مجله دانشگاه علوم پزشکی جیرفت

سال ۱ (۲)، آذر ۱۳۹۳، صفحه ۱۱۵-۱۰۶

مقاله پژوهشی

عوامل مؤثر در شدت تهوع و استفراغ بارداری زنـان مراجعه‌کننده به درمانگاه پریناتال بیمارستان آیت‌الله روحانی بابل

شهناز برات[۱]، زینت‌السادات بوذری[۲]*، مژگان نعیمی‌راد[۳]، فرانک لکایی‌اندی[۴]

[۱]استادیار، مرکز تحقیقات بهداشت باروری و ناباروری حضرت فاطمه زهرا (س) ، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

[۲]دانشیار، گروه زنان و زایمان و مرکز تحقیقات سلولی مولکولی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

[۳]کارشناس ارشد مامایی، عضو مرکز توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان ایت اله روحانی بابل، بابل، ایران

[۴]کارشناس مامایی، بیمارستان آیت اله روحانی بابل، بابل ،ایران

چکیده

مقدمه: تهوع و استفراغ بارداری شایع‌ترین مشکل جسمی در سه‌ماهه اول بارداری می‌باشد که ۵۰ تا ۹۰ درصد زنان باردار درجاتی از آن را تجربه می‌کنند. این مشکل علاوه بر سلامت جسمی و روانی، کارکردهای خانوادگی و اجتماعی آن‌ها را نیز به مخاطره می‌اندازد. هدف از انجام این مطالعه تعیین عوامل مؤثر بر شدت تهوع و استفراغ بارداری می‌باشد.

روش‌کار: این مطالعه مقطعی بر روی ۳۰۰ زن باردار مراجعه‌کننده در هفته‌های ۷ تا ۸ بارداری به درمانگاه پریناتال بیمارستان آیت‌الله روحانی بابل انجام گرفت. داده‌ها به‌وسیله پرسشنامه جمع‌آوری شد و از سیستم امتیازدهی PUQE (واحد کمی سازی تهوع و استفراغ بارداری)، برای ارزیابی شدت تهوع و استفراغ استفاده شد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS ورژن ۱۸ و آزمون‌های Chi-square و Fisher exact مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: ۲۶ درصد افراد شرکت‌کننده در این مطالعه، تهوع و استفراغ خفیف، ۶۴/۳ درصد متوسط و ۹/۷ درصد، تهوع و استفراغ شدید داشتند. از متغیرهای موردبررسی در این مطالعه، شغل و تحصیلات همسر با فراوانی استفراغ و سابقه بیماری معده زنان باردار با فراوانی هردو مورد تهوع و استفراغ، رابطه معناداری داشتند. همچنین بین تعداد بارداری، سابقه تهوع و استفراغ در حاملگی قبلی، شغل همسر و سطح تحصیلات خانم باردار با شدت تهوع و استفراغ رابطه معناداری مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع بالای تهوع و استفراغ بارداری و مشکلات حاصل از آن پیشنهاد می‌شود به خانم‌های باردار دارای این مشخصه‌ها به‌صورت فردی در ملاقات‌های مربوط به دوران بارداری آموزش لازم در مورد علائم و نیز چگونگی کنترل شدت این علائم داده شود.

کلید واژه‌ها : تهوع، استفراغ، بارداری

اطلاعات مقاله

دریافت: ۱۳۹۳/۰۴/۰۷

پذیرش: ۱۳۹۳/۰۷/۰۱۵

***مولف مسئول**

ایران، بابل، خیابان گنج افروز، دانشگاه علوم پزشکی بابل، گروه زنان و زایمان

تلفن: ۰۱۱۱-۲۲۳۸۲۶۴

موبایل: ۰۹۱۱۱۱۳۱۲۲۹

پست الکترونیک:

z_b412003@yahoo.com

Journal of Jiroft University of Medical Sciences

Vol. 1, No. 2, December 2014, P.106-115

Original Article

Factors Affecting The Severity of Nausea and Vomiting in Women's Pregnant Attending Prenatal Clinics Rouhani Hospital, Babol

Shahnaz Barat[1], Zinatossadat Bouzari[2*], Mojgan Naeimi rad[3], Faranak Lakae Andy[4]

[1]Assistant Professor, Infertility and Reproductive Health Research Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
[2]Associate Professor, Department of Gynecology & Obstetrics and Molecular Cellular Research Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
[3]Master of Midwifery, The development Center for Clinical Research of Ayattolah Rouhani Hospital, Babol, Iran
[4]Basic of Midwifery, Ayattolah Rouhani Hospital, Babol, Iran

Abstract

Introduction: Nausea and vomiting in pregnancy (NVP) is the most prevalent complication in the first trimester of pregnancy that 50 to 90% of pregnant women experience it in some extend. Moreover this problem compromises their familial and social function as well as their physical and mental health. The purpose of this study is to determine factors that affect the incidence rate and severity of NVP.

Methods: This cross-sectional study was done on 300 pregnant women at 7 to 8 weeks of gestation who referred to the prenatal clinic of Ayattolah Rouhani Hospital. Data was gathered by a questionnaire and the severity of NVP assessed by using the PUQE scoring system (Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and nausea). Data were analyzed by SPSS software, version18 using and chi square and Fisher extact tests.

Results: Of the 300 women included in the study 26% had mild, 64.3% moderate and 9.7% had severed NVP. From the variables of this study, husband's job and his education were significantly associated with the incidence of vomiting and the history of gastric disease was significantly associated with the incidence of both nausea and vomiting. 68.1% of women's husbands who had vomiting were self-employers. The lowest rate of vomiting was within the women whose husbands' education was higher than diploma (16.1%). There was a significant association between the severity of NVP and the number of labors, history of NVP in past pregnancies, husband's job and pregnant woman education level.

Conclusion: According to the high incidence of NVP and its complications, we suggest that pregnant women with these characteristics participate in individual meetings that teach instruct them about symptoms, severity and the way to manage and control them; also we recommend the research about the association of other gastrointestinal disorders with NVP and proper management of them.

Keywords: Nausea, Vomiting, Pregnancy

Article Info
Received: June. 08, 2014
Accepted: Oct. 07, 2014

***Corresponding Author:**
Department of Gynecology & Obstetrics, Babol University of Medical Sciences, Ganafrouz Street, Babol, Iran

Tel: +98111-2238264

Mobile: +989111131229

Email:
z_b412003@yahoo.com

Vancouver referencing:
Barat Sh, Bouzari Z, Naeimi rad M, Lakae Andy F. Factors Affecting The Severity of Nausea and Vomiting in Women's Pregnant Attending Prenatal Clinics Rouhani Hospital, Babol. *Journal of Jiroft University of Medical Sciences* 2014; 1(2): 106-115.

مقدمه

حاملگی یک واقعه مهم در زندگی زنان همراه با تغییرات جسمی و روحی می‌باشد. تهوع و استفراغ شایع‌ترین مشکل جسمی در سه‌ماهه اول حاملگی است (۱) که به‌صورت خفیف وخودمحدود شونده در سه‌ماهه اول بارداری در ۶۰ تا ۸۰ درصد خانم‌های باردار اتفاق می‌افتد ولی فرم شدید آن از ۱ در ۲۰۰ تا ۳۰۰ حاملگی را درگیر می‌کند (۲). اگرچه اغلب یک نقش فیزیولوژیک برای آن درنظرگرفته می‌شود اما تهوع و استفراغ شدید بارداری یک مشکل قابل‌توجه بالینی است که منجر به اختلال آب و الکترولیت و اسید و باز و کتونوری[1] می گردد و می‌تواند کیفیت زندگی و وضعیت روان‌شناختی آن‌ها را نیز تحت تأثیر قرار دهد (۳).

تهوع و استفراغ شدید با حاملگی زودرس (Small for Gestational Age)SGA و LBW (Low Birth Weight) و آپگار پایین دقیقه پنجم و احتمالاً آنومالی‌های مادرزادی ارتباط دارد (۴,۵). در مطالعات انجام‌شده ۳۵ درصد خانم‌های شاغل زمان شغل خود و ۲۶ درصد خانم‌ها زمان کاری خود در منزل را ازدست دادهاند و تا ۶۰ درصد آن‌ها افسردگی ثانویه را تجربه کرده‌اند (۸-۶). خانم‌های مبتلا به تهوع و استفراغ شدید بارداری (Hyperemesis Gravidarum) ریسک بالاتری ازنظر اختلال عملکرد رفتاری احساسی و شناختی دارند و میزان بالاتری از زایمان زودرس را تجربه می‌کنند (۹). علاوه بر این تهوع و استفراغ شدید بارداری با افزایش ریسک پارگی مری، سندرم مالوری ویس، پنوموتوراکس[2] و محدودیت رشد جنینی همراه هست (۱۲-۱۰). نظریه‌هایی پیشنهاد کرده‌اند که عوامل هورمونی مثل افزایش سطح hCG، هایپرتیروئیدی[3] گذرا و فاکتورهای روان‌شناختی می‌توانند از عوامل مؤثر بر تهوع واستفراغ شدید باشند. بعضی از مطالعات نیز وجود ارتباط بین متغیرهایی مثل اختلالات سایکوسوماتیک[4]، نژاد، قومیت، میزان درآمد، جنس جنین، شاخص توده بدنی، سن مادر، تعداد حاملگی، تعداد سقط و سیگار کشیدن با بروز تهوع و استفراغ بارداری و شدت آن را مطرح کرده اند (۱۶-۱۳). همچنین متغیرهایی مانند مشکلات گوارشی، وضعیت اشتغال و سطح تحصیلات خانم‌های باردار نیز بررسی‌شده‌اند (۱۸-۱۷). با توجه به شیوع بالای تهوع و استفراغ بارداری و ارتباطات مربوط به‌شدت آن با عوارض حاملگی و احساس و رفتار خانم‌های باردار و وجود تناقض بین یافته‌های مطالعاتی که به بررسی عوامل مؤثر بر بروز یا شدت آن پرداخته‌اند بر آن شدیم تا به بررسی تعیین عوامل مؤثر بر شدت تهوع واستفراغ بارداری بپردازیم تا بتوانیم زمینه‌هایی را در جهت پیدا کردن راهکارهایی برای کاهش شدت تهوع و استفراغ بارداری و برخورد مناسب با آن جهت کاربرد متخصصین زنان و زایمان و ماماها و افراد باردار، ارائه دهیم.

روش کار

این مطالعه مقطعی از تیرماه ۹۰ تا تیرماه ۹۱، بر روی ۳۰۰ زن باردار (بر اساس مطالعات انجام‌شده) مراجعه‌کننده به درمانگاه پریناتال بیمارستان آیت ا... روحانی بابل که با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند انجام گردید. معیارهای ورود شامل شرط سنی ۴۰-۱۸ سال، حاملگی تک قلو، جنین زنده، آزمایشات روتین بارداری نرمال، شروع تهوع و استفراغ در سه‌ماهه اول بارداری از هفته ۷ تا ۸ بارداری تا هفته ۱۲ بارداری (بدان جهت از هفته ۷ تا ۸ بارداری وارد مطالعه شدند تا مواردی مثل چند قلویی، مول هیداتی فرم و سایر معیارهای خروج از مطالعه خارج گردد) می‌باشند. همچنین معیارهای خروج شامل: چند قلویی، مول هیداتی فرم، علائم تهدید به سقط و لکه بینی، حاملگی خارج از رحم، شکم حاد جراحی، استفاده از داروهای ضد تهوع می‌باشند. برای به دست آوردن اطلاعات پرسشنامه‌ای در سه قسمت جمع‌آوری شد که قسمت اول آن شامل اطلاعات دموگرافیک بیمار، ازجمله شغل و

[1] ketonuria
[2] pneumothorax
[3] hyperthyroidism
[4] psychosomatic

میزان تحصیلات بیمار و نیز شغل و میزان تحصیلات همسر بیمار می‌باشد. قسمت دوم آن شامل تاریخچه پزشکی، وزن فعلی و سن حاملگی و BMI می‌باشد. پرسشنامه‌ها به روش مصاحبه در اولین مراجعه افراد، توسط فرد آموزش‌دیده تکمیل شد. در قسمت سوم پرسشنامه جهت تعیین شدت تهوع و استفراغ از سیستم درجه‌بندی PUQE (واحد کمی سازی تهوع و استفراغ بارداری) که روایی و پایایی آن تأییدشده استفاده گردید (۱۹). در این سیستم بر اساس مدت احساس تهوع در ۱۲ ساعت اخیر، از ۱ تا ۵ نمره در نظر گرفته‌شده و نیز بر اساس تعداد دفعات استفراغ در ۱۲ ساعت اخیر، از ۱ تا ۵ نمره و همچنین برحسب تعداد اوغ زدن (بالا آوردن خشک بدون بیرون دادن چیزی) در طی ۱۲ ساعت اخیر، نمره ۱ تا ۵ در نظر گرفته می‌شود. بر اساس این سیستم افرادی که درمجموع نمره بالاتر از ۱۲ می‌گیرند در گروه تهوع و استفراغ شدید، نمره ۷ تا ۱۲ در گروه متوسط و نمره ۳ تا ۶ در گروه خفیف قرار می‌گیرند. پس از تکمیل پرسشنامه و جمع‌آوری اطلاعات افراد واجد معیارهای ورود به مطالعه، داده‌های حاصل از بررسی توسط نرم‌افزار SPSS ورژن ۱۸ آنالیز شد و به بررسی ارتباط بین تهوع و استفراغ بارداری و سن مادر، تعداد حاملگی، BMI، تحصیلات، شاغل بودن یا نبودن، حاملگی خواسته یا ناخواسته، بیماری‌های معده، بیماری روانی، سابقه تهوع و استفراغ در حاملگی قبلی، شغل همسر، تحصیلات همسر به کمک آزمون chi-square و Fisher extact پرداخته شد و P-value<۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مطالعه انجام‌شده، میانگین سن خانم‌های باردار ۴/۱۸±۲۴/۹ سال می‌باشد. کمترین سن ۱۸ و بیشترین سن ۳۵ سال می‌باشد. مشخصات دموگرافیک[5]، سابقه بیماری و فراوانی تهوع و استفراغ، در بین افراد شرکت‌کننده در مطالعه در جداول شماره ۱ و ۲ نشان داده‌شده است. بر اساس بررسی‌های آماری شغل و تحصیلات همسر در زنان باردار شرکت‌کننده در مطالعه با فراوانی استفراغ بارداری ارتباط معنی‌داری دارد به‌طوری‌که در همسران با شغل آزاد فراوانی استفراغ بیشتر و خانم‌های که تحصیلات همسرانشان بالاتر از دیپلم است استفراغ کمتر دیده می‌شود. بین سابقه بیماری معده زنان باردار شرکت‌کننده در مطالعه با فراوانی تهوع و استفراغ بارداری ارتباط معنی‌داری مشاهده گردید به‌طوری‌که خانم‌هایی که سابقه بیماری معده نداشتند فراوانی تهوع و استفراغ بیشتری نشان دادند. در این مطالعه، شدت تهوع و استفراغ در ۷۸ نفر (۲۶ درصد) خفیف،۱۹۳ نفر (متوسط) و ۲۹ نفر (۹/۷ درصد) شدید بود.

مشخصات دموگرافیک، سابقه بیماری و فراوانی شدت تهوع و استفراغ بارداری در جداول شماره ۳ و ۴ نشان داده‌شده است و بر این اساس بین تعداد بارداری، سابقه تهوع و استفراغ در حاملگی قبلی، شغل همسر و سطح تحصیلات خانم باردار با شدت تهوع و استفراغ رابطه معناداری وجود دارد.

درصد تهوع و استفراغ متوسط و شدید، در خانم‌های مولتی پار[6] بیشتر از خانم‌های پرایمی پار[7] مشاهده شد ولی درصد نوع خفیف در افراد پرایمی پار بیشتر بود. درصد تهوع و استفراغ متوسط و شدید در خانم‌هایی که سابقه تهوع و استفراغ داشتند بیشتر از خانم‌هایی بود که سابقه آن را نداشتند. درصد بروز تهوع و استفراغ متوسط در خانم‌هایی که همسرانشان کارمند بودند بیش از بقیه افرادی که شغل همسرشان آزاد بود مشاهده شد. ازنظر سطح تحصیلات خانم‌های باردار و شدت تهوع و استفراغ بارداری، درصد تهوع و استفراغ شدید در خانم‌ها با سطح تحصیلات زیر دیپلم بیشتر از خانم‌ها با تحصیلات دیپلم و بالاتر بود.

بحث

[5] demographic

[6] multipara
[7] primipara

در این بررسی که باهدف تعیین عوامل مؤثر برشدت تهوع و استفراغ خانم‌های باردار انجام‌گرفته است، شغل و تحصیلات همسران زنان باردار شرکت‌کننده در مطالعه

جدول ۱: توزیع مشخصات دموگرافیک و نتایج بررسی ارتباط این متغیرها با تهوع واستفراغ حاملگی

مشخصات دموگرافیک		تهوع تعداد (٪)	P-value*	استفراغ تعداد (٪)	P-value*
سن(سال)	کمتراز ۲۵سال	۱۵۹(۵۳/۴۶)	۰/۵۸	۱۱۵(۴۶/۴)	۰/۱۵
	۳۰-۲۶ سال	۱۱۵(۳۸/۶)		۱۰۶(۳۷/۲)	
	۳۵-۳۱ سال	۲۴(۸/۴)		۲۴(۸/۴)	
تعداد بارداری	پرایمی گراوید	۱۸۸(۶۳/۱)	۰/۵۳		۰/۷۳
	مولتی گراوید	۱۱۰(۳۶/۹)			
تحصیلات زنان باردار	زیر دیپلم	۱۰۳(۳۴/۶)	۰/۱۵۶	۱۰۲(۳۵/۸)	۰/۲۸۴
	دیپلم	۱۳۹(۴۶/۶)		۱۲۹(۴۵/۳)	
	بالاتراز دیپلم	۵۶(۱۸/۸)		۵۴(۱۸/۹)	
BMI	<۲۰	۱۸(۶/۱)	۰/۷۲	۱۶(۵/۷)	۰/۰۷
	۲۰-۲۴/۹	۱۳۲(۴۴/۶)		۱۲۳(۴۳/۵)	
	۲۵-۲۹/۹	۹۰(۳۰/۴)		۹۰(۳۱/۸)	
	≥۳۰	۵۶(۱۸/۹)		۵۴(۱۹/۱)	
شغل	دارد	۲۷(۹/۱)	۱	۲۵(۸/۸)	۰/۶۳
	ندارد	۲۷۱(۹۱/۲)		۲۶۰(۹۱/۲)	
شغل همسر	کارگر	۳۰(۱۰/۱)	۱	۲۶(۹/۱)	۰/۰۱
	کارمند	۶۱(۲۰/۵)		۵۸(۲۰/۴)	
	آزاد	۱۹۸(۶۶/۴)		۱۹۴(۶۸/۱)	
	سایر	۹(۳)		۷(۲/۵)	
تحصیلات همسر	زیر دیپلم	۱۱۴(۳۸/۳۶)	۰/۶۶	۱۱۲(۳۹/۳)	۰/۰۰۶
	دیپلم	۱۳۱(۴۴)		۱۲۷(۴۴/۶)	
	بالاتراز دیپلم	۵۳(۱۷/۸)		۴۶(۱۶/۱)	
رضایت از حاملگی	خواسته	۲۷۷(۹۳)	۱	۲۶۶(۹۳/۳)	۰/۲۸
	ناخواسته	۲۱(۷)		۱۹(۷/۶)	

*آزمون مجذور کا (X^2)

با فراوانی استفراغ بارداری و سابقه بیماری معده با فراوانی تهوع و استفراغ ارتباط معناداری مشاهده شد و همچنین بین تعداد حاملگی، سابقه تهوع و استفراغ در حاملگی قبلی، شغل همسر و سطح تحصیلات خانم باردار با شدت تهوع و استفراغ

رابطه معناداری وجود دارد. همچنین تهوع و استفراغ با شدت متوسط، بیشترین درصد را به خود اختصاص داده است که تأییدکننده مطالعه سلطانی و همکاران در همدان می‌باشد (۲۰).

در این مطالعه بین سن مادر و فراوانی تهوع یا استفراغ به‌تنهایی و همچنین شدت تهوع و استفراغ رابطه معناداری مشاهده نشد.

جدول ۲: توزیع فراوانی سابقه بیماری و نتایج بررسی ارتباط آن با تهوع واستفراغ حاملگی

سابقه بیماری		تهوع حاملگی، (٪)تعداد	P-value*	استفراغ حاملگی، (٪)تعداد	P-value*
بیماری معده	دارد	۵۶(۱۸/۸)	۰/۰۴۸	۵۲(۱۸/۲)	۰/۰۳۷
	ندارد	۲۴۲(۸۱/۲)		۲۳۳(۸۱/۸)	
بیماری روانی	دارد	۱۱۹(۳۹/۹)	۰/۵۲	۱۱۳(۳۹/۶)	۰/۹۷
	ندارد	۱۷۹(۶۰)		۱۷۲(۶۰/۴)	
سابقه تهوع واستفراغ	دارد	۷۷(۲۵/۸)	۱	۷۳(۲۵/۶)	۱
	ندارد	۲۲۱(۷۸/۲)		۲۱۲(۷۴/۴)	

*آزمون مجذور کا (X^2)

جدول ۳: بررسی ارتباط مشخصات دموگرافیک با شدت تهوع و استفراغ حاملگی

مشخصات دموگرافیک		(٪) تعداد	شدت تهوع واستفراغ حاملگی			P-value*
			خفیف، (٪) تعداد	متوسط، (٪) تعداد	شدید، (٪) تعداد	
بارداری	مولتی گراوید	۱۱۰(۳۶/۷)	۲۰(۱۸/۲)	۷۵(۶۸/۲)	۱۵(۱۳/۶)	۰/۰۲۶
	پرایمیگراوید	۱۹۰(۶۳/۳)	۵۸(۳۰/۵)	۱۱۸(۶۲/۱)	۱۴(۷/۴)	
شغل همسر	آزاد	۲۰۰(۶۶/۷)	۵۸(۲۹)	۱۲۷(۶۳/۵)	۱۵(۷/۵)	۰/۰۴۶
	کارگر	۳۰(۱۰)	۹(۳۰)	۱۸(۶۰)	۳(۱۰)	
	کارمند	۶۱(۲۰/۳)	۵(۸/۲)	۴۸(۷۸/۷)	۸(۱۳/۱)	
	سایر موارد	۹(۳)	۶(۶۶/۷)	۰(۰)	۳(۳۳/۳)	
سطح تحصیلات خانم باردار	زیر دیپلم	۱۰۵(۳۵)	۳۰(۲۸/۶)	۶۱(۵۸/۱)	۱۴(۱۳/۳)	۰/۰۳۲
	دیپلم	۱۳۹(۴۶/۳)	۲۹(۲۹/۹)	۱۰۲(۷۳/۴)	۸(۵/۸)	
	بالاتر	۵۶(۱۸/۷)	۱۹(۳۳/۹)	۳۰(۵۳/۶)	۷(۱۲/۵)	
BMI	۱۸/۵>	۱۸(۶)	۴(۲۲/۲)	۱۴(۷۷/۸)	۰	۰/۱۱۷
	۱۸/۵-۲۴	۱۳۴(۴۵)	۴۴(۳۲/۸)	۷۹(۵۹)	۱۱(۸/۲)	
	۲۵-۲۹	۹۰(۳۰/۲)	۱۸(۲۰)	۶۲(۶۸/۹)	۱۰(۱۱/۱)	
	۳۰<	۵۶(۱۸/۸)	۱۰(۱۷/۹)	(۶۷/۹)۳۸	۸(۱۴/۳)	
سن (سال)	۲۵سال و کمتر	۱۶۱(۵۳/۷)	۴۹(۳۰/۴)	۹۹(۶۱/۵)	۱۳(۸/۱)	۰/۴۰۵
	۲۶-۳۰	۱۱۵(۳۸/۳)	۲۴(۲۰/۹)	۷۸(۶۷/۸)	(۱۱/۳)۱۳	
	۳۱-۳۵	(۸)۲۴	(۲۰/۸)۵	(۶۶/۷)۱۶	(۱۲/۵)۳	
رضایت از حاملگی	ندارد	۲۱(۷)	۵(۲۳/۸)	۱۴(۶۶/۷)	۲(۹/۵)	۰/۹۷۰
	دارد	۲۷۹(۹۳)	۷۳(۲۶/۲)	۱۷۹(۶۴/۲)	۲۷(۹/۷)	

Fisher's Exact Test*

جدول٤: سابقه بیماری و مقایسه آن بر حسب شدت تهوع واستفراغ در حاملگی

سابقه بیماری		تعداد (٪)	شدت تهوع واستفراغ حاملگی			$P(X^2)$
			خفیف، (٪) تعداد	متوسط، (٪) تعداد	شدید، (٪) تعداد	
سابقه تهوع واستفراغ در حاملگی قبلی	ندارد	۲۲۳(۷۴/۳)	۶۶(۲۹/۶)	۱۴۰(۶۲/۸)	۱۷(۷/۶)	۰/۰۱۵
	دارد	۷۷(۲۵/۷)	۱۲(۱۵/۶)	۵۳(۶۸/۸)	۱۲(۱۵/۶)	
سابقه بیماری معده	ندارد	۲۴۲(۸۰/۷)	۵۹(۲۴/۴)	۱۶۲(۶۲/۹)	۲۱(۸/۷)	۰/۱۴۶
	دارد	۵۸(۱۹/۳)	۱۹(۳۲/۸)	۳۱(۵۳/۴)	۸(۱۳/۸)	
سابقه بیماری روانی	ندارد	۱۸۱(۶۰/۳)	۵۳(۲۹/۳)	۱۱۲(۶۱/۹)	۱۶(۸/۸)	۰/۲۶۷
	دارد	۱۱۹(۳۹/۷)	۲۵(۲۱)	۸۱(۶۸/۱)	۱۳(۱۰/۹)	

Fisher's Exact Test*

در مطالعه چان وهمکاران نیز بین سن با شدت تهوع و استفراغ رابطه معناداری وجود نداشت اما مدت‌زمان طول کشیدن دوره تهوع و استفراغ با افزایش سن مادر، افزایش می‌یافت (۲۱). مطالعه عابدی اصل و همکاران نیز بین سن افراد و تهوع و استفراغ شدید بارداری رابطه معناداری را ذکر نکرده است (۲۲). مطالعه نورانی نیز موافق با مطالعه ما است.

در این مطالعه بین سن بارداری و تهوع و استفراغ در سه‌ماهه اول ارتباط معنی‌داری مشاهده نشده است (۲۳). در مطالعه لوک وهمکاران برخلاف مطالعه ما ارتباط قوی و معکوس بین سن و ریسک تهوع و استفراغ بارداری ذکرشده است (P<۰/۰۰۱)، شاید علت تفاوت نتیجه ما با این مطالعه، روش متفاوت در مطالعه باشد چراکه هم تعداد نمونه چندین برابر مطالعه ما می‌باشد و هم اینکه خانم‌های باسن بالای ۳۵ سال نیز در این مطالعه شرکت کرده‌اند (۱۵).

در این بررسی بین تعداد زایمان با فراوانی تهوع یا استفراغ رابطه معناداری دیده نشد اما با شدت تهوع و استفراغ رابطه معناداری وجود داشت. مطالعه لاکاسی و همکارانش موافق بامطالعه ما می‌باشد که مولتی پار بودن را به‌عنوان یک فاکتور تعیین‌کننده تهوع و استفراغ شدید در سه‌ماهه اول مطرح کرده است (۱۴) البته مطالعه عابدی اصل و همکارانش برخلاف مطالعه ما و لاکاسیو همکاران می‌باشد (۲۲)؛ شاید به این دلیل که در این مطالعه از روش مورد-شاهدی استفاده شد و تعداد افراد پرایمی پار و مولتی پار تقریباً برابر بودند و در مطالعه ما ۶۳/۳درصد افراد پرایمی پار بودند. کالِن و همکاران در مطالعه خود بیان کردند که پرایمی پار بودن با کاهش خطر بروز تهوع و استفراغ بارداری مرتبط بوده است (۲۴) درحالی‌که به‌صورت متناقض، در مطالعه سلطانی و همکارانش، ذکرشده است که خطر بروز تهوع و استفراغ بارداری در زنانی که برای اولین بار حامله می‌شوند ۱/۸ برابر نسبت به زنانی که بیش از یک‌بار حامله شده‌اند بیشتر بود (۲۰). همان‌طور که مشاهده می‌شود، در مورد رابطه تعداد زایمان و بروز تهوع و استفراغ، بین مطالعات ذکرشده تناقض وجود دارد.

بین BMI مادر و فراوانی تهوع یا استفراغ بارداری و همچنین شدت تهوع و استفراغ بارداری در مطالعه ما رابطه معناداری یافت نشد. در مطالعه مک‌کارتی و همکاران نیز تفاوت قابل‌ملاحظه‌ای ازنظر BMI، بین خانم‌های دارا و بدون تهوع و استفراغ یافت نشد (۹). در مطالعه لوک و همکاران نیز ارتباطی بین وزن قبل از بارداری و بروز تهوع و استفراغ بارداری مشاهده نشد (۱۵). اما برخلاف مطالعه ما در مطالعه بن‌آروزا و همکاران (۱۶)، BMI به‌طور واضح در گروه high frequency (دو بار استفراغ یا بیشتر در طی روز)، کمتر بود.

باید توجه داشت که در این مطالعه بیماران بر اساس تعداد دفعات استفراغ حال عمومی به دو گروه low و high frequency تقسیم شدند که با امتیاز دهی PUQE متفاوت است.

در مطالعه حاضر، سابقه بیماری معده هم با فراوانی تهوع و هم با فراوانی استفراغ ارتباط معنادار داشت ولی با شدت تهوع و استفراغ بارداری ارتباط معناداری یافت نشد. در بعضی مطالعات، سابقه بیماری گوارشی مطرح شده است، چنانچه در مطالعه فِل و همکاران مشکلات گوارشی از جمله مواردی بود که خطر بیشتری برای بستری به علت تهوع و استفراغ شدید ایجاد می کرد (۲۵). همچنین مطالعه جیل و همکارانش، اولین مطالعه‌ای بود که اثبات کرد درمان سوزش سر دل و ریفلاکس[8] باعث کاهش شدت تهوع و استفراغ بارداری می شود (۲۶). در مطالعه سلطانی و همکارانش، ارتباط معناداری بین سابقه بیماری گوارشی و بروز تهوع و استفراغ بارداری و شدت آن یافت نشد (۲۰). در رابطه با این متغیر باید توجه داشت که تغییرات فیزیولوژیک حاملگی که سیستم گوارشی را به طور قابل توجه تحت تأثیر قرار می دهد، از جمله، تغییرات هورمونی که منجربه گاستروپارزی[9] می شود در خانمهای با سابقه بیماری گوارشی از جمله رفلاکس، گاستروپارزی دیابتی و روده تحریک پذیر، بیشتر خودش را نشان می دهد (۲۷,۲۹).

ارتباط معناداری بین سابقه بیماری روانی و عصبی بودن مادر و فراوانی تهوع یا استفراغ و همچنین شدت تهوع و استفراغ مشاهده نشد. در تأیید مطالعه ما، در مطالعه دوراژیو و همکارانش در بین دو گروه خانمهای مبتلا به تهوع واستفراغ بیش از حد بارداری و مبتلا به تهوع واستفراغ معمول بارداری، هیچ تفاوت قابل ملاحظه ای از نظر شخصیتی و اختلالات روانشناختی مشاهده نشد (۳۰). بر خلاف نتیجه پژوهش ما، مطالعه یوگاز و همکارانش نشان داد که اختلالات اضطرابی و خلقی و همچنین شخصیتی در خانمهای مبتلا به تهوع واستفراغ بیش از حد بارداری بیشتر مشاهده می شود (۱)، البته باید توجه داشت که نمونه های استفاده شده در این مطالعه، از خانمهای مبتلا به تهوع واستفراغ بیش از حد بارداری بستری انتخاب و با گروه کنترل مقایسه شده است.

در این مطالعه، سابقه تهوع و استفراغ در حاملگی قبلی، رابطه معناداری با فراوانی تهوع یا استفراغ نداشت اما با شدت تهوع و استفراغ بارداری مرتبط بود. برخلاف مطالعه ما، لاکاسیو و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که بروز تهوع و استفراغ در بارداری قبلی، با افزایش احتمال بروز آن مرتبط است (۱۴). همچنین در مطالعه ای منتشر شده توسط NIH[10]، ۸۱ درصد خانم‌ها با سابقه تهوع واستفراغ بیش از حد بارداری در حاملگی اول، در دومین حاملگی خود تهوع و استفراغ شدید داشتند (۱۷).

در این مطالعه رضایت از حاملگی رابطه ای با فراوانی و یا شدت تهوع و استفراغ نداشت. در مطالعه نورانی نیز مشابه مطالعه ما، ارتباط معنی داری بین نوع بارداری (خواسته یا ناخواسته) و تهوع و استفراغ سه ماهه اول مشاهده نشد (۲۳). برخلاف مطالعه ما در مطالعه سلطانی، ناخواسته بودن بارداری، ارتباط معناداری با تهوع و استفراغ بارداری داشت (۲۰). در مطالعه لوک و همکاران، تهوع و استفراغ طولانی مدت (بیشتر از ۴ ماه) در خانمهای با حاملگی برنامه ریزی نشده، بیشتر بود (۱۵).

بین شاغل بودن مادر و فراوانی تهوع و استفراغ و شدت آن رابطه معناداری وجود نداشت. در مطالعه لوک و چو نیز مشابه مطالعه ما، فراوانی تهوع و استفراغ ارتباطی با وضعیت اشتغال مادر نداشت (۱۵). در مطالعه سلطانی و همکاران نیز، بین تهوع و استفراغ بارداری و شدت آن و وضعیت اشتغال مادر، ارتباطی وجود نداشت (۲۰). در مغایرت با مطالعه ما در

[8] reflex
[9] gastroparesia
[10] National Institutes of Health

مطالعه کالِن و همکاران، شاغل بودن بودن مادر با کاهش بروز تهوع و استفراغ بارداری مرتبط بوده است. شاید دلیل آن آینده نگر بودن این مطالعه و جمع آوری اطلاعات در دومرحله یعنی اولین ویزیت بارداری وسپس درهفته ۲۸، در مقایسه با پژوهش ما باشد (۲۴).

در این مطالعه، سطح تحصیلات مادر با فراوانی تهوع یا استفراغ ارتباطی نداشت اما با شدت تهوع و استفراغ رابطه معناداری وجود داشت. در مطالعه چو و همکاران نیز سطح تحصیلات رابطه معناداری با امتیاز شاخص تهوع و استفراغ نداشت (۳۱) و مطالعات سلطانی و همکاران (۲۰) و نورانی(۲۳) در مورد بروز تهوع و استفراغ موافق با مطالعه ما بودند ولی در مطالعه سلطانی و همکاران در همدان بر خلاف مطالعه ما سطح تحصیلات با شدت تهوع و استفراغ رابطه معناداری نداشت (۲۰).

در مطالعه حاضر سطح تحصیلات همسر با فراوانی استفراغ در بارداری و همچنین شغل همسر با شدت تهوع واستفراغ رابطه معنادار داشت. در میان مطالعات بررسی شده، مطالعاتی که به بررسی رابطه سطح اقتصادی-اجتماعی پرداخته بودند، ارتباط معناداری را بیان نکردند (۹،۲۳،۳۱). در مطالعه لاکاسی و همکاران در کانادا سطح درآمد به طور معنی داری با افزایش احتمال گزارش تهوع و استفراغ مرتبط بوده است (۱۴). از محدودیت های این مطالعه عدم همکاری خانم ها در پر کردن پرسش‌نامه ها و وارد نمودن خانم های باردار تنها در سه ماهه اول بارداری بود و از آن جهت که این مطالعه تنها در یک مرکز آموزشی درمانی شهر بابل انجام شد پیشنهاد می شود که این مطالعات در سطح چندین بیمارستان انجام گردد. همچنین چون شهر بابل دارای روستاهای زیادی در حومه می باشد بهتر است در مطالعات بعدی به محل سکونت خانم های باردار نیز توجه شود.

نتیجه‌گیری

در بررسی حاضر، شغل و تحصیلات همسر با فراوانی استفراغ و سابقه بیماری معده با بروز هم تهوع و هم استفراغ، رابطه معنی داری دارند. هم‌چنین بین تعداد زایمان، سابقه تهوع و استفراغ در حاملگی قبلی، شغل همسر و سطح تحصیلات خانم باردار با شدت تهوع و استفراغ رابطه معنی‌داری وجود دارد. با توجه به نتایج بدست آمده و وجود ارتباط برخی شاخص ها با تهوع و استفراغ بارداری و با توجه به مشکلات و ناراحتی های حاصل از آن پیشنهاد می‌گردد به زنان باردار دارای این مشخصه ها، از ابتدار بارداری به صورت فردی در ملاقاتهای مربوط به مراقبت‌های دوران بارداری، آموزش لازم در مورد چگونگی کنترل این نشانه ها داده شود.

تقدیر و تشکر

نویسندگان این مقاله از همکاری مرکز توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان آیت الله روحانی، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

References

1. Uquz F, Gezqinc K, Kayhan F, Cicek E, Kantarci AH. Is hyperemesis gravidarum associated with mood, anxiety and personality disorders: a case-control study, Gen Hosp Psychiatry. 2012;34(4):398-402.
2. Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, Nygaard I. Danforth's Obstetrics and Gynecology,10th ed. Lippincott Williams and Wilkins Co. 2008;p:282.
3. Ismail SK, Kenny L. Review on hyperemesis gravidarum. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2007; 21(5):755-69.
4. Van Oppenraaij RH, Jauniaux E, Christiansen OB, Horcajadas JA, Farquharson RG. Predicting adverse obstetric out come after early pregnancy events and complications: A review. hum Reprod Update J. 2009; 15(4):409-421.
5. Yazdani SH, Bouzari ZS, Faghani S. Outcomes of pregnancy complicated by hyperemesis gravidarum**.** Kums. 2010; 12 (4); 24-29.
6. Sheehan P. Hyperemesis gravidarum- Assessment and management. Aust Fam Physician. 2007; 36(9):698-701.
7. GoodwinTM. Nausea and vomiting of pregnancy: an obstetric syndrome. Am J Gynecol. 2002; 186: S184-9.

8. Gadsby R, Barnie-Adshead AM, Jagger C. A prospective study of nausea and vomiting during pregnancy. Br J Gen Pract. 1992; 43: 425-8.
9. McCarthy FP, Khashan AS, North RA, Moss-Morris R, Baker PN, Dekker G, et al. A prospective cohort study investigating associations between hyperemesis gravidarum and cognitive, behavioural and emotional well-being in pregnancy. Plos One. 2011; 6(11): e27678.
10. Broussard CN, Richter JE. Nausea and vomiting of pregnancy, Gastroentrol Clin North Am J. 1998; 27(1): 123-51.
11. Tsang IS, Katz VL, Wells SD. Maternal and fetal out comes in hyperemesis gravidarum. Int J Gynecol Obstet. 1996; 55(3): 231-5.
12. Zhang J, Cai WW. Severe Vomiting during pregnancy:antenatal correlates and fetal out comes, Epidemiology J. 1991; 2(6): 454-7.
13. Mylanos I, Gingelmair A, Kanier F. Nausea and vomitin in pregnancy, Dtsch Arztebl J 2007; 104(25):1821-6.
14. Lacasse A, Rey E, Ferreria E, Morin C, Berard A. Epidemiology of nausea and vomiting of pregnancy: prevalence, severity, determinants and the importance of race/ethnicity. BMC Pregnancy Childbirth. 2009; 9: 26.
15. louik C, Hermandez-Diaz S, Werler MM, Mitchell AA. Nausea and vomiting in pregnancy: maternal characteristics and risk factors. Paediatr Perinat Epidemiol J. 2006; 20: 270-8.
16. Ben-Aroza Z, Lurie S, Segal D, Halk M, Glezerman M. Association of nausea and vomiting in pregnancy with lower BMI. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2005; 118(2): 196-8.
17. Fejzo MS, Macgibbon KW, Romero R, Goodwin TM, Mullin PM. Recurrence risk of Hyperemesis gravidarum, J Midwifery Womens Health. 2011; 56(2): 132-6.
18. Zhang Y, Cantor RM, MacGibbon K, Romero R, Goodwin TM, Mullin PM, et al. Familial aggregation of hyperemesis gravidarum. Am J Obstet Gynecol. 2011; 204(3): 230e1-230e7.
19. Koren G, Boskovic R, Hard M, Maltepe C, Navioz Y, Einarson A. Motherrisk-PUQE(pregnancy-unique quantification of emesis and nausea)scoring system for NVP, Am J Obstetric and Gynecology.2002; 186(5): S228-310.
20. Soltani A, Danesh Kajuri M, Safavi SH, Hosseini F. Frequency and Severity of Nausea and Vomiting in Pregnancy and the Related Factors among Pregnant Women. Iran Jurnal of Nursing. 2006; 19(48); 95-102.(In Persian)
21. Chan RL, Olsan AF,.Savitz DA, Daniels JL, Peterson HB, Martin SL. Maternal influences on nausea and vomiting in early pregnancy, Matern Child Health J. 2011; 15(1):122-7.
22. AbediAsl ZH, Nateghi F, Etaati Z, Sobhani SA. Helicobacter pylori serology in pregnant women with hyperemesis gravidarum. Journal of Hormozgan University of Medical Sciences. 2007; 11(1):13-16.(In Persian)
23. Nurane SH. What makes nausea and vomiting worse during the first trimester of pregnancy. Iran Jurnal of Nursing. 2004; 17(37): 8-11. (In Persian)
24. Kallen B, Lundberg G, Aberg A. Relationship between vitamin use, smoking and vomiting of pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand J.2003; 82(10): 916-20.
25. Fell DB, Dodds L, Joseph KS, Allen VM, Butler B. Risk factors for hyperemesis gravidarom requiring hospital admission during pregnancy. Obestet Gynecol. 2006; 107(2pt1): 277-84.
26. Gill SK, Maltepe C, Mastali K, Koren G. The effect of acid-reducing pharmacotherapy on the severity of nausea and vomiting of pregnancy. Obstet Gynecol Int J. 2009; doi:10.155-58.
27. Koch KL. Clinical approaches to unexplained nausea and vomiting, gastroenterology, hepatology and Nutrition J. 1998; 3: 163-178.
28. Nguyen P, Einarson A. Managing nausea and vomiting of pregnancy with pharmacological and non pharmacological treatments. Womens Health J. 2006; 2(5): 753-760.
29. Koch kL. Gastrointestinal factors in nausea and vomiting of pregnancy, Am J of Obstet Gynecol. 2002; 186(5): 198-203.
30. Orazio LM, Meyerowitz BE, Kost LM, Romero R, Goodwin TM. Evidence against a link between hyperemesis gravidarum and personality characteristics from an ethnically diverse sample of pregnant women: A pilot study. Women's Health J. 2011; 20(1): 137-143.
31. Chou FH, Avant KC, Kuo SH, Fetzer SJ. Relationships between nausea and vomiting, perceived stress, social support, pregnancy planning and psychosocial adaptation in a sample of mothers: a questionnaire survey. Int J Nurs Stud. 2008; 45(8): 1185-91.