نتایج مطالعات، تهوع و استفراغ باعث ایجاد اضطراب در زنان شده و این اضطراب خود تهوع و استفراغ را تشدید می‌کند و سبب ایجاد یک سیکل معیوب می‌گردد، ارائه راهکارهایی جهت کاهش اضطراب ضروری به‌نظر می‌رسد. ایجاد احساس کنترل در بیمار در ارتباط با سطوح اضطراب از طریق: ۱- آموزش تن‌آرامی کاربردی هربرت بنسون (آموزش مهارت خاموشی ذهن، آموزش مهارت تکنیک تنفس، آموزش مهارت تجسم فعال، آموزش تکنیک تمدد ماهیچه‌ای). ۲- آرام‌سازی و روان‌درمانی حمایتی (رهبری صمیمانه، دوستانه و قدرتمندانه، راهنمایی و توصیه در زمینه نحوه کنار آمدن با مسائل فعلی، اطمینان‌بخشی و ایجاد احساس آرامش و

مدرک تحصیلی دیپلم (۴۵/۶۵٪) بودند و کمترین آمار مربوط به تحصیلات پدران، مدرک دکتری (۶/۵٪) بود. میزان درآمد اکثر مادران (۶۴/۱٪) در حد متوسط بود و فقط یک نفر (۲/۲٪) از مادران گروه شاهد و یک نفر (۲/۲٪) مادران گروه مداخله، میزان درآمدشان زیاد بود. در گروه شاهد، ۱۱ نفر (۲۳/۹٪) مادران و در گروه مداخله، ۵ نفر (۱۰/۹٪) ازدواج فامیلی داشتند. بیشترین گراویدیتی در مادران گروه شاهد، ۲ نفر (۴۷/۸٪) و برای گروه مداخله، ۱ نفر (۳۹/۱٪) بود. در گروه شاهد تعداد مادران نولی‌پار ۱۸ نفر (۳۹/۱٪) و در گروه مداخله ۱۹ نفر (۴۱/۳٪) بود. بیشتر مادران گروه شاهد (۸۲/۶٪) و مداخله (۷۶/۱٪)، سابقه سقط نداشتند. از میان افرادی که نولی‌پار نبودند، ۲۲ نفر (۴۷/۸٪) افراد گروه شاهد و ۲۸ نفر (۶۰/۹٪) افراد گروه مداخله، سابقه تهوع و استفراغ در بارداری قبلی را ذکر کردند. شرکت‌کنندگان دو گروه از نظر مشخصات فردی مانند سن ( $p=0/244$ )، میزان تحصیلات ( $p=0/614$ )، شغل ( $p=0/357$ )، میزان درآمد ( $p=0/053$ ) و شغل همسر ( $p=0/253$ ) تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند. همگن‌سازی در دو گروه از نظر تعداد بارداری ( $p=0/068$ )، تعداد زایمان قبلی ( $p=0/068$ )، سقط ( $p=0/051$ ) و نوع زایمان قبلی ( $p=0/193$ ) نیز انجام شد. برای بررسی یکسان بودن توزیع فراوانی متغیرهای فردی در دو گروه شاهد و مورد از آزمون کای اسکوئر استفاده شد (جدول ۱). قبل از شروع مداخله، طول مدت و شدت تهوع در گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معنی‌داری با هم نداشت و دو گروه از این نظر همگن بودند (جدول ۲).

امنیت) و ۳- توصیه‌هایی به همسران زنان باردار (حمایت از زن باردار و اطمینان‌بخشی به وی، حضور فعال در مراقبت‌های بارداری و ...).

در طی مطالعه در هر دو گروه یک نفر دچار سقط شد. در گروه مداخله، ۲ نفر از همسران بیماران حاضر به شرکت در جلسه مشاوره نشدند و یک نفر نیز به دلیل تهوع شدید و مصرف دارو و یک نفر به دلیل عدم تمایل به شرکت در مطالعه از مطالعه حذف شدند. در گروه کنترل نیز ۳ نفر از بیماران به علت مصرف دارو و ۲ نفر به دلیل عدم تمایل به همکاری از مطالعه حذف شدند. بنابراین مطالعه با تعداد نمونه ۹۲ نفر انجام شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۲) انجام گرفت. برای توصیف داده‌ها از شاخص‌های مرکزی، پراکندگی، تعداد و درصد، جهت مقایسه دو گروه از لحاظ متغیرهای فردی از آزمون‌های کای اسکوئر و آنالیز واریانس یک‌طرفه و جهت مقایسه نمره تهوع و استفراغ دو گروه از آنالیز کواریانس استفاده شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

در این پژوهش تجزیه و تحلیل داده‌ها بر روی ۹۲ نفر (۴۶ نفر در گروه مداخله و ۴۶ نفر در گروه کنترل) انجام شد. میانگین سن در گروه مداخله  $28/48 \pm 5/46$  و در گروه شاهد  $29/74 \pm 5/87$  سال بود. اکثر مادران در دو گروه دارای مدرک لیسانس (۴۴/۵٪) و بعد از آن دیپلم (۴۰/۲۵٪) بودند و کمترین آمار مربوط به مادران دارای مدرک تحصیلی دکتری (۴/۳٪) بود. اکثر پدران دارای

جدول ۱- مقایسه برخی مشخصات فردی شرکت‌کنندگان گروه مداخله و شاهد

متغیر	تعداد	گروه شاهد تعداد (درصد)	گروه مداخله تعداد (درصد)	d.f	کای اسکوئر	سطح معنی‌داری
تعداد بارداری	۱	۱۵ (۳۲/۶)	۱۸ (۳۹/۱)	۴	۸/۷۸۴	۰/۰۶۷
	۲	۲۲ (۴۷/۸)	۱۱ (۲۳/۹)			
	۳	۷ (۱۵/۲)	۸ (۱۷/۴)			
	۴	۲ (۴/۳)	۷ (۱۵/۲)			
	۵	۰	۲ (۴/۳)			
تعداد سقط	۰	۳۸ (۸۲/۶)	۳۵ (۷۶/۱)	۲	۱/۳۴۶	۰/۵۱۰
	۱	۸ (۱۷/۴)	۱۰ (۲۱/۷)			
	۲	۰	۱ (۲/۳)			

۰/۰۸۴	۲/۷۲۴	۱	۱۱ (۲۳/۹)	۵ (۱۰/۹)	فامیلی	نسبت با همسر غیرفامیلی
			۳۵ (۷۶/۱)	۴۱ (۸۹/۱)		
			۷ (۱۵/۲)	۸ (۱۷/۴)	کم	
*۰/۰۵۳	۷/۶۹۰	۳	۲۵ (۵۴/۳)	۳۴ (۷۳/۹)	متوسط	میزان درآمد
			۱۳ (۲۸/۳)	۳ (۶/۵)	خوب	
			۱ (۲/۲)	۱ (۲/۲)	زیاد	

\*آزمون فیشر

بر اساس نتایج آزمون تی زوجی، در گروه مداخله تفاوت آماری معنی داری در شدت تهوع قبل و بعد از مداخله وجود داشت ( $p < 0.001$ )، اما این تفاوت در گروه کنترل معنی دار نبود ( $p = 0.130$ ) (جدول ۲).

جدول ۲- مقایسه شدت تهوع استفراغ بارداری در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی قبل و بعد از مداخله در

گروه شاهد و مداخله

سطح معنی داری**	میانگین $\pm$ انحراف معیار		شدت تهوع استفراغ
	بعد از مداخله	قبل از مداخله	
$p = 0.130$	$1/85 \pm 0/71$	$1/74 \pm 0/68$	گروه شاهد
$p < 0.001$	$1/13 \pm 0/51$	$1/69 \pm 0/60$	گروه مداخله
	$p < 0.001$		سطح معنی داری*

\*آزمون تی جفتی، \*\*آزمون من ویتنی

با توجه به نتایج آزمون کولموگروف و شاپیروویلکس، متغیر طول مدت تهوع قبل و بعد از مداخله در گروه شاهد نرمال نبود، لذا جهت مقایسه طول مدت تهوع قبل و بعد در این گروه از آزمون ناپارامتری استفاده شد که بر اساس نتایج آزمون ویلکاکسون، طول مدت تهوع قبل و بعد از مداخله در گروه شاهد تفاوت آماری معنی داری نداشت ( $p = 0.394$ )، اما این تفاوت در گروه مداخله معنی دار بود ( $p < 0.001$ ) (جدول ۳).

جدول ۳- مقایسه مدت تهوع استفراغ بارداری در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی بعد از مداخله در گروه

شاهد و مداخله

سطح معنی داری**	میانگین $\pm$ انحراف معیار		مدت تهوع و استفراغ
	بعد از مداخله	قبل از مداخله	
$p = 0.394$	$2/56 \pm 0/88$	$2/47 \pm 0/72$	گروه شاهد
$p < 0.001$	$1/82 \pm 0/64$	$2/73 \pm 0/68$	گروه مداخله
	$p < 0.001$		سطح معنی داری*

\*آزمون من ویتنی، \*\*آزمون ویلکاکسون

مشاهده شد و در گروه شاهد شدت تهوع بیشتر بود ( $p < 0.001$ ) (جدول ۲).

بحث

تهوع و استفراغ بارداری، یک مسئله حائز اهمیت در بارداری است و علاوه بر عوارض جسمی مادر منجر به ایجاد عوارض روانی در مادران باردار می شود. احساس ناخوشایند تهوع و استفراغ را اغلب می توان با حمایت

در مقایسه متغیرهای طول مدت و شدت تهوع بین دو گروه مداخله و کنترل بعد از مداخله بر اساس نتایج آزمون من ویتنی، تفاوت آماری معنی داری بین گروه مداخله و شاهد بعد از مداخله از نظر طول مدت تهوع وجود داشت و طول مدت تهوع در گروه مداخله به طور معنی داری کاهش یافته بود ( $p < 0.001$ ) (جدول ۳). از نظر شدت تهوع نیز با توجه به نتایج آزمون من ویتنی، بعد از دوره مداخله تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه

روحي رواني، اجتماعي و تغيير سبك زندگي كاهش داد. نتايج مطالعه حاضر نشان‌دهنده تأثير تلفيق مشاوره رواني و طب فشاري بر شدت و طول مدت تهوع و استفراغ بود. در مطالعه حاضر نمره شدت و مدت تهوع و استفراغ قبل از مداخله در دو گروه تفاوت معناداري نداشت، اما ۴ هفته بعد اين تفاوت در دو گروه معنادار بود و اين بدان معني است كه شركت‌كنندگان گروه مداخله احساس بهبودي داشتند.

نتايج مطالعه حاضر با مطالعه ليو و همكاران (۲۰۱۴) در بررسي تأثير حمايت حرفه‌اي در كاهش شدت تهوع و استفراغ بارداري و كيفيت زندگي در تايفون كه بر روي ۷۹ زن در اوایل بارداری انجام شد، همخوانی داشت؛ به طوری که در مطالعه ليو در گروه مداخله که حمایت حرفه‌ای انجام شده بود، شدت تهوع و استفراغ کمتر از گروه کنترل بود ( $p < 0.05$ ) که دلیل همسو بودن آن با مطالعه حاضر می‌تواند ناشی از طول مداخله ۴ هفته‌ای در هر دو مطالعه و بحث حمایت آن باشد. بسیاری از شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر عامل بهبودی تهوع و استفراغ را حمایت‌های همسران و پیگیری‌های مشاور می‌دانستند (۱۸). همچنین نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه ایسبر و همکار (۲۰۱۶) که با هدف تأثیر مشاوره بر تهوع و استفراغ بارداری در ترکیه بر روی ۶۲ زن مبتلا به این اختلال انجام شد، همخوانی داشت. در مطالعه ایسبر شدت تهوع پس از مداخله در گروه مداخله از  $7/67 \pm 3/24$  به  $4/61 \pm 2/34$  رسید ( $p < 0.001$ )، اما در گروه شاهد  $8/70 \pm 3/33$  به  $8 \pm 3/14$  رسید. دلیل این همخوانی نتایج مطالعه ایسبر و مطالعه حاضر می‌تواند ناشی از انتخاب نمونه‌های مشابه و تکنیک مشاوره باشد (۹). عابدیان و همکاران (۲۰۱۴) نیز در مطالعه خود بر روی زنان باردار نخست‌زا، تأثیر مثبت حمایت تلفنی بر شدت تهوع و استفراغ نیمه اول بارداری را نشان دادند (۲). همچنین سلطانی و همکاران (۲۰۰۷) در مطالعه خود تأثیر مثبت آموزش مبتنی بر راهنمای اوتاوا بر تهوع و استفراغ سه ماهه نخست بارداری را نشان دادند که با مطالعه حاضر همخوانی داشت (۸)، اما مطالعه تام و همکاران (۲۰۰۳) که با هدف تأثیر مشاوره روانی بر پیامد بارداری در هونگ کونگ انجام شد، نشان داد که

مشاوره روانی تأثیر مثبتی بر پیامدهای بارداری ندارد که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نداشت که علت آن، می‌تواند ناشی از تفاوت در نوع مداخله و کامل‌تر بودن روش مداخله پژوهش حاضر باشد (۱۰).

در مطالعه خاوندی‌زاده و همکار (۲۰۱۰)، تأثیر مثبت طب فشاری به‌وسیله سیباند بر تهوع و استفراغ بارداری مشاهده شد (۱۱). نتایج مطالعه بلومینی و همکاران (۱۹۹۴)، نشان‌دهنده کاهش معنی‌دار شدت تهوع و استفراغ در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل بعد از مداخله بود که هر دو با مطالعه حاضر همخوانی داشتند که دلیل این همسویی می‌تواند استفاده از نقطه مشترک P6 باشد (۱۹)، اما در مطالعه لی و همکار (۲۰۱۱) هیچ تأثیر مثبتی از طب فشاری بر روی تهوع و استفراغ دوران بارداری مشاهده نشد که می‌تواند به دلیل استفاده کوتاه‌مدت از سی بان (۳۰ دقیقه) باشد، اما روش مداخله‌ای مطالعه حاضر جامع‌تر بود که همین می‌تواند دلیل نتایج متفاوت پژوهش حاضر با مطالعه لی باشد (۱۲).

در مطالعه کارآزمایی بالینی دوسوکور هارمون و همکاران (۱۹۹۹) که بر روی ۱۰۴ بیمار تحت لاپاراسکوپي انجام شد، نمره استفراغ بین دو گروه طب فشاری نقطه P6 و نقطه نابجا اختلاف معنی‌داری نداشت ( $p = 0.23$ ) (۲۰) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نداشت که ممکن است به دلیل مدت زمان اشتباه استفاده از طب فشاری باشد (بلافاصله پس از عمل جراحی و ۲۰ دقیقه بعد)، زیرا طی تحقیقات مختلف اثرات ضد تهوع و استفراغ طب فشاری، می‌تواند ۲۴ ساعت پس از انجام آن ایجاد شود. یکی از جنبه‌هایی که در پژوهش حاضر به آن پرداخته شد، طب فشاری بود. مکانیسم طب فشاری در درمان تهوع و استفراغ بارداری دقیقاً مشخص نیست، اما مکانیسم احتمالی تأثیر آن در جلوگیری از تهوع و استفراغ، آزاد شدن بتاندروفین‌ها در مایع مغزی نخاعی و تأثیر آن بر گیرنده‌های  $5-HT_1A$  (مو) و افزایش حرکات معده می‌باشد. اعتقاد بر این است که تکان‌های حسی حاصل از تحریک عصب به نحوی مبهم به ساقه مغز متصل می‌شود و تهوع و استفراغ را مهار می‌کند. قسمتی از مداخله این پژوهش، مشاوره روانی بود. مشاوره از طریق

ارتقاء مهارت‌ها و فعال‌سازی نیروهای بالقوه و بهره‌گیری از امکانات محیطی، به بهبود شیوه‌های مقابله‌ای مراجع با مشکلات می‌انجامد. جریان مشاوره با ایجاد اعتماد، شناخت مشکل، تنظیم هدفی، اقدام و فعالیت و ایجاد تغییر همراه است (۲۱).

نگرش زن و شوهر نسبت به تغییرات جسمی و عاطفی دوران بارداری بر روابط آنها مؤثر است و عدم آگاهی زوجین از تغییرات طبیعی دوران بارداری باعث می‌شود در زمانی که باید بیش از هر موقع دیگر به هم نزدیک باشند و به زندگی آینده خود فکر کنند، از لحاظ روانی از یکدیگر رانده شوند (۲۲). با آموزش شیوه مناسب برخورد با موقعیت‌های تنش‌زای دوران بارداری می‌توان بهداشت روانی این دوران را بهبود بخشید (۲۳). آموزش صحیح که اساس مراقبت‌های مامایی را تشکیل می‌دهد، می‌تواند نقش مؤثری در تأمین و ارتقای سلامت جسمی و روانی مادران و نوزادان جامعه داشته باشد (۲۴). یکی از ابزارهایی که در مطالعه حاضر جهت بهبود تهوع و استفراغ بارداری مورد استفاده قرار گرفت، استفاده از آموزش زوجین از طریق مشاوره در رابطه با تغییرات فیزیولوژیک دوران بارداری و عوامل مسبب تهوع و استفراغ بارداری بود. پژوهش‌های مختلف حاکی از تأثیر حمایت اطرافیان خصوصاً همسر در بهبود تهوع و استفراغ بارداری می‌باشد. یکی از جلسات مشاوره در مطالعه حاضر با حضور همسران و آموزش به آنها در مورد مسائل مختلف دوران بارداری و نحوه برخورد با آنها بود که خود می‌تواند یکی از دلایل موفقیت مطالعه باشد. از نظر ملاحظات اخلاقی، در این مطالعه کد اخلاق از کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی

کرمان (Ir.kmu.rec.1395.291) گرفته شد. از دیگر ملاحظات اخلاقی مطالعه حاضر، اخذ رضایت آگاهانه کتبی از بیماران، اطمینان‌بخشی به بیماران جهت محرمانه ماندن اطلاعات گردآوری شده، اطمینان‌بخشی به بیماران جهت خروج از مطالعه در زمان دلخواه و قدردانی از شرکت‌کنندگان در گزارش نتایج نهایی مطالعه بود.

از نقاط قوت مطالعه حاضر می‌توان به شرکت دادن همسران در مباحث حمایت از زنان باردار و از نقاط ضعف مطالعه حاضر می‌توان به خسته شدن زنان باردار در حین کار و عدم همکاری شرکت‌کنندگان جهت برگزاری جلسات با تعداد بیشتر و مدت کوتاه‌تر اشاره کرد.

### نتیجه‌گیری

تلفیق مشاوره روانی و طب فشاری با رویکرد زوج درمانی می‌تواند بر شدت و طول مدت تهوع و استفراغ زنان باردار مؤثر باشد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی بود که با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام شد و در پایگاه کارآزمایی بالینی با کد IRCT2017090124866N9 ثبت گردید. بدین‌وسیله از تمام دوستان و مادرانی که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند؛ تشکر و قدردانی می‌شود.

### منابع

1. Shishehgar F, Peyman A. Characteristics of nausea and vomiting in pregnancy and its association with quality of life. *J Holistic Nurs Midwifery* 2009; 19(1):16-21. (Persian).
2. 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. (Persian).
3. Jouybari L, Sanagu A, Chehrehgosha M. Quality of life in women with nausea and vomiting of pregnancy. *Qom Univ Med Sci J* 2012; 6(2):88-94. (Persian).
4. Kuo SH, Wang RH, Tseng HC, Jian SY, Chou FH. A comparison of different severities of nausea and vomiting during pregnancy relative to stress, social support, and maternal adaptation. *J Midwifery Womens Health* 2007; 52(1):e1-7.
5. Smith C, Crowther C, Beilby J, Dandeaux J. The impact of nausea and vomiting on women: a burden of early pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2000; 40(4):397-401.



6. Attard CL, Kohli MA, Coleman S, Bradley C, Hux M, Atanackovic G, et al. The burden of illness of severe nausea and vomiting of pregnancy in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(5):S220-7.
7. Jouybari L, Sanagu A, Chehrehgoshia M. Quality of life in women with nausea and vomiting of pregnancy. *Qom Univ Med Sci J* 2012; 6(2):88-94. (Persian).
8. 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 J Nurs* 2007; 19(48):95-102. (Persian).
9. Isbir GG, Mete S. The effect of counselling on nausea and vomiting in pregnancy in Turkey. *Sex Reprod Healthcare* 2016; 7:38-45.
10. Tam WH, Lee DT, Chiu HF, Ma KC, Lee A, Chung TK. A randomised controlled trial of educational counselling on the management of women who have suffered suboptimal outcomes in pregnancy. *BJOG* 2003; 110(9):853-9.
11. Aghadam SK, Mahfoozi B. Evaluation of the effects of acupressure by sea band on nausea and vomiting of pregnancy. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2010; 13(2):39-44. (Persian).
12. Lee EJ, Frazier SK. The efficacy of acupressure for symptom management: a systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2011; 42(4):589-603.
13. Snourani S, Aparnak F, Sadr NR, Ebrahimzadeh S. Comparison of K-K9 and P6 points acupressure on nausea and vomiting in the first half of pregnancy. *Int J Reprod Biomed* 2011; 9(1):74-5. (Persian).
14. Modares M, Besharat S, Mahmoudi M. Effect of Ginger and Chamomile capsules on nausea and vomiting in pregnancy. *J Gorgan Univ Med Sci* 2012; 14(1):46-51. (Persian).
15. Soleimani M, Shakib-Khankandi A, Ghahremanfard F, Mirmohammadkhani M. Arterial oxygen saturation and severity of nausea and vomiting during chemotherapy: a pilot study. *Tehran Univ Med J* 2015; 72(10):698-705. (Persian).
16. Puangrucharern A, Mahasukhon S. Effectiveness of auricular acupressure in the treatment of nausea and vomiting in early pregnancy. *J Med Assoc Thai* 2008; 91(11):1633-8.
17. Kugahara T, Ohashi K. Characteristics of nausea and vomiting in pregnant Japanese women. *Nurs Health Sci* 2006; 8(3):179-84.
18. 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. *Biol Res Nurs* 2014; 16(4):378-86.
19. Belluomini J, Litt RC, Lee KA, Katz M. Acupressure for nausea and vomiting of pregnancy: a randomized, blinded study. *Obstet Gynecol* 1994; 84(2):245-8.
20. Harmon D, Gardiner J, Harrison R, Kelly A. Acupressure and the prevention of nausea and vomiting after laparoscopy. *British journal of anaesthesia*. 1999;82(3):387-90.
21. Shafi Abadi A. Education and career advice. Tehran: Samt Publications; 2004. (Persian).
22. Moeen Z. Mental health in pregnancy period. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Central Rehabilitation Organization; 2002. (Persian).
23. Bastani F, Hidarnia A, Kazemnejad A, Vafaei M, Kashanian M. A randomized controlled trial of the effects of applied relaxation training on reducing anxiety and perceived stress in pregnant women. *J Midwifery Womens Health* 2005; 50(4):e36-40.
24. Lawrence E, Rothman AD, Cobb RJ, Rothman MT, Bradbury TN. Marital satisfaction across the transition to parenthood. *J Family Psychol* 2008; 22(1):41.