

# بررسی عوامل مرتبط با شدت تهوع و استفراغ در دوران بارداری و نحوه کنترل آن توسط زنان باردار در شهر همدان سال ۱۳۹۳

دکتر سودابه آقابابایی<sup>۱</sup>، دکتر علیرضا سلطانیان<sup>۲</sup>، شکوفه شریفی<sup>۳</sup>، الناز ترک  
زبان<sup>۳</sup>، دکتر منصوره رفائی<sup>۱\*</sup>

۱. استادیار گروه بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های مادر و کودک، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
۲. استاد گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
۳. کارشناس مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۸/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۱/۰۸

## خلاصه

**مقدمه:** تهوع و استفراغ می‌تواند موجب کاهش کیفیت زندگی در زنان باردار شود. شناخت عوامل مرتبط و نحوه تسکین آن می‌تواند در مراقبت از زنان باردار نقش مهمی ایفا کند، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین عوامل مؤثر بر شدت تهوع و استفراغ در دوران بارداری و نحوه کنترل آن توسط مادران انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه توصیفی در سال ۱۳۹۳ بر روی ۱۶۰ زن باردار با سن بارداری ۲۰-۶ هفته و حاملگی تک‌قلو مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته با سؤالاتی در مورد مشخصات فردی، باروری و نحوه کنترل تهوع و استفراغ و پرسشنامه بررسی تهوع و استفراغ بارداری جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون دقیق فیشر انجام شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** بر اساس نتایج مطالعه، شدت تهوع و استفراغ در ۷۹ نفر (۴۹/۴٪) خفیف، در ۷۵ نفر (۴۶/۹٪) متوسط و در ۶ نفر (۳/۷٪) شدید بود. سن مادر، شغل مادر، سن بارداری و اوقات شبانه‌روز با شدت تهوع و استفراغ ارتباط معناداری داشتند ( $p < 0/05$ ). ۸۹ نفر (۵۶/۲٪) از واحدهای پژوهش به دنبال راه چاره برای تخفیف شدت بیماری با استفاده از دارو و ترکیبات گیاهی بودند. ویتامین B6 و عرق نعنا بیشترین مصرف را داشتند. ۸۰ نفر (۵۰٪) از زنان به‌دلیل نگرانی از آسیب به جنین از هیچ دارویی استفاده نکرده بودند.

**نتیجه‌گیری:** متغیرهایی مانند سن مادر، شغل مادر، سن بارداری و زمان وقوع تهوع و استفراغ در طول روز، با شدت تهوع و استفراغ ارتباط دارند. ویتامین B6 و عرق نعنا، بیشترین مصرف را برای تسکین تهوع و استفراغ دوران بارداری داشتند.

**کلمات کلیدی:** استفراغ، بارداری، تهوع، کنترل

\* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر منصوره رفائی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران. تلفن: ۰۴۸-۳۸۲۲۸۰۴۸-۰۸۱؛ پست الکترونیک: mansourehrefaei@yahoo.com

## مقدمه

تهوع و استفراغ در دوران بارداری، جزء مشکلات شایع و رنج‌آور برای زنان باردار است. تهوع و استفراغ بارداری در حدود ۹۰٪ از بارداری‌ها رخ می‌دهد. بروز علائم شدید در بین ۳-۳۰٪ از موارد گزارش شده است (۱). در ۵۰٪ موارد، تهوع همراه با استفراغ وجود دارد، در حالی که در ۲۵٪ از موارد فقط تهوع مشاهده می‌شود. با وجود این‌که تهوع و استفراغ بارداری، بیماری صبحگاهی نیز نامیده می‌شود، ولی در ۸۰٪ از زنان، علائم در طول روز نیز ادامه دارد (۲، ۳). علائم بیماری از خفیف تا شدید متفاوت است (۴). در بیشتر موارد، نوع ملایم بیماری وجود دارد که می‌تواند با اقدامات محافظه‌کارانه کنترل شود و عوارض نامطلوب نداشته باشد. در پژوهش انجام شده در ایران، فراوانی تهوع و استفراغ بارداری ۶۹/۷٪ گزارش شده است که ۳۷/۴٪ تهوع و استفراغ خفیف، ۴۶/۷٪ متوسط و ۱۶٪ تهوع و استفراغ شدید بوده است (۵). با وجود تئوری‌های بسیار در مورد تهوع و استفراغ بارداری، علت اصلی آن هنوز ناشناخته است و احتمالاً چندعاملی است (۶). نقش عوامل هورمونی مانند گنادوتروپین کوریونیک انسانی، استروژن، تیروکسین، پروستاگلاندین و پرولاکتین در این مورد مطرح شده است، ارتباط عوامل دیگر از جمله حاملگی‌های چندقلو، جنس جنین، سابقه سقط جنین، سن بالای مادر، شاخص توده بدنی، نژاد و قومیت برای آن گزارش شده است، همچنین نقش عوامل روانی نیز در این زمینه مطرح شده است (۷-۱۱).

تهوع و استفراغ بارداری بر زندگی خانوادگی، اجتماعی، حرفه‌ای و خشنودی زناشویی زنان اثرات مخربی داشته و سبب بروز عوارضی مانند بی‌حوصلگی، احساس غمگینی، خستگی و ضعف، اختلال در خواب، دریافت ناکافی مواد غذایی، سوء تغذیه، کم‌آبی و اختلالات الکترولیتی می‌گردد و می‌تواند سبب بروز احساس خطر در بارداری گردد (۱۲-۱۴). همچنین می‌تواند به‌طور قابل توجهی بر کیفیت زندگی زنان باردار اثر منفی گذاشته و بار اقتصادی قابل توجهی را بر بیمار، مراقبین بهداشتی و جامعه وارد نماید (۱۷-۱۵). همچنین کمبودهای تغذیه‌ای، کاهش وزن مادر و اختلالات آب و الکترولیت ناشی از تهوع و استفراغ بارداری ممکن است با افزایش

عوارض پره‌ناتال همراه باشد (۱۸). در مطالعه ویندال و همکاران (۲۰۱۱) افزایش زایمان زودرس و وزن کم هنگام تولد در موارد تهوع و استفراغ شدید بارداری گزارش شد (۱۹).

درمان تهوع و استفراغ بارداری به شدت علائم، ایمنی درمان برای مادر و جنین و تأثیر علائم بر سلامت و کیفیت زندگی بستگی دارد. رویکردهای درمانی شامل: تغییرات تغذیه و شیوه زندگی، استفاده از داروها و بستری شدن در زنان مبتلا به هیپوولمی (که قادر به پاسخگویی به درمان سرپایی نیستند) می‌باشند (۲۰). درمان تهوع و استفراغ به‌ندرت منجر به بهبودی کامل بیمار می‌شود، با این حال درمان‌های دارویی و غیردارویی زیادی برای کاهش علائم آن وجود دارد (۲۱). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مداخلات آموزشی در زمینه رهنمودهای کلی، تغییرات رژیم غذایی، تغییر سبک زندگی، طب مکمل و طب فشاری به زنان باردار در کاهش و کنترل این مشکل کمک کننده هستند (۲۲). همچنین از درمان‌های مختلفی مانند مایع درمانی وریدی، درمان‌های دارویی از جمله پیریدوکسین و دکسیلامین و بستری شدن استفاده می‌شود (۲۳). اخیراً درمان‌ها بر اساس شدت مشکل و با تمرکز بر کاهش علائم و نداشتن ضرر برای مادر و جنین انجام می‌شود. با توجه به شایع بودن تهوع و استفراغ بارداری و عوارض آن و اهمیت سلامت زنان و تأثیر آن بر خانواده و جامعه (۲۴) و با توجه به اینکه اغلب درمان‌ها انفرادی بوده و افراد ممکن است از راهکارهای مختلف برای تسکین آلام خود استفاده کنند، مطالعه حاضر با هدف تعیین عوامل خطر مؤثر بر شدت تهوع و استفراغ بارداری و نحوه کنترل آن توسط زنان باردار انجام شد تا با شناخت بهتر زوایای آن بتوان به درمان‌های مؤثرتر دست یافت.

## روش کار

این مطالعه توصیفی در سال ۱۳۹۳ بر روی ۱۶۰ زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: برخوردار بودن از سلامت جسمی و نداشتن سابقه هیچ‌گونه بیماری، سکونت در شهر همدان، سن بارداری ۲۰-۶

سؤال پنج گزینه‌ای مربوط به تهوع، استفراغ می‌باشد. در مجموع با توجه به نمرات حاصل شده، نمره ۶-۴ تهوع و استفراغ خفیف، نمره ۱۲-۷ تهوع و استفراغ متوسط و نمره ۱۳ و بالاتر، تهوع و استفراغ شدید در نظر گرفته شد. کورن و همکاران (۲۰۰۲) پایایی این ابزار را  $I=0/9$  تعیین کردند (۲۵). پایایی این ابزار در مطالعه سلطانی و همکاران (۲۰۰۷)،  $0/8$  محاسبه گردید (۵). داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و روش‌های آمار توصیفی و آزمون دقیق فیشر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. میزان  $p$  کمتر از  $0/05$  معنی‌دار در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

در این پژوهش اکثر مشارکت‌کنندگان یعنی ۳۹ نفر (۲۴/۴٪) در محدوده سنی ۲۴-۲۸ سال بودند. تحصیلات ۶۷ نفر (۴۱/۸٪) در حد دبیرستان بود و ۱۴۰ نفر (۸۷/۵٪) خانه‌دار بودند. ۸۹ نفر (۵۵/۷٪) شاخص توده بدنی طبیعی داشتند. ۷۷ نفر (۴۸/۱٪) پرایمی گراوید بودند. بر اساس نتایج مطالعه، ۱۱۵ نفر (۷۱/۹٪) سن حاملگی ۲۰-۱۳ هفته داشتند. در ۱۱۶ نفر (۷۲/۵۵٪) حاملگی خواسته بود. ۶۲ نفر (۳۸/۸٪) سابقه قبلی تهوع و استفراغ در بارداری را داشتند. فاصله بارداری فعلی از بارداری قبلی در ۴۶ نفر (۲۸/۸٪) از افراد، بین ۶-۴ سال بود (جدول ۱).

هفته بر اساس اولین روز آخرین قاعدگی یا سونوگرافی سه ماهه اول با حاملگی تک‌قلو بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: وجود مشکلات جسمی یا بیماری، سن بارداری قبل از ۶ یا بیشتر از ۲۰ هفته، مشخص نبودن سن بارداری (عدم یادآوری تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی و نداشتن سونوگرافی در ۳ ماهه اول بارداری) و عدم تمایل به شرکت در پژوهش بود. حجم نمونه با توجه به مطالعه سلطانی و همکاران (۲۰۰۷) و با در نظر گرفتن  $\alpha=0/05$  و حداقل تفاوت معناداری برابر ۱٪ و با استفاده از فرمول برآورد یک نسبت در جمعیت، ۱۶۰ نفر محاسبه شد (۵).

برای دستیابی به افراد مورد نیاز، پس از تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی همدان و کسب مجوز، ابتدا مراکز بهداشتی به ۴ دسته واقع در شمال، جنوب، شرق و غرب همدان تقسیم شدند، سپس از هر منطقه، ۳ مرکز بهداشتی به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند، سپس محقق به مراکز بهداشتی مراجعه نموده و پس از توضیح اهداف مطالعه برای مشارکت‌کنندگان و کسب رضایت کتبی از ایشان، پرسشنامه‌ها در اختیار آنها قرار داده شد و توضیحات لازم در مورد چگونگی تکمیل به آنان داده شد. در زمان تکمیل پرسشنامه، پژوهشگر حضور داشت تا در صورت داشتن ابهام به سؤالات پاسخ داده شود. پرسشنامه‌ها شامل: پرسشنامه محقق ساخته با سؤالاتی در مورد مشخصات فردی، باروری و اقدامات انجام شده جهت کنترل تهوع و استفراغ بود. جهت تعیین روایی ابزار، از روایی صوری و محتوا استفاده گردید؛ بدین‌منظور پرسشنامه‌ها در اختیار ۱۰ تن از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی قرار گرفت و نظرات اصلاحی ایشان، اعمال گردید. جهت تعیین پایایی سؤالات، پرسشنامه‌ها توسط ۱۰ زن باردار تکمیل شدند، سپس با فاصله زمانی ۱۰ روز، مجدداً پرسشنامه‌ها در اختیار آنان قرار گرفت و ضریب پایایی سؤالات با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون به میزان  $I=0/95$  تعیین گردید. برای تعیین وضعیت تهوع و استفراغ از پرسشنامه بررسی تهوع و استفراغ بارداری (PUQE)<sup>۱</sup> استفاده شد (۲۵). این پرسشنامه حاوی ۳

<sup>1</sup>The Pregnancy-Unique Quantification of Emesis

جدول ۱- ویژگی‌های زنان مشارکت‌کننده در پژوهش

ویژگی‌ها	گروه	تعداد (درصد)	ویژگی‌ها	گروه	تعداد (درصد)
سن	۱۶-۱۹	۲۴ (۱۵)	تعداد بارداری	۱	۷۷ (۴۸/۱)
	۲۰-۲۳	۳۱ (۱۹/۴)		۲	۶۰ (۳۷/۵)
	۲۴-۲۸	۳۹ (۲۴/۴)		۳	۱۲ (۷/۵)
	۲۹-۳۲	۳۲ (۲۰)		۴	۱۰ (۶/۲)
	۳۳-۳۶	۲۶ (۱۶/۲)		بیشتر یا مساوی ۵	۱ (۰/۶)
بیشتر یا مساوی ۳۶	۸ (۵)	تحصیلات	ابتدایی	۱۴ (۸/۸)	۸۲ (۵۱/۳)
راهنمایی	۵۲ (۳۲/۵)		۱	۶۰ (۳۷/۵)	
دبیرستان	۶۷ (۴۱/۸)		۲	۱۰ (۶/۲)	
دانشگاهی	۲۷ (۱۶/۹)		بیشتر یا مساوی ۳	۸ (۵)	
تحصیلات همسر	ابتدایی		۱۰ (۶/۲)	کمتر یا مساوی ۱۹/۸	۱۹ (۱۱/۸)
راهنمایی	۵۶ (۳۵)	شاخص	۱۹/۸-۲۶	۸۹ (۵۵/۷)	
دبیرستان	۵۷ (۳۵/۶)	توده بدنی	۲۶-۲۹	۴۰ (۲۵)	
دانشگاهی	۳۷ (۲۳/۲)	بیشتر یا مساوی ۲۹	۲۹	۱۲ (۷/۵)	
شغل	خانه‌دار	۱۴۰ (۸۷/۵)	سن	۶-۱۲	۴۵ (۲۱/۸)
	شاغل	۲۰ (۱۲/۵)	حاملگی	۱۳-۲۰	۱۱۵ (۷۱/۹)
سابقه تهوع و استفراغ بارداری	بلی	۶۲ (۳۸/۸)	تمایل به بارداری	بلی	۱۱۶ (۷۲/۵)
	خیر	۹۸ (۶۱/۲)	خیر	۴۴ (۲۷/۵)	
	کارمند	۳۲ (۲۰)	شغل همسر	کارگر	۳۹ (۲۴/۴)
کارگر	۳۹ (۲۴/۴)	آزاد		۸۸ (۵۵)	
آزاد	۸۸ (۵۵)	بیکار		۱ (۰/۶)	
بیکار	۱ (۰/۶)				

استفراغ، در صبح بود که در ۶۰ نفر (۳۷/۵٪) از افراد، بوی غذا عامل اصلی تهوع و استفراغ بود. شدت بیماری در ۴۹ نفر (۲۸/۱٪) با هوای آزاد، کاهش می‌یافت (جدول ۲).

شدت تهوع و استفراغ در ۷۹ نفر (۴۹/۴٪) خفیف، ۷۵ نفر (۴۶/۹٪) متوسط و ۶ نفر (۳/۷٪) شدید بود. ۷ نفر (۴/۴٪) سابقه بستری به دلیل تهوع و استفراغ شدید را داشتند که ۵ نفر از آنها بین ۱-۳ روز بستری بودند. در اکثر زنان یعنی ۷۰ نفر (۴۳/۸٪) زمان وقوع تهوع و

جدول ۲- عوامل تشدیدکننده و تخفیف‌دهنده تهوع و استفراغ در زنان مشارکت‌کننده در پژوهش

عوامل تشدیدکننده	تعداد (درصد)	عوامل تخفیف‌دهنده	تعداد (درصد)
بوی غذا	۶۰ (۳۷/۵)	هوای آزاد	۴۹ (۲۸/۱)
خوردن و آشامیدن	۵۷ (۳۵/۶)	استفراغ	۳۹ (۲۱/۸)
گرسنگی	۱۵ (۹/۴)	مصرف غذا	۲۵ (۱۳/۷)
بوی عطر	۹ (۵/۶)	استراحت	۱۹ (۱۰)
بوی همسر	۸ (۵)	مصرف ترشی	۱۴ (۸/۸)
سایر موارد	۱۱ (۶/۹)	مصرف بیسکوئیت	۱۴ (۸/۸)
		مصرف دارو شیمیایی یا گیاهی	۱۴ (۸/۸)

(۴۱/۸٪) از ترکیبات گیاهی نظیر عرق نعنا، زنجبیل، گل بابونه و شیرین بیان و ۳۳ نفر (۴۹/۳٪) از هر دو نوع ترکیبات استفاده می‌کردند. بیشترین داروی مورد

در این مطالعه ۹۰ نفر (۵۶/۲٪) به دنبال راه چاره برای تخفیف شدت بیماری بودند. ۶۰ نفر (۳۷/۵٪) از داروهایی نظیر ویتامین B6، دمیترون و زینتوما، ۶۷ نفر

بر اساس نتایج آزمون دقیق فیشر عواملی نظیر سن مادر ( $p=0/001$ )، شغل مادر ( $p=0/006$ )، سن بارداری ( $p=0/001$ ) و زمان وقوع تهوع و استفراغ ( $p=0/007$ )، با شدت تهوع و بارداری ارتباط معناداری داشتند (جدول ۳). بین عواملی نظیر تحصیلات مادر، تحصیلات همسر، شغل همسر، تعداد بارداری، شاخص توده بدنی، تمایل به بارداری، سابقه تهوع و استفراغ، خوردن وعده غذایی اصلی، مصرف ضد تهوع و مصرف داروی گیاهی با شدت تهوع و استفراغ ارتباط معناداری مشاهده نشد ( $p>0/05$ ).

استفاده، ویتامین B6 ( $4/4\%$ ) و بیشترین ترکیب گیاهی مورد استفاده، عرق نعنا ( $3/46\%$ ) بود. عامل توصیه‌کننده داروی ضدتهوع در ۴۰ نفر ( $5/62\%$ ) از زنان، پزشک بود. برخی افراد نیز با توصیه ماما ( $1/28\%$ )، مصرف خودسرانه ( $8/7\%$ ) و توصیه آشنایان ( $6/1\%$ ) دارو مصرف کرده بودند. ۴۸ نفر ( $50\%$ ) از زنانی که دارو مصرف نمی‌کردند، علت آن را ترس از آسیب به جنین ذکر کردند. در ۱۱۱ نفر ( $4/69\%$ ) موارد، بهترین حامی در رویارویی با مشکل، همسران ذکر شدند.

جدول ۳- متغیرهای مرتبط با شدت تهوع و استفراغ در بارداری

سطح معنی‌داری	آزمون دقیق فیشر	شدت تهوع و استفراغ			گروه	متغیر
		شدید تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	خفیف تعداد (درصد)		
0/001	25/537	0	9 (37/5)	15 (62/5)	16-19	سن
		0	19 (52/8)	17 (47/2)	20-23	
		3 (10)	7 (23/3)	20 (66/7)	24-28	
		0	19 (55/9)	15 (44/1)	29-32	
		2 (7/1)	15 (53/6)	11 (93/3)	33-36	
		1 (12/5)	6 (75)	1 (12/5)	بیشتر یا مساوی 36	
0/006	17/151	4 (9/2)	61 (43/5)	75 (53/6)	غیرشاغل	شغل مادر
		2 (10)	14 (70)	4 (20)	شاغل	
0/001	12/809	2 (4/4)	15 (33/3)	28 (62/2)	6-13	سن بارداری (هفته)
		4 (3/5)	60 (52/2)	51 (44/3)	14-20	
0/007	20/764	1 (1/4)	41 (58/6)	28 (40)	صبح	اوقات شبانه‌روز
		0	2 (11/8)	15 (88/2)	ظهر	
		2 (5/3)	21 (53/8)	15 (40/9)	عصر	
		0	3 (50)	3 (50)	شب	
		3 (13)	8 (34/8)	12 (52/2)	صبح و شب	

مادر، سن بارداری و زمان وقوع تهوع و استفراغ، با شدت تهوع و استفراغ ارتباط داشتند ( $p<0/05$ ). در رابطه با سن مادر، شدت تهوع و استفراغ بارداری در مادران مسن‌تر بیشتر بود که با نتایج مطالعه الیاکیم و همکاران (۲۰۰۰) و لوییک و همکاران (۲۰۰۶) همخوانی نداشت، زیرا در پژوهش آنها، مادران جوان‌تر تهوع و استفراغ شدیدتری داشتند (۲۷، ۲۸). علت این تفاوت ممکن است به این دلیل باشد که آنها در مطالعه خود فقط بروز تهوع و استفراغ را در سنین مختلف سنجیده بودند، درحالی‌که در مطالعه حاضر درجه شدت تهوع در سنین مختلف مورد مقایسه قرار گرفت و نشان داده شد که با

## بحث

در مطالعه حاضر اکثر واحدهای پژوهش تهوع و استفراغ خفیف و متوسط داشتند و کمترین میزان، مربوط به تهوع و استفراغ شدید بود. در مطالعه چوی و همکاران (۲۰۱۸) نیز ۳۷٪ زنان از تهوع و استفراغ خفیف، ۵۶/۲٪ از درجه متوسط و ۶/۸٪ از درجه شدید رنج می‌بردند (۲۶)، بنابراین می‌توان گفت که اکثر زنان باردار از درجه خفیف و متوسط تهوع و استفراغ در دوران بارداری رنج می‌برند.

در مطالعه حاضر در رابطه با بررسی عوامل مؤثر بر تهوع و استفراغ بارداری، متغیرهایی مانند سن مادر، شغل

افزایش سن، تهوع و استفراغ با درجه شدید، شایع‌تر است. پیشنهاد می‌شود که در رابطه با ارتباط درجه شدت تهوع و سن مادر مطالعات بیشتری انجام شود. در مطالعه حاضر مادران باردار شاغل از تهوع و استفراغ شدیدتری برخوردار بودند، درحالی‌که در مطالعه کرامر و همکاران (۲۰۱۳) و کالن و همکاران (۲۰۰۳)، مادران خانه‌دار تهوع و استفراغ شدیدتری داشتند (۹، ۲۹)، در این مطالعات نیز ارتباط نوع شغل با وجود یا عدم وجود تهوع و استفراغ سنجیده شده بود نه با شدت تهوع و استفراغ. بررسی‌های بیشتر برای سنجش رابطه شغل مادر و درجه شدت تهوع و استفراغ در بارداری پیشنهاد می‌شود. در رابطه با زمان وقوع تهوع استفراغ بارداری در اوقات روز، بیشترین شدت تهوع و استفراغ بارداری در صبح و شب وجود داشت. تهوع و استفراغ بارداری ممکن است هر زمان از طول روز وجود داشته باشد. بسیاری از زنان (۸۰٪) در طول روز احساس ناراحتی می‌کنند و در ۳/۱٪ موارد فقط در بعد از ظهر و غروب احساس می‌شود (۳۰). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که تهوع و استفراغ در هفته‌های ۲۰-۱۳ از شدت بیشتری برخوردار بوده است، درحالی‌که مطالعه نیبل (۲۰۱۰) نشان داد که اوج تهوع و استفراغ بارداری در هفته ۹ بارداری می‌باشد (۳۱). علت این تفاوت ممکن است به این دلیل باشد که موارد شدیدتر بیماری تا نیمه بارداری ادامه می‌یابند و مطالعاتی که اوج تهوع را در هفته ۹ بارداری بیان کرده‌اند، بدون در نظر گرفتن شدت آن بوده است. در مطالعه حاضر، واحدهای پژوهش از تغییر سبک زندگی (استنشاق هوای آزاد، استراحت)، تغییرات غذایی (مصرف غذا، ترشی، بیسکوئیت) و درمان‌های جایگزین مکمل به‌عنوان استراتژی‌هایی برای تسکین تهوع و استفراغ در دوران بارداری استفاده می‌کردند. آنها همچنین داروهای تجویزی را برای رفع این مشکل مصرف می‌کردند. در مطالعه حاضر استراتژی‌های مورد استفاده در واحدهای پژوهش شبیه استراتژی‌هایی است که در کشورهای دیگر مانند تایوان و انگلستان ارائه شده است (۳۲، ۳۳). به نظر می‌رسد که تغییرات شیوه زندگی و تغذیه اقدامات مفیدی باشند، چندین کارآزمایی بالینی از اثربخشی این روش‌ها حمایت کرده‌اند. به نظر

می‌رسد اکثر زنان این روش‌ها را حداقل تا حدودی مفید می‌دانند (۳۴، ۳۵). بر اساس نتایج مطالعات، نیمی از زنان باردار به‌دلیل ترس از آسیب به جنین، دارویی جهت کنترل تهوع و استفراغ استفاده نمی‌کنند. مطالعه تن و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد حتی زنانی که تهوع و استفراغ متوسط یا شدید دارند، درمان کافی دریافت نمی‌کنند (۱۶). داروهای مورد استفاده در مطالعه حاضر شامل ویتامین B6، دمیترون و زینتوما و بیشترین داروی مورد استفاده، ویتامین B6 بود. پیریدوکسین (ویتامین B6) خط اول درمان در نظر گرفته می‌شود و می‌تواند برای کاهش تهوع و استفراغ بارداری مصرف شود (۳۶). البته مطالعه کارآزمایی بالینی فیروزبخت و همکاران (۲۰۱۴) در رابطه با مقایسه تأثیر استفاده از ویتامین B6 و زنجبیل در تهوع و استفراغ بارداری نشان داد که زنجبیل مؤثرتر است، البته آنها بیان کردند که در مورد دوز تجویزی، انجام مطالعات بیشتر نیاز است (۳۷). همچنین در مطالعه رنجکش (۲۰۱۸) در مقایسه اثر زنجبیل، ویتامین B6 و بابونه، بعد از مداخله در هر سه گروه کاهش معناداری در تهوع و استفراغ مشاهده شد، اما تفاوت بین سه گروه معنادار نبود (۳۸). زنان باردار به‌دلیل ترس از اثرات تراژوژنیک در دوران بارداری نمی‌خواهند از دارو استفاده کنند. استفاده از داروهای مکمل و جایگزین در میان زنان به‌خصوص در سنین باروری رایج است (۳۹، ۴۰). در مطالعه حاضر نیز از ترکیبات گیاهی مانند عرق نعنا، زنجبیل، گل بابونه و شیرین‌بیان استفاده شده بود، مصرف همزمان از هر دو نوع ترکیبات دارویی و گیاهی نیز وجود داشت. نکته قابل توجه این بود که اگرچه مطالعات مختلف تأثیر مثبت زنجبیل در کاهش تهوع و استفراغ بارداری را گزارش کرده‌اند (۴۱، ۴۲)، اولین ترکیب گیاهی که توسط اکثر واحدهای پژوهش در مطالعه حاضر برای کاهش تهوع و استفراغ استفاده شده بود، عرق نعنا بود و زنجبیل در رتبه دوم قرار داشت. نتایج مختلفی از مطالعات انجام شده بر روی اثر نعناع بر تهوع و استفراغ بارداری به‌دست آمده است. نتایج مطالعه پاشا و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که اسانس نعناع بر تهوع و استفراغ حاملگی تأثیری

داروی گیاهی یا شیمیایی با شدت تهوع و استفراغ امکان‌پذیر نبود. با توجه به اینکه اکثر مطالعات انجام شده در زمینه تهوع و استفراغ بارداری، ارتباط بین عوامل خطر و وجود یا عدم وجود تهوع و استفراغ در بارداری را سنجیده‌اند؛ انجام مطالعات بیشتر در رابطه با سنجش عوامل مؤثر بر شدت تهوع و استفراغ در دوران بارداری توصیه می‌شود.

### نتیجه‌گیری

متغیرهایی مانند سن مادر، شغل مادر، سن بارداری و زمان وقوع تهوع و استفراغ در طول روز، با شدت تهوع و استفراغ ارتباط دارند. زنان از راهکارهایی مانند تغییر سبک زندگی، تغییرات غذایی، استفاده از داروها (به‌ترتیب فراوانی شامل ویتامین B6، دمیترون و زینتوما) و ترکیبات گیاهی (به‌ترتیب فراوانی شامل عرق نعنا، زنجبیل، گل بابونه و شیرین‌بیان) برای تسکین تهوع و استفراغ دوران بارداری استفاده شده بود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی دانشجویی با تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی همدان با شماره ۱۶/۳۵/۱۰/۱۹۲ پ می‌باشد. بدین‌وسیله از مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی همدان، پرسنل مراکز بهداشتی، مادران مشارکت‌کننده در پژوهش و تمام عزیزانی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌شود. در این مطالعه تضاد منافع وجود نداشت.

ندارد (۴۳). تحقیقات دیگر نشان می‌دهند که توصیه و حمایت از نعنای برای از بین بردن تهوع و استفراغ دوران بارداری در حال افزایش است (۴۴)، بنابراین به‌نظر می‌رسد نیاز است تا مطالعات بیشتری در زمینه تأثیر عرق نعنا بر شدت تهوع و استفراغ بارداری انجام شود. در این مطالعه ۱۱۱ نفر (۶۹/۴٪) از زنان، بهترین حامی در زمان بروز مشکل را همسران بیان کردند و فقط ۲ نفر (۱/۲٪)، مراقبین بهداشتی را به‌عنوان بهترین حامی بیان کردند. در مطالعه لیو و همکاران (۲۰۱۴) در گروهی که زنان مداخله حمایتی توسط مراقبین بهداشتی را دریافت کرده بودند، شدت تهوع و استفراغ و همچنین میزان تنش علائم، به‌طور معناداری کمتر از گروه بدون دریافت حمایت بود (۴۵)، بنابراین اگر حمایت مراقبین بهداشتی از زنان باردار به‌موقع و به‌درستی انجام شود، می‌تواند در کاهش شدت تهوع و بهبود کیفیت زندگی آنان مؤثر واقع شود.

یکی از نقاط قوت این مطالعه این بود که این مطالعه به بررسی عوامل خطر مؤثر بر درجه شدت تهوع و استفراغ زنان باردار پرداخت، درحالی‌که اکثر مطالعات به بررسی ارتباط عوامل خطر مؤثر بر وجود یا عدم وجود تهوع و استفراغ بارداری پرداخته‌اند. مورد دیگر اینکه در این مطالعه به بررسی چگونگی خودکنترلی تهوع و استفراغ توسط زنان باردار پرداخته شد که می‌تواند به انجام پژوهش‌های مرتبط بیشتر در این راستا کمک نماید. یکی از محدودیت‌های این مطالعه این بود که به‌دلیل متنوع بودن روش‌های استفاده شده جهت مدیریت تهوع و استفراغ، در هر گروه تعداد کمی از افراد قرار گرفتند که بر این اساس، بررسی ارتباط استفاده از نوع خاص

### منابع

1. Matthews A, Haas DM, O'Mathúna DP, Dowswell T, Doyle M. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. *Cochrane Database Sys Rev* 2014; 3:CD007575.
2. Clark SM, Costantine MM, Hankins GD. Review of NVP and HG and early pharmacotherapeutic intervention. *Obstet Gynecol Int* 2012; 2012:252676.
3. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. *Williams's obstetrics*. 24<sup>th</sup> ed. New York: McGrawHill; 2014.
4. Herrell HE. Nausea and vomiting of pregnancy. *Am Fam Physician* 2014; 89(12):965-70.
5. 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 J Nurs* 2007; 19(48):95-102.
6. Refuerzo JS, Smith JS, Ramin SM. Clinical features and evaluation of nausea and vomiting of pregnancy. *Uptodate Clin Features* 2013; 2012:26.

7. Chan RL, Olshan AF, Savitz DA, Herring AH, Daniels JL, Peterson HB, et al. Maternal influences on nausea and vomiting in early pregnancy. *Matern Child Health J* 2011; 15(1):122-7.
8. Chortatos A, Haugen M, Iversen P, Vikanes Å, Magnus P, Veierød M. Nausea and vomiting in pregnancy: associations with maternal gestational diet and lifestyle factors in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *BJOG* 2013; 120(13):1642-53.
9. Kramer J, Bowen A, Stewart N, Muhajarine N. Nausea and vomiting of pregnancy: prevalence, severity and relation to psychosocial health. *Am J Matern Child Nurs* 2013; 38(1):21-7.
10. Lacasse A, Rey E, Ferreira E, Morin C, Bérard A. Epidemiology of nausea and vomiting of pregnancy: prevalence, severity, determinants, and the importance of race/ethnicity. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009; 9(1):26.
11. Faramarzi M, Ranjbar A, Zakariaii Z, Naeimirad M. Role of psycho-social factors in pregnant women with nausea and vomiting. *Daneshvar Med* 2015; 23(119):73-80. (Persian).
12. Munch S, Korst LM, Hernandez GD, Romero R, Goodwin TM. 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.
13. Taghizadeh Z, Cheraghi MA, Kazemnejad A, Pooralajal J, Aghababaei S. Difference in perception of pregnancy risk in two maternal age groups. *J Clin Diagn Res* 2017; 11(5):QC09-12.
14. Golmakani N, Soltani M, Ghayour Mobarhan M, Mazloom SR. The relationship between nausea and vomiting in pregnant women with social support and marital satisfaction. *J Torbat Heydariyeh Univ Med Sci* 2015; 3(4):25-31. (Persian).
15. Shafiqi V, Zakerihamidi M. Relationship between nausea and pregnancy vomiting and fetus gender. *J Neyshabur Univ Med Sci* 2017; 5(1):66-72. (Persian).
16. Tan A, Lowe S, Henry A. Nausea and vomiting of pregnancy: effects on quality of life and day-to-day function. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2018; 58(3):278-90.
17. Zahra Karimi F, Dadgar S, Abdollahi M, Yousefi S, Tolyat M, Khosravi Anbaran Z. The relationship between minor ailments of pregnancy and quality of life in pregnant women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2017; 20(6):8-21. (Persian).
18. Temming L, Franco A, Istwan N, Rhea D, Desch C, Stanziano G, et al. Adverse pregnancy outcomes in women with nausea and vomiting of pregnancy. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2014; 27(1):84-8.
19. Veenendaal MV, van Abeelen AF, Painter RC, van der Post JA, Roseboom TJ. Consequences of hyperemesis gravidarum for offspring: a systematic review and metanalysis. *BJOG* 2011; 118(11):1302-13.
20. Smith J, Refuerzo J, Ramin S. Treatment and outcome of nausea and vomiting of pregnancy. Waltham, MA: UpToDate; 2014.
21. Jewell D, Young G. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. *Cochrane Database Sys Rev* 2003; 4:CD000145.
22. Soltani M, Golmakani N, Mazloom SR. The effect of an educational intervention based on Ottawa Guideline on nausea and vomiting at first trimester of pregnancy. *Payesh* 2017; 16(2):219-29. (Persian).
23. Bustos M, Venkataramanan R, Caritis S. Nausea and vomiting of pregnancy-What's new? *Auton Neurosci* 2017; 202:62-72.
24. Refaei M, Aghababaei S, Pourreza A, Masoumi SZ. Socioeconomic and reproductive health outcomes of female genital mutilation. *Arch Iran Med* 2016; 19(11):805-11.
25. 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):S228-31.
26. Choi HJ, Bae YJ, Choi JS, Ahn HK, An HS, Hong DS, et al. Evaluation of nausea and vomiting in pregnancy using the Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea scale in Korea. *Obstet Gynecol Sci* 2018; 61(1):30-7.
27. Louik C, Hernandez-Diaz S, Werler MM, Mitchell AA. Nausea and vomiting in pregnancy: maternal characteristics and risk factors. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2006; 20(4):270-8.
28. Eliakim R, Abulafia O, Sherer DM. Hyperemesis gravidarum: a current review. *Am J Perinatol* 2000; 17(4):207-18.
29. Kallen B, Lundberg G, Åberg A. Relationship between vitamin use, smoking, and nausea and vomiting of pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82(10):916-20.
30. Goodwin TM, Ramin SM. Practice bulletin summary No. 153: Nausea and vomiting of pregnancy. *Obstet Gynecol* 2015; 126(3):687-8.
31. Niebyl JR. Clinical practice. Nausea and vomiting in pregnancy. *N Engl J Med* 2010; 363(16):1544-50.
32. Chou FH, Chen CH, Kuo SH, Tzeng YL. Experience of Taiwanese women living with nausea and vomiting during pregnancy. *J Midwifery Womens Health* 2006; 51(5):370-5.
33. Locock L, Alexander J, Rozmovits L. Women's responses to nausea and vomiting in pregnancy. *Midwifery* 2008; 24(2):143-52.
34. Davis M. Nausea and vomiting of pregnancy: an evidence-based review. *J Perinat Neonatal Nurs* 2004; 18(4):312-28.
35. Khresheh R. How women manage nausea and vomiting during pregnancy: a Jordanian study. *Midwifery* 2011; 27(1):42-5.
36. Taylor T. Treatment of nausea and vomiting in pregnancy. *Aust Prescr* 2014; 37(2):42-5.



37. Firouzbakht M, Nikpour M, Jamali B, Omidvar S. Comparison of ginger with vitamin B6 in relieving nausea and vomiting during pregnancy. *Ayu* 2014; 35(3):289-93.
38. Pakniat H, Memarzadeh MR, Azh N, Mafi M, Ranjkesh F. Comparison of the effect of chamomile, ginger and vitamin B6 on treatment of nausea and vomiting in pregnancy: a randomized clinical trial. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2018; 21(8):47-54. (Persian).
39. Firozbakht M, Nikpour M, Omidvar S, Kiapour A. Comparative study of effects of ginger with vit. B6 in treatment nausea and vomiting during pregnancy. *J Fam Health* 2013; 1(3):8-13.
40. Joulaeerad N, Ozgoli G, Hajimehdipoor H, Ghasemi E, Salehimoghaddam F. Effect of aromatherapy with peppermint oil on the severity of nausea and vomiting in pregnancy: a single-blind, randomized, placebo-controlled trial. *J Reprod Infertil* 2018; 19(1):32. (Persian).
41. Ozgoli G, Saei Ghare Naz M. Effects of complementary medicine on nausea and vomiting in pregnancy: a systematic review. *Int J Prev Med* 2018; 9(1):75.
42. Sharifzadeh F, Kashanian M, Koohpayehzadeh J, Rezaian F, Sheikhsari N, Eshraghi N. A comparison between the effects of ginger, pyridoxine (vitamin B6) and placebo for the treatment of the first trimester nausea and vomiting of pregnancy (NVP). *J Matern Fetal Neonatal Med* 2018; 31(19):2509-14.
43. Pasha H, Behmanesh F, Mohsenzadeh F, Hajahmadi M, Moghadamnia AA. Study of the effect of mint oil on nausea and vomiting during pregnancy. *Iran Red Crescent Med J* 2012; 14(11):727-30.
44. Yeh HY, Chen YC, Chen FP, Chou LF, Chen TJ, Hwang SJ. Use of traditional Chinese medicine among pregnant women in Taiwan. *Int J Gynecol Obstet* 2009; 107(2):147-50.
45. Liu MC, Kuo SH, Lin CP, Yang YM, Chou FH, Yang YH. Effects of professional support on nausea, vomiting, and quality of life during early pregnancy. *Biol Res Nurs* 2014; 16(4):378-86.
- 46.