



عنوان مقاله : شیوع کم خونی در سه ماهه اول بارداری در زنان مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی اردستان در سال ۱۳۸۴

نویسنده‌گان : نسیم روح پرورزاده (کارشناس بهداشت مامایی مرکز بهداشت شهرستان اردستان) — دکتر حسن ذبیحی اردستانی (پزشک عمومی، شبکه بهداشت و درمان اردستان) — علیرضا الله یاری (کارشناس پرستاری، بیمارستان شهید بهشتی اردستان) — فرحت نعمت الهی (کارشناس مسئول بهداشت خانواده، مرکز بهداشت شهرستان اردستان)

مقدمه : کم خونی یکی از شایعترین مشکلات در دوران بارداری است که شیوع آن در جوامع مختلف متفاوت می‌باشد و می‌تواند زمینه ساز ایجاد خطرات مادری و جنینی بسیار مهم نظری زایمان زودرس و مرگ و میر پره ناتال در بارداری باشد . این پژوهش با هدف ارزیابی واقعی از مشکل کم خونی و هدفمند نمودن مداخلات پیشگیرانه در نظام سلامت اجراء شد.

مواد و روشها : بررسی به صورت مقطعی با استفاده از اطلاعات پرونده‌های تعداد ۱۳۴ زن باردار مراجعه کننده به واحد‌های بهداشتی در سال ۱۳۸۴ که طی ۱۲ هفته اول بارداری تشکیل پرونده بهداشتی داده و با توجه به نتایج آزمایشات هموگلوبین ثبت شده در پرونده و متغیرهای مورد بررسی شامل سن ، شغل ، تعداد بارداری تکمیل گردید. ابزار گردآوری داده‌ها چک لیست بود که در بخش اول اطلاعات شخصی و در بخش دوم میزان هموگلوبین ثبت شد. داده‌ها با آزمون آنالیز واریانس در سطح معنی دار کمتر از ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند .

نتایج : با توجه به تعریف کم خونی بر اساس مقادیر هموگلوبین کمتر از ۱۱ mg/dl در این پژوهش شیوع کم خونی در زنان باردار مورد بررسی ۶/۷ درصد بود . فراوانی کم خونی در گروه سنی ۳۵-۱۸ سال بیشتر بود . بین متغیر شغل و تعداد بارداری با کم خونی ارتباط معنی داری وجود نداشت.

بحث و نتیجه گیری : فراوانی شاخص کم خونی در این شهرستان کمتر از نتایج بدست آمده از سایر گزارشات در ده سال اخیر بود. به نظر میرسد مراقبتهای ادغام یافته سلامت مادران و توجه به سیاست‌های بهداشتی نظیر مشاوره قبل از بارداری در ارتقاء سطح بهداشتی بانوان مؤثر باشد.

کلمات کلیدی : کم خونی ، بارداری ، هموگلوبین

Key Words :Anemia – Hemoglobin - Pregnancy

مقدمه :

کم خونی از شایعترین مشکلات واپسیه به تغذیه در جهان است . بیش از دو میلیارد نفر از مردم جهان به کمبود آهن مبتلا می‌باشند و در این میان کودکان و زنان باردار آسیب پذیرتر از سایر گروه‌ها هستند(۱). بنابر گزارشات سازمان بهداشت جهانی (WHO) کم خونی مسئول تقریباً ۴۰ درصد مرگ مادران در کشورهای جهان سوم می‌باشد(۲). بارداری باعث بروز تغییرات فیزیولوژیک در بدن مادر می‌شود که شایعترین تغییر ، افزایش حجم خون است(۳). شدت افزایش حجم خون بسته به جنّه مادر ، تعداد بارداری و یک یا چند قلسه بودن بارداری متفاوت است(۴). معمولاً افزایش حجم پلاسمای طیور واضحی بیشتر از افزایش تعداد گلبول های قرمز است که موجب کاهش سطح هموگلوبین خون بطور فیزیولوژیک بویژه در سه ماهه دوم بارداری می‌شود(۵). حدود ۹۵ درصد کم خونی‌های دوران بارداری از نوع فقر آهن است که بیانگر افزایش نیاز به آهن در طول بارداری است و کم خونی فقر آهن گرچه روی هموگلوبین جنین تاثیر نمی‌گذارد اما می‌تواند منجر به اختلال رشد رحمی ، زایمان زودرس و همچنین خستگی زودرس ، سرگیجه و حتی آنژین صدری در مادر گردد(۶). نتایج مطالعه رمضانعلی و همکاران در سال ۱۳۸۵ بیانگر آن است که شیوع آنمی طی سه ماهه اول بارداری ۱۶/۲ درصد می‌باشد(۷). در استان اصفهان در سال ۱۳۷۸ شیوع کم خونی در بارداری ۱۴٪ ارزیابی شده است (۷). نتایج IMES (طرح پایش و ارزشیابی خدمات بهداشت باروری در کشور) در سال ۱۳۸۴ موارد نیازمند مراقبت بویژه در شهرستان اردستان به میزان ۹۴/۴ درصد نشان داد(۸). این

درصد در مقایسه با میزان بدست آمده در استان اصفهان (88/3 درصد) و در کشور (76/6 درصد) بیشتر می باشد. از جمله مهم ترین دلایل مراقبت ویژه زنان باردار ابتلا به کم خونی می باشد. در مواردی که زنان باردار از طرف پزشک توصیه به مصرف بیش از یک عدد قرص آهن شده بودند، ایشان خود را به عنوان فرد کم خون تلقی نمودند و بر این اساس نتایج IMES میزان ابتلا به کم خونی در بارداری 25 درصد نشان داد (8). با توجه به عوارض زیادی که کم خونی روی جنین و مادر دارد در این پژوهش تلاش نمودیم تا شیوع کم خونی را با استفاده از نتایج آزمایشگاهی که در پرونده مراقبت بارداری مادر ثبت شده است، تعیین نمائیم. ضمناً ارتباط کم خونی با برخی از مشخصات فردی (سن ، شغل و تعداد حاملگی) مورد ارزیابی قرار می گیرد. تا بتوانیم با تشخیص بموضع و انجام اقدامات ساده درمانی زمینه مناسبی در خصوص ارتقاء سطح کیفی خدمات بیوژه در سیستم های بهداشتی را فراهم نمائیم.

روش ها: این تحقیق یک مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی cross-sectional می باشد.

جامعه پژوهش را زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اردستان در سال 1384 تشکیل می دهد. حجم نمونه با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه در جوامع محدود تعداد 134 نفر برآورد گردید . تعداد زنان باردار هر مرکز تعیین شد و با توجه به نسبت موارد تشکیل پرونده ، تعداد نمونه هر مرکز معین شده و پرونده بهداشتی زنان باردار هر مرکز بطور تصادفی انتخاب شدو با توجه به معیارورود به مطالعه که تشکیل پرونده بارداری و انجام آزمایش CBC قبل از هفته شانزدهم بارداری بوده ، بعد از اخذ رضایتname از مادران ، فرم جمع آوری اطلاعات تکمیل گردید. مادرانی که اولین مراجعت ایشان بعد از هفته شانزدهم بارداری بود (با توجه به شروع تجویز مکمل آهن از هفته 16 تا انتهای بارداری) و مادرانی که بارداری دوقلویی یا بیشتر داشته و نیز اتباع خارجی از پژوهش خارج شدند. هموگلوبین کمتر از 11 به عنوان کم خونی بارداری منظور شد و مقادیر آن در سه حیطه (شديد ، متوسط و خفيف) طبقه بندی شد. به نحوی که مقادیر هموگلوبین کمتر از 7 گرم درصد در کم خونی شدید، مقادیر هموگلوبین 7 تا 10 گرم درصد در کم خونی متوسط و مقادیر هموگلوبین 10 تا 11 گرم درصد در کم خونی خفيف تقسیم شد. آزمایشات توسط آزمایشگاه مرکزی اردستان و با دستگاه کولتر KX-21 از نوع SYSMEX توسط یکی از پرسنل مهندس آزمون آماری آنالیز واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت اطلاعات فردی زن باردار نظری سن ، تعداد بارداری و اشتغال و نیز میزان هموگلوبین با توجه به نتایج آزمایش C.B.C مشخص و توسط کارشناس مامایی در فرم اطلاعات ثبت شد. اطلاعات جمع آوری شده از این پژوهش توسط نرم افزار SPSS و آزمون آماری آنالیز واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت نتایج : در این مطالعه تعداد 134 پرونده مراقبتی از زنان باردار مراجعت کننده به واحد های بهداشتی مورد بررسی قرار گرفت. یافته های پژوهش در رابطه با مشخصات فردی زنان باردار نشان داد که اکثریت زنان (97٪) در گروه سنی 35-18 سال و خانه دار (88/8٪) قرار داشتند.

از نظر تعداد بارداری (46/3٪) مربوط به بارداری اول بود و (46/3٪) بارداری دوم و سوم و 7/5 درصد بارداری چهارم و بالاتر بودند. فراوانی کم خونی به میزان 6/7 درصد و فقط از نوع خفيف تعیین شد (انواع کم خونی متوسط و شدید صفر بود). بین دو متغیر کم خونی و سن ارتباط معنی داری وجود داشت (P value =0/045). بطوری که میزان کم خونی در سنین باروری به میزان 6 درصد تعیین شد (جدول شماره یک). بین دو متغیر شغل (P value =0/045) و تعداد حاملگی (P value =0/045) با کم خونی ارتباط معنی داری نبود. ضریب همبستگی بین دو متغیر کم خونی و تعداد بارداری به میزان r=0/635 و بین دو متغیر کم خونی و شغل به میزان r=0 تعیین شد.

بحث و نتیجه گیری : در این بررسی شیوع آنمی در مادران مورد بررسی بر اساس ملاک هموگلوبین 6/7 می باشد که این میزان از میزان متوسط گزارش شده در کل کشور (14/9٪) کمتر است (9).

آنمی فقر آهن شایعترین علت آنمی در دوران بارداری است و تغذیه نامناسب ، حاملگی های مکرر ، حاملگی در سنین پائین از علل آنمی فقر آهن در دوران بارداری به شمار می رود. نتایج تحقیق در آرژانتین در سال 2002 شیوع آنمی در سه ماهه اول بارداری را 17/4 درصد گزارش نمود(10).

در مطالعه دیگری که توسط مارین و همکاران در سال 2002 در یونان انجام شده ، شیوع آنمی 16 درصد گزارش شده است (11).



در بررسی هایی که در کشور عربستان و وزوئلا صورت گرفت شیوع کم خونی به ترتیب در این مناطق ۳/۹ و ۴/۳ درصد گزارش گردید(12 و 13). در مطالعه ماسوت در سال ۲۰۰۳ در کشور بلژیک عنوان گردید که ۴/۳ درصد مادران باردار در سه ماهه اول مبتلا به کم خونی می باشند(14).

نتایج مطالعه رمضانی و همکاران در سال ۱۳۸۵ شیوع آنمی طی سه ماهه اول بارداری را ۱/۶ درصد و نتایج مطالعه اصنافی و همکاران در سال ۱۳۸۲ شیوع آنمی در طی ۱۴ هفته اول بارداری را ۹/۴ درصد نشان داد (15 و 6). در مطالعه حاضر بیشترین میزان کم خونی در زنان باردار در گروه سنی ۳۵-۱۸ سال مشاهده شد که با نتایج مطالعه اصنافی هم خوانی دارد. با توجه به مطالعه اصنافی کم خونی در گروه سنی مناسب برای بارداری (۳۴- ۱۹ سال) شایعتر از گروه سنی دارای ریسک بالا برای بارداری بود(15).

استقرار برخی سیاست های بهداشتی نظیر برنامه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران در ارتقاء شاخص های کیفی نقش ویژه ای داشته است. بررسی شاخص های کمی و کیفی در سال ۱۳۸۴ و استخراج نتایج ، شاخص آگاهی گیرنده خدمت (زنان باردار) را ۹۱٪ نشان داد (8).

با توجه به نتایج فوق الذکر به نظر می آید افزایش کیفیت مراقبت های بارداری که بعد از اجرای طرح مذکور حاصل شده است در پایین بودن فراوانی کم خونی تأثیرداشته است. پیشنهاد می شود :

۱- تقویت برنامه مراقبت قبل از بارداری و اطمینان از عدم وجود کم خونی در زنانی که داوطلب باردار شدن می باشد.

۲- آموزش به مادرانی که تحت پوشش مراقبت های بارداری می باشد بویژه توجیه ایشان در خصوص نحوه تعذیب صحیح و لزوم استفاده از مکمل های غذایی در طول بارداری

۳- طراحی و اجرای طرح تحقیقاتی مشابه با انتخاب حجم نمونه بیشتر با بررسی عوامل تاثیرگذار تشکر و قدردانی : بر خود لازم می دانم از زحمات مسئولین و پرسنل تلاشگر شبکه بهداشت و درمان اردستان و نیز آقای دکتر رضا حسین پور تشکر و قدردانی نمایم.

فهرست منابع :

- 1- Fauci A.S . , Brawnwald E. ,Issel Bacher K.J.Harrison's principles of internal medicine.15 Edition . New York , Mc Grow Hill.2001 PP:634-5
- 2-Cunningham FG, Mac Donald PG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hankins DVG. Williams Obstetrics. 20th ed . Stanford: Appleton&Lange ; 1997 : 1167-1168.
- 3- Dalman R. Present Knowledge on nutritions.Washington international life sciences institutes 1990 ;PP:241-49.
- 4- Pernoll M.Current Obstetrics & Gynecology. 8th edition . London. London.Lange.1994;PP:448-56.
- 5-Niswander K.R. ,Evans A.T.Manual of obstetrics diagnosis and therapy . 4th edition, Boston little Brown And Company. 1991;PP:64-71.
- 6-Ramazanali F, Vahid Dastjerdi M , Beigi A , et al.[The relationship between maternal HCT levels , birth weight and risk of low birth weight].Iranian Journal Of Pediatrics. 2006 ;16(4) [Persian].
- 7-Kalantary N.[Evaluation of effectiveness of the iron supplementation program for pregnant women in primary health care system in Isfahan].University of Shahid Beheshty Institu research of Nutrition Sciences & Food Technology.1999[Persian].
- 8-Nezame sabt va gozaresh shahrestane Ardestan;1384[Persian].
- 9- Borna S, Borna H ,Ghanbari Z ,Khazar Doost S . The incidence of anemia and its effective factors in pregnancy.The Journal of Tehran Faculty of Medicine.2005; 6(63):448-452[Persian].
- 10-Morasso M.C. ,Moler J. ,Vino Cur P. ,et al.Iron deficiency and anemia in pregnant women from chaco Argentina.Arch Latinoam Nutr.2002;52(4):336-43.

- 11-Marin G.H. ,Fazio P. ,Rubbo S. ,et al.Prevalence Of anemia in pregnancy and analysis of the underlying factors.Aten Primaria .2002;29(3):158-63.
- 12- Montouz A.A. , El-Said M.M. , Alakija W. , et al. Anemia among pregnant women in the asir region,Saudi Arabia:an epidemiologic study. South East Asian J Trop Med Public Health. 1994;25(1):84-87
- 13- Marti G. , Pena M. , Comunian G. , Munaz S. Prevalence of anemia during pregnancy:results of valencia(venezuela) anemia during pregnancy study . Arch Latinoam Nutr.2002;52(1):5-11.
- 14- Massot C. ,Vanderpas J.A survay of iron deficiency during pregnancy in Belgium:analysis of routin hospital laboratory data in mons. Arch Clin Belg.2003;58 (3):169-77.
- 15- Asnafi N , Sina S ,Miri SM.[Prevalence of anemia and its relationship with mothers age and gestational age in pregnant women visiting Yahyanejad hospital of Babol in 2005]. [Persian].219-213 Reproductive & Infertility .summer 2003;4 (3): Medical Journal Of

جدول شماره 1 :

فراوانی نسبی کم خونی در زنان باردار بر حسب گروه های سنی در شهرستان اردستان در سال 84

r و P value	کل		عدم وجود کم خونی Hb>11		کم خونی خفیف 9<Hb<11		وضعیت گروه سنی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
P value=0/045 r=0/023	1/5	2	100	2	0	0	کمتر از 18 سال
	97	130	93/8	122	6/15	8	18-35 سال
	1/5	2	50	1	50	1	بالاتر از 35 سال