

بررسی میزان شیوع آنمی فقر آهن در زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان قائم (عج)

دکتر نفیسه ثقفی^۱، سارا بهمن^۲، دکتر فاطمه ابریشمی^{۳*}

۱. دانشیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دانشجوی دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، تهران، ایران.
۳. استادیار گروه خون شناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۲/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۷/۱

خلاصه

مقدمه: کم خونی فقر آهن به معنای هموگلوبین کمتر از ۱۱ گرم بر دسی لیتر در سه ماهه اول و سوم و کمتر از ۱۰/۵ گرم بر دسی لیتر در سه ماهه دوم بارداری تعریف می شود. آنمی فقر آهن، شایع ترین علت کم خونی در زمان بارداری است و باعث عوارض مهمی در بارداری از قبیل وزن کم موقع تولد و زایمان زودرس و ... می شود. مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان شیوع آنمی فقر آهن در زنان باردار و بررسی ارتباط آن با برخی متغیرها انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۸۹ بر روی ۶۰۰ زن باردار مراجعه کننده به درمانگاه صبح بیمارستان قائم (عج) انجام شد. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه ای محقق ساخته بود که اطلاعات مورد نیاز شامل سن بارداری، تعداد حاملگی و زایمان، تعداد سقط جنین، سطح سواد و میزان درآمد خانوار در آن ثبت شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: در این مطالعه شیوع آنمی در واحدهای پژوهش ۱۱/۲٪ بود. در زنان باردار بین سن و آنمی ($p \leq 0/001$)، سن اولین بارداری و آنمی ($p = 0/001$) و فاصله بین بارداری فعلی با بارداری قبلی و آنمی ($p = 0/001$) ارتباط معنی داری مشاهده شد. همچنین بین سن جنین ($p = 0/0005$)، تعداد بارداری ($p = 0/001$)، تعداد زایمان ($p \geq 0/005$)، سطح سواد ($p \geq 0/0001$) و میزان درآمد ($p \geq 0/0001$) و ابتلاء به آنمی ارتباط معنی داری وجود داشت.

نتیجه گیری: افزایش تعداد بارداری و زایمان باعث افزایش شیوع فقر آهن می شود. با توجه به اینکه کم خونی فقر آهن عارضه ای قابل پیشگیری است، توجه خاص به برنامه هایی پیشگیری و تقویت سیاست های مراقبت های بهداشتی در دوران بارداری می تواند یکی از مهم ترین اولویت های بهداشتی در کشور باشد.

کلمات کلیدی: بارداری، پاریتی، کم خونی فقر آهن، گراویدیتی

* نویسنده مسئول مکاتبات: : دکتر فاطمه ابریشمی؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۸۴۱۴۴۹۹ ؛ پست الکترونیک: AbrishamiF@mums.ac.ir

مقدمه

کم‌خونی فقر آهن^۱ (IDA) شایع‌ترین اختلال خونی می‌باشد که در اثر کمبود مصرف آهن، اختلال در جذب آن و یا از دست رفتن یا افزایش نیاز به آهن ایجاد می‌شود. کم‌خونی توسط سازمان بهداشت جهانی^۲ به عنوان هموگلوبین کمتر از ۱۱ گرم در دسی لیتر تعریف شده است. در حدود ۱/۳ میلیارد نفر در جهان از آنمی رنج می‌برند. شیوع کم‌خونی در کل جمعیت برابر یا بیشتر از ۴۰ درصد است که شیوع آن در زنان بیشتر از مردان است (۱). کم‌خونی اغلب با حضور دیگر بیماری‌های مزمن مانند مالاریا، سل، HIV و دیابت بدتر می‌شود که در صورت عدم درمان منجر به افزایش مرگ و میر می‌شود (۲). کم‌خونی یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشت عمومی در جهان است که تأثیرات کوتاه مدت و بلند مدت زیادی در دوران بارداری دارد. در مجموع بیش از نیمی از زنان باردار و یک سوم زنان غیر باردار در سنین باروری از آنمی رنج می‌برند (۳). کم‌خونی ناشی از فقر آهن یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی زنان در سنین باروری به ویژه در کشورهای در حال توسعه است و زنان باردار، آسیب‌پذیرترین گروه نسبت به کم‌خونی می‌باشند (۴).

فرآیند بارداری یکی از عوامل افزایش نیاز به آهن و بنابراین یکی از عوامل خطر اصلی ابتلاء به آنمی می‌باشد. در دوران بارداری حجم پلاسما افزایش می‌یابد و باعث کاهش هماتوکریت می‌شود. این عدم تناسب بین نسبت افزایش پلاسما و اریتروسیت‌ها طی سه ماهه دوم بارداری بیشتر است. در اواخر بارداری حجم پلاسما متوقف می‌شود، در حالی که حجم هموگلوبین همچنان افزایش می‌یابد. میزان آهن انتقال یافته به جنین در یک مادر نرمال و یک مادر مبتلا به آنمی فقر آهن یکسان است، بنابراین بیشترین اثرات سوء آنمی متوجه مادر است. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، آنمی فقر آهن درمان نشده در دوران بارداری در ۴۰٪ موارد مرگ و میر مادران در کشورهای جهان سوم نقش دارد. هر چند کم‌خونی فقر آهن در زنان

باردار قابل پیشگیری است و با مصرف معمول آهن در طی بارداری کاهش می‌یابد، ولی در صورت عدم درمان، عوارض خطرناکی برای مادر و جنین دارد (۵).

کم‌خونی فقر آهن می‌تواند خطر تولد نوزاد با وزن کم را تا ۲ برابر افزایش می‌دهد. همچنین کم‌خونی می‌تواند منجر به عوارضی نظیر زایمان زودرس و یا تولد نوزاد مرده شود. وضعیت تغذیه مادر در دوران بارداری، به ویژه وضعیت دریافت ریزمغذی‌ها^۳ به طور مستقیم و غیر مستقیم بر روی وزن هنگام تولد تأثیر می‌گذارد. کمبود ریزمغذی‌ها می‌تواند ناشی از دریافت ناکافی مواد غذایی، کیفیت پایین رژیم غذایی، پایین بودن دسترسی مواد مغذی و یا تلفیقی از همه عوامل باشد (۶).

با توجه به اهمیت موضوع و میزان خط بالای آنمی فقر آهن در مادران باردار و همچنین با توجه به این مسأله که آنمی فقر آهن نسبتاً به راحتی قابل درمان و پیشگیری می‌باشد، مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان شیوع آنمی فقر آهن در زنان باردار و بررسی ارتباط آن با برخی متغیرها انجام شد.

روش کار

این مطالعه مقطعی از ۱۳۸۹/۱/۲۰ لغایت ۱۳۸۹/۶/۲۰ بر روی ۶۰۰ زن باردار مراجعه کننده به کلینیک زنان در نوبت صبح بیمارستان قائم که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، انجام شد. با توجه به اینکه در زمان انجام پژوهش، شیوع آنمی فقر آهن در کل ایران بررسی نشده بود و در مطالعات بررسی شده نیز آمار به صورت بومی گزارش شده بود، لذا نمونه گیری به صورت سرشماری انجام شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: تمام زنان باردار مراجعه کننده به کلینیک زنان که رضایت نامه امضاء کرده بودند و سابقه کم‌خونی ارثی و اکتسابی نداشتند. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل: عدم رضایت، سابقه بیماری خونی ارثی و اکتسابی و تالاسمی بود.

در مطالعه حاضر سعی بر این بود که حضور پژوهشگر خللی در کار پزشک ایجاد نکند. همچنین یک

^۱ Iron deficiency anemia

^۲ World Health Organization

^۳ Micronutrients

دارای تحصیلات ابتدایی، ۹۸ نفر (۱۶/۳٪) سیکل، ۳۰۹ نفر (۵۱/۵٪) دیپلم، ۱۲۱ نفر (۲۰/۲٪) لیسانس و ۱۹ نفر (۳/۲٪) تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر داشتند. از نظر سطح درآمد ۸ نفر (۱/۳٪) از افراد کم درآمد، ۵۷۳ نفر (۹۵/۵٪) از آن‌ها دارای درآمد متوسط و ۱۹ نفر (۳/۲٪) از افراد دارای درآمد بالا بودند.

در این مطالعه ۱۶۱ نفر (۲۶/۹٪) از افراد در سه ماهه اول بارداری، ۱۸۸ نفر (۳۱/۳٪) در سه ماهه دوم بارداری و ۲۵۱ نفر (۴۱/۸٪) در سه ماهه سوم بارداری قرار داشتند. ۲۶۵ نفر (۴۴/۲٪) از افراد اولین بارداری خود را تجربه می‌کردند و ۱۷۳ نفر (۲۸/۸٪) بارداری دوم، ۷۱ نفر (۱۱/۸٪) بارداری سوم و ۹۱ نفر (۱۵/۲٪) بارداری چهارم و بیشتر را تجربه می‌کردند. در حدود ۳۴۲ نفر (۵۷٪) از زنان باردار تا به حال زایمانی را تجربه نکرده بودند و ۱۵۰ نفر (۲۵٪) یک زایمان، ۶۳ نفر (۱۰/۵٪) دو زایمان، ۲۶ نفر (۴/۳٪) سه زایمان و ۱۹ نفر (۳/۲٪) چهار بار و بیشتر زایمان را تجربه کرده بودند. بررسی سابقه سقط جنین در زنان شرکت‌کننده نشان داد که ۴۵۴ نفر (۷۵/۷٪) از آنان هرگز سقط جنین نداشتند و ۱۰۳ نفر (۱۷/۲٪) از آن‌ها یک بار و ۴۳ نفر (۷/۹٪) دو بار یا بیشتر سقط جنین داشتند. همچنین در این مطالعه شیوع آنمی در واحدهای پژوهش ۱۱/۲٪ بود. فراوانی توزیع آنمی در زنان باردار شرکت‌کننده در این مطالعه بر حسب متغیرهای مختلف در جدول ۱ آمده است. بر اساس نتایج جدول ۱، بین سن جنین ($p=0/0005$)، تعداد بارداری ($p=0/001$)، تعداد زایمان ($p \geq 0/005$)، سطح سواد ($p \geq 0/0001$) و میزان درآمد ($p \geq 0/0001$) و ابتلاء به آنمی ارتباط معنی‌داری وجود داشت، اما بین تعداد سقط جنین و ابتلاء به آنمی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ($p=0/5$).

معرفی‌نامه از سوی مسئولین مربوطه جهت اطلاع و کسب اجازه برای تحقیق تنظیم و به آن مرکز ارائه شد. قبل از شروع مطالعه تمام اهداف پژوهش برای نمونه مورد نظر تشریح شد و از افراد رضایت‌نامه دریافت شد. برای تمام بیمارانی که وارد مطالعه شدند، هموگلوبین، هماتوکریت و سطح فریتین خون اندازه‌گیری شد. هموگلوبین کمتر یا مساوی ۱۱ گرم بر دسی لیتر برای سه ماهه اول و سوم بارداری و هموگلوبین کمتر یا مساوی ۱۰/۵ گرم بر دسی لیتر برای سه ماهه دوم بارداری و فریتین کمتر از ۱۳ میلی گرم بر لیتر به عنوان آنمی فقر آهن در نظر گرفته شد (۱۵).

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای محقق ساخته بود که بر اساس مطالعه کتاب‌ها و مجلات و مقالات متعدد و تحقیقات سایر کشورها تنظیم شد. جهت تعیین اعتبار علمی پرسشنامه از روش اعتبار محتوا استفاده شد. سؤالات و اطلاعات پرسشنامه شامل، سن، تعداد بارداری قبلی، تعداد زایمان، سن بارداری فعلی، میزان تحصیلات، سطح درآمد، سابقه سقط، زایمان زودرس، سابقه بیماری خونی ارثی و اکتسابی و تالاسمی بود. در این مطالعه تمام اطلاعات بیماران حفظ و تمام پرسشنامه‌ها بدون ذکر نام کدگذاری شد.

در مرحله بعد اطلاعات مورد نیاز و سازگار با اهداف پژوهش توسط شخص پژوهشگر از نمونه مورد نظر جمع‌آوری و در پرسشنامه ثبت شد. داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و روش‌های آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه از بین ۶۰۰ زن باردار مورد مطالعه از نظر سطح تحصیلات، ۸ نفر (۱/۳٪) بی‌سواد، ۴۵ نفر (۷/۵٪)

جدول الف: فراوانی توزیع آنمی در زنان باردار شرکت کننده در این مطالعه بر حسب متغیرهای مختلف

p	χ^2	با آنمی		بدون آنمی		
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
0/005	10/5	4/3	7	95/7	154	سه ماهه اول
		12/8	24	87/2	62	سه ماهه دوم
		14/3	7	85/7	43	سه ماهه سوم
0/001	16/9	7/2	19	92/8	246	اول
		9/2	16	90/8	157	دوم
		19/7	14	80/3	57	سوم
		19/8	18	80/2	73	چهارم و بیشتر
<0/005	43/05	7/2	19	92/8	246	بدون زایمان
		9/2	16	90/8	157	زایمان اول
		19/7	14	80/3	57	زایمان دوم
		19/8	18	80/2	73	زایمان سوم
		31/6	6	68/4	13	زایمان چهار یا بیشتر
0/5	5/29	7/2	19	92/8	246	بدون سقط
		9/2	16	90/8	157	یک سقط
		19/7	14	80/3	57	دو یا بیشتر
<0/0001	66/38	75	8	25	2	بیسواد
		35/8	16	64/4	29	ابتدایی
		10/2	10	98/8	88	سیکل
		8/4	26	91/6	283	دیپلم
		7/4	9	92/6	112	لیسانس
		0	0	100	19	فوق لیسانس و بالاتر
<0/0001	26/77	23/1	24	76/9	80	کمتر از ۱۲۶۰۰۰
		11/7	22	88/3	166	۱۲۶-۲۰۰ هزار تومان
		11	16	89	130	۲۰۰-۳۰۰ هزار تومان
		6/2	4	93/8	61	۳۰۰-۴۰۰ هزار تومان
		2/5	1	97/5	39	۴۰۰-۵۰۰ هزار تومان
		0	0	100	88	بیش از ۵۰۰ هزار تومان

حداکثر آن بین ۳۵-۱۳ سال بود. همچنین میانگین و انحراف معیار سن اولین بارداری در زنان بارداری که دچار آنمی نبودند $22/87 \pm 3/82$ سال و در زنان بارداری که مبتلا به آنمی بودند $21/26 \pm 3/25$ سال بود. حداقل و حداکثر سن اولین بارداری در زنانی که مبتلا به آنمی بودند بین ۲۷-۱۶ سال و در زنانی که مبتلا به آنمی نبودند بین ۳۵-۱۳ سال بود. در این مطالعه بین سن اولین بارداری و آنمی در زنان باردار تفاوت معنی داری وجود داشت ($t=3/29$) ($p=0/001$). میانگین فاصله بین بارداری فعلی با بارداری قبلی همچنین حداکثر آن ۱۸ سال بود.

در این مطالعه میانگین سن واحدهای پژوهش $26/67 \pm 5/07$ سال بود و حداقل و حداکثر سن آن ها ۱۶ و ۴۲ سال بود. همچنین میانگین سن افرادی که دچار آنمی بودند $29/16 \pm 5/61$ سال و در زنان بارداری که مبتلا به آنمی نبودند $26/35 \pm 4/92$ سال بود. حداقل و حداکثر سن زنانی که مبتلا به آنمی بودند بین ۴۰-۱۹ سال و در زنانی که مبتلا به آنمی نبودند بین ۴۲-۱۶ سال بود. در این مطالعه بین سن و آنمی زنان باردار تفاوت معنی داری وجود داشت ($p \leq 0/001$). میانگین و انحراف معیار سن اولین بارداری شرکت کنندگان $22/69 \pm 3/79$ سال بود و حداقل و

میانگین فاصله بین بارداری فعلی با بارداری قبلی در زنان بارداری که دچار آنمی نبودند $4/01 \pm 3/86$ سال و در زنان باردار مبتلا به آنمی $2/23 \pm 3/85$ سال بود. حداکثر فاصله بین بارداری فعلی با بارداری قبلی در زنان مبتلا به آنمی ۱۱ سال و در زنانی که مبتلا به آنمی نبودند ۱۸ سال بود. در این مطالعه بین فاصله بارداری فعلی با بارداری قبلی و آنمی در زنان باردار تفاوت معنی داری وجود داشت ($t=3/73$) ($p=0/001$).

بحث

اکثر زنان شرکت کننده در این مطالعه در سه ماهه سوم بارداری و در اولین بارداری خود قرار داشتند و تاکنون زایمانی را تجربه نکرده بودند. همچنین اکثر زنان شرکت کننده در این مطالعه سابقه سقط جنین نداشتند. بر اساس نتایج این مطالعه با افزایش سن جنین میزان آنمی افزایش می یابد. همچنین با افزایش تعداد بارداری و تعداد زایمان، میزان آنمی افزایش می یابد. در این مطالعه بین تعداد سقط و آنمی ارتباطی وجود نداشت. آنمی در افراد تحصیل کرده کمتر از افراد بی سواد و همچنین در افراد با میزان درآمد بیشتر کمتر از افراد کم درآمدتر بود. میانگین سن زنان کم خون کمتر از زنان سالم بود و میانگین سن اولین بارداری نیز در زنان کم خون کمتر از زنان سالم بود. همچنین فاصله بین بارداری فعلی با بارداری قبلی در زنان مبتلا به آنمی کمتر از سایر زنان بود.

در مطالعه نویدیان و همکاران (۲۰۰۶) که با هدف تعیین میزان کمخونی فقر آهن در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر زاهدان انجام شد، میزان شیوع کمخونی با شاخص هموگلوبین کمتر از $10/5$ گرم بر دسی لیتر، $12/9\%$ بود. میزان شیوع کمخونی با شاخص فریتین کمتر از 12 میکروگرم بر لیتر، $42/2\%$ بود. همچنین بین میزان فریتین و مصرف آهن در دوران بارداری ارتباط معنی داری وجود داشت که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۳). در مطالعه جلالی و همکاران (۲۰۰۵) نیز که با هدف بررسی فراوانی کمخونی ناشی از فقر آهن در زنان باردار شهرستان اسلام شهر انجام شد نیز مشابه مطالعه حاضر

اکثر زنان مبتلا به آنمی در سه ماهه سوم بارداری قرار داشتند. مطالعه مذکور نشان داد که شیوع کمبود آهن در زنان باردار شهرستان اسلام شهر بالاست که می تواند به کمخونی ناشی از فقر آهن در بارداری های بعدی نیز منجر شود (۷). در مطالعه رهبر و همکاران (۲۰۱۴) آنمی فقر آهن در ۳۱ و ۲۷ درصد از زنان به ترتیب در ابتدای بارداری و در هفته ۳۶ بارداری وجود داشت. همچنین بین آنمی فقر آهن با تعداد بارداری مادر و عفونت دوران بارداری در ابتدای بارداری ارتباط معناداری وجود داشت اما در هفته ۳۶ بارداری ارتباط معنی داری وجود نداشت (۸).

در مطالعه خادمی و همکاران (۲۰۰۴) میزان ابتلاء زنان باردار به کمخونی $17/5\%$ و میزان ابتلاء آنها به کمخونی فقر آهن 13% بود. این میزان در مطالعه حاضر 11% برآورد شد. نتایج مطالعه خادمی نشان داد که بین زایمان زودرس و تعداد روزهای خونریزی قاعدگی و آنمی فقر آهن ارتباط معنی داری وجود داشت (۹).

در مطالعه مستاجریان و همکاران (۲۰۱۳) که با هدف بررسی شیوع آنمی در زنان باردار با بارداری های ناخواسته و پرخطر و عوامل مؤثر بر آن در استان اصفهان انجام شد، میزان شیوع آنمی در استان اصفهان $9/4\%$ بود که دامنه آن بین $2/2-27/2\%$ پراکنده بود. این میزان کمی پایین تر از مطالعه حاضر برآورد شد. با این حال مشابه مطالعه حاضر میزان شیوع خطر کمخونی با افزایش سن بارداری و تعداد باروری بیشتر، سن بیشتر مادر و تحصیلات کمتر مادر مرتبط بود و افزایش می یافت. همچنین دیگر نتایج مطالعه مذکور نشان داد که آنمی با میزان مراقبت کمتر قبل از بارداری و بارداری ناخواسته افزایش می یابد (۴).

میزان شیوع کمخونی در مطالعه کاراوقلو و همکاران (۲۰۱۰) $27/1\%$ بود. بر اساس نتایج آن مطالعه داشتن چهار کودک یا بیشتر، بودن در سه ماهه سوم حاملگی و داشتن درآمد پایین خانواده پیش بینی کننده کمخونی در دوران بارداری است. کمخونی با خوردن خاک^۱ همراه بود و در نیمی از زنان مبتلا به آنمی،

¹ PICA

میزان اشباع ترانسفرین^۱ پایین بود. همچنین ۱۰٪ از افراد دچار فقر آهن^۲، ۳۴/۵٪ دچار کمبود ویتامین B12 و ۷۱/۷٪ دچار کمبود فولات^۳ بودند (۱).

در مطالعه آلم و همکاران (۲۰۱۳) در اتیوپی، شیوع کم‌خونی ۲۱/۶٪ برآورد شد. این میزان بیشتر از میزان به دست آمده در مطالعه حاضر بود. اتیوپی یکی از کشورهای توسعه نیافته می‌باشد و میزان متوسط فقر آهن در آن منطقه بالاتر از ایران است. مشابه با مطالعه حاضر در آن مطالعه بیش از نیمی از زنان باردار در سه ماهه سوم بارداری بودند. اکثر موارد کم‌خونی (۴۹٪) از نوع خفیف بود و حدود ۴۶٪ از افراد دچار کم‌خونی متوسط و ۵٪ کم‌خونی شدید داشتند. خطر ابتلاء به کم‌خونی در زنان باردار بالای ۳۴ سال، روستایی، با سابقه مالاریا و فاقد مکمل های آهن به طور قابل توجهی بیشتر بود (۵).

در مطالعه آدیس آلن و همکار (۲۰۱۴) مشابه مطالعه حاضر میانگین سن مادران ۲۷ سال و سن اولین بارداری ۱۸ سال بود. همچنین میانگین تعداد بارداری ۴/۹، تعداد زایمان ۳/۸ و تعداد فرزندان ۳/۶ بود. در آن مطالعه متوسط سطح هموگلوبین ۱۰/۸ گرم در دسی لیتر بود. همچنین ۴۵/۲٪ از زنان باردار در سه ماهه دوم و ۲۴/۸٪ در سه ماهه سوم بارداری بودند و ۱۲٪ در سه ماهه اول بارداری قرار داشتند. در مطالعه حاضر اکثر زنان مبتلا به آنمی در سه ماهه سوم بارداری قرار داشتند. میزان کم‌خونی ۵۶/۸٪ بود که ۱۲٪ کم‌خونی شدید، ۲۶٪ کم‌خونی متوسط و ۲۸/۹٪ کم‌خونی خفیف داشتند. در آن مطالعه مشابه مطالعه حاضر اکثر زنان مبتلا به آنمی بی‌سواد، خانه دار و با سطح درآمد پایین بودند (۱۰).

شیوع کم‌خونی در مطالعه دیم و همکار (۲۰۰۷) ۴۰٪ بود که اکثر آن‌ها کم‌خونی خفیف، ۹٪ کم‌خونی متوسط و هیچ موردی از کم‌خونی شدید وجود نداشت. همچنین متوسط زمان بین بارداری فعلی و آخرین بارداری ۲/۲ سال برآورد شد. در آن مطالعه شیوع کم‌خونی به طور قابل توجهی با افزایش سن بارداری

افزایش می‌یافت. نرخ کم‌خونی در سه ماهه سوم بارداری بیشتر بود (۱۱). هر چند میزان شیوع کم‌خونی در مطالعه دیم بیشتر از مطالعه حاضر بود که به قاعدتاً به دلیل بالاتر بودن متوسط آنمی در آفریقا به دلیل شرایط جغرافیایی و سطح تغذیه می‌باشد، ولی سایر نتایج آن با مطالعه حاضر همخوانی داشت.

در مطالعه جعفر و همکار (۲۰۱۴)، شیوع کم‌خونی ۲۱/۳٪ برآورد شد. ۲۱۸۰٪ زنان باردار دچار کم‌خونی خفیف، ۱۷/۸٪ متوسط و ۱/۲٪ شدید بودند. مشابه مطالعه حاضر در آن مطالعه نیز سن بالا، بی‌سوادی، خانواده‌های پرجمعیت، در سه ماهه سوم بارداری بودن، فاصله تولد کمتر از ۲ سال و تعدد بارداری پیش بین کم‌خونی بودند (۱۲). در مطالعه ماگ و همکاران (۲۰۰۹) در چین، ۶۴۱۳ زن در سه ماهه سوم بارداری از پنج منطقه با دامنه سنی ۲۴-۳۷ سال انتخاب شدند. به طور کلی شیوع کم‌خونی ۵۸/۶٪ بود. همچنین بین شیوع کم‌خونی در زنانی که دارای شغل فکری و کسانی که دارای شغل‌های فیزیکی بودند اختلاف معنی‌داری وجود داشت. همچنین شیوع کم‌خونی در بین کسانی که دارای تحصیلات کمتر بودند بیشتر بود. همچنین در آن مطالعه آنمی در کودکانی که در هنگام تولد وزن بالاتر داشتند کمتر از کودکانی بود که دارای وزن کمتر بودند (۱۳).

در مطالعه بیگ انصاری و همکاران (۲۰۰۸) اکثر افراد کم خون دارای کم‌خونی خفیف و متوسط بودند و شیوع کم‌خونی شدید ۰/۷٪ بود. زنان سالم (غیر کم‌خون^۴) به طور قابل توجهی بلندتر، سنگین تر وزن تر و دارای نمره شاخص توده بدنی^۵ بالاتر بودند. در آن مطالعه نوشیدن بیش از سه فنجان چای در روز، خوردن خاک و عدم مصرف تخم مرغ و یا کمتر از دو بار در هفته در دوران بارداری به طور قابل توجهی با کم‌خونی همراه بود. همچنین مصرف گوشت قرمز کمتر از دو بار در هفته قبل از بارداری با کم‌خونی و غلظت پایین هموگلوبین همراه بود (۱۴).

^۴ Nonanemic

^۵ body mass index

^۱ transferrin saturation

^۲ iron deficiency

^۳ deficient in folate

کم‌خونی فقر آهن عارضه ای قابل پیشگیری است و یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر در مقابل این نوع کم‌خونی زنان باردار می‌باشند، توجه خاص به برنامه‌هایی پیشگیری و تقویت سیاست‌های مراقبت‌های بهداشتی و تغذیه ای مادران در دوران بارداری و برنامه‌های ارتقاء آموزش بهداشت می‌تواند یکی از مهم‌ترین اولویت‌های بهداشتی در کشور باشد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و تمام شرکت‌کنندگان که ما را در انجام این مطالعه مساعدت نمودند، تقدیر و تشکر می‌شود.

ارتقاء وضعیت تغذیه و دریافت ریزمغذی‌ها به ویژه دریافت مکمل آهن در دوران بارداری یکی از راه کارهای پیشگیری از تولد نوزاد با وزن کم است (۶). از نقاط قوت مطالعه حاضر این بود که تمام نمونه‌ها در یک آزمایشگاه و توسط شخص واحد بررسی شد و نقاط ضعف مطالعه حاضر تعداد کم نمونه و عدم پراکندگی آن در مراکز مختلف درمانی بود.

نتیجه گیری

افزایش تعداد بارداری و زایمان باعث افزایش شیوع فقر آهن می‌شود. همچنین آنمی با سطح سواد و میزان درآمد خانوار ارتباط مثبت دارد. با توجه به اینکه

منابع

- Karaoglu L, Pehlivan E, Egri M, Deprem C, Gunes G, Genc MF, et al. The prevalence of nutritional anemia in pregnancy in an east Anatolian province, Turkey. BMC Public Health. 2010;10(1):329.
- Gangopadhyay R, Karoshi M, Keith L. Anemia and pregnancy: a link to maternal chronic diseases. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2011;115:S11-S5.
- Navidian A, Ebrahimi Tabas E, Hamed S, Ghaljeh M, Yaghoobinia F. Prevalence of iron deficiency anemia in pregnant women referred to health centers of Zahedan. JOURNAL OF REPRODUCTION AND INFERTILITY. 2006;7(2(27)):132-8.
- Mostajeran M, Hassanzadeh A, Toloei AA, Majlessi F, Shariat M, Aghdak P. Paper: PREVALENCE OF IRON DEFICIENCY ANEMIA IN UNWANTED AND HIGH RISK PREGNANCIES IN ISFAHAN PROVINCE, IRAN. 2013.
- Alem M, Enawgaw B, Gelaw A, Kenaw T, Seid M, Olkeba Y. Prevalence of anemia and associated risk factors among pregnant women attending antenatal care in Azezo Health Center Gondar town, Northwest Ethiopia. Journal of Interdisciplinary Histopathology. 2013;1(3):137-44.
- Sheykholeslam R, Safavi S, Salehi M, Minae iM, Samadpoor K, Kolahdooz F. the study of prevalence of low weight infants associated with iron and folic acid supplementation during pregnancy. Ninth Congress of Nutrition, Iran; 2006; Tabriz university of medical sciences congress portal; 2006.
- Jalali M, Siassi F, Ghiasvand R, Jarollahi N, Gheibi F, Fatehi F, et al. Iron deficiency anemia in pregnant women in Eslamshahr. Journal of Kerman University of Medical Sciences. 2005;12(4):271-7.
- Rahbar N, Ghorbani R, Fariba RA. Prevalence of iron deficiency anemia and its complications in pregnant women referred to medical-health centers in Semnan. the Iranian journal of obstetrics, gynecology and infertility 2014, Page 12-17;17(128):12-7.
- Khademi Z, Shahi A, Farshidfar G, Zare S, Vaziri F. The prevalence of iron deficiency anemia in pregnant women who referred to health care centers of Bandar Shariati journal of Hormozgan university of medical sciences 2004;1(8):27-31.
- Addis Alene K, Mohamed Dohe A. Prevalence of anemia and associated factors among pregnant women in an urban area of eastern Ethiopia. Anemia. 2014;2014.
- Dim CC, Onah HE. The prevalence of anemia among pregnant women at booking in Enugu, South Eastern Nigeria. Medscape General Medicine. 2007;9(3):11.
- Jufar AH, Zewde T. Prevalence of anemia among pregnant women attending antenatal care at tikur anbesa specialized hospital, Addis Ababa Ethiopia. J Hematol Thromb Dis. 2014;2(125):2.
- Ma AG, Schouten E, Wang Y, Xu RX, Zheng MC, Li Y, et al. Anemia prevalence among pregnant women and birth weight in five areas in China. Med Princ Pract. 2009;18(5):368-72.
- Baig-Ansari N, Badruddin SH, Karmaliani R, Harris H, Jehan I, Pasha O, et al. Anemia prevalence and risk factors in pregnant women in an urban area of Pakistan. Food and nutrition bulletin. 2008;29(2):132.
- f.Gary -Cunningham , Williams ob Stetrics 24st.ed .
- New yourk , Mc Graw-Hill Companies. 2014 pp 1102-1103.