

شیوع برخی عوامل خطر ساز در زنان باردار استان

کرمانشاه در سال ۱۳۸۹

دکتر یحیی پاسدار^۱، نیلوفر حیدری^۲، دکتر یحیی صفری^{۳*}، رویا صفری
فرامانی^۴، ندا ایزدی^۵، مهر انگیز جمشید پور^۶، میترا دربندی^۷

۱. استادیار گروه علوم تغذیه، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.
۲. کارشناس تغذیه، مرکز بهداشت استان کرمانشاه، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.
۳. استادیار گروه رادیولوژی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.
۴. دانشجوی دکترای اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.
۵. کارشناس بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.
۶. کارشناس ارشد جمعیت شناسی، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.
۷. کارشناس بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۴/۲۷ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۷/۱۲

خلاصه

مقدمه: زنان باردار از گروه های آسیب پذیر جامعه هستند، بنابراین ارزیابی و پایش سلامت در حین بارداری برای مادر و نوزاد اهمیت زیادی دارد. مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت سلامت مادران باردار استان کرمانشاه در سال ۱۳۸۹ انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی- تحلیلی در سال ۱۳۸۹ در سطح استان کرمانشاه انجام شد. داده های مربوط به سلامت مادران شامل اطلاعات فردی، تن سنجی و خون شناسی از "نظام مراقبت مادر باردار" و از کلیه شهرستان های تابعه استان کرمانشاه گرفته شد. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و روش های آمار توصیفی، آزمون همبستگی پیرسون و آزمون Z مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: تعداد کل بارداری ها در سال ۱۳۸۹ در استان کرمانشاه، ۳۲۴۵۰ نفر بود. میزان شیوع اضافه وزن ۲۲/۹٪، کم وزنی ۵/۷٪، کم خونی ۳/۶٪، فشار خون بالا ۱/۴٪، دیابت بارداری ۱/۲٪ و مشکلات دهان و دندان ۱۱/۷٪ بود. بین میزان شیوع دیابت (p=۰/۰۲۳)، کم خونی (p=۰/۰۰۱)، اضافه وزن (p=۰/۰۲۰) و کم وزنی (p=۰/۰۲۲) در شهرستان های مختلف استان کرمانشاه تفاوت آماری معنی داری وجود داشت. میزان شیوع سقط ۴/۷٪، مرده زایی ۰/۶۴٪ و زایمان زودرس ۲٪ بود. بیشترین شیوع کم خونی، اضافه وزن و دیابت به ترتیب در شهرستان های صحنه، پاوه و دالاهو و کمترین میزان آن در کنگاور، ثلاث باباجانی و گیلانغرب مشاهده شد. شیوع بارداری ناخواسته در استان ۴/۶٪ و سزارین ۴۲٪ بود که بیشترین میزان آن در قصر شیرین با حدود ۵۰٪ گزارش شد.

نتیجه گیری: شیوع اضافه وزن و کم وزنی در مادران باردار استان کرمانشاه بالا می باشد.

کلمات کلیدی: اضافه وزن، دیابت، زایمان زودرس، زایمان سزارین، سقط جنین، سن بارداری، کم خونی

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر یحیی صفری؛ دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران. تلفن: ۰۸۳۱-۸۲۶۲۰۰۵
پست الکترونیک: ysafari79@yahoo.com

مقدمه

بارداری، یکی از پدیده های طبیعی و حیاتی به شمار می رود و سالانه حدود ۱۸۰ میلیون زن باردار در سرتاسر دنیا وجود دارد (۱). اگرچه بارداری، امری طبیعی است که می تواند با فرآیند زایمان طبیعی به تولد نوزادی سالم ختم شود، اما با کوچکترین غفلت و ناآگاهی، این جریان طبیعی می تواند منجر به فاجعه مرگ مادر و نوزاد شود. سلامت زنان در سنین باروری عمدتاً تحت تأثیر باروری و نقش مادری آنان است و سلامت آنان در این مدت، بر سلامت دراز مدت آنها و اعضاء خانواده به خصوص کودکان آنها تأثیر می گذارد (۲).

شکل گیری یک باروری طبیعی مستلزم بلوغ بیولوژیک مادر، مصونیت در مقابل تمام بیماری های قابل پیشگیری، کنترل اختلالات متابولیکی و مزمن، مراقبت به موقع و مکرر در طول بارداری، افزایش وزن بدن در یک حد قابل قبول و دریافت مواد مغذی کافی می باشد (۳). بهبود وضعیت سلامت مادران یکی از اهداف مهم توسعه هزاره سازمان ملل است. با توجه به این که دوران بارداری یکی از حساس ترین دوره های زندگی زنان بوده و اکثر مرگ هایی که در این دوران یا در حین زایمان اتفاق می افتد، قابل پیشگیری هستند؛ ارائه مراقبت های بهداشتی دوران بارداری یکی از راهکارهای اساسی در ارتقاء سلامت مادران و پیشگیری از مرگ و میر آنان می باشد (۴، ۵).

مطالعات مختلف نشان داده اند که وضعیت تغذیه ای مادر، قبل و در طول بارداری، سلامت مادر و جنین را تحت تأثیر قرار می دهد (۳). از بین مسائل و مخاطرات دوران بارداری و مشکلات متعدد تغذیه ای، کم خونی ناشی از فقر آهن به علت بالا بودن شیوع و عوارض نامطلوب آن، دیابت بارداری و همچنین چاقی به عنوان مشکلات عمده تهدید کننده سلامتی مطرح می باشند. کم خونی ناشی از فقر آهن شایع ترین کمبود تغذیه ای در جهان است و حدود ۳۰٪ از جمعیت جهان دچار کمبود آهن، با و بدون کم خونی می باشند (۶). برآورد سازمان جهانی بهداشت نشان می دهد که ۵۶٪ از زنان باردار در کشورهای در حال توسعه، ۱۸٪ در کشورهای توسعه یافته و ۸۰٪ در جنوب آسیا دچار کم خونی هستند و قسمت عمده ای از این آنمی، ناشی از فقر آهن

می باشد که مسبب ۴۰٪ مرگ و میر مادران در این کشورها می باشد (۷، ۸). بر اساس اطلاعات گزارش شده در ایالت متحده، علی رغم دسترسی به رژیم غذایی مناسب، این مشکل در بین ۷/۸ میلیون نفر از زنان جوان مشاهده می شود (۹). علاوه بر سوء تغذیه، عواملی مانند کار مکرر، سقط جنین و مصرف بیش از حد چای یا قهوه پس از وعده های غذایی در ایجاد کم خونی در دوران بارداری نقش دارند. کم خونی در دوران بارداری می تواند منجر به زایمان زودرس، وزن کم هنگام تولد، نقص جنین و مرگ مادر و نوزاد شود (۱۰).

یکی دیگر از مشکلات زنان باردار، دیابت بارداری (GDM)^۲ می باشد. شیوع دیابت بارداری در کشورهای مختلف بین ۱۴-۱٪ گزارش شده است (۱۱، ۱۲). اختلاف در شیوع این بیماری علاوه بر تفاوت های نژادی، مربوط به روش غربالگری و ملاک های تشخیصی است (۱۳، ۱۴). تقریباً ۷٪ بارداری ها با دیابت بارداری، عرضه دار شده و منجر به ابتلاء بیش از ۲۰۰ هزار نفر در سال می شود (۱۵). در ایران نیز شیوع دیابت بارداری در شهر تهران معادل ۴/۷٪ گزارش شده است (۱۶). از جمله عوامل خطر مرتبط با دیابت بارداری که در بسیاری از مطالعات به آن اشاره شده است می توان به چاقی، سن، سابقه دیابت بارداری قبلی، سابقه خانوادگی دیابت و سابقه سقط اشاره کرد (۱۷).

اضافه وزن و چاقی نیز در زنان سنین باروری باعث بارداری های پر خطر و اثرات مخرب بر روی جنین و بروز مشکلات روحی در آنان می شود. چاقی در ابتدای بارداری، باعث افزایش خطر سقط خود به خودی و نواقص مادرزادی و در اواخر بارداری باعث ظهور سندرم متابولیک، خطر عفونت دستگاه ادراری، اختلالات فشارخون و دیابت بارداری به دلیل افزایش مقاومت انسولین در مقایسه با زنان غیر چاق می شود (۱۸). شیوع چاقی در زنان باردار در بیرجند و اصفهان به ترتیب ۲۴/۸٪ و ۱۱/۲٪ و در بزریل ۲۴/۵٪ گزارش شده است (۱۹-۲۱).

با توجه به اینکه سلامت و بیماری زنان باردار نه تنها کیفیت زندگی آنان را تحت تأثیر قرار می دهد، بلکه می

² Gestational Diabetes Mellitus

تواند در وضع زندگی و سلامت جنین در نسل های آینده نیز نقش داشته باشد (۲۲) و با توجه به نقش مادران در تأمین سلامت خانواده، بررسی دقیق تر وضعیت سلامت مادران در سطوح مختلف به منظور طراحی برنامه ها و سیاست های اجرایی ارتقاء سلامت مادران و کاهش مرگ و میر امری ضروری به نظر می رسد. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت سلامت مادران باردار استان کرمانشاه در سال ۱۳۸۹ انجام شد تا بتوان در برنامه ریزی های آتی بهداشتی، همچنین اصلاح خط مشی ارائه مراقبت های بارداری، نتایج سودمندی را به دست آورد.

روش کار

این مطالعه توصیفی- تحلیلی (مقطعی) در سال ۱۳۸۹ در سطح استان کرمانشاه انجام شد. داده های مربوط به سلامت مادران از "نظام مراقبت مادر باردار" از کلیه شهرستان های تابعه استان کرمانشاه گرفته شد. بر اساس برنامه کشوری مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران باردار، کلیه واحدهای بهداشتی- درمانی شهری و روستایی موظف به تشکیل پرونده و ارائه مراقبت های منظم به زنان باردار تحت پوشش این مراکز هستند. تمام زنان باردار طی سه ماهه اول، دوم و سوم بارداری جهت انجام آزمایش خون به مراکز آزمایشگاهی ارجاع داده می شوند که پس از دریافت جواب، به واحد بهداشتی- درمانی مربوطه مراجعه کرده و نتایج آزمایشات در پرونده آنان ثبت می شود. همچنین واحد بهداشت خانواده کلیه مراکز، وزن و قد مادران باردار را در ابتدای بارداری اندازه گیری کرده و شاخص توده بدنی (BMI)^۳ آنان را بر اساس ضوابط و دستورالعمل وزارت بهداشت تعیین می کند. بر اساس دستورالعمل وزارت بهداشت و درمان، کم وزنی در مادر باردار (شاخص توده بدنی کمتر از ۱۹/۸) و نیز اضافه وزن (شاخص توده بدنی بیشتر از ۲۶) تعریف شده است. فرم های موجود در مراکز بهداشتی بر اساس دستورالعمل وزارت بهداشت تکمیل می شوند. در مطالعه حاضر نیز شاخص توده بدنی کمتر از ۱۹/۸ و شاخص

توده بدنی بیشتر یا مساوی ۲۶ در محاسبات کمبود وزن و اضافه وزن در نظر گرفته شدند.

بر اساس تعریف اطلاعات موجود در پرونده زنان باردار تحت پوشش که بر اساس کدبندی استاندارد دستورالعمل کشوری نظام سلامت مادران وارد دفاتر "مراقبت های ممتد مادران باردار" می شود، اطلاعات موجود در پرونده های مادران به صورت حضوری و هنگام مراجعه آنها به مراکز بهداشتی تکمیل و اندازه گیری های آنتروپومتریک و نتایج آزمایشات دوران بارداری آنها در پرونده ها ثبت شد. در خانه های بهداشت روستایی و مراکز بهداشتی شهری، این آمارهای ثبت شده به صورت تعداد و درصد به فرم های مخصوص مادران باردار وارد شدند که تعدادی از این آمارها به صورت ماهیانه و تعدادی نیز هر ۶ ماه یکبار به مرکز بهداشت استان گزارش شد. در مطالعه حاضر از داده های موجود در مرکز بهداشت استان کرمانشاه که در فاصله زمانی ۶ ماهه اول سال ۱۳۸۹ و کل سال گردآوری شده بود، استفاده شد. مقادیر مربوط به سقط، زایمان زودرس و مرده زایی، از اطلاعات ثبت شده در مرکز بهداشت استان کرمانشاه گرفته شد. آمارهای ارائه شده در این مطالعه تنها مربوط به مراکز دولتی تحت پوشش مرکز بهداشت استان بوده و آمارهای مربوط به مراکز خصوصی در این بررسی آورده نشد. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت تحلیل اطلاعات فردی از جداول و نمودارهای آمار توصیفی، جهت تعیین ارتباط بین متغیرها از آزمون همبستگی پیرسون و جهت مقایسه دو نسبت از آزمون Z استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

تعداد کل مادران باردار در سال ۱۳۸۹ در استان کرمانشاه ۳۲۴۵۰ نفر و تعداد کل زایمان ها و تعداد مولید زنده به ترتیب ۲۸۰۶۳ و ۲۷۷۷۸ بود. تعدادی از بارداری ها منجر به سقط (۱۵۳۳ مورد) و مرده زایی (۲۰۸ مورد) شده اند، ۲۶۴۴ از مادران به علت مهاجرت، ختم بارداری پس از پایان مطالعه و همچنین مراجعه

³ Body Mass Index

شهرستان جوانرود (۱۶/۳٪) بود. بیشترین موارد بارداری پنجم به بعد در شهرستان ثلاث باباجانی (۱۰/۲٪) و کمترین آن در قصر شیرین (۰/۸٪) مشاهده شد. در سطح استان، ۳/۲٪ از بارداری ها، بارداری پنجم به بعد و ۵۷/۴٪ موارد نیز بارداری اول بود. فاصله کمتر از ۳ سال بین بارداری ها در شهرستان پاوه بیشتر از سایر شهرستان ها بود. این آمارها به تفکیک شهرستان های تابعه استان کرمانشاه در جدول ۱ ارائه شده است.

نکردن به مراکز بهداشتی - درمانی پس از زایمان از بررسی خارج شدند. زایمان زودرس ۶۴۶ مورد گزارش شده بود. اکثر زنان باردار (۸۶/۶٪) مورد مطالعه محدوده سنی ۱۸ تا ۳۵ سال داشتند. ۸۲۵ نفر (۳٪) از زنان در سطح استان، بارداری زیر ۱۸ سال داشتند. کمترین موارد بارداری زیر ۱۸ سال در شهرستان گیلانغرب (۰/۷٪) و بیشترین موارد آن در شهرستان هرسین (۵/۵٪) مشاهده شد. بیش از ۱۰٪ بارداری های سطح استان در سن بالای ۳۵ بود که کمترین میزان آن مربوط به شهرستان کنگاور (۷/۷٪) و بیشترین آن مربوط به

جدول ۱- توزیع فراوانی عوامل پرخطر در زنان باردارمورد مطالعه در استان کرمانشاه در سال ۱۳۸۹

متغیر	سن مادر هنگام تولد نوزاد زنده					
	> ۱۸ سال	۱۸ تا ۳۵ سال	< ۳۵ سال	فاصله > ۳ سال	بارداری اول	بارداری ≤ ۵
شهرستان های استان کرمانشاه	درصد	درصد	درصد	درصد	درصد	درصد
اسلام آباد	۲	۸۹/۴	۸/۶	۶/۲	۱۷۲/۱	۲/۶
پاوه	۱/۳	۸۴/۴	۱۴/۴	۱۰/۱	۴۴/۳	۵/۴
ثلاث باباجانی	۱/۹	۸۷/۵	۱۰/۶	۴/۷	۴۳/۶	۱۰/۲
جوانرود	۳/۶	۸۰/۱	۱۶/۳	۶/۶	۳۴/۳	۶/۱
دالاهو	۱/۸	۸۶/۳	۱۱/۹	۷	۵۲/۶	۴/۴
روانسر	۱/۹	۸۳/۹	۱۴/۲	۷/۵	۴۵/۲	۳/۵
سرپل ذهاب	۳/۸	۸۱/۲	۱۵	۵/۹	۵۰/۹	۳/۴
سنقر	۳/۵	۸۶/۳	۱۰/۱	۵/۸	۵۹	۲/۳
صحنه	۳/۶	۸۶/۶	۹/۸	۵	۴۳/۵	۱/۸
قصرشیرین	۱/۱	۸۳/۸	۱۵/۱	۹/۲	۴۶/۱	۰/۸
کرمانشاه	۳/۲	۸۷/۵	۹/۴	۶	۴۸/۴	۲/۵
کنگاور	۲/۱	۹۰/۲	۷/۷	۵/۵	۴۷/۱	۲/۹
گیلانغرب	۰/۷	۸۴/۴	۱۴/۹	۵	۵۱/۲	۱/۳
هرسین	۵/۵	۸۶/۳	۸/۲	۵/۸	۳۸/۱	۳/۵
متوسط استانی	۳	۸۶/۶	۱۰/۴	۶/۱	۵۷/۴	۳/۲

قصرشیرین و پاوه مشاهده شد. حدود ۱۲٪ از مادران باردار از مشکلات دهان و دندان رنج می بردند که بیشترین موارد آن در اسلام آباد غرب (۲۵/۵٪) و کمترین آن در هرسین بود که از این شهرستان هیچ موردی گزارش نشد. تنها ۶۸ نفر (۰/۲٪) از مادران باردار قبل از بارداری دچار خونریزی بیش از حد قاعدگی بودند. در این مطالعه در کل استان ۱۳۲ نفر (۰/۵٪) مبتلا به اکلامپسی و پره اکلامپسی شده بودند. متوسط شاخص بی سوادگی زنان در استان کرمانشاه ۲۳/۱٪ بود که بیشترین درصد آن به شهرستان ثلاث باباجانی

۴۲٪ زایمان ها در سطح استان به روش سزارین انجام شده بود که بیشترین موارد سزارین در شهرستان قصرشیرین (۴۹/۱٪) و کمترین آن در جوانرود (۳/۱٪) مشاهده شد. حدود ۵٪ بارداری ها ناخواسته بود که بیشترین آن در شهرستان صحنه (۱۲/۳٪) و کمترین آن در شهرستان هرسین (۰/۳٪) گزارش شد. عاقبت بارداری در ۱۵۳۳ نفر (۴/۷٪) موارد منجر به سقط، ۲۰۸ نفر (۰/۶٪) مرده زایی و ۶۴۶ نفر (۲٪) منجر به زایمان زودرس شد که بیشترین موارد سقط، مرده زایی و زایمان زودرس به ترتیب در شهرستان های صحنه،

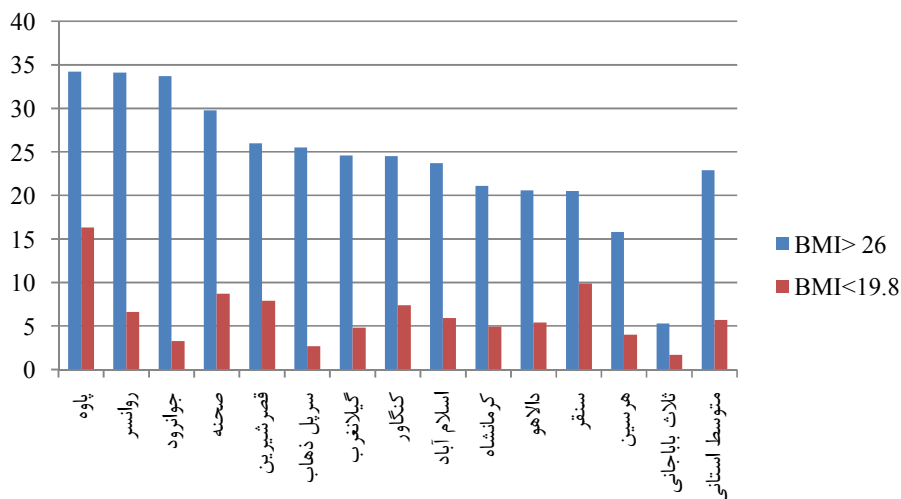
(/۳۹/۵) و کمترین آن به شهرستان کرمانشاه (/۱۸/۵) تعلق داشت. بیشترین شیوع کم خونی به ترتیب مربوط به شهرستان های قصر شیرین (/۱۹/۲)، جوانرود (/۷/۱)، روانسر (/۵/۲) و اسلام آباد (/۴/۲) بود. بیشترین شیوع فشارخون بالا و /۱/۲ دیابت بارداری بوده اند (جدول ۲).

جدول ۲- درصد شیوع عوارض ناشی از بارداری در مادران باردار استان کرمانشاه در سال ۱۳۸۹

نام شهرستان	متغیر کم خونی	فشارخون بالا	دیابت بارداری
اسلام آباد	۴/۲	۱/۲	۱/۸
پاوه	۷/۱	۱/۹	۱/۴
ثلاث باباجانی	۳/۸	۲/۳	۰/۴
جوانرود	۳/۴	۱/۱	۱/۸
دالاهو	۵/۲	۲	۳/۱
روانسر	۳/۲	۰/۸	۱/۲
سرپل ذهاب	۳/۳	۱/۵	۰/۸
سنقر	۲/۷	۱/۲	۱/۴
صحنه	۱۹/۲	۱/۸	۰/۶
قصرشیرین	۲/۷	۰/۷	۰/۸
کرمانشاه	۳/۳	۱/۳	۱/۳
کنگاور	۰/۵	۱/۱	۱/۱
گیلانغرب	۲/۹	۱/۵	۰/۲
هرسین	۳/۹	۱/۵	۰/۸
متوسط استانی	۳/۶	۱/۴	۱/۲

شاخص در پاوه و کمترین آن در ثلاث باباجانی مشاهده شد. میزان شاخص توده بدنی زنان باردار در شهرستان های مختلف استان کرمانشاه از نظر آماری تفاوت معنی داری را نشان داد ($p=0/025$). نمودار ۱ شیوع کم وزنی و اضافه وزن را به تفکیک شهرستان های تابعه استان نشان می دهد.

تفاوت بین میزان های شیوع گزارش شده دیابت ($p=0/023$)، کم خونی ($p=0/0$)، اضافه وزن ($p=0/020$) و کم وزنی ($p=0/022$) در شهرستان های مختلف استان از نظر آماری معنی داری بود. شیوع کم وزنی (شاخص توده بدنی کمتر از ۱۹/۸) در سال ۱۳۸۹ در سطح استان کرمانشاه ۵/۷٪ و شیوع اضافه وزن (شاخص توده بدنی بیشتر از ۲۶) ۲۲/۹٪ بود، که بیشترین شیوع هر دو



نمودار ۱- درصد شیوع اضافه وزن و کم وزنی مادران باردار استان کرمانشاه در سال ۱۳۸۹ به تفکیک شهرستان

مقایسه متوسط استانی یافته های شاخص سلامت سال نشان داد (جدول ۳).
مادران، اختلاف معنی داری را بین ۶ ماهه اول و کل

جدول ۳- مقایسه درصد شیوع شاخص های سلامت مادران باردار استان کرمانشاه طی شش ماهه اول سال و کل سال ۱۳۸۹ به تفکیک شهرستان

نام شهرستان	کم وزنی		اضافه وزن		دیابت بارداری		کم خونی	
	۶ ماهه اول	کل سال	۶ ماهه اول	کل سال	۶ ماهه اول	کل سال	۶ ماهه اول	کل سال
اسلام آباد	۲/۹	۵/۹	۱۰/۷	۲۳/۷	۱/۶	۱/۸	۸/۷	۴/۲
پاوه	۴	۱۶/۳	۴۴/۵	۳۴/۲	۲	۱/۴	۲/۸	۷/۱
ثلاث باباجانی	۲/۹	۱/۷	۴/۹	۵/۳	۰/۸	۰/۴	۶	۳/۸
جوانرود	۲/۷	۳/۳	۱۷/۴	۳۳/۷	۱/۱	۱/۸	۸/۹	۳/۴
دالاهو	۴/۲	۵/۴	۱۲	۲۰/۶	۱/۷	۳/۱	۴/۵	۵/۲
روانسر	۳/۷	۶/۶	۲۹/۸	۳۴/۱	۳/۷	۱/۲	۸/۷	۳/۲
سربل ذهاب	۱/۸	۲/۷	۲۰/۱	۲۵/۵	۱/۴	۰/۸	۱۰/۶	۳/۳
سنقر	۱۱/۷	۹/۹	۱۲	۲۰/۵	۰/۹	۱/۴	۹/۲	۲/۷
صحنه	۵/۹	۸/۷	۱۸/۷	۲۹/۸	۱/۵	۰/۶	۳/۳	۱۹/۲
قصرشیرین	۳/۱	۷/۹	۲۳/۸	۲۶	۱/۳	۰/۸	۱۴	۲/۷
کرمانشاه	۳/۱	۴/۹	۱۸/۶	۲۱/۱	۱/۳	۱/۳	۱۳/۲	۳/۳
کنگاور	۵/۱	۷/۴	۲۲/۹	۲۴/۵	۰/۹	۱/۱	۱/۸	۰/۵
گیلانغرب	۳/۱	۴/۸	۱۰/۹	۲۴/۶	۱/۸	۰/۲	۲/۹	۲/۹
هرسین	۳/۱	۴	۹/۳	۱۵/۸	۱/۶	۰/۸	۵/۵	۳/۹
متوسط استانی	۳/۷	۵/۷	۱۷/۹	۲۲/۹	۱/۳	۱/۲	۹/۸	۳/۶
سطح معنی داری*	۰/۰۰۳		۰/۰۰۱		۰/۲۳۲		۰/۰۰۱	

*آزمون تی

شیوع این دو شاخص در ۶ ماهه اول سال کمتر از کل سال بود. درصد شیوع دیابت بارداری و کم خونی در ۶ ماهه اول سال بیشتر از کل سال گزارش شد. بین

بین درصد شیوع کم وزنی ($p=0/003$) و اضافه وزن ($p<0/001$) گزارش شده در ۶ ماهه اول سال و کل سال تفاوت آماری معنی داری وجود داشت و میزان

شیوع کم خونی در ۶ ماهه سال و کل سال تفاوت آماری معنی داری مشاهده شد ($p < 0.001$).

بحث

کم خونی در بین زنان باردار همواره در نوسان است و تغییرات اندکی با گذشت سالیان در بین کشورها گزارش شده است. در مطالعه حاضر میزان شیوع کم خونی در بین زنان باردار استان کرمانشاه کمتر از ۴٪ بود، ولی بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۵-۱۹۹۳) شیوع کم خونی زنان باردار در ایران بیش از ۴۰٪ گزارش شده است (۲۳). در خوش بینانه ترین حالت، این می تواند به دلیل ارتقاء وضعیت سلامت مادران و یا بهبود وضعیت تغذیه ای و کاهش عوامل مرتبط با ایجاد کم خونی در طی چند سال اخیر باشد. اما این کاهش شدید که با آمارهای اعلام شده از سوی WHO فاصله زیادی دارند، می تواند ناشی از روش های غیر دقیق غربالگری، افزایش آگاهی مادران، استفاده از ابزارهای نامناسب و یا گزارش دهی نادرست باشد که به هر حال، نیاز به توجه بیشتر و ریشه یابی عوامل اصلی آن وجود دارد. شیوع کم خونی در مطالعات انجام شده در بیمارستان های دانشگاهی شهر تهران (۱۷/۵٪)، شهر سبزوار (۱۵/۹٪)، شیراز (۲۹/۲٪) و در همدان (۲/۴٪) (۲۴-۲۷) و در سایر کشورها مانند سودان (۶۲/۶٪)، تایلند (۱۹/۲٪)، چین (۱۹/۱٪) و مالزی (۲۱/۲٪) گزارش شده است (۲۰). کم خونی به خصوص در کشورهای در حال توسعه به دلیل تغذیه نادرست مادران و مصرف نکردن آهن تکمیلی، شیوع بیشتری دارد. شایع ترین علت کم خونی (حدود ۸۱٪) در دوران بارداری، کم خونی ناشی از فقر آهن است (۲۴). کم خونی ناشی از فقر آهن تنها محدود به افراد با وضعیت تغذیه پایین نیست، بلکه در زنان باردار با وضعیت تغذیه ای مناسب نیز مشاهده می شود. بنابراین تمام زنان باردار علاوه بر تغذیه صحیح و کامل، نیاز به مکمل آهن نیز دارند (۲۸). مولینا (۱۹۷۴) طی مطالعه ای در کشور هنگ کنگ، ضمن بررسی شیوع کم خونی ناشی از فقر آهن در زنان باردار، علت اصلی آن را فیبر غذایی، تعداد زایمان های زیاد و مصرف برنج اعلام کرد (۲۹). در مطالعه رحیمی (۱۳۸۷) در کرمانشاه، شیوع دیابت بارداری (GDM) در زنان باردار تحت پوشش مراکز

بهداشتی درمانی شهر کرمانشاه ۳/۴٪ گزارش شد (۱۷) و در مطالعه حاضر میزان شیوع ۱/۲٪ به دست آمد که مقایسه این دو میزان شیوع، کاهش شیوع دیابت بارداری را در استان کرمانشاه نشان می دهد. با توجه به نتایج سایر مطالعات، شیوع دیابت بارداری در استان کرمانشاه پایین تر از سایر مناطق می باشد که علت آن می تواند مربوط به تفاوت در روش انجام تست غربالگری، مسائل قومیتی، ژنتیکی، چاقی و سن مادران باشد. با توجه به اینکه حدود ۴۰ درصد از موارد دیابت بارداری، طی سال های آینده تبدیل به دیابت می شود، کنترل عوامل خطر ساز در این زمینه می تواند باعث کاهش میزان بروز دیابت در دوران بارداری شود (۱۷) بنابراین می توان با بالا بردن دقت آزمایشات غربالگری دیابت و نیز بهبود سیستم گزارش دهی در مراکز بهداشتی درمانی، آمارهای دقیق تر و قابل اعتمادتری را از این شاخص به دست آورد. نتایج مطالعات مختلف بیانگر تأثیر چاقی مادران به عنوان عاملی مؤثر در بروز عوارض متابولیک و پیامدهای نامطلوب دوران بارداری از جمله پره اکلامپسی، فشارخون بارداری، ماکروزومی و سزارین می باشد (۳۰، ۳۱). با توجه به اینکه تغییر شاخص توده بدنی در انتهای بارداری مربوط به شاخص توده بدنی ابتدای بارداری و میزان وزن گیری مادر طی بارداری می باشد، امروزه به عنوان یک واقعیت علمی، پذیرفته شده که اضافه وزن و چاقی از جمله عوامل خطرزای دیابت نوع ۱ و ۲ و دیابت بارداری هستند (۳۲-۳۴). در مطالعه طباطبائی و همکاران (۲۰۰۷) در اصفهان، شیوع اضافه وزن، ۱۱/۲٪ (۱۹) و در مطالعه شریف زاده و همکاران (۲۰۰۹) شیوع اضافه وزن در بیرجند ۲۴/۸٪ و در رشت ۴۶/۷٪ گزارش شد. این تفاوت با توجه به محرومیت شهر بیرجند نسبت به شهر رشت می تواند قابل پیش بینی و معقول باشد (۲۰). در مطالعه حاضر میزان شیوع کم وزنی ۵/۷٪ و اضافه وزن ۲۲/۹٪ بود. با توجه به مطالعات انجام شده در این زمینه، علت کم وزنی را می توان ناشی از تغذیه نامطلوب مادران در دوران بارداری به دلیل محرومیت منطقه و مراقبت های با کیفیت نامطلوب دوران بارداری در ایران و کشورهای در حال توسعه نسبت به کشورهای پیشرفته دانست (۲۰).

در این زمینه بسیار مهم می باشد که بر اساس تقاضای مادران که مبنی بر عدم اطلاعات کافی آنها می باشد، اقدام به عمل سزارین نکنند بلکه طبق وجود علت واقعی، اقدام به انجام زایمان به روش جراحی نمایند (۳۶).

در مطالعه حاضر شیوع بارداری با فاصله کمتر از ۳ سال، ۶۱٪ بود که نسبت به سایر مطالعات مشابه پایین تر می باشد، می توان بهبود آموزش های ارائه شده به مادران را یکی از عوامل تأثیرگذار در این زمینه بیان کرد که ادامه این آموزش ها در سطح استان به ویژه در شهرستان ها می تواند باعث بالا رفتن اطلاعات مادران و بهتر شدن زمان فاصله گذاری بین تولدها شود. مطالعات نشان داده اند که مقایسه فاصله بارداری ۲۳-۱۲ ماه با فاصله طولانی تر از ۴۸ ماه، به طور معنی داری خطر ابتلاء به پره اکلامپسی را افزایش می دهد. فاصله گذاری مناسب بین فرزندان باعث افزایش سلامت مادر می شود و او را قادر می سازد تا زمانی باردار شود که آمادگی لازم را داشته باشد (۳۸-۳۹).

یکی از عوامل مؤثر در بروز خطر دوران بارداری، سن مادر می باشد و در صورت بروز بارداری در دو طیف سن باروری (کمتر از ۲۰ سال و بیشتر از ۳۵ سال) مشکلات و عواقب بارداری تشدید می شود (۴۲-۴۰). مطالعات مختلف نشان داده اند که بین بارداری در سنین کمتر از ۲۰ سال با افزایش عوارضی نظیر زایمان زودرس، تأخیر رشد جنینی، تولد نوزاد کم وزن و مرگ و میر حول و حوش زایمان و همچنین فراوانی میزان فشار خون بارداری، دیابت، عمل جراحی سزارین، جفت سر راهی، ماکروزومی و زایمان های پیش از موعد در بارداری های بالای ۳۵ سال ارتباط معنی داری وجود دارد (۴۳-۵۰). در مطالعه حاضر، ۳٪ بارداری ها کمتر از ۱۸ سال و بیش از ۱۰٪ بارداری ها بالای ۳۵ سال بودند. با توجه به خطراتی که این مادران، جنین و نوزاد آنها را تهدید می کند، لزوم آموزش های مداوم قبل از بارداری در زنان جوان ضروری می باشد. وجود اختلاف در مناطق مختلف استان در خصوص متغیرهای مورد اندازه گیری ممکن است به علت تفاوت های ژنتیکی، فرهنگی و اقتصادی- اجتماعی در این مناطق باشد که در برخی شهرستان ها هنوز به اضافه وزن و چاقی زنان به دید مثبت نگاه می

احتمالاً وجود این تفاوت ها ناشی از سن مادر باردار، شیوه زندگی، رتبه بارداری و وضعیت اقتصادی- اجتماعی خانواده ها باشد، زیرا وضعیت نامطلوب اقتصادی باعث می شود که مادران، بارداری را در شرایط نامناسب تغذیه ای شروع کرده و افزایش وزن مطلوبی در این دوران نداشته باشند. گذار سلامت و افزایش دسترسی به منابع غذایی به علت افزایش سطح تحصیلات و به دنبال آن افزایش منابع مالی در دسترس خانواده می تواند از مهمترین علل افزایش شیوع اضافه وزن در جوامع مختلف باشد. با توجه به گسترش خدمات آموزشی، انتظار می رود که همگام با افزایش سطح تحصیلات و افزایش آگاهی در رابطه با عوامل خطر، شیوع بیماری های مزمن از جمله چاقی کاهش یابد. توجه بیشتر به موضوعاتی نظیر تغییر شیوه زندگی می تواند از مهمترین اولویت های نظام سلامت جهت کاهش معضل چاقی و اضافه وزن مطرح شود (۳۵).

در ایران آمار جراحی سزارین سه برابر آمار جهانی است. بر اساس یک بررسی کشوری، جمعیتی و بهداشتی در سال ۱۳۷۹، سزارین ۳۵٪ از زایمان ها را در ایران به خود اختصاص داده است. در این بررسی، ۴۲٪ زایمان ها به روش سزارین انجام گرفته بود که درصد بالایی را شامل می شود. در این بررسی، علل افزایش عمل سزارین در ایران را تمایل مادر باردار، شرایط انجام زایمان طبیعی در بیمارستان ها، انگیزه پزشک و تغییرات شرایط اجتماعی بیان کردند (۳۶). در مطالعه رانه (۲۰۰۶) که بر روی مادران مراجعه کننده به بیمارستان سنندج انجام شد، ۴۸/۳ درصد از مادران، شایعترین علت انتخاب سزارین را ترس و ۱۸/۳ درصد از آنان حفظ سلامت جنین بیان کردند (۳۷). با توجه به این امر که عواقب ناخواسته، خصوصاً در مادر، در سزارین بیشتر از زایمان طبیعی است، بهتر است زایمان سزارین تنها در مواردی که ضرورت داشته و به تأیید شورای پزشکی رسیده باشد انجام شود. در این زمینه مهمترین نقش را کارکنان مراکز بهداشتی درمانی ایفا می کنند که با بالا بردن آگاهی مادران در مورد بی خطر بودن زایمان طبیعی و عوارض ناشی از عمل جراحی، آنها را ترغیب به انجام زایمان به روش طبیعی نمایند. نقش متخصصین زنان نیز

اشاره کرد که به صورت سرشماری بوده و یکایک پرونده های مراجعین مورد بررسی قرار گرفت. از نقاط ضعف مطالعه حاضر می توان به عدم دقت در ثبت اطلاعات در برخی پرونده ها و نحوه جمع آوری اطلاعات از مراجعین اشاره کرد.

نتیجه گیری

شیوع اضافه وزن و کم وزنی در مادران باردار استان کرمانشاه بالا می باشد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از کلیه کارشناسان معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه که ما را در گردآوری اطلاعات یاری کردند، تشکر و قدردانی می شود.

شود. یافته ها نشان می دهند که ارائه خدمات، عملکرد پرسنل و مدیریت نظام شبکه بهداشتی در حال بهبود است اما در غالب موارد از توجه به کیفیت خدمات، غفلت شده و مستندات بهداشتی درمانی به طور دقیق در پرونده ها درج نشده است. اطلاعات ناقص و گاهاً با دقت پایین، باعث اتلاف سرمایه و کاهش اعتماد به این نوع مستندات می شود، که می توانند در ارزیابی و سیاست گذاری های بهداشتی درمانی اهمیت بسزایی داشته باشند. مقایسه آمارهای ارائه شده در ۶ ماهه اول سال با کل سال ۱۳۸۹ نیز این مطلب را تأیید می کند که گردآوری آمارهای مربوط به مراقبت های دوران بارداری با دقت و شیوه مناسبی تدوین نشده است. از این رو لازم است که در ثبت و کنترل مستندات در مراکز بهداشتی درمانی اصلاحات لازم صورت گرفته و اطلاعات با دقت و صحت بیشتری در پرونده مراجعات درج شود. از نقاط قوت این مطالعه می توان به نحوه گردآوری اطلاعات

منابع

1. Ellertson C, Elul B, Ambardekar S, Wood L, Carroll J, Coyaji K. Accuracy of assessment of pregnancy duration by women seeking early abortions. *Lancet* 2000 Mar 11;355(9207):877-81.
2. Marandi A. Women's health in the world. *Medicat Treat* 1998:78.
3. Rafraf M, Mahdavi R, Milani Sh, Mahboob SA. [Assessment of some effective factors on the weight gain during pregnancy and birth weight of newborns] [Article in Persian]. *J Tabriz Univ Med Sci* 2002;55:31-7.
4. World Health Organization, UNICEF, UNFPA, The World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Geneva:WHO;2010.
5. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva:WHO;2000.
6. Allen LH. Anemia and iron deficiency: effects on pregnancy outcome. *Am J Clin Nutr* 2000 May;71(5 Suppl):1280S-4S. Review,
7. Shobeiri F, Begum K, Nazari M. A prospective study of maternal hemoglobin status of Indian women during pregnancy and pregnancy outcome. *Nutr Res* 2006;24:209-13.
8. Tapiero H, Gaté L, Tew K. Iron: deficiency and requirements. *Biomed Pharmacother* 2001 Jul;55(6):324-32.
9. Baker WF. Iron deficiency in pregnancy, obstetrics, and gynecology. *Hematol Oncol Clin North Am* 2000 Oct;14(5):1061-77.
10. 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 Jun 10;10:329.
11. Engelgau MM, Herman WH, Smith PJ, German RR, Aubert RE. The epidemiology of diabetes and pregnancy in the U.S., 1988. *Diabetes Care* 1995 Jul;18(7):1029-33.
12. Sweeney AT, Brown FM. Gestational diabetes mellitus. *Clin Lab Med* 2001 Mar;21(1):173-92.
13. Buckley BS, Harreiter J, Damm P, Corcoy R, Chico A, Simmons D, et al. Gestational diabetes mellitus in Europe: prevalence, current screening practice and barriers to screening. A review. *Diabet Med* 2012 Jul;29(7):844-54.
14. Jenum AK, Morkrid K, Sletner L, Vangen S, Torper JL, Nakstad B, et al. Impact of ethnicity on gestational diabetes identified with the WHO and the modified International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups criteria: a population-based cohort study. *Eur J Endocrinol* 2012 Feb;166(2):317-24.
15. American Diabets Association. Gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2003 Jan;26(Suppl 1):S103-5.
16. Larijani B. [Diabetes mellitus and pregnancy] [Article in Persian]. *Iran J Diabet Lipid Disord* 2001;1(1):22-9.
17. Rahimi MA, Dinari Z, Najafi F. [Prevalence of gestational diabetes and its risk factors in Kermanshah 2009] [Article in Persian]. *Behbood:J Kermanshah Univ Med Sci* 2010;14(3):244-50.
18. Catalano PM. Management of obesity in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2007 Feb;109(2 Pt 1):419-33.
19. Tabatabaei A, Fallah Z, Haghighi S, Farmani M, Horri N, Eslamian Z, et al. [Prevalence and risk factors for gestational diabetes mellitus in pregnant women of Isfahan, Iran] [Article in Persian]. *Iran J Endocrinol Metabol* 2007;9(3):251-9.

20. Sharifzadeh GH, Moodi M, Nasseh N. [Evaluation of pregnant women weight gain in Birjand Health Centers in 2007] [Article in Persian]. J Birjand Univ Med Sci 2009;16(3):21-7.
21. Seabra G, Padilha Pde C, de Queiroz JA, Saunders C. [Pregestational overweight and obesity: prevalence and outcome associated with pregnancy] [Article in Portuguese]. Rev Bras Ginecol Obstet 2011 Nov;33(11):348-53.
22. Azizi A, Amirian F, Pashae T, Amirian M. The prevalence of unwanted pregnancy and its association with health-related quality of life for pregnant women's in Salas city, Kermanshah-Iran. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2006;14(5):24-9.
23. de Benoist B, McLean E, Egli I, Cogswell M. Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005, WHO Global Database on Anemia. Geneva:World Health Organization;2008:21.
24. Akbarzadeh M, Alizadeh L, Tabatabaee HR, Ramzi M. Comparison of the prevalence of anemia in the first, second and third trimester of pregnancy in a medical and educational center in Shiraz. Sci J Iran Blood Transfus Organ 2011;8(3):186-94.
25. Latif Zadeh SZ, Kazemi A. Prevalence of iron deficiency in pregnant mothers and their infants at University Hospitals in Tehran. Razi Medical Sciences. Tehran:Iran University of Medical Sciences;1998:56-62.
26. Sadeghi-Roudsari HR, Farahani M, Mogharabi E. Prevalence and causes of iron deficiency anemia in women of reproductive age. J Med Counc Islam Repub Iran 1998;2:81-5.
27. Zargarian SM, Behrouzikhah MR, Khosro Abadi AA. [Prevalence of iron deficiency anemia in women aged 49-15 attending health centers - Sabzevar] [Article in Persian]. J Sabzevar Univ Med Sci 1999;6(3):133-9.
28. Gambling L, Danzeisen R, Gair S, Lea RG, Charania Z, Solanky N, et al. Effect of iron deficiency on placental transfer iron and expression iron transport protein in vivo and in vitro. Biochem J 2001 Jun 15;356(Pt 3):883-9.
29. Emam Ghoreishi F, Iran Mahboob E, Rezaei M. [Evaluation of Iron status in mothers and their newborns] [Article in Persian]. J Hormozgan Univ Med Sci 2003;7(3):145-9.
30. Keshavars M, Shariati M, Babaee GR. [Pregnancy complications related to obesity in Shahrood] [Article in Persian]. J Birjand Univ Med Sci 2008;15(3):48-54.
31. Huda SS, Brodie LE, Sattar N. Obesity in pregnancy: prevalence and metabolic consequences. Semin Fetal Neonatal Med 2010 Apr;15(2):70-6.
32. Cedergren M. Effects of gestational weight gain and body mass index on obstetric outcome in Sweden. Int J Gynecol Obstet 2006 Jun;93(3):269-74.
33. Ducarme G, Rodrigues A, Aissaoui F, Davitian C, Pharisien I, Uzan M. [Pregnancy in obese patients: which risks is it necessary to fear?] [Article in French]. Gynecol Obstet Fertil 2007 Jan;35(1):19-24.
34. Raatikainen K, Heiskanen N, Heinonen S. Transition from overweight to obesity worsens pregnancy outcome in a BMI-dependent manner. Obesity (Silver Spring) 2006 Jan;14(1):165-71.
35. Rashidi A, Mohammadpour-Ahranjani B, Vafa MR, Karandish M. Prevalence of obesity in Iran. Obes Rev 2005 Aug;6(3):191-2.
36. Haji Zeinali AM. Statistics cesarean section in Iran. ;2003:58..
37. Ranae F. [Reasons for choosing cesarean among women referred to Beasat Hospital of Sanandaj, 2004] [Article in Persian]. J Kermanshah Univ Med Sci 2006;10(3):277-86.
38. Shahi A, Kamjoo A. [Interpregnancy interval and pregnancy outcomes in women who referred to maternal hospitals of Bandar Abbas, Iran, 2001-02] [Article in Persian]. J Hormozgan Univ Med Sci 2005;9(3):197-201.
39. Conde-Agudelo A, Belizan JM. Maternal morbidity and mortality associated with interpregnancy interval: cross sectional study. BMJ 2000 Nov;321(7271):1255-9.
40. Salihu HM, Emusu D, Aliyu MH, Kirby RS, Alexander GR. Low maternal age and neonatal survival of extremely preterm twins (20-28 weeks of gestation). Obstet Gynecol 2004 Jun;103(6):1246-54.
41. Amarín VN, Akasheh HF. Advanced maternal age and pregnancy outcome. East Mediterr Health J 2001 Jul-Sep;7(4-5):646-51.
42. Ozalp S, Tanir HM, Sener T, Yazan S, Keskin AE. Health risks for early (< 19) and late (> 35) childbearing. Arch Gynecol Obstet 2003;268(3):172-4.
43. Fraser AM, Brockert JE, Ward RH. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. N Engl J Med 1995 Apr 27;332(17):1113-7.
44. Zhang B, Chan A. Teenage pregnancy in South Australia, 1986-1988. Aust N Z J Obstet Gynaecol 1991 Nov;31(4):291-8.
45. Elster AB. The effect of maternal age, parity, and prenatal care on perinatal outcome in adolescent mothers. Am J Obstet Gynecol 1984 Aug 15;149(8):845-7.
46. Naeye RL. Teenaged and pre-teenage pregnancies: consequences of the fetal-maternal competition for nutrients. Pediatrics 1981 Jan;67(1):146-50.
47. Bacci A, Manhica GM, Machungo F, Bugalho A, Guttini M. Outcom of teenage pregnancy in Maputo Mozambique. Int J Gynaecol Obstet 1993 Jan;40(1):19-23.
48. McAnarney ER. Young maternal age and adverse neonatal outcom. Am J Dis Child 1987 Oct;141(10):1053-9.
49. Basso O, Olsen J, Knudsen LB, Christensen K. Low birth weight and preterm birth after short interpregnancy intervals. Am J Obstet Gynecol 1998 Feb;178(2):259-63.
50. Fadaei B, Movahedi M, Akbari M, Ghasemi M, Jalalvand A. [Effect of maternal age on pregnancy outcome] [Article in Persian]. J Isfahan Med Sch 2011;29(145):855-60.