

بررسی رابطه الگوی تهوع و استفراغ حاملگی و کیفیت زندگی بر حسب هفته حاملگی

پژوهشگران: فرناز شیشه گر^۱، اکرم پیمان^۱

(۱) کارشناس ارشد مامائی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران.

چکیده

مقدمه: در بیش از ۷۰ درصد زنان باردار، تهوع و استفراغ حاملگی دیده شده و با توجه به اینکه این تجربه میتواند توانایی انجام کارهای معمول روزمره فرد را تحت تاثیر قرار دهد، ممکن است بر کیفیت زندگی زنان نیز تاثیر بگذارد.

هدف: این مطالعه با هدف تعیین ویژگی های تهوع و استفراغ در زنان دارای تهوع و استفراغ و تعیین ارتباط بین تهوع و استفراغ و کیفیت زندگی انجام شده است.

روش کار: این تحقیق یک مطالعه توصیفی مقطعی است و ۲۲۰ نفر که در سنین حاملگی ۴ تا ۲۲ هفته بودند و به درمانگاه های پره ناتال بیمارستان های هدایت، فیاض بخش و بوعلی تهران مراجعه کرده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات توصیفی شامل متغیرهای دموگرافیک و پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در زمینه تهوع و استفراغ حاملگی تکمیل گردید. برای تعیین شدت تهوع و استفراغ از شاخص (Rhodes) استفاده گردید.

نتایج: با افزایش سن حاملگی از میانگین نمرات تهوع و استفراغ کاسته می شود. میانگین نمرات تهوع و استفراغ در هفته ۴ تا ۷ بصورت معناداری بالاتر از هفته های ۱۶ تا ۱۹ و ۲۰ تا ۲۲ بوده است ($P=0/0001$). همچنین بین شدت تهوع و استفراغ در تمام هفته های بارداری با کاهش کیفیت زندگی در بعد جسمی ارتباط معناداری وجود داشته و بین کاهش کیفیت زندگی در بعد جسمی و شدت تهوع و استفراغ در هفته های ۴ تا ۷، ۱۲ تا ۱۵، ۱۶ تا ۱۹ ارتباط شدیدتری مشاهده می گردد ($P=0/0001$).

در نهایت بین شدت استفراغ و کاهش کیفیت زندگی در تمام هفته های بارداری ارتباط معناداری وجود داشت که این ارتباط در هفته های (۴ تا ۷) و (۱۲ تا ۱۵) بالاتر بوده است.

نتیجه گیری: تهوع و استفراغ حاملگی می توانند کیفیت زندگی فرد را بخصوص در بعد جسمی کاهش دهند.

کلید واژه ها: تهوع، استفراغ، آبستنی، کیفیت زندگی

مقدمه

تهوع و استفراغ بارداری در هفته های مختلف بارداری و کیفیت زندگی زن باردار مورد توجه قرار نگرفته است (۶). از اینرو تحقیق حاضر با هدف تعیین ارتباط بین شدت تهوع و استفراغ در هفته های مختلف بارداری با کیفیت زندگی زنان انجام گرفته است.

روش کار

در این مطالعه توصیفی مقطعی زنان باردار مراجعه کننده به درمانگاه های پره ناتال بیمارستان های هدایت، فیاض بخش و بوعلی شهر تهران که در هفته های ۴ تا ۲۲ بارداری بودند در سال ۱۳۸۶ بررسی گردیدند. افراد دارای علائم استفراغ وخیم حاملگی (شواهد ابتلا به دهیدراتاسیون و اختلالات الکترولیتی) و یا دچار بیماری های دستگاه گوارش، کبدی، هیپرتیروئیدی از مطالعه حذف گردیدند. بعد از اخذ رضایت جهت شرکت در تحقیق، پرسش نامه ای شامل متغیرهای دموگرافیک، شدت تهوع و استفراغ و کیفیت زندگی توسط نمونه های

تهوع و استفراغ یکی از شکایات شایع دوران بارداری است که اغلب بصورت یکی از اولین علائم حاملگی بعد از اولین عقب افتادگی عادت ماهیانه اتفاق می افتد و اغلب تا اواخر ۳ ماهه دوم ادامه خواهد داشت (۱). در گذشته عقیده بر این بود که تهوع و استفراغ تا هفته ۱۴ ادامه می یابد ولی مطالعات اخیر نشان داده اند که ۹۰٪ افراد تا هفته ۲۲ این عارضه را تجربه می کنند (۲). تهوع و استفراغ دوران بارداری کارایی افراد را بشدت کاهش میدهد که درجه این محدودیت با شدت تهوع و استفراغ مرتبط می باشد (۳) بگونه ای که در موارد شدید، حتی بسیاری از زنان دچار انزوای فیزیکی، اجتماعی و روانی می گردند و کیفیت زندگی آنها تحت تاثیر قرار می گیرد (۴). برای مثال تحقیق انجام شده در زمینه بررسی کیفیت زندگی زنان باردار دچار تهوع و استفراغ در آمریکا و استرالیا مؤید کاهش کیفیت زندگی در ابعاد فیزیکی و روانی می باشد (۵). با این وجود هنوز ارتباط بین شدت

نتایج

نتایج این پژوهش نشان داد که میانگین سنی واحدهای پژوهش $4/5 \pm 25/6$ سال و میانگین درآمد آنان 137 ± 286 هزار تومان بوده است. اکثریت نمونه ها نولی پار ($57/3\%$)، غیر سیگاری ($98/2\%$)، دارای تحصیلات متوسطه ($72/3\%$)، دارای مسکن استیجاری ($76/4\%$)، خانه دار ($90/9\%$) و فاقد سابقه تهوع در مرحله قبل بارداری ($88/2\%$) بوده اند.

مقایسه متغیرهای تعداد حاملگی، سیگاری بودن، تحصیلات، شغل و تهوع قبل از بارداری در هفته های مختلف بارداری (۴ تا ۷، ۸ تا ۱۱، ۱۲ تا ۱۵، ۱۶ تا ۱۹ و ۲۰ تا ۲۲) اختلاف معناداری در گروه های فوق الذکر نشان نداد بنابراین با هم همگن بودند. اما دو عامل سن ($P=0/0001$) و سطح درآمد ($P=0/01$) در هفته های مختلف بارداری دارای اختلاف معنادار بودند (جدول شماره ۱).

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود میانگین نمرات کلی تهوع و استفراغ در هفته های ۴ تا ۷، ۸ تا ۱۱، ۱۲ تا ۱۵ و ۱۶ تا ۱۹ بصورت معناداری از هفته ۲۰ تا ۲۲ بیشتر بوده است ($P=0/0001$). متوسط نمرات استفراغ در هفته های ۴ تا ۷، ۸ تا ۱۱ و ۱۲ تا ۱۵ بصورت معناداری از هفته ۲۰ تا ۲۲ بالاتر بوده است ($P=0/0001$) و هر چه سن حاملگی بالاتر می رود از متوسط نمرات استفراغ کاسته می شود و این کاهش از هفته های ۸ تا ۱۱ شروع شده و تا هفته های (۲۰ تا ۲۲) ادامه دارد و بخصوص این کاهش در هفته های (۱۶ تا ۱۹) بوضوح دیده می شود.

میانگین نمرات کیفیت زندگی در بعد جسمی در هفته های (۴ تا ۷) و (۸ تا ۱۱) بطور معناداری از هفته های (۲۰ تا ۲۲) بالاتر بود که نشان دهنده کیفیت زندگی پایین تر در این مرحله از بارداری می باشد.

میانگین نمرات کیفیت زندگی در بعد روانی در هفته های (۴ تا ۷) بطور معناداری از هفته های (۱۶ تا ۱۹) و (۲۰ تا ۲۲) بالاتر بوده است ($P=0/0001$) (جدول شماره ۳). در نهایت بین متوسط نمرات کیفیت زندگی در بعد جسمی و متوسط نمرات تهوع و استفراغ در تمام هفته - های بارداری ارتباط وجود دارد که در هفته های ۴ تا ۷،

پژوهش تکمیل گردید. مشخصات دموگرافیک شامل سن، تعداد فرزندان، تعداد حاملگی، شغل، میزان تحصیلات، مسکن، سابقه مصرف سیگار و تهوع قبل از بارداری و هفته بارداری بود. شدت تهوع و استفراغ با شاخص استاندارد شده Rhodes (۶) بررسی گردید. در این پرسش نامه ۸ عامل تعداد، شدت و مقدار استفراغ، تعداد، مدت و شدت تهوع، تعداد و شدت آق زدن در طول ۱۲ ساعت گذشته مورد سؤال قرار گرفت. هریک از این عوامل نمره ۱ تا ۵ را به خود اختصاص دادند که نمره ۱ نشان دهنده عدم وجود علائم و نمره ۵ نشان دهنده شدت بسیار زیاد علائم بوده است.

کیفیت زندگی نیز با استفاده از پرسش نامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در تهوع و استفراغ بارداری بررسی شد که کیفیت زندگی را در ابعاد جسمی - روانی مورد پرسش قرار می داد (۷).

این پرسش نامه شامل ۳۰ سؤال بود. پایایی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بررسی گردید که مقدار ضریب بدست آمده $0/73$ بود که بدین وسیله اعتماد (پایایی) این ابزار مورد تأیید قرار گرفت. جهت روایی (اعتبار) ابزار مورد نظر از نظرات ۱۵ نفر از اعضای هیئت علمی استفاده گردید. در هر یک از سئوالات مربوط به کیفیت زندگی نمره ۱ نشان دهنده عدم وجود مشکل و نمره ۵ نشان دهنده شدید بودن علائم است. جهت سهولت بررسی آماری کیفیت زندگی در دو بعد جسمی و روانی تقسیم و تحت آنالیز آماری قرار گرفت.

اطلاعات بدست آمده در ۵ گروه بر اساس هفته حاملگی تقسیم گردیدند (۴ تا ۷، ۸ تا ۱۱، ۱۲ تا ۱۵، ۱۶ تا ۱۹ و ۲۰ تا ۲۲) و جهت مقایسه فاکتورهای دموگرافیک در هفته های مختلف بارداری از آزمون X^2 و آنالیز واریانس (Anova) استفاده شد. جهت مقایسه میانگین شدت تهوع و استفراغ حاملگی و کیفیت زندگی در هفته - های مختلف بارداری از آزمون کروسکال والیس و تست Tukey استفاده گردید. برای تعیین ارتباط شدت تهوع و استفراغ حاملگی و کیفیت زندگی در بعد جسمی و روانی در هفته های مختلف بارداری از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد.

۱۲ تا ۱۵ و ۱۶ تا ۱۹ این ارتباط شدیدتر می باشد (جدول شماره ۴). بین متوسط نمرات کیفیت زندگی در بعد روانی و متوسط نمرات تهوع و استفراغ در هفته های (۱۲ تا ۱۵) و (۱۶ تا ۱۹) ارتباط وجود دارد (جدول شماره ۵).

بحث و نتیجه گیری

عوامل متعددی تهوع و استفراغ حاملگی و کیفیت زندگی را تحت تاثیر قرار می دهند. از این رو تمام فاکتورهای دموگرافیک که می توانند روی شدت تهوع و استفراغ تاثیر داشته باشند و قبلاً توسط O'Brein و همکارانش (۲۰۰۲) توصیف گردیده اند، در این مطالعه مدنظر قرار گرفته اند. در حالیکه (۵۰٪) زنان بهبود تهوع تا هفته ۱۴ را گزارش کرده اند اما تهوع و استفراغ در ۱۰ درصد افراد تا هفته ۲۲ ادامه داشته است. مطالعه ما نشان می دهد که شدت تهوع و اق زدن با افزایش سن حاملگی کاهش دارد بطوریکه میانگین نمرات تهوع و اق زدن در هفته های ۴ تا ۷ بصورت معناداری از هفته های ۱۶ تا ۱۹ و ۲۰ تا ۲۲ بالاتر می باشد در مورد استفراغ نیز با افزایش سن حاملگی متوسط نمرات استفراغ کمتر می شود بطوری که از هفته های ۸ تا ۱۱ این کاهش شروع شده و در هفته های ۲۰ تا ۲۲ به حداقل خود می رسد، اما بنظر می رسد که متوسط نمرات و میزان کاهش متوسط نمرات استفراغ در هفته های ۸ تا ۱۱، ۱۲ تا ۱۵، ۱۶ تا ۱۹ و ۲۰ تا ۲۲ کمتر از متوسط نمرات و سرعت کاهش نمرات تهوع و اق زدن می باشد. الگوی تغییرات تهوع و اق زدن تا حدودی متفاوت از الگوی استفراغ می باشد. این نتایج نشان دهنده این مطلب است که در برنامه مراقبتی از زنان دچار تهوع و استفراغ حاملگی باید تغییرات و شدت تهوع و اق زدن مجزا از استفراغ در هفته های مختلف بارداری مد نظر قرار گیرند. یافته های پژوهش در ارتباط با کیفیت زندگی نشان میدهند که با افزایش سن حاملگی از متوسط نمرات کیفیت زندگی در بعد جسمی کاسته میشود. اما بنظر می رسد که شدت کاهش متوسط نمرات کیفیت زندگی در بعد روانی در هفته های مختلف کمتر از کاهش متوسط نمرات کیفیت زندگی در بعد جسمی می باشد.

ارتباط بین شدت تهوع و استفراغ حاملگی و کیفیت زندگی نیز با استفاده از ضریب همبستگی

اسپیرمن برآورد گردید. بین تهوع و اق زدن و کیفیت زندگی در بعد جسمی در تمام هفته های بارداری ارتباط وجود دارد، بطوریکه ضریب همبستگی اسپیرمن در هفته های ۴ تا ۷، ۱۲ تا ۱۵ و ۱۶ تا ۱۹ نشان دهنده همبستگی شدید این دو عامل می باشد. بین متوسط نمرات استفراغ و کیفیت زندگی در بعد جسمی ارتباط معناداری در تمام هفته های حاملگی وجود دارد و ضریب همبستگی اسپیرمن در هفته های ۴ تا ۷ و ۱۲ تا ۱۵ بالاتر می باشد. با توجه به ضرایب همبستگی بدست آمده به نظر می رسد که شدت ارتباط بین نمرات استفراغ و کیفیت زندگی نسبت به ارتباط تهوع و اق زدن با کیفیت زندگی در بعد جسمی کمتر می باشد. بین متوسط نمرات تهوع و اق زدن و کیفیت زندگی در بعد روانی فقط در هفته های ۱۲ تا ۱۵ و ۱۶ تا ۱۹ ارتباط وجود دارد و بین متوسط نمرات استفراغ و کیفیت زندگی در بعد روانی فقط در هفته های ۱۲ تا ۱۵ ارتباط وجود دارد. بنابراین با توجه به یافته های فوق الذکر می توان نتیجه گرفت در مراقبت از زنان باردار دچار تهوع و استفراغ حاملگی، تهوع و اق زدن اهمیت بیشتری از استفراغ دارد. Magee و همکارانش (۲۰۰۲) نشان دادند که تهوع از بین سایر نشانه ها، مهمترین یافته در زنان باردار می باشد و استفراغ دومین شکایت شایع می باشد (۷). اینطور بنظر می رسد که نشانه های تهوع و اق زدن بعد از استفراغ از بین می روند و شدت استفراغ ممکن است ارتباط ضعیف تری با کیفیت زندگی داشته باشد. بطور معمول در مراجعات زنان باردار دچار تهوع و استفراغ، بیشتر در مورد علائم ناشی از استفراغ از بیمار سؤال می گردد و اغلب درمان های توصیه شده به زنان باردار برای کاهش شدت استفراغ می باشد در حالیکه در مطالعه حاضر بنظر می رسد که نشانه های تهوع و اق زدن دارای شدت بیشتر می باشند و ثانیاً مهمترین یافته در زنان باردار تهوع می باشد و از آنجا که بین شدت تهوع و اق زدن با کاهش کیفیت زندگی رابطه قویتری وجود دارد باید به وجود نشانه های تهوع و اق زدن در زنان باردار بیشتر توجه گردد. زیرا مداخلات درمانی کارا در تهوع و استفراغ حاملگی میتواند به بهبود کیفیت زندگی زنان باردار منجر گردد. با توجه به

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاران گرامی سرکار خانمها حسینی، رضایی، یزدی زاده و حیدری که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند سپاسگزاری می شود.

یافته های بالا پیشنهاد می گردد که: برنامه ریزی درمان و مراقبت های انجام شده در زنان باردار دچار تهوع و استفراغ بر پایه تسکین علائم تهوع و استفراغ و با هدف بهبود کیفیت زندگی افراد باردار انجام گردد.

جدول ۱: متغیرهای دموگرافیک در هفته های مختلف بارداری

نتایج آزمون آماری	هفته های حاملگی (تعداد نمونه ها در این هفته ها = n) N = (% تعداد نمونه ها برای متغیرها)					N = ۲۲۰	متغیرها
	۲۰-۲۲ n=۲۰	۱۶-۱۹ n=۳۹	۱۲-۱۵ n=۴۴	۸-۱۱ n=۶۰	۴-۷ n=۴۷		
P=0.0001 Anova	M=۲۵/۶ SD=۴/۵	M=۲۵/۶۴ SD=۴/۰۲	M=۲۶/۵ SD=۴/۴	M=۲۶/۳ SD=۴/۸۵	M=۲۲/۴۹ SD=۴/۲۶	M=۲۵/۶ SD=۴/۵	سن (سال)
P=0.01 Anova	M=۲۱۷۳۲۳ SD=۱۳۰۸۸۳	M=۲۹۳۴۶۱ SD=۱۱۶۱۰۵	M=۲۲۴۷۷۲ SD=۱۵۱۱۷۳	M=۲۷۷۷۸۳۲ SD=۱۳۴۸۸۳	M=۲۳۴۲۵۵ SD=۱۳۵۴۵	M=۲۸۶۰۶۸ SD=۱۳۷۴۳۷	درآمد (تومان)
χ^2 NS	۱۸(٪۶۰) ۱۲(٪۴۰)	۲۵(٪۶۴/۱) ۱۴(٪۳۵/۹)	۲۷(٪۶۱/۴) ۱۷(٪۳۸/۶)	۳۱(٪۵۱/۷) ۲۹(٪۴۸/۳)	۲۵(٪۵۳/۲۱) ۲۲(٪۴۶/۸)	۱۲۶(٪۵۷/۳) ۹۴(٪۴۲/۷)	تعداد حاملگی: نولی پار مولتی پار
χ^2 NS	۲۹(٪۹۶/۷) ۱(٪۳/۳)	۳۹(٪۱۰۰) ۰(٪۰)	۴۳(٪۹۷/۹) ۱(٪۲/۳)	۵۹(٪۹۸/۳) ۱(٪۱/۷)	۴۶(٪۹۷/۹) ۱(٪۲/۱)	۲۱۶(٪۹۸/۲) ۴(٪۱/۸)	سیگار کشیدن: غیر سیگاری سیگاری
χ^2 NS	۵(٪۱۶/۷) ۲۱(٪۷۰) ۴(٪۱۳/۳)	۵(٪۱۲/۸) ۳۱(٪۷۹/۵) ۳(٪۷/۷)	۸(٪۱۸/۲) ۳۰(٪۶۸/۲) ۶(٪۱۳/۶)	۱۱(٪۱۸/۳) ۴۶(٪۷۶/۷) ۳(٪۵)	۶(٪۱۲/۸) ۳۱(٪۶۶) ۱۰(٪۲۱/۳)	۳۵(٪۱۵/۹) ۱۵۹(٪۷۲/۳) ۲۶(٪۱۱/۸)	تحصیلات: ابتدایی متوسطه دانشگاهی
χ^2 NS	۲۰(٪۶۶/۷) ۱۰(٪۳۳/۳)	۲۹(٪۷۴/۴) ۱۰(٪۲۵/۶)	۲۹(٪۶۵/۹) ۱۵(٪۳۴/۱)	۴۸(٪۸۰) ۱۲(٪۲۰)	۴۲(٪۸۹/۴) ۵(٪۱۰/۶)	۱۶۸(٪۷۶/۴) ۵۳(٪۲۳/۶)	مسکن: استیجاری شخصی
χ^2 NS	۲۸(٪۹۳/۳) ۲(٪۶/۷)	۳۹(٪۹۲/۳) ۳(٪۷/۷)	۳۹(٪۸۸/۶) ۵(٪۱۱/۴)	۵۴(٪۹۰) ۶(٪۱۰)	۴۳(٪۹۱/۵) ۴(٪۸/۵)	۲۰۰(٪۹۰/۹) ۲۰(٪۹/۱)	شغل: خانه دار شاغل
χ^2 NS	۲۴(٪۸۰) ۶(٪۲۰)	۳۲(٪۸۲/۱) ۷(٪۱۷/۹)	۳۷(٪۸۴/۱) ۷(٪۱۵/۹)	۵۶(٪۹۳/۲) ۴(٪۶/۷)	۴۵(٪۹۵/۷) ۲(٪۴/۳)	۱۹۴(٪۸۸/۲) ۲۶(٪۱۱/۶)	تهوع قبل از بارداری: ندارد دارد

جدول ۲: ارتباط شدت تهوع و استفراغ حاملگی واحدهای پژوهش با سن بارداری

نتایج آزمون آماری	۲۰-۲۲ n=۲۰	۱۶-۱۹ n=۳۹	۱۲-۱۵ n=۴۴	۸-۱۱ n=۶۰	۴-۷ n=۴۷	هفته های حاملگی میانگین و انحراف معیار شدت تهوع و استفراغ حاملگی
P=۰/۰۰۰۱ $\chi^2=۵۱/۴$	M=۱/۳۲* SD=۰/۵۶	M=۱/۸۱* SD=۰/۷۹	M=۱/۹۸* SD=۰/۸۵	M=۲/۱۶* SD=۰/۶۹	M=۲/۷۲ SD=۰/۷	نمره کلی تهوع و استفراغ (۸ مورد)
P=۰/۰۰۰۱ $\chi^2=۵۳/۷۱$	M=۱/۳۹* SD=۰/۶	M=۲/۰۲* SD=۰/۹۶	M=۲/۱۱* SD=۰/۹۲	M=۲/۳۸* SD=۰/۸۶	M=۲/۸۷ SD=۰/۷	تهوع و عرق زدن (۵ مورد)
P=۰/۰۰۰۱ $\chi^2=۴۹/۰۴$	M=۱/۳۲* SD=۰/۶۳	M=۱/۴۷* SD=۰/۷۸	M=۱/۷۸* SD=۰/۹۶	M=۱/۷۹* SD=۰/۶۴	M=۲/۴۹ SD=۰/۸۸	استفراغ (۳ مورد)
* P<0.05 در مقایسه با هفته های ۴ تا ۷ با استفاده از آزمون Tukey						

جدول ۳: ارتباط کیفیت زندگی واحدهای پژوهش با سن بارداری

هفته های حاملگی	۴-۷ n=۴۷	۸-۱۱ n=۶۰	۱۲-۱۵ n=۴۴	۱۶-۱۹ n=۳۹	۲۰-۲۲ n=۳۰
کیفیت زندگی (بر حسب میانگین و انحراف معیار)					
نمره کل کیفیت زندگی	M=۲/۷ SD=۰/۳۳	M=۲/۲۹* SD=۰/۴	M=۲/۳۶* SD=۰/۶۵	M=۲/۱۶* SD=۰/۴۹	M=۲* SD=۰/۴۷
نمره کیفیت زندگی در بعد فیزیکی	M=۲/۹ SD=۰/۵۵	M=۲/۳۸* SD=۰/۵۲	M=۲/۳۵* SD=۰/۷۹	M=۲/۱* SD=۰/۶	M=۱/۹۶* SD=۰/۵۲
نمره کیفیت زندگی در بعد روانی	M=۲/۷ SD=۰/۴۱	M=۲/۳* SD=۰/۴۲	M=۲/۵ SD=۰/۶۴	M=۲/۲۸* SD=۰/۴۹	M=۲/۲۶* SD=۰/۵۸
* P<0.05 در مقایسه با هفته های ۴ تا ۷ با استفاده از آزمون Tukey					

جدول ۴: ارتباط بین تهوع و استفراغ حاملگی و کیفیت زندگی در بعد فیزیکی در هفته های مختلف بارداری

هفته های حاملگی	۴-۷ n=۴۷	۸-۱۱ n=۶۰	۱۲-۱۵ n=۴۴	۱۶-۱۹ n=۳۹	۲۰-۲۲ n=۳۰
ارتباط کیفیت زندگی در بعد فیزیکی با: شدت تهوع و استفراغ (۸ مورد)	rs = ۰/۶۶۹ P = ۰/۰۰۱	rs = ۰/۵۸۶ P = ۰/۰۰۱	rs = ۰/۷۹۲ P = ۰/۰۰۱	rs = ۰/۷۳۲ P = ۰/۰۰۱	rs = ۰/۴۹۳ P = ۰/۰۰۶
تهوع و عذ زدن (۵ مورد)	rs = ۰/۶۸ P = ۰/۰۰۱	rs = ۰/۵۷۶ P = ۰/۰۰۱	rs = ۰/۷۷۸ P = ۰/۰۰۱	rs = ۰/۶۸۷ P = ۰/۰۰۱	rs = ۰/۶۶۹ P = ۰/۰۰۴
استفراغ (۳ مورد)	rs = ۰/۷۴۷ P = ۰/۰۰۱	rs = ۰/۴۴ P = ۰/۰۰۱	rs = ۰/۶۸۷ P = ۰/۰۰۱	rs = ۰/۴۳ P = ۰/۰۰۶	rs = ۰/۴۷۱ P = ۰/۰۰۹

جدول ۵: ارتباط بین تهوع و استفراغ حاملگی و کیفیت زندگی در بعد روانی در هفته های مختلف بارداری

ارتباط کیفیت زندگی در بعد روانی با:	۴-۷ n=۴۷	۸-۱۱ n=۶۰	۱۲-۱۵ n=۴۴	۱۶-۱۹ n=۳۹	۲۰-۲۲ n=۳۰
شدت تهوع و استفراغ (۸ مورد)	rs = ۰/۱۴۷ NS	rs = ۰/۱۷۳ NS	rs = ۰/۷۴۰ P = ۰/۰۰۱	rs = ۰/۴۹ P = ۰/۰۰۲	rs = ۰/۲۳۱ P = ۰/۰۲۲
تهوع و عذ زدن (۵ مورد)	rs = ۰/۱۶۶ NS	rs = ۰/۱۷۵ NS	rs = ۰/۷۰۲ P = ۰/۰۰۱	rs = ۰/۵۵۱ P = ۰/۰۰۱	rs = ۰/۱۶۱ P = ۰/۳۹۶
استفراغ (۳ مورد)	rs = ۰/۰۷ NS	rs = ۰/۲۳۵ NS	rs = ۰/۴۶ P = ۰/۰۰۲	rs = ۰/۲۸۷ NS	rs = ۰/۰۷ P = ۰/۷۴

:

4- O'Brein B. Erans M. White-McDonald E. Isolation from being alive; coping with severe nausea and vomiting of pregnancy. Nurse Res 2002. 51. pp: 302-308.

5- 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. pp: 397-401

6- Zhou Q. O'Brien B. Soeken K. Rhodes index of Nausea and vomiting form 2 in pregnant women: a confirmatory factor analysis. Nursing Research 2001. 50. pp: 251-257.

7-Magee LA. Chandra K. Mazzota P. Stewart O. Koren G. Guyatt GH. Development of a health-related quality of life instrument for nausea and vomiting of pregnancy. AmJ Obstet Gynecol 2002. 186 (Suppl).pp:232-8

1- Attard CL...(et al). The burden of illness of severe nausea and vomiting of pregnancy in the United States. Am J Obstet Gynecol 2002.186 (Suppl). pp:220-7.

2- Lacroix R. Eason E. Melzack R. Nausea and vomiting during pregnancy: a prospective study of its frequency, intensity, pattern of change. Am J Obstet Gynecol 2000. 182.pp:931-937.

3- O'Brein B. Naber S. Nausea and vomiting during pregnancy: effects on the quality of women's lives. Birth 1992. 19. pp: 138-143.

Characteristics of nausea and vomiting in pregnancy and its association with quality of life

By: Shishehgar, F, MS in Midwifery. Payman, A, MS in Midwifery

Abstract:

Introduction: It is estimated that over 70% of pregnant women experience nausea and vomiting during the first trimester of pregnancy. Pregnancy is associated with intense physical changes in the ability to perform usual roles that may have an adverse effect on quality of life (QOL).

Objective: The aim of this study is to clarify the characteristics of nausea and vomiting in pregnancy and to determine the relationship between nausea and vomiting of pregnancy and quality of life in various weeks of pregnancy.

Methods: This study is a cross-sectional research that was carried out in three governmental hospitals. Demographic variables and health related quality of life for nausea and vomiting questionnaire were used. Rohdes index was used to determine the severity of nausea and vomiting.

Results: According to the findings, an increase in gestational age was correlated with decreasing of nausea and vomiting in pregnancy (NVP). The overall scores of NVP at 4-7 weeks was significantly higher than at 16-19 and 20-22 weeks ($P < 0.0001$). The physical scores of quality of life were significantly correlated with the overall scores of NVP and nausea and vomiting at 4-7, 12-15 and 16-19 weeks. There was a significant relationship between the severity of vomiting and decreasing quality of life at all weeks in all gestational weeks.

Conclusion: Nausea and vomiting in pregnancy can especially decrease the quality of life during pregnancy, specially in physical domain.

Key words: Nausea, Vomiting, Pregnancy, Quality of life