

ارتباط بروز و شدت تهوع و استفراغ بارداری با اضطراب و افسردگی در زنان باردار

*آرزو نیکی بخش^۱

لیلا نیسانی سامانی^۲
فاطمه حسینی^۴

مریم کشاورز^۳

چکیده

زمینه و هدف: تهوع و استفراغ، شایع‌ترین شکایت زنان در نیمه اول بارداری می‌باشد که بر جنبه‌های مختلف سلامت زنان باردار تاثیر می‌گذارد. در زمینه نقش عوامل روانی در جهت ایجاد و تشدید تهوع و استفراغ بارداری تحقیقات بسیار کمی انجام شده است. مطالعه اخیر با هدف بررسی ارتباط بروز و شدت تهوع و استفراغ دوران بارداری با اضطراب و افسردگی زنان باردار انجام شده است.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه از نوع همبستگی - توصیفی است که بر روی ۲۲۰ زن باردار سالم با سن بارداری ۱۶-۶ هفته مراجعه کننده به واحد مراقبت‌های دوران بارداری دو مرکز بهداشتی درمانی منتخب شهر تهران انجام شده است. برای سنجش تهوع و استفراغ بارداری، اضطراب و افسردگی به ترتیب از ابزارهای سنجش تهوع و استفراغ بارداری (PUQE)، پرسشنامه اضطراب آشکار و پنهان Spielberg و پرسشنامه افسردگی Edinburgh استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های آماری مجذور کای و ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد.

یافته‌ها: فراوانی تهوع و استفراغ بارداری در نمونه‌های مورد بررسی ۸۳/۶ درصد بود. همچنین رابطه مستقیم و معنی داری بین بروز و شدت تهوع و استفراغ بارداری با اضطراب و افسردگی ($P < 0/05$) زنان باردار وجود داشت.

نتیجه‌گیری کلی: یافته‌های حاصل از این مطالعه نشان دهنده وجود یک رابطه مستقیم و معنی دار بین بروز و شدت تهوع و استفراغ بارداری با اضطراب و افسردگی در زنان باردار است. بنابراین پیشنهاد می‌شود، در مراقبت‌های دوران بارداری، ارزیابی عوامل روانی نیز مورد توجه قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: تهوع و استفراغ، بارداری، اضطراب، افسردگی، عوامل روانی

تاریخ دریافت: ۹۵/۲/۵

تاریخ پذیرش: ۹۵/۵/۱۶

^۱ کارشنای ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (*نویسنده مسئول).

Email: arezoonikibakhsh@yahoo.com

شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۹۲۷۱۷۱

^۲ مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

^۳ استادیار دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

^۴ دکترای آمار زیستی، عضو هیئت علمی گروه مامایی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

مقدمه

تهوع و استفراغ شایع‌ترین شکایت زنان در نیمه اول بارداری است که در ۵۰ تا ۹۰ درصد از بارداری‌ها دیده می‌شود^(۱). تهوع و استفراغ بارداری موجب بی‌حوصلگی، تحریک پذیری، غم، اختلالات خواب و آشفتگی در زنان شده و همچنین بر زندگی خانوادگی، اجتماعی و حرفه‌ای زنان اثرات زاینباری دارد^(۲).

تهوع و استفراغ موجب دریافت ناکافی مواد غذایی شده و در نتیجه موجب سوء تغذیه، کم‌آبی، اختلالات الکترولیتی، خستگی و ضعف می‌شود^(۳). این شکایت شایع سبب کاهش کیفیت زندگی میلیون‌ها زن باردار می‌شود^(۴). Martin و همکاران مطرح کردند که در شیرخواران متولد شده از مادران مبتلا به تهوع دوران بارداری، پریشانی و بدخلقی، بی‌نظمی در روند خواب، تغذیه و دفع در مقایسه با سایر شیرخواران بیشتر است. همچنین این شیرخواران در دوران کودکی با مشکلات یادگیری، تاخیر در بلوغ، تحریک پذیری و حواس پرتی بیشتری نیز مواجه هستند^(۵).

پژوهش‌های گوناگون عوامل متعددی را برای تهوع و استفراغ بارداری ذکر کرده‌اند که به دو دسته عوامل جسمانی و روانی تقسیم می‌شوند^(۶،۷). اولین بار Dooly همراه بودن مسائل و مشکلات روانی را با تهوع و استفراغ بارداری مطرح کرد. از نظر وی ترس، عدم پذیرش نقش مادری و ناخواسته بودن بارداری، خود را به صورت علائم جسمانی مانند تهوع و استفراغ نشان می‌دهند^(۷). Fairweather اظهار کرد که بیش از ۸۰ درصد از موارد شدید تهوع و استفراغ بارداری یک سرچشمه روانی دارد^(۸). با این وجود Broussard در پژوهش خود ارتباط عوامل روانی با تهوع و استفراغ بارداری را رد کرده است^(۹).

اضطراب و افسردگی از مشکلات شایع سلامتی هستند که به جهت ارتباطی که با مسائل شغلی، اجتماعی و زیستی دارند، ممکن است یکی از عوامل تهوع و استفراغ بارداری باشند^(۱)، از طرفی هر دو حالت تهوع و استفراغ،

توسط سیستم عصبی کنترل می‌شوند و اضطراب ممکن است در فعال کردن تهوع و استفراغ بارداری نقش مهمی بر عهده داشته باشد^(۱۰). در مطالعه Tan و همکاران زنان بارداری که شدت تهوع و استفراغ بارداری بیشتری داشتند بیش از سایر زنان باردار دچار علائم افسردگی بودند^(۱۱)، در حالی که Pina Bozzo و همکاران گزارش کردند که افسردگی و درمان آن با داروهای ضد افسردگی تاثیری بر میزان تهوع و استفراغ بارداری نداشته است^(۱۲). Matthews و همکاران دریافتند که استفاده از طب سوزنی در دوران بارداری، به همراه کاهش علائم تهوع و استفراغ بارداری، میزان اضطراب و افسردگی در دوران بارداری را نیز کاهش می‌دهد^(۱۳). اکثر تحقیقاتی که در کشور ایران در این زمینه انجام شده است به شیوع، علل جسمی و پاتوفیزیولوژی تهوع و استفراغ بارداری پرداخته‌اند و همچنان درباره ارتباط عوامل روانی با شدت تهوع و استفراغ بارداری اطلاعات اندکی وجود دارد^(۱۴). از طرف دیگر عوامل روانی مانند اضطراب و افسردگی از مشکلات شایع بهداشتی زنان می‌باشند که می‌تواند در بروز و شدت تهوع و استفراغ نقش داشته باشند. از این رو با توجه به شیوع بالای تهوع و استفراغ بارداری و مشکلات و عوارضی که برای زنان باردار ایجاد می‌کند، لذا تحقیق حاضر با هدف بررسی ارتباط تهوع و استفراغ دوران بارداری با اضطراب و افسردگی زنان باردار انجام شد تا به شناخت بیشتر عوامل مرتبط و عوامل تشدید کننده، این عارضه در مادران کم و قابل تحمل شود و زمینه بهبود کیفیت زندگی آنان نیز فراهم شود.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه همبستگی - توصیفی از نوع مقطعی می‌باشد که در آن ارتباط بین تهوع و استفراغ بارداری با اضطراب و افسردگی در زنان باردار مورد بررسی قرار گرفت. جامعه پژوهش شامل ۲۲۰ زن باردار سالم با بارداری تک قلو و سن بارداری ۱۶-۶ هفته بود که جهت دریافت مراقبت‌های معمول بارداری به مراکز

بهداشتی درمانی شهید اکبر آبادی و بیمارستان لولاگر تهران مراجعه نموده بودند و افرادی که واجد شرایط ورود به پژوهش بودند در فاصله زمانی اول مرداد تا اول دی ماه سال ۱۳۹۰ به صورت مستمر وارد مطالعه شدند. جهت دستیابی به حجم نمونه لازم با حدود اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۰ درصد بر اساس $r=0/351$ که از مقالات مرجع به دست آمده^(۱) و با استفاده از

$$n = \frac{(Z1 - \frac{\alpha}{2} + Z1 - \beta)2}{\delta^2} + 3 \quad \text{فرمول}$$

۲۱۳ نفر محاسبه شد.

که در نهایت، حجم نمونه ۲۲۰ نفر در نظر گرفته شد. در فرمول فوق $\delta^0 = \frac{1}{2} Ln \frac{1+r}{1-r}$ است.

معیارهای ورود به پژوهش براساس مقالات مرجع^(۶،۱۲) و نظر تیم پژوهش شامل سن بارداری مطمئن بر حسب تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی یا سونوگرافی سه ماهه اول بارداری، خواسته بودن بارداری، عدم مصرف داروهای ضد تهوع و استفراغ و آرامبخش، خانه دار بودن مادر، عدم اعتیاد زن و همسر به الکل و مواد مخدر، نداشتن سابقه ناباروری قبل از بارداری فعلی، نداشتن سابقه ناگوار بارداری مانند ناهنجاری جنین، نداشتن شواهد بالینی یا پاراکلینیک بارداری غیر طبیعی مانند موارد تهدید به سقط، بارداری مولار، بارداری خارج رحمی و ناهنجاری جنینی، نداشتن تجربیات تنش زا در سه ماهه قبل از قبیل مرگ بستگان، جدا شدن از همسر و از دست دادن شغل بود. ابزار مورد استفاده جهت جمع آوری اطلاعات شامل چهار پرسشنامه بود. پرسشنامه اول شامل مشخصات دموگرافیک و باروری (سن، میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی، سن بارداری، تعداد بارداری و تعداد زایمان) بود که توسط پژوهشگر تنظیم گردید.

برای تعیین وضعیت تهوع و استفراغ واحدهای پژوهش از پرسشنامه اندازه گیری تهوع و استفراغ (PUQE) طراحی شده توسط Koren و همکاران استفاده شد^(۱۵). این پرسشنامه حاوی سه سوال در ارتباط با وضعیت تهوع، استفراغ و اوق زدن می باشد که هر سوال در مقیاس

لیکرت پنج گزینه ای تنظیم شده است. با توجه به امتیازی که نمونه ها به دست می آوردند به چهارگروه بدون علامت، با علامت خفیف (نمره ۴-۶)، متوسط (نمره ۷-۱۲) و شدید (نمره ۱۳ و بیشتر) تقسیم بندی شدند. این ابزار بارها در مطالعات مختلف برای سنجش تهوع و استفراغ بارداری مورد استفاده قرار گرفته است^(۱۷-۱۵). Koren و همکاران پایایی این ابزار را به روش آزمون مجدد $r=0/904$ تعیین کردند^(۱۵). پایایی این ابزار در مطالعه سلطانی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $(\alpha=0/8)$ محاسبه گردید^(۱۶). پرسشنامه وضعیت اضطراب زنان باردار از طریق پرسشنامه آشکار و پنهان Spielberger و همکاران سنجیده شد. این پرسشنامه از ۴۰ عبارت چهار گزینه ای تشکیل شده است که ۲۰ عبارت مربوط به اضطراب آشکار است که احساسات فرد را در "این لحظه و در زمان پاسخگویی" می سنجد و ۲۰ عبارت مربوط به اضطراب پنهان می باشد که احساسات عمومی و معمولی فرد را می سنجد. سوالات در طیف چهارگزینه ای لیکرت از یک تا چهار و در مقیاس کلی ۲۰ تا ۸۰ سنجیده می شود. عباراتی که عدم حضور اضطراب را بسنجند به شکل معکوس و عباراتی که حضور اضطراب را بسنجند به شکل معمول نمره گذاری شدند و با توجه به امتیازی که نمونه ها از پاسخ به هر کدام از دو مقیاس اضطراب آشکار و پنهان به دست آوردند به سه گروه اضطراب خفیف (۲۲-۲۰)، اضطراب متوسط (۵۲-۴۳) و اضطراب شدید (۵۳ و بیشتر) تقسیم شدند. پرسشنامه Spielberger یکی از معتبرترین ابزارهای سنجش اضطراب می باشد که از اعتبار و پایایی مناسبی برخوردار است.

در مطالعات بسیاری از این پرسشنامه برای سنجش اضطراب دوران بارداری استفاده شده است. در مطالعه علیپور که بر روی زنان باردار انجام شد پایایی این ابزار با استفاده از روش آزمون مجدد $r=0/85$ تایید گردید^(۱۷) و در مطالعه شاه حسینی و همکاران نیز که بر روی زنان باردار انجام شد، پایایی این ابزار ۹۱ درصد تعیین شد^(۱۹).

اطلاعات فردی و جمعیت شناختی واحدهای مورد مطالعه در جدول شماره یک آمده است.

جدول شماره ۱: مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش

متغیرها	گروه	تعداد (درصد)
	۱۴-۱۹	۵۰ (۲۲.۷)
سن مادران (سال)	۲۰-۲۵	۸۹ (۴۰.۵)
	۲۶-۳۰	۴۸ (۲۱.۸)
	≥ ۳۱	۳۳ (۱۵)
سن بارداری	۶-۹	۳۹ (۱۷.۷)
(هفته)	۱۰-۱۳	۹۷ (۴۴.۱)
	۱۴-۱۶	۸۴ (۳۸.۲)
تعداد بارداری	۱	۱۱۸ (۵۳.۶)
	۲	۸۲ (۳۷.۳)
	۳	۱۷ (۷.۷)
	≥ ۴	۳ (۱.۴)
تحصیلات	زیر دیپلم	۱۱۲ (۵۰.۸)
	دیپلم	۸۵ (۳۸.۷)
	دانشگاهی	۲۰ (۹.۱)
	حوزوی	۳ (۱.۴)
وضعیت اقتصادی	ضعیف	۵۲ (۲۳.۶)
	متوسط	۱۳۵ (۶۱.۴)
	خوب	۳۳ (۱۵)

با توجه به این جدول، میانگین سنی شرکت کنندگان $24/5 \pm 6/15$ و در محدوده سنی ۴۰-۱۴ سال بود. میانگین سن بارداری $3/53 \pm 11/96$ هفته بود. ۵۳/۶ درصد از نمونه‌های مورد پژوهش اولین بارداری خود را تجربه می‌کردند.

تحصیلات بیشتر مادران (۳۸/۷ درصد) دیپلم بود و ۶۱/۴ درصد وضعیت اقتصادی خود را متوسط گزارش کردند.

جدول شماره ۲: فراوانی شدت تهوع و استفراغ بارداری

متغیر	فراوانی	درصد
بدون تهوع و استفراغ	۳۶	۱۶.۴
تهوع و استفراغ خفیف	۶۳	۲۸.۶
تهوع و استفراغ متوسط	۹۶	۳۴.۶
تهوع و استفراغ شدید	۲۵	۱۱.۴
جمع	۲۲۰	۱۰۰

پرسشنامه افسردگی Edinburgh طراحی شده توسط Cox و همکاران جهت تعیین وضعیت افسردگی زنان باردار مورد استفاده قرار گرفت.

این ابزار از ۱۰ عبارت کوتاه تشکیل شده است که هر عبارت دارای چهار گزینه می‌باشد. گزینه‌های هر سوال امتیازی از صفر تا سه بر اساس شدت علامت، به خود اختصاص می‌دهند و با توجه به امتیازی که نمونه‌ها به دست می‌آورند به دو گروه غیر افسرده (کمتر از ۱۲/۵) و افسرده (بیشتر از ۱۲/۵) تقسیم می‌شوند. این پرسشنامه بارها برای سنجش افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان به کار رفته است^(۲۰). پایایی این ابزار در مطالعات Bergink, Cox و بنزاده به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۹۵ و ۰/۷۵ گزارش شده است^(۲۰،۲۱).

محقق پس از کسب تاییدیه کمیته اخلاق دانشگاه (کد ۹۰/د/۲۵۰/۵۹۱۶) و کسب معرفی نامه از ریاست دانشگاه علوم پزشکی ایران جهت ارائه به مراکز بهداشتی و درمانی منتخب، در محیط پژوهش حاضر شد. با در نظر گرفتن اختیاری بودن شرکت در پژوهش و توجه به معیارهای ورود به مطالعه، افراد واجد شرایط به صورت مستمر وارد مطالعه شدند. ابتدا فرم رضایت نامه آگاهانه کتبی شرکت در پژوهش و سپس پرسشنامه‌های یک تا چهار به ترتیب در اختیار شرکت کنندگان گذاشته شد و پرسشنامه‌ها به شیوه خود گزارش دهی تکمیل شدند. اطلاعات جمع آوری شده پس از کدگذاری، توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. جهت توصیف اطلاعات از توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار و جهت بررسی ارتباط تهوع و استفراغ بارداری و افسردگی در زنان باردار از آزمون آماری مجذور کای و ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد.

یافته‌ها

در این بررسی اطلاعات حاصل از ۲۲۰ مادر باردار با سن بارداری ۱۶-۶ هفته مورد بررسی قرار گرفت.

طبق جدول شماره ۲، فراوانی تهوع و استفراغ بارداری در نمونه‌های مورد بررسی ۸۳/۶ درصد محاسبه شد و شدت تهوع و استفراغ بارداری در ۳۴/۲ درصد از زنان باردار خفیف، ۵۲/۲ درصد متوسط و ۱۳/۶ درصد شدید گزارش شده بود. در این پژوهش اضطراب آشکار در ۴۹/۵ درصد از نمونه‌های مورد پژوهش خفیف، ۳۸/۲ درصد متوسط و ۱۲/۳ درصد شدید می‌باشد و میانگین نمره اضطراب آشکار 11.05 ± 4.1 بود. اضطراب پنهان نیز در ۵۸/۶ درصد از نمونه‌های مورد پژوهش خفیف،

درصد متوسط و ۳۰/۹ درصد شدید می‌باشد و میانگین نمره اضطراب پنهان در نمونه‌های مورد پژوهش 11.05 ± 1.02 بود و اکثریت واحدهای مورد پژوهش اضطراب آشکار و پنهان خفیف داشتند و ۳۲/۲ درصد از نمونه‌ها مبتلا به افسردگی بودند. میانگین نمره افسردگی در نمونه‌های مورد پژوهش 10.38 ± 4.71 بود.

جدول شماره ۳ ارتباط بین بروز و شدت تهوع و استفراغ بارداری با اضطراب و افسردگی زنان باردار را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۳: بررسی ارتباط بین بروز و شدت تهوع و استفراغ بارداری با اضطراب و افسردگی زنان باردار

متغیرها	بدون تهوع و استفراغ	تهوع و استفراغ خفیف	تهوع و استفراغ متوسط	تهوع و استفراغ شدید	جمع	نتیجه آزمون مجذور کای	نتیجه آزمون اسپیرمن
اضطراب آشکار خفیف	۳۶ (٪۳۳)	۶۱ (٪۵۶)	۱۲ (٪۱۱)	۰ (٪۰)	۱۰۹ (٪۱۰۰)	$X^2 = 260.5$ df = 4 P < 0.001	$r_s = 0.908$ P < 0.001
اضطراب آشکار متوسط	۰ (٪۰)	۲ (٪۲.۴)	۸۰ (٪۹۵.۲)	۲ (٪۲.۴)	۸۴ (٪۱۰۰)		
اضطراب آشکار شدید	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۴ (٪۱.۴۸)	۲۳ (٪۸۵.۲)	۲۷ (٪۱۰۰)		
اضطراب پنهان خفیف	۳۵ (٪۲۷.۱)	۶۰ (٪۴۶.۵)	۳۴ (٪۲۶.۴)	۰ (٪۰)	۱۲۹ (٪۱۰۰)		
اضطراب پنهان متوسط	۰ (٪۰)	۳ (٪۴.۴)	۵۶ (٪۸۲.۴)	۹ (٪۱۳.۲)	۶۸ (٪۱۰۰)	$X^2 = 137.8$ df = 4 P < 0.001	$r_s = 0.814$ P < 0.001
اضطراب پنهان شدید	۱ (٪۴.۳)	۰ (٪۰)	۶ (٪۲.۶)	۱۶ (٪۶۹.۷)	۲۳ (٪۱۰۰)		
بدون افسردگی	۳۶ (٪۲۴)	۶۰ (٪۴۰.۳)	۵۲ (٪۳۴.۹)	۱ (٪۰.۸)	۱۴۹ (٪۱۰۰)		
با افسردگی	۰ (٪۰)	۳ (٪۴.۲)	۴۴ (٪۶۲)	۲ (٪۳۳.۸)	۷۱ (٪۱۰۰)	$X^2 = 670.32$ df = 2 P < 0.001	$r_s = 0.805$ P < 0.001

همبستگی مستقیم خطی وجود دارد ($P < 0.001$ ، $r_s = 0.908$).

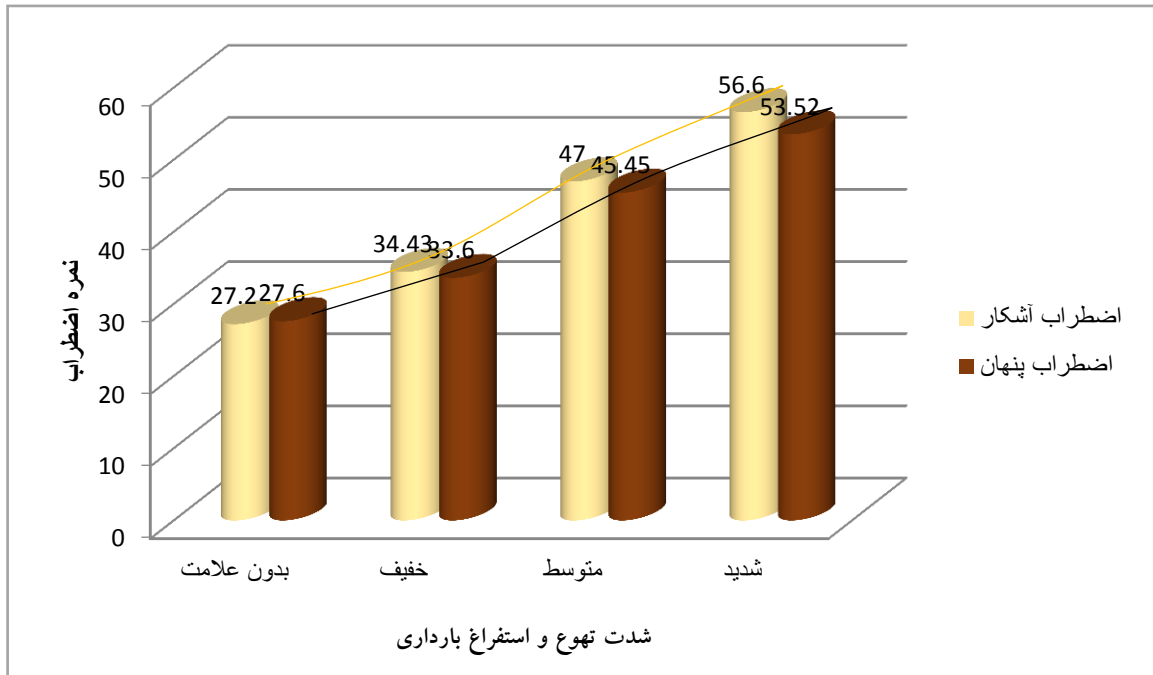
همانطور که جدول شماره سه نشان می‌دهد تمام زنان مبتلا به اضطراب پنهان شدید نیز، مبتلا به تهوع و استفراغ بارداری بودند و تنها یک نفر از افراد مبتلا به اضطراب پنهان شدید، علائمی از تهوع و استفراغ نداشت.

نتیجه آزمون کای دو نشان داد که بین تهوع و استفراغ بارداری و شدت اضطراب پنهان ($P < 0.001$) ارتباط

چنانچه در جدول شماره سه مشخص می‌باشد، تمامی زنان مبتلا به اضطراب آشکار متوسط و شدید، به درجاتی از تهوع و استفراغ بارداری مبتلا بودند. نتیجه آزمون کای دو نشان داد که بین تهوع و استفراغ بارداری و شدت اضطراب آشکار ($P < 0.001$) ارتباط معنی دار آماری وجود دارد. نتایج آزمون آماری اسپیرمن نیز نشان داد که بین تهوع و استفراغ بارداری و شدت اضطراب آشکار

همانطور که در نمودار شماره یک مشخص است، با افزایش شدت تهوع و استفراغ بارداری، نمره اضطراب آشکار و پنهان نمونه‌های پژوهش افزایش یافته است و یک ارتباط خطی بین این متغیرها به چشم می‌خورد.

معنی‌دار آماری وجود دارد. نتایج آزمون آماری اسپیرمن نیز نشان داد که بین تهوع و استفراغ بارداری و شدت اضطراب پنهان نیز، همبستگی مستقیم خطی وجود دارد ($r_s = 0/814, P < 0/001$).



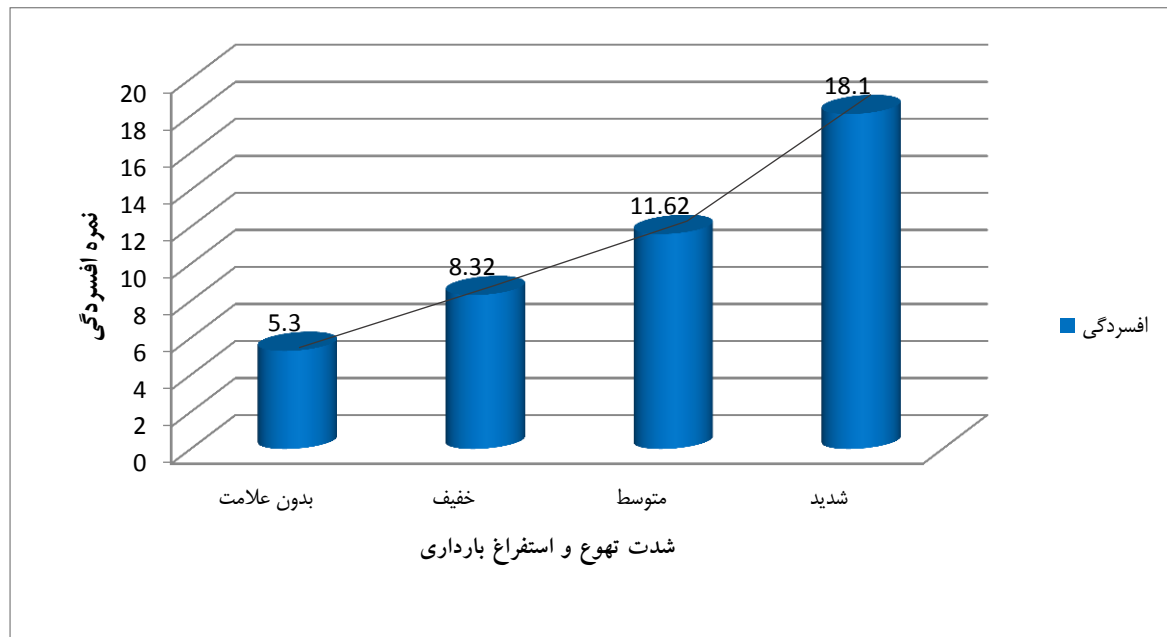
نمودار شماره ۱: نمره اضطراب آشکار و پنهان بر حسب شدت تهوع و استفراغ بارداری

بین تهوع و استفراغ بارداری و افسردگی زنان باردار یک همبستگی مستقیم خطی وجود دارد ($P < 0/001, r_s = 0/805$).

نمودار شماره دو نمره افسردگی بر حسب شدت تهوع و استفراغ بارداری را نشان می‌دهد.

با توجه به این نمودار می‌توان بیان کرد زنان بدون علائم تهوع و استفراغ بارداری به مراتب امتیاز کمتری را از پرسشنامه افسردگی Edinburgh کسب نمودند و با افزایش شدت تهوع و استفراغ بارداری امتیاز کسب شده از این پرسشنامه نیز افزایش یافت.

جدول شماره سه، نشان می‌دهد که تمامی زنان باردار مبتلا به افسردگی دارای علائم تهوع و استفراغ بارداری نیز بودند. شدت تهوع و استفراغ بارداری در اکثر زنان باردار بدون افسردگی (۴۰.۳٪) از نوع خفیف بود و تنها یک نفر (۰.۸٪) از زنان باردار غیر افسرده مبتلا به تهوع و استفراغ بارداری شدید بود. اکثر زنان باردار افسرده (۶۲٪) نیز مبتلا به تهوع و استفراغ بارداری متوسط بودند. نتیجه آزمون کای دو نشان داد که بین شدت تهوع و استفراغ بارداری و افسردگی ($P < 0/001$) ارتباط معنادار آماری وجود دارد. نتایج آزمون آماری اسپیرمن نیز نشان داد که



نمودار شماره ۲: نمره افسردگی بر حسب شدت تهوع و استفراغ بارداری

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر نشان داد که بین بروز و شدت تهوع و استفراغ بارداری با اضطراب و افسردگی زنان باردار رابطه آماری معنی داری وجود دارد. یافته‌ها بیانگر این بودند که هر قدر زنان باردار مضطرب‌تر و افسرده‌تر باشند، شدت تهوع و استفراغ نیز در آنان بیشتر است. بازرگانی پور و همکاران در تحقیقی که بر روی ۲۰۰ زنان باردار مراجعه کننده به مراکز مراقبت‌های بارداری انجام دادند، دریافتند که هر چه شدت تهوع و استفراغ در زنان باردار بیشتر باشد، علائم افسردگی نیز در آنها شدیدتر است^(۲۲).

Andersson و همکاران پیامد بارداری ۱۴۹۵ زن باردار مبتلا به اضطراب و افسردگی را مورد بررسی قرار دادند. آنها زنان باردار را از لحاظ سلامت روانی مورد ارزیابی قرار داده و از جهت اضطراب و افسردگی غربالگری می‌کردند. یافته‌های آنان حاکی از این بود که افراد مبتلا به اختلالات روانی بیش از دیگر زنان از علائم تهوع و استفراغ بارداری رنج می‌برند ولی اینکه اختلالات روانی

مقدم بر این علائم است یا نتیجه آن، همچنان نامشخص است^(۲۳).

Tan و همکاران در تحقیقی که بر روی زنان باردار انجام دادند دریافتند که هر چه شدت تهوع و استفراغ در زنان باردار بیشتر باشد علائم افسردگی نیز در آنها بیشتر است^(۱۱). Kitamura و همکاران نیز با پژوهشی که بر ۱۳۲۹ زن باردار مراجعه کننده به کلینیک‌های مراقبت‌های دوران بارداری انجام دادند دریافتند که زنانی که مبتلا به افسردگی هستند در مقایسه با زنان باردار غیر افسرده بطور قابل توجهی میانگین امتیاز تهوع و استفراغشان بیشتر است^(۲۴). این در حالی است که Pina Bozzo و همکاران گزارش کردند که افسردگی و درمان آن با داروهای ضد افسردگی تاثیری بر میزان تهوع و استفراغ بارداری نداشته است^(۱۲). به طور کلی بین اضطراب و تهوع و استفراغ ارتباط وجود دارد. روند تهوع و استفراغ هر دو سیستم تنفسی و گوارشی را درگیر می‌کند که شروع و هماهنگی این فرایند به عهده مرکز استفراغ در قسمت مشبک جانبی بصل النخاع می‌باشد. محرک‌های

روانی مانند اضطراب نیز می‌توانند سبب تحریک مرکز استفراغ شوند. فعال شدن واکنش‌های تنش‌زا سبب آغاز یک روند پیچیده فیزیولوژیک می‌شود که شامل افزایش تعریق، تغییر در سرعت و عمق تنفس و تغییراتی در عملکرد دستگاه گوارش می‌شود که سبب تحریک گیرنده‌های شیمیایی موجود در دستگاه گوارش می‌شود. بنابراین تهوع و استفراغ می‌توانند همزمان با اضطراب در فرد بروز کنند. علاوه بر این تفاوت‌های فردی سبب می‌شود که افراد در پاسخ به تنش و اضطراب واکنش‌های متفاوتی را بروز دهند^(۲۵). از این رو همانگونه که برخی از افراد بیش از سایرین در برابر شرایط تنش‌زا مبتلا به ناراحتی‌های گوارشی می‌شوند، احتمالاً افراد مضطرب نیز بیش از سایر افراد در مقابل تغییرات و تنش‌های حاصل از بارداری، تهوع و استفراغ را بروز می‌دهند.

Uguz و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بین شدت تهوع و استفراغ در زنان باردار با اضطراب و اختلالات شخصیتی ارتباط معنی‌دار آماری ($P < 0/05$) وجود دارد^(۲۵). Koken و همکاران نیز در مطالعه خود مطرح کردند که، بین بروز و شدت تهوع و استفراغ بارداری و شدت اضطراب ارتباط معنی‌دار آماری ($P < 0/001$) وجود دارد^(۲۶) که با یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر همسو می‌باشد. تهوع و استفراغ موجب دریافت ناکافی مواد غذایی شده و در نتیجه ممکن است موجب سوء تغذیه شود^(۲۷). افسردگی نیز با کمبود برخی از مواد غذایی مانند آهن و ویتامینها خصوصاً ویتامینهای گروه B که در سیستم عصبی نقش دارند مرتبط است.

مقدار ناکافی ویتامین B6 (پریدوکسین) می‌تواند تغییرات پیچیده‌ای در خلق و خوی افراد حتی قبل از کمبود آن ایجاد کند. ویتامین B6 در تولید سروتونین نقش دارد و مطالعات نشان داده است که در افراد مبتلا به افسردگی سطح ویتامین B6 و سروتونین پایین است. کمبود ویتامین‌های B12، تیامین، نیاسین و اسید فولیک نیز می‌تواند باعث افسردگی شود^(۲۴). از طرفی مصرف ویتامین B6 در درمان تهوع و استفراغ بارداری موثر است

و همچنان مکانیزم تاثیر ویتامین B6 بر کاهش شدت تهوع و استفراغ بارداری نامشخص است^(۱۳) که ممکن است به علت اثر ویتامین B6 بر کاهش افسردگی خانم باردار باشد. تهوع و استفراغ بارداری به عنوان یک تغییر یا اختلال جسمی مطرح شده است که علل آن ممکن است به صورت تجارب عصبی در ضمیر ناخودآگاه باشد^(۱۰). از طرفی بیماری افسردگی اغلب در کلینیک‌های ژنیکولوژی تشخیص داده نمی‌شود که ممکن است به این علت باشد که اختلالات روانی در زنان اغلب به شکل شکایت‌های جسمانی مانند سردرد، خستگی مزمن، درد و لکه بینی‌های نامنظم بروز می‌کند. تهوع و استفراغ نیز ممکن است یکی از علائم جسمی باشد که به این علت بروز می‌کند^(۲۳).

بنابراین از یک سو علائم رنج آور تهوع و استفراغ بارداری می‌تواند به سبب محدودیت‌هایی که ایجاد می‌کند باعث افزایش علائم افسردگی در خانم‌های باردار شود و از سوی دیگر کاهش سروتونین ناشی از افسردگی نیز می‌تواند بر گیرنده‌های شیمیایی موجود در دستگاه گوارش تاثیر گذاشته و سبب تحریک تهوع و استفراغ شود^(۲۷). لذا ضمن در نظر گرفتن تاثیر عوامل هورمونی و سایر عوامل جسمی در بروز و تشدید تهوع و استفراغ بارداری نباید از تاثیر عوامل روانی نیز چشم‌پوشی کرد.

با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر پیشنهاد می‌شود که سنجش و کنترل عوامل روانی در مراقبت‌های دوران بارداری همانند سایر عوامل طبی گنجانده شود و با دایر کردن واحدهای بهداشت روان به رفع مشکلات روانی ناشی از عوارض بارداری و یا رفع مشکلات روانی که زمینه‌ساز برخی عوارض دوران بارداری هستند پرداخته شود. با توجه به اینکه در پژوهش حاضر بین تهوع و استفراغ بارداری و افسردگی در زنان باردار ارتباط معنی‌داری وجود دارد، توصیه می‌شود که زنان باردار فعالیت‌هایی مانند پیاده روی و نرمش روزانه را که به از بین بردن علائم افسردگی کمک می‌کنند^(۲۸) را در برنامه

زندگی خود قرار دهند تا با کاهش افسردگی علایم تهوع و استفراغ نیز کاهش یابد.

از آنجا که افسردگی در زنان باردار موجب پیامدهای ناگوار بارداری می‌شود و شانس افسردگی پس از زایمان را نیز افزایش می‌دهد، لذا توصیه می‌شود کنترل علائم تهوع و استفراغ به عنوان یکی از عوامل مرتبط با افسردگی در زنان باردار، مورد توجه قرار گیرد. همچنین انجام تحقیقات آزمایشگاهی و بالینی جهت شناسایی رابطه علیت بین تهوع و استفراغ بارداری و اضطراب و

افسردگی در این زمینه پیشنهاد می‌شود.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد مامایی (به شماره ۴۸۸) دانشگاه علوم پزشکی ایران می‌باشد. بدین وسیله از زحمات و همکاری اساتید دانشگاه علوم پزشکی تهران و ایران و تمامی افرادی که در اجرای این مطالعه نقش داشتند تشکر و قدردانی می‌شود.

فهرست منابع

- 1- Cuningham M. Williams Obstetrics & gynecology. prentice Hall International Co, East Norwalk: New York 2010.
- 2- Munch S, Korst L, Hernandez G, Romero R, Goodwin T. 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.
- 3- Jarvis S, Nelson-Piercy C. Management of nausea and vomiting in pregnancy. *BMJ*. 2011;(11):42-9.
- 4- Koren G, Maltepe C, Navioz Y, Wolpin J. Recall bias of the symptoms of nausea and vomiting of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;190(2):485-8.
- 5- Martin RP, Wisenbaker J, Huttunen MO. Nausea during pregnancy: relation to early childhood temperament and behavior problems at twelve years. *J Abnorm Child Psychol*. 1999;27(4):323-9.
- 6- Köken G, Yilmazer M, Cosar En, Sahi` n FgK, Cevri` oğlu S, Geci` ci` Ö. Nausea and vomiting in early pregnancy: relationship with anxiety and depression. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2008;29(2):91-5.
- 7- Dooley L. Psychoanalysis of Charlotte Brontë, as a Type of the Woman of Genius. *Am J Psychol*. 1920;31(3):221-7.
- 8- Fairweather DV. Nausea and vomiting in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 1968;102(1):135-75.
- 9- Broussard CN, Richter JE. Nausea and vomiting of pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am*. 1998;27(1):123-51.
- 10- Sostre SO, Varma D, Sostre SS. 'Morning Sickness' in Pregnancy Loses Psychogenic Stigma; Evidence Refutes Past Beliefs, Supports Organic Causes and Psychological Sequelae. *Current Psychiatry*. 2008;7(7):31-9.
- 11- 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.
- 12- Bozzo P, Koren G, Nava-Ocampo AA, Einarson A. The incidence of nausea and vomiting of pregnancy (NVP): a comparison between depressed women treated with antidepressants and non-depressed women. *Clinical and investigative medicine*. 2006;29(6):347-50.
- 13- Matthews A, Haas DM, O'Mathu'na DP, Dowswell T, Doyle M. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;8(9):75.
- 14- Baggley A, Navioz Y, Maltepe C, Koren G, Einarson A. Determinants of women's decision making on whether to treat nausea and vomiting of pregnancy pharmacologically. *J Midwifery Womens Health*. 2004;49(4):350-4.

- 15- Koren G, Boskovic R, Hard M, Maltepe C, Navioz Y, Einarson A. Motherisk—PUQE (pregnancy-unique quantification of emesis and nausea) scoring system for nausea and vomiting of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186(5):S228-S31.
- 16- Soltani A, Kajuri MD, Safavi S, 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. Persian
- 17- Ebrahimi N, Maltepe C, Bournissen FG, Koren G. Nausea and vomiting of pregnancy: using the 24-hour Pregnancy-Unique Quantification of Emesis (PUQE-24) scale. *J Obstet Gynaecol Can*. 2009;31(9):803-7.
- 18- Dizaji Alipour M, Feyz Z, Syed Fatemi N, Hosseini F. [Anxiety during pregnancy and the incidence of preeclampsia in primigravidas Aklamsy referred to health centers of Tabriz University of Medical Sciences]. MS Thesis, Iran University of Medical Sciences. 2007. Persian
- 19- Shahhosseini Z, Abedian K, Azimi H. [Role of anxiety during pregnancy in preterm delivery]. *Zums Journal*. 2008;16(63):85-92. Persian
- 20- Banazadeh Z, Baghban I, Fatehi Zadeh M. [A Study on Effectiveness of Behavioral Couple Therapy on Depression During Pregnancy]. *Journal of Family Research*. 2007; 3(9): 421-30. Persian
- 21- Bergink V, Kooistra L, Lambregtse-van den Berg MP, Wijnen H, Bunevicius R, van Baar A, et al. Validation of the Edinburgh Depression Scale during pregnancy. *J Psychosom Res*. 2011;70(4):385-9.
- 22- Bazarganipour F, Mahmoodi H, Shamsaee B, Taghavi A. [The Frequency and Severity of Nausea and Vomiting during Pregnancy and its Association with Psychosocial Health]. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2015;3(3):401-7. Persian
- 23- Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Åström M, Bixo M. Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Obstet Gynecol*. 2004;104(3):467-76.
- 24- Kitamura T, Sugawara M, Sugawara K, Toda MA, Shima S. Psychosocial study of depression in early pregnancy. *Br J Psychiatry*. 1996;168(6):732-8.
- 25- Zinbarg RE, Uliaszek AA, Adler JM. The role of personality in psychotherapy for anxiety and depression. *J Pers*. 2008;76(6):1649-88.
- 26- 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;34:398– 402.
- 27- Leung BM, Kaplan BJ. Perinatal depression: prevalence, risks, and the nutrition link—a review of the literature. *J Am Diet Assoc*. 2009;109(9):1566-75.
- 28- Lowdermilk P. Maternity nursing. 7th ed. Canada: Mosby; 2006.

Incidence and Severity of Nausea and Vomiting during Pregnancy and its Association with Anxiety and Depression in Pregnant Women

*Nikibakhsh A. MS¹

Neisani samani L. MS²

Keshavarz M.PhD³

Hoseini F.PhD⁴

Abstract

Background & Aims: Nausea and vomiting are common hard symptoms experienced by pregnant women in the first trimester. Nausea and vomiting of pregnancy (NVP) has adverse effects on the quality of a woman's life, social, relationship with family, and her general health. The aim of this study was determining the relationship between during pregnancy with anxiety and depression.

Material & Methods: It was a descriptive, correlational study. Anxiety and depression scores of 220 women were investigated by using the Spielberger's state-trait anxiety questionnaire and the Edinburgh Depression Inventory. NVP were scored by using the pregnancy unique quantification of emesis and nausea (PUQE). Data was analyzed by SPSSver.16 and Chi-square, and spearman tests.

Results: The frequency of nausea and vomiting in pregnancy was 83/6%. A significant correlation between incidence of nausea and vomiting of pregnancy and both anxiety and depression score ($p < 0.001$) was found.

Conclusion: There is an association between anxiety and depression early in pregnancy and severity of NVP. Furthermore, a psychological evaluation of the pregnant women in addition to other medical evaluation would be useful.

Key words: Nausea and Vomiting, Pregnancy, Anxiety, Depression, Psychological Factors

Received: 24 Apr 2016

Accepted: 6 Aug 2016

¹ Master of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (*Corresponding author). Tell : 021-66927171 Email: arezoonikibakhsh@yhahoo.com.

² Instructor School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

³ Assistant Professor School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁴ PhD in Biostatistics, Management and Information Sciences, University of Medical Sciences, Tehran, Iran.