

نقش عوامل روانی اجتماعی در تهوع و استفراغ بارداری

نویسندگان: محبوبه فرامرزی^۱، آسیه رنجبر تیلکی^{۲*}، ذکریا ذکریایی^۳، مژگان نعیمی راد^۴

۱. استادیار روان شناسی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری و ناباروری حضرت فاطمه الزهرا (س)، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

۲. کارشناس ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی ساری، ساری، ایران.

۳. استادیار دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

۴. واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان آیت الله روحانی بابل، کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

* نویسنده مسئول: آسیه رنجبر تیلکی E-mail: a.ranjbar13941367@gmail.com

چکیده

مقدمه و هدف: تهوع استفراغ از شایع ترین مشکلات بارداری است که تأثیر منفی بر کیفیت زندگی زنان دارد. با توجه به اهمیت شناسایی عوامل مؤثر در بروز تهوع استفراغ بارداری، بر آن شدیم که عوامل روانی اجتماعی، شامل اضطراب، افسردگی، استرس اختصاصی بارداری، وضعیت اقتصادی اجتماعی و حمایت اجتماعی را در زنان باردار با تهوع استفراغ بارداری بررسی نماییم.

مواد و روش ها: این پژوهش از نوع علی مقایسه ای است. ۲۰۰ زن باردار زیر ۱۲ هفته انتخاب شدند. تمام زنان، چهار پرسش نامه تجربه بارداری (PES)، افسردگی اضطراب و استرس (DASS-21)، پرسش نامه حمایت اجتماعی (SSQ) و پرسش نامه دموگرافیک و مقیاس سنجش بصری تهوع را تکمیل کردند. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون های آماری ضریب همبستگی، کای اسکور، آنالیز رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد.

نتایج: نتایج این مطالعه نشان می دهد اکثریت زنان باردار (۸۷٪)، از تهوع استفراغ خفیف تا متوسط رنج می برند. در زنان باردار با تهوع استفراغ بارداری، میزان عوامل روانی استرس بارداری (۸۵/۵٪ در مقابل ۱۴/۵٪)، افسردگی (۸۸/۹٪ در مقابل ۱۱/۱٪)، اضطراب (۶۸/۸٪ در مقابل ۳۱/۲٪)، حمایت اجتماعی پایین (۶۸/۱٪ در مقابل ۳۱/۹٪) و وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین (۷۳/۳٪ در مقابل ۲۶/۷٪) به طور معناداری بیشتر می باشد. در آنالیز رگرسیون، مهم ترین پیشگویی کننده های مثبت تهوع استفراغ بارداری، استرس اختصاصی بارداری ($\beta=2/67$) بود. همچنین پیشگویی کننده های منفی تهوع استفراغ بارداری، حمایت اجتماعی ($\beta=-0/227$) و طبقه اقتصادی اجتماعی ($\beta=-0/58$) بودند.

نتیجه گیری: زنان باردار دارای تهوع استفراغ نسبت به زنان باردار بدون تهوع استفراغ بارداری، استرس اختصاصی بارداری و افسردگی و اضطراب بیشتری را تجربه می کنند. همچنین از حمایت اجتماعی پایین تر و سطح اقتصادی اجتماعی پایین تری برخوردار هستند. این مطالعه توصیه می کند که مشاوران سلامت مادران، به نقش عوامل روانی اجتماعی استرس بارداری، حمایت اجتماعی و طبقه اقتصادی اجتماعی در پیشگیری و درمان زنان با تهوع استفراغ بارداری توجه کنند.

واژگان کلیدی: تهوع، استفراغ، بارداری، استرس، اضطراب.

دوماهنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیست و سوم-شماره ۱۱۹
آبان ۱۳۹۴

دریافت: ۱۳۹۴/۰۶/۲۱
آخرین اصلاح ها: ۱۳۹۴/۰۷/۳۰
پذیرش: ۱۳۹۴/۰۸/۰۶

مقدمه

تهوع و استفراغ بارداری (Nausea and Vomiting of Pregnancy) از مشکلات شایع حاملگی است که حدود ۷۰ تا ۸۵٪ زنان آن را تجربه می‌کنند. هرچند تهوع استفراغ از مشکلات اوایل بارداری است، ممکن است تا نیمه بارداری ادامه یابد (۱). کیفیت زندگی زنان باردار با تهوع استفراغ نسبت به افراد بدون این عارضه، پایین تر است. تهوع استفراغ بارداری نه تنها بر سلامت زنان اثرات سوء دارد، بلکه اثرات منفی بر عملکرد خانوادگی و اجتماعی و شغلی فرد می‌گذارد (۲)؛ به طوری که غیبت از کار را افزایش می‌دهد (۱). همچنین به طور مستقیم یا غیرمستقیم، هزینه‌های بهداشتی را افزایش می‌دهد (۳). تهوع استفراغ بارداری پیامدهای نامطلوب بارداری را نیز به دنبال دارد. گزارش‌ها نشان می‌دهد که تهوع استفراغ شدید بارداری تأثیرات منفی بر جنین دارد، از قبیل کاهش وزن و زایمان زودرس (۴). مک کرومات (۲۰۱۱) نشان داد که تهوع استفراغ بارداری، رشد جنبه‌های دلبستگی اولیه مادر و جنین را که در ۷ تا ۱۶ هفته حاملگی شکل می‌گیرد، مختل می‌کند (۵).

تهوع و استفراغ بارداری یک علامت غیراختصاصی است که دارای علل چندگانه است. به نظر می‌رسد که این عارضه، ناشی از استروژنی است که به موازات افزایش میزان گنادوتروپین بالا می‌رود. شواهد نشان می‌دهد که در خانم‌ها با شاخص توده بدنی پایین، شیوع عارضه تهوع و استفراغ بیشتر است (۶). بالا بودن هورمون تیروئید (۷) و کورتیزول (۸) نیز از عوامل همراه با تهوع و استفراغ‌های بارداری هستند.

روان‌شناسان، دوران بارداری را دوران بحران عاطفی می‌دانند. اریکسون که در نظریه رشد روانی اجتماعی، دوره‌هایی از رشد و تکامل را با تجربه بحران همراه دانسته است، از دوران بارداری به عنوان یکی از بحران‌ها نام برده است (۹). از آنجاکه زنان در دوران بارداری تغییرات فیزیکی روانی زیادی را تحمل می‌کنند، تأثیرپذیری آنان از استرس‌های متفاوت

زندگی، در این دوره افزایش می‌یابد (۱۰). شواهد نشان می‌دهد که استرس در بارداری از عوامل خطر بروز تهوع استفراغ باشد؛ به این صورت که پاسخ به استرس در بارداری به شکل بدنی و با ایجاد تهوع تظاهر می‌یابد (۱۱).

شواهد مبنی بر تأثیر عوامل روانی اجتماعی بر بروز یا شدت تهوع استفراغ بارداری رو به افزایش است (۱۲). مطالعات حکایت دارند که تهوع استفراغ بارداری با مشکلات روان‌پزشکی همراه هستند (۱۳). مطالعه‌ای نشان داد که شاخص شدت ناراحتی‌های روانی در زنان با تهوع شدید بارداری، از گروه کنترل بیشتر بود (۱۴). پن چیونگ تان (۲۰۱۰) افسردگی و اضطراب در زنان باردار را به عنوان عامل خطر بروز تهوع استفراغ بارداری معرفی کرد (۱۵). یک مطالعه (۲۰۱۳) نشان داد که تهوع استفراغ شدید بارداری با نشانه‌های افسردگی شدید ارتباط دارد (۱۶). برخی از مطالعات دیگر نشان داده‌اند زنانی که تهوع استفراغ شدید را تجربه می‌کنند، مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی قبلی بوده‌اند (۱۷). شواهدی نیز تأیید می‌کنند که زنان با تهوع استفراغ، امکان بیشتری دارد که مبتلا به اختلالات خلقی و اضطرابی و شخصیتی باشند (۱۸). از طرف دیگر، افسردگی و اضطراب بارداری زمینه‌ساز بروز افسردگی پس از زایمان است (۱۹).

فاکتورهای اجتماعی نیز با تهوع استفراغ بارداری ارتباط دارند. برخی از تحقیقات نشان داده است که بین حمایت اجتماعی و تهوع استفراغ بارداری ارتباط وجود دارد. همچنین زنانی که حمایت اجتماعی بالایی دریافت می‌کنند، استرس بارداری را کمتر تجربه می‌کنند (۲۰). گوتراد و همکاران (۲۰۰۸) گزارش کردند که متغیرهای روانی اجتماعی از قبیل کارکردن و سیگار کشیدن و تنها زندگی کردن، تأثیر واضح بر تهوع و استفراغ بارداری دارند (۲۱). وضعیت اقتصادی اجتماعی از عوامل دیگر مؤثر بر تهوع استفراغ بارداری است. هاووجو و همکاران (۲۰۰۸) گزارش

مقیاس سنجش بصری تهوع را تکمیل نمایند.

ابزار

پرسش‌نامه تجربه بارداری یا (PES Pregnancy Experience Stress): حاوی ۴۱ سؤال است و از ۵ زیرمؤلفه تشکیل می‌شود که شامل آمادگی جسمانی و روانی برای بچه‌داری، تغییرات در سبک زندگی فرد و همسر، ارتباطات با خانواده و دوستان، اتفاقات بارداری و تصویر بدنی می‌باشد و نیز شامل دو بخش هیجان‌ناخوشایندی و ناخوشایندی است. در مطالعه کاستینگ و هاوکینگ (۲۰۰۴)، PES روایی و پایایی شده است. آلفای کرونباخ در سه زمان ابتدا و وسط و انتهای بارداری در این مطالعه بالا بوده است ($\alpha=0/95$ ، $\alpha=0/91$). در ایران، شمسی ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۲) روایی و پایایی این فرم را انجام داده‌اند. آلفای کرونباخ در تجربه خوشایندی و ناخوشایندی برابر $0/93$ و $0/92$ است (۲۲).

پرسش‌نامه DASS-21 لایبوند (Depression, Anxiety, Stress Scale): حاوی ۲۱ سؤال است و سه مقیاس افسردگی و اضطراب و استرس را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. اعتبار بازآزمایی برای مقیاس افسردگی و اضطراب و تنیدگی، به ترتیب $0/81$ و $0/74$ و $0/87$ است (۲۳). به دلیل اینکه در این تحقیق از پرسش‌نامه استرس بارداری استفاده شد که مختص بارداری می‌باشد، سؤالات مربوط به بخش استرس پرسش‌نامه لایبوند مطالعه حذف گردید.

پرسش‌نامه حمایت اجتماعی یا (SSQ Social Support Scale): این مقیاس که توسط فلمینگ و همکاران (۱۹۸۲) ساخته شده، حاوی ۲۵ سؤال و ۵ زیرمقیاس حمایت ادراک‌شده عمومی، حمایت ادراک از دوستان و خانواده، حمایت ادراک‌شده از همسایگان و عقیده کلی درباره اهمیت حمایت اجتماعی است. سؤالات به صورت بلی و خیر است. پاسخ بلی نمره (۱) و خیر نمره (۰) را می‌گیرد و دامنه نمره ۰ تا ۲۵ است. نمره بالاتر، نشانه حمایت اجتماعی بیشتر است. این پرسش‌نامه در ایران توسط هومن و لیوارجانی با روش آلفای کرونباخ $0/82$ پایایی و روایی شده است (۲۴).

کردند در زنان فقیر که از حمایت اجتماعی کمتری برخوردار هستند، تهوع و استفراغ بارداری بیشتر تجربه می‌شود و استرس ادراک‌شده نیز بالاست (۲۱).

باتوجه به تأثیرات منفی عارضه تهوع استفراغ بارداری بر عملکرد فردی و اجتماعی، پیامد بارداری، اهمیت تأثیر عوامل روانی اجتماعی بر تهوع و استفراغ بارداری و نیز باتوجه به اینکه مقاله‌ای در ایران چاپ نشده است که به طور جامع این عوامل را در بارداری بررسی کند، در این تحقیق بر آن شدیم که نقش عوامل روانی اجتماعی استرس، اضطراب، افسردگی، وضعیت اقتصادی اجتماعی و حمایت اجتماعی را در گروه‌هایی با بدون تهوع و استفراغ بارداری بررسی کنیم.

روش کار

این پژوهش از نوع علی‌مقایسه‌ای (مورد- شاهد) می‌باشد که از شهریور ۱۳۹۱ تا خرداد ۱۳۹۲ انجام شده است. جامعه آماری شامل ۲۰۰ زن باردار ۱۸ تا ۴۰ سال، تک‌قل، بارداری کم‌خطر، زیر ۱۲ هفته، تحصیلات بالای ۵ سال و متمایل به شرکت در مطالعه، مراجعه‌کننده به کلینیک‌های بارداری بیمارستان‌های آموزشی درمانی آیت‌الله روحانی و شهید یحیی‌نژاد شهرستان بابل بود. از میان زنان واجد شرایط، ۱۰۰ خانم باردار با نشانه‌های تهوع استفراغ بارداری و ۱۰۰ خانم باردار بدون نشانه‌های تهوع و استفراغ بارداری که از نظر سن و تعداد حاملگی با یکدیگر همسان بودند، وارد مطالعه شدند. زنان باردار با حاملگی پرخطر، از قبیل فشارخون بارداری، علائم سقط و چندقلویی از مطالعه خارج شدند. در هر درمانگاه، یک کارشناس مامایی که درخصوص نحوه همکاری در طرح، آموزش‌های لازم را کسب کرده بود، پرسش‌نامه‌های دموگرافیک را تکمیل می‌کرد. سپس در زمان فاصله انتظار زنان برای نوبت ویزیت‌های بارداری، در یک اتاق خصوصی مناسب از آنان خواسته می‌شد که پنج پرسش‌نامه تجربه بارداری (استرس بارداری)، پرسش‌نامه اضطراب، افسردگی، استرس لایبوند، پرسش‌نامه حمایت اجتماعی فلمینگ،

افزایش می‌یابد. میزان درآمد به صورت ۱ تا ۵ بسیار مطلوب، مطلوب، متوسط، نسبتاً ضعیف، ضعیف تقسیم‌بندی شد. منزلت شغلی به صورت ۱ تا ۵ بسیار عالی، عالی، خوب، متوسط، بد تقسیم‌بندی شد. آنگاه نمرات به دست آمده از هر سه متغیر با هم جمع شده و بر ۳ تقسیم شد. در صورتی که نمره کل به دست آمده ۲۱ یا ۲۰ بود، وضعیت اقتصادی اجتماعی مطلوب، نمره ۳ متوسط، ۲ و ۱ وضعیت پایین در نظر گرفته شد. روایی این تقسیم‌بندی در تحقیقات دیگر نیز تأیید شده است (۲۶).

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، از نرم افزار SPSS 18 استفاده شده است. در این پژوهش، از آزمون کای اسکور و ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز رگرسیون خطی چندگانه استفاده شده است.

نتایج

در این مطالعه بیشترین فراوانی سنی، مربوط به زنان باردار ۲۰ تا ۳۰ سال (۶۸/۵٪) می‌باشد. نتایج نشان می‌دهد که اکثریت زنان دارای تهوع استفراغ از نوع خفیف یا متوسط بودند (۸۷٪) و تنها ۱۳٪ تهوع شدید بارداری داشتند.

جدول ۱ ویژگی‌های دموگرافیک زنان باردار را در دو گروه مورد مطالعه نشان می‌دهد. نتایج حکایت دارند که زنان با تهوع استفراغ و زنان بدون تهوع استفراغ بارداری، از نظر میانگین سن و سن بارداری و تعداد حاملگی با یکدیگر تفاوت معناداری نداشتند.

مقیاس سنجش بصری یا (Visual Analogue VAS): (Scale) شامل یک خط کش ۱۰ سانتی متری با مناطقی با ابتدا و انتهای معین و دامنه مشخص است که بیمار وضعیت شدت تهوع خود را روی آن مشخص می‌کند. عدد صفر نشان دهنده بهترین وضعیت و عدد ۱۰ نشان دهنده بدترین وضعیت می‌باشد. مقیاس دیداری ثبت شدت تهوع، یک مقیاس خودگزارشی می‌باشد. از آنجا که تهوع استفراغ حالتی است که توسط بیمار احساس می‌شود، مقیاس خودگزارشی تکنیکی بسیار مناسب جهت اندازه‌گیری شدت آن می‌باشد. برای ارزیابی شدت استفراغ، از شمارش دفعات اوغ زدن یا استفراغ استفاده شد. تهوع استفراغ با درجه بالاتر از ۷ به عنوان شدید، بین ۳/۵ تا ۷ متوسط و کمتر از ۳/۵ خفیف طبقه‌بندی شده است (۲۵).

پرسش‌نامه دموگرافیک: این پرسش‌نامه شامل متغیرهایی مانند سن، سن بارداری، تعداد حاملگی، تحصیلات، شغل، شغل همسر، میزان درآمد، تحصیلات همسر و سؤالاتی در خصوص وضعیت اقتصادی اجتماعی می‌باشد. برای تدوین سؤالات اقتصادی اجتماعی، از نظرات جمعی از اساتید جامعه‌شناسی و اقتصاد و آمار استفاده شد و در نهایت روایی آن مورد تأیید قرار گرفت. سه شاخص میزان درآمد، تحصیلات، منزلت شغلی والدین ارزیابی شد. هر سه متغیر به صورت هم وزن و یکسان درجه‌بندی شدند و در یک معادله افزایشی با هم ترکیب شدند. با افزایش درآمد، تحصیلات و منزلت شغلی والدین

جدول ۱. ویژگی‌های زنان با و بدون تهوع استفراغ بارداری

P-Value	بدون تهوع استفراغ		با تهوع استفراغ		گروه متغیر
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۲۴۱	۴/۶۵	۲۴/۸۴	۵/۱۹	۴۲/۰۲	سن (سال)
۰/۵۲	۲/۰۴	۸/۹۹	۲/۰۱	۸/۴۳	سن بارداری (هفته)
۰/۱۶۹	۰/۷۰۴	۱/۷۸	۰/۹۱۸	۱/۶۲	تعداد حاملگی

را گزارش کردند. همچنین میزان حمایت اجتماعی پایین (۶۸/۱٪ در مقابل ۳۱/۹٪، $P < ۰/۰۰۱$) و وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین (۷۳/۳٪ در مقابل ۲۶/۷٪، $P < ۰/۰۰۱$) در زنان با تهوع استفراغ بارداری به طور معناداری بیشتر از زنان بدون تهوع استفراغ بارداری بود (جدول ۲).

جدول ۲ فراوانی عوامل روانی اجتماعی را در دو گروه مطالعه نشان می‌دهد. آزمون کای اسکور بیانگر آن است که زنان باردار دارای تهوع در مقایسه با زنان بدون تهوع، به طور معناداری میزان استرس اختصاصی بارداری (۸۵/۵٪ در مقابل ۱۴/۵٪، $P < ۰/۰۰۱$) میزان اضطراب (۶۸/۸٪ در مقابل ۳۱/۲٪، $P < ۰/۰۰۱$) و میزان افسردگی (۸۸/۹٪ در مقابل ۱۱/۱٪، $P = ۰/۰۰۱$) بیشتری

جدول ۲. مقایسه فراوانی عوامل روانی اجتماعی در زنان با و بدون تهوع استفراغ بارداری

P-Value	بدون تهوع استفراغ		با تهوع استفراغ		گروه متغیر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
<۰/۰۰۱	۱۴/۵	۱۰	۸۵/۵	۵۹	استرس
۰/۰۰۱	۱۱/۱	۲	۸۸/۹	۱۶	افسردگی
<۰/۰۰۱	۳۱/۲	۲۰	۶۸/۸	۴۴	اضطراب
۰/۰۰۱	۳۱/۹	۲۳	۶۸/۱	۴۹	حمایت اجتماعی پایین
<۰/۰۰۱	۲۶/۷	۲۰	۷۳/۳	۵۵	وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین

*Chi-Square

شدند. یافته‌های مدل رگرسیون ($x^2 = ۱۰۴/۸۷$) و نشان می‌دهد که $R^2 = ۰/۴۰۸$ و $P = < ۰/۰۰۱$) واریانس تهوع و استفراغ با متغیرهای طبقه اجتماعی، حمایت اجتماعی و استرس بارداری قابل پیش‌بینی است. ضرایب همبستگی β نشان می‌دهد که قوی‌ترین پیشگویی‌کننده مثبت تهوع استفراغ بارداری، استرس اختصاصی بارداری است ($\beta = ۲/۶۷۷$ ، $P = < ۰/۰۰۱$) پس از استرس بارداری، حمایت اجتماعی، از پیشگویی‌کننده‌های منفی مهم تهوع استفراغ بارداری است ($\beta = -۰/۲۲۷$ ، $P = ۰/۰۳۷$) همچنین پیشگویی‌کننده منفی مهم دیگر تهوع و استفراغ بارداری، طبقه اقتصادی اجتماعی است ($\beta = -۰/۰۵۸$ ، $P = < ۰/۰۰۱$) در آنالیز رگرسیون، متغیرهای اضطراب و افسردگی، پیشگویی‌کننده معناداری برای تهوع استفراغ بارداری نبودند.

جدول ۳ ماتریس همبستگی متغیرهای روانی و اجتماعی را با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون نشان می‌دهد. یافته‌ها بیانگر آن است که تهوع استفراغ بارداری با میزان حمایت اجتماعی ($P = ۰/۰۱$) و طبقه اقتصادی اجتماعی ($P = ۰/۰۱$)، $R = ۰/۲۵۵$ و ارتباط معنادار منفی دارد. همچنین تهوع استفراغ بارداری با استرس بارداری ($P = ۰/۰۱$)، $r = ۰/۳۵۸$ ارتباط معنادار منفی دارد. همچنین تهوع استفراغ بارداری با اضطراب ($R = ۰/۵۱۵$ ، $P = ۰/۰۱$) و افسردگی ($R = ۰/۲۴۵$ ، $P = ۰/۰۱$) در بارداری ($R = ۰/۲۴۵$ ، $P = ۰/۰۱$) ارتباط مثبت معنادار دارد.

باتوجه به همبستگی معنادار متغیرهای روانی و اجتماعی با تهوع استفراغ بارداری و به منظور تعیین سهم هریک از عوامل در پیشگویی عارضه تهوع استفراغ بارداری، پنج متغیر اضطراب، افسردگی، استرس اختصاصی بارداری، طبقه اقتصادی اجتماعی و حمایت اجتماعی به عنوان متغیرهای وابسته وارد مدل رگرسیون

جدول ۳. ماتریس ضریب همبستگی متغیرهای مورد مطالعه

۶	۵	۴	۳	۲	۱	
					۱	۱. تهوع و استفراغ بارداری
				۱	-۰/۳۵۸**	۲. طبقه اقتصادی اجتماعی
			۱	-۰/۱۹۹**	+۰/۵۱۵**	۳. استرس بارداری
		۱	+۰/۲۰۱**	-۰/۱۷۵*	+۰/۲۵۷**	۴. اضطراب
	۱	+۰/۲۳۴**	+۰/۲۱۳**	-۰/۲۰۶**	+۰/۲۴۵**	۵. افسردگی
۱	+۰/۲۳۷**	-۰/۱۶۸**	-۰/۰۹۰*	+۰/۰۹۲	-۰/۲۵۵**	۶. حمایت اجتماعی

**P<۰/۰۱ *P<۰/۰۵

*Pearson Test

جدول ۴. نتایج آنالیز رگرسیون متغیرهای پیش‌بینی کننده تهوع و استفراغ بارداری

معناداری	CI % ۹۵		ضریب β	خطای استاندارد	ضریب β غیر استاندارد	شاخص متغیر
	حداکثر	حداقل				
+۰/۰۰۰	-	-	-	۱/۲۸۹	+۰/۰۵۸	عدد ثابت
+۰/۵۰۳	۲/۲۹۰	+۰/۱۸۵	+۰/۶۵۱	+۰/۶۴۲	+۰/۴۳۰	اضطراب
+۰/۰۰۰	+۰/۲۴۹	+۰/۰۱۳	-۰/۰۵۸	+۰/۷۴۶	-۲/۸۵۱	طبقه اقتصادی اجتماعی
+۰/۰۳۷	+۰/۹۱۴	+۰/۰۵۷	-۰/۲۲۷	+۰/۷۱۰	-۱/۴۸۱	حمایت اجتماعی
+۰/۲۶۱	۴/۸۸	+۰/۴۸۱	۲/۶۷	+۰/۸۷۵	+۰/۹۵۸	افسردگی
+۰/۰۰۰	۸/۰۷۶	۵/۳۷۱	۲/۶۷۷	+۰/۴۶۱	۳/۰۲۹	استرس بارداری

*Logistic Regression

بحث

بررسی، از ابزار سنجش اضطراب اختصاصی بارداری (PES) استفاده شده است. کوکن و همکارانش پژوهشی طولی را در ترکیه بر روی ۲۳۰ زن با تهوع و استفراغ بارداری انجام دادند. آن‌ها گزارش کردند که بین شدت تهوع و استفراغ که با استفاده از سیستم امتیازدهی Rhodes تعیین شده بود، با شدت اضطراب و افسردگی اوایل بارداری ارتباط وجود دارد (۲۷). البته این تحقیق، هم از نظر نوع تحقیق (طولی) و هم از حیث سنجش ابزار (استرس ادراک شده PSS) با این مطالعه که علی‌مقایسه‌ای است و استرس اختصاصی بارداری با ابزار PES سنجیده شده است، متفاوت است. مطالعه‌ای در خصوص ارتباط شدت تهوع با استرس نشان داد که در زنان با تهوع شدید نسبت به افراد با تهوع خفیف، شدت استرس بالاتر بود (۲۸).

نتایج حاکی از آن است که حمایت اجتماعی از پیشگویی‌کننده‌های منفی تهوع استفراغ بارداری است. همچنین زنان بارداری که تهوع و استفراغ بارداری

نتایج نشان داد که استرس اختصاصی در زنان باردار (شامل آمادگی جسمانی و روانی برای بچه‌داری، تغییرات در سبک زندگی فرد و همسر، ارتباطات با خانواده و دوستان، تغییرات بارداری و تصویر بدنی)، مهم‌ترین پیشگویی‌کننده منفی تهوع استفراغ بارداری است. نتیجه این پژوهش، همسو با یافته‌های بهادران و محمدعلی بیگی (۱۰)، اسوالو و همکاران (۱۵) و هاووجو و همکاران (۲۰) است که نشان دادند زنان باردار با تهوع و استفراغ بارداری نسبت به زنان باردار بدون تهوع و استفراغ، استرس بیشتری را گزارش می‌کنند. همچنین بهادران و محمدعلی بیگی (۱۳۸۴) گزارش کردند که ۱۲/۲۹٪ زنان باردار با تهوع و استفراغ بارداری در گروه اضطراب متوسط و ۸۷/۷۱٪ در گروه کم اضطراب قرار داشتند (۱۰). البته این تحقیق با مطالعات قبلی یک تفاوت مهم داشت و آن‌هم اینکه مطالعات گذشته ارتباط استرس عمومی را با تهوع استفراغ بارداری بررسی کردند؛ اما در این

استفراغ شدید داشتند (۳۴). کورن و همکاران (۲۰۰۲) ارتباط معناداری را بین درآمد خانواده و تهوع و استفراغ بارداری گزارش کردند. این پژوهش نشان داد تهوع و استفراغ بارداری در زنانی که از نظر اقتصادی در سطح پایین تری هستند، شدیدتر بود (۳۵).

در این مطالعه، هرچند افسردگی و اضطراب در بررسی تک‌متغیره پیرسون ارتباط معناداری با تهوع استفراغ بارداری داشتند، در مدل رگرسیون ارتباط معنادار نبود. تان و همکارانش نشان دادند که اضطراب و افسردگی در تهوع و استفراغ شدید بارداری معمول می‌باشد و می‌تواند به‌عنوان یک عامل خطر بیان شود (۱۳). در تبیین تفاوت نتایج این تحقیق با یافته‌های دیگران، می‌توان گفت که شاید هم‌پوشانی متغیرهای افسردگی و اضطراب با استرس منجر شد که وقتی در مدل رگرسیون اثر هم‌پوشانی حذف شد، سهم استرس باقی ماند و سهم افسردگی و اضطراب ناچیز شد.

حال سؤال مهم این است که مکانیسم ارتباط متغیرهای مطالعه با تهوع استفراغ چیست؟ هرچند پاسخ آن واضح نیست، فرضیاتی مطرح است. شواهد اخیر نشان می‌دهد هورمون‌هایی که در استرس نقش دارند (آدرنوکورتیکوتروپین و کورتیزول) با تهوع استفراغ بارداری ارتباط مثبت دارند (۸)؛ پس این فرض مطرح می‌شود که تغییرات فیزیولوژیک ناشی از استرس، با نشانه‌های بدنی تهوع استفراغ ظاهر می‌شود. از طرف دیگر، فشارهای روانی می‌توانند جلوه‌های بدنی‌سازی داشته باشند (۱۱). همچنین عوامل روانی دیگر، از قبیل وضعیت اقتصادی اجتماعی و حمایت اجتماعی نیز با اضطراب عمومی و استرس ارتباط دارد (۲۰)؛ بنابراین، این فرض محتمل است که فاکتورهایی از قبیل وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین و حمایت اجتماعی پایین هم از طریق افزایش اضطراب عمومی و افزایش استرس خاص بارداری منجر به بروز تهوع استفراغ بارداری شوند. البته این یافته‌ها پیشنهاد می‌کند که مطالعات تجربی و به‌صورت آینده‌نگر در این حوزه انجام گیرد.

داشتند، نسبت به زنان بارداری که تهوع و استفراغ نداشتند، از حمایت اجتماعی پایین‌تری برخوردار بودند. نتایج این تحقیق با یافته‌های وبستر و همکاران (۲۹) و یافته‌های هاووجو و همکاران (۲۰) همسو می‌باشد. در مطالعه‌ای نشان داده شد که شدت تهوع استفراغ بارداری، با میزان دریافت حمایت اجتماعی ارتباطی ندارد (۲۸). درخصوص تبیین اینکه چگونه حمایت اجتماعی در وقوع تهوع استفراغ بارداری نقش دارد، می‌توان گفت که حمایت اجتماعی یک بافر مهم استرس محسوب می‌شود. مطالعات نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی نقش مهمی در کاهش استرس دارد (۳۰، ۳۱). حمایت اجتماعی نیروی مقابله‌ای محکمی برای رویارویی موفقیت‌آمیز و آسان در زمان درگیری با شرایط تنش‌زا شناخته شده است که تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل می‌کند (۳۲). حمایت اجتماعی از طریق ایفای نقش واسطه‌ای میان عوامل استرس‌زای زندگی و بروز مشکلات جسمی و روانی و همچنین تقویت شناخت افراد، باعث کاهش تنش و بهبود کیفیت زندگی افراد می‌شود (۳۳)؛ بنابراین، این فرضیه مطرح می‌شود که افزایش حمایت اجتماعی در زنان باردار استرس‌های اختصاصی و عمومی بارداری را کاهش می‌دهد و با کاهش تنش در زنان باردار احتمال وقوع تهوع استفراغ بارداری را کاهش می‌دهد.

یافته‌ها نشان داد که وضعیت اقتصادی اجتماعی، پیشگویی‌کننده منفی تهوع استفراغ بارداری است. همچنین زنان بارداری که تهوع و استفراغ بارداری داشتند، سطح وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین‌تری را نسبت به زنان بارداری که تهوع و استفراغ بارداری نداشتند، گزارش کردند. نتایج پژوهش سلطانی و همکاران نشان داد که بین سطح اقتصادی خانواده و شدت تهوع و استفراغ بارداری ارتباط معنی‌دار وجود داشت؛ به‌طوری‌که ۴۳/۸٪ از زنانی که وضعیت اقتصادی خود را بد گزارش کرده بودند، تهوع و استفراغ شدید داشتند و تنها ۱۴/۳٪ زنانی که سطح اقتصادی خانواده خود را عالی گزارش کردند، تهوع و

بهداشتی و سلامت زنان، به مشکل تهوع استفراغ بارداری فقط از دیدگاه فیزیولوژیک یا بیولوژیک نگاه نکنند و عوامل روانی اجتماعی را نیز در بروز یا تشدید تهوع استفراغ بارداری مورد توجه قرار دهند. همچنین به منظور تحقق اهداف پیشگیری و درمان این عارضه شایع بارداری، لازم است که به متخصصان زنان و کارشناسان مامایی در مورد عوامل روانی مؤثر بر تهوع استفراغ بارداری، آگاهی‌ها و آموزش‌های لازم داده شود تا بتوانند برنامه‌های برنامه‌ حمایتی آموزشی را در مراقبت‌های خود به کار گیرند.

نتیجه‌گیری

استرس بارداری و حمایت اجتماعی و وضعیت اقتصادی اجتماعی از عوامل روانی اجتماعی پیشگویی‌کننده تهوع استفراغ بارداری است. این یافته‌ها پیشنهاد می‌کنند که متخصصان زنان مامایی در درمان تهوع استفراغ بارداری به جنبه‌های روانی اجتماعی بیماران توجه بیشتری داشته باشند. همچنین این پژوهش به ضرورت انجام تحقیقات بعدی در خصوص نقش مشاوره‌های روانی در کنار درمان‌های طبی رایج در درمان تهوع استفراغ بارداری اشاره می‌نماید.

تشکر و قدردانی

از بیماران جهت تکمیل پرسش‌نامه‌ها و از ماماها محترم، خانم‌ها عبدالله‌زاده و مولایی، جهت همکاری در نمونه‌گیری و از واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان آیت‌الله روحانی بابل تشکر می‌شود.

منابع

- Jewell D & Young G. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) 2003; (4): CD000145.
- 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. Journal of Perinatology 2011; 31(1): 10-20.
- Piwko C, Koren G, Babashov V, Vicente C, Einarson TR. Economic burden of nausea and vomiting of pregnancy in the USA. Journal of population therapeutics and clinical pharmacology 2013; 20(2): e149-60.
- Czeizel AE, Puho E. Association between severe nausea and vomiting in pregnancy and lower rate of preterm births. Paediatr Perinat Epidemiol 2004; 18(4): 253-9.

از ویژگی‌های بارز این تحقیق این بود که پنج متغیر روانی اجتماعی را به عنوان عوامل احتمالی تهوع استفراغ بارداری بررسی کرده است. از ویژگی‌های دیگر منحصربه‌فرد این تحقیق آن است که برای سنجش استرس زنان باردار از ابزار خاص استرس بارداری PES استفاده کرده است. این مطالعه به‌رغم نقاط قوت فراوان، محدودیت‌هایی نیز داشته است که تعمیم نتایج بایستی با احتیاط انجام شود: اول اینکه نمونه‌گیری از مراکز آموزشی درمانی انجام شده است و مطب‌های خصوصی را دربر نرفته است؛ بنابراین، نمونه اخذ شده ممکن است قابل تعمیم به تمام زنان باردار نباشد؛ دوم اینکه پژوهش از نوع ارتباطی است و علت و معلولی از آن قابل نتیجه‌گیری نمی‌باشد. پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده، تأثیر متغیرهای روان‌شناختی تهوع استفراغ بارداری به صورت کوهورت انجام گیرد؛ سوم اینکه ارزیابی افسردگی و اضطراب از طریق خودگزارشی بوده است که فقط علائم افسردگی و اضطراب را ارزیابی می‌کنند و نه اختلالات روان‌پزشکی را. پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده نقش اختلالات روان‌پزشکی با تهوع استفراغ بارداری ارزیابی شود و به همراه ارزیابی پرسش‌نامه‌ای، مصاحبه ساختاریافته بالینی نیز برگزار شود؛ چهارم اینکه این تحقیق، روابط متغیرها و تعامل آن‌ها را ارزیابی نکرده است. پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده، روابط متغیرهای روانی در بیماران با تهوع استفراغ بارداری با استفاده از معادلات ساختاری ارائه مدل علی باشد. براساس این یافته‌ها پیشنهاد می‌شود که مراقبان

5. Mc Cormack D, Scott-Heyes G, McCusker C G. The impact of hyperemesis gravidarum on maternal mental health and maternal-fetal attachment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 2011; 32(2): 79-87.
6. Shishehgar F, Payman A. Association of vomiting in pregnancy with body mass index and quality of life. *Hormozgan Medical Journal* 2010; 13(4): 270-276.
7. Verberg MF, Gillott DJ, Al-Fardan N et al. Hyperemesis gravidarum, a literature review. *Human Reproduction Update* 2005; 11(5): 527-539.
8. Kuo SH, Yang YH, Wang RH, Chan TF, Chou FH. Relationships between leptin, HCG, cortisol, and psychosocial stress and nausea and vomiting throughout pregnancy. *Biological Research For Nursing (BRN)* 2010; 12(1): 20-7.
9. Erikson EH. *Youth and Crisis* 1968. New York: Norton.
10. Bahadoran P, Mohamad Alibeigi N. Stress and anxiety in pregnancy. *Nursing & Midwifery Research Journal* 2005; 27.
11. Buckwalter J.G, Simpson S.W, Calif P. Psychological factors in the etiology and treatment of severe nausea and vomiting in pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002; 186(5): s210-4.
12. Markl GE, Strunz-Lehner C, Egen-Lappe V, Lack N, Hasford J. The association of psychosocial factors with nausea and vomiting during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2008; 29(1): 17-22.
13. Swallow BL, Lindow SW, Masson EA, Hay DM. Psychological health in early pregnancy: relationship with nausea and vomiting. *J Obstet Gynaecol* 2004; 24(1): 28-32.
14. Pirimoglu ZM, Guzelmeric K, Alpay B, Balçik O, Unal O, Turan MC. Psychological factors of hyperemesis gravidarum by using the SCL-90-R questionnaire. *Clinical and experimental obstetrics & gynecology* 2010; 37(1): 56-9.
15. Tan PC, Vani S, Lim BK, Omar SZ. Anxiety and depression in hyperemesis gravidarum: prevalence, risk factors and correlation with clinical severity. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2010; 149: 153-8.
16. Kramer J, Bowen A, Stewart N, Muhajarine N. Nausea and vomiting of pregnancy: prevalence, severity and relation to psychosocial health. *The American Journal of Maternal/Child Nursing* 2013; 38(1): 21-7.
17. Roseboom TJ, Ravelli AC, van der Post JA, Painter RC. Maternal characteristics largely explain poor pregnancy outcome after hyperemesis gravidarum. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011; 156(1): 56-9.
18. Uguz F, Gezginc K, Kayhan F, Cicek E, Kantarci AH. Is hyperemesis gravidarum associated with mood, anxiety and personality disorders: a case-control study. *Gen Hosp Psychiatry* 2012; 34(4): 398-402.
19. Robertson E. Antenatal Risk factors for postpartum depression. *Gen Hosp psychiatry* 2002; 26(4): 95-289.
20. Chou F-H, Kuo S-H, Wang R-H. A longitudinal study of nausea and vomiting, fatigue and perceived stress in and social support for, pregnant women through the three trimesters. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences* 2008; 24: 306-14.
21. Gertraud E. M, Christine Strunz-Lehner1, Veronika Egen-Lappe1, Nicholas Lack, Joerg Hasford. The association of psychosocial factors with nausea and vomiting during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 2008; 29(1): 17-22. (doi:10.1080/01674820701504528).
22. Shamsi A. Reliability and normalization questionnaire pleasant and unpleasant emotions (stress pregnancy). Master's Thesis. Summer 2013; Islamic Azad University of Sari Branch.
23. Samani S, jokar B. Validity and reliability of the short form of depression, anxiety and mental stress. *Journal of Humanities and Social of Shiraz University* 2007; 26 (3 (52): 65-76.
24. Ranjbar M. Relationship between prenatal stress and social support among pregnant women in the city of Babol, Master's Thesis. Summer 2013; Islamic Azad University of Sari Branch.
25. Wibowo N, Purwosunu Y, Sekizawa A, Farina A, Tambunan V, Bardosono S. Vitamin B6 supplementation in pregnant woman with nausea and Vomiting. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2012; 6(3): 206-210.
26. Azarbayjani M, Tojari F, Habibinejad M. The relation between obesity, physical activity and socioeconomic status among girl students living in northern Tehran. *Journal of Kashan University of Medical Sciences (FEYZ)* 2011; 15(2): 132-138.
27. Köken G, Yilmazer M, Cosar E, Kir Sahi F, Cevri'oglu S, Geci'ci O. Nausea and vomiting in early pregnancy: Relationship with anxiety and depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 2008; 29(2): 91-95.

28. Webster J. Measuring social support in pregnancy: Can it be simple and meaningful? *Birth* 2002; 27-97.
29. Kuo S-H, Wang R-H, Tseng H-C, Jian S-Y, Chou F-H. A comparison of different severities of nausea and vomiting during pregnancy relative to stress, social support, and maternal adaptation. *Journal of Midwifery & Women's Health (JMWH)* 2007; 52(1): e1-e7.
30. Khosravipour E. The relationship between stress, hardiness and mental health in Tabriz University students. Tabriz: Tabriz University 2004 (Persian).
31. Bayrami M, Zahmatyar H, Bahadori Khosroshahi J. Prediction strategies to coping with stress in the pregnancy women with first experience on the based factors hardiness and social support. *Nursing Research* winter 2013; 7(27): 1-9.
32. Lee EH, Yae Chung B, Boog Park H, Hong Chung K. Relationships of mood disturbance and social support to symptom experience in Korean women with breast cancer. *Journal of Pain Symptom Manage* 2004; 27(5): 425- 33.
33. Suarez L, Ramirez AG, Villarreal R, Marti J, Mcalister A, Talavera GA. Social networks and cancer screening in four U.S. Hispanic groups. *The American Journal of Preventive Medicine* 2000; 19(1): 47-52.
34. Soltani A, Danesh Kajuri M, Safavi SH, Hosseini F. 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.
35. Koren G, Bskovic R, Maltepe C, Navioz Y Elnarson A. Motherisk-pua (pregnancy-un: qequantification of emesis and nausea) scoring system for nausea and vomiting if pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002; 186: 228-231.

Daneshvar

Medicine

*Scientific-Research
Journal of Shahed
University
23th Year, No.119
October- November,
2015*

Received: 12/09/2015

Last revised: 22/10/2015

Accepted: 28/10/2015

Role of psycho-social factors in pregnant women with nausea and vomiting

Mahbobeh Faramarzi¹, Asieh Ranjbar Tilaki^{2*}, Zakaria Zakariaiii³, Mojgan Naeimirad⁴

1. Fateme Zahra Fertility & Infertility Research Health Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.
2. Islamic Azad University, Sari Branch, Sari, Iran.
3. Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
4. Clinical Research Center of Rouhani Hospital of Babol, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.

* E-mail: mahbob330@yahoo.com

Abstract

Background and Objective: Nausea and vomiting of pregnancy (NVP) is one of the most complications of pregnancy that has markedly negative effect on life quality of women. As the identification of factors affecting the complication is important, the aim of the study was to compare the socio-psychological factors in pregnant women including anxiety, depression, specific pregnancy stress, socioeconomic status, and social support in women with NVP and without NVP.

Materials and Methods: This project was a causal-comparative study. Two hundred pregnant women with nausea and vomiting who were ≤ 12 weeks of gestational age were enrolled. All subjects filled out four questionnaires including, pregnancy experience scale (PES), depression, anxiety, stress (DASS-21), social support questionnaire (SSQ) and demographic questionnaire. Statistical tests of Pearson correlation, Chi Square, and linear multiple regressions were used to analysis the data.

Results: Most of the women had mild to moderate NVP (87%). Women with VPN had significantly a higher score compared with non- NVP in the following variables: pregnancy experience stress (85.5% vs 14.5%), depression (89% vs 11.1%), anxiety (68.8% vs 31.2%), low social support (68.1% vs 31.9%) and low socioeconomic status (73% vs 26.7%). In linear multiple regression analysis, the most important positive significant variable was pregnancy stress ($\beta=2.67$). Also, negative predictors were social support ($\beta=-0.227$) and low socioeconomic status ($\beta=-0.058$).

Conclusion: Women with NVP have specific pregnancy stress, anxiety, and depression more than women without NVP. Also, women with NVP have lower social support and socio-economic status as compared to women without NVP. This study propose that professionals of mother care could consider the role of psychosocial factors of specific pregnancy stress, socio-economic status, and social support in prevention and treatment of NVP.

Keywords: Nausea, Vomiting, Pregnancy, Stress, Anxiety