

بررسی تأثیر حمایت تلفنی بر شدت تهوع و استفراغ

نیمه اول بارداری در زنان نخست باردار

زهرا عابدیان^۱، نرجس عباس زاده^{۲*}، دکتر رباب لطیف نژاد^۳،

دکتر محمدتقی شاکری^۴

۱. مربی گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت مبتنی بر شواهد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. دانشیار گروه بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مراقبت مبتنی بر شواهد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. استاد گروه آمارزیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۳/۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۷/۲۲

خلاصه

مقدمه: تهوع و استفراغ در ۷۰-۸۵ درصد از بارداری ها رخ می دهد و با حمایت روانی و تغییراتی در رژیم غذایی و شیوه زندگی قابل کاهش است. با پیشرفت تکنولوژی، تلفن در دسترس ترین گزینه برای اکثر افراد می باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر حمایت تلفنی بر شدت تهوع و استفراغ نیمه اول بارداری در زنان نخست باردار انجام شد. **روش کار:** این مطالعه کارآزمایی بالینی در سال ۱۳۹۲ بر روی ۶۰ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی منتخب شهر مشهد انجام شد. در گروه مداخله حمایت تلفنی هفته ای ۲ بار به مدت ۴ هفته و هر بار ۲۰-۱۵ دقیقه توسط پژوهشگر انجام گرفت. در گروه کنترل مراقبت معمول انجام می شد. ابزار گردآوری داده ها در این مطالعه شامل پرسشنامه مشخصات فردی، چک لیست ثبت مکالمات تلفنی، چک لیست آموزش به مددجوی مبتلا به تهوع و استفراغ بارداری و پرسشنامه تعدیل شده ویژه تهوع و استفراغ کمی در بارداری بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون های کای دو، تی مستقل، ویلکاکسون و من ویتنی انجام شد. میزان معناداری $p < 0/05$ در نظر گرفته شده است.

یافته ها: میانگین نمره تهوع و استفراغ در گروه مداخله و کنترل بعد از مداخله اختلاف آماری معنی داری داشت ($p = 0/028$). میانگین نمره تهوع و استفراغ در گروه مداخله قبل و بعد از مداخله اختلاف آماری معنی داری داشت ($p < 0/001$).

نتیجه گیری: حمایت تلفنی، شدت تهوع و استفراغ بارداری را کاهش می دهد. لذا به عنوان روشی مؤثر و در دسترس توصیه می شود.

کلمات کلیدی: بارداری، تلفن، تهوع و استفراغ، حمایت

* نویسنده مسئول مکاتبات: نرجس عباس زاده؛ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۷۹۱-۳۳۳۱۱۹۹، پست الکترونیک: abbaszn901@mums.ac.ir

مقدمه

تهوع و استفراغ، از جمله شایع ترین و آزار دهنده ترین علائم ابتدای بارداری است (۱). این مشکل در ۷۰ تا ۸۵ درصد از زنان باردار با درجات مختلف رخ می دهد (۲). تهوع و استفراغ بارداری معمولاً ۴ تا ۸ هفته بعد از اولین روز آخرین قاعدگی شروع می شود (۳)، در ۱۲-۸ هفتهگی به اوج خود می رسد (۴) و به طور معمول تا هفته ۱۸-۱۶ بارداری بهبود می یابد (۵).

علت تهوع و استفراغ بارداری تا حدودی ناشناخته مانده است ولی توافق گسترده ای وجود دارد که علت آن می تواند چند عاملی و شامل عوامل هورمونی (هورمون گنادوتروپین انسانی، استروژن، پروژسترون، هورمون های آدرنال و هیپوفیز)، حرکات دستگاه گوارش، افزایش بزاق، افزایش حساسیت به بوها، قند خون پایین مادر، کمبود ویتامین B₆ و عوامل روحی- روانی باشد (۱۲-۶).

تهوع و استفراغ بارداری تأثیر منفی بر روی زندگی خانوادگی فرد، توانایی انجام فعالیت های معمول روزانه، عملکرد اجتماعی و سطح استرس فرد می گذارد (۱۳). شدت این علائم ممکن است شرایط جسمی و روحی زنان باردار، کیفیت زندگی حول و حوش تولد، کیفیت زندگی خانوادگی آنان، مراحل دستیابی به نقش مادری و حتی نتایج بارداری (مانند وزن کم هنگام تولد) را تحت تأثیر قرار دهد (۱۴). داشتن احساس تهوع و استفراغ باعث امتناع از غذا خوردن و در نتیجه کاهش انرژی می شود و از این طریق بر فعالیت فیزیکی فرد تأثیرگذار است. از طرفی فرد، احساس بیمار بودن دارد و احساس بیمار بودن می تواند بر حس تندرستی و سلامت روان فرد تأثیرگذار باشد (۱۵). مطالعات اپیدمیولوژیک نشان می دهد که زنان مبتلا به تهوع و استفراغ خفیف بارداری و زنان با تهوع و استفراغ شدید به میزان قابل توجهی از نظر علایم و خصوصیات مشابه هستند لذا از وجود یک زنجیره بین آن ها حمایت می شود. این واقعیت بر اهمیت درمان تهوع و استفراغ بارداری در مراحل اولیه، قبل از اینکه به سمت تهوع و استفراغ شدید پیشرفت کند، تأکید دارد (۱۶). احساس ناخوشایند تهوع و استفراغ را اغلب می توان با حمایت

روانی و تغییراتی در رژیم غذایی و شیوه زندگی کاهش داد (۱۶).

محدودیت زمانی برای ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی، همیشه یک مانع برای حمایت های اجتماعی در کلینیک های بالینی بوده است (۱۷). با پیشرفت تکنولوژی از جمله استفاده از پست الکترونیکی و اینترنت، طیفی از گزینه های موجود برای حمایت در خانه افزایش یافته است و تلفن، در دسترس ترین گزینه برای اکثر افراد باقی مانده است (۱۸). حمایت تلفنی به حمایت از مدیریت بیماری یا اختلالی که توسط مراقبین بهداشتی برای یک بیمار در خانه توسط تلفن فراهم می شود، اشاره دارد (۱۹). حمایت تلفنی برای ارائه طیف وسیعی از خدمات از جمله ارائه اطلاعات بهداشتی، راهنمایی مقدماتی، مداخله در بحران، ارزیابی سلامت و غربالگری، پیگیری بیماری و پیروی از درمان استفاده شده است (۲۰). ارائه حمایت تلفنی انعطاف پذیری بالقوه را افزایش می دهد، مقرون به صرفه است و در حالی که مراقبت فردی را ارتقاء می دهد، نیروی انسانی مورد نیاز در این روش کمتر از سایر روش ها می باشد (۱۸).

شواهد متناقضی در مورد منافع حمایت تلفنی وجود دارد. در مطالعه کالمن و همکاران (۲۰۰۵) که بر روی نقش حمایت تلفنی و آموزش بر روی سازگاری عاطفی و روابط بین فردی در مبتلایان به سرطان پستان انجام شد، بین گروه هایی که با حمایت تلفنی و گروه هایی که فقط آموزش را دریافت کرده بودند، تفاوت معنی داری وجود نداشت (۲۱). در حالی که لیو و همکاران (۲۰۱۳) در بررسی تأثیر حمایت حرفه ای در کاهش شدت تهوع و استفراغ و کیفیت زندگی در اوایل بارداری به این نتیجه رسیدند که حمایت حرفه ای (آموزش سلامت فردی و حمایت تلفنی) در کاهش علائم تهوع و استفراغ مؤثر می باشد (۲۲). همچنین نتایج مرور سیستماتیک انجام شده لاوندر و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که حمایت تلفنی ممکن است رضایت کلی زنان از مراقبت های دوران بارداری و دوره پس از زایمان را افزایش دهد (۲۳). از این رو با توجه به مشکل شایع تهوع و استفراغ بارداری و عدم

دسترسی به مطالعه ای در زمینه حمایت تلفنی در زنان باردار با تهوع و استفراغ بارداری در ایران، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر حمایت تلفنی بر شدت تهوع و استفراغ نیمه اول بارداری در زنان نخست باردار انجام شد.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی دو گروهه از ۱۰ مهر ماه الی ۲۰ بهمن ماه ۱۳۹۲ بر روی ۶۰ زن نخست باردار واجد شرایط مراجعه کننده به واحد مامایی مراکز بهداشتی - درمانی منتخب شهر مشهد انجام شد. حجم نمونه بر اساس مطالعه مقدماتی و با استفاده از فرمول مقایسه میانگین ها محاسبه شد. به این منظور یک مطالعه بر روی ۲۰ بیمار در دو گروه مداخله و کنترل (هر گروه ۱۰ نفر) انجام شد و سپس میانگین و انحراف معیار نمره تهوع و استفراغ بارداری قبل و بعد از مداخله محاسبه و حجم نمونه ۲۸ نفر در هر گروه برآورد شد که با احتساب ۱۵ درصد ریزش نمونه، ۳۲ نفر در هر گروه به دست آمد. نمونه گیری به روش چند مرحله ای انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن بارداری ۶-۱۰ هفته، بارداری اول، تشخیص تهوع و استفراغ بارداری بر اساس پروتکل تهوع و استفراغ در کتابچه "برنامه کشوری مادران ایمن" داشتن تهوع و استفراغ خفیف یا متوسط بر اساس پرسشنامه تعدیل شده ویژه تهوع و استفراغ کمی در بارداری، دسترسی به تلفن، تمایل به شرکت در مطالعه، نداشتن بیماری طبی در بارداری (میگرن، عفونت مجاری ادراری، زخم معده، نارسایی مزمن نظیر اختلالات ریوی، کبدی، کلیوی و قلبی، پرکاری تیروئید، بیماری مجاری صفراوی و دیابت)، نداشتن مشکل شنوایی، عدم استفاده از درمان های دارویی یا طب مکمل ضد تهوع طی یک هفته گذشته، نداشتن علائم تهدید به سقط و کسب نمره کمتر از هفت از مقیاس تطابق دیداری استرس بود.

ابزار گردآوری داده ها در این مطالعه شامل: پرسشنامه مشخصات فردی، پرسشنامه اطلاعات مامایی، روحی- روانی و تهوع و استفراغ، چک لیست ثبت محتوای مکالمات تلفنی، چک لیست آموزش به مددجوی مبتلا

به تهوع و استفراغ بارداری و پرسشنامه کمی تعدیل شده ویژه تهوع و استفراغ در بارداری بود. پرسشنامه کمی تعدیل شده ویژه تهوع و استفراغ در بارداری به طور اختصاصی در بارداری مورد استفاده قرار می گیرد و شامل ۳ سؤال پنج گزینه ای می باشد که برای سنجش تهوع، استفراغ و آق زدن به طور متوسط در طی یک روز در ابتدای بارداری به کار می رود. با جمع اعداد گزینه های انتخاب شده، شدت تهوع و استفراغ تعیین می شود؛ به این صورت که نمره ۳-۶ تهوع و استفراغ خفیف، نمره ۷-۱۲ تهوع و استفراغ متوسط و نمره بیشتر از ۱۳ نمایانگر تهوع و استفراغ شدید می باشد.

روایی پرسشنامه مشخصات فردی، پرسشنامه اطلاعات مامایی، روحی- روانی و تهوع و استفراغ، چک لیست ثبت محتوای مکالمات تلفنی و چک لیست آموزش به مددجوی مبتلا به تهوع و استفراغ بارداری به روش روایی محتوا انجام شد. روایی پرسشنامه تعدیل شده کمی ویژه تهوع و استفراغ در بارداری توسط لاکاسه و همکاران (۲۰۰۸) با پرسشنامه کمی ویژه تهوع و استفراغ در بارداری به روش روایی معیار تعیین شده و با ضریب همبستگی ($r=0/71$) مورد تأیید قرار گرفته است (۲۴) و ویرایش فارسی آن پس از ترجمه به روش روایی محتوا تأیید شد.

پایایی پرسشنامه اطلاعات مامایی، روحی- روانی و تهوع و استفراغ و چک لیست ثبت محتوای مکالمات تلفنی با استفاده از روش آزمون مجدد سنجیده شد و ضریب پایایی محاسبه و تأیید شد ($r=0/92$ ، $r=0/95$). جهت سنجش پایایی چک لیست آموزش به مددجوی مبتلا به تهوع و استفراغ بارداری و پرسشنامه کمی تعدیل شده ویژه تهوع و استفراغ در بارداری از روش هم ارز استفاده شد که ضریب پایایی ($r=0/92$ ، $r=0/95$) به دست آمد.

روش گردآوری داده ها بدین صورت بود که در زنان باردار واجد شرایط مراجعه کننده به واحد مامایی مراکز بهداشتی- درمانی منتخب، ارائه خدمات مراقبتی معمول در زمینه تهوع و استفراغ بارداری طبق کتابچه "برنامه کشوری مادران ایمن، مراقبت های ادغام یافته سلامت

که در هر تماس، قسمتی از هر چهار حیطة به واحد های پژوهش ارائه می شد. همچنین در هر تماس تلفنی عمل به توصیه های ارائه شده در جلسات قبل بازنگری شده و فرد برای عمل به موارد ذکر شده تشویق می شد. در پایان هر تماس تلفنی از واحد های پژوهش خواسته می شد که سؤالات خود را در زمینه موارد گفته شده و یا هر گونه نگرانی و استرس در زمینه بارداری بیان کنند. زمان تماس بعدی بین ساعت ۸ صبح تا ۸ شب با نظر واحد های پژوهش تعیین می شد. در ضمن واحد های پژوهش می توانستند از ساعت ۸ صبح تا ۸ شب با پژوهشگر جهت رفع مشکلات خود در رابطه با تهوع و استفراغ بارداری تماس حاصل کنند. در هر جلسه در زمان مکالمه تلفنی، محتوای مکالمه در فرم از پیش تنظیم شده مکتوب می شد. در این مدت، گروه کنترل تحت هیچ گونه مداخله ای توسط پژوهشگر قرار نگرفتند. پس از پایان ۴ هفته، مجدداً پرسشنامه ویژه تهوع و استفراغ کمی در بارداری، توسط واحد های پژوهش به صورت حضوری تکمیل شد. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت مقایسه دو متغیر کیفی از آزمون کای دو، برای مقایسه میانگین ها در دو گروه مستقل از آزمون تی مستقل، برای مقایسه میانگین متغیرهای کمی با توزیع غیر نرمال در دو گروه وابسته (قبل و بعد از مداخله) از آزمون ویلکاکسون و برای مقایسه متغیر کمی با توزیع غیر نرمال یا متغیر کیفی رتبه ای در دو گروه مستقل از آزمون من ویتنی استفاده شد. میزان معناداری $p < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته ها

از مجموع ۶۴ فرد شرکت کننده در مطالعه، ۴ نفر به دلیل عدم مراجعه برای تکمیل پرسشنامه در انتهای مطالعه (۳ نفر در گروه کنترل و ۱ نفر در گروه مداخله) از مطالعه حذف شدند و در نهایت تجزیه و تحلیل داده ها بر روی ۶۰ نفر انجام شد. واحد های پژوهش از نظر مشخصات فردی نظیر سن، شغل زن، تحصیلات زن، شغل همسر، تحصیلات

مادران" توسط پژوهشگر انجام شد. در مواردی که بر اساس این کتابچه وجود تهوع و استفراغ بارداری تشخیص داده شد، پرسشنامه تعدیل شده ویژه تهوع و استفراغ کمی در بارداری به روش مصاحبه برای افراد تکمیل شد. در صورت تعیین تهوع و استفراغ خفیف و متوسط بر اساس این پرسشنامه، اقدامات آموزشی لازم به صورت چهره به چهره و بر اساس "چک لیست آموزش به مددجوی مبتلا به تهوع و استفراغ بارداری" توسط پژوهشگر انجام شد. این چک لیست بر اساس پروتکل تهوع و استفراغ در کتابچه برنامه کشوری مادران ایمن، توسط پژوهشگر تهیه شده بود و شامل ۱۰ مورد در راستای توصیه های تغذیه ای، بهداشتی و دارویی بود. پس از آن پژوهشگر اهداف مربوط به مطالعه را به واحد های پژوهش توضیح داده و رضایت نامه کتبی از آنان دریافت کرد. سپس پرسشنامه اطلاعات فردی- خانوادگی، پرسشنامه اطلاعات مامایی، روحی- روانی و تهوع و استفراغ، توسط واحد های پژوهش تکمیل شد. سپس افراد به طور تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل تخصیص یافتند؛ به این 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. در گروه مداخله حمایت تلفنی هفته ای ۲ بار به مدت ۴ هفته و هر بار ۲۰-۱۵ دقیقه توسط پژوهشگر انجام گرفت. حمایت تلفنی شامل حمایت از زنان باردار برای کنترل تهوع و استفراغ بارداری بود. محتوای تماس های تلفنی بر اساس ابزار کیفیت زندگی در تهوع و استفراغ بارداری که شامل چهار بُعد فیزیکی، روحی- روانی، محدودیت ها و خستگی می باشد، تهیه شده بود؛ به این صورت که در هر تماس تلفنی، توصیه هایی برای بهبود تهوع و استفراغ بارداری به زنان باردار ارائه می شد. این توصیه ها شامل: اصلاح رژیم غذایی و سبک زندگی، روش های کاهش خستگی در بارداری و توصیه هایی برای بهبود حالات روحی- روانی زن باردار بود. تماس های تلفنی به گونه ای برنامه ریزی شده بود

همسر، درآمد خانواده، مصرف دخانیات و مواد مخدر توسط همسر، شاخص توده بدنی، اطلاعات مامایی شامل سن بارداری، خواسته بودن بارداری (از نظر زن و همسر)، سابقه مصرف قرص های ضد بارداری، اطلاعات مربوط به عوامل روحی- روانی، نمره استرس و اطلاعات مربوط به تهوع و استفراغ در بارداری اخیر در ابتدای مطالعه اختلاف آماری معنی داری نداشتند ($p > 0.05$) (جدول ۱).

جدول ۱- مقایسه میانگین و انحراف معیار سن زن، سن بارداری، شاخص توده بدنی و نمره استرس در ابتدای مطالعه به تفکیک گروه

نتیجه آزمون تی مستقل	گروه		متغیر
	کنترل	مداخله	
$p=0.971$	$22/266 \pm 3/139$	$22/300 \pm 3/869$	سن زن (سال)
$p=0.893$	$9/036 \pm 1/396$	$8/990 \pm 1/283$	سن بارداری (هفته)
$p=0.254$	$21/912 \pm 3/266$	$23/113 \pm 4/676$	شاخص توده بدنی (کیلوگرم بر متر مربع)
$p=0.417$	$3/826 \pm 2/042$	$4/233 \pm 1/802$	نمره استرس

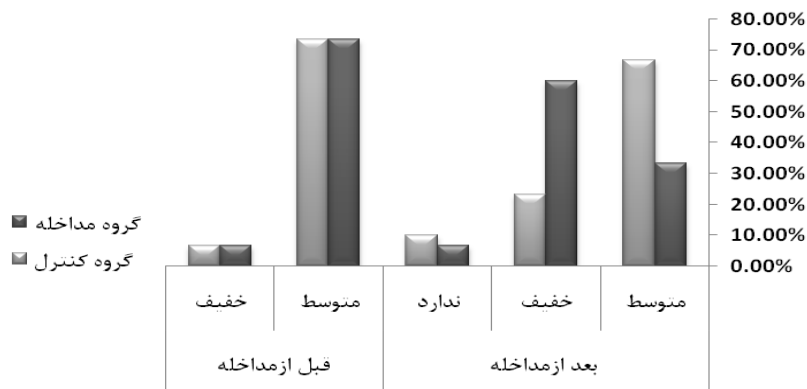
بر اساس نتایج آزمون ویلکاکسون، میانگین نمره تهوع و استفراغ بارداری در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله اختلاف آماری معنی داری نداشت ($p=0.272$)، در صورتی که میانگین نمره تهوع و استفراغ بارداری در گروه مداخله قبل و بعد از مداخله اختلاف آماری معنی داری داشت ($p < 0.001$). بر اساس نتایج آزمون تی مستقل، میانگین نمره تهوع و استفراغ بارداری در دو گروه بعد از مداخله اختلاف آماری معنی داری داشت ($p=0.028$) (جدول ۲).

جدول ۲- مقایسه میانگین نمره تهوع و استفراغ بارداری در گروه کنترل و مداخله قبل و بعد از مداخله

نتایج آزمون من ویتنی و تی مستقل	مداخله		تهوع و استفراغ بارداری
	کنترل	مداخله	
$Z = -0.803, p=0.422$	$7/533 \pm 1/942$	$8/033 \pm 1/956$	قبل از مداخله
$t = -2/247, p=0.028$	$7/033 \pm 2/525$	$5/733 \pm 1/910$	بعد از مداخله
	$Z = -1/099, p=0.272$	$Z = -3/764, p < 0.001$	نتایج آزمون ویلکاکسون

نفر (۶/۷٪) فاقد تهوع و استفراغ بودند، ۱۸ نفر (۶۰/۱۰٪) تهوع و استفراغ خفیف و ۱۰ نفر (۳۳/۳٪) تهوع و استفراغ متوسط داشتند (نمودار ۱). بر اساس نتایج آزمون من ویتنی، شدت علائم تهوع و استفراغ در دو گروه قبل از مداخله از نظر آماری معنی دار نبود ($p=1/000$)، در حالی که شدت این علائم در دو گروه بعد از مداخله اختلاف آماری معنی داری داشت ($p=0.032$).

همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که در ابتدای مطالعه، ۸ نفر (۲۶/۷٪) از واحد های پژوهش به تهوع و استفراغ خفیف و ۲۲ نفر (۷۳/۳٪) به تهوع و استفراغ متوسط در هر یک از گروه های مداخله و کنترل مبتلا بودند. پس از مداخله صورت گرفته در این مطالعه، نتایج نشان داد که ۳ نفر (۱۰/۰٪) از زنان گروه کنترل فاقد تهوع و استفراغ بودند، ۷ نفر (۲۳/۳٪) تهوع و استفراغ خفیف و ۲۰ نفر (۶۶/۷٪) تهوع و استفراغ متوسط داشتند و در گروه مداخله، ۲



نمودار ۱- توزیع فراوانی واحد های پژوهش بر حسب شدت تهوع و استفراغ بارداری قبل و بعد از مداخله به تفکیک گروه

همکاران (۲۰۱۳) که با هدف تعیین تأثیر حمایت حرفه ای بر تهوع و استفراغ و کیفیت زندگی در اوایل بارداری انجام شد، همخوانی داشت (۲۲). در مطالعه لیو حمایت حرفه ای صورت گرفته توسط پژوهشگر به صورت آموزش حضوری به همراه ارائه کتابچه و سپس حمایت تلفنی انجام شد. در این مطالعه حمایت حرفه ای صورت گرفته باعث کاهش تهوع و استفراغ در گروه مداخله شد که این یافته ها با نتایج مطالعه هایر و همکاران (۲۰۱۱) که با هدف تعیین تأثیر یک جلسه تلفنی توسط پرستار بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان پس از آخرین اشعه درمانی انجام شد، همخوانی نداشت (۲۲). در مطالعه هایر و همکاران (۲۰۱۱) یک جلسه تماس تلفنی در کاهش علائم تهوع و استفراغ افراد مبتلا به سرطان پستان پس از آخرین اشعه درمانی مؤثر نبود که این عدم همخوانی را می توان به مدت زمان کم پیگیری (۲ هفته) و تعداد کم تماس تلفنی (یک تماس) نسبت داد. در مطالعه حاضر هشت بار تماس تلفنی در مدت ۴ هفته صورت گرفت که محتوای این گونه تماس ها بر کاهش علائم تهوع و استفراغ متمرکز بود. در مطالعه هایر محتوای آموزشی و پیگیری تلفنی، طیف وسیعی از موضوعات را شامل می شد و تهوع و استفراغ، تنها جزء کوچکی از موضوعات ارائه شده را به خود اختصاص داده بود (۲۵).

همچنین نتایج مطالعه حاضر پس از تقسیم بندی میانگین نمره تهوع و استفراغ واحد های پژوهش به انواع خفیف، متوسط و شدید نشان داد که حمایت تلفنی صورت گرفته در زنان گروه مداخله باعث کاهش

بررسی توزیع فراوانی واحد های پژوهش در گروه مداخله از لحاظ رضایت از مکالمات تلفنی صورت گرفته نشان داد که ۳۰ نفر (۱۰۰/۰٪) از افراد گروه مداخله، از مداخله به کار رفته رضایت داشتند. همچنین بررسی میزان رضایت از مکالمات تلفنی در بین افراد گروه مداخله نشان داد که ۱۸ نفر (۶۰/۰٪) از افراد مورد مطالعه میزان رضایت زیاد و ۱۰ نفر (۳۳/۳٪) رضایت خیلی زیاد را ذکر کردند.

بحث

در مطالعه حاضر که با هدف کلی تعیین تأثیر حمایت تلفنی بر شدت تهوع و استفراغ نیمه اول بارداری در زنان نخست باردار انجام شد، نتایج آزمون من ویتنی نشان داد که میانگین نمره تهوع و استفراغ بارداری کسب شده از "پرسشنامه کمی تعدیل شده ویژه تهوع و استفراغ در بارداری" در دو گروه مداخله و کنترل در ابتدای مطالعه اختلاف معنی داری با یکدیگر نداشت، در حالی که پس از مداخله، میانگین نمره تهوع و استفراغ بارداری در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معنی داری با یکدیگر داشت. همچنین در این مطالعه اختلاف معنی داری در میانگین نمره تهوع و استفراغ در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله وجود نداشت، در حالی که در گروه مداخله، میانگین نمره تهوع و استفراغ قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی داری را نشان داد. این نتایج نشان می دهد که حمایت تلفنی در کاهش شدت علائم تهوع و استفراغ بارداری مؤثر است. این نتایج با یافته های مطالعه لیو و

درصد افراد مبتلا به تهوع و استفراغ متوسط از ۲۲ نفر (۷۳/۳٪) در ابتدای مطالعه به ۱۰ نفر (۳۳/۳٪) در انتهای مطالعه شد. این نتایج نشان دهنده کاهش درصد افراد مبتلا به تهوع و استفراغ متوسط (۴۰٪) در گروه مداخله پس از حمایت تلفنی صورت گرفته بود، در حالی که این کاهش در گروه کنترل کمتر مشاهده شد.

حمایت تلفنی صورت گرفته با توصیه هایی در زمینه اصلاح رژیم غذایی و سبک زندگی که به عنوان درمان خط اول پیشنهاد شده است و توصیه هایی مبنی بر روش های کاهش خستگی و بهبود حالات روحی- روانی که از عوامل مرتبط با تهوع و استفراغ بارداری می باشد و با پاسخ دادن به سؤالات زنان باردار و کاهش استرس در آنان و پیگیری های انجام شده برای افزایش پایداری به توصیه ها، توانسته است از میزان و شدت تهوع و استفراغ بارداری در زنان مبتلا به این حالات بکاهد. بنابراین زنان باردار مبتلا به تهوع و استفراغ بارداری در واحد های مراقبتی می توانند با یک رویکرد جامع و همدلانه و با تمرکز بر آموزش و حمایت های عاطفی و عملی مورد نیاز حمایت شوند. این امر ممکن است باعث تسهیل بهبود سلامت زنان شود (۲۶). به طوری که لان (۲۰۰۷) پیشنهاد کرد که حمایت مناسب می تواند علائم تهوع و استفراغ در زنان باردار را کاهش دهد (۲۳) (شماره رفرنس اشتباه است).

محدودیت های این مطالعه شامل: ۱- وجود تفاوت های فردی (دقت، میزان یادگیری، هوش، حوصله فردی) در زنان باردار واجد شرایط ورود به مطالعه و تأثیر آن ها بر چگونگی پاسخ دهی به سؤالات پژوهش که کنترل آن از عهده پژوهشگر خارج بود. ۱- صحت گفته ها و اظهارات واحد های پژوهش، ملاک ارزیابی قرار گرفت. ۳- با توجه به حمایت تلفنی انجام شده توسط خود پژوهشگر، عدم اطلاع پژوهشگر از افراد

گروه مداخله و کنترل میسر نبود، لذا امکان دو سوکور کردن مطالعه وجود نداشت. ۴- بیماری های جسمی و روانی تشخیص داده نشده در واحد های پژوهش ممکن بود بر نتیجه مطالعه تأثیرگذار باشد که تا حدودی از کنترل پژوهشگر خارج بود. ۵- بهبود تهوع و استفراغ با گذشت زمان (عامل بلوغ) روایی درونی تحقیق را تهدید می کرد که با گرفتن گروه کنترل سعی در کنترل آن شد.

در راستای دستیابی به نتایج دقیق تر و با تعمیم پذیری بیشتر موضوعاتی از قبیل بررسی مقایسه ای حمایت تلفنی و حمایت حضوری بر شدت علائم تهوع و استفراغ بارداری و همچنین بررسی تأثیر حمایت تلفنی برای زن باردار به همراه همسر بر شدت علائم تهوع و استفراغ بارداری برای پژوهش های بعدی پیشنهاد می شود.

نتیجه گیری

در این مطالعه حمایت تلفنی، میزان تهوع و استفراغ را در زنان باردار کاهش داد. لذا ادغام کردن روش حمایت تلفنی به مراقبت های معمول برای زنان با شکایت تهوع و استفراغ بارداری به عنوان روشی در دسترس و مؤثر توصیه می شود.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر بخشی از طرح پایان نامه تحقیقاتی مصوب ۱۳۹۲/۴/۲۶ دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد طرح ۹۲۰۰۸۴ می باشد که با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد. بدین وسیله از حمایت معاونت محترم و شورای محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و تمام کسانی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می شود.

- Jamigorn M, Phupong V. Acupressure and vitamin B6 to relieve nausea and vomiting in pregnancy: a randomized study. *Arch Gynecol Obstet* 2007 Sep;276(3):245-9.
- Koren G, Maltepe C, Gow R. Therapeutic choices for nausea and vomiting of pregnancy: a critical review of a systematic review. *J Obstet Gynaecol Can* 2011 Jul;33(7):733-5.
- Badell ML, Ramin SM, Smith JA. Treatment options for nausea and vomiting during pregnancy. *Pharmacotherapy* 2006 Sep;26(9):1273-87.
- Lacasse A, Berard A. Validation of the nausea and vomiting of pregnancy specific health related quality of life questionnaire. *Health Qual Life Outcomes* 2008 May 9;6:32. doi: 10.1186/1477-7525-6-32.
- Jewell D, Young G. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(4):CD000145.
- Chou FH, Avant KC, Kuo SH, Fetzer SJ. Relationship between nausea and vomiting, perceived stress, social support, pregnancy planning, and psychosocial adaption in a sample of mothers: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2007 Aug;45(8):1185-91.
- Goodwin TM. Nausea and vomiting of pregnancy: an obstetric syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 2002 May;186(5 Suppl Understanding):S184-9.
- King TL, Murphy PA. Evidence-based approaches to managing nausea and vomiting in early pregnancy. *J Midwifery Womens Health* 2009 Nov-Dec;54(6):430-444.
- Morning sickness. Available at: http://en.wikipedia.org/wiki/Morning_sickness. Accessed at: May 2014.
- Heler S, Damm P, Mersebach H, Skioth TV, Kaaja R, Hod M, et al. Hypoglycemia in type 1 diabetic pregnancy: role of preconception insulin aspart treatment in a randomized study. *Diabetes Care* 2010 Mar;33(3):473-7.
- Magee LA, Chandra K, Mazzotta P, Stewart D, Koren G, Guyatt GH. Development of a health-related quality of life instrument for nausea and vomiting in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2002 May;186(5 Suppl Understanding):S232-8.
- Kramer J. Nausea and vomiting in pregnancy: prevalence and relationship with psychosocial determinants of health. A Thesis Submitted to the College of Graduate Studies. Saskatoon:University of Saskatchewan;2010.
- Balíková M, Buzgova R. Quality of women's life with nausea and vomiting during pregnancy. *Osetr Porod Asist* 2014;5(1):29-35.
- Kuo SH, Wang RH, Tseng HC, Jian SY, Chou FH. A comparison of different severities of nausea and vomiting during pregnancy relative to stress, social support, and maternal adaptation. *J Midwifery Womens Health* 2007 Jan-Feb;52(1):e1-7.
- Joybari L, Sanagoo A, Chehrehgosha M. Quality of life in women with nausea and vomiting of pregnancy. Article in Persian. *J Qom Univ Med Sci*. 2012;6(2):88-94.
- Einarson A, Maltepe C, Boskovic R, Koren G. Treatment of nausea and vomiting in pregnancy. *Can Fam Physician* 2007 Dec;53(12):2109-11.
- Bullok LF, Browning C, Geden E. Telephone social support for low-income pregnant women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2002 Nov-Dec;31(6):658-64.
- Dennis CL, Kingston D. A systematic review of telephone support for women during pregnancy and the early postpartum period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008 May-Jun;37(3):301-14.
- Franek J. Home tele health for patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser* 2012;12(11):1-58.
- Andrews JK, Armstrong L, Fraser JA. Professional telephone advice to parents with sick children: time for quality control. *J Paediatr Child Health* 2002 Feb;38(1):23-6.
- Coleman EA, Tulman L, Samarel N, Wilmoth MC, Rickel L, Rickel M, et al. The effect of telephone social support and education on adaptation to breast cancer during the year following diagnosis. *Oncol Nurs Forum* 2005 Jul 1;32(4):822-9.
- 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 Oct;16(4):378-86.
- 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 Jul 18;7:CD009338.
- Lacasse A, Rey E, Ferreira E, Morin C, Bernard A. Validity of a modified Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea (PUQE) scoring index to assess severity of nausea and vomiting of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2008 Jan;198(1):71.e1-7.
- Hoyer BB, Toft GV, Debess J, Ramlau-Hansen CH. A nurse-led telephone session and quality of life after radiotherapy among women with breast cancer: a randomized trial. *Open Nurs J* 2011;5:31-7.
- Wood H, McKellar L, Lightbody M. Nausea and vomiting in pregnancy: blooming or bloomin' awful? A review of the literature. *Women Birth* 2013 Jun;26(2):100-4.