

## بررسی علل مصرف نامنظم قرص آهن در خانم‌های باردار و شیرده مراجعه کننده به مراکز بهداشتی، درمانی شهر بروجن در سال ۸۵-۱۳۸۴

سعید حمیدی زاده\*<sup>۱</sup>، جعفر مقدسی\*<sup>۲</sup>، حسینعلی مهرعلیان\*<sup>۳</sup>، اعظم علوی\*\*

\*مربی گروه پرستاری - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، \*\*مربی گروه پرستاری - دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد.

تاریخ دریافت: ۱۶/۱/۸۶ تاریخ تایید: ۱۶/۸/۱۶

### چکیده:

**زمینه و هدف:** خانم‌های باردار و شیرده از جمله گروه‌های در معرض خطر کم خونی فقر آهن می‌باشند. با وجود برنامه مدون در ارتباط با مصرف قرص آهن توسط مادران، آمار به دست آمده نشان می‌دهد حدود ۶۷ درصد زنان باردار و شیرده قرص آهن را صحیح و منظم مصرف نمی‌کنند. لذا این مطالعه با هدف بررسی علل مصرف نامنظم قرص آهن در خانم‌های باردار و شیرده مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بروجن انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی - تحلیلی که در مراکز بهداشتی درمانی شهر بروجن در سال ۸۵-۱۳۸۴ انجام گرفت، ۲۷۰ نفر خانم که در دوره ۱۶ هفتگی حاملگی الی ۲ ماهگی پس از زایمان قرار داشتند به روش دردسترس انتخاب و طی مصاحبه حضوری به سؤالات پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافیک، چگونگی مصرف قرص آهن، نگرش و عملکرد مادران در این خصوص پاسخ دادند. از آزمونهای کای دو، من ویتنی و ویلکاکسون و کروسکال والیس جهت تجزیه و تحلیل آماری اطلاعات استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که ۳۳/۱٪ مادران قرص آهن را مرتب و منظم مصرف می‌کردند، ۵۶/۸٪ نامنظم و ۱۰/۲٪ اصلاً مصرف نمی‌کردند. بین مصرف نامنظم قرص آهن و سطح اقتصادی - اجتماعی خانواده و تعداد زایمان ارتباط معنی داری وجود نداشت. از علل مصرف نامنظم قرص آهن ۴۸/۴٪ مادران فراموش کردن وعده های مصرف دارو، ۱۲/۴٪ تهوع و استفراغ حاملگی و ۱۶/۴٪ عدم آگاهی نسبت به لزوم مصرف آهن را ذکر کردند. بین تعداد زایمان و یا حاملگی، سن فرد و شاغل بودن با آگاهی، نگرش و عملکرد آنان ارتباط معنی دار وجود نداشت ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه گیری:** با توجه به نتایج به دست آمده انجام اقداماتی جهت رفع فراموشی مصرف قرص مانند استفاده از علائم هشدار دهنده، استفاده از اشکال غیر محرک گوارشی آهن و افزایش آگاهی مادران در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد.

**واژه‌های کلیدی:** فقر آهن، قرص آهن، کم خونی، مادر باردار.

### مقدمه:

مطالعات در برخی از کشورها مانند ایالات متحده و استرالیا نشان داده که حدود ۸ درصد زنان باردار مبتلا به کمبود آهن و حدود ۴ درصد مبتلا به کم خونی فقر آهن هستند (۳).

اطلاعات بر گرفته از طرح سلامت و بیماری

فقر آهن (Iron deficiency) از مشکلات شایع بهداشتی در سراسر دنیا می‌باشد. حدود دو میلیارد نفر از مردم دنیا به فقر آهن مبتلا هستند (۱). خانم‌های باردار، کودکان زیر ۵ سال، زنان شیرده از گروههایی هستند که در معرض فقر آهن می‌باشند (۲).

<sup>۱</sup> نویسنده مسئول: بروجن- سه راه دانشسرا- دانشکده پرستاری و پیراپزشکی - تلفن: ۰۲۶۲-۴۲۲۶۹۰۴، E-mail: hamidzadehs@yahoo.com

ساختن این عوامل اقدامات لازم صورت پذیرد.

### روش بررسی:

مطالعه حاضر، یک پژوهش توصیفی-تحلیلی است که ۲۷۰ نفر از بین مادران باردار و تازه زایمان نموده مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بروجن، انتخاب شدند. با استفاده از فرم جمع آوری اطلاعات و پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسش‌هایی در مورد مصرف قرص آهن و منبع بدست آوردن اطلاعات در مورد چگونگی مصرف آهن و سپس سؤالاتی در مورد نگرش، آگاهی و عملکرد مادران در مورد مصرف آهن جمع آوری گردید.

در قسمت سنجش آگاهی افراد، سؤالاتی در خصوص زمان شروع مصرف آهن، میزان قرص آهن مصرفی، عوارض قرص آهن و عوارض کم خونی فقر آهن در مادر و نوزاد، مراقبت‌های مورد نیاز و... بود. با توجه به اهمیت سؤالات مورد نظر هر سوال امتیاز متفاوتی را به خود اختصاص داده که جمعاً ۱۰۰ امتیاز بود.

جهت سنجش نگرش افراد از مقیاس لیکرت استفاده گردید و به منظور تعیین روایی صوری و محتوای پرسشنامه از روش Content validity استفاده گردید. برای تعیین پایایی این ابزار از آزمون مجدد (test.retest) استفاده گردید و ضریب پایایی پیرسون بین دو مرحله پاسخ دهی محاسبه گردید ( $r=0/83$ ). سؤالات عملکرد سنجی در مورد میزان قرص مصرفی، زمان مصرف قرص در طول روز، مدت زمان مصرف و نحوه مصرف بود که بر اساس اهمیت سؤال، امتیاز دهی گردید. در پایان پرسشنامه، سؤالاتی چند گزینه‌ای در مورد الویت‌های علت عدم مصرف نامنظم قرص آهن بود که واحدهای پژوهشی به ترتیب الویت آنها را مشخص می‌کردند. از بین افراد مراجعه کننده به مراکز بهداشتی،

سال ۱۳۷۸ نشان می‌دهد که در کشور ما شیوع فقر آهن در خانم‌های باردار حدود ۸/۳ درصد و در استان چهارمحال و بختیاری ۱۱/۳ درصد می‌باشد (۴).

کمبود آهن که از شایع‌ترین اختلالات تغذیه‌ای در کشورهای در حال توسعه و مهم‌ترین علت کم‌خونی تغذیه‌ای در زنان باردار است می‌تواند باعث افزایش ابتلا به بیماری و مرگ و میر در مادران و بعلاوه کاهش ضریب هوشی، کاهش قدرت یادگیری، اختلال در رشد جسمی و نهایتاً کاهش توانمندی‌های ذهنی و جسمی در کودکان شود و بالاخره سبب اتلاف منابع و مراقبت‌های بهداشتی و کاهش بهره‌وری در کشور گردد (۵).

یکی از راه‌های پیشگیری از فقر آهن استفاده از مکمل‌های آهن است، که دستورالعمل بهداشتی کشور ما مصرف قرص آهن به میزان یک عدد (۵۰ میلی‌گرم) از ابتدای هفته ۱۶ بارداری تا دو ماه بعد از زایمان می‌باشد (۶).

با وجود برنامه مدون در ارتباط با مصرف قرص آهن توسط مادران، آمار بدست آمده نشان می‌دهد حدود ۶۷ درصد زنان باردار و شیرده قرص آهن را صحیح و منظم مصرف نمی‌کنند و مشکل فقر آهن و عواقب آن همچنان گریبانگیر بسیاری از مادران و کودکان است (۷).

سایر مطالعات در اغلب کشورها نیز نشان دهنده مصرف نامناسب مکمل آهن توسط خانم‌های باردار و شیرده است (۸، ۹).

با توجه به اینکه در بررسی پژوهش‌های داخلی، مطالعه‌ای که به بررسی علل مصرف نامنظم قرص آهن، نحوه مصرف، آگاهی و نگرش و عملکرد و ارتباط عوامل دموگرافیک با این علل در مادران باردار و شیرده پرداخته شود یافت نشد، مطالعه حاضر با هدف تعیین این علل صورت گرفته تا ضمن شناسایی جهت برطرف

کشاورز و ۳۵ درصد شغل آزاد بود.

از مادران مورد بررسی ۳۳/۱ درصد قرص آهن را مرتب و منظم مصرف می کردند، ۵۶/۸ درصد نا مرتب و ۱۰/۲ درصد اصلاً مصرف نمی کردند.

بین مصرف نامنظم قرص آهن و سطح اقتصادی و اجتماعی خانواده و تعداد زایمان ارتباطی از نظر آماری وجود نداشت.

۹۰/۲ درصد مادران بیان کردند که در مورد مصرف آهن آگاهی و اطلاع دارند که منبع این اطلاعات اکثراً (۶۷/۹٪) مراکز بهداشتی و فقط ۳۲/۱ درصد را از پزشکان در طی ویزیت های متفاوت بدست آورده اند.

بین آگاهی، نگرش و میزان تحصیلات مادران ارتباط معنی داری وجود داشت ( $P < 0/05$ ) (جدول شماره ۱).

بین تعداد زایمان و یا حاملگی، سن فرد، شاغل بودن و آگاهی، نگرش و عملکرد آنان ارتباط معنی داری وجود نداشت ( $P > 0/05$ ).

در مورد علل مصرف نامنظم قرص آهن ۴۸/۴ درصد مادران فراموش کردن وعده های مصرف، ۱۲/۳ درصد تهوع و استفراغ حاملگی و ۱۶/۴ درصد

درمانی شهر بروجن نمونه های پژوهشی به روش تخصیص تصادفی انتخاب شدند. حجم نمونه بر اساس فرمول بر آورد میانگین ۲۷۰ نفر تعیین شد که این تعداد، از بین مادرانی که در دوره ۱۶ هفتگی حاملگی الی دو ماهگی پس از زایمان بودند انتخاب شدند و طی یک جلسه حضوری به سؤالات پرسشنامه پس از توضیحات لازم توسط کارشناسان پرستاری پاسخ دادند. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون های آماری من ویتنی، ویلکاکسون و کروسکال والیس استفاده گردید.

### یافته ها:

از ۲۷۰ نفر مورد بررسی ۹۰ درصد ساکن شهر، اکثراً (۸۵٪) باردار، اکثراً (۷۵٪) سابقه اولین بارداری و یا زایمان را دارا بودند و بیشتر نوزادان متولد شده (۸۷/۷٪) شیر مادر مصرف می کردند.

متوسط سن مادران  $32/7 \pm 7/1$  سال بود و ۹۲/۷ درصد از افراد اسیدفولیک و مولتی ویتامین مصرف می کردند. فقط ۷ درصد شاغل بودند و شغل همسران ۲۷/۵ درصد کارمند، ۳۵ درصد کارگر، ۲/۵ درصد

**جدول شماره ۱:** آگاهی و نگرش مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر بروجن در مورد مصرف قرص آهن بر حسب میزان تحصیلات آنان

میزان تحصیلات	میانگین	آگاهی (از ۱۰۰ امتیاز)	نگرش (از ۴۵ امتیاز)
بی سواد		۵۴±۵/۸۶	۲۰/۸±۳/۴۴
ابتدایی		۴۷/۳۷±۳/۷۲	۲۱±۲/۱۳
راهنمایی و متوسطه		۵۰/۷۴±۵/۲۱	۱۹/۴۶±۴/۳۸
دیپلم		۴۵±۷/۱۳	۲۲/۵±۵/۴
دانشگاهی		۵۲/۵۳±۳/۶۲	۲۲/۳۲±۴/۵۲

$P < 0/05$  بر اساس آزمون کروسکال والیس.

- داده ها بر حسب "انحراف معیار ± میانگین" می باشد.

عدم آگاهی کافی نسبت به لزوم مصرف قرص آهن را به ترتیب به عنوان سه الویت اول مطرح نمودند.

### بحث:

نتایج حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد که فقط حدود یک سوم مادران قرص آهن را به طور مرتب مصرف می‌کردند. میانگین آگاهی و نگرش مادران در مورد مصرف قرص آهن مطلوب نبود و شایع ترین علل مصرف نامنظم قرص آهن به گفته مادران فراموش کردن مصرف دارو، عدم آگاهی کافی نسبت به لزوم مصرف قرص آهن و تهوع و استفراغ حاملگی بوده است.

در طی نیمه اول حاملگی ممکن است به علت اینکه رشد جنین سریع نیست نیاز به آهن به میزان قابل ملاحظه ای افزایش نیابد ولی در نیمه دوم حاملگی به دلیل اینکه رشد سریع جنین نیاز به آهن اضافی دارد نیاز به جایگزینی بیشتر آهن می‌باشد که به علت این افزایش نیاز، باید آهن تکمیلی داده شود (۱۰).

با توجه به مطالعه Kakunted و همکاران، ۶۵/۲ درصد مادران در سنین ۱۶ هفتگی حاملگی تا دو ماهگی پس از زایمان به طور منظم قرص آهن را مصرف نمی‌کردند (۹) که مطالعه حاضر ما نیز همین نتیجه را نشان می‌دهد، بعلاوه در مطالعه ای که Siega-Riz و همکاران انجام دادند نشان داده شد که مصرف قرص آهن در جامعه شهری منظم تر از جامعه روستایی است (۱۱). مطالعه حاضر با توجه به اینکه در مراکز بهداشتی درمانی شهری انجام گرفته، درصد کمی از مادران روستایی را مورد بررسی قرار داده و آمار آن قابل تعمیم یکسان به شهر و روستا نمی‌باشد.

آگاهی، نگرش و عملکرد مادران در مورد مصرف قرص آهن به عنوان بخشی از علل مصرف نامنظم قرص آهن مورد بررسی قرار گرفت که مطلوب

نبوده است. در سایر مطالعات نیز در ارتباط با آگاهی، نگرش و عملکرد مادران در باره تغذیه، دارو و مکمل‌ها در طول بارداری و پس از زایمان، نتایج مشابه بدست آمده است (۱۲، ۱۳).

در مطالعه مشابهی که در سال ۲۰۰۵ انجام گرفته نتایج نشان داد که مادران اطلاعات خود را در مورد مراقبت‌های بارداری و زایمان بیشتر از مراکز درمانی و بهداشتی کسب کرده‌اند (۱۴)، در این مطالعه نیز مادران اظهار کرده‌اند که بیشترین اطلاعات خود را از مراکز بهداشتی کسب کرده‌اند و نقش پزشکان در این میان کمتر بوده است.

فراموشی مصرف قرص آهن از عوامل مهم مصرف نامنظم آن می‌باشد. طی مطالعات مختلفی که انجام گرفته است فراموشی مصرف قرص آهن توسط مادران باردار و مادرانی که تازه زایمان داشته‌اند از عوامل مهم و تاثیر گذار بر مصرف قرص آهن است (۱۵، ۱۶).

برخی مطالعات مصرف متناوب آهن را برای پیشگیری و حتی درمان فقر آهن مناسب دانسته‌اند (۱۷، ۱۸)، در صورت اثبات سود مندی این روش بکارگیری آن در مادران می‌تواند موجب کاهش دفعات فراموشی شود، از طرفی با افزایش آگاهی و بهبود نگرش مادران و مصرف متناوب دارو، فراموش کردن مصرف دارو کاهش می‌یابد و آگاهی ناکافی مادران از لزوم مصرف قرص آهن رفع خواهد گردید و از عوارض عدم مصرف آن بر روی خود، جنین و نوزاد مطلع خواهند گردید.

در بسیاری از مطالعات توصیه شده که در جهت نشان دادن اهمیت یک مسئله می‌توان به افزایش آگاهی و تغییر نگرش افراد به آن مسئله پرداخت، از جمله روشهایی که می‌توان در این راستا استفاده نمود روشهای آموزشی مانند، برگزاری کلاسهای آموزشی،

### نتیجه گیری:

با افزایش آگاهی مادران در خصوص عوارض کمبود آهن مادران، جنین و کودک و تاکید بر مصرف قرص آهن در هر نوبت مراجعه مادران به مراکز بهداشتی و انجام مطالعه بیشتر در خصوص تاثیر مصرف متناوب به جای مصرف روزانه در پیشگیری از فقر آهن در مادران می توان فراموشی مادران را درمورد وعده های مصرف دارو کاهش داد و لزوم مصرف قرص آهن را برای آنان مشخص نمود.

### تشکر و قدردانی:

بدینوسیله از زحمات ریاست محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان بروجن و مجموعه ایشان در آن مرکز و مراکز بهداشتی وابسته سپاسگذاری می گردد.

ارایه جزوه ها و پمفلت های آموزشی به افراد است. روشی که می توان به سادگی، با هزینه کم و در کوتاه مدت به تعداد زیادی از افراد آموزش داد استفاده از کتابچه های آموزشی است (۹، ۱۲، ۱۳) که ما نیز در این مطالعه پس از تهیه و تکثیر کتابچه های حاوی نحوه مصرف، میزان مصرف، عوارض عدم مصرف و مزایای مصرف قرص آهن به توزیع آنها در بین خانواده های دارای مادر باردار پرداختیم تا از این طریق به شناخت اهمیت و لزوم استفاده از قرص آهن در بین افراد این خانواده ها پرداخته باشیم.

آموزش مصرف رژیم غذایی صحیح مانند مصرف مرتب گوشت، تخم مرغ، نان خمیر شده و سبزیهای دارای برگ سبز نیز به کاهش آهن مورد نیاز کمک خواهد کرد.

### منابع:

1. Goodlin RC. Why treat "physiologic" anemias of pregnancy? J Reprod Med. 1982 Oct; 27(10): 639-46.
2. Milman N, Bergholt T, Byg KE, Eriksen L, Graudal N. Iron status and iron balance during pregnancy: a critical reappraisal of iron supplementation. Acta Obstet Gynecol Scand. 2000 Jul; 79(7): 620-1.
3. Hallberg L. Iron balance in pregnancy. In: Berger H. Vitamins and minerals in pregnancy and lactation: nestlé nutrition workshop series. Vol 16. New York: Raven Press. 1988; 115-27.
4. معاونت سلامت، معاونت تحقیقات و فن آوری، سیمای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز، ویرایش ۱. تهران: نشر تبلور. ۱۳۸۲، ۳۱.
5. Van den Broek NR, Letsky EA, White SA, Shenkin A. Iron status in pregnant women: which measurements are valid? Br J Haematol. 1998 Dec; 103(3): 817-24.
6. جعفری نوشین، والافر لاله، رادپویان لاله. برنامه های کشوری مادری ایمن: مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران، پزشک-کارشناس مامایی -کارکنان واحد تسهیلات زایمانی، ویرایش ۱. تهران: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت خانواده و جمعیت، اداره سلامت مادران. ۱۳۸۳، ۵۲.
7. Blot I, Diallo D, Tchernia G. Iron deficiency in pregnancy: effects on the newborn. Curr Opin Hematol. 1999 Mar; 6(2): 65-70.

8. Siddiqui IA, Jalleel A, Rahman MA. Preventive strategy to control iron deficiency anemia in pregnancy. *J Pak med Assoc.* 2003; 53(4): 131-3.
9. Kakunted P, Hollenbeck CB, Gardner C, Mcproud L. Nutrition education on iron deficiency anemia in kenya. *J Am Diet Assoc.* 2006; 106(8): 67-71.
10. Breyman C, Visca E, Huch R, Huch A. Efficacy and safety of intravenously administered iron sucrose with and without adjuvant recombinant human erythropoietin for the treatment of resistant iron-deficiency anemia during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2001 Mar; 184(4): 662-7
11. Siega-Riz AM, Hartzema AG, Turnbull C, Thorp J, McDonald T, Cogswell ME. The effects of prophylactic iron given in prenatal supplements on iron status and birth outcomes: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2006 Feb; 194(2): 512-9.
12. Siddiqui IA, Jaleel A, Rahman MA. Preventive strategy to control iron deficiency anemia in children and adults. *J Pak Med Assoc.* 2003; 53: 131-3.
13. Bayoumeu F, Subiran-Buisset C, Baka NE, Legagneur H, Monnier-Barbarino P, Laxenaire MC. Iron therapy in iron deficiency anemia in pregnancy: intravenous route versus oral route. *Am J Obstet Gynecol.* 2002 Mar; 186(3): 518-22.
14. Casanova BF, Sammel MD, Macones GA. Development of a clinical prediction rule for iron deficiency anemia in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2005 Aug; 193(2): 460-6.
15. Galloway R, Dusch E, Elder L, Achadi E, Grajeda R, Hurtado E, et al. Women's perceptions of iron deficiency and anemia prevention and control in eight developing countries. *Soc Sci Med.* 2002 Aug; 55(4): 529-44.
16. Bondarianzadeh D, Siassi F, Omidvar N, Golestan B, Keighobadi K. Low compliance with iron supplementation program among pregnant women in the rural areas of Kerman district, I.R. *Iran Nutr Res.* 1998; 18(6): 945-52.
17. Siddiqui IA, Rahman MA, Jaleel A. Efficacy of daily vs. weekly supplementation of iron in schoolchildren with low iron status. *J Trop Pediatr.* 2004 Oct; 50(5): 276-8.
18. Nugugen XN, Berge J, Dao TQ. Efficacy of daily and weekly iron supplementation for the control of iron deficiency anemia in pregnancy and postpartum in rural vitenam. *Sante.* 2002; 12(1): 31-7.