

فراوانی تهوع و استفراغ بارداری و عوامل مرتبط با آن و شدت آن در زنان باردار

*اعظم سلطانی^۱ مهوش دانش کجوری^۲ شراره صفوی^۳ فاطمه حسینی^۴

چکیده

زمینه و هدف: تهوع و استفراغ بارداری یکی از مشکلات اوایل بارداری است که تحمل آن برای زنان باردار سخت می‌باشد و در ۵۰ تا ۸۰ درصد از زنان باردار به درجات مختلف دیده می‌شود. این مشکل نه تنها بر سلامت جسمی مادر اثر می‌گذارد، سلامت روانی و کارکردهای اجتماعی و خانوادگی او را نیز به مخاطره می‌اندازد. علت تهوع و استفراغ بارداری ناشناخته است ولی بعضی از عوامل در ایجاد و شدت آن مؤثر می‌باشند. هدف مطالعه تعیین فراوانی و شدت تهوع و استفراغ بارداری و عوامل مرتبط با آن بود.

روش بررسی: این مطالعه از نوع مقطعی بود. جامعه پژوهش کلیه زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان بودند. نمونه شامل ۷۰۰ زن باردار با سن حاملگی ۶ تا ۱۶ هفته بود. نمونه گیری به صورت چند مرحله‌ای انجام شد. محیط این پژوهش درمانگاه‌های مراقبت‌های دوران بارداری مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان بود. داده‌ها به وسیله پرسشنامه جمع آوری شد.

یافته‌ها: فراوانی تهوع و استفراغ بارداری در زنان ۶۹/۷ درصد و ۳۷/۴ درصد تهوع و استفراغ خفیف، ۴۶/۷ درصد متوسط و ۱۶ درصد تهوع و استفراغ شدید داشتند. نتایج آزمون رگرسیون نشان داد از بین کلیه عوامل در نظر گرفته شده بین تهوع و استفراغ مادر بیمار ($P=0/03$)، داشتن بیماری حرکتی ($P=0/000$)، داشتن سابقه تهوع با استشمام بو ($P=0/000$)، سابقه سندرم قبل از قاعدگی ($P=0/000$) و بارداری ناخواسته با تهوع و استفراغ بارداری ارتباط معنی دار وجود داشت و با انجام آزمون رگرسیون چندگانه بین میگرن ($P=0/000$)، سابقه بیماری حرکتی ($P=0/001$)، سابقه تهوع با استشمام بو ($P=0/000$)، سن منارک ($P=0/000$)، سابقه سندرم قبل از قاعدگی ($P=0/000$) و سطح حمایت اجتماعی ($P=0/000$) با شدت تهوع و استفراغ بارداری ارتباط معنی دار وجود داشت.

نتیجه گیری: نتایج نشان داد که تهوع و استفراغ بارداری از فراوانی قابل توجهی برخوردار است و بعضی از عوامل با تهوع و استفراغ بارداری و شدت آن ارتباط دارد، لذا پیشنهاد می‌شود در ارائه مراقبت‌های دوران بارداری این عوامل مورد توجه قرار گیرند.

کلید واژه‌ها: تهوع و استفراغ، بارداری، شدت تهوع و استفراغ، عوامل مرتبط

تاریخ دریافت: ۸۵/۸/۱۹ تاریخ پذیرش: ۸۵/۱۱/۲۵

^۱ کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران
(*مؤلف مسؤول)

^۲ مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

^۳ مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

^۴ مربی گروه آمار، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

مقدمه

تهوع و استفراغ بارداری یکی از مشکلات اوایل بارداری است که تحمل آن برای زنان باردار سخت می باشد. این مشکل در ۵۰ تا ۸۰ درصد از زنان باردار دیده می شود.^(۱) تهوع و استفراغ بارداری معمولا ۴ تا ۸ هفته بعد از اولین روز آخرین قاعدگی شروع می شود و تا هفته ۱۶ ادامه می یابد و در ۹۰ درصد موارد تا هفته ۲۲ برطرف می شود.^(۲) علائم تهوع و استفراغ بارداری بیشتر در صبح دیده می شود از این رو به آن بیماری صبحگاهی اطلاق می گردد ولی ۸۰ درصد زنان تهوع را در تمام روز دارند.^(۳) شدت تهوع و استفراغ بارداری به درجات مختلف دیده می شود و می تواند از حالت خفیف به شدید تبدیل شود و شدت آن بوسیله محرک‌هایی چون عوامل درونی، عاطفی، اجتماعی، محیطی، تغذیه ای و حرفه ای افزایش می یابد و این عوامل حتی در مدت زمان کم، اثرگذار می باشند.^(۴) هر چند تهوع و استفراغ عارضه شایع دوران بارداری است و در اغلب موارد خود به خود خوب می شود ولی به علت مشکلات فراوانی که برای زن باردار و خانواده اش ایجاد می کند از دیر باز مورد توجه دانشمندان بوده و تحقیقات مختلفی در زمینه شناسایی عوامل مرتبط، کشف علت و راه های درمانی آن انجام شده است، این عارضه اولین بار توسط مصری ها در ۲۰۰۰ سال قبل از میلاد توصیف و مورد توجه قرار گرفته بود.^(۵) چنانچه تهوع و استفراغ دوران بارداری شدید و طولانی شود بیماری هایپرامزیس گراویداروم ایجاد می گردد، که باعث کاهش وزن مادر، کم آبی شدید بدن، عدم تعادل الکترولیت ها و دفع کتون در ادرار می شود. این حالت در ۱ تا ۲ درصد از حاملگی ها ایجاد می شود.^(۶) نویسنده معروف انگلیسی charlotte bronte

از مشهورترین قربانیان تهوع و استفراغ شدید بارداری است که در سال ۱۸۵۵ در ماه چهارم حاملگی فوت کرد. از دیگر عوارض هایپرامزیس گراویداروم پارگی موکوس مری (پارگی مالوری ویس) است که در این حالت خون در محتویات استفراغ یا مدفوع دیده می شود.^(۷) زنانی که مکرر به دلیل تهوع و استفراغ بارداری بستری می شوند، افزایش وزن مناسب را در طول بارداری به دست نخواهند آورد که خود عاملی جهت کاهش وزن جنین در موقع تولد می باشد.^(۸) تحقیقات نشان داده اند که بین تهوع و استفراغ طولانی مدت و تأخیر رشد داخل رحمی جنین ارتباط وجود دارد.^(۹) تهوع و استفراغ بارداری اثرات سوء روی جسم و روان دارد، اثر جسمی شامل عدم مصرف مواد غذایی به اندازه کافی که این عامل موجب سوء تغذیه، کم آبی، اختلالات الکترولیتی، خستگی و ضعف می شود و اثرات روانی آن شامل اضطراب، افسردگی و ترس می باشد.^(۸) تحقیقی که کیفیت زندگی زنان باردار مبتلا به تهوع و استفراغ بارداری را در کشور کانادا ارزیابی کرد، نشان داد کارایی ۵۰ درصد از زنان شاغل در محیط کار کم شده و ۲۵ درصد احتیاج به مرخصی داشته اند.^(۱۰) Lane و Arsenaul عوارض تهوع و استفراغ بارداری را اثرات اجتماعی - اقتصادی آن ذکر می کنند، زیرا این عارضه سبب عدم حضور به موقع خانم باردار در محل کار می گردد.^(۱۱) تهوع و استفراغ بارداری با اولین حاملگی، سن کم مادر، چاقی و استرس ارتباط داشته و در زنانی که مادر یا خواهرشان به آن دچار بوده بیشتر دیده شده بود.^(۸) مشکل اصلی در درمان این عارضه مشخص نبودن علت آن است به همین دلیل انواع درمان های مختلف برای آن پیشنهاد شده که هیچ کدام به طور قطعی مؤثر نبوده و اغلب فقط تا حدودی باعث کاهش علائم شده اند، به همین

علت محققین تحقیقات اپیدمیولوژی متعددی را انجام دادند تا شاید به نحوی بتوانند به علت اصلی تهوع و استفراغ دوران بارداری پی ببرند. شناخت مشکلات و عوامل بوجود آورنده و عوامل تشدید کننده مشکلات از جنبه های مهم مراقبتی می باشد. لذا این تحقیق جهت تعیین عوامل مرتبط با تهوع و استفراغ بارداری انجام شد تا شاید بتوان اثرات این عارضه را در مادران کم و قابل تحمل نمود.

روش بررسی

این مطالعه از نوع مقطعی بود که طی آن از بین مادران بارداری که به واحد مراقبت های دوران بارداری در مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان مراجعه داشتند، ۷۰۰ زن باردار واجد شرایط وارد مطالعه شدند. روش نمونه گیری به صورت چند مرحله ای بود، بدین صورت که ابتدا شهر همدان از نظر موقعیت جغرافیایی به مناطق شمال، جنوب، شرق و غرب تقسیم شد و بعد لیست کلیه مراکز بهداشتی و درمانی شهر همدان که در آن ها مراقبت های دوران بارداری انجام می شد تهیه و به طور تصادفی سه مرکز از هر منطقه انتخاب و نمونه گیری در ۱۲ مرکز بهداشتی درمانی انجام شد. معیارهای پذیرش نمونه عبارت از: سن بارداری ۶ تا ۱۶ هفته بر اساس اولین روز آخرین قاعدگی؛ حاملگی تک قلو و عدم ابتلا به بیماری گوارشی بود. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه تهیه شده توسط پژوهشگر بود که از سه قسمت تشکیل شده بود. قسمت اول شامل سؤالاتی مربوط به عوامل فردی - طبی، باروری، روانی، اقتصادی و اجتماعی بود، که توسط پژوهشگر با مطالعه کتب و مقالات تنظیم شد. قسمت دوم پرسشنامه برای تعیین سطح برخورداری از

حمایت اجتماعی که از پرسشنامه مقیاس حمایت اجتماعی مادر استفاده شد. دارای شش سؤال پنج گزینه ای براساس مقیاس لیکرت بود.

قسمت سوم پرسشنامه مربوط به تعیین وضعیت تهوع و استفراغ نمونه های پژوهش بود. برای تعیین شدت تهوع و استفراغ بارداری از پرسشنامه PUQE استفاده شد. این پرسشنامه شدت تهوع و استفراغ را بارداری صحیح و سریع تعیین می کند استفاده شد. پرسشنامه حاوی سه سؤال پنج گزینه ای که سوال اول مربوط به وضعیت تهوع بود به گزینه هرگز نمره یک، به گزینه یک ساعت و کمتر نمره دو، به گزینه ۲ تا ۳ ساعت نمره سه، به گزینه ۴ تا ۶ ساعت نمره چهار و به گزینه ۶ ساعت و بیشتر نمره پنج داده شد. سوال دوم مربوط به وضعیت استفراغ بود که بترتیب از گزینه ۷ بار یا بیشتر تا اصلاً نمره پنج تا یک داده شد. سوال سوم مربوط به تعیین وضعیت عک زدن بود، که به ترتیب از گزینه هیچ بار تا ۷ بار یا بیشتر نمره یک تا پنج داده شد و با جمع اعداد گزینه های انتخاب شده به نمره (۶) تهوع و استفراغ خفیف، به نمره (۱۲-۷) متوسط و به نمره (≥ 13) تهوع و استفراغ شدید شدت تهوع و استفراغ تعیین شد. برای تعیین روایی ابزار از روش اعتبار محتوی و پایایی ابزار به روش دو نیمه کردن سؤالات (آلفا کرونباخ) مورد تأیید قرار گرفت. یافته ها با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

یافته ها نشان دادند میانگین سن مادران $25/18 \pm 5/25$ سال بود. ۵۲/۱ درصد مادران در بارداری اول بودند از نظر وضعیت تحصیلی ۳/۶ درصد بی سواد و ۵۲ درصد

و استفراغ بارداری ارتباط معنی دار دیده شد. بر اساس یافته های این پژوهش تهوع و استفراغ بارداری و شدت آن با سابقه بیماری گوارشی، زمان شروع تهوع و استفراغ بارداری، کشیدن سیگار قبل یا حین بارداری، سابقه نازایی، وضعیت اشتغال و سطح تحصیلات ارتباطی وجود نداشت.

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی تهوع و استفراغ بارداری در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان، ۱۳۸۴

تهوع و استفراغ بارداری	تعداد (درصد)
بلی	۴۸۸ (۶۹/۷)
خیر	۲۱۳ (۳۰/۳)
جمع	۷۰۰ (۱۰۰)

جدول شماره ۲ - توزیع فراوانی شدت تهوع و استفراغ بارداری در زنان مبتلا به آن در مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان، ۱۳۸۴

شدت تهوع و استفراغ بارداری	تعداد (درصد)
خفیف (≤ 6)	۱۸۲ (۳۷/۳)
متوسط (۷-۱۲)	۲۲۸ (۴۶/۷)
شدید (≥ 13)	۷۸ (۱۶)
جمع	۴۸۸ (۱۰۰)

بحث و نتیجه گیری

فراوانی تهوع و استفراغ بارداری در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر همدان ۶۹/۷ درصد بود. دوستار (۱۳۷۷) در تحقیقی که بر روی ۲۰۰ زن باردار در شهر اهواز انجام داد فراوانی تهوع و استفراغ بارداری را ۷۶ درصد گزارش کرد.^(۱۲) یافته ها نشان می دهد ۳۷/۴ درصد تهوع و استفراغ خفیف و

دیپلم و بالاتر بودند. ۸۴/۹ درصد خانه دار و از نظر اقتصادی ۵۷/۷ درصد وضعیت اقتصادی خود را متوسط گزارش کردند. ۲۱/۷ درصد بارداری ناخواسته داشته و تهوع و استفراغ ۳۵ درصد مادران هفته چهار حاملگی شروع شده بود. نتایج نشان دادند، فراوانی تهوع و استفراغ بارداری در شهر همدان ۶۹/۷ درصد بود، (جدول شماره ۱) که از این تعداد ۳۷/۳ درصد تهوع و استفراغ بارداری خفیف؛ ۴۶/۷ درصد متوسط و ۱۶ درصد تهوع و استفراغ شدید داشتند (جدول شماره ۲). بر اساس نتایج این پژوهش از بین عوامل فردی و طبی، بین سن مادر و تهوع و استفراغ بارداری با انجام آزمون آماری تی ($P=0/000$) ارتباط معنی دار وجود داشت و بین سن مادر و شدت تهوع و استفراغ، با انجام آزمون آماری آنالیز واریانس یک طرفه ($P=0/02$) ارتباط معنی دار وجود داشت. با انجام آزمون آماری کای دو بین سابقه سردرد میگرنی ($P=0/009$)، سابقه سرگیجه و تهوع با چرخیدن و یا قرار گرفتن در مکان های متحرک مثل نشستن در ماشین ($P=0/000$)، سابقه تهوع با استنشام بو ($P=0/000$) و سابقه تهوع و استفراغ بارداری در مادر با تهوع و استفراغ بارداری و شدت آن ارتباط معنی دار وجود داشت ($P=0/000$). با انجام آزمون آماری کای دو از بین عوامل باروری تعداد بارداری و زایمان ($P=0/000$)، سن منارک ($P=0/015$)، مصرف قرص های پیشگیری از بارداری قبل از حاملگی ($P=0/003$) و داشتن سندرم قبل از قاعدگی ($P=0/000$) با تهوع و استفراغ بارداری و شدت آن ارتباط معنی دار مشاهده شد. نتایج نشان داد ناخواسته بودن بارداری با تهوع و استفراغ بارداری ($P=0/001$) ارتباط دارد. سطح حمایت اجتماعی با شدت تهوع و استفراغ بارداری ارتباط داشت ($P=0/000$). بین سطح اقتصادی خانواده با شدت تهوع

بیشتر بود. Heinrichs و همکاران در مطالعه گذشته نگر خود بین داشتن سردرد میگرنی و ابتلا به تهوع و استفراغ بارداری و شدت آن ارتباط معنی داری گزارش کردند.^(۱۴) بر اساس یافته های این پژوهش بین سابقه مصرف دخانیات و تهوع و استفراغ بارداری و شدت آن ارتباط معنی دار مشاهده نشد. Kallen و همکاران با مطالعه بر روی ۳۶۷۵ زن باردار گزارش کردند ۲۵ درصد از زنان باردار قبل از بارداری سیگار می کشیدند و این درصد در هنگام بارداری نصف می شود. سیگار کشیدن قبل از بارداری بر روی تهوع و استفراغ بارداری اثر محافظت کننده دارد.^(۶) بر اساس یافته های این پژوهش بین تعداد بارداری و تعداد زایمان مادر و تهوع و استفراغ بارداری ارتباط معنی دار مشاهده شد و ۷۶/۲ درصد از زنان با بارداری اول تهوع و استفراغ بارداری داشتند در حالی که ۱۹/۲ درصد از زنانی که بارداری پنجم و بیشتر آن ها بود تهوع و استفراغ بارداری داشتند. خطر بروز تهوع و استفراغ بارداری در زنانی که برای اولین بار حامله می شوند ۱/۸ برابر نسبت به زنانی که بیش از یکبار حامله شده اند بیشتر بود (OR=۱/۸۷). همچنین خطر بروز تهوع و استفراغ بارداری در زنانی که اصلاً زایمان نداشتند نسبت به زنانی که یکبار و بیشتر زایمان داشتند، ۲ برابر بیشتر بود. این پژوهش نشان داد هر چه تعداد بارداری و زایمان کمتر، بروز تهوع و استفراغ بارداری بیشتر می شود. یافته های پژوهش نشان داد بین داشتن سابقه نازایی و تهوع و استفراغ و شدت آن نیز ارتباط معنی داری وجود نداشت، که این یافته با یافته های Weigel و همکاران (۲۰۰۰) و Goodwin (۲۰۰۲) مطابقت دارد.^(۱۶،۱۵) زنانی که سابقه نازایی دارند بروز تهوع و استفراغ در آن ها کمتر و شدت آن نیز کمتر بوده است، که آن را به کم بودن سطح

۴۶/۷ درصد تهوع و استفراغ متوسط و ۱۶ درصد مبتلا به تهوع و استفراغ شدید بودند. این آمار نشان می دهد که شدت تهوع و استفراغ بارداری در نیمی از زنان مبتلا، متوسط بود. Chandra و همکاران (۲۰۰۲) با مطالعه ۵۰۰ زن باردار گزارش کردند که ۲۱ درصد از زنان باردار تهوع و استفراغ خفیف؛ ۴۳/۴ درصد تهوع و استفراغ متوسط؛ و ۱۶/۲ درصد تهوع و استفراغ شدید داشتند.^(۷) نتایج آزمون تی نشان داد بین سن مادر و تهوع و استفراغ بارداری ارتباط معنی دار آماری وجود داشت (P=۰/۰۰۰). همچنین ارتباط بین سن مادر و شدت تهوع و استفراغ بارداری با انجام آزمون آماری آنالیز واریانس یک طرفه معنی دار بود (P=۰/۰۰۲). در این مطالعه ۷۹/۵ درصد از زنان با سن ۲۰ سال و کمتر دچار تهوع و استفراغ بارداری بودند که ۲۹ درصد آن ها تهوع و استفراغ شدید داشتند، در حالی که ۳۸/۴ درصد از زنان ۳۵ تا ۳۹ سال که دچار تهوع و استفراغ بارداری بودند ۶/۳ درصد آن ها تهوع و استفراغ شدید داشتند. خطر بروز تهوع و استفراغ بارداری در سنین کمتر از ۳۰ سال نسبت به سنین بیشتر از ۳۰ سال ۲ برابر بیشتر بود (OR=۲/۱۹). به طور کلی هر چه سن مادر کمتر، احتمال بروز تهوع و استفراغ بارداری بیشتر بود. Kallen و همکاران (۲۰۰۲) در مطالعه ای که بر روی ۳۶۷۵ زن باردار انجام دادند، گزارش کردند بین سن مادر و تهوع و استفراغ بارداری ارتباط معنی دار وجود داشت و خطر بروز تهوع و استفراغ بارداری در سنین کمتر از ۲۵ سال ۱/۲ بیشتر از سنین بزرگتر از ۲۵ سال بود.^(۱۳) بین سابقه سردرد میگرنی و تهوع استفراغ بارداری و شدت آن ارتباط معنی دار وجود داشت. خطر بروز تهوع و استفراغ بارداری در زنان با سابقه سردرد میگرنی نسبت به زنانی که میگرن نداشتند ۱/۵ برابر

در مورد عوامل و نحوه کاهش این حالت آموزش های لازم ارائه شود، به علاوه با توجه به عوامل مرتبط و مؤثر در بروز تهوع و استفراغ بارداری پیشنهاد می شود به زنان باردار، دارای این مشخصات به صورت فردی در ملاقات های مربوط به مراقبت های دوران بارداری، در مورد چگونگی کنترل تهوع و استفراغ در این دوران آموزش داده شود.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از زحمات کلیه کسانی که مرا در انجام این پژوهش یاری کردند و همکاران مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان تشکر می نمایم.

فهرست منابع

- 1- Smith C, Crother C, Beilby J. Acupuncture to treat nausea and vomiting in early pregnancy: a randomized controlled trial. *Birth*; 2002. 29: 1-9.
- 2- Cuningham G, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. *Williams Obstetrics*, 22nd ed. New York: Mc Graw- Hill; 2005. P.1242.
- 3- Lacroix R, Eason E, Melzack R. Nausea and vomiting of pregnancy: A prospective study of its frequency, intensity and patterns of change. *Am J Obstet Gynecol*; 2000. 186: 931-937.
- 4- Bagley A, Navioz LA, Maltepe Y, Koren G, Einarson A. Determinants of womens decision making on whether to treat nausea and vomiting of pregnancy pharmacologically. *Am J Nurs Midwives*; 2004. 49(4): 350-354.
- 5- Velacott ID, Cooke EJA, James CE. Nausea and vomiting in early pregnancy. *Int J Gynecol Obstet*; 1988. 27: 57-62.
- 6- Chandra K, Magee L, Einarson A, Koren G. Nausea and vomiting in pregnancy: result of a survey that identified intervention used by women to alleviate their symptom. *J Psychosom Obstet Gynecol*; 2003. 24: 71-75.

استرادیول خون مادر نسبت می دهند. یافته ها نشان داد که بین ناخواسته بودن بارداری و تهوع و استفراغ بارداری ارتباط معنی دار وجود داشت. خطر بروز تهوع و استفراغ بارداری در زنانی که بارداری ناخواسته داشتند نسبت به آنهایی که نداشتند ۱/۸ برابر بیشتر بود. Koren و همکاران (۲۰۰۰) بین بارداری ناخواسته و تهوع و استفراغ بارداری ارتباط معنی دار گزارش کردند.^(۱۷) بر اساس یافته های پژوهش بین سطح تحصیلات مادر و تهوع و استفراغ بارداری و شدت آن ارتباط معنی داری وجود نداشت. Meyer و همکاران (۱۹۹۴) بین سطح تحصیلات پایین و تهوع و استفراغ بارداری ارتباط معنی دار نیافتند.^(۱۸) براساس یافته های این پژوهش بین سطح اقتصادی خانواده و شدت تهوع و استفراغ بارداری ارتباط معنی دار وجود داشت. ۴۳/۸ درصد از زنانی که وضعیت اقتصادی خود را بد گزارش کرده بودند تهوع و استفراغ شدید داشتند در حالی که ۱۴/۳ درصد از زنانی که سطح اقتصادی خانواده خود را عالی گزارش کردند تهوع و استفراغ شدید داشتند. Koren و همکاران (۲۰۰۰) و Lacroix (۲۰۰۰) در مطالعات خود بین میزان درآمد ماهانه خانواده و تهوع و استفراغ بارداری ارتباط معنی دار گزارش کردند. این پژوهش نشان داد تهوع و استفراغ بارداری در زنانی که از نظر اقتصادی در سطح پایین تری هستند شدید تر بود.

با توجه به نتایج به دست آمده مبنی بر وجود ارتباط بین برخی از مشخصه های فردی و باروری مثل سن، تعداد بارداری و عوامل روانی و اجتماعی زنان باردار مورد پژوهش با تهوع و استفراغ بارداری و با عنایت به مشکلات و ناراحتی هایی که می تواند به دنبال تهوع و استفراغ برای زنان باردار پدید آید پیشنهاد می شود به زنان باردار به صورت گروهی در کلاس های آموزشی

13-Kallen B, Lundberg G, Aberg A. Relationship between vitamin use, smoking and nausea and vomiting of pregnancy, *Acta obstet & Gynecol*; 2003. 1(82): 916-920.

14-Heinrichs L, Linking olfaction with nausea and vomiting of pregnancy, recurrent abortion, hyperemesis gravidarum and migraine headache. *Am J Obstet Gynecol*; 2002. 186: s215-s219.

15-Weigel MM, Caiza ME, Lascano Y, Barreno G, Mosquera L, Early pregnancy nausea and vomiting in a high-altitude Andean population, *Int J Gynecol Obstet*; 2000. 69: 9-21.

16-Goodwin T, Nausea and vomiting of pregnancy: an obstetric syndrome. *Am J Obstet Gynecol*; 2002. 186: s184-s189.

17-Koren G, Boskovic R, 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: s228-s231.

18-Meyer IC, Peacock JM, Anderson HR, Symptoms and health problems in pregnancy. *Paediatr perinat Epidemiol*; 1994. 8(2): 145-155.

7- Chandra K, Magee L, Koren G. Discordance between physical symptoms versus perception of severity by women with nausea and vomiting in pregnancy. *Biomed*; 2002, Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/2/5>. Accepted/August2002.

8- Lippincott W. Nausea and vomiting in pregnancy, *J Perinat Neonatal Nurs*; 2004. 18(4): 312-328.

9- Chin, RKH, Lao TT. Low birth weight and hyperemesis gravidarum. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1989. 28: 179-183.

10-Deuchar N. Nausea and vomiting in pregnancy: a review of the problem with particular regard to psychological and social aspect. *Br J Obstet Gynecol*; 1995. 102: 6-8.

11-Arsenaul MY, Lane CA. The management of nausea and vomiting of pregnancy; *J Obstet Gynecol*; 2002. 24(10): 817-23.

۱۲- دوستار نوبهار. بررسی رابطه همبستگی عوامل روانی- اجتماعی با تهوع و استفراغ بارداری در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی علوم پزشکی اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. ۱۳۷۷: ۹۲.

Frequency and Severity of Nausea and Vomiting in Pregnancy and the Related Factors among Pregnant Women

*A. Soltani MS¹ M. Danesh Kajuri MS² SH. Safavi MS³ F. Hosseini MS⁴

Abstract

Background & Aim: Nausea and vomiting are the most common problems in early pregnancies which 50% to 80% of the women have experienced them in different degrees. This problem leads to physical and psychological disorders and may damage family relations and social functions of pregnant women. Although, the etiology of the problem is not known but some risk factors influence on this situation. Therefore, the objective of this study was to assess the frequency and severity of nausea and vomiting in pregnancy and the related factors among pregnant women.

Material & Method: The design of the study was a cross-sectional study. The study population was all the pregnant women attending to health centers in Hamedan. The sample size was 700 pregnant women with gestational age of 6 to 16 weeks. The sampling method, was multistage sampling and the study setting was the prenatal clinics in health centers in Hamedan. The data collection was a questionnaire.

Results: The study results showed that, the frequency of nausea and vomiting was %69.7 with the categorization of mild, moderate and severe (%37.4, %46.7 and %16) respectively. Also, according to the logistic regression analysis, there were significant relationships between nausea vomiting and motion sickness (P=0.000), smelling an odor (P=0.000), premenstrual syndrome (P=0.000) and unwanted pregnancy as influencing factors on inducing nausea and vomiting. Besides, multiple regression analysis test indicated significant independent correlations between severity of nausea-vomiting and migraine headache (P=0.000), motion sickness (P=0.001), smelling an odor (P=0.001), age of menarche (P=0.000), premenstrual syndrome (P=0.000) and social support (P=0.000).

Conclusion: According to the study results, the frequency of nausea and vomiting was considerable and special care and attention is needed to control the related factors of nausea and vomiting in pregnant women.

Key Words: Nausea, Vomiting, Pregnancy, Severity of nausea and vomiting in pregnancy, Risk factors

Accepted for Publication: 14 February 2007

¹ MS in Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding Author).

² Senior Lecturer in Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

³ Senior Lecturer in Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁴ Senior Lecturer in the Department of Statistics, School of Management and Medical Information, Iran University of Medical Sciences.