

## کیفیت زندگی زنان باردار مبتلا به تهوع و استفراغ حاملگی

لیلا جویباری<sup>۱</sup>، اکرم ثناگوا<sup>۱</sup>، مریم چهره‌گشا<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup>دکتری آموزش پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

<sup>۲</sup>کارشناس ارشد پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

### چکیده

**زمینه و هدف:** در حدود ۹۰-۵۰٪ زنان در طول سه ماهه اول بارداری، تهوع و استفراغ را تجربه می‌کنند. تهوع و استفراغ در حاملگی اثر عمیقی در احساس کلی زنان در مورد سلامتی و فعالیت زندگی روزانه آنها دارد. هدف از این مطالعه تعیین کیفیت زندگی زنان باردار مبتلا به تهوع و استفراغ بوده است.

**روش بررسی:** در این مطالعه توصیفی-تحلیلی براساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف، ۱۲۰ مادر باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر گرگان در سال ۱۳۸۷ بررسی شدند. برای تعیین کیفیت زندگی از پرسشنامه SF-36 و برای سنجش تهوع و استفراغ از معیار Rhodes استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری تی‌تست، کای دو و اسپیرمن تجزیه و تحلیل شدند. در تمام موارد  $p < 0/05$  معنی‌دار در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** کیفیت زندگی ۶۰٪ مادران باردار با میانگین بالاتر از ۵۰، عملکرد بالایی را نشان داد. ۴۰٪ با میانگین کمتر از ۵۰، عملکرد پایینی داشتند. تهوع و استفراغ در ۲۱/۷٪ زنان شدید، ۵۹/۲٪ متوسط و ۳۲/۵٪ خفیف بود. با استفاده از آزمون اسپیرمن، همبستگی معنی‌داری بین کیفیت زندگی و شدت تهوع و استفراغ ( $r=0/04$ ) مشاهده گردید. ارتباط کیفیت زندگی با سن مادر ( $p=0/04$ )، تحصیلات ( $p=0/04$ ) و سطح تحصیلات همسر ( $p=0/01$ ) معنی‌دار بود.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج این مطالعه، کیفیت زندگی درصد کمی از زنان در حد مطلوب می‌باشد و ارتباط معنی‌داری نیز بین تهوع و استفراغ با کیفیت زندگی وجود دارد. لذا ضروری است ارائه‌دهندگان مراقبت‌های دوران بارداری با توجه به اثرات این مشکل بر کیفیت زندگی مادران، مداخلات مناسب را به منظور حمایت از مادران باردار انجام دهند.

**کلید واژه‌ها:** تهوع؛ استفراغ؛ بارداری؛ کیفیت زندگی؛ SF-36؛ اندکس Rhodes.

نویسنده مسئول مکاتبات: مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی: a\_sanagu@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۸۹/۸/۱۵

تاریخ دریافت: ۸۹/۱/۱۴

### مقدمه

فعالیت آنها می‌شود (۲). اطلاعات به دست آمده از تمدن‌های ۲ هزار سال قبل از میلاد مسیح نیز گویای تهوع و استفراغ در مادران باردار بوده است (۳). تحقیقات حاکی از آن است که ۹۰-۵۰٪ از زنان، تهوع و ۳۰-۵۰٪ آنان استفراغ را طی حاملگی تجربه می‌کنند (۴، ۵)، ولی در اکثر موارد این علائم خفیف بوده و تا

تهوع و استفراغ یکی از عوارض شایع دوران بارداری است که در ۸۰٪ موارد در تمام حاملگی‌ها دیده می‌شود. ۷-۴٪ موارد بستری در دوران حاملگی قبل از هفته دوم مربوط به تهوع و استفراغ است (۱). در ۲۸٪ از زنان حامله این علائم منجر به تغییر در

## روش بررسی

در این مطالعه توصیفی - تحلیلی، مادران باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر گرگان در سال ۱۳۸۷، جامعه پژوهش را تشکیل دادند. نمونه‌ها به صورت مبتنی بر هدف و براساس مشخصات ورود و خروج انتخاب شدند.

معیار ورود به مطالعه شامل بارداری و رضایت به شرکت در مطالعه بود و معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: وجود اختلالات و بیماری‌هایی مانند: هپاتیت یا بیماری‌های گوارشی مسبب تهوع و استفراغ، عقب‌ماندگی ذهنی، استعمال دخانیات، علائم تهدید به سقط، حاملگی نابجا، مول هیداتیفرم، بارداری در پی درمان نازایی، بروز حوادث بزرگ و نامطلوب در ۲ ماه گذشته مثل اختلافات شدید با همسر، مرگ پدر و مادر یا همسر.

تعداد نمونه براساس فرض فراوانی ۵۰٪، خطای ۹٪ و حدود اطمینان ۹۵٪، ۱۱۸ نفر به دست آمد که ۱۲۰ زن باردار در چهار ماهه اول بارداری مراجعه کننده به درمانگاه و مراکز بهداشتی، آموزشی - درمانی تابعه دانشگاه علوم پزشکی گلستان، ۳ مرکز بهداشتی اصلی و مهم شهر واقع در ۳ منطقه با شرایط اقتصادی متفاوت و ۳ مطب خصوصی پزشک متخصص زنان (هیئت علمی و غیرهیئت علمی)؛ به صورت مبتنی بر هدف وارد مطالعه شدند.

برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه استفاده شد. بخش نخست پرسشنامه شامل: مشخصات دموگرافیک (سن، قومیت، شغل، تحصیلات، درآمد خانواده، محل سکونت، تعداد فرزندان، سابقه بارداری، حاملگی خواسته/ناخواسته، سن حاملگی) و اطلاعات بارداری بود. برای بررسی تهوع و استفراغ از اندکس Rhodes استفاده گردید. این اندکس شامل: ۸ سؤال از قبیل "در طی ۱۲ ساعت گذشته، من احساس تهوع و ناخوشی در معده کردم. اصلاً، ۱ ساعت یا کمتر، ۲-۳ ساعت، ۴-۶ ساعت، بیش از ۶ ساعت" می‌باشد. این معیار به طور مکرر در دوران بارداری در داخل (۱۶) و خارج از کشور (۱۷، ۱۸) و در سایر بیماری‌ها از قبیل تهوع و استفراغ بعد از جراحی (۱۹)، به کار رفته است و از روایی مناسبی (۰/۸۶) برخوردار می‌باشد. در بخش سوم از معیار SF-36 برای سنجش کیفیت زندگی استفاده گردید. فرم SF-36 بر عملکرد بهداشت جسمی و روانی در ۸ بُعد مختلف شامل: عملکرد فیزیکی، نقش فیزیکی، درد جسمی، سلامت عمومی، سرزندگی،

هفته ۱۲ حاملگی بهبود می‌یابد (۶). تهوع و استفراغ بارداری شامل طیف وسیعی از اختلالات خفیف تا شدید گوارشی است که در اکثر موارد خفیف می‌باشد (۷). نوع شدید آن که با استفراغ‌های مداوم، کاهش وزن بیش از ۵٪، کم‌آبی، کتونوری، اختلالات الکترولیتی و عدم تعادل در pH خون همراه است تنها در ۱-۳٪ موارد رخ داده و استفراغ بدخیم حاملگی نام دارد. تهوع و استفراغ شدید بارداری به‌طور واضحی از فرم خفیف آن جدا بوده و معمولاً به مراقبت‌های ویژه و بستری شدن در بیمارستان نیاز دارد و چنانچه درمان نشود منجر به کما، تشنج و از دست دادن جنین می‌شود (۸، ۹). با وجود قدمت تاریخی، شیوع فراوان و انجام تحقیقات، علت دقیق تهوع و استفراغ حاملگی هنوز ناشناخته است، به‌طوری که عوامل هورمونی، روان‌شناختی، فردی، اجتماعی، نژادی و جغرافیایی را در بروز آن دخیل می‌دانند (۱۰). تئوری رایج، افزایش سریع هورمون گنادوتروپین جفتی در دوران بارداری است. درمان تهوع و استفراغ حاملگی باعث تسکین کامل برای مادر باردار نمی‌شود، ولی می‌تواند احساس ناخوشایند وی را کاهش دهد (۱۱). در یک مطالعه، زنان دچار تهوع و استفراغ ابراز داشتند که این علائم تأثیر قابل توجهی در کار، وظایف خانه و وظایف مادری آنها داشته است (۱۲). زمانی که تهوع و استفراغ شدت پیدا کند زنان حامله ممکن است کاهش سطح عملکرد اجتماعی، عاطفی و محدودیت فیزیکی را تجربه نمایند و این خود منجر به افزایش این احساس شود که دیگر زنده نخواهند ماند (۱۳). نتایج یک تحقیق درباره کیفیت زندگی یک گروه از زنان با حاملگی ناخواسته، حاکی از آن بود که ۳ بُعد از ۸ بُعد سلامتی شامل: محدودیت فیزیکی، محدودیت عملکردی و درد جسمی با سن حاملگی مادران ارتباط معنی‌داری دارد، در حالی که سرزندگی و عملکرد اجتماعی، تغییر اساسی با روند سن حاملگی نداشته است (۱۴). بررسی‌های به عمل آمده در استرالیا (۱۲) و آمریکا (۱۵) نیز نشان داد زنان حامله مبتلا به تهوع و استفراغ در مقایسه با جمعیت عموم در تمام ابعاد سلامتی، کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته‌اند.

این مطالعه با هدف تعیین کیفیت زندگی زنان باردار مبتلا به تهوع و استفراغ مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی صورت گرفت.

ارائه آنها به صورت کلی و اطمینان دادن به واحدهای پژوهش در زمینه خروج از مطالعه در صورت تمایل در هر زمان، رعایت شد.

### یافته‌ها

در این بررسی سن جوان‌ترین مادر باردار ۱۵ سال و مسن‌ترین آنها ۴۰ سال بود. ۴۶/۷٪ زنان در گروه سنی ۲۵-۲۰ سال قرار داشتند. دامنه تحصیلات مادران و همسران از بیسواد تا دانشگاهی بود. ۱/۷٪ مادران و ۱/۷٪ همسران بیسواد (کمترین درصد) بودند. ۴۶/۷٪ مادران و ۳۹/۲٪ همسران تحصیلات دبیرستانی (بیشترین درصد) داشتند. هیچ‌یک از مادران سیگار نمی‌کشیدند و یا سیگاری نبودند.

از نظر کیفیت زندگی؛ ۶۶/۷٪ زنان مورد بررسی در حیطه بهداشت جسمی و ۵۵/۳٪ در حیطه روانی، عملکرد بالایی داشتند. در حیطه بهداشت جسمی؛ مادران از عملکرد فیزیکی، درد بدنی و در حیطه بهداشت روانی از سرزندگی و ایفای نقش عاطفی، امتیاز پایین‌تری را کسب کردند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: نمرات ابعاد کیفیت زندگی مادران باردار در حیطه

#### بهداشت جسمی - روانی

ابعاد کیفیت زندگی	عملکرد پایین Mean=<50	عملکرد بالا Mean=>50
عملکرد فیزیکی	۵۰/۸	۴۹/۲
ایفای نقش فیزیکی	۴۳/۳	۵۶/۷
درد بدنی	۴۷/۵	۵۲/۵
سلامت عمومی	۴۱/۷	۵۸/۳
حیطه بهداشت جسمی	۳۳/۷	۶۶/۷
نیرو و انرژی حیاتی یا سرزندگی	۸۰	۲۰
عملکرد اجتماعی	۲۴/۲	۷۵/۸
ایفای نقش عاطفی	۸۰	۲۰
سلامت روان	۲۵/۸	۷۴/۲
حیطه بهداشت روانی	۴۶/۷	۵۳/۳

در بررسی حیطه بهداشت جسمی به‌عنوان یکی از حیطه‌های کیفیت زندگی؛ ۵۰/۸٪ مادران (با میانگین نمره کمتر از ۵۰) در بُعد عملکرد فیزیکی، عملکرد پایین و ۴۹/۲٪ (با کسب میانگین نمره بالاتر از ۵۰)، عملکرد بالایی داشتند. در قسمت ایفای نقش نیز ۴۳/۳٪ دارای عملکرد پایین و ۵۶/۷٪ دارای عملکرد بالا بودند. در بُعد درد بدنی، ۴۷/۵٪ عملکرد پایین و ۵۲/۵٪ عملکرد بالا و

عملکرد اجتماعی، نقش عاطفی و سلامت روان تمرکز دارد. پرسشنامه SF-36 با حضور محقق و توسط مادر تکمیل می‌شود، و اعتبار آن مکرراً در میان مردم عمومی و در بیماران با بیماری‌های مختلف مورد سنجش قرار گرفته است. همچنین روایی محتوی و ساختار این پرسشنامه قابل اطمینان می‌باشد (۲۰، ۲۱). هر کدام از ۸ بُعد نیز امتیاز ۰-۱۰۰ را دارد. این نمره‌گذاری براساس معیار سنجش استاندارد مخصوص SF-36 به دست آمده و امتیاز بالاتر، نشان‌دهنده عملکرد بهتر می‌باشد. سؤالات ۳ گزینه‌ای با نمره‌های (۰، ۵۰ و ۱۰۰)، سؤالات ۵ گزینه‌ای با نمره‌های (۰، ۲۵، ۵۰، ۷۵، ۱۰۰) و سؤالات ۶ گزینه‌ای با نمره‌های (۰، ۲۰، ۴۰، ۶۰، ۸۰، ۱۰۰) در نظر گرفته شده است. میانگین استاندارد ابعاد کیفیت زندگی ۵۰ می‌باشد (۲۲)، که بالاتر و پایین‌تر از نمره ۵۰، به ترتیب نشان‌دهنده میانگین عملکرد بالا و پایین است. همچنین اعتبار و اعتماد پرسشنامه SF-36 در مطالعات داخل و خارج به تأیید رسیده است (۲۲، ۲۳). هنگام تکمیل پرسشنامه، محقق در کنار مادر حضور داشت و سؤالات را برای تمامی مادران قرائت کرد و از آنها خواست تا براساس میزان کیفیت زندگی که ۸ بُعد از سلامتی را در بردارد به سؤالات پاسخ دهند. هر بُعدی متناسب با سؤال، گزینه‌های مختلفی را مورد اندازه‌گیری قرار می‌داد که برحسب نیاز آن سؤال از ۲ مورد "بله، خیر" الی ۶ مورد "در تمام اوقات، بیشتر اوقات، اغلب اوقات، گاهی اوقات، بعضی وقت‌ها، هیچ وقت" را شامل می‌شد. همچنین اطلاعات دموگرافیک، مشخصات بالینی حاملگی مادر، تهوع و استفراغ در فرم جداگانه‌ای ثبت گردید. اطلاعات به دست آمده بعد از کدگذاری با استفاده از نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند. جهت توصیف اطلاعات واحدهای پژوهش از آمارهای توصیفی، فراوانی، میانگین و انحراف معیار استفاده گردید. اطلاعات با استفاده از آزمون‌های تی‌تست، کای‌دو، همبستگی اسپیرمن تجزیه و تحلیل شدند، و در تمامی موارد  $p < 0.05$  معنی‌دار در نظر گرفته شد.

در این مطالعه تمامی اصول اخلاقی مربوط به پژوهش‌های انسانی شامل: کسب مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه، ارائه معرفی‌نامه به مراکز آموزشی - درمانی و بهداشتی مربوطه، ارائه توضیحات کافی به واحدهای پژوهش جهت جلب رضایت آگاهانه، اطمینان دادن به واحدهای پژوهش در زمینه محرمانه باقیماندن اطلاعات و

نشان داد بین کیفیت زندگی و سن زنان ارتباط معنی دار است ( $p=0/04$ )، و کیفیت زندگی با سن افزایش می یابد. ارتباط کیفیت زندگی با سطح تحصیلات مادر ( $p=0/04$ ) و سطح تحصیلات همسر نیز معنی دار بود ( $p=0/01$ )، که نشان دهنده تأثیر سواد افراد در کیفیت زندگی آنها می باشد. بین شدت تهوع و استفراغ و ابعاد مختلف کیفیت زندگی (جدول شماره ۲) در بُعد حیطه بهداشت روانی، ارتباط معنی دار آماری وجود داشت ( $p=0/018$ ). در بُعد حیطه بهداشت جسمی، ارتباط معنی دار آماری مشاهده نشد. همچنین در حیطه بهداشت جسمی، میزان شدت تهوع و استفراغ سلامت عمومی را تحت تأثیر قرار داد ( $p=0/027$ )، و در حیطه بهداشت روان نیز سلامت روان تحت تأثیر قرار گرفت ( $p=0/02$ ).

در بُعد سلامت عمومی نیز  $41/7\%$  عملکرد پایین و  $58/3\%$  عملکرد بالا داشتند. همچنین بررسی حیطه بهداشت روانی از ابعاد نیرو، انرژی حیاتی و یا سرزندگی نشان داد  $80\%$  زنان عملکرد پایینی دارند. از نظر اجتماعی  $75/8\%$ ، در بُعد ایفای نقش عاطفی  $20\%$  و در بُعد سلامت روان،  $74/2\%$  زنان دارای عملکرد بالا بودند.  $45/8\%$  زنان تهوع و استفراغ متوسط،  $32/5\%$  تهوع و استفراغ خفیف و  $21/7\%$  تهوع و استفراغ شدید داشتند. همبستگی بین شدت تهوع و استفراغ با کیفیت زندگی با استفاده از آزمون اسپیرمن، معنی دار گزارش شد ( $r=0/04$ ). زنانی که تهوع و استفراغ شدیدتری داشتند از کیفیت زندگی پایین تری برخوردار بودند. همچنین آنالیز داده ها با استفاده از آزمون کای اسکوئر

جدول شماره ۲: توزیع افراد با شدت تهوع و استفراغ بر اساس ابعاد کیفیت زندگی

Pvalue	ضعیف	متوسط	شدید	شدت تهوع و استفراغ	
				عملکرد پایین Mean=<50	ابعاد کیفیت زندگی
0/6	43/6	50/9	53/8	عملکرد بالا	عملکرد فیزیکی
	56/4	49/1	46/2	عملکرد پایین	
0/2	46/2	63/6	57/7	عملکرد بالا	ایفای نقش فیزیکی
	53/8	36/4	42/3	عملکرد پایین	
0/066	38/5	49/1	66/7	عملکرد بالا	درد بدنی
	61/5	50/9	33/3	عملکرد پایین	
0/027	74/4	54/5	42/3	عملکرد بالا	سلامت عمومی
	25/6	45/5	57/7	عملکرد پایین	
0/081	79/5	63/6	53/8	عملکرد بالا	حیطه بهداشت جسمی
	20/5	36/4	46/2	عملکرد پایین	
0/09	30/8	12/7	19/2	عملکرد بالا	نیرو و انرژی حیاتی یا سرزندگی
	69/2	87/3	80/8	عملکرد پایین	
0/47	82/1	74/5	69/2	عملکرد بالا	عملکرد اجتماعی
	17/9	25/5	30/8	عملکرد پایین	
0/09	30/8	12/7	19/2	عملکرد بالا	ایفای نقش عاطفی
	69/2	87/3	80/8	عملکرد پایین	
0/02	87/2	72/7	57/7	عملکرد بالا	سلامت روان
	12/8	27/3	42/3	عملکرد پایین	
0/018	71/8	45/5	42/3	عملکرد بالا	حیطه بهداشت روانی
	28/2	54/5	57/7	عملکرد پایین	

هنگام بارداری و سن حاملگی نشان نداد. تنها بین متغیر سن حاملگی با  $p=0/05$  و قومیت ( $p=0/05$ ) با شدت تهوع و استفراغ ارتباط معنی دار آماری مشاهده گردید (جدول شماره ۳).

آزمون های کای اسکوئر و تی تست ارتباط معنی داری را بین کیفیت زندگی و قومیت، محل سکونت، شغل، سطح درآمد، رتبه بارداری، سن حاملگی، شاخص توده بدنی قبل از بارداری، شاخص توده بدنی

از نظر شدت وضعیت تهوع و استفراغ در شبانه‌روز؛ ۳۵٪ از مادران صبح زود، ۲۳٪ طول صبح و ۱۲/۵٪ از مادران اواخر شب را ذکر کردند. ۵۰٪ از مادران استشمام بوهای خاص و ۱۹/۲٪ معده پر و یا خالی را مسبب تشدید تهوع و استفراغ خود می‌دانستند. ۱۹/۲٪ مادران خوردن شیرینی، ترشی و یا خوردن مواد غذایی خشک، ۱۸/۳٪ شستن دست و صورت و هواخوری، ۱۵/۳٪ از مادران نیز استراحت کردن، بیرون رفتن و ۱۱/۷٪ از مادران نیز خوردن آب میوه و یا میوه را در بهبود تهوع و استفراغ خود مؤثر می‌دانستند. ۳۷/۵٪ مادران در مقایسه با سال قبل، وضعیت کلی سلامت خود را تا اندازه‌ای بدتر عنوان کردند (جدول شماره ۵).

جدول شماره ۵: نظر زنان باردار درباره سلامت کلی خود نسبت به سال

قبل		
درصد	تعداد	سلامت کلی نسبت به سال قبل
۳۷/۵	۴۵	تا اندازه‌ای بدتر
۳۰	۳۶	فوقی ندارد
۱۸/۳	۲۲	تا اندازه‌ای بهتر
۸/۳	۱۰	خیلی بهتر
۵/۸	۷	خیلی بدتر

### بحث

یافته‌ها نشان داد تهوع و استفراغ در ۵۹/۲٪ موارد متوسط بوده است و کیفیت زندگی ۶۰٪ مادران باردار با میانگین بالاتر از ۵۰، عملکرد بالایی داشته است. ۶۶/۷٪ مادران عملکرد بالا در حیطه جسمی و ۵۵/۳٪ نیز عملکرد بالا در حیطه روانی داشتند. همچنین در این مطالعه، ارتباط معنی‌داری بین کیفیت زندگی و شدت تهوع و استفراغ مشاهده گردید. Lacasse و همکارانش بیان کردند تهوع و استفراغ بر کیفیت زندگی زنان باردار اثر منفی دارد (۲۱). براساس داده‌های مطالعه حاضر، حس تهوع برای زنان باردار مهم‌تر و اثرگذارتر از استفراغ بوده است. بررسی مشخصات تهوع و استفراغ زنان ژاپنی و ارتباط آن با کیفیت زندگی نشان داد تهوع و اوغ‌زدن در ۷-۴ و ۱۵-۱۲ هفتگی به‌طور معنی‌داری شدیدتر از ۱۹-۱۶ هفتگی می‌باشد. همچنین تهوع نسبت به استفراغ، اثر بیشتری بر کیفیت زندگی این زنان داشته و باعث کاهش سلامت جسمی در آنان شده است (۱۸). مطالعه‌ای با عنوان "استفراغ حاملگی و شاخص توده بدنی بر کیفیت زندگی" نشان داد کیفیت زندگی مادرانی که استفراغ متوسط تا شدید بارداری دارند در

جدول شماره ۳: توزیع مادران باردار با حیطه بهداشت جسمی کیفیت زندگی و شاخص‌های دموگرافیک

متغیرها	کیفیت زندگی	
	عملکرد بالا	عملکرد پایین
قومیت	فارس	۶۲/۴
	ترکمن	۴۰
	سیستانی	۰
تحصیلات	بیسواد	۱۰۰
	خواندن و نوشتن	۷۶/۹
	راهنمایی	۶۸
سن	دیرستان	۶۶/۱
	دانشگاهی	۶۶/۷
	۱۵-۲۰	۷۶/۵
شغل	۲۱-۲۵	۷۶/۸
	۲۶-۳۰	۴۰/۶
	۳۱-۳۵	۶۳/۶
رتبه حاملگی	۳۶-۴۰	۱۰۰
	شاغل	۵۳/۳
	خانهدار	۶۸/۶
رتبه حاملگی	نخست‌زا	۶۸
	چندزا	۶۵/۹

بین حیطه بهداشت روان، کیفیت زندگی مادران و متغیرهای بررسی شده، ارتباط معنی‌دار آماری دیده نشد (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۴: توزیع مادران باردار با حیطه بهداشت روان، کیفیت زندگی و شاخص‌های دموگرافیک

متغیرها	کیفیت زندگی	
	عملکرد بالا	عملکرد پایین
قومیت	فارس	۵۰/۵
	ترکمن	۶۰
	سیستانی	۷۱/۴
تحصیلات	بیسواد	۵۰
	خواندن و نوشتن	۳۰/۸
	راهنمایی	۵۶
سن	دیرستان	۵۵/۴
	دانشگاهی	۵۸/۳
	۱۵-۲۰	۴۱/۲
شغل	۲۱-۲۵	۵۸/۹
	۲۶-۳۰	۴۰/۶
	۳۱-۳۵	۶۳/۶
رتبه حاملگی	۳۶-۴۰	۱۰۰
	شاغل	۶۰
	خانهدار	۵۲/۴
رتبه حاملگی	نخست‌زا	۵۰/۷
	چندزا	۵۶/۸

مادران با شستن دست و صورت و هوا خوردن به احساس بهتری می‌رسیدند و از شدت تهوع و استفراغ آنان کم می‌شد. همچنین مطالعه Lacasse و همکارانش نشان داد انجام فعالیت ورزشی و تحرک مختصر منجر به بهبود وضعیت جسمی و روحی کیفیت زندگی در زنان می‌شود (۲۱).

بر اساس نتایج حاضر از فاکتورهای جمعیت‌شناختی تنها سن مادر، سطح تحصیلات مادر و همسر با کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری داشته و در سایر موارد ارتباط معنی‌دار نبوده است. در مطالعه Hueston و همکارانش (سال ۱۹۹۸) نیز بجز سطح درآمد، بین سایر متغیرهای دموگرافیک و اجتماعی با کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری به دست نیامد (۱۴). بررسی کیفیت زندگی زنان باردار در کاشان نیز مؤید ارتباط کیفیت زندگی با سن مادران بوده است (۲۴)، این امر شاید به دلیل کنترل مادر بر احساسات و عواطف باشد. همچنین حاملگی در سن پایین و یا بلوغ فکری پایین مادر نیز در این امر تأثیرگذار است.

مراقبین بهداشتی باید تمرکز بیشتری بر روی علائم و نشانه‌های تهوع و استفراغ در زنان باردار داشته باشند؛ زیرا علائم مادر بسیار ملموس بوده و به راحتی قابل ارزیابی است و توجهات لازم می‌تواند در امر افزایش کیفیت زندگی این مادران تأثیرگذار باشد. داشتن برنامه‌های مراقبتی در زمینه بهبود تهوع و استفراغ دوران بارداری و بررسی اثرات آن بر ابعاد کیفیت زندگی می‌تواند مراقبین بهداشتی را جهت ارائه خدمات بهتر یاری نماید.

### نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان داد کیفیت زندگی مادران متأثر از شدت تهوع و استفراغ می‌باشد، اما به مطالعات بیشتری در زمینه کیفیت زندگی در دوران بارداری نیاز است تا بتوان مداخلات مناسب را به منظور حمایت از مادران باردار ارائه داد.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از حمایت معنوی و مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گلستان (شماره ۲۵۰/۳۵/پ گ) در اجرای این پژوهش و مادران گرامی که در این مطالعه مشارکت نمودند، صمیمانه قدردانی می‌شود.

مقایسه با گروه خفیف، کاهش می‌یابد (۱۶). همچنین در مطالعه مذکور حدود ۵۳٪ زنان دچار استفراغ بارداری در حد متوسط بودند که با یافته‌های بررسی حاضر همخوانی داشت. در پژوهش حاضر، حدود ۵۹٪ زنان تهوع و استفراغ متوسط داشتند و کیفیت زندگی در گروهی که دارای تهوع و استفراغ با شدت کمتری بودند، مطلوب‌تر گزارش شد. این امر می‌تواند گویای آن باشد که تهوع و استفراغ از عوامل اثرگذار بر کیفیت زندگی است. داشتن احساس تهوع و استفراغ باعث امتناع از غذا خوردن و در نتیجه کاهش انرژی می‌شود و بر فعالیت فیزیکی فرد تأثیرگذار است. از طرفی، فرد احساس بیمار بودن دارد و احساس بیمار بودن می‌تواند بر حس تندرستی و سلامت روان فرد اثرگذار باشد.

Smith و همکارانش (سال ۲۰۰۰)، با بررسی عوارض تهوع و استفراغ در سه ماهه اول حاملگی، امتیاز پایین در معیار SF-36 را در کل آیتم‌ها به خصوص عملکرد جسمی، انرژی و عملکرد اجتماعی؛ بیانگر تأثیر تهوع و استفراغ بر کیفیت زندگی زنان باردار دانستند و اثر مشهود آن را بر فعالیت‌های روزانه در منزل، یا محل کار و ارتباطات این زنان با اجتماع گزارش کردند (۱۲). نتایج نشان داد تهوع و استفراغ بر روی عواطف و احساسات مادر باردار مؤثر بوده و بر بُعد عملکرد اجتماعی وی تأثیر می‌گذارد و تا اندازه‌ای آنها را محدود می‌کند. در مطالعه Lacasse و همکارانش نیز این محدودیت در حیطه عملکردی و روابط اجتماعی مادر باردار مشاهده گردید. طبق نتایج این مطالعه، زنان باردار اسپانیایی و آسیایی از کیفیت زندگی نسبتاً بالایی نسبت به سایر زنان باردار مبتلا برخوردار بودند (۲۱). در مطالعه حاضر، ارتباط معنی‌داری بین قومیت‌های ترکمن، سیستانی و فارس با تهوع و استفراغ دیده نشد.

بیش از ۷۰٪ کل زنان باردار، تهوع و استفراغ در دوران بارداری را تجربه می‌کنند و در ۲۸٪ زنان این علائم منجر به تغییر در فعالیت‌های معمولی می‌شود. نتایج بررسی Brien در خصوص تجربه مادران دچار تهوع و استفراغ با درجات متفاوت نشان داد تهوع و استفراغ دوران بارداری موجب ناراحتی، تغییراتی در خانواده، ارتباطات اجتماعی، فعالیت‌های روزانه و کارکردهای شغلی می‌شود، درحالی‌که استراحت در تخت و توجهات تغذیه‌ای موجبات آسایش و راحتی را فراهم می‌آورد (۱۳). در پژوهش حاضر، ۱۹/۲٪ از زنان با خوردن شیرینی، یا ترشی و ۱۸/۳٪ از

**References:**

1. 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):370-375.
2. O'Brien B, Evans M, White-MacDonald. Isolated from 'Being Alive': Coping with Severe Nausea and Vomiting of Pregnancy. *Nursing Research* 2002;51(5):302-308.
3. Evanus AT, Niswander K, Kenneth R. *Manual of Obstetrics*. 6<sup>th</sup> ed. USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p. 113-115.
4. 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 Jul 2; 9:26.
5. Ozgoli G, Goli M, Simbar M. Effects of Ginger Capsules on Pregnancy, Nausea, and Vomiting. *J Altern Complement Med* 2009 Mar; 15(3):243-6.
6. Meltzer DI. Complementary Therapies for Nausea and Vomiting in Early Pregnancy. *Family Practice* 2000 May; 17(6):570-73.
7. Einarson A, Maltepe C, Boskovic R, Koren G. Treatment of Nausea and Vomiting in Pregnancy: An Updated Algorithm. *Can Fam Physician* 2007 December; 53(12):2109-2111.
8. Emelianova S, Mazzotta P, Einarson A, Koren G. Prevalence and Severity of Nausea and Vomiting of Pregnancy and Effect of Vitamin Supplementation. *Clin Invest Med* 1999 Jun; 22(3):106-10.
9. Miller F. Nausea and Vomiting in Pregnancy. The Problem of Perception. It Is Really a Disease? *Am J Obstet Gynecol* 2002 May; 186(5 Suppl Understanding):182-3.
10. Broussard CN. Nausea and Vomiting of Pregnancy. *Gastroenterology Clin North Am* 1998;27(1):123-151.
11. Williamson CS. Nutrition in Pregnancy. *British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin* 2006;31(1):28-59.
12. Smith C, Crowther C, Beilby J, Dandeaux J. The Impact of Nausea and Vomiting on Women: A Burden of Early Pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2000;40(4):397-401.
13. O'Brien B, Naber S. Nausea and Vomiting During Pregnancy: Effects on the Quality of Women's Lives. *Birth* 1992 Sep; 19(3):138-43.
14. Hueston WJ, Kasik-Miller S. Change in Functional Health Status During Normal Pregnancy. *J Fam Pract* 1998;47(3):209-212.
15. Attard CL, Kohli MA, Coleman S, et al. The Burden of Illness of Severe Nausea and Vomiting of Pregnancy in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186(5 Suppl):220-227.
16. Shishehgar F, Payman A. Association of Vomiting in Pregnancy with Body Mass Index and Quality of Life. *Hormozgan Medical Journal* 2009;13(4):271-275. [Full Text in Persian]
17. Puangsrucharern A, Mahasukhon S. Effectiveness of Auricular Acupressure in the Treatment of Nausea and Vomiting in Early Pregnancy. *J Med Assoc Thai* 2008;91(11):1633-8.
18. Kugahara T, Ohashi K. Characteristics of Nausea and Vomiting in Pregnant Japanese Women. *Nurs Health Sci* 2006;8(3):179-84.
19. Fetzer SJ, Hand MC, Bouchard PA, Smith H, Jenkins MB. Evaluation of the Rhodes Index of Nausea and Vomiting for Ambulatory Surgery Patients. *J Adv Nurs* 2004;47(1):74-80.
20. Ware JE Jr, Sherbourn CD. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual Framework and Item Selection. *Med Care* 1992;30:473-483.
21. Lacasse A, Rey E, Ferreira E, Morin C, Bérard A. Nausea and Vomiting of Pregnancy: What about Quality of Life? *BJOG* 2008;115(12):1484-1493.
22. Baraz Pordanjani Sh, Mohammadi E, Broumand B. The Effect of Self-Care Educational Program on Decreasing the Problems and Improving the Quality of Life of Dialysis Patients. *J of Kordestan University of Medical Sciences* 2006;10(4):69-79.
23. Ware Jr JE. SF-36 Health Survey Update. *Spine* 2000;25(24):3130-3139.
24. Abbaszadeh F, Bagheri A, Mehran N. Quality of Life among Pregnant Women. *The J Faculty Nurs Midwife* 2009;1(15):41-48. [Full Text in Persian]