

بررسی مقایسه‌ای علائم اختلال استرسی پس از ضایعه روانی و پیامدهای منفی زندگی در زنان باردار مبتلا و غیر مبتلا به استفراغ بدخیم دوران بارداری هایده هاشمی‌زاده^۱، روشنگ نوری دولویی^{۲*}

۱. مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران.
۲. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۵/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۸/۰۱

خلاصه

مقدمه: استفراغ بدخیم بارداری معمولاً با استرس‌های شدید فیزیکی و روحی روانی همراه است. این نوع استفراغ می‌تواند با عوارض و کاهش کیفیت زندگی توأم گردد. مطالعه حاضر با هدف ارزیابی سندرم اختلال استرسی پس از ضایعه روانی در مادران باردار مبتلا و غیر مبتلا به استفراغ بدخیم دوران بارداری انجام شد.

روش کار: این مطالعه تحلیلی و مورد - شاهدی در سال ۹۴-۱۳۹۳ بر روی ۳۵۰ مادر باردار مبتلا به استفراغ بدخیم بارداری و ۳۵۰ مادر باردار غیر مبتلا به استفراغ بدخیم بارداری مراجعه کننده به درمانگاه‌ها و بیمارستان‌های تأمین اجتماعی مشهد انجام شد. جمع‌آوری اطلاعات از طریق مصاحبه با مادران و تکمیل پرسشنامه‌های استاندارد IES15 و PTSS10 و ارزیابی پیامدهای منفی زندگی صورت گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۰) و آزمون‌های آماری تی مستقل، مربع کای، آزمون دقیق فیشر و من ویتنی یو انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین نمره اختلال استرسی پس از ضایعه روانی تهوع و استفراغ در دو گروه مورد و شاهد به ترتیب 138 ± 4 و 28 ± 3 بود که بر اساس آزمون تی مستقل اختلاف آماری معناداری داشت ($p < 0/001$). تفاوت معناداری در پیامدهای منفی زندگی خصوصاً در زمینه اقتصادی، زناشویی، حرفه‌ای و همچنین سلامت فیزیکی و روانی در گروه مورد و شاهد وجود داشت ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: مادران باردار مبتلا به تهوع و استفراغ بدخیم بارداری خطر بیشتری جهت ابتلاء به اختلال استرسی پس از ضایعه روانی و پیامدهای منفی زندگی دارند، لذا مدیریت و کنترل مناسب این بیماران امری ضروری به نظر می‌رسد.

کلمات کلیدی: بارداری، تهوع، سندرم اختلال استرسی پس از تروما

* نویسنده مسئول مکاتبات: روشنگ نوری دولویی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران. تلفن: ۰۵۱-۴۷۰۱۱۱۱۴
پست الکترونیک: nooriroshanak@gmail.com

مقدمه

در جامعه رو به رشد کنونی که انسان‌ها بیش از گذشته در برابر شرایط نامساعد و فشارآور زندگی قرار گرفته‌اند، افزایش مشکلات، پیچیدگی و آمیختگی آن‌ها با یکدیگر، افراد را در شرایطی قرار می‌دهد که به طور دائم انواع فشارهای روانی را تجربه می‌کنند.

بارداری، یکی از دوره‌های با اهمیت زندگی و یک دوره آسیب‌پذیر در زندگی زنان به شمار می‌رود که زنان در این دوران در معرض شرایط جسمی، روانی و اجتماعی ناسازگاری قرار می‌گیرند و نیازهای جسمی و عاطفی آنان افزایش می‌یابد (۱). بارداری رویدادی است که بسیاری از دیدگاه‌های زندگی یک زن را تغییر می‌دهد و در سلامتی، احساس خوشبختی و نقش‌های اجتماعی یک زن تأثیر می‌گذارد (۲).

تهوع و استفراغ بارداری تأثیر منفی بر زندگی خانوادگی فرد، توانایی انجام فعالیت‌های معمول روزانه، عملکرد اجتماعی و سطح استرس فرد می‌گذارد. داشتن تهوع و استفراغ باعث امتناع از غذا خوردن و در نتیجه کاهش سطوح انرژی می‌شود و از این طریق بر فعالیت‌های فیزیکی فرد تأثیر می‌گذارد. از طرفی فرد احساس بیمار بودن دارد و احساس بیمار بودن می‌تواند بر حس تندرستی و سلامت روان فرد تأثیر گزارد (۳). تهوع و استفراغ شدید بارداری سالیانه منجر به بستری شدن ۲۸۵۰۰۰ مادر باردار در آمریکا می‌گردد و میزان شیوع آن ۲۵٪ گزارش شده است (۳، ۴). در صورت عدم درمان استفراغ بدخیم بارداری عوارضی نظیر آنسفالوپاتی ورنیکه (۵)، میلینولایزیس مرکزی (۶)، اختلالات کبدی (۷)، نارسایی کلیه (۸) و زایمان قبل از موعد مادر را تهدید می‌کند. همچنین عوارض جنینی و نوزادی آن شامل وزن کم‌هنگام تولد، محدودیت رشد داخل رحمی و مرگ جنینی و نوزادی می‌باشد (۱۱-۹). شایع‌ترین درمان‌های مرتبط با استفراغ بدخیم بارداری شامل مایع درمانی داخل وریدی و استفاده از مهارکننده‌های سروتونین می‌باشد (۱۲). گاهی ممکن است درمان مثر ثمر واقع نشده و نیاز به ختم بارداری باشد. ضمن اینکه در ۲۲٪ موارد علائم تا انتهای بارداری پابرجا باقی می‌ماند (۱۳، ۱۴).

نتایج مطالعات نشان می‌دهد که استفراغ بدخیم دوران بارداری دارای بار روانی منفی بوده؛ به طوری که ۸۰٪ مبتلایان تأثیرات روانی منفی ناشی از آن را گزارش کرده‌اند (۱۴، ۱۵). مطالعات متعدد نشان می‌دهد که استفراغ بدخیم بارداری با استرس‌های روحی شدیدی همراه است. در مطالعه پیریموگلو و همکاران (۲۰۱۰) مادران باردار مبتلا به استفراغ بدخیم بارداری نسبت به گروه کنترل از استرس بالاتری برخوردار بودند (۱۷). همچنین در مطالعه تن و همکاران (۲۰۱۰)، ۳۷/۳٪ از مادران مبتلا به استفراغ بدخیم بارداری، دارای اضطراب و افسردگی بودند (۱۸). میگان و همکار (۲۰۰۵) نشان دادند که استفراغ بدخیم بارداری چنان وضعیت ناتوان‌کننده‌ای است که مادران حتی در مورد سلامت جنین نگرانی ندارند (۱۹). مانچ (۲۰۰۰) ثابت کرد که تأخیر در تشخیص و عدم سازماندهی در درمان مناسب منجر به تشدید بیماری، طولانی شدن دوره درمان، بستری در بیمارستان و افزایش فشار روحی و استرس روانی می‌شود (۲۲).

اختلال استرس پس از ضایعه روانی، نوعی از اختلالات اضطرابی است که پس از برخورد با یک حادثه تهدیدکننده حیات به صورت علائم مختلف روانی مانند پرخاشگری، کابوس شبانه، یادآوری حادثه و علائم اضطرابی و کاهش آستانه تحریک مشخص می‌شود. اختلال در بسیاری از کشورها و گروه‌های جمعیتی مختلف مورد مطالعه قرار گرفته است (۲۰). بر اساس معیارهای DSM-IV، استرس ترومایی شرط لازم برای بروز علائم PTSD می‌باشد. PTSD با سه گروه علائم شناخته می‌شود که این گروه‌ها شامل: درگیری ذهنی، اجتناب و افزایش برانگیختگی می‌باشد. علائم درگیری ذهنی شامل خاطرات پریشان، رویاها و خواب‌های پریشان در مورد یک اتفاق، عمل کردن یا احساس کردن (به طوری که حادثه آسیب‌زا عود کند)، پریشانی روانی شدید و واکنش پذیری، عرق کردن، تپش قلب و ... در زمان یادآوری حادثه می‌باشد. علائم اجتناب شامل تلاش برای دوری از تفکر احساسات یا مکالمات همراه با آسیب تلاش برای پرهیز از فعالیت‌ها، مکان‌ها و یا افرادی که باعث تجدید خاطره آن آسیب

می‌شوند، ناتوانی برای یادآوری یک جنبه مهم آسیب، علاقه کاهش یافته در همکاری فعالیت‌های مهم، احساس جدایی از دیگران، برخی واکنش‌های احساسی و عاطفی محدود و احساس آینده کوتاه می‌باشد. علائم بیش از حد برانگیختگی شامل: دشواری در خوابیدن یا خواب ماندن، تحریک‌پذیری یا طغیان خشم، دشواری در تمرکز، واکنش پرش وحشت‌زدگی اغراق‌آمیز و گوش به زنگ بودن برای علائم خطر می‌باشد. اگر علائم برای حداقل یک ماه دوام داشته باشند، PTSD تشخیص داده می‌شود و اگر علائم برای کمتر از یک ماه باقی بماند، به عنوان اختلال حاد استرسی محسوب می‌شود (۲۱).

اختلال استرسی پس از ضایعه روانی در بارداری، اولین بار در سال ۱۹۹۰ گزارش گردید (۲۲). مبتلایان علائمی نظیر ترس شدید، عدم احساس خوشبختی، خستگی و ضعف، بی‌حسی، تحریک‌پذیری، خواب‌آلودگی و اختلال در تمرکز را تجربه می‌کنند. همچنین در موارد شدید مبتلایان از به خاطر آوردن ضایعه روانی خودداری می‌کنند (۲۳). شایع‌ترین علل سندرم اختلال استرسی پس از ضایعه روانی شامل: اختلالات روانی، بارداری ناخواسته، تاریخچه بستری در بیمارستان به دلیل عوارض بارداری، استفرغ بدخیم بارداری، زایمان زودرس، تاریخچه مثبت سقط، نوع زایمان، مشکلات نوزاد، بستری نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه و در برخی فرهنگ‌ها، جنس ناخوسته نوزاد می‌باشد (۲۴). هر چند نتایج مطالعات نشان داده‌اند که استفرغ بدخیم بارداری با علائم روانی و فیزیکی شدیدی همراه است (۲۵)، اما علائم روحی و فیزیکی پس از بارداری به دنبال بارداری‌های همراه با استفرغ بدخیم بارداری به خوبی بررسی نشده است.

با توجه به اینکه بارداری به تنهایی می‌تواند حادثه‌ای آسیب‌زا بوده و از طرفی اختلال است پس از ضایعه روانی می‌تواند با علائم ناتوان کننده‌ای برای مادر همراه باشد که در نهایت بنیان خانواده و جامعه را دچار مشکل کند، مطالعه حاضر با هدف بررسی اختلال استرسی در زنان باردار و بررسی مقایسه‌ای علائم اختلال استرسی پس از ضایعه روانی و پیامدهای منفی

زندگی در زنان باردار مبتلا و غیر مبتلا به استفرغ بدخیم دوران بارداری مراجعه کننده به بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های تأمین اجتماعی مشهد انجام شد.

روش کار

این مطالعه تحلیلی و مورد - شاهدی در سال ۹۴-۱۳۹۳ بر روی ۳۵۰ مادر باردار مبتلا به استفرغ بدخیم بارداری و ۳۵۰ مادر باردار غیر مبتلا به استفرغ بدخیم بارداری که جهت انجام مراقبت‌های دوران بارداری به بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های تأمین اجتماعی شهرستان مشهد مراجعه کرده بودند، انجام شد.

حجم نمونه مورد نیاز برای برآورد میانگین جامعه با توجه به فرمول کوکران و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۰/۹۵، انحراف استاندارد ۰/۵، ۳۵۰ نفر در نظر گرفته شد.

در انتخاب افراد گروه شاهد سعی بر این بود تا هماهنگی نمونه‌ها از نظر سن و محل زندگی با افراد گروه مورد رعایت شود. همچنین گروه مورد نیز به دو دسته مبتلا به استفرغ بدخیم بارداری (۲۸۷ نفر) و گروه مبتلا به استفرغ بدخیم بارداری همراه با تمام علائم اختصاصی (۶۳ نفر) تقسیم شدند که معیار این تقسیم‌بندی وجود سه علامت: عدم تمایل در به‌خاطر آوردن مشکل، اجتناب یا سردی و تحریک‌پذیری پس از زایمان بود. نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه در گروه مورد شامل بارداری زیر ۲۷ هفته، تشخیص و درمان استفرغ بدخیم بارداری و دریافت مایعات وریدی بود. معیارهای ورود به مطالعه در گروه شاهد شامل: بارداری زیر ۲۷ هفته، عدم تهوع و استفرغ نیازمند به دارو درمانی و عدم کاهش وزن به دلیل تهوع و استفرغ بود. همچنین معیارهای خروج از مطالعه در گروه مورد و شاهد شامل: بارداری زیر ۱۸ و بالای ۵۰ سال، بارداری چندقلویی، اختلالات طبی همراه و وجود بیماری روانی تشخیص داده شده بود. در صورتی‌که مادران شرایط ورود به مطالعه را داشتند، از آنها رضایت‌نامه کتبی جهت شرکت در پژوهش گرفته می‌شد و سپس در مطالعه شرکت داده شدند.

پیامدهای منفی زندگی از پرسشنامه محقق ساخته که دارای ۱۲ سؤال دو گزینه‌ای (دارد- ندارد) بود، استفاده شد. سؤالات شامل: عدم توانایی شیردهی و مشکلات شیردهی، بروز احساسات منفی نسبت به نوزاد، از دست دادن شغل و خانه و محل اقامت پس از زایمان، بروز مشکلات خانوادگی و طلاق، ناتوانی در نگهداری از نوزاد و خود، بروز مشکلات اقتصادی و مشکلات روانی پس از زایمان بود. تکمیل پرسشنامه بررسی پیامدهای منفی زندگی نیز در همین زمان (روزهای ۴۲ تا ۶۰ زایمان) انجام شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از SPSS (نسخه ۲۰) و آزمون‌های آماری تی‌مستقل، مربع‌کای، آزمون دقیق فیشر و من‌ویتنی یو صورت گرفت. سطح معناداری ۰/۰۵ و فاصله اطمینان ۹۵٪ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سن افراد در گروه مورد $36/42 \pm 5$ سال و در گروه شاهد $37/25 \pm 6$ سال بود که اختلاف معنی‌داری بین سن افراد دو گروه مورد و شاهد وجود نداشت ($p=1/8$). اکثر مادران شرکت‌کننده خانه‌دار (۷۰٪) در گروه شاهد و ۵۸٪ در گروه مورد) و تحصیلات آنها دیپلم (۶۰٪ در گروه شاهد و ۴۵٪ در گروه مورد) بود (جدول ۱). میانگین نمره اختلال استرسی پس از ضایعه روانی در دو گروه مورد و شاهد به ترتیب 138 ± 3 و 28 ± 5 گزارش شد که بر اساس آزمون تی، این اختلاف از نظر آماری معنادار بود ($p < 0/001$) (جدول ۲).

جمع‌آوری اطلاعات از طریق مصاحبه با مادران و تکمیل پرسشنامه اطلاعات فردی، پرسشنامه استاندارد IES15 و PTSS10 و پرسشنامه ارزیابی پیامدهای منفی زندگی^۱ بود. پرسشنامه اطلاعات فردی در طی بارداری حاوی ۱۰ سؤال در ارتباط با مشخصات فردی افراد از جمله سن، شغل، میزان تحصیلات، شغل همسر، میزان تحصیلات همسر، پاریته و سؤالاتی در مورد تغذیه بود. برای تعیین اعتبار فرم اطلاعاتی و پیامدهای منفی زندگی از روش اعتبار محتوا استفاده شد؛ بدین منظور پرسشنامه بر اساس اهداف پژوهش، مطالعه کتب و مقالات معتبر علمی و طرح‌های تحقیقاتی تهیه و تنظیم و به ۱۰ تن از اعضاء محترم هیئت علمی دانشگاه ارائه و نظرخواهی شد. برای تعیین پایایی از روش آزمون مجدد استفاده شد؛ به این صورت که پرسشنامه به فاصله ۱۰ روز به چند تن (۱۵ نفر) از واحدهای پژوهش داده شد. چون ضریب همبستگی بالای ۰/۸ بود (۰/۸۵)، پایایی آن مطلوب ارزیابی شد.

جهت ارزیابی اختلال استرسی پس از ضایعه روانی از پرسشنامه استاندارد IES15 و PTSS10 استفاده شد. این پرسشنامه، استاندارد بوده و حاوی چهار قسمت غربالگری استرس (۷ سؤال)، تجربه مجدد (۵ سؤال)، نشانه‌های یادآوری (۵ سؤال) و اجتناب و برانگیختگی (۵ سؤال) و در مجموع حاوی ۲۲ سؤال می‌باشد. این پرسشنامه بر اساس مقیاس ۷ گزینه‌ای لیکرت بوده و حداقل امتیاز آن یک (خیر) و حداکثر امتیاز ۷ (بسیار شدید) می‌باشد. بر این اساس حداقل نمره اخذ شده از این پرسشنامه ۲۲ و حداکثر ۱۵۴ است. روایی این پرسشنامه در ایران توسط میرزمانی و همکاران در سال ۲۰۰۶ به روش روایی همزمان محاسبه شد ($p < 0/001$, $p = 0/79$) (۲۶). پایایی آن در مطالعات مختلف توسط آزمون مجدد ۰/۷۴ و پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ تأیید شده است (۲۷). این پرسشنامه در سومین ملاقات پس از زایمان یعنی روزهای ۴۲ تا ۶۰ زایمان برای مادران تکمیل شد (همزمان با مراجعه مادران جهت انجام آخرین مرحله مراقبت‌های پس از زایمان). برای ارزیابی

¹ Negative Life Outcome questionnaires

جدول ۱- اطلاعات فردی گروه مورد و شاهد

متغیر	گروه	زنان باردار غیر مبتلا به	زنان باردار مبتلا به استفرغ
		استفرغ بدخیم بارداری	بدخیم (گروه مورد)
سن (سال) میانگین \pm انحراف معیار		۳۷/۲۵ \pm ۶	۳۶/۴۲ \pm ۵
شغل	خانه‌دار	۲۴۵ (۷۰)	۲۰۵ (۵۸/۵)
تعداد (درصد)	کارمند	۱۰۵ (۳۰)	۱۴۵ (۴۱/۵)
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۵۲ (۱۵)	۳۹ (۱۱)
	دیپلم	۲۱۰ (۶۰)	۱۵۶ (۴۵)
	فوق دیپلم	۷ (۲)	۳۹ (۱۱)
تعداد (درصد)	لیسانس	۶۳ (۱۸)	۸۹ (۲۵)
	فوق لیسانس و بالاتر	۱۸ (۵)	۲۷ (۸)
پارینه	یک	۸۰ (۲۲/۸)	۹۰ (۲۵/۷۱)
	دو	۱۸۷ (۵۳/۴۲)	۱۶۵ (۴۷/۱۴)
	سه و بالاتر	۸۳ (۲۳/۷۱)	۹۵ (۲۷/۱۴)
تعداد (درصد)			

جدول ۲- مقایسه اختلال استرسی پس از ضایعه روانی در گروه مورد و شاهد

متغیر	گروه	زنان باردار غیر مبتلا به	زنان باردار مبتلا به	سطح معنی‌داری
		استفرغ بدخیم بارداری	استفرغ بدخیم	
کابوس شبانه		۲۵ (۷/۱)	۹۰ (۴۴/۴)	<۰/۰۰۱
وجود کابوس شبانه تا ۱ ماه پس از زایمان		۱۵ (۴/۲)	۱۴۱ (۵۸/۹)	<۰/۰۰۱
عدم تمایل در به خاطر آوردن مشکل		۰ (۰)	۵۴ (۳۳/۹۵)	<۰/۰۰۱
جدایی		۵ (۱/۴)	۳۸ (۲۳/۹۵)	<۰/۰۰۱
اجتناب از قرار گیری در موقعیت‌هایی که یادآور بیماری است		۰ (۰)	۷۵ (۳۸/۵)	<۰/۰۰۱
اجتناب/سردی		۳۰ (۸/۵۷)	۶۶ (۲۷/۳)	<۰/۰۰۱
احتیاج به مراقبت		۵ (۱/۴۲)	۲۹ (۱۸/۶۵)	<۰/۰۰۱
احتیاج به مراقبت بیش از یک ماه پس از زایمان		۲ (۰/۵۷)	۸۸ (۴۷/۵)	<۰/۰۰۱
تحریک‌پذیری		۳۰ (۸/۵۷)	۸۳ (۴۲/۷)	<۰/۰۰۱
میانگین نمره اختلال استرسی پس از ضایعه روانی و انحراف معیار		۲۸ \pm ۳	۱۳۸ \pm ۴	<۰/۰۰۱

* اعداد بر اساس تعداد (درصد) بیان شده‌اند.

تمام و مبتلا به برخی علائم (نبود توأم هر سه معیار، عدم تمایل در به خاطر آوردن مشکل، اجتناب یا سردی و تحریک‌پذیری) در جدول ۳ مشاهده می‌شود. همچنین اختلاف معناداری بین میانگین نمره اختلال استرسی در زنان باردار مبتلا به استفرغ بدخیم بارداری همراه با همه علائم اختلال استرسی پس از ضایعه روانی با زنانی که برخی علائم را تجربه کرده بودند وجود داشت (جدول ۳) ($p < 0.001$).

با توجه به اینکه افراد مبتلا به PTSS تمام علائم آن را نشان نمی‌دهند و ممکن است برخی علائم را نشان دهند؛ افراد مورد به دو دسته مبتلا به برخی علائم و مبتلا به تمام علائم اختلال استرسی (در صورتی که افراد هر سه علامت عدم تمایل در به خاطر آوردن مشکل، اجتناب یا سردی و تحریک‌پذیری پس از زایمان، را نشان می‌دادند در این دسته قرار می‌گرفتند) تقسیم‌بندی شدند. ۶۳ نفر (۱۸٪) از افراد تمام علائم اختلال استرسی و ۲۸۷ نفر (۸۲٪) برخی علائم را نشان دادند. درصد علائم اختلال استرسی در دو گروه مبتلا به

جدول ۳- مقایسه علائم اختلال استرسی پس از ضایعه روانی در زنان باردار مبتلا به استفراغ بدخیم بارداری

سطح معنی‌داری	زنان باردار مبتلا به استفراغ بدخیم بارداری		گروه	متغیر
	همراه با تمام علائم اختلال استرسی پس از ضایعه روانی	همراه با برخی علائم اختلال استرسی پس از ضایعه روانی		
<0/001	۵۲ (۷۶/۵)	۳۸ (۱۲/۳)		کابوس شبانه
<0/001	۶۳ (۹۲/۶)	۷۸ (۲۵/۲)		وجود کابوس شبانه تا ۱ ماه پس از زایمان
<0/001	۴۴ (۶۴/۷)	۱۴ (۴/۸۷)		عدم تمایل در به خاطر آوردن مشکل
<0/001	۳۱ (۴۵/۶)	۱۷ (۵/۹۲)		جدایی
<0/001	۴۶ (۶۷/۶)	۲۹ (۹/۴)		اجتناب از قرارگیری در موقعیت‌هایی که یادآور بیماری است.
<0/001	۲۹ (۴۲/۶)	۳۷ (۱۲)		اجتناب/سردی
<0/001	۲۷ (۳۶/۷)	۱۲ (۴/۱۸)		احتیاج به مراقبت
<0/001	۵۸ (۸۵/۳)	۳۰ (۹/۷)		احتیاج به مراقبت بیش از یک ماه پس از زایمان
<0/001	۵۱ (۷۵)	۳۲ (۱۰/۴)		تحریک‌پذیری

بین دو گروه مورد و شاهد تفاوت معناداری از نظر نسبت شیردهی ناموفق ($p < 0/001$)، از کارافتادگی ($p < 0/001$)، از دست دادن شغل ($p < 0/001$)، مشکلات اقتصادی و خانوادگی ($p < 0/001$)، ناتوانی در نگهداری از نوزاد ($p < 0/05$) و مراقبت از خود در دوران پس از زایمان ($p < 0/01$) وجود داشت (جدول ۴).

جدول ۴- مقایسه پیامدهای منفی زندگی در گروه مورد و شاهد

سطح معنی‌داری	زنان باردار غیر مبتلا به استفراغ بدخیم بارداری		گروه	متغیر
	زنان باردار مبتلا به استفراغ بدخیم	زنان باردار غیر مبتلا به استفراغ بدخیم		
<0/001	۱۳۱ (۳۹/۶۵)	۲۵ (۱۰/۱)		عدم توانایی شیردهی
0/14	۶۴ (۲۱/۸)	۳۶ (۱۵/۵)		مشکلات شیردهی
0/58	۱۲ (۶)	۰ (۰)		احساس منفی پابرجا نسبت به نوزاد
<0/001	۱۹۳ (۵۸/۱۵)	۱۱ (۴/۷)		غیبت از کار پس از زایمان
<0/001	۷۱ (۱۷/۸۵)	۱ (۰/۴)		از دست دادن شغل
<0/001	۹۱ (۳۴/۲)	۱ (۰/۴)		مشکلات خانوادگی پس از زایمان
0/13	۱۴ (۳/۴۵)	۱ (۰/۴)		طلاق پس از زایمان
<0/001	۱۰۲ (۳۸/۳)	۰ (۰)		مشکلات اقتصادی پس از زایمان
0/057	۱۳ (۳/۸۵)	۰ (۰)		از دست دادن خانه و محل اقامت پس از زایمان
<0/05	۳۰ (۱۰/۶)	۰ (۰)		ناتوانی در نگهداری از نوزاد پس از زایمان
<0/001	۱۳۳ (۴۲/۷۵)	۲ (۰/۸)		ناتوانی در مراقبت از خود پس از زایمان
<0/001	۱۴۴ (۵۶)	۲ (۰/۸)		بروز مشکلات روانی پس از زایمان

در مطالعه پورشریف و همکاران (۲۰۰۸)، ۶۲۶ نفر (۸۰٪) از مادران باردار مبتلا به استفراغ بدخیم بارداری تغییرات اقتصادی-اجتماعی (از دست دادن شغل)، تغییر عقیده نسبت به بارداری (ترس از بارداری‌های آتی) و بروز مسائل روانی (افسردگی و اضطراب) را نشان دادند. در مطالعه حاضر درصد قابل ملاحظه‌ای از مادرانی که استفراغ بدخیم بارداری داشتند نسبت به مادران غیر مبتلا علائم اختلال استرسی پس از ضایعه روانی و پیامدهای منفی روحی-روانی را تجربه کردند. در مطالعه

بحث

زنانی که استفراغ بدخیم بارداری را تجربه می‌کنند نسبت به زنان سالم، با احتمال بیشتری پس از زایمان علائم اختلال استرسی را نشان می‌دهند و از پیامدهای منفی زندگی بیشتر رنج می‌برند. همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که تمام علائم اختلال استرسی پس از ضایعه روانی، در بارداری‌های که با استفراغ بدخیم بارداری عارضه‌دار شده شایع و حدود ۱۸٪ می‌باشد.

پورشریف و همکاران نیز پیامدهای منفی روانی در مادران مبتلا به استفراغ بدخیم بارداری در مقایسه با مادران سالم تفاوت آماری معناداری داشت که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۱۶).

به نظر می‌رسد در میان تمام علائم اختلال استرسی بی‌حالی، افزایش تحریک‌پذیری و شخصیت منفعل، بیشترین پیامد منفی گزارش شده در مبتلایان به استفراغ بدخیم بارداری باشد. ممکن است برخی فاکتورهای مورد بررسی از قبل وجود داشته و یا در طی بارداری و مستقل از استفراغ بدخیم بارداری به وجود آمده باشد. به علاوه در مطالعه حاضر مادران گروه مورد که تمام علائم اختلال استرسی را داشتند نسبت به مادران گروه شاهد، اضطراب و افسردگی بیشتری را نسبت به قبل از بارداری تجربه می‌کردند؛ هرچند که از مادران فقط در مورد همین بارداری سؤال می‌شد.

علاوه بر همه این موارد، در مطالعه حاضر گروه شاهد در مقایسه با گروه مورد به طور مشخص مشکلات روانی کمتری را پس از زایمان گزارش کردند (۰/۸٪ در مقایسه با ۸۳/۸٪). بنابراین به نظر می‌رسد که سطوح افزایش یافته اضطراب و افسردگی پس از زایمان به طور اولیه مربوط به استفراغ بدخیم بارداری باشد. علت اصلی ایجاد استفراغ بدخیم بارداری ناشناخته است. هرچند مطالعات گذشته نشان دادند که ممکن است علل روانی در بروز این بیماری نقش داشته باشد، اما مطالعات جدیدتر تأثیر علل روانی را کم اهمیت‌تر تلقی کرده‌اند. به عنوان مثال در مطالعه سنگ و همکاران (۲۰۰۷) کمتر از ۱۰٪ مبتلایان دچار اختلال روانی از قبل بودند (۲۸، ۲۹) و سیمپسون و همکاران (۲۰۰۱) نشان دادند که هیچ شاهدهی مبنی بر علت روانی پیشین در ایجاد استفراغ بدخیم بارداری وجود ندارد (۳۰). اکثر مطالعات اخیر پیشنهاد می‌دهند که بروز استفراغ بدخیم بارداری بیشتر جنبه ژنتیک دارد (۲۷، ۲۸). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که استفراغ بدخیم بارداری می‌تواند منجر به اختلال استرسی پس از ضایعه روانی شده و با عوارض جدی و معناداری نظیر عدم توانایی شیردهی، بروز مشکلات خانوادگی، بروز مشکلات اقتصادی و عدم توانایی در مراقبت از خود و کودک همراه شود، لذا استفراغ بدخیم

بارداری می‌تواند منجر به تأثیرات منفی طولانی مدت بر روی سلامت مادر، فرزند و خانواده شود.

یکی از نقاط قوت مهم مطالعه حاضر، حجم بالای نمونه بود. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به وجود برخی اختلالات روانی یا احتمالاً اختلال استرسی شناخته نشده قبل از بارداری در مادران اشاره کرد. هرچند در مطالعه حاضر بین سطح تحصیلات و پاریته و بروز اختلال استرسی اختلاف معناداری گزارش نشد، اما به نظر می‌رسد که این عوامل در بروز بیماری می‌تواند دخیل باشد. یکی دیگر از محدودیت‌های این مطالعه، خوداظهاری علائم بیماری توسط مادران بود که ممکن است در تشخیص صحیح و دقیق بیماری اختلال ایجاد کند.

پیشنهادات می‌شود مطالعات آتی با هدف بررسی تشخیص موارد پرخطر از نظر ابتلاء به استفراغ بدخیم بارداری از طریق بررسی‌های اپیدمیولوژیک و ژنتیک، بررسی طول مدت بروز علائم اختلال استرسی پس از ضایعه روانی در بیماران مبتلا به استفراغ بدخیم بارداری، بررسی عوارض بیماری استفراغ بدخیم بارداری روی جنین و نوزاد و بررسی تأثیر درمان مؤثر استفراغ بدخیم بارداری و حمایت روانی پس از زایمان در کاهش علائم اختلال استرسی پس از ضایعه روانی در بیماران مبتلا به استفراغ بدخیم بارداری انجام شود.

نتیجه‌گیری

مادران باردار مبتلا به تهوع و استفراغ بدخیم بارداری در مقایسه با مادران باردار سالم از ابتدا دچار شخصیت ناپایدار روانی هستند و خطر بیشتری جهت ابتلاء به اختلال استرسی پس از ضایعه روانی و پیامدهای منفی زندگی دارند، لذا مدیریت و کنترل مناسب این بیماران خصوصاً در زمان انجام مشاوره قبل از بارداری امری ضروری به نظر می‌رسد و باید به این افراد کمک شود.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از همکاری تمام کارکنان بهداشتی-درمانی شاغل در مراکز تأمین اجتماعی شهرستان مشهد و مادران باردار شرکت‌کننده در مطالعه و همکاری حوزه معاونت تأمین اجتماعی تشکر و قدردانی می‌شود.

1. Sadeghi N, Azizi S, Molaeinezhad M. Anxiety status in pregnant mothers at third trimester of pregnancy and its related factors in referrals to Bandar Abbas Hospitals in 2012. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014; 17(122):8-15. (Persian).
2. Moshki M, Armanmehr V, Chervi K. The relationship between depression during pregnancy with social support and some demographic variables in pregnant women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 18(142):12-20. (Persian).
3. Abedian Z, Abbaszadeh N, Latifnezhad Roudsari R, Shakeri M. 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).
4. Wier LM, Levit K, Stranges E, Ryan K, Pfuntner A, Vandivort R, et al. Agency for healthcare research and quality; 2010. New York: HCUP facts and figures: statistics on hospital-based care in the United States; 2008.
5. Verberg MF, Gillott DJ, Al-Fardan N, Grudzinskas JG. Hyperemesis gravidarum, a literature review. *Hum Reprod Update* 2005; 11(5):527-39.
6. Wood P, Murray A, Sinha B, Godley M, Goldsmith HJ. Wernicke's encephalopathy induced by hyperemesis gravidarum. *Case reports. BJOG* 1983; 90(6):583-6.
7. Peeters A, Van de Wyngaert F, Van Lierde M, Sindic CJ, Laterre EC. Wernicke's encephalopathy and central pontine myelinolysis induced by hyperemesis gravidarum. *Acta Nuerol Belg* 1993; 93(5):276-82.
8. Adams RH, Gordon J, Combes B. Hyperemesis gravidarum. I. evidence of hepatic dysfunction. *Obstet Gynecol* 1968; 31(5):659-64.
9. Hill JB, Yost NP, Wendel GD Jr. Acute renal failure in association with severe hyperemesis gravidarum. *Obstet Gynecol* 2002; 100(5 Pt 2):1119-21.
10. Dodds L, Fell DB, Joseph KS, Allen VM, Butler B. Outcomes of pregnancies complicated by hyperemesis gravidarum. *Obstet Gynecol* 2006; 107(2 Pt 1):285-92.
11. Bailit JL. Hyperemesis gravidarum: epidemiologic findings from a large cohort. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193(3 Pt 1):811-4.
12. Kallen B. Hyperemesis during pregnancy and delivery outcome: a registry study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1987; 26(4):291-302.
13. Goodwin TM, Poursharif B, Korst LM, MacGibbon KW, Fejzo MS. Secular trends in the treatment of hyperemesis gravidarum. *Am J Perinatol* 2008; 25(3):141-7.
14. Poursharif B, Korst LM, MacGibbon KW, Fejzo MS, Romero R, Goodwin TM. Elective pregnancy termination in a large cohort of women with hyperemesis gravidarum. *Contraception* 2007; 76(6):451-5.
15. Fejzo MS, Poursharif B, Korst LM, Munch S, Romero R, Goodwin TM. Symptoms and pregnancy outcomes associated with extreme weight loss among women with hyperemesis gravidarum. *J Womens Health* 2009; 18(12):1981-7.
16. Poursharif B, Korst LM, Fejzo MS, MacGibbon KW, Romero R, Goodwin TM. The psychosocial burden of hyperemesis gravidarum. *J Perinatol* 2008; 28(3):176-81.
17. Pirimoglu ZM, Guzelmeric K, Alpaly B, Balcik O, Unal O, Turan MC. Psychological factors of hyperemesis gravidarum by using the SCL-90-R questionnaire. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2010; 37(1):56-9.
18. Tan PC, Vani S, Lim BK, Omar SZ. Anxiety and depression in hyperemesis gravidarum: prevalence, risk factors and correlation with clinical severity. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010; 149(2):153-8.
19. Meighan M, Wood AF. The impact of hyperemesis gravidarum on maternal role assumption. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005; 34(2):172-9.
20. Mohaghegh MS, Momtazi S, Mosavinasab S, Arab A, Sabouri A. Post-traumatic stress disorder in male chemical injured war veterans compared to non-chemical war veterans. *Med J Mashhad Univ Med Sci* 2014; 56(6):361-8. (Persian).
21. Jonsson A, Segesten K, Mattsson B. Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emerg Med J* 2003; 20(1):79-84.
22. Munch S. A qualitative analysis of physician humanism: women's experiences with hyperemesis gravidarum. *J Perinatol* 2000; 20(8 Pt 1):540-7.
23. van Pampus MG, Wolf H, Weijmar Schultz WC, Neeleman J, Aarnoudse JG. Posttraumatic stress disorder following preeclampsia and HELLP syndrome. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2004; 25(3-4):183-7.
24. Modares M, Molayee SM, Keyan FM, Afrasiyabi S. Prevalence of traumatic stress disorder after childbirth and related factors. *Hayat* 2010; 16(3-4):66-76. (Persian).
25. Abedian Z, Soltani N, Mokhber N, Esmaily H. Comparing post-traumatic stress disorder (PTSD) in primiparous and multiparous women with preeclampsia. *J Midwifery Reprod Health* 2013; 1(1):13-8.
26. Munch S, Korst LM, Hernandez GD, Romero R, Goodwin TM. Health-related quality of life in women with nausea and vomiting of pregnancy: the importance of psychosocial context. *J Perinatol* 2011; 31(1):10-20.
27. Mirzamani M, Mohammadi MR, Besharati MA. Application of the PTSD symptoms scale (PSS) for Iranian PTSD Patients. *Med J Islamic Republic Iran* 2006; 19(3):345-8.
28. Guodarzi MA. Validity and reability of micicipi posttraumatic stress disorders scales. *J 62Sychol* 2003; 26:8-12.

29. Seng JS, Schrot JA, van De Ven C, Liberzon I. Service use data analysis of pre-pregnancy psychiatric and somatic diagnosis in women with hyperemesis gravidarum. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2007; 28(4):209-217.
30. Simpson SW, Goodwim TM, Robins SB, Rizzo AA, Howers RA, Buckwalter DK, et al. Psychological factors and hyperemesis gravidarum. *J Womens Health Gend Based Med* 2001; 10(5):471-7.
31. Zhang Y, Cantor RM, MacGibbon K, Romero R, Goodwim TM, Mullin PM, et al. Familial aggregation of hyperemesis gravidarum. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 204(3):230.e1-7.
32. Vikanes A, Skjaerven R, Grijbovski AM, Gunnes N, Vangen S, Magnus P. Recurrence of hyperemesis gravidarum across generations: population based cohort study. *BMJ* 2010; 340:c2050.

