

Effect of Family Centered Consultation on Nausea and Vomiting in Pregnancy: A Clinical Trial Study

Gita Sangestani¹, Fatemeh Khalili², Younes Mohammadi³, Soodabeh Aghababaei^{4*}

1. PhD, Mother and Child Care Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
2. Student of Consulting in Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
3. Assistant Professor, Department of Epidemiology, Modeling of Noncommunicable Disease Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
4. Assistant Professor, Department of Reproductive Health, Mother and Child Care Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

Article Info

Received: 2018/01/13
Accepted: 2018/01/27
Published Online 2018/03/16

DOI: 10.30699/sjhnmf.26.2.129

Original Article

Use your device to scan and read the article online



Abstract

Introduction: Nausea and vomiting is the prevalent complications of early pregnancy; the severity of its symptoms can decrease with different protections. This study was conducted to determine the effect of family-oriented consultation on nausea and vomiting in pregnant women.

Methods: In this quasi-experimental study 90 pregnant women referring to Famenin health care centers in 2017 were selected and assigned randomly in study and control groups. The data gathering tool was demographic information, midwifery, nutrition, psychological and standard questionnaire of PUQE, which were completed at the beginning of the study and two weeks after the completion of intervention. The intervention was conducted through two weekly counseling sessions with pregnant women and their family. The content of the consultation sessions was about diet, lifestyle, and family supports. The control group received just the routine prenatal care. Finally, the data was analyzed using descriptive and analytical statistics by SPSS16.

Results: Our results showed that the two groups were statistically similar in demographic and midwifery features. According to the results there was a significant reduction about the mean scores of nausea and vomiting severity in the study group after the intervention ($P<0.05$). However, there was a significant difference between the mean scores of nausea and vomiting severity in the study group before and after the intervention too ($P<0.05$).

Conclusions: Family-based counseling can reduce the severity of nausea and vomiting in prenatal women. So, it is recommended as an effective, safe and accessible treatment method.

Keywords: Consultation, Family Centered, Nausea and Vomiting, Pregnancy

Corresponding Information

Soodabeh Aghababaei, Assistant Professor, Department of Reproductive Health, Mother and Child Care Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. E-mail: aghababaei@yahoo.com

Copyright © 2018, Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

How to Cite This Article:

Sangestani G, Khalili F, Mohammadi. Y, Aghababaei S. Effect of Family Centered Consultation on Nausea and Vomiting in Pregnancy: A Clinical Trial Study. Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. 2018; 26 (2): 129-136

تأثیر مشاوره خانواده محور بر تهوع و استفراغ دوران بارداری: یک مطالعه کارآزمایی بالینی

گیتا سنگستانی^۱، فاطمه خلیلی^۲، یونس محمدی^۳، سودابه آقا بابایی^{۴*}

۱. دکترا، مرکز تحقیقات مراقبت مادر و کودک، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۳. استادیار، گروه اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات مدل سازی بیماری های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۴. استادیار، گروه بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مراقبت مادر و کودک، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

چکیده	اطلاعات مقاله
<p>مقدمه: تهوع و استفراغ، از شکایت های شایع اوایل بارداری است که با حمایت های مختلف شدت علائم آن کاهش می یابد. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مشاوره خانواده محور بر شدت تهوع و استفراغ بارداری در زنان نخست باردار، انجام شد.</p> <p>روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی دو گروهی (براساس تخصیص تصادفی) روی ۹۰ نفر از مادران نخست باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان فامنین در سال ۱۳۹۶ انجام شد. مداخله در گروه آزمون شامل ۲ جلسه مشاوره هفتگی با مادر باردار و خانواده ایشان در خصوص رژیم غذایی، سبک زندگی و افزایش حمایت خانواده بود. گروه کنترل مراقبت های معمول را دریافت کردند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسش نامه اطلاعات دموگرافیک، مامایی، تغذیه و عوامل روحی روانی بود. همچنین از پرسش نامه استاندارد تهوع و استفراغ بارداری (PUQE) برای سنجش شدت تهوع و استفراغ در ابتدای ورود به مطالعه و دو هفته پس از پایان جلسات مشاوره استفاده شد. از نسخه ۱۶ نرم افزار SPSS برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد.</p> <p>یافته ها: نتایج نشان داد، دو گروه از نظر اطلاعات دموگرافیک و مامایی با هم تفاوت آماری معنی داری نداشتند. میانگین نمره تهوع و استفراغ مادران در گروه آزمون و کنترل، بعد از مداخله اختلاف آماری معنی داری داشت ($P < 0/001$). میانگین نمرات تهوع و استفراغ در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی داری داشت ($P < 0/05$).</p> <p>نتیجه گیری: مشاوره خانواده محور شدت تهوع و استفراغ دوران بارداری را در زنان نخست باردار کاهش می دهد؛ لذا به عنوان روشی مؤثر، ایمن و در دسترس توصیه می شود.</p> <p>کلمات کلیدی: مشاوره، خانواده محور، تهوع و استفراغ، بارداری</p>	<p>تاریخ وصول: ۱۳۹۶/۱۰/۲۳</p> <p>تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۱/۷</p> <p>انتشار آنلاین: ۱۳۹۶/۱۲/۲۵</p> <p>نویسنده مسئول: سودابه آقابابایی استادیار، گروه بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مراقبت مادر و کودک، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران</p> <p>پست الکترونیک: aghababaii@yahoo.com</p>

مقدمه

ورنیکه، پنوموتراکس، پنومودیاستن، پارگی دیافراگم، زخم های مری و حتی پارگی مری و معده شود [۵،۷]. از عوارض جنینی تهوع و استفراغ دوران بارداری نیز می توان به تولد نوزاد با وزن کم و زایمان زودرس اشاره کرد [۸]. لذا این قبیل یافته ها بر اهمیت درمان تهوع و استفراغ بارداری در مراحل اولیه، قبل از اینکه منجر به تهوع و استفراغ شدید شود، تأکید دارند [۹].

با وجود قدمت تاریخی و شیوع فراوان، علت دقیق تهوع و استفراغ بارداری هنوز ناشناخته است. به طوری که عوامل هورمونی (تغییرات سریع در میزان گنادوتروپین کوریونیک انسانی، استروژن، پروژسترون و هورمون های تیروئید و آدرنال)، تغییرات آناتومیک دستگاه گوارش ناشی از بزرگ شدن رحم، کمبود ویتامین ب، عوامل روان شناختی، فردی، اجتماعی، نژادی و جغرافیایی را در بروز آن دخیل می دانند [۵،۱۱،۱۰].

تهوع و استفراغ از شکایت های شایع زنان در نیمه اول بارداری است و در ۸۰-۷۰ درصد زنان باردار بروز می کند [۱]. این مشکل با شدت متغیر معمولاً از ۸-۴ هفتگی آغاز شده، در هفته های ۱۲ تا ۱۵ به حداکثر می رسد و در هفته ۲۰ حاملگی علائم از بین می روند. علائم در بیشتر موارد به صورت تهوع، عرق زدن، استفراغ و پرهیز از بوی غذا است [۲]. اگرچه تهوع و استفراغ معمولاً صبح هنگام شدیدتر است و همین مسئله باعث اطلاق نادرست بیماری صبحگاهی شده است [۳] ولی این علائم به طور شایع در سرتاسر روز ادامه پیدا می کنند [۴، ۵].

بررسی ها در ایران حاکی از آن است که فراوانی تهوع و استفراغ بارداری ۶۹/۷ درصد است [۶]. در ۳۵ درصد زنان مبتلا به این عارضه، شدت تهوع و استفراغ به قدری است که باعث از دست دادن ساعات کاری و تأثیر منفی در روابط خانوادگی می شود [۳]. در صورت درمان نشدن به موقع، این مشکل می تواند باعث عوارض شدیدی مثل آنسفالوپاتی

می‌توان شدت تهوع و استفراغ دوران بارداری را کاهش داد و یا به‌طور کامل درمان کرد [۲۲]. با توجه به فراوانی بالای تهوع و استفراغ در بارداری و مؤثر و ایمن بودن روش‌های غیردارویی در درمان تهوع و استفراغ بارداری مثل مشاوره خانواده‌محور، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مشاوره خانواده‌محور بر بهبود تهوع و استفراغ بارداری انجام شد.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی دو گروهی است که در سال ۱۳۹۶ روی ۹۰ زن نخست باردار واجد شرایط مراجعه‌کننده به واحد مامایی مراکز بهداشتی درمانی شهرستان فامنین انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: بارداری اول، سن ۱۸ تا ۳۵ سال، سن بارداری ۸-۶ هفته، مبتلا نبودن به هرگونه بیماری زمینه‌ای جسمی یا روانی، داشتن تهوع و استفراغ خفیف و متوسط در دوران بارداری براساس پرسش‌نامه تعدیل‌شده ویژه تهوع و استفراغ کمی در بارداری و استفاده نکردن از درمان‌های دارویی ضدتهوع بود و معیارهای خروج شامل: انصراف شرکت‌کننده به هر دلیل و در هر زمان از ادامه همکاری و نیاز مادر باردار به‌علت بروز مشکلات جسمی یا روانی به مراقبت‌های طبی و بستری در بیمارستان. با توجه به مطالعات پیشین با استفاده از توان آماری ۸۰ درصد و سطح معناداری ۰/۱، حجم نمونه برای هر گروه برابر با ۳۶ نفر به‌دست آمد که با احتساب ۲۰ درصد ریزش نمونه، ۴۵ نفر در هر گروه محاسبه شد [۲۱].

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه شامل پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک، مامایی، تغذیه، عوامل روحی - روانی و تهوع و استفراغ و همچنین پرسش‌نامه استاندارد تعدیل‌شده ویژه تهوع و استفراغ کمی دوران بارداری ((PUQE Pregnancy Unique Quantification of Emesis and nausea) بود. پرسش‌نامه اول شامل سؤالات دموگرافیک، اطلاعات مامایی، اطلاعات مربوط به عوامل روحی و روانی و اطلاعات مربوط به تهوع و استفراغ در بارداری اخیر بود که برای اولین بار از سوی Abedian و همکاران (۱۳۹۲) طراحی و استفاده شده است. روایی این پرسش‌نامه به روش روایی محتوا و پایایی آن با استفاده از آزمون مجدد (۰/۹۲ = α)، تأیید شد [۲۱]. در مطالعه حاضر روایی این پرسش‌نامه از سوی ۱۰ نفر از استادان گروه مامایی و پرستاری دانشگاه علوم پزشکی همدان به روش روایی محتوا انجام شد و تغییراتی در آن به‌وجود آمد و پایایی آن به روش بازآزمایی روی ۲۰ نفر از مادران باردار با فاصله زمانی ۲ هفته محاسبه شد (۰/۸۷ = α). پرسش‌نامه کمی تعدیل‌شده ویژه تهوع و استفراغ بارداری به‌طور اختصاصی در بارداری استفاده می‌شود و شامل ۳ سؤال است: سؤال اول مربوط به مدت تهوع، سؤال دوم مربوط به تعداد دفعات استفراغ و سؤال سوم مربوط به تعداد دفعات عق زدن است. هر سؤال ۵ گزینه دارد که به‌ترتیب به گزینه‌های الف تا ه امتیاز ۵-۱ داده می‌شود. پس از جمع‌بندی نمرات، نمره کمتر از ۳ بدون تهوع، نمره ۴-۶ تهوع و استفراغ خفیف، نمره ۷-۱۲ متوسط و نمره ۱۳ و بالاتر شدید طبقه‌بندی می‌شود [۲۳]. این پرسش‌نامه برای اولین بار از سوی koren

از این‌رو، به‌علت ناشناخته بودن علل تهوع و استفراغ بارداری راهکارهای درمانی اندکی وجود دارد [۱۲]. همچنین ممکن است پزشکان مختلف، درمان‌های سرپایی تهوع و استفراغ بارداری را به روش‌های متفاوتی انجام دهند [۱۳]. این راهکارها در درمان تهوع و استفراغ خفیف شامل اصلاح تغذیه و شیوه زندگی، مصرف عصاره زنجبیل، ویتامین ب ۶ به اضافه دوکسیلامین، دیفن هیدرامین یا دیمن هیدرینات است و در نوع متوسط آن پرومتازین، پرو کلرپرازین، تری متونیزامید، کلرپرومازین، متوکلوپرامید یا اندانسترون تجویز می‌شود. در تهوع و استفراغ شدید هیدراسیون داخل وریدی همراه با تیامین، به داروهای آنتاگونیست سروتونین اضافه می‌شود. در نوع مقاوم و یا سرکش، درمان شامل تغذیه انترال یا پرنترال است [۵، ۱۴]. از آنجا که درمان‌های دارویی با عوارض جانبی همراه هستند و به‌ندرت می‌توانند چنان موفقیت‌آمیز باشند که باعث رهایی مادر از علائم شوند [۹]. از این‌رو، بسیاری از خانم‌های باردار به‌علت ترس از تأثیرات آسیب‌زای داروها بر جنین تمایل به استفاده از دارو ندارند. به‌طور کلی بسیاری از مادران درمان‌های مکمل را می‌پسندند [۲، ۱۵]. راهکارهای غیردارویی شامل اصلاح رژیم غذایی، جلوگیری از دهیدراسیون، استراحت، ورزش، هوای تازه، رایحه‌درمانی، تنظیم الگوی خواب، طب سوزنی شامل طب سوزنی الکترونیکی، تحریک عصبی از میان پوست، طب فشاری، روان درمانی، هیپنوتیزم، هومئوپاتی و موسیقی هستند [۴، ۱۶].

محرک‌هایی مثل عوامل درونی، عاطفی، اجتماعی، محیطی، تغذیه‌ای و حرفه‌ای بر شدت تهوع و استفراغ بارداری تأثیرگذار است [۱۵]. به‌دلیل تأثیر عوامل روانی در بروز این مشکل، حمایت روانی می‌تواند در اغلب موارد تهوع و استفراغ بارداری را کاهش دهد [۱۷]. در دورانی که احتمال استرس و اضطراب در مادر زیاد است، مراقبت‌های حمایتی ماما ممکن است منجر به بهبود سلامت روانی مادر و کاهش بروز بیماری‌های تهدیدکننده وی شود. رفتار صمیمانه با مادر، حمایت کردن از وی و آگاه کردن مادر و خانواده‌اش از روند درمان، می‌تواند مادر و همسرش را در یک وضعیت آرام و مناسب قرار دهد [۱۸]. از آنجا که خانواده به‌عنوان اساسی‌ترین رکن جامعه، می‌تواند مسئولیت بالایی در زمینه مراقبت‌های صحیح و مناسب بهداشتی از بیمار داشته باشد، لذا با آموزش و درگیر کردن اعضای تأثیرگذار خانواده می‌توان نگرش بیمار را نسبت به بیماری و درمان آن تغییر داد [۱۹]. همچنین، نبود حمایت کافی از سوی اعضای خانواده یا تیم بهداشتی منجر به افزایش مشکلات دوران بارداری خواهد شد [۱۸]. آموزش به اعضای خانواده در امر کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها نیز می‌تواند بسیار مفید باشد، چرا که یک ارتباط قوی بین خانواده و وضعیت سلامتی اعضای آن وجود دارد [۲۰]. بنابراین برای تحقق درمان کم‌هزینه، آسان، پایدار و با آسیب کمتر باید به‌جای درمان فردی از همکاری خانواده برای تأثیرگذاری مثبت و توجه گروهی بر درمان و تغییر شیوه زندگی استفاده کرد [۲۱]. همچنین به‌نظر می‌رسد با مشاوره تغییر شیوه زندگی، تغییر رژیم غذایی و حمایت روانی

و همکاران (۲۰۰۲) استفاده شده است [۲۴] و در سال ۲۰۰۸ نیز از سوی Lacasse و همکاران (۲۰۰۸) به روش روایی معیار تعیین شده و با ضریب همبستگی ($r=0/71$) تأیید شد [۲۵].

روش گردآوری داده‌ها به این صورت بود که پژوهشگر به مراکز بهداشتی - درمانی شهرستان فامنین مراجعه کرد و براساس پرونده‌های موجود از جمعیت آماری، افراد واجد شرایط را براساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب و پرسش‌نامه ویژه تهوع و استفراغ کمی دوران بارداری را به صورت مصاحبه تکمیل کرد. افرادی که شدت تهوع و استفراغ آنها براساس پرسش‌نامه کمی تعدیل شده ویژه تهوع و استفراغ بارداری، در طیف خفیف و متوسط (نمرات ۱۲-۴) طبقه‌بندی شدند و در ۸-۶ هفته بارداری قرار داشتند را انتخاب کرده و ضمن توضیح اهداف مطالعه به واحدهای تحت پژوهش از آنها رضایت‌نامه آگاهانه کتبی گرفته شد. نمونه‌گیری اولیه، مبتنی بر هدف و براساس معیارهای ورود به مطالعه انجام شد و سپس مادران باردار با روش تخصیص تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. بدین صورت که پژوهشگر هر روز هفته را به یک مرکز بهداشتی - درمانی مراجعه کرده و در هر مرکز، اولین فرد واجد شرایط از طریق پرتاب سکه به یکی از دو گروه مداخله یا کنترل تخصیص یافت، پس از آن افراد به صورت یکی در میان به گروه مداخله یا کنترل وارد شدند. سپس از طریق تماس تلفنی تاریخ‌های مشاوره را با گروه مداخله هماهنگ کرده و با توافق مادر باردار و خانواده ایشان زمان جلسات مشاوره تعیین شد. مداخله به صورت حداقل ۲ جلسه مشاوره به مدت ۴۵ دقیقه با مادر باردار به همراه اعضای تأثیرگذار خانواده (اعم از همسر، مادر، خواهر، مادر شوهر، خواهر شوهر و...) با فواصل هفتگی انجام شد. تعداد جلسات مشاوره با توجه به ویژگی‌های افراد شرکت‌کننده (میزان سواد و درک آنها از آموزش‌های داده‌شده) و همچنین بنا به درخواست مادر و خانواده وی، تا ۴ جلسه نیز ادامه یافت. گروه کنترل، فقط مراقبت‌های روتین دوران بارداری مرکز بهداشتی درمانی را دریافت کرد. جلسات مشاوره طبق اصول GATHER اجرا شد که شامل: Great برقراری ارتباط گرم و صمیمی با مادر و خانواده ایشان و خوشامدگویی و نشان دادن توجه کافی به مددجو، Ask تعامل با مادر و پرسیدن از شرایط زندگی مادر و محرک‌های تشدید بیماری، Tell دادن اطلاعات مفید و توضیح عوامل تأثیرگذار بر تهوع بارداری، Help کمک به مادر و خانواده ایشان برای انتخاب بهترین راه برای کاهش علائم، Explain توضیح کامل هرکدام از روش‌های کاهش علائم، Return پیگیری مادر در جلسه بعدی بود [۲۶].

محتوای مشاوره براساس پروتکل تهوع و استفراغ در کتابچه برنامه‌های کشوری مادران ایمن داده شد که شامل نکات ذیل است:

جلسه اول: در جلسه اول پس از خوشامدگویی و احوالپرسی، اطلاعاتی درباره علل تهوع و استفراغ و عوامل تأثیرگذار بر شدت آن به مراجعین داده شد و از مادران در خصوص شرایط زندگی و محرک‌های آزاردهنده و تأثیرگذار بر تهوع و استفراغ

ایشان سؤالاتی پرسیده شد. سپس براساس محرک‌های تهوع و استفراغ در هر مادر، در خصوص راهکارهای کاهش تأثیر محرک توضیحاتی داده شد. در تمام انجام این راهکارها از خانواده مادر خواسته شد تا در اجرای بهتر این توصیه‌ها مادر را حمایت کنند و به ایشان در اجرای این راهکارها کمک کنند. سپس از مراجعین در خصوص اطلاعات داده‌شده بازخورد گرفته شد و زمان جلسه بعد به فاصله یک هفته، با توافق مادر باردار و خانواده ایشان تعیین شد.

جلسه دوم: در جلسه دوم ابتدا انجام راهنمایی‌های قبلی و مشکلات آن بررسی و در صورت کسب نشدن موفقیت در انجام توصیه‌ها به ایشان راهنمایی لازم داده شد. سپس تغییرات شیوه زندگی و رژیم غذایی و تأثیر آن در شدت تهوع و استفراغ بارداری به مادر و خانواده توضیحاتی داده شد و اعضای خانواده را در راستای حمایت روحی و روانی مادر تشویق کرد. جلسات مشاوره براساس ویژگی افراد شرکت‌کننده تا حصول اطمینان پژوهشگر از درک کامل آنان برای اجرای تغییرات مطلوب، تا ۴ جلسه نیز ادامه داشت. در نهایت، ۲ هفته پس از پایان جلسات مشاوره‌ای پژوهشگر بار دیگر پرسش‌نامه ویژه تهوع و استفراغ کمی در بارداری را به صورت مصاحبه در هر دو گروه تکمیل کرد. در کلیه مراحل انجام پژوهش ملاحظات اخلاقی رعایت شد؛ مثل: کسب رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از واحدهای پژوهش؛ استفاده از پرسش‌نامه کددار بدون ذکر نام؛ حفظ محرمانه اطلاعات افراد؛ تحمیل نکردن هیچ‌گونه هزینه‌ای بر واحدهای پژوهش. داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS (نسخه ۱۶) و مطابق با مفروضه‌های آزمون‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد) و آزمون‌های آماری تی مستقل و تی زوجی و P کمتر از ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها روی ۹۰ نفر (۴۵ نفر در هر گروه) از مادران شرکت‌کننده در این پژوهش صورت گرفت. آزمون تی مستقل نشان داد که میانگین و انحراف معیار واحدهای پژوهش از نظر مشخصات فردی نظیر سن مادر، سن همسر و میزان درآمد در دو گروه اختلاف معنی‌داری ندارد ($P>0/05$) همچنین نتایج آزمون کای دو و فیشر نشان داد، مقایسه وضعیت اشتغال، وضعیت محل سکونت و میزان تحصیلات نمونه‌های پژوهش تفاوت آماری با هم نداشتند ($P>0/05$) (جدول ۱).

براساس نتایج آزمون تی زوجی، میانگین نمره تهوع و استفراغ بارداری در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری نداشت ($P=0/12$)، در صورتی که میانگین نمره تهوع و استفراغ بارداری در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری داشت ($P=0/001$). همچنین آزمون تی مستقل نشان می‌دهد که بین نمرات تهوع و استفراغ مادران در دو گروه قبل از مداخله اختلاف معنی‌داری وجود ندارد ($P=0/18$)؛ در حالی که میانگین نمره تهوع و استفراغ بارداری در دو گروه بعد از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری داشت ($P=0/001$) (جدول ۲).

جدول ۱. مقایسه میانگین و انحراف معیار سن مادر، همسر و فراوانی وضعیت اشتغال، تحصیلات و محل سکونت در دو گروه در ابتدای مطالعه

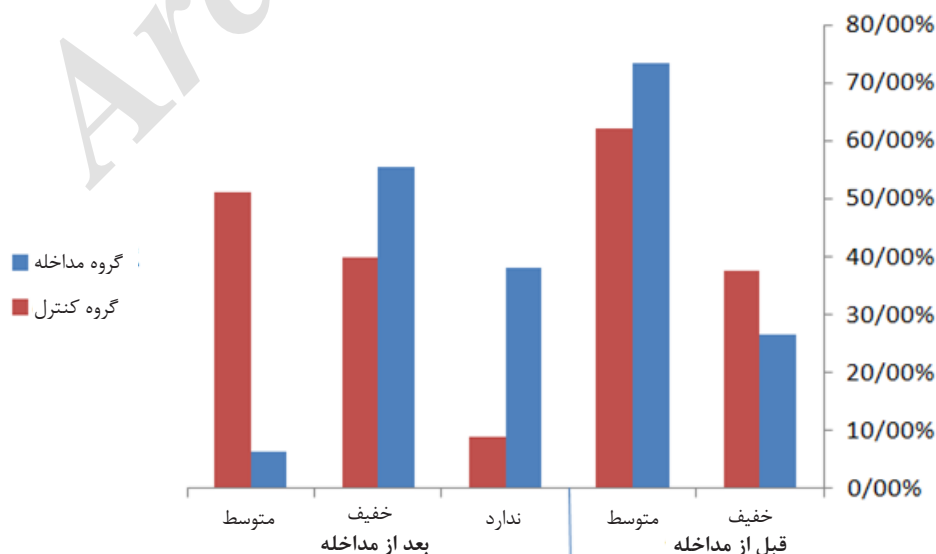
متغیر	گروه آزمون (۴۵ نفر)		گروه کنترل (۴۵ نفر)		نتایج آزمون
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
سن مادر	۲۶/۵۱	۴/۶۱	۲۴/۸۲	۴/۸۱	$P=۰/۰۹$
سن همسر	۳۲/۰۲	۴/۲۶	۳۱/۷۳	۴/۱۹	$P=۰/۷۵$
وضعیت اشتغال					$P=۰/۴۳$
خانه دار	۴۰	(٪ ۸۸/۹)	۴۳	(۹۵/۶)	
شاغل	۵	(٪ ۱۱/۱)	۲	(٪ ۴/۴)	
تحصیلات					$P=۰/۵۷$
ابتدایی	۶	(٪ ۱۳/۳)	۹	(٪ ۲۰)	
زیردیپلم و دیپلم	۲۹	(٪ ۶۴/۴)	۲۹	(٪ ۶۴/۴)	
دانشگاهی	۱۰	(٪ ۲۲/۲)	۷	(٪ ۱۵/۶)	
محل سکونت					$P=۰/۳۰$
استیجاری	۱۳	(٪ ۲۸/۹)	۷	(٪ ۱۵/۶)	
شخصی	۱۷	(٪ ۳۷/۸)	۱۹	(٪ ۴۲/۲)	
منزل والدین همسر	۱۵	(٪ ۳۳/۳)	۱۹	(٪ ۴۲/۲)	

جدول ۲. مقایسه میانگین نمرات تهوع و استفراغ در دو گروه آزمون و کنترل، قبل و بعد از مداخله

تهوع و استفراغ بارداری	قبل از مداخله		بعد از مداخله		نتایج آزمون تی زوجی
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
گروه آزمون	۸/۲۶	۲/۳۷	۴/۱۳	۱/۷۳	$P=۰/۰۰۰۱$
گروه کنترل	۷/۶	۲/۳۲	۶/۷۳	۲/۲۴	$P=۰/۱۱۲$
نتایج آزمون تی مستقل		$P=۰/۱۸$		$P=۰/۰۰۰۱$	

کاهش شدت تهوع و استفراغ به حد خفیف، بعد از مداخله در این گروه بود. اما در گروه کنترل، بیشتر افراد (۲۳ نفر) با ۵۱/۱۱ درصد، تهوع و استفراغ متوسط و ۴۰ درصد (۱۸ نفر) تهوع و استفراغ خفیف و کمترین تعداد (۴ نفر) با ۸/۸۹ درصد نداشتن تهوع و استفراغ را گزارش کردند. بدین ترتیب در گروه کنترل فقط ۴ نفر بهبودی کامل یافته بودند و بیشتر افراد (۵۱/۱۱٪) تهوع و استفراغ متوسط داشتند (نمودار ۱).

همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که در ابتدای مطالعه، بیشتر افراد (۲۸ نفر) با ۶۲/۲ درصد در گروه کنترل و در گروه آزمون ۷۳/۴ درصد (۳۳ نفر) به تهوع و استفراغ متوسط مبتلا بودند و پس از مداخله در گروه آزمون تهوع و استفراغ بیشتر افراد (۲۵ نفر) با ۵۵/۵ درصد، به حد خفیف کاهش پیدا کرد، ۱۷ نفر (۳۸٪) بهبودی کامل یافته و کمترین فراوانی (۳ نفر) با ۶/۵ درصد مربوط به تهوع و استفراغ متوسط بود که بیانگر



نمودار ۱. توزیع فراوانی افراد مطالعه شده بر حسب شدت تهوع و استفراغ بارداری قبل و بعد از مداخله به تفکیک گروه

بحث

مشاور و یاری خواستن از اعضای خانواده برای حذف این محرک‌ها، در دستیابی به اهداف پژوهش کمک بسیاری کرد.

به دلیل تأثیر عوامل روانی در بروز تهوع و استفراغ بارداری، حمایت روانی می‌تواند در اغلب موارد علائم این مشکل را کاهش دهد [۱۷]. درگیر کردن خانواده، در اجرای راهکارهای داده‌شده در جلسات مشاوره باعث افزایش حمایت روانی در مادران و بالطبع کاهش شدت تهوع و استفراغ شد. این یافته در راستای مطالعه Abedian و همکاران (۲۰۱۴) است که نشان دادند مادرانی که در گروه آزمون، حمایت تلفنی را دریافت کرده بودند، کاهش چشمگیری در شدت تهوع و استفراغ آنان نسبت به گروه کنترل وجود داشت [۲۱]. با توجه به مطالعه Nikibakhsh و همکاران (۲۰۱۶) که نشان داد بروز و شدت تهوع و استفراغ بارداری ارتباط مستقیم و معناداری با اضطراب و افسردگی زنان باردار دارد [۲۸]، لذا تأکید بر کاهش اضطراب مادران باردار و افزایش حمایت عاطفی از سوی اعضای خانواده در جلسات مشاوره توانست از طریق افزایش آرامش روحی مادران، باعث کاهش تهوع و استفراغ در مادران شود. این نتایج بار دیگر بر ماهیت چندوجهی ارتقای سلامت تأکید کرد و نشان داد که در زمینه برنامه‌های کنترل بیماری که نیازمند تبعیت افراد از رژیم‌های دارویی، غذایی و کنترل رفتار افراد است، علاوه بر خود بیمار و پرسنل بهداشتی، خانواده و افرادی که مرجع رفتاری برای وی هستند را نیز باید در مداخلات بهداشتی سهیم کرد. این مسئله در مطالعه Izadirad و همکاران (۱۳۹۴) نیز دیده شد؛ بدین صورت که مطالعه ایشان نشان داد مشاوره با خانواده بیماران مبتلا به فشارخون بالا در کاهش فشارخون سیستول و دیاستول بیماران مؤثر است [۲۹]. لذا دخیل کردن اعضای خانواده در بالا بردن سطح سلامتی و حتی بهبودی بیماران می‌تواند مؤثر باشد. از محدودیت‌های این مطالعه تفاوت‌های فردی (دقت، قدرت یادگیری، هوش، حوصله فردی) در زنان باردار و خانواده ایشان و تأثیر آن بر چگونگی اجرای راهکارهای داده‌شده بود که با افزایش جلسات بر طبق نیاز افراد تا حدودی از تأثیر آن کاسته شد. همچنین بهبود تهوع و استفراغ بارداری با گذشت زمان (عامل بلوغ) روایی درونی تحقیق را تهدید می‌کرد که با گرفتن گروه کنترل و قرار دادن محدوده زمانی مشخص برای انجام پژوهش، سعی در کنترل آن شد.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر تأثیر مثبت مشاوره خانواده‌محور بر کاهش شدت تهوع و استفراغ دوران بارداری، در زنان نخست باردار را نشان داد. لذا پژوهشگران استفاده از مشاوره خانواده‌محور را به‌عنوان روشی مؤثر، ایمن و در دسترس توصیه می‌کنند. در این مطالعه اهمیت تأثیر مثبت مشاوره خانواده‌محور به‌عنوان روشی غیردارویی، ایمن، مقرون‌به‌صرفه و بدون عارضه در کاهش شدت تهوع و استفراغ در دوران بارداری در زنان تأیید شده است.

هدف از انجام این پژوهش، تعیین تأثیر مشاوره خانواده‌محور بر تهوع و استفراغ بارداری در زنان نخست باردار بود که مهم‌ترین نتایج به‌دست‌آمده بدین شرح است: با توجه به هدف فرعی اول که مقایسه شدت تهوع و استفراغ مادران در دو گروه قبل از مداخله بود، مشخص شد که نمرات تهوع و استفراغ در دو گروه قبل از مداخله تفاوت آماری معناداری نداشت؛ اما پس از مداخله طبق هدف فرعی دوم که مقایسه شدت تهوع و استفراغ در دو گروه پس از انجام مداخله بود مشخص شد که میانگین نمرات در دو گروه اختلاف معناداری داشت. همچنین در ارتباط با هدف فرعی سوم و چهارم، میانگین نمرات تهوع و استفراغ در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری نداشت؛ اما این اختلاف برای گروه آزمون معنادار بود. این نتایج نشان می‌دهد که مشاوره خانواده‌محور در کاهش شدت علائم تهوع و استفراغ بارداری مؤثر است. این یافته هم‌سو با مطالعه Isbir (۲۰۱۶) است که با هدف بررسی تأثیر مشاوره و پیگیری بر طول مدت و شدت تهوع و استفراغ بارداری انجام گرفته است [۲۳]. در مطالعه ایشان نیز مشاوره مادران در گروه مداخله، باعث کاهش طول مدت تهوع و استفراغ متوسط و خفیف شد و میانگین نمرات تهوع و استفراغ مادران در گروه آزمون با ۳ نمره کاهش، از ۷/۶۷ در ابتدای مطالعه به ۴/۶ پس از مشاوره کاهش یافت. هرچند در مطالعه حاضر، طول مدت تهوع و استفراغ بارداری بررسی نشد و فقط بررسی شدت تهوع و استفراغ صورت گرفت؛ ولی کاهش شدت تهوع و استفراغ در این مطالعه، با نتایج به‌دست‌آمده از مطالعه Isbir همخوانی دارد. همچنین، به‌طور مشابه این یافته در مطالعه Maltepe و همکاران (۲۰۱۵) که با هدف تأثیر مشاوره بر پیش‌بینی‌کننده‌های نتیجه بارداری بر زنان باردار با تهوع و استفراغ شدید دوران بارداری انجام شد، نشان داد که مشاوره در خصوص تغییرات تغذیه‌ای، دارویی و سبک زندگی در بیماران مبتلا به تهوع و استفراغ شدید دوران بارداری باعث به‌دست آمدن نتایج مطلوب‌تری در پیامد بارداری این مادران می‌شود. در مطالعه ایشان محتوای مشاوره براساس تغییرات رژیم غذایی، دارویی و سبک زندگی بود که به محتوای مشاوره در مطالعه حاضر نزدیک‌تر است [۲۷].

مطالعات محدودی در خصوص تأثیر مشاوره خانواده‌محور بر تهوع و استفراغ بارداری صورت گرفته است، همان‌طور که گفته شد فقط دو پژوهش Isbir و Maltepe به تأثیر مشاوره در زنان دارای تهوع و استفراغ بارداری پرداخته که مشاوره با مادر باردار به‌صورت انفرادی صورت گرفته است. در حالی که در پژوهش حاضر، مشاوره با مادر به‌همراه اعضای تأثیرگذار در خانواده وی صورت گرفت که جزو نقاط قوت این پژوهش است. در مطالعه Isbir مشاوره‌ها مبتنی بر نیازهای شخصی نبود و بر پایه تغییرات رژیم غذایی و سبک زندگی انجام شد؛ ولی در مطالعه حاضر جلسات مشاوره براساس ویژگی‌های فردی و خانوادگی و شرایط زندگی مادران انجام شد. شناسایی محرک‌های تهوع و استفراغ مادر از سوی

بدین وسیله از استادان محترم دانشکده پرستاری - مامایی و معاونت و شورای محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان و همچنین تمام کسانی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی میشود.

تعارض در منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر نتیجه طرح پایان‌نامه تحقیقاتی مصوب ۱۳۹۵/۱۱/۳۰ دانشگاه علوم پزشکی همدان با کد ۱۳۹۵،۵۵۱ و کد ثبت‌شده در پایگاه کارآزمایی بالینی به شماره IRCT۲۰۱۷۰۳۰۲۹۰۱۴N۱۴۷ است که با حمایت مالی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان انجام شد.

References

1. 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. <https://doi.org/10.1177/1099800413506036> PMID:24113384
2. Davis M. Nausea and vomiting of pregnancy: an evidence-based review. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2004;18(4):312-28. <https://doi.org/10.1097/00005237-200410000-00002> PMID:15646303
3. Khresheh R. How women manage nausea and vomiting during pregnancy: a Jordanian study. *Midwifery*. 2011;27(1):42-5. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.12.002> PMID:20096489
4. Steven L BJ, Dwight J. Rouse T, Catherine Y, Spong F. Cunningham G, Kenneth JL. Williams Obstetrics 1. 24th ed. Tehran: Golban Publisher; 2014.
5. Jouybari L, Sanagou A, Chehregosha M. The Quality of Pregnant Women's Life with Nausea and Vomiting During Pregnancy. *Qom Univ Med Sci J*. 2012;6(2):88-94. <http://journal.muq.ac.ir/article-1-570-en.html>
6. Eftekhari N. A Comparison of Ondansetron and Promethasin in Treating Hyperemesis Gravidarum. *Kerman Univ Med Sci J*. 2013;20(4):354-65.
7. Ghavi A, Fadakar K, Niknami M, Kazemnejad E. Survey associated maternal Factors with low-weight infants in Women referred to health centers in Rasht. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery*. 2011;21(2):35-9.
8. Einarson A, Maltepe C, Boskovic R, Koren G. Treatment of nausea and vomiting in pregnancy: an updated algorithm. *Can Fam Physician*. 2007;53(12):2109-11. PMID:18077743 PMID:PMC2231543
9. Niebyl JR. Nausea and Vomiting in Pregnancy. *N Engl J Med*. 2010;363(16):1544-50. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1003896> PMID:20942670
10. Azamkhan Chashty M. Great Exquisite. V 2. Tehran: Institute of Medical History of Islamic Medicine and Supplement of Iran University of Medical Sciences. 2008.
11. Jafari E, Mokaberi R, Sohrabvand F, Nazem E, Minayi B. Nausea and Vomiting in Pregnancy and Review on Reasons and Its Treatments in Iran Traditional Medicine. *Medical History*. 2013;5(14):34-48.
12. Steele NM, French J, Gatherer-Boyles J, Newman S, Leclair S. Effect of acupressure by Sea-Bands on nausea and vomiting of pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2001;30(1):61-70. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2001.tb01522.x> PMID:11277163
13. Dochez V, Dimet J, David-Gruselle A, Le Thuaut A, Ducarme G. French family physician experience concerning the outpatient care for women suffering from nausea and vomiting in pregnancy. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2017;46(4):367-71. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2017.02.010> PMID:28643666
14. Hall HG, Griffiths DL, McKenna LG. The use of complementary and alternative medicine by pregnant women: a literature review. *Midwifery*. 2011;27(6):817-24. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.08.007> PMID:21247674
15. Ranjkesh F. Comparison Effects of Chamomile, Ginger and Vit B6 on Nausea and Vomiting Due to Pregnancy [dissertation]. Qazvin Iran: Qazvin University of Medical Sciences; 2015.
16. Ozgholy G, Gharayaghzandi M, Nazemekbatani N, Allavi H, Moattar F. Cardamom powder effect on nausea and vomiting during pregnancy. *Complementary Medicine Journal of faculty of Nursing & Midwifery*. 2015;5(1):1065-76. <http://cmja.arakmu.ac.ir/article-1-279-en.html>
17. Ahrari Y. Prevalence of depression and general health among patients with hyperemesis gravidarum in Shahroud Hospitals in 2012. Shahroud: Islamic Azad University; 2012.
18. Moghadasi M, Azizzadeh Forozi M, Mahdizadeh A, Jahani Y. The Effect of Supportive Counseling On Reducing The Anxiety Of Women At Risk Of Preterm Birth. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2016;14(2):151-8. <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-2553-en.html>
19. Razmaraei S, Hemmati Maslakkpak M, Khalkh-

- ali HR. The Effect of Family-Centered Education on Self-Care in Patient Atients With Type 2 Diabetes. *J Urmia Nurs Midwifery Fac.* 2016;14(2):118-27. <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-2495-en.html>
20. Khodayarifard M, Abedini Y. Theories and principles of family therapy and its application in the treatment of disorders in children and adolescents. Tehran: Tehran University Press; 2010.
 21. 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. *The Journal of Midwifery and Reproductive Health.* 2015;3(2):328-34. <http://dx.doi.org/10.22038/jmrh.2015.3950>
 22. Lavender T, Richens Y, Milan SJ, Smyth RM, Dowswell T. Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;18(7):CD009338. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009338.pub2> PMID:23881662
 23. Isbir GG, Mete S. The effect of counselling on nausea and vomiting in pregnancy in Turkey. *Sex Reprod Healthc.* 2016;7:38-45. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.11.005> PMID:26826044
 24. Koren G, Boskovic R, Hard M, Maltepe C, Navioz Y, Einarson A. Motherisk-PUQE scoring system for nausea and vomiting of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186(5):228-31. <https://doi.org/10.1067/mob.2002.123054> PMID:12011891
 25. Lacasse A, Rey E, Ferreira E, Morin C, Bernard A. Validity of a modified Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Neusea (PUQE) scoring index to assess severity of nausea and vomiting of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;198(1):71.e1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2007.05.051> PMID:18166311
 26. Parsa P, Saiedzadeh N, Roshanaii G, Masoumi S Z. The effect of Training on Maternal-fetal Attachment (MfA) in nulliparous Women: A Randomized clinical Trial . *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac.* 2016;24(1):24-30. <http://nmj.umsha.ac.ir/article-1-1458-en.html>
 27. Maltepe C, Popa MV, Bertucci C, Farine D, Koren G, Nulman I. The Effects of Counseling and Predictors of Pregnancy Outcomes in Women With Hyperemesis Gravidarum [316]. *Obstetrics & Gynecology.* 2015;125:101S.
 28. Nikibakhsh A, Neisani samani L, Keshavarz M, Hoseini F. Incidence and Severity of Nausea and Vomiting during Pregnancy and its Association with Anxiety and Depression in Pregnant Women. *Iran Journal of Nursing.* 2016;29(101):1-11. <https://doi.org/10.29252/ijn.29.101.1>
 29. Izadirad H, Masoudi G, Zareban I. Effect of Family Counseling on blood pressure in patients with hypertension. *Health and Hyginie.* 2014;6(2):211-3.