



بررسی نحوه دریافت خدمات آهن یاری و شیوع کم خونی فقر آهن در زنان باردار شهر اردکان

نویسندگان: محمدرضا اعلائی^۱، مرضیه کرمانیان^۱، فاطمه السادات موسوی^۲، مهدی کرمانیان^۲

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی دانشگاه آزاد شیراز

تلفن تماس: ۰۹۱۳۳۵۲۰۹۰۶ Email: Ardakani1385@gmail.com

۲. کارشناس بهداشت عمومی مرکز بهداشت شهرستان اردکان

چکیده

مقدمه: کم خونی ناشی از فقر آهن یکی از مسایل بهداشتی مهم در بین زنان باردار است که موجب زایمان زودرس، وزن کم هنگام تولد یا تولد نوزاد مرده و... می گردد. هدف از این مطالعه بررسی شیوع کم خونی فقر آهن در زنان باردار دریافت کننده خدمات آهن یاری شهر اردکان در مقاطع سه ماهه اول و سه ماهه سوم بارداری و نحوه دریافت خدمات آهن یاری در آن گروه در زمستان ۱۳۹۰ بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر، یک مطالعه توصیفی، تحلیلی، و از نوع مقطعی می باشد. جامعه آماری این پژوهش، شامل زنان باردار دارای پرونده در مراکز بهداشتی درمانی شهری اردکان بود.

حجم نمونه ۳۹۳ زن باردار تعیین گردید که با روش نمونه گیری به صورت آسان از بین مادران باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری اردکان انتخاب گردیدند. در این پژوهش ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه محقق ساخت حاوی ۱۱ سؤال در ۷ مولفه بود که در دو مقطع سه ماهه اول و سوم به صورت مجزا تکمیل و نتایج آن استخراج و محاسبه گردید و با توجه به آزمونهای آماری توصیفی و کی- دو در سطح معنی داری ($p < 0/01$) انجام و مورد آنالیز و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج مطالعه حاضر نشان می دهد که فراوانی کم خونی در سه ماهه سوم بارداری (با میانگین هموگلوبین ۱۱/۳۴)، ۳۶/۴٪ بوده، درحالیکه همین فراوانی در سه ماهه اول بارداری (با میانگین هموگلوبین ۱۲/۳۳) ۹/۹٪ می باشد که روند افزایشی میزان کم خونی در زنان باردار در سه ماهه سوم را به طور معنی داری ($P < 0/001$) نشان می دهد. مطالعه حاضر در مؤلفه های تحصیلات، رتبه بارداری، سن، نوع قرص آهن مصرفی، رابطه مواد مصرفی به همراه مکمل آهن، زمان مصرف بر حسب اوقات شبانه روز و شغل زنان باردار و ارتباط آن با کم خونی ارتباط معنی داری را نشان نداد.

نتیجه گیری: از یافته های این مطالعه زمان شروع مصرف مکمل آهن و رابطه غذاهای مصرفی به همراه مکمل آهن بود که بین این مولفه ها و کم خونی بر اساس آزمون آماری کی- دو تفاوت معنی دار مشاهده گردید.

واژه های کلیدی: کم خونی، فقر آهن، زنان باردار، سه ماهه اول بارداری، سه ماهه سوم بارداری، خدمات آهن یاری

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال پانزدهم

شماره: چهارم

مهر و آبان ۱۳۹۵

شماره مسلسل: ۵۸

تاریخ وصول: ۱۳۹۴/۴/۱۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۵/۲۰



مقدمه

کم خونی یک بیماری مهم، شایع و قابل پیشگیری است که می تواند عوارض قابل توجهی برای مادر و جنین به همراه داشته باشد. شیوع کم خونی در زنان سنین باروری به علت خونریزی قاعدگی و بارداری بیشتر است و به خصوص در کشورهای در حال توسعه به علت تغذیه نادرست و مصرف نکردن آهن تکمیلی شیوع بیشتری دارد. شایع ترین کم خونی در دوران حاملگی فقر آهن است. (۸۱/۳ درصد) که با تجویز آهن تکمیلی به راحتی قابل پیشگیری است (۱).

بارداری باعث بروز تغییرات فیزیولوژیک در بدن می شود. شایع ترین تغییر ایجاد شده، افزایش حجم خون است. افزایش حجم پلاسما به طور مشخص بیشتر از افزایش توده هموگلوبین و حجم گلبولهای قرمز است که به طور فیزیولوژیک باعث کاهش سطح هموگلوبین خون می شود. به طور طبیعی عدم تناسب بین سرعت افزایش پلاسما و اریتروسیتها در گردش خون مادر در سه ماهه دوم بارداری به حداکثر میزان خود می رسد، لذا بیشترین کاهش فیزیولوژیک هموگلوبین در سه ماهه دوم رخ می دهد. در اواخر بارداری، افزایش حجم پلاسما متوقف شده ولی غلظت هموگلوبین و تولید اریتروسیتها به افزایش خود ادامه می دهند (۲).

کم خونی شناخته شده در اوایل بارداری می تواند منجر به مشکلات زایمان زود رس و وزن کم نوزاد در هنگام تولد شود، در حالیکه کم خونی شناخته شده در سه ماهه سوم بیشتر ناشی از افزایش حجم پلاسمای مادر است (۳). در اروپا و آمریکا علیرغم استفاده از غذاها با کیفیت بالا، کمبود آهن هنوز

به عنوان یکی از اصلی ترین اختلالات تغذیه ای مشاهده می شود (۴).

میزان شیوع فقر آهن در زنان در سنین باروری حدود ۵۰ درصد تخمین زده شده است که این میزان در کشورهای درحال پیشرفت بین (۴۰-۸۰ درصد) متغیر است (۵). میزان شیوع آنمی در زنان باردار (۵۵/۹ درصد) در سراسر جهان است که این میزان در کشورهای درحال پیشرفت بین (۳۵ تا ۱۰۰ درصد) متغیر است (۶). تحقیقی در ایران این میزان را (۶۰/۶ درصد) گزارش کرده است (۷). کم خونی مسئول (۱۰-۱۵ درصد) از کل مرگهای مادری می باشد (۸).

همچنین بر اساس گزارشات سازمان بهداشت جهانی کم خونی عامل ۴۰ درصد مرگ و میر مادران در کشورهای جهان سوم است (۹).

در مطالعه Levy و همکاران در سال ۲۰۰۵ بعد از کنترل عوامل مداخله گر، کم خونی مادر عامل خطر مستقلى برای سزارین می باشد (۱۰). دیگر عوارض آنمی شدید مادری در دوران بارداری عبارتند از زایمان قبل از موعد (۶۹/۳ درصد)، خون ریزی بعد از زایمان (۲۶ درصد) پارگی پیش از موعد پرده ها (۲۳/۸ درصد) ایست قلبی-عروقی (۱۸ درصد) پره اکلامپسی (۱۷ درصد) اکلامپسی (۴ درصد) و دکولمان (۳ درصد) و از عوارض جنینی ناشی از کم خونی می توان زایمان قبل از موعد (۶۹/۲ درصد) پذیرش در بخش مراقبت های ویژه (۴۳/۸ درصد)، مرگ نوزادی (۳۵ درصد)، مرده زایی (۲۵ درصد)، وزن کم هنگام تولد (۲۴/۶ درصد)، و دیسترس جنینی (۲۳ درصد) را نام برد (۱۱).



خطر را شناسایی کرد و با برنامه ریزی صحیح و مداخله دقیق و پیگیری مرتب این افراد، گام مؤثری در جهت کاهش عوارض مادری و نوزادی ناشی از کاهش یا افزایش بیش از حد هموگلوبین در مادران برداشت. طبق نتایجی که در این بررسی به دست آمد مادران باردار زیر ۱۸ سال و بالای ۳۵ سال نسبت به سایر گروههای سنی کم خونی بیشتری داشتند.

و زنان شاغل، در سه ماهه سوم حاملگی کم خونی بیشتری نسبت به زنانی که شاغل نیستند داشتند. زنان با تحصیلات کمتر در سه ماهه اول و زنان با تحصیلات بیشتر در سه ماهه سوم و زنان با حاملگی بیشتر از سه تا کم خونی بیشتری نسبت به سایر گروهها داشتند. بیشترین کم خونی در افرادی دیده شد که مکمل را به صورت نامرتب و یا خارجی مصرف کرده اند.

روش بررسی

پژوهش حاضر، یک مطالعه توصیفی، تحلیلی، و از نوع مقطعی می باشد. در این پژوهش کلیه مراکز بهداشتی درمانی شهری تابعه مرکز بهداشت شهرستان اردکان شامل مراکز بهداشتی درمانی ۱-۲-۳-۴ مورد مطالعه قرار گرفته اند. جامعه آماری این پژوهش، شامل زنان باردار دارای پرونده در مراکز بهداشتی درمانی شهری اردکان می باشد.

حجم نمونه ۳۹۳ زن باردار تعیین گردید. روش نمونه گیری به صورت آسان از بین مادران باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری اردکان انتخاب شد. در این پژوهش ابزار گردآوری داده‌های مرتبط با استفاده از پرسشنامه محقق ساخت حاوی ۱۱ سؤال در ۷ مولفه طراحی و پس از تأیید گروه مدیریت بهداشت خانواده و آمار حوزه معاونت امور بهداشتی دانشگاه روایی و پایایی آن توسط روشهای اعتبار محتوا و

نتایج مطالعه ای نشان داد که آنمی در مادران کشاورز، نوجوان و کوتاه قد و نیز زنانی که شوهرکارگر و یا بی سواد داشتند، شیوع بیشتری داشت.

همچنین با افزایش سن بارداری، خطر بروز آنمی نیز افزایش می یافت؛ به طوری که ماه هشتم و نهم بالاترین شیوع آنمی را نشان داده بودند (۱۲).

محققین معتقدند هیچ زنی نباید با هموگلوبین کمتر از gr/dl ۱۱ به انتهای بارداری برسد؛ اما در عمل نه تنها بسیاری دوران بارداری خود را با ذخایر ناکافی آهن آغاز می کنند، بلکه گاه به علت کوتاه بودن فواصل بارداری ها، فرصت کافی برای رساندن غلظت هموگلوبین خون به حد طبیعی را ندارند و با هر بارداری یک گام از سلامتی دور می شوند (۱۳).

در حال حاضر در ایران به کلیه مادران باردار سالم و مبتلا به کم خونی فقر آهن مکمل آهن داده می شود. با وجود سودمندی مکمل آهن برای مادرانی که در معرض کم خونی فقر آهن هستند، ممکن است این تجویز برای زنانی که کم خون نیستند ضروری نباشد. از نظر تئوری زیان های اکسیداتیو، ناشی از دادن مکمل آهن در طول بارداری می تواند مشکل ساز باشد (۱۴).

نظر به اینکه تغییرات نامناسب هموگلوبین مادر در طول بارداری می تواند پیامدهای ناگواری بر روی سلامت مادر و جنین داشته باشد و مطالعات انجام شده در دنیا بیانگر تأثیر عوامل مختلف بر روی تغییرات ایجاد شده هموگلوبین مادر در دوران بارداری است، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین مشخصات فردی مادری ایجادکننده این عارضه انجام شد تا با شناسایی تأثیر این عوامل در آینده بتوان زنان باردار در معرض



مکملهای آهن و کم خونی مورد مطالعه قرار گرفت که نتیجه آن در جدول ۱ نشان داده شده است.

در مؤلفه گروه سنی، فراوانی زنان باردار مورد مطالعه به ترتیب مربوط به گروه های سنی ۱۸-۲۴ سال، ۲۵-۲۹ سال، ۳۰-۳۴ سال، ۳۵ سال و بالاتر و زیر ۱۸ سال است.

در مؤلفه تحصیلات بیشترین فراوانی زنان باردار مورد مطالعه به ترتیب مربوط به لیسانس و دیپلم، زیر دیپلم، ابتدایی، و کارشناسی ارشد و بالاتر می باشد. در مؤلفه شغل زنان باردار مورد مطالعه بیشترین فراوانی به ترتیب مربوط به خانه دار، کارمند، سایر و کارگر بوده است.

از نظر رتبه حاملگی زنان باردار مورد مطالعه بیشترین فراوانی مربوط به حاملگی بار اول، حاملگی باردوم، حاملگی بار سوم، حاملگی بار چهارم، حاملگی بار پنجم، و حاملگی بار ششم بوده است.

مقایسه فراوانی کم خونی زنان باردار مورد مطالعه در بازه زمانی سه ماهه ی اول و سوم بارداری در جدول ۲ نشان داده شده است. نتایج به دست آمده روند افزایشی میزان کم خونی در زنان باردار در سه ماهه ی سوم را بطور معنی داری ($P < 0/001$) نشان می دهد.

بررسی رابطه بین متغیرهایی چون گروه های سنی، شغل مادر، سطح تحصیلات، رتبه بارداری، زمان شروع مصرف مکمل آهن، مواد مصرفی همراه با مکمل آهن، زمان مصرف مکمل آهن، غذای مصرفی همراه با مکمل آهن، نوع قرص آهن و عمل به توصیه ها با کم خونی به تفکیک سه ماهه اول و سوم دوران بارداری در جدول ۳ آورده شده است.

آزمون مجدد مورد تایید قرار گرفت. ضرایب اعتماد (آلفای کرونباخ) حاصل از این آزمون و بازآزمون زنان باردار در ابعاد آگاهی، نگرش و عملکرد و در کل پرسشنامه به ترتیب عبارت بودند از ۷۵، ۷۸، ۸۹ و ۸۳ درصد و به این ترتیب اعتماد علمی پرسشنامه تایید شد.

سپس از طریق پرسنل مامایی شاغل در مراکز بهداشتی درمانی شهری نسبت به جمع آوری داده ها اقدام گردید. ضمناً جهت مقایسه وضعیت کم خونی زنان باردار در مقاطع سه ماهه ی اول و سوم، پرسشنامه مذکور، در زنان باردار مورد مطالعه در دو مقطع سه ماهه ی اول و سوم به صورت مجزا تکمیل و نتایج آن استخراج و محاسبه گردید.

پس از بررسی و تأیید صحت و سقم اطلاعات، توسط حوزه ی معاونت امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی یزد نسبت به ورود آنها در نرم افزار آماری SPSS۱۶ اقدام، و مقایسه کم خونی در زنان باردار با توجه به آزمونهای آماری توصیفی و کی- دو در سطح معنی داری ($p < 0/01$) انجام و مورد آنالیز و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

پژوهش حاضر با هدف بررسی شیوع کم خونی فقر آهن در زنان باردار دریافت کننده ی خدمات آهن یاری شهر اردکان در مقاطع سه ماهه ی اول و سه ماهه ی سوم بارداری و نحوه ی دریافت خدمات آهن یاری در آن گروه انجام گرفته است.

از مجموع ۳۹۳ نفر زنان باردار که در این مطالعه شرکت داشتند؛ رابطه اطلاعات دموگرافیک زنان باردار شامل گروه سنی، تحصیلات، شغل مادر باردار و رتبه حاملگی با مصرف



جدول ۱: مشخصات دموگرافیک زنان باردار مورد مطالعه

عنوان	فراوانی	درصد	
گروه سنی	زیر ۱۸ سال	۷	۱/۸
	۱۸-۲۴ سال	۱۶۴	۴۱/۷
	۲۵-۲۹ سال	۱۲۹	۳۲/۸
	۳۰-۳۴ سال	۷۰	۱۷/۸
	۳۵ سال و بالاتر	۲۳	۵/۹
	جمع	۳۹۳	۱۰۰
تحصیلات	ابتدایی	۴۴	۱۱/۱
	زیر دیپلم	۱۰۰	۲۵/۴
	دیپلم	۱۲۴	۳۱/۶
	لیسانس	۱۲۴	۳۱/۶
	ارشد و بالاتر	۱	۰/۳
جمع	۳۹۳	۱۰۰	
شغل مادر باردار	خانه دار	۳۵۶	۹۰/۶
	کارگر	۶	۱/۵
	کارمند	۲۳	۵/۹
	سایر	۸	۲
	جمع	۳۹۳	۱۰۰
رتبه حاملگی	حاملگی بار اول	۱۶۱	۴۱
	حاملگی بار دوم	۱۵۰	۳۸/۱
	حاملگی بار سوم	۶۰	۱۵/۲
	حاملگی بار چهارم	۱۶	۴/۱
	حاملگی بار پنجم	۵	۱/۳
	حاملگی بار ششم	۱	۰/۳
	جمع	۳۹۳	۱۰۰



ارتباط آن با کم خونی نشان می دهد بیشترین موارد کم خونی در بازه زمانی ۳ ماه اول به ترتیب مربوط به مقطع ابتدایی، زیر دیپلم، و دیپلم و تحصیلات دانشگاهی بوده است، این درحالیست که در بازه زمانی ۳ ماه سوم بارداری بیشترین موارد کم خونی به ترتیب در مقاطع تحصیلی دیپلم، تحصیلات دانشگاهی، و زیر دیپلم نشان داده که با توجه به آزمون آماری کی-دو تفاوت معنی داری بین تحصیلات و کم خونی در زنان باردار مشاهده نگردید ($p > 0/001$)

مؤلفه دیگری که در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفت ارتباط رتبه بارداری با کم خونی در زنان باردار بود که در جدول ۳ نتایج آن نشان داده شده است. همانگونه که مشاهده می شود در بازه زمانی ۳ ماه اول بارداری بیشترین موارد کم خونی به ترتیب مربوط به رتبه دوم بارداری، رتبه سوم بارداری، رتبه چهارم و بیشتر و رتبه یکم بارداری بوده که این ارقام در ۳ ماه سوم بارداری به ترتیب به رتبه سوم بارداری، رتبه چهارم و یا بیشتر، رتبه اول بارداری، و رتبه دوم تغییر یافته که با توجه به آزمون آماری کی-دو تفاوت معنی داری بین رتبه بارداری و کم خونی در زنان باردار نشان نمی دهد ($p > 0/001$).

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می شود در بازه زمانی سه ماهه اول بارداری بیشترین درصد کم خونی به ترتیب مربوط به زیر ۱۸ سال، ۱۸-۲۴ سال، ۳۰-۳۴ سال، ۳۵ سال و بالاتر، و ۲۵-۲۹ سال بوده است. در همین ارتباط بیشترین موارد کم خونی در بازه زمانی سه ماهه سوم بارداری به ترتیب به گروههای سنی ۳۵ سال و بالاتر، زیر ۱۸ سال، ۳۰-۳۴ سال، ۱۸-۲۴ سال، و ۲۵-۲۹ سال تعلق گرفته است. که با توجه به آزمون آماری کی-دو تفاوت معنی داری بین گروههای سنی و کم خونی در زنان باردار مشاهده نشده است.

در ارتباط با شغل زنان باردار مورد مطالعه، همانگونه که مشاهده می شود تعداد ۳۵۶ نفر فاقد شغل و ۳۷ نفر دارای شغل بوده اند که بیشترین موارد کم خونی در ۳ ماهه اول بارداری مربوط به زنان باردار فاقد شغل بوده است. در همین ارتباط در بازه زمانی ۳ ماه سوم بارداری بیشترین موارد کم خونی مربوط به زنان باردار شاغل بوده که با توجه به آزمون آماری فیشر تفاوت معنی داری بین کم خونی و مؤلفه شغل در زنان باردار مورد مطالعه مشاهده نمی گردد.

همچنین نتایج این مطالعه در مؤلفه تحصیلات زنان باردار و

جدول ۲: بررسی میزان و رابطه هموگلوبین در سه ماهه اول و سوم

	میانگین هموگلوبین	فراوانی کم خونی	درصد کم خونی	($p > 0/001$)
سه ماهه اول	۱۲/۳۳	۳۹	۱/۱۳۴۱۰	($p < 0/001$)
سه ماهه سوم	۱۱/۳۴	۱۴۳	۱/۰۵۹۳۱	



به کم خونی نشان داده نشد. ($p > 0/001$) لیکن انجام مطالعات کاملتر و علمی تر در این زمینه مورد تأکید می باشد. همچنین در این پژوهش به بررسی زمان مصرف مکمل آهن بر حسب اوقات شبانه روز و ارتباط آن با کم خونی در بازه زمانی ۳ ماهه سوم بارداری پرداخته و نتایج آن در جدول ۳ نشان داده شده است. با استفاده از آزمون آماری کی-دو تفاوت معنی داری بین زمان مصرف مکمل آهن و کم خونی در این مطالعه مشاهده نگردید ($p > 0/001$) ولی با شناسایی شیوه های نادرست زمان مصرف مکمل، به زنان باردار و سایر گروهها، و آموزش صحیح به آنها می توان اثربخشی برنامه مکمل یاری را افزایش داد.

همچنین رابطه بین زمان شروع مصرف مکمل آهن و کم خونی در زنان باردار در بازه زمانی ۳ ماهه سوم بارداری در جدول ۳ آمده است. با توجه به آزمون آماری کی-دو تفاوت معنی داری بین زمان شروع مصرف مکمل آهن و ابتلا به کم خونی در بازه زمانی ۳ ماهه آخر بارداری اثبات می شود ($p > 0/001$).

مؤلفه دیگری که در این پژوهش به آن پرداخته شده است، رابطه مواد مصرفی به همراه مکمل آهن و ابتلا به کم خونی در زنان باردار در ۳ ماهه سوم بارداری می باشد، که نتایج آن در جدول ۳ نشان داده شده است. با توجه به آزمون آماری کی-دو تفاوت معنی داری بین مواد مصرفی به همراه مکمل آهن و ابتلا

جدول ۳: بررسی رابطه بین متغیرهای مستقل کم خونی در زنان باردار

P < / 0.01	کم خونی در سه ماهه سوم دارند.		کم خونی در سه ماهه اول دارند.		فراوانی	متغیرهای مستقل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد			
						زیر ۱۸ سال	گروه های سنی
	۴۲/۸	۳	۲۸/۶	۲	۷	۱۸-۲۴ سال	
	۳۵/۳	۵۸	۱۰/۹	۱۸	۱۶۴	۲۵-۲۹ سال	
	۳۴/۸	۴۵	۷/۷	۱۰	۱۲۹	۳۰-۳۴ سال	
	۳۷/۱	۲۶	۱۰	۷	۷۰	۳۵ سال و بالاتر	
	۴۷/۸	۱۱	۸/۷	۲	۲۳	بدون شغل	شغل
	۳۶	۱۲۸	۱۰/۷	۳۸	۳۵۶	دارای شغل	
	۴۰/۶	۱۵	۲/۷	۱	۳۷	ابتدایی	تحصیلات
	۳۱/۹	۱۴	۱۱/۴	۵	۴۴	زیر دیپلم	
	۳۳	۳۳	۱۰	۱۰	۱۰۰	دیپلم	
	۳۹/۶	۴۹	۹/۷	۱۲	۱۲۴	دانشگاهی	
	۳۷/۶	۴۷	۹/۷	۱۲	۱۲۵	۱	رتبه بارداری
	۳۴/۸	۵۶	۷/۵	۱۲	۱۶۱	۲	
	۳۳/۴	۵۰	۱۲	۱۸	۱۵۰	۳	
	۴۸/۴	۲۹	۱۱/۷	۷	۶۰	۴ یا بیشتر	
	۳۶/۴	۸	۹/۱	۲	۲۲		



میانگین هموگلوبین (۱۲/۳۳) (۹/۹٪) می باشد که روند افزایشی میزان کم خونی در زنان باردار در سه ماهه سوم را بطور معنی داری ($p < 0.001$) نشان می دهد که با مطالعه علیزاده و همکاران (۱۷)، داوری و همکاران (۱۸) و همچنین اکبرزاده و همکاران همسوست (۱۹). نتایج مطالعه حاضر در مؤلفه تحصیلات، رتبه بارداری، سن، نوع قرص آهن مصرفی، رابطه مواد مصرفی به همراه مکمل آهن، و شغل زنان باردار و ارتباط آن با کم خونی ارتباط معنی داری مشاهده نشد. که نتایج مطالعات گیتی ستوده و همکاران (۲۰)، آملایی و همکاران (۲۱)، خادمی و همکاران (۲۲) و نویدیان (۲۵) نیز این نتیجه را تایید می نماید. اما مطالعه انجام شده در کشور پرو در سال ۱۹۹۵ نشان داد که آنمی فقر آهن با تعداد بارداریهای قبلی رابطه مستقیم دارد (۲۳) که نتیجه این پژوهش با پژوهش حاضر مغایر است. ($p > 0.001$) در زمینه نوع مکمل مصرفی و میزان شیوع کم خونی نتایج این مطالعه با مطالعه نویدیان و همکاران همسو بود (۲۷).

از یافته های دیگر زمان شروع مصرف مکمل آهن و رابطه غذاهای مصرفی به همراه مکمل آهن بود که بین این مولفه ها و کم خونی بر اساس آزمون آماری کی-دو تفاوت معنی دار مشاهده گردید ولی زمان مصرف بر حسب اوقات شبانه روز بر اساس آزمون آماری کی-دو تفاوت معنی داری مشاهده نشد. کم خونی ناشی از فقر آهن یکی از مهم ترین مشکلات بهداشتی زنان در سنین باروری به ویژه در کشورهای در حال توسعه است که می تواند منجر به عوارضی چون زایمان زودرس، وزن کم هنگام تولد و یا تولد نوزاد مرده گردد. مشاهدات در این مطالعه نشان داد که نداشتن آگاهیهای

رابطه ی بین غذا و مواد مصرفی همراه با مکمل آهن و ابتلا به کم خونی در زنان باردار مؤلفه ی دیگری بود که در این پژوهش به آن پرداخته شد و نتایج آن در جدول ۳ نشان داده شده است. به نظر می رسد با توجه به آزمون آماری کی-دو که تفاوت معنی داری که بین غذای مصرفی همراه با مکمل آهن و ابتلا به کم خونی در زنان باردار مشاهده گردیده است. ($p < 0.001$) با توجه به نتایج به دست آمده به نظر می رسد باید نسبت به ارائه آموزش بیشتر و بهتر زنان باردار و سایر گروهها در خصوص نحوه صحیح مصرف مکمل آهن توجه بیشتری گردد.

همچنین نوع قرص آهن مصرفی در زنان باردار و ابتلا به کم خونی در بازه زمانی ۳ ماهه سوم بارداری از مؤلفه های دیگری بود که در این مطالعه به بررسی آن پرداخته و نتایج آن در جدول ۳ مشاهده می شود. با توجه به آزمون کی-دو تفاوت معنی داری بین انواع مکمل های آهن مصرفی و ابتلا به کم خونی در زنان باردار مشاهده نگردید.

بحث و نتیجه گیری

شیوع آنمی در بین کشورهای مختلف و حتی مناطق مختلف یک کشور بسیار متفاوت است و دامنه ای بین ۱۲ تا ۴۳٪ دارد (۱۵). با توجه به اینکه در مقایسه با سایر تحقیقات در این مطالعه فقط زنان باردار مورد بررسی قرار گرفتند شاید میزان شیوع آنمی به دلیل افزایش حجم پلاسما کمی بیشتر به نظر برسد. زیرا که اکثر منابع بر این نکته اشاره دارند که با پیشرفت بارداری خطر بروز آنمی نیز افزایش می یابد (۱۶).

نتایج مطالعه حاضر نشان می دهد که فراوانی کم خونی در سه ماهه سوم بارداری (با میانگین هموگلوبین ۱۱/۳۴)، (۳۶/۴٪) بوده، درحالیکه همین فراوانی در سه ماهه اول بارداری (با



هرچند به نظر میرسد چالش برانگیزترین بحث در حیطه آموزش و تغییر رفتار ایجاد هماهنگیهای بین بخشی در سطوح سازمانی و مدیریتی می باشد که رسیدن به این هدف مستلزم انگیزه های بسیار قوی در مدیران است و چشم انداز رسیدن به چنین هدفی در وضعیت کنونی بسیار تیره و تار می نماید.

پیشنهاد می شود مطالعات تکمیلی در زمینه مواد مصرفی همراه با مکمل آهن و دیگر فاکتورهای موثر در کم خونی انجام شود.

تشکر و قدردانی

از جناب آقای دکتر احمد حائریان، جناب آقای دکتر محمدعلی مروتی و خانم ها آذر مبین، اکرم السادات حسینی و مریم فلاحتی به خاطر همکاری خالصانه در انجام مراحل مختلف این مطالعه صمیمانه قدردانی و سپاسگزاری می شود.

لازم در زمینه مکمل یاری و اهمیت زمان شروع مناسب و تداخلات دارویی و غذایی می تواند کم خونی را تشدید کرده و منجر به عوارض ناشی از کم خونی همچون خونریزی های زیاد در دوران پس از زایمان شده که حاد شدن آن در بسیاری از موارد، مرگ مادر را پس از زایمان به دنبال داشته باشد. بدیهی است رفع چنین معضلی نیازمند همکاری های تنگاتنگ آموزش و پرورش، بهداشت و درمان و رسانه های جمعی همچون صداوسیما است. پیشنهاد می شود به دبیران آموزش و پرورش آگاهیهای لازم و کافی داده شود و از تواناییهای آنها در آموزش صحیح دانش آموزان برای رفع این معضل بهداشتی استفاده گردد. همچنین صداوسیما می تواند با ارائه برنامه های بهداشتی در بهبود سطح آگاهیهای جامعه گامی موثر بردارد.

Reference

- 1- Menendez C, Todd J, Alonso PL, Francis N, Lulat S, Ceesay S, et al. The effects of iron supplementation during pregnancy, given by traditional birth attendants, on the prevalence of anaemia and malaria. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1994; 88(5): 590-93.
- 2- American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No.95: anemia in pregnancy. *ObstetGynecol* 2008;112(1):201-07.
- &- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. *Williams obstetrics*. 23rd ed. New York: McGraw-Hill; 2010:599.
- 3- Scholl TO. Iron status during pregnancy: setting the stage for mother and infant. *Am J Clin Nutr* 2005; 81(5): 1218S-22S.
- 4- Weyermann M, Rothenbacher D, Gayer L, Bode G, Adler G, Grab D, et al. Role of Helicobacter pylori infection in iron deficiency during pregnancy. *Am J ObstetGynecol* 2005;192(2):548-53.
- 5- Cohen JH, Haas JD. Hemoglobin correction factors for estimating the prevalence of iron deficiency anemia in pregnant women residing at high altitudes in Bolivia. *Rev Panam Salud Publica* 1999;6(6):392-99.
- 6- Patra S, Pasrija S, Trivedi SS, Puri M. Maternal and perinatal outcome in patients with severe anemia in pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet* 2005;91(2):164-65.



- 7- Eisazadeh.sh; Predisposing factors to determine the prevalence of iron deficiency anemia in mothers referring to hospitals last month of pregnancy Lukman Hakim in Tehran, Thesis for obtaining the degree of Master of Midwifery, Nursing and Midwifery, ShahidBeheshti University,1993
- 8- Levy A, Fraser D, Katz M, Mazor M, Sheiner E. Maternal anemia during pregnancy is an independent risk factor for low birthweight and preterm delivery. *Eur J ObstetGynecolReprodBiol* 2005;122(2):182-86.
- 9-Asnafi N, Sina S, Miri SM. [Prevalence of anemia and its relationship with mother's age and gestational age in pregnant women visiting Yahyanejad hospital of Babol in 2000] [Article in Persian]. *Iran J ReprodInfertil* 2003;4(3):213-19.
- 10- Levy A, Fraser D, Katz M, Mazor M, Sheiner E. Maternal anemia during pregnancy is an independent risk factor for low birthweight and preterm delivery. *Eur J ObstetGynecolReprodBiol* 2005;122(2):182-86.
- 11- Patra S, Pasrija S, Trivedi SS, Puri M. Maternal and perinatal outcome in patients with severe anemia in pregnancy. *Int J GynaecolObstet* 2005;91(2):164-65.
- 12-salahoddinzehi.h.farnush.kh ; 2000:55-56; Nursing and health of mothers and babies: englian. Tehra Helmserseshtp,delpishe e; Nursing and maternal and child health, 1379, 75-76, chehre.
- 13- Cogswell ME, Parvanta I, Ickes L, Yip R, Brittenham GM. Iron supplementation during pregnancy, anemia, and birth weight: a randomized controlled trial. *Am J ClinNutr*2003; 78(4): 773-81.
- 14-BreymannC.Iron deficiency and anemia in pregnancy:Modern aspects of diagnosis and therapy. *Eur J ObstetGynecolReprodBiol* 2005;123(2): S3-S13.
- 15-Bondevik GT, Ulstein M, Lie RT, Rana G, KvaleG. The prevalence of anemia in pregnant Nepaliwomen: A study in Kathmandu. *ActaObstetGynecolScand* 2000;79(5):341-49.
- 16-Alizadesh, namazi a; The relationship between mother's hemoglobin concentration during pregnancy with some personal information. *Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility* Volume fifteenth No ninth: 23-30 (Third week), 2014.
- 17-davaritanhaF. The prevalence of anemia in pregnant women and its association with maternal factors and pregnancy outcome. *Journal of hayat* 2005: (Eleventh year, Number twenty-fourth)
- 18- The relationship between mother's hemoglobin concentration during pregnancy with some personal information. *Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility*.
- 19- Becerra C, Conzales GF, Villena A, Delacruz D,Florian A. Prevalence of anemia in pregnancy: Pucallpa Regional Hospital. *Peru Rev PanamSaludPublica*1998;3(5):285-92.



-
- 20-Sotudeh G. Knowledge and dietary iron in high school girls' performance in the 6th district of Tehran. Institute of Health Sciences's Quarterly. forth year.2005. 253.
- 21- Emlaiikh, ehsani M, Ahmadi d.The prevalence of iron deficiency anemia in pregnant women in Kermanshah city.Journal of University. Kermanshah Medical Sciences 2006: 42
- 22- KhademiZ. The prevalence of iron deficiency anemia in pregnant women referred to Shariati Hospital doctor Bandar Abbas. Hormozgan Medical Journal 2004; 8(1): 27-31.
- 23-Navidian A. The prevalence of iron deficiency anemia in pregnant women referred to health centers in Zahedan. Journal of fertility and Infertility 2004; 132-38.
- 24- Sotudeh G. Knowledge and dietary iron in high school girls' performance in the 6th district of Tehran. Journal of Health Sciences Research Institute (SID)2005; 4: 253.



Received: 2015/7/4

Accepted: 2015/8/11

Ironsupplementation and the Prevalence and Anemia in Pregnant Women in Ardakan City

Aalaih MR (MS.C)¹, Kermaniyan M(BS)², Moosavi FS (BS)², Kermaniyan M(BS)²

1. Corresponding Author: Ph.D Student Health Care Management Azad University of Shiraz.

2. BS Ardakan city health center.

Abstract

Introduction: anemia is an important issue among pregnant women that lead to preterm delivery. Low birth weight or stillbirth this study aimed to assess the prevalence of anemia in pregnant women who get iron during the first three months and the third three months of the pregnancy and the method and iron supplementation iron in winter 2011.

Methods: this cross sectional descriptive analysis study was conducted on 393 pregnant women referring to health centers of Ardakan city by easy sample method.

In this study for collecting data a research-based questionnaire contains 11 questions in 7 items is designed- subjects filled. Out this questionnaire in two spans of the first and the third three months of pregnancy and finally data was analysed.

By using descriptive statistics and qz at the significance level of $p < 0.01$.

Results: the results of this study showed that the prevalence of anemia in the first three months and the third three months of pregnancy was 11.34 and 12.33 respectively that indicated the increasing trend of anemia in third three months of pregnancy.

This study did not show a significant relationship between anemia and some factors like education pregnancy grade. The kind of iron tablet. Consumption of other food along with iron tablets time of getting iron tablet and profession of women.

Conclusion: based on the results of this study iron and consumption of other food along with iron supplement was significant based on qz test.

Keywords: anemia, pregnant women, the first three months of pregnancy, the third three months of pregnancy, iron supplementation.

This Paper Should be Cited as:

Aalaih MR. (MS.C), Kermaniyan M(BS), Moosavi F.S (BS), Kermaniyan M(BS). Ironsupplementation and the Prevalence and Anemia..... Journal Tolooebehdasht Sci