مجله علمی پژوهشی سلامت و بهداشت اردبیل

دوره اول، شماره اول، تابستان ۱۳۸۹، صفحات ۳۸ تا ۴۶

بررسی آگاهی و عملکرد مادران دارای شیرخوار ۲۴-۸ ماه در مورد نحوه مصرف قطره آهن مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان گرگان ۱۳۸۸

عبدالرحمان چرکزی[۱]، عبداللطیف اسمعیلی[۲]، درسا مقصودلو[۳]

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکترای تخصصی آموزش بهداشت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده پیراپزشکی و بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گلستان

E-mail: rcharkazi@yahoo.com

۲. کارشناس ارشد آموزش بهداشت، بیمارستان آل جلیل آق قلا، دانشگاه علوم پزشکی گلستان

۳. کارشناس بهداشت عمومی، گروه بهداشت عمومی دانشکده پیراپزشکی و بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گلستان

چکیده

زمینه و هدف: آهن یکی از عناصر مورد نیاز درترکیب غذایی شیرخواران وکودکان است وبرای رشد سلول‌های بدن لازم است. این مطالعه با هدف ارزشیابی نحوه مصرف قطره آهن درکودکان ۲۴-۸ ماهه وبرخی عوامل مرتبط با آن در مادران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهرستان گرگان انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی تحلیلی در سال ۱۳۸۸ برروی ۴۰۰ نفر انجام شد که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌ای روا و پایا بود. داده‌های جمع‌آوری‌شده در نرم‌افزار آماری SPSS وارد و از طریق آمار توصیفی به صورت توزیع فراوانی و درصد و میانگین و انحراف‌معیار، و از طریق آزمونهای آماری کای اسکوئر و ANOVA مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ضریب اطمینان ۹۵ درصد در نظرگرفته شد.

یافته ها: ۲۴۸ نفر (۶۲٪) از مادران قطره آهن را بطور مرتب به کودک خود می‌دادند، ۱۴۱ نفر (۳۵/۲٪) گاه به‌گاه و ۱۱ نفر (۲/۸٪) اصلاً نمی‌دادند. بیشترین دلیل ندادن مرتب قطره آهن مربوط به فراموشی مادر (۳۳/۹٪) بود. بین وضعیت مصرف قطره آهن با میزان آگاهی و سطح تحصیلات مادران ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده شد ($p<0.05$).

نتیجه‌گیری: آگاهی و عملکرد مادران مورد بررسی نسبت به دیگر مطالعات انجام‌گرفته در سطح کشور بهتر است ولی بیش از یک سوم آنها در این زمینه عملکرد مناسبی نداشتند. با توجه به اهمیت مصرف مرتب قطره آهن در شیرخواران زیر دو سال، مداخله و آموزش مناسب به این گروه از مادران در جهت افزایش مصرف مرتب قطره آهن توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: قطره آهن، عوامل موثر، مادر، شیرخوار

دریافت: ۸۹/۳/۱۳ **پذیرش:** ۸۹/۵/۳۰

[Downloaded from healthjournal.arums.ac.ir on 2025-12-13]

مقدمه

آهن برای رشد تمام سلول های بدن ماده‌ای حیاتی است و جای تعجب نیست که کمبود آن بیماری‌ها و مرگ و میر را افزایش دهد [۱و۲]. زیرا کمبود آهن باعث اختلال عملکرد در ارگان‌های مختلف بدن می‌شود،آهن در عملکرد ناقل‌های عصبی[1] دستگاه عصبی مرکزی نقش دارد و برای میلینیزاسیون طبیعی درمغز وجود آن ضروری است [۳و٤]. بنابراین کم خونی فقر آهن و حتی خود فقرآهن بدون ایجاد کم‌خونی منجر به کاهش ضریب هوشی وکاهش قدرت یادگیری وتوانمندی های ذهنی وجسمی می‌شود، همچنین کمبود آهن علاوه بر ایجاد کم‌خونی فقر آهن، موجب اختلال در تمرکز و یادگیری در کودکان و نوجوانان می‌شود. این اثرات ممکن است در سال های اولیه مدرسه خود را نشان نداده بلکه در تحصیلات متوسطه خود را با افت تحصیلی نشان دهد و بالاخره این امر می‌تواند روند توسعه کشورها را به مخاطره اندازد [۲و۵و۶].

نتایج ۱۰ مطالعه انجام‌شده در مورد کم‌خونی فقر آهن با تکامل حرکتی شیرخواران نشان داد که تکامل حرکتی شیرخوارانی که دارای کم خونی فقر آهن هستند دیرتر از شیرخوارانی است که این کم خونی را ندارند [۷]. از این رو پیشگیری از بروز فقر آهن منجر به افزایش ظرفیت یادگیری، بهتر شدن وضعیت رشد وتکامل فیزیکی، عصبی وهوشی در شیرخواران می‌شود و در درازمدت یکی از سرمایه گذاری‌های پرسود کشورها به شمار می‌رود [۸]. آهن موجود در شیر مادر در ۶-٤ ماه اول زندگی نیازهای کودک را برآورده می‌کند ولی شیرخواران ۲٤-۶ ماهه یکی از گروههای سنی در معرض خطر برای این آنمی هستند زیرا بعد از ۶ ماهگی به علت رشد سریع و افزایش حجم خون، برای حفظ غلظت هموگلوبین نیاز به آهن بطور قابل ملاحظه ای افزایش می‌یابد و آهن موجود در شیر مادر به تنهایی مقدار مورد نیاز را تامین نخواهد کرد. این در حالی است که دریافت آهن از راه تغذیه ناچیز و روش‌های تطبیقی مقابله با کمبود آهن محدود می‌باشد. تعداد شیرخوارانی که کمبود آهن بدون بروز کم خونی دارند، از این هم بالاتر است [۹]. این موضوع بخصوص در کشور های در حال توسعه حادتر بوده بطوری که یونیسف درسال ۲۰۰۳ تخمین زد که ۵۰-٤۰ درصد از کودکان زیر ۵ سال دراین کشورها مبتلا به کمبود آهن هستند [۱۰].

کم خونی فقر آهن مهمترین کمبود تغذیه ای در سرتاسر جهان است بطوری که حدود ۲ میلیارد نفر ازمردم دنیا به آن مبتلا هستند که اکثر آنها در کشور های در حال توسعه هستند [۱۱]. سازمان بهداشت جهانی کم خونی فقر آهن را بعنوان یکی از ده عامل خطر برای بروز بیماری ، ناتوانی و مرگ ومیر شناخته است [۱۲]. میزان شیوع آن در مطالعات مختلف انجام‌شده در نقاط مختلف دنیا بین ٤۶-۲۵٪ در نوسان بوده است [۱۳و۱۶].

یکی از راه های پیشگیری از فقر آهن استفاده از مکمل‌های آهن است که استفاده از آن باعث کاهش مرگ ومیر می‌شود. درمطالعه ای در جامائیکا استفاده از مکمل آهن باعث کاهش ۵۰ درصدی مرگ ومیر اطفال زیر یک سال شده است [۱۷]. همچنین دادن آهن مکمل در دوران شیرخوارگی با بهبود نحوه تکامل و رفتار همراه است [۹و۱۸].

مطالعه Amsel نشان داد که فقط ۲۷٪ والدین متعلق به طبقات اجتماعی-اقتصادی برای شیرخواران خود قطره آهن می‌خرند که این مقدار در بین طبقات اجتماعی- اقتصادی پایین بین ٤۳/۵٪ تا ۵۷/۱٪ در نوسان بود [۲۰]. درکشور ما نیز قطره آهن روزانه به میزان ۱۵ قطره درسنین ۶ تا ۲٤ ماهگی بطور رایگان از طریق شبکه‌های بهداشتی تجویز می‌شود. با این وجود بر طبق مطالعات متعدد درصد قابل ملاحظه ای از

1. Neurotransmitters

[Downloaded from healthjournal.arums.ac.ir on 2025-12-13]

کودکان این گروه سنی قطره آهن را بطـور صـحیح و منظم مصرف نمی‌کنند و عملکرد مناسبی در این زمینه ندارنـد. مطالعـه دره در اراک نـشان داد کـه ۳۳/۳٪ مـادران قطـره آهـن را بطـور مرتـب و مـنظم بـه شیرخواران خود می‌دهند [۲۱].

باتوجـه بـه نقـش محـوری مـادر در خـانواده، آنـان مسئولیت انتخاب رفتار های بهداشتی مناسب در مورد تغذیه شیرخواران را به عهده دارند و با توجه بـه تـاثیر سطح دانش ونگرش وسـایر عوامـل بـر روی عملکـرد مادران در استفاده از قطره آهن از طریق اصلاح رفتار آنان سلامت نسل حال وآینده تضمین می‌گردد.

از آنجا که اطلاعاتی در این زمینه در شهرستان گرگان وجود نداشت، لذااین مطالعه با هدف بررسی دانش و عملکرد مادران دارای شیرخوار ۸-۲۴ ماهـه در مـورد مصرف قطره اهن مراجعه‌کننـده بـه مراکـز بهداشـتی شهرستان گرگان انجام شد.

مواد و روش ها

در این مطالعه توصیفی تحلیلی تعـداد ۴۰۰ مـادر دارای کـــــودک ۲۴-۸ ماهـــــه بـــــا اســـــتفاده از فرمول $N=\frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^{2}\, p(1-p)}{d^2}$ با احتساب p=%50 و d=0/05 از طریق نمونه گیری خوشـه‌ای وارد مطالعـه شدند. این تعداد از مادران مراجعه‌کننـده بـه ۵ مرکـز بهداشتی درمانی شـهری و ۴ خانـه بهداشـت روسـتایی شهرستان گرگان انتخاب شدند و بعد از کسب رضـایت شرکت درطرح، طی یک جلـسه حـضوری بـه سـئوالات پاسخ دادند.

ابـزار گـردآوری اطلاعـات پرسـشنامه‌ای مـشتمل بـر دوبخـش کـه قـسمت اول آن متغیرهـای زمینـه‌ای و مشخصات فردی، قسمت دوم سئوالات مربوط به نحوه مصرف قطره آهن (مرتب، گاه به گاه، و هیچ وقـت) و علل عدم مصرف نامرتـب (عملکـرد)، سـئوالات دانـش (شامل ۹ سئوال در مورد سن شـروع قطـره آهـن در کودکان، تعداد قطرات روزانه، سن قطع مصرف، محـل چکاندن قطره آهن در دهان کودک، مـصرف یـا عـدم مصرف همزمان قطره آهن با شیر، آب میـوه طبیعـی، چای، آب، تـاثیر قطـره آهـن در تغییـر رنـگ مـدفوع) مرتبط با موضوع بود.

در بخش آگاهی به پاسخ درسـت نمـره ۱ و بـه پاسـخ نادرست نمره صفر داده شد و کسب نمـره ۶ و بـالاتر به عنوان آگاهی خوب و نمره پایین تـر از ۶ بـه عنـوان آگاهی ضعیف در نظر گرفتـه شـد. روایـی پرسـشنامه ازطریق اعتبار محتوا وپایایی آن نیز در فاز پـایلوت بـر روی ۳۰ پرسـشنامه از طریـق آزمـون ثبـات درونـی (α =۰/۶۸) مـورد تاییـد قـرار گرفـت. داده‌هـای جمع‌آوری شده در نرم افزار آمـاری SPSS وارد و از طریق آمارتوصیفی به صورت توزیع فراوانی و درصـد و میانگین و انحراف معیار، و ازطریق آزمونهای آماری t مستقل، ANOVA و کـای‌دو مـورد تجزیـه و تحلیـل قرار گرفت. ضریب اطمینان ۹۵درصـد در نظرگرفتـه شد.

یافته ها

از ۴۰۰ نمونه مورد بررسـی ۲۲۱ نفـر(۵۵/۳٪) پـسر و ۱۷۹نفر(۴۴/۸٪) دختر بودند. میانگین و انحـراف معیـار سن کودکان مورد بررسی ۴/۸۴± ۱۳/۱۵ ماه، میانگین و انحراف معیار وزن هنگـام تولـد ۴۸۵/۶۶± ۳۲۲۳/۴۷ گرم و میانگین و انحراف معیار قد بدو تولد آنان ۴/۶± ۴۸/۷ سانتی متر بود.

صدک رشد فعلـی ۱۹۵نفـر (۴۸/۸٪) بـین ۵۰-۳، ۱۸۲ نفر(۴۵/۵٪) بـین ۹۷-۵۰، ۱۴ نفـر (۳/۵٪) بـالای ۹۷، ۳ نفر (۰/۸٪) زیر ۳ و ۶ نفر (۱/۵٪) نامشخص بـود. نـوع تغذیه۳۰۹ نفر (۷۷/۳٪) شیر مادر، ۳۳نفر (۸/۳٪) شیر خشک و ۵۸ نفر (۱۴/۶٪) ترکیبی از شـیر مـادر و شـیر خشک بود. ۲۲۰ نفر (۵۴/۹٪) زایمـان طبیعـی، ۱۸۱ نفـر (۴۵/۱٪) زایمان سزارین بود. میانگین بعد خانوار ۰/۹±

[Downloaded from healthjournal.arums.ac.ir on 2025-12-13]

۳/۸ نفر بود. رتبه تولد ٤٧/٥٪ از کودکان مورد بررسی رتبه اول بود. رتبه تولد قومیت حداکثر نمونه‌های مورد بررسی (۷۵٪) فارس بود (جدول شماره ۱).

جدول ۱. توزیع فراوانی قومیت و میزان تحصیلات مادران کودکان ٢٤-۸ ماهه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان گرگان در سال ۱۳۸۸

		تعداد	درصد
قومیت	فارس	۳۰۰	۷۵
	ترکمن	۵۰	۱۲/۵
	سیستانی	۲۹	۷/۳
	قزاق	۱۳	۳/۲
	ترک	۶	۱/۵
	بلوچ	۲	۰/۵
	جمع	٤۰۰	۱۰۰
تحصیلات	بیسواد	۸	۲
	ابتدایی	۲۹	۷/۳
	راهنمایی	۸۲	۲۰/۵
	دبیرستان	۵۶	١٤
	دیپلم	۱۵۶	۳۹
	دانشگاهی	۶۷	۱۶/۸
	نامشخص	۲	۰/۵
	جمع	٤۰۰	۱۰۰

میانگین و انحراف معیار سن مادران ۵/۲± ۲۷/۱ سال بود. میانگین و انحراف معیار درآمد ماهیانه خانوادگی آنان ۲۵۵۵۶۱۳±۳٤۵۹٤۲۲ ریال بود. اکثر مادران مورد بررسی (۵۸/۸٪) خانه‌دار بودند و توزیع فراوانی وضعیت تحصیلی ۳۹٪ آنان دیپلم بود (جدول ۱). ۲۰۳ نفر (۵۰/۸٪) ساکن شهر و مابقی ساکن روستا بودند.

میزان آگاهی ۳۰۲ نفر (۷۵/۵٪) خوب و میزان آگاهی ۹۸ نفر(۲٤/۵٪) نیز ضعیف بود.

توزیع فراوانی پاسخ به هر یک از سئوالات بخش آگاهی در جدول شماره ۲ آمده است. در بخش عملکرد ۲٤۸ نفر (۶۲٪) از مادران قطره آهن را بطور مرتب به شیرخوار خود می‌دادند، ۱٤۱ نفر (۳۵/۲٪) گاه به گاه و ۱۱ نفر (۲/۸٪) اصلاً نمی‌دادند. بیشترین علت دلیل ندادن مرتب قطره آهن فراموشی مادر (۳۳/۹٪) و نخوردن شیرخوار (۲۵/۵٪) بود (جدول شماره۳).

۳۶۱ نفر (۹۰/۳٪) مادران اطلاعات خود در زمینه مصرف قطره آهن را از مراکز بهداشتی دریافت کرده بودند و ۲۷۱ نفر (۶۷/۸٪) اعلام کردند که در این باره توسط پرسنل مراکز بهداشتی و خانه‌های بهداشت مشاوره شده‌اند.

آزمون ANOVA نشان داد که بین وضیت مصرف قطره آهن با میزان آگاهی مادران ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد ($F=11.783, p=0.001$).

یعنی مادرانی که دارای آگاهی بیشتری در مورد مصرف قطره آهن بودند وضعیت مصرف قطره آهن در آنها بهتر و منظم‌تر بوده است. همچنین نتایج آزمون ANOVA نشان داد که بین متغیرهای سن مادر ($p=0.983$)، بعد خانوار ($p=0.146$)، درآمد خانوار ($p=0.067$)، رتبه تولد ($p=0.232$) و وزن هنگام تولد ($p=0.247$) با وضعیت مصرف قطره آهن ارتباط معنی‌دار آماری نداشت.

نتایج آزمون کای اسکوئر نشان داد که بین وضعیت مصرف قطره آهن و میزان تحصیلات مادران ارتباط معنی‌دار مشاهده شد ($p=0.016$). ولی بین متغیرهای نوع تغذیه کودک ($p=0.337$)، صدک فعلی رشد کودک ($p=0.438$)، نوع زایمان مادر ($p=0.818$)، قومیت ($p=0.944$) و محل سکونت مادران ($p=0.348$) ارتباط معنی دار آماری مشاهده نشد.

[Downloaded from healthjournal.arums.ac.ir on 2025-12-13]

جدول ۲. توزیع فراوانی پاسخ ها به هر یک از سئوالات بخش آگاهی مصرف قطره آهن در مادران کودکان ۲۴-۸ ماهه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی‌درمانی شهرستان گرگان در سال ۱۳۸۸

سئوال	پاسخ درست		پاسخ نادرست	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
سن شروع قطره آهن	۲۸۷	۷۱/۸	۱۱۳	۲۷/۲
تعداد قطرات آهن مصرفی روزانه	۲۷۵	۶۸/۸	۱۲۵	۳۱/۲
سن قطع مصرف قطره آهن	۲۶۳	۶۵/۸	۱۳۷	۳۴/۲
محل درست چکاندن قطره آهن در دهان کودک	۳۰۸	۷۷	۹۲	۲۳
عدم مصرف همزمان قطره آهن با شیر مادر	۲۱۲	۵۳	۱۸۸	۴۷
عدم مصرف همزمان قطره آهن با چای	۳۲۲	۸۰/۵	۷۸	۱۹/۵
مصرف همزمان قطره آهن با آب میوه	۲۷۰	۷۲/۵	۱۳۰	۲۷/۵
مصرف همزمان قطره آهن با آب	۳۲۳	۸۰/۸	۸۷	۱۹/۲
تغییر رنگ مدفوع نوزاد در مصرف قطره آهن	۳۲۸	۸۲	۷۲	۱۸

جدول ۳. توزیع فراوانی علل عدم مصرف قطره آهن در مادران کودکان ۲۴-۸ ماهه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی‌درمانی شهرستان گرگان در سال ۱۳۸۸

علل عدم مصرف	تعداد	درصد
فراموشی مادر		۳۳/۹
نخوردن شیرخوار		۲۵/۵
مشکلات گوارشی		۲۲
سیاه شدن دندانهای شیرخوار		۱۳/۵
نبودن قطره در مرکز بهداشتی		۲/۸
آگاه نبودن از فواید بهداشتی قطره آهن		۲/۳
جمع	۴۰۰	۱۰۰

بحث

نتایج نشان داد که مصرف مرتب و منظم قطره آهن در افراد مورد بررسی ۶۲٪ بود که این مورد در مطالعه دره در اراک ۳۳/۳٪ [۲۰]، در مطالعه ایمانی در زاهدان ۱۸٪ [۲۲]، در مطالعه فشارکی نیا در بیرجند ۲۸/۸٪ [۸] و در مطالعه نادری در کرمان ۱۳/۸٪ [۲۳] بوده است که با مطالعه حاضر همخوانی ندارند که این تفاوت می‌تواند به این دلیل باشد که اکثر نمونه‌های مورد بررسی درمطالعه حاضر (۶۷/۸٪) در ارتباط با مصرف قطره آهن توسط پرسنل مراکز بهداشتی و درمانی مورد مشاوره قرار گرفته بودند.

در مطالعه دره اگرچه اکثریت نمونه‌ها (۷۷٪) در مورد مصرف قطره آهن توسط پرسنل بهداشتی مشاوره شده بودند ولی ۳۳/۳٪ عملکرد مناسبی داشتند که کیفیت مشاوره‌های انجام‌شده نیز می‌تواند در این امر دخیل باشد. همچنین این تفاوت عملکرد با مطالعه ایمانی و مطالعه فشارکی‌نیا می‌تواند به پایین‌بودن سطح سواد اکثریت مادران مورد بررسی در آن دو مطالعه مربوط باشد. در مطالعه انجام شده در سال ۱۳۷۸ توسط وزارت بهداشت با همکاری یونیسف نتایج نشان داد که اکثریت نمونه ها (۸۳/۸٪) از کودکان ۲۳-۶ ماهه آزاد شهر استان یزد قطره آهن را بطور مرتب مصرف نکرده اند [۲۴] که با مطالعه حاضر همخوانی ندارد و دلیل آن می‌تواند به فاصله زمانی مطالعه فوق و تفاوت فرهنگی افراد مورد مطالعه در آن بررسی با مطالعه حاضر باشد. نتایج مطالعه Krusk نشان داد که فقط ۱۲٪ والدین برای کودکان خود قطره آهن می خرند [۲۵] که این مقدار در مطالعه Amsel برای طبقه اجتماعی- اقتصادی بالا ۲۷٪ و در بین طبقات اجتماعی- اقتصادی پایین بین ۴۳/۵٪ تا ۵۷/۱٪ در نوسان بود [۲۱].

نتایج همچنین نشان دادند که عملکرد مناسب با میزان تحصیلات و همچنین میزان آگاهی ارتباط معنی دار

[Downloaded from healthjournal.arums.ac.ir on 2025-12-13]

دارد بطوریکه مادرانی که دارای میزان تحصیلات بالا بودند دارای آگاهی بیشتر و در نتیجه عملکرد مطلوبتری نسبت به مادران دارای سطح تحصیلات پائین تر داشتند. بنابراین سطح تحصیلات یکی از عوامل و متغیرهای مهم در اتخاذ رفتار صحیح بهداشتی است. در مطالعه ایمانی و مطالعه فشارکی نیا مادرانی که دارای سطح سواد پایین بودند عملکرد ضعیفی در ارتباط با مصرف قطره آهن داشتند [۸و۲۲]. لذا انجام مشاوره، دادن آموزش‌های مناسب، پیگیرهای بهداشتی و ترغیب این مادران نسبت به اهمیت مصرف مرتب و منظم قطره آهن در دوران شیرخوارگی ضروری بنظر می‌رسد. در این زمینه استفاده از الگوهای مناسب آموزش بهداشت و ارتقاءِ سلامت می‌تواند موثر باشد. هزاوه‌ای و همکاران در مطالعه در کرمان با استفاده از الگوی پرسید با تحلیل علیتی رفتارهای پیشگیری‌کننده از مادران در کم خونی ناشی از فقر آهن به نتایج معنی‌داری دست یافتند و با استفاده از سازه‌های این مدل در آموزش مادران موفق به کنترل کم‌خونی فقر آهن در گروه مداخله شدند [۲۶]. همچنین Kapure و همکاران در هند تاثیر آموزش تغذیه ای مادران بر اساس سازه‌های مدل قصد رفتاری را درکاهش کم‌خونی فقر آهن کودکان ۳۶-۹ ماهه را نشان داد [۲۷]. بیشترین علت عدم مصرف مرتب قطره آهن مربوط به فراموشی مادر (۳۳/۹٪) بود. این مقدار در مطالعه رضائی ۷/۲٪، در مطالعه دره ۱۸/۵٪ بود[۲۰و۲۸] که با مطالعه فعلی همخوانی ندارد. در مطالعه فشارکی‌نیا شایعترین علت قطع مصرف بروز عوارض گوارشی (استفراغ و اسهال)، در مطالعه فاطمه دره عدم پذیرش کودک، در مطالعه حسین رضایی عدم آگاهی مادران از نحوه دادن قطره بود [۸و۲۰و۲۸]. بنظر می‌رسد مشغله مادران و حساسیت درک‌شده پایین آنان شاید در این امر موثر باشند. در مطالعه حاضر استفراغ و نخوردن کودک پس از فراموشی مادر دو دلیل عمده برای عملکرد نامناسب توسط مادران بود، که این موارد به دلیل طعم فلزی قطره آهن است که منجر به عدم پذیرش و در نتیجه استفراغ کودک می‌شود. در سالیان اخیر بدنبال ابداع ریزمغذی‌های کپسول‌دار تحت عنوان Sprinkles (حاوی Ferrous Fumarate) توسط ZLotkin، این نقیصه و عوارضی نظیر بی‌قراری ناشی از مصرف قطره آهنی که حاوی Ferrus Sulphate است، در کودک برطرف شده است. این محصول در کشورهای در حال توسعه با پذیرش بالایی همراه بوده است [۹و۲۹و۳۰]. مطالعه جهت استفاده از این کپسول در کشور ما شاید در این زمینه راهگشا باشد. یکی دیگر از موانع، تغییر رنگ مینای دندانها است که در این مورد آموزش به مادران در مورد نحوه چکاندن قطره می‌تواند مفید واقع شود. همچنین شستشوی دندانها با آب بلافاصله پس از مصرف قطره آهن بخاطر تاثیر آن در کاهش سیاهی و تغییر رنگ ناشی از آهن موثر است. از طرفی وجود نقاط دکلسیفیه ناشی از اثر اسید حاصل از پلاک میکروبی در سطح دندان و همچنین پوسیدگی دندان باعث افزایش وسعت سطح دندانها و در نتیجه جذب بیشتر آهن و تغییر رنگ دندانها می‌شود. بنابراین با مصرف صحیح قطره آهن و رعایت بهداشت دهان و دندان در کودکان می‌توان از تغییر رنگ دندان‌ها به میزان قابل توجهی پیشگیری کرد.

بین عملکرد مادران و رتبه تولد ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده نشد که این یافته با یافته‌های مطالعات ایمانی و فشارکی‌نیا همخوانی دارد [۸و۲۲]. انتظار می‌رود با افزایش تعداد فرزندان یک مادر میزان مراجعه وی برای دریافت خدمات بهداشتی از جمله اطلاعات مربوط به قطره آهن افزایش یابد و در نتیجه عملکرد بهتری را در این مادران به دلیل مراجعه و تجربه قبلی شاهد باشیم ولی این مورد مشاهده نشد که در جای خود نیاز به بررسی بیشتری دارد. همچنین بین محل سکونت و عملکرد ارتباط معنی‌دار مشاهده نشد، بدلیل این که ارائه خدمات بهداشتی در روستا نسبت به شهر

[Downloaded from healthjournal.arums.ac.ir on 2025-12-13]

فعال‌تر است انتظار می‌رفت که این عملکرد در روستا نسبت به شهر بهتر باشد. این مورد می‌تواند به دلیل کیفیت مناسب و یا حداقل همسطح بودن مشاوره‌ها توسط پرسنل بهداشتی در مراکز شهری و یا همچنین نبود اختلاف سطح سواد مادران در بین دو جامعه باشد. از محدودیت‌های این مطالعه توصیفی تحلیلی‌بودن مطالعه، پایین‌بودن احتمالی اعتبار ابزار پرسشنامه برای سنجش واقعی دیدگاه افراد که با بدون نام‌بودن پرسشنامه‌ها تا اندازه‌ای کنترل گردید. عدم سنجش مقادیر سرمی و آزمایشگاهی نشانگرهای کفایت آهن در بدن و مقایسه آن با نوع عملکرد مادران و همچنین عدم سنجش نگرش مادران بخصوص سازه‌های حساسیت و شدت درک‌شده از دیگر محدودیت‌های این مطالعه بودند.

نتیجه گیری

آگاهی و عملکرد مادران مورد بررسی نسبت به دیگر مطالعات انجام‌گرفته در سطح کشور بهتر است ولی بیش از یک سوم آنها در این زمینه عملکرد مناسبی نداشتند. با توجه به اهمیت مصرف مرتب قطره آهن در شیرخواران زیر دو سال، مداخله و آموزش مناسب به مادران به این گروه از مادران در جهت افزایش مصرف مرتب قطره آهن توصیه می‌شود.

تقدیر وتشکر

مجریان طرح نهایت تقدیر و تشکر خود را از حوزه معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان به خاطر حمایت مالی طرح و همچنین از همکاران پایگاههای بهداشتی و خانه‌های بهداشت که در این تحقیق همکاری مناسب داشتند، اعلام می‌دارند.

منابع

1. Nissenson AR, Goodnough LT, Dubois RW.Anemia: or just an innocent bystander, Arch Intern Med. 2003; 163:1400-1404.
2. Alleyne M, Horne M, Miller JF.Individualized Treatment for Iron-deficiency Anemia in Adults. The American Journal of Medicine.2008; 121:43-948.
3. Camron Grant, Clare R Wall, David Brewster, Roos Nicholson, John Whitehall, Leannes, Super. Policy statement on iron deficiency in pre-school aged children. Journal of pediatrics and child health 2007; 43(78):513-521.
4. Angulo Kinzler Rm.Peirano P.Lin E.Garrido M.Lozoff B.Twenty Four hour motor activity in human infants with and without iron deficiency anemia. Early Hum.Dev.2002;70(1-2):85-101.
5. Gb der B.Iron Deficiency anemia.In:R.nelson Textbook of pediatrics.17th ed.Philadelphia:WB sanders. 2004.pp:1114-16.
6. Behrman R, Kilegman R,Jenson S.Nelson Text Book of Pediatrics.17th ed.USA :Saunders ; 2004 : 1264-8.
7. Sharif T, Angulo-Barroso R, Su J,Jacobson SW, Lozoff B. Iron deficiency anemia in infancy and reach and grasp development. Infant Behavior and Development.2009; 32:366-375.
8. فشارکی‌نیا آزیتا، شریف‌زاده غلامرضا. عوامل موثر بر عملکرد مادران دراستفاده از قطره آهن کمکی در کودکان شهر بیرجند. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. دوره ۱۳. شماره۳. پاییز ۱۳۸۵: ۶۹-۶۳.
9. Lozoff B, De-Andraca I, Castillo M.Behavioral and development effects of preventing Iron deficiency anemia in healthy full term infants. Pediatrics 2003; 112(4):846-54.
10. United Nations Children's Fund and Delivering Essential Micronutrients: Iron: New York: United Nations Children Fund .2003.
11. Schumann K, Ettle T, Szegner B, Elsenhans B, Solomons NW. On risks and benefits of iron supplementation recommendations for iron intake revisited. Journal of Trace Elements in Medicine and Biology .2007; 21 : 147–168.

[Downloaded from healthjournal.arums.ac.ir on 2025-12-13]

12. Paesano R, Pietropaoli M, Gessani S, Valenti P. The influence of lactoferrin, orally administered, on systemic iron homeostasis in pregnant women suffering of iron deficiency and iron deficiency anaemia. Biochimie .2009;91:44-51.
13. DeMaeyer E, Adiels-Tegman M. The prevalence of anemia in the world.World Health Stat Q 1985; 38:302–16.
14. Beard JL, Dawson HD. Iron. In: O'Dell BL, Sunde RA, editors. Handbook of nutritionally essential elements.New York: Marcel Dekker Inc.; 1997. : 334.
15. WHO. The prevalence of anemia in women: a tabulation of available information. 2nd ed. Geneva: WHO; 1992.
16. Dewey KG, Romero-Abal ME, Quan de Serrano J, Bulux J, Peerson JM, Engle P, et al. Effects of discontinuing coffee intake on iron status of irondeficient Guatemalan toddlers: a randomized intervention study. Am J Clin Nutr 1997; 66:168–76
17. Greenwood R.Golding J.Mc Caw-Binns A. Keeling J.Ashley D. The epidemiology of prenatal death in Jamaica. Pediatr Perinat Epidemiol 1994;8:143-57.
18. Friel JK,Aziz K,Andrews WL. A double- Masked randomized control trial of Iron supplementation in early infancy in healthy term breast feeding. J Pediatr. 2003; 43(5):582-86
19. Amsel S.Boaz M.Ballin A.Low compliance of iron supplementation in infancy and relation to socioeconomic status in Israel. Pediatrics 2002; 110:410-11.
۲۰. دره فاطمه، سجادی محبوبه. بررسی علل مصرف نامنظم قطره آهن در کودکان ٢٤-۶ ماهه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی اراک درسال ۱۳۸۳. مجله علمی پژوهشی دانشگاه اراک. سال هفتم. شماره۳. پاییز ۱۳۸۳.
21. Kruske SG, Ruben AR, Brewster DR. J Paediatr Child Health. 1999; 35:153-158.
۲۲. ایمانی محمود، رخشانی فاطمه، انصاری مقدم علیرضا.عملکرد مادران دراستفاده از قطره آهن کمکی. مجله علمی طبیب شرق. سال دوم شماره ۱و۲: ۳۶-۳۱.
۲۳. نادری طیبه،کامیابی زهرا. پوشش مراقبت های بهداشت مادروکودک درعشایر استان کرمان شهریور ۱۳۸۰ .مجله دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی قزوین. شماره۲۸. پاییز۱۳۸۲: ٣٤-۲۶.
٢٤. کریمی مهران، اردویی مهتاب، جمشیدی خدیجه. میزان آگاهی مادران از تغذیه کودکان در دو سال اول بعد از تولد در منطقه آزاد شهر یزد. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد.۱۳۸۰، دوره نهم(ضمیمه شماره٤): ۲۲-۱۶.
۲۵. Kruske SG, Ruben AR, Brewster DR. J Paediatr Child Health. 1999; 35:153-158.
26. Hazavehei M, Jalili Z, Heydarnia AR,Faghihzadeh. Application of the PRECEDE Model for controlling iron-deficiency anemia among children aged 1-5Kerman, Iran. IUPH-Promotion and Education. 2006; 3(13):173-7.
27. Kapur D,Sharma S, Agarwal KN. Effectiveness of nutrition education, iron supplementation or both on iron status in children. Indian Pediatrics 2003;40:1131-44.
۲۸. حسین رضایی، حکیمه. ظهور، علیرضا. بررسی شاخص‌های دموگرافیکی مادرانی که به کودکان خود قطره مولتی ویتامین وآهن نمی‌دهند. مجله دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان. بهار۱۳۸۱: ۱۲۹-۱۲۷.
29. Zlotkin S, Antwi KY, Schauer C,Yeung G.Use of microencapsulated iron(II) fumarate sprinkles to prevent recurrence of anemia in infants and young children at high risk. Bull World Health Organ. 2003; 81(2):108-15.
30. Schauer C, Zlotkin S. Home fertification with micro nutrient sprinkles a new approach for prevention and treatment of nutritional anemia. J Paeditr Child Health.2003; 8: 87-90.

[Downloaded from healthjournal.arums.ac.ir on 2025-12-13]

Knowledge and Practice on Supplementary Iron-Drop Taking Among Mothers of 8-24 Months Infants Attending to Gorgan Health Centers, 2009

Charkazi A.[1], Esmaeili A.[2], Maqsoudlo D.[3]

1. Corresponding Author: Ph.D student in Health education, Department of Public Health, School of Paramedics & Health, Golestan university of Medical Sciences, Gorgan, Iran. E-mail: r.charkazi@Gmail.com

2. Msc in Health Education, Ale Jalil hospital, Aq Qala, Iran.

3. BSc in public Health, Department of Public Health,School of Paramedics & Health, Golestan university of Medical Sciences, Gorgan, Iran

ABSTRACT

Background and Objectives: Iron is one of the essential nutrient elements for infants and children and it is also important for cells growth. The aim of the current study was evaluation of supplementary iron-drop taking and its related factors in 8-24 months infants of mothers attending to Gorgan health centers.

Methods: In a Cross-Sectional study four hundred subjects were selected through cluster sampling method. Data was gathered using a valid and reliable questionnaire. Data analysis was conducted via descriptive methods such as frequency distribution, percentage, mean and standard deviation, as well as the ANOVA, t-test, and Chi-square using SPSS software. Confidence Coefficient was 95%.

Results: 62% of mothers gave iron-drop to their child regularly, 35.2% occasionally, and 2.8% do not give it at all. The most common reason for interruption in iron-drop giving was mother's neglect (33.9%). there was a significant relationship between mothers knowledge and education levels and supplementary iron- drop taking by their children ($p<0.05$).

Conclusion: While knowledge and practice of mothers on iron-drop were higher than those of other studies, however, more than one third of mothers had not satisfactory performance. Due to importance of supplementary iron- drop taking among children under 2 years, it's necessary to improve mother's performance via intervention and health education.

Key words: Iron Drop, Related Factors, Mother, Infant

[Downloaded from healthjournal.arums.ac.ir on 2025-12-13]