

## بررسی شیوع هیپاتیت ب و عوامل موثر بر آن در زنان باردار مراجعه کننده به آزمایشگاه مرکز بهداشت

شهرستان بناب، ۱۳۸۵

مژگان میرغفوروند<sup>۱</sup>، دکتر سید حسن منتظم<sup>۲</sup>، اعظم رفیعی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت ۸۶/۱/۲۳، تاریخ پذیرش ۸۶/۴/۶

## چکیده

**مقدمه:** هیپاتیت ب یکی از مشکلات عمده بهداشتی در جهان به ویژه کشورهای در حال توسعه است. به طوری که در ایران نیز ۷۰-۸۰ درصد هیپاتیت های مزمن توسط ویروس هیپاتیت ب ایجاد می شود و اصلی ترین علت مرگ و میر ناشی از هیپاتیت در ایران، هیپاتیت ب می باشد. از آنجائی که هیپاتیت ب در بارداری منجر به بروز عوارض بارداری می شود و امکان انتقال عمودی به جنین وجود دارد، لذا انجام پژوهشی در زمینه شیوع هیپاتیت ب و تعیین برخی از عوامل خطر مرتبط با آن ضروری به نظر می رسد.

**مواد و روش ها:** این پژوهش یک مطالعه توصیفی - تحلیلی می باشد که از ۱۸۷ زن بارداری که از دی ماه تا اسفند ماه ۸۵ به آزمایشگاه مرکز بهداشت بناب جهت انجام آزمایش های روزمره دوران بارداری مراجعه نموده بودند و در سه ماهه اول بارداری قرار داشتند، ضمن مصاحبه و ثبت اطلاعات در پرسشنامه نمونه خون تهیه گردید، نمونه های خون سانتریفوژ، سرم آن ها جدا و بلافاصله بعد از بسته بندی و شماره گذاری به فریزر با دمای ۲۰- درجه سانتی گراد منتقل و تا روز آزمایش نگهداری شدند. نمونه های سرمی با استفاده از کیت های تجاری و با روش الایزا مورد بررسی قرار گرفتند و نتایج آزمایش ها و اطلاعات ثبت شده در پرسشنامه وارد کامپیوتر شده و با نرم افزار SPSS مورد آنالیز قرار گرفتند.

**یافته ها:** یافته های پژوهش نشان داد که ۳/۲ درصد از واحد های مورد پژوهش آنتی ژن مثبت بودند، هم چنین یافته های پژوهش ارتباط معنی دار آماری را بین متغیر های سن ازدواج و میزان درآمد ماهیانه با نوع هیپاتیت ب نشان داد بین متغیر های سن، شغل، شیوع، خانه مسکونی، میزان تحصیلات، میزان تحصیلات همسر، میزان تحصیلات پدر و مادر، تعداد حاملگی های قبلی، سابقه سقط، محل زندگی و سابقه واکسیناسیون هیپاتیت با شیوع هیپاتیت ب ارتباط معنی دار آماری به دست نیامد.

**بحث و نتیجه گیری:** با استفاده از یافته های پژوهش می توانیم اهمیت غربالگری هیپاتیت ب را در دوران بارداری به قشر پزشکی شناسانده تا با کسب اطلاعات در زمینه میزان ابتلا و مصونیت زنان باردار، گام های مؤثری در زمینه های برنامه ریزی واکسیناسیون هیپاتیت و پیش گیری از عوارض حاملگی و زایمان برداشته شود.

**کلید واژه ها:** هیپاتیت ب، عوامل مؤثر، زنان باردار

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره پنجم، شماره سوم، ص ۱۲۷-۱۲۲، پاییز ۱۳۸۶

آدرس مکاتبه: بناب- دانشگاه آزاد اسلامی- گروه مامایی- مژگان میرغفوروند - تلفن ۰۹۱۴۳۲۰۶۱۲۱

۱- عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بناب، مدیر گروه مامایی

۲- عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بناب

۳- کارشناس علوم آزمایشگاهی

## مقدمه

دوران جنینی حساس ترین مرحله رشد کودک آینده است و جنین در واقع بخشی از بدن مادر محسوب می شود (۱). باکتری-ها، ویروس ها یا انگل ها می توانند از طریق جفت در مرحله ویرمی، باکتری می یا پارازیتی عفونت مادر به جنین دسترسی یابند، آن ها هم چنین می توانند از طریق پرده های آمنیو تیک عبور کنند. عفونت های جنینی ممکن است در مراحل اولیه بارداری ایجاد شود و از خود ضایعه واضح به جا بگذارند، بالعکس ممکن است ارگانسیم ها در طی زایمان تجمع یافته و جنین را عفونی کنند (۲). بیماری هیپاتیت ب توسط ویروس هیپاتیت ب ایجاد می شود. این ویروس یکی از اعضاء خانواده هپادنا ویریده است (۳ و ۴). این بیماری در تمام مناطق وجود دارد و در نواحی خاصی از آفریقا و آسیا آندمیک محسوب می شود. عفونت هیپاتیت ب اغلب در میان معتادین تزریقی مواد مخدر، هم جنس بازان، پرسنل بیمارستانی و افرادی که به محصولات خون به طور مکرر نیاز دارند، مانند هموفیلی ها رخ می دهد. این ویروس از طریق خون یا فرآورده های آلوده خون منتقل می شود و نیز از طریق جنسی توسط بزاق، ترشحات واژن و مایع منی منتقل می شود بنابراین جزء بیماری های منتقل شونده از راه جنسی هم قرار می گیرد (۵ و ۶ و ۷).

ویروس هیپاتیت ب یک علت اصلی هیپاتیت حاد بوده و عوارض آن عبارت است از هیپاتیت مزمن، سیروزوکارسینوما سلول های کبد. ارتباط هیپاتیت ب با کارسینوما به عنوان دومین عامل سرطان-زایی پس از سیگار می دانند (۸ و ۷). در ۱۰-۵ درصد افراد بالغ و ۹۰-۷۰ درصد کودکانی که این بیماری را می گیرند عفونت به صورت مزمن ادامه می یابد و نیمی از آن ها بدون علامت هستند. هنگامی که از نظر بالینی آشکار می شوند علائمی مانند تهوع، استفراغ، سردرد و احساس کسالت و ناخوشی و به دنبال آن یرقان به مدت ۱ تا ۲ هفته بروز می کند نیمی از موارد اولیه دچار یرقان می شوند (۷).

دوره بالینی هیپاتیت ب حاد توسط حاملگی در کشور های توسعه یافته تغییر نمی کند. درمان حمایتی است و احتمال زایمان زودرس افزایش می یابد. بیش تر عفونت های مزمن، بدون علامت بوده و در هنگام غربال گری پری ناتال تشخیص داده می شوند. این زنان به نظر می رسد دچار هیپاتیت مزمن هستند، با این وجود درمان ضد ویروس معمولاً در طی حاملگی داده نمی شود. شیوع سرمی مثبت در گروه های داخل شهری حدود ۱ درصد است که تا حدی کمتر از جمعیت نظامی و بیماران خصوصی است (۲). شیوع عفونت ویروسی جنین از طریق جفت به میزانی که قبلاً تصور

می شد نیست. در واقع تاورس و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) گزارش کردند که دی-ان-آ ویروس به ندرت در مایع آمنیون و یا خون بند ناف یافت می شود، بنابراین اغلب عفونت های نوزادی به صورت عمودی در اثر بلع مایعات عفونی مانند شیر مادر حوالی زایمان منتقل می گردد. نوزادان عفونی شده به هیپاتیت ب معمولاً بدون علامت هستند، اما به طور حیرت آوری ۸۵ درصد آن ها به طور مزمن عفونی می گردند (۲).

با غربال گری پری ناتال به طور معمول می توان از وقوع عفونت نوزادان پیش گیری کرد. در نوزادان مادران سرم مثبت، تجویز ایمونوگلوبولین هیپاتیت ب بلافاصله بعد از زایمان صورت می گیرد. هم زمان با تجویز ایمونوگلوبولین دوز اول واکسن نو ترکیب سه دوزی هیپاتیت ب نیز تزریق می شود (۹ و ۲).

در آن دسته از مادران پر خطر که سرم منفی هستند، می توان در دوران حاملگی از واکسن استفاده کرد (۱۰ و ۲). از آن جایی که هیپاتیت ب در بارداری منجر به بروز عوارض بارداری می شود و امکان انتقال عمودی به جنین وجود دارد، لذا پژوهش حاضر در زمینه شیوع هیپاتیت ب و تعیین برخی از عوامل خطر مرتبط با آن انجام گرفته است.

## مواد و روش ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - تحلیلی می باشد که در آن از ۱۸۷ زن بارداری که از دی ماه تا اسفند ماه ۱۳۸۵ به آزمایشگاه مرکز بهداشت جهت انجام آزمایش های روزمره دوران بارداری مراجعه نموده بودند و در سه ماهه اول بارداری قرار داشتند، به صورت آسان یا در دسترس انتخاب شدند و ابتدا از طریق مصاحبه و پرسش از واحد های مورد پژوهش پرسشنامه تنظیم شده توسط پژوهشگر که شامل ۱۷ سوال در زمینه مشخصات فردی - اجتماعی بوده تکمیل گردید. سپس از هر کدام از واحد های مورد پژوهش خون گیری به عمل آمد، نمونه خون سانتریفوژ شده، سرم آن ها جدا و به فریزر منتقل شده و تا روز آزمایش نگهداری شدند. روش سرولوژی به کار رفته در این بررسی الایزا بوده است که با استفاده از کیت های تجاری دایا پلاس<sup>۲</sup> شرکت تحقیقاتی تولیدی فارمدآوران سبز فاسکو<sup>۳</sup> نمونه های سرمی از نظر آنتی ژن هیپاتیت ب مورد بررسی قرار گرفتند.

جهت دست یابی به نتایج و یافته های پژوهش ابتدا نتایج حاصل از بررسی های آزمایشگاهی نمونه سرمی واحد های مورد پژوهش به طور جداگانه در پرسشنامه مشخصات فردی - اجتماعی هر یک از

1. Towers & etal  
2. HBsAG Diaplus  
3. Fasco

**جدول ۱ - توزیع فراوانی مطلق و درصدی واحد های مورد پژوهش بر حسب مشخصات فردی - اجتماعی**

درصد	تعداد	مشخصات فردی - اجتماعی	درصد	تعداد	مشخصات فردی - اجتماعی
۷۷/۵	۱۴۵	سطح تحصیلات مادر	۱۰/۷	۲۰	سن(سال) کمتر از ۲۰
۱۷/۶	۳۳	بیسواد	۳۲/۱	۶۰	۲۰-۲۴
۳/۷	۷	ابتدائی	۲۸/۳	۵۳	۲۵-۲۹
۱/۱	۲	راهنمائی	۱۷/۶	۵۳	۳۰-۳۴
-	-	دبیرستان دانشگاهی	۱۱/۲	۲۱	۳۵ و بالاتر
۷۰/۶	۱۳۲	سطح تحصیلات پدر	میانگین و انحراف معیار ۲۶/۰۵ ± ۵/۷۶۴		
۱۹/۸	۳۷	بیسواد	سن ازدواج (سال)		
۶/۴	۱۲	ابتدائی	۴۸/۱	۹۰	کمتر از ۲۰
۳/۲	۶	راهنمائی	۵۰/۳	۹۴	۲۰-۳۰
-	-	دبیرستان دانشگاهی	۱/۶	۳	۳۰ و بالاتر
۴۱/۲	۷۷	تعداد حاملگی قبلی	میانگین و انحراف معیار ۲۰/۰۳ ± ۳/۶۷۴		
۴۲/۲	۷۹	صفر	شغل		
۱۶/۶	۳۱	۱-۲ ۳ و بالاتر	۹۵/۲	۱۷۸	خانه دار
۱۸/۲	۴۴	سابقه سقط بلی	۹/۸	۹	شاغل
۸۱/۸	۱۵۳	خیر	میزان در آمد (هزار تومان)		
۲/۱	۴	سابقه مرده زائی بلی	۵۵/۱	۱۰۳	کمتر از ۱۵۰
۹۷/۹	۱۸۳	خیر	۴۰/۱	۷۵	۱۵۰-۳۰۰
			۴/۸	۹	بالاتر از ۳۰۰
۱/۱	۲	سابقه نوزاد ناهنجار	میانگین و انحراف معیار ۱/۵۰ ± ۰/۵۹۰		
۹۸/۹	۱۸۵	بلی	نوع خانه مسکونی		
		خیر	۵۷/۲	۱۰۷	شخصی
۵۵/۱	۱۰۳	محل زندگی شهر	۲۸/۹	۵۴	خانه اقوام
۴۴/۹	۸۴	روستا	۱۳/۹	۲۶	استیجاری
			سطح تحصیلات		
۶/۴	۱۲	سابقه تلقیح واکسن هیپاتیت	۶/۴	۱۲	بیسواد
۳۵/۳	۶۶	بلی	۳۵/۳	۶۶	ابتدائی
۹۳/۶	۱۷۵	خیر	۱۹/۸	۳۷	راهنمائی
۱۰۰	۱۸۷	جمع	۲۹/۹	۵۶	دبیرستان
			۸/۶	۱۶	دانشگاهی
۱/۱	۲	زمان تلقیح واکسن هیپاتیت	سطح تحصیلات همسر		
۱/۶	۳	سال ۱۳۷۹	۷	۱۳	بیسواد
۳/۷	۷	سال ۱۳۸۴	۳۲/۱	۶۰	ابتدائی
		نامعلوم	۲۵/۱	۴۷	راهنمائی
			۲۶/۲	۴۹	دبیرستان
			۹/۶	۱۸	دانشگاهی
۶/۴	۱۲	جمع	۱۰۰	۱۸۷	جمع

واحد ها درج گردید، سپس پرسشنامه کدگذاری شده و اطلاعات جمع آوری شده وارد کامپیوتر شده و با نرم افزار کامپیوتری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در تجزیه و تحلیل اطلاعات جهت محاسبه توزیع فراوانی مطلق و درصدی، میانگین و انحراف معیار و شیوع هیپاتیت ب از آمار توصیفی استفاده شد. جهت تعیین ارتباط متغیر های سن و میزان تحصیلات، میزان تحصیلات همسر و تعداد حاملگی های قبلی با شیوع هیپاتیت ب از آزمون کای دو و جهت تعیین ارتباط متغیر های سن ازدواج، شغل، میزان درآمد، نوع خانه مسکونی، میزان تحصیلات مادر، میزان تحصیلات پدر، سابقه سقط، محل زندگی و سابقه تلقیح واکسن هیپاتیت ب با شیوع هیپاتیت ب از آزمون دقیق فیشر استفاده شد.

### یافته ها

بیش ترین درصد واحد های مورد پژوهش (۳۲/۱٪) در گروه سنی ۲۰-۲۴ سال قرار داشتند. بالاترین درصد (۵۰/۳٪) بین سن ۲۰-۳۰ سالگی ازدواج کرده بودند. بیش ترین درصد واحد های مورد پژوهش (۹۵/۱۲٪) خانه دار بودند و از نظر میزان درآمد بیش ترین درصد واحد های مورد پژوهش (۵۵/۱٪) درآمد کمتر از ۱۵۰ هزار تومان داشتند. از نظر نوع خانه مسکونی، بیش ترین درصد واحد های مورد پژوهش (۵۷/۲٪) خانه شخصی داشتند. بیش ترین درصد (۳۵/۳٪) دارای تحصیلات ابتدایی بودند. از نظر سطح تحصیلات همسر، بیش ترین درصد (۳۲/۱٪) دارای تحصیلات ابتدایی و از نظر سطح تحصیلات پدر و مادر بیش ترین درصد به ترتیب (۷۷/۵٪) و (۷۰/۶٪) بی سواد بودند. از نظر تعداد حاملگی های قبلی بیش ترین درصد (۴۲/۲٪) ۱-۲ حاملگی قبلی را تجربه کرده بودند. ۱۸/۲ درصد از واحد های مورد پژوهش سابقه سقط داشتند. از نظر سابقه نوزاد ناهنجار تنها ۱/۱٪ از واحد های مورد پژوهش سابقه نوزاد ناهنجار را نشان می دادند. از نظر مرده زائی ۲/۱٪ از واحد های مورد پژوهش سابقه مرده زائی داشتند. بیش ترین درصد (۵۵/۱٪) واحد های مورد پژوهش در شهر زندگی می کردند. بیش ترین درصد (۹۳/۶٪) از واحد های مورد پژوهش سابقه تلقیح واکسن هیپاتیت نداشتند و تنها ۶/۴٪ از واحد های مورد پژوهش سابقه تلقیح واکسن هیپاتیت داشتند که از نظر زمانی بیش تر آن ها (۲/۷٪) زمان تلقیح واکسن هیپاتیت را به یاد نداشتند (جدول ۱).

**جدول ۳- تأثیر مشخصات فردی - اجتماعی بر شیوع هیپاتیت ب**  
در واحد های مورد پژوهش

نتیجه آزمون آماری	HBSAG		مشخصات فردی - اجتماعی
	مثبت (%)	منفی (%)	
$\chi^2 = 2/000$ $d.f = 2$ $P = 0/368$	۹۸/۸	۱/۳	سن (سال) کمتر از ۲۵ ۲۵-۲۹ ۳۰ و بالاتر
$F = ۵/۷۵۲$ $d.f = ۱$ $P = ۱$	۱۰۰	۰	سن ازدواج (سال) کمتر از ۲۰ ۲۰ و بالاتر
$F = ۰/۳۱۳$ $d.f = ۱$ $P = ۱$	۹۶/۶	۳/۴	شغل خانه دار شاغلی
$F = ۵/۰۵$ $d.f = ۱$ $P = ۰/۰۳۴$	۹۴/۲	۵/۸	میزان در آمد (هزار تومان) کمتر از ۱۵۰ ۱۵۰ و بالاتر
$F = ۰/۱۳۲$ $d.f = ۱$ $P = ۱$	۹۷/۲	۲/۸	نوع خانه مسکونی شخصی غیر شخصی
$\chi^2 = ۱/۵۳۴$ $d.f = ۴$ $P = ۰/۸۲۱$	۱۰۰	۰	میزان تحصیلات بیسواد راهنمایی ابتدائی دبیرستان دانشگاهی
$\chi^2 = ۱/۷۳۲$ $d.f = ۴$ $P = ۰/۷۸۵$	۹۲/۳	۷/۷	میزان تحصیلات همسر بیسواد ابتدائی راهنمایی دبیرستان دانشگاهی
$F = ۰/۴۲۱$ $d.f = ۱$ $P = ۰/۶۱۸$	۹۷/۲	۲/۸	میزان تحصیلات مادر بیسواد باسواد
$F = ۰/۰۴۶$ $d.f = ۱$ $P = ۱$	۹۷/۰	۳/۰	میزان تحصیلات پدر بیسواد باسواد
$\chi^2 = ۱/۲۳۳$ $d.f = ۲$ $P = ۰/۵۴$	۹۶/۱	۳/۹	تعداد حاملگی های قبلی صفر ۱-۲ ۳ و بیشتر
$F = ۰/۱$ $d.f = ۱$ $P = ۱$	۹۶/۷	۳/۳	سابقه سقط بلی خیر
$F = ۰/۰۶۵$ $d.f = ۱$ $P = ۱$	۹۷/۱	۲/۹	محل زندگی شهر روستا
$F = ۰/۴۲۵$ $d.f = ۱$ $P = ۱$	۱۰۰	۰	سابقه تلقیح واکسن هیپاتیت بلی خیر

در این پژوهش ۹۶/۸٪ از واحد های مورد پژوهش آنتی ژن منفی و ۳/۲٪ آنتی ژن مثبت بودند (جدول ۲).

**جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و درصدی واحد های مورد پژوهش برحسب شیوع هیپاتیت ب**

HBSAg	تعداد	درصد
مثبت	۶	۳/۲
منفی	۱۸۱	۹۶/۸
جمع	۱۸۷	۱۰۰

یافته های پژوهش نشان داد که تمامی موارد آنتی ژن مثبت در سن ازدواج ۲۰ و بالاتر مشاهده می شود و از نظر آماری ارتباط معنی دار بین سن ازدواج و شیوع هیپاتیت ب وجود دارد ( $P=0/029$ ) هم چنین تمامی موارد آنتی ژن مثبت در واحد های مورد پژوهش با میزان درآمد ماهیانه کمتر از ۱۵۰ هزار تومان مشاهده می شود و از نظر آماری ارتباط معنی دار بین میزان درآمد و شیوع هیپاتیت ب وجود دارد ( $P=0/034$ ). در این پژوهش بین متغیرهای سن، شغل، نوع خانه مسکونی، میزان تحصیلات، میزان تحصیلات همسر، میزان تحصیلات پدر و مادر، تعداد حاملگی های قبلی، سابقه سقط، محل زندگی، سابقه تلقیح واکسن هیپاتیت ب شیوع هیپاتیت ب ارتباط معنی دار آماری به دست نیامد (جدول ۳).

## بحث و نتیجه گیری

یافته های پژوهش نشان داد که ۳/۲٪ از واحد های مورد پژوهش آنتی ژن مثبت بودند. ابتلاء به هپاتیت ب در بیش از دو میلیارد از مردم جهان اتفاق افتاده است و هم اکنون در سطح جهان بیش از سیصد و پنجاه میلیون نفر حامل این ویروس هستند که بیش تر آن ها در آسیای جنوب شرقی زندگی می کنند. در کشور ایران به طور متوسط ۳٪ مردم حامل ویروس هستند، ولی میزان شیوع در استان های مختلف متفاوت است، برای مثال در استان فارس ۱/۷٪ و در سیستان و بلوچستان به بیش از ۵۰٪ می رسد. بر اساس یک مطالعه که بر روی ۲۵۰۰۰۰ نفر داوطلب در تهران صورت گرفته است مشخص گردید که ۳/۶٪ از مردان و ۱/۶٪ زنان تهرانی حامل آنتی ژن می باشند (۱۱). دکتر محمد رحیم کدیور و همکارانش در پژوهشی که در شیراز بر روی ۱۶۹ خانم باردار از نظر آنتی ژن ها و آنتی بادی های ویروس هپاتیت ب در زنان حامله انجام دادند و ۱/۷٪ زنان باردار ناقل آنتی ژن بودند (۱۲).

شیلا دعائی و همکارانش ۶۰ خانم باردار را در مدت ۳ ماه از نظر آنتی ژن هپاتیت ب مورد بررسی قرار دادند که در این پژوهش ۱٪ زنان ناقل آنتی ژن مثبت بودند (۱۳). منصور میبیدی در پایان نامه خود تحت عنوان «بررسی شیوع هپاتیت آنتی ژن مثبت در سرم زنان باردار مراجعه کننده به زایشگاه های شهر کرمان» نمونه سرمی ۱۰۰۲ مورد خانم باردار را به روش الایزا مورد بررسی قرار داده است که ۲۳ مورد (۲/۲۹٪) مثبت بودند (۱۲). دکتر رحیم نژادرحیم و همکاران در پژوهشی که در زمینه بررسی فراوانی هپاتیت آنتی ژن مثبت در اهداء کنندگان خون استان آذربایجان غربی انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که ۱/۳۳٪ از نمونه ها ناقل آنتی ژن مثبت بودند (۱۴). دکتر حیدر فراهانی و همکارش در پژوهشی تحت عنوان «بررسی آلودگی به هپاتیت بدر افراد پر خطر مرکز آموزشی - درمانی امیر کبیر اراک تعداد ۲۰۲ نفر را مورد بررسی قرار دادند که از این تعداد ۲/۹٪ مبتلا به هپاتیت بودند (۱۵). در مقایسه با مطالعات فوق، شیوع هپاتیت ب در پژوهش حاضر به نسبت بالا می باشد.

یافته های پژوهش نشان داد که بین سن ازدواج و شیوع هپاتیت ب رابطه معنی دار آماری وجود دارد (p=۰/۰۲۹) و تمامی موارد مثبت هپاتیت در آن دسته از واحد های مورد پژوهش دیده می شود که در سنین ۲۰ و بالاتر ازدواج کرده بودند. در بررسی دکتر محمد رحیم کدیور و همکارانش شیوع مارکر های هپاتیت ب با افزایش سن و تعداد اولاد به طور محسوس بالا می رود (۱۲)،

هم چنین در پژوهش دکتر رحیم نژادرحیم و همکارانش میزان هپاتیت آنتی ژن مثبت با افزایش سن به طور محسوس بالا می رود (۱۴) که در پژوهش حاضر نیز با افزایش سن شیوع هپاتیت آنتی ژن مثبت افزایش می یابد که با پژوهش های فوق همخوانی دارد، علت این امر شاید افزایش تماس غیر خوراکی<sup>۱</sup> با افزایش سن و یا اکتساب عفونت از راه های خونی و یا تماس جنسی آلوده باشد. منصور میبیدی در پایان نامه خود ارتباط معنی- دار آماری بین محل سکونت و شیوع هپاتیت آنتی ژن مثبت به دست نیاورد که با پژوهش حاضر همخوانی دارد اما در پایان نامه بهروز اسلامی (۱۳۷۸) که در زمینه بررسی ریسک فاکتورهای هپاتیت ب بود، محل اقامت به عنوان یکی از ریسک فاکتور ها مطرح بود (۱۲). هم چنین در این پژوهش بین میزان درآمد با شیوع هپاتیت ب ارتباط معنی دار آماری وجود دارد (p=۰/۰۳۴) و تمامی موارد هپاتیت آنتی ژن مثبت در درآمد کمتر از ۱۵۰ هزار تومان مشاهده می شود بررسی میزان شیوع عوامل خطر در ابتلاء به ویروس هپاتیت ب در ایران نشان داده است که انتقال از مادر به فرزند به احتمال قوی مهم ترین روش انتقال در ایران است، چون نزدیک به ۵۰٪ مادران پادتن مثبت هم زمان هپاتیت آنتی ژن مثبت داشته اند (۱۱)، لذا جهت کنترل هپاتیت ب موارد زیر پیشنهاد می گردد:

- ۱- واکسیناسیون تمامی شیرخواران
- ۲- تجویز ایمنوگلوبولین هپاتیت ب بلافاصله بعد از زایمان در نوزادان مادران سرم مثبت.
- هیل و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۰۲) این راه کار را در ۳۶۹ نوزاد که از مادران سرم مثبت متولد شده بودند انجام دادند و دریافتند که در صورت انجام کامل واکسیناسیون، میزان انتقال عفونت که ۲/۴٪ است، در اثر شیردهی با پستان افزایش نمی یابد (۲).

۳- انجام آزمایشات هپاتیت آنتی ژن مثبت در زمان بارداری

۴- واکسیناسیون افراد در معرض خطر.

لذا با استفاده از یافته های این پژوهش می توانیم اهمیت غربال- گری هپاتیت ب را در دوران باردای به قشر پزشکی شناسانده، تا با بررسی های سرواپیدمیولوژیک و کسب اطلاعات در زمینه میزان ابتلا، و مصونیت زنان باردار نسبت به عفونت هپاتیت ب بتوانیم گام های موثری در زمینه های برنامه ریزی واکسیناسیون هپاتیت، پیش گیری از تولد نوزاد ناهنجار و عوارض حاملگی و زایمان،

1. Parental  
2. Hill & etal

8- Carington W. obstetrics and gynecology: 9th edition, London, Mosby, 1990, PP: 522.

9- Perry SE. Conception and fetal development. Lowdermilk DL, Perry SE. Maternity & women's health care. eighth edition. united state of America; mosby, 2004; pp: 330-331.

10- Linda v. wash. Midwifery (( community – based care during the childbearing year )): Philadelphia, W.b. saunders company, 2001. PP: 408-409.

۱۱- عزیزی ف، حاتمی ح، جانقربانی م. اپیدمیولوژی و کنترل بیماریهای شایع در ایران: تهران، موسسه انتشاراتی خسروی، ۱۳۸۳، صفحات ۷۱۸-۷۱۷.

12- Epidemiology of idochpz. {serial on lion} 2007. June; 21 (9), Available from <http://idochpz.irandoc.ac.ir>. Accessed / Quality/.htm. PP: 23- 27.

۱۳- دعائی ش. بررسی سرواپیدمیولوژی هیپاتیت ب در زنان باردار. سومین کنگره سراسری و بازآموزی زنان و مامائی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ۱۳۷۶، ص ۱۳۵.

۱۴- نژاد رحیم ر، سیستانی زاده م، قره باغی ن. بررسی فراوانی هیپاتیت آنتی ژن مثبت دراهداء کنندگان خون استان آذربایجان غربی، مجله پزشکی ارومیه، ۱۳۸۵، سال هفدهم، شماره ۲، صفحات ۱۳۷-۱۳۴.

۱۵- فراهانی ح، ذوالفقاری ف. بررسی آلودگی به هیپاتیت ب در افراد پر خطر مرکز آموزشی – درمانی امیر کبیر اراک در سال ۱۳۸۱: همایش خطرات شغلی در بین کارکنان بهداشتی – درمانی، چهارمین همایش سراسری دانشکده پرستاری و مامائی اراک، ۷-۸ اسفند ماه ۱۳۸۱، ص ۱۰۱.

طراحی استراتژی کلی مبتنی بر اصول آموزشی و رعایت موازین بهداشتی ویژه در برخورد با هیپاتیت ب برداریم.

## منابع

۱- زواررضا، ف. بهداشت مادر از دیدگاه قرآن و علم پزشکی: چهارمین کنگره بین المللی بیماری های زنان و مامایی، آبان ماه ۱۳۷۹، ص ۹۷.

2- Cunningham FG, Leveno KJ, bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. williams obstetrics. Twenty – second edition. New York; Mcgraw-hill, 2005; PP: 190-1280-1284-1130-1131.

3- Minkoff HL, Gibbs RS. Obstetric and perinatal infections. editors: Scott JR, Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF. Danforth's obstetrics and gynecology. 9th edition. Philadelphia; lippincott, 2003; PP: 347-352

4- Roos T. Cytomegalovirus, Herpes simplex virus, Adenovirus, Cocksakievirus and human papilloma virus. James DK, steer PJ, weiner CP, Gonik b. high risk pregnancy: management options. third edition. Philadelphia; saunders, 2005; PP: 648-651.

5- Jonatans B. Novak's gynecology: thirteenth edition, lippincott Williams & wilkins, 2005. PP: 188.

6- Constance sinclair. A midwife's hand book :first edition, united state of Americans, saunders, 2004. PP: 371-375.

۷- ضیایی س، صباحی ف، روستایی م ح. بیماری های ویروسی در حاملگی: تهران، دفتر نشر آثار علمی دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۷۸، صفحات ۱۱۹-۱۰۵.