

موانع فردی و محیطی مؤثر در بررسی کم خونی فقر آهن از دیدگاه زنان

نویسندگان:

شهلا محمدزاده^۱، سیمین اسماعیل پور^۲، تهمنه مرادی^۳، علیرضا اکبرزاده^۴

چکیده

زمینه و هدف: کم خونی فقر آهن شایع ترین و قابل پیشگیری ترین مشکل سلامتی در زنان بشمار می رود. ارزیابی علت کم خونی می تواند منجر به تشخیص زود هنگام و در عین حال درمان به موقع زنان شود. با تعیین موانع فردی و محیطی مؤثر در بررسی کم خونی فقر آهن در زنان از دیدگاه خود آنها می توانیم کم خونی را در بین زنان کنترل کنیم.

روش ها: در این مطالعه توصیفی ۴۰۰ زن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان خلخال با روش نمونه گیری مبتنی بر هدف از بین زنان سنین باروری مراجعه کننده انتخاب شدند. داده ها از طریق پرسشنامه جمع آوری شدند. تجزیه تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و شاخص های آمار توصیفی انجام شد

یافته ها: از دیدگاه زنان مورد مطالعه موانع فردی نظیر نداشتن مشکل جهت مراجعه به پزشک، احساس سلامتی و اعتقاد به عدم ابتلاء به کم خونی، عدم آگاهی در مورد علل کم خونی و در خصوص موانع محیطی، موانعی مانند نگرانی از هزینه های دارو و درمان، نداشتن بیمه درمانی، نداشتن وقت و غیره از موانع مهم عدم بررسی کم خونی ذکر شده است.

نتیجه گیری: با توجه به یافته های پژوهش موانع فردی و محیطی برای اقدام زنان جهت بررسی کم خونی فقر آهن در خود وجود ندارد. بنابراین اطلاع رسانی و آموزش زنان در مورد ضرورت انجام غربالگری کم خونی فقر آهن و ایجاد تسهیلات لازم جهت انجام این معاینات در مراکز بهداشتی درمانی توسط مسئولین باید مورد توجه قرار گیرد.

واژه های کلیدی: کم خونی، موانع، زنان سنین باروری، مراکز بهداشتی درمانی.

^۱ مربی، کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران

^۲ مربی، کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران

^۳ (نویسنده مسئول) دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران

E-mail: tahminehmaradi@yahoo.com

^۴ استادیار، دکترای آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه شهید بهشتی تهران

مقدمه

بحث کم خونی فقر آهن امروزه یکی از شایع ترین مسائل بهداشت همگانی می باشد که بر روی رشد روانی - جسمی، رفتاری و توانایی انجام کار افراد تأثیر می گذارد و در حال حاضر یکی از شایع ترین مسائل تغذیه در دنیا به شمار می رود (۱). شیوع کم خونی فقر آهن در بین زنان ۱۵ تا ۴۵ ساله (سنین باروری) بیش از سایر گروههای دیگر جامعه است. طبق برآورد سازمان جهانی بهداشت، ۴۳ درصد زنان غیر باردار و ۵۶ درصد زنان باردار در کشور های در حال توسعه و ۱۲ درصد زنان غیر باردار و ۱۸ درصد زنان باردار در کشورهای توسعه یافته به کم خونی فقر آهن مبتلا هستند (۲). علل مربوط به بارداری و پیشگیری از بارداری از عوامل مستقیم ابتلا به کم خونی فقر آهن در زنان به شمار می روند. از فاکتور های مؤثر غیر مستقیم بر کم خونی، فقر، عدم دسترسی به خدمات بهداشتی - درمانی، شرایط محیطی نامطلوب، بهداشت و رفتار های سلامتی، سوء تغذیه مربوط به کیفیت و مصرف رژیم غذایی (به دلیل فقیر بودن غذاهای مصرفی از آهن)، از دست دادن خون (به عنوان مثال خونریزی قاعدگی زیاد)، و جذب کم آهن در بدن می باشد (۳). کم خونی فقر آهن می تواند باعث کاهش ظرفیت کار در بزرگسالان و تأثیر بر توسعه ی روانی و حرکتی در کودکان و نوجوانان شود. شواهدی وجود دارد که فقر آهن بدون کم خونی، شناخت را در دختران نوجوان تحت تأثیر قرار می دهد و دلیل خستگی در زنان بزرگسال می باشد (۴). هم چنین مقاله خامبالی و همکاران^۱ (۲۰۰۹) نشان می دهد که کم خونی امکان دارد با افزایش خطر تولد نوزاد کم وزن و محدودیت رشد جنین همراه می باشد (۵). برآورد شده است که خطر توسعه ی کم خونی در کشورهای در حال توسعه ب خصوص در مناطق روستایی آنها ۲ تا ۷ برابر نسبت به کشورهای صنعتی می باشد (۶). بنابراین کنترل کم خونی فقر آهن می تواند بیشترین منافع بهداشت همگانی از جمله کاهش مرگ و میر در میان زنان باردار و نوزادان، بهبود رشد نمو و یادگیری در کودکان و افزایش توان کاری در بزرگسالان را در بر داشته باشد (۷). یکی از اهداف ۲۰۱۰، کاهش بروز کم خونی فقر آهن به کمتر از ۵ درصد در کودکان نوپا، کمتر از ۱ درصد در کودکان

پیش دبستانی و کمتر از ۷ درصد در زنان سنین باروری صرف نظر از نژاد آنها می باشد (۵). چاندیو و همکاران^۲ (۲۰۰۷) اشاره می کند که تشخیص زودرس و درمان فقر آهن تحت بالینی میان زنان غیر باردار نقش محوری در پیشگیری از توسعه ی کم خونی فقر آهن در طول دوران بارداری ایفا می کند. ارزیابی قبل از بارداری اطلاعاتی را که امکان دارد شاخص حیاتی برای توسعه ی استراتژی های مداخله ای مؤثر در برابر کم خونی و کم خونی فقر آهن در کشورهای در حال توسعه باشد فراهم می کند (۸). بر اساس مقاله آلینی و همکاران^۳ (۲۰۰۸) نشان داده شده که کم خونی فقر آهن با وجود توانائی های گسترده برای تشخیص بیماری و در دسترس بودن فرآورده های دارویی آهن کاملاً شایع باقی مانده و این نشان می دهد که رویکرد کلی درمان هنوز نهادینه نشده است (۹). کم خونی فقر آهن معمولاً براساس نتایج آزمایشگاهی غربالگری شناسایی می شود و کمتر پیش می آید بیماران مبتلا به کم خونی پیشرفته به دلیل علائم آن مراجعه کنند (۱۰). یافته ها نشان می دهد که تعداد اندکی از زنان دیدگاههای صحیح طبی - زیستی در مورد کم خونی دارند و اغلب زنان از علائم کم خونی فقر آهن اطلاعات کافی ندارند (۱۱). کم خونی می تواند اولین علامت سایر شرایط پزشکی باشد. شناخت علائم و ارزیابی علت کم خونی می تواند منجر به تشخیص زودهنگام از شرایط قابل درمان بالقوه باشد. بسیاری از زنان بر این باورند که احساس خستگی، ضعف یا تحریک پذیری طبیعی است و اغلب از این علائم برای جلب توجه پزشک خود استفاده نمی کنند و به طور معمول سئوالاتی نمی پرسند؛ به همین علت کم خونی فقر آهن به حد کافی شناخته و درمان نمی شود (۱۲). اُزبرن و همکاران^۴ (۲۰۱۰) اشاره می کند که تعیین میزان مرگ و میر و ناتوانی^۵ جامع برای همه ی علل کم خونی فقر آهن مشکل است و اغلب بیماران معمولاً برای تشخیص علت خستگی و تنگی نفس که از علائم عمده کم خونی فقر آهن به حساب می آید اقدام نمی کنند و کم خونی

² Chandyo

³ Alleyne

⁴ Osborn

⁵ Morbidity

¹ Khambalia

پژوهش و توانایی پاسخگویی به سوالات، داشتن سنین ۴۵ - ۱۵ سال، نداشتن تحصیلات پزشکی و پیراپزشکی، عدم ابتلا به اختلالات روانی (افسردگی، اختلالات دو قطبی، ...) و عدم استفاده از داروهای روانگردان، نداشتن سابقه بیماریهای خونی مادرزادی و اختلالات کم خونی و هم چنین عدم شرکت در تحقیقات مشابه قبلی بود. ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش پرسشنامه ی پژوهشگر ساخته بود که شامل سه قسمت: قسمت اول سوالاتی در مورد مشخصات فردی، قسمت دوم سوالات مربوط به آگاهی زنان از کم خونی فقر آهن، قسمت سوم موانع مؤثر بر اقدام زنان برای بررسی کم خونی فقر آهن در خود بود. قسمت دوم پرسشنامه که شامل ۲۷ گزینه مربوط به آگاهی زنان در مورد کم خونی فقر آهن بود. به هر گزینه درست (که می توانست پاسخ بله و یا خیر باشد) امتیاز ۱ و به پاسخ نادرست امتیاز صفر تعلق گرفت و در عبارات مربوط به سنجش آگاهی، حداقل امتیاز صفر و حداکثر ۲۷ در نظر گرفته شد. قسمت سوم پرسشنامه شامل سوالات مربوط به موانع مؤثر بر اقدام زنان برای بررسی کم خونی فقر آهن در خود می باشد. گزینه بله دارای امتیاز صفر و گزینه خیر دارای امتیاز یک بود که با توجه به ۱۷ سؤال (۱۲ سؤال موانع فردی، ۵ سؤال موانع محیطی)، حداقل صفر و حداکثر ۱۷ امتیاز (۱۲ امتیاز برای موانع فردی، و ۵ امتیاز برای موانع محیطی) منظور شد. برای تعیین اعتبار پرسشنامه از روش روایی محتوا و نظرات تعدادی از اعضای هیأت علمی دانشگاه و برای بررسی اعتماد پرسشنامه از روش آزمون مجدد و هم چنین ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. پرسشنامه ی مزبور توسط پژوهشگر از طریق مصاحبه با نمونه ها تکمیل گردید. برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار آماری SPSS و آمار توصیفی استفاده شد.

یافته ها

میانگین سنی زنان ۲۷/۶۶ سال (۴۵-۱۵) بود. ۷۴/۲ درصد متأهل و ۱۲ درصد باردار بودند. ۷۰ درصد واحدهای مورد پژوهش در سنین ۱۲ تا ۱۵ سالگی سیکل قاعدگی خود را شروع کرده بودند. ۷۹/۸ درصد زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی دو بارداری و کمتر از آن و ۸۷/۳ درصد آنها دو فرزند و کمتر داشتند. ۷۹/۸ درصد زنان خانه دار و ۶۶ درصد آنها از تحصیلات

تشخیص داده می شود (۱۳). در ایران آمار دقیقی در مورد میزان اقدام زنان جهت بررسی کم خونی فقر آهن در خود وجود ندارد ولی شواهد امر حاکی از آن است که علیرغم تأثیرات مثبت غربالگری و بیماریابی میزان اقدامات برای بررسی کم خونی فقر آهن در زنان بسیار کم است. از آنجا که باورها و عقاید زنان تأثیر بسیاری بر پذیرش رفتارهای بهداشتی مرتبط با کم خونی فقر آهن و روشهای غربالگری آن دارد به همین دلیل به نظر می رسد تعیین موانع فردی و محیطی مؤثر در بررسی کم خونی فقر آهن در زنان از دیدگاه خود آنها بتواند راهگشای کنترل کم خونی فقر آهن در بین زنان باشد تا بدین وسیله و با شناسایی این عوامل بتوان با افزایش تقاضا در زنان سنین باروری برای پیشگیری و درمان کم خونی فقر آهن این مشکل سلامت عمومی را کنترل کرد. لذا این مطالعه با هدف تعیین موانع فردی و محیطی مؤثر در بررسی کم خونی فقر آهن از دیدگاه زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان خلخال در سال ۱۳۸۹ انجام گردید

روش ها

این مطالعه از نوع توصیفی و به روش مقطعی است که با یک بار مراجعه به واحدهای مورد پژوهش، اطلاعات مورد نیاز از طریق پرسشنامه و به روش مصاحبه جمع آوری شده است. جامعه پژوهش را زنان سنین باروری مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر خلخال تشکیل داده و نمونه گیری به روش مبتنی بر هدف انجام شده است. برای دستیابی به نمونه های معرف جامعه ی مورد بررسی ابتدا جامعه به سه طبقه (با توجه به وجود سه مرکز بهداشتی درمانی در شهر خلخال) تقسیم و تعداد ۴۰۰ نفر به روش انتساب متناسب به این طبقات اختصاص داده شد. لازم به ذکر است تعداد نمونه ی مورد نیاز با استفاده

از فرمول
$$N = \frac{Z^2 \alpha P(1-P)}{\varepsilon^2}$$
 و با فرض؛ $\alpha = 0.05$ ، $p = 0.5$ ، $\varepsilon = 0.05$ آمده از تعداد دفعات مراجعه به این سه مرکز، تعداد نمونه در مراکز شماره ۱ و ۲ و ۳، به ترتیب در مرکز شماره یک ۱۲۳ نمونه، در مرکز شماره دو ۱۸۵ نمونه و در مرکز شماره سه ۹۲ نمونه بدست آمد. معیارهای پذیرش واحد های مورد پژوهش، داشتن تمایل جهت شرکت در

(۲۳/۸٪) و غیره اشاره کرد. همانطور که در جدول شماره یک نیز دیده می شود ۶۵٪ واحدهای مورد پژوهش سطح امتیازی در حد متوسط از نظر موانع فردی کسب کرده اند بدین معنی که مشکلی برای عدم مراجعه برای بررسی کم خونی نداشته اند. در تعیین موانع محیطی، نگرانی از هزینه های دارو و درمان، یکی از عمده ترین موانع محیطی است به طوری که ۳۱/۸ درصد واحدهای مورد پژوهش برای عدم بررسی کم خونی در خودشان این مانع را ذکر کرده بودند. نداشتن بیمه درمانی (۲۱/۸٪)، نداشتن وقت (۲۱/۵٪)، دوری مرکز بهداشتی درمانی (۱۸٪) و برخورد نامناسب کارکنان بهداشتی درمانی (۱۲/۲٪) از موانع محیطی مهم دیگر برای عدم بررسی کم خونی فقر آهن توسط زنان ذکر شده بود. ۴۳/۵ درصد کارکنان بیشترین سطح امتیاز در رابطه با موانع محیطی را از قسمت مشکلی برای عدم مراجعه برای بررسی کم خونی فقر آهن نداشته اند کسب کرده بودند (جدول ۲).

جدول ۱ توزیع فراوانی امتیاز موانع فردی بررسی کم خونی واحدهای مورد پژوهش

امتیاز موانع فردی	تعداد	درصد
۰ - ۶	۳۳	۸
۶ - ۹	۱۰۸	۲۷
۹ - ۱۲	۲۵۹	۶۵
کل	۴۰۰	۱۰۰

جدول ۲ توزیع فراوانی امتیاز موانع محیطی بررسی کم خونی واحدهای مورد پژوهش

امتیاز موانع محیطی	تعداد	درصد
۰ - ۲	۵۳	۱۳/۲
۲ - ۴	۱۷۳	۴۳/۳
۴ - ۵	۱۷۴	۴۳/۵
کل	۴۰۰	۱۰۰

و لی یو شو^۱ در سال ۲۰۱۰ انجام دادند نتایج نشان داد که ۷۷/۹ درصد زنان جامعه تحت مطالعه از اصطلاح کم

دیپلم و بالاتر از آن برخوردار بودند و بیشترین درصد (۴۳/۲٪) میزان درآمدی بین ۲۰۰-۴۰۰ هزار تومان در ماه داشتند. هم چنین ۷۵/۵ درصد از زنان مراجعه کننده تحت پوشش بیمه درمانی قرار داشتند. در خصوص دلایل مراجعه واحدهای مورد پژوهش به مراکز بهداشتی درمانی بیشترین درصد (۲۵/۳٪) به دلیل واکسیناسیون کودکان و کمترین درصد (۱/۵٪) به دلیل دریافت مراقبتهای کودکان و نوزادان به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه می کردند. ۵۴/۲ درصد واحدهای مورد پژوهش ۱-۳ بار در سال به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه می کردند. ۵۱/۵ درصد زنان مراجعه کننده اظهار داشتند که هیچگاه برای آنها تشخیص کم خونی گذاشته نشده است. و از میان ۴۴/۳ درصد مراجعه کنندگانی که طبق اظهار خودشان کم خون بوده اند در ۲۹ درصد موارد کم خونی فقر آهن در دورانی غیر از بارداری و در اکثریت موارد (۲۴/۵٪) این تشخیص توسط پزشک بوده است. ۲۷/۵ درصد زنان برای کم خونی تحت درمان قرار گرفته بودند و ۲۲/۷ درصد دوره ی درمان خود را کامل نکرده بودند. هم چنین ۵۰/۸ درصد واحدهای مورد پژوهش اظهار داشتند که تا حدودی در مورد کم خونی فقر آهن اطلاعات داشته و ۳۷ درصد زنان این اطلاعات را از رادیو و تلویزیون کسب کرده بودند. نمره آگاهی بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش (۶۴٪) در حد متوسط و میانگین نمره آگاهی آنان ۵۰/۴۲ (بر مبنای ۱۰۰) بود.

بر اساس یافته ها در بین موانع فردی، نداشتن مشکل جهت مراجعه به پزشک، یکی از عمده ترین موانع فردی بود. به عنوان نمونه ۵۰ درصد زنان مراجعه کننده معتقد بودند که چون تا به حال مشکلی نداشته اند جهت بررسی کم خونی فقر آهن به پزشک مراجعه نکرده بودند. از موانع دیگر می توان به احساس سلامتی و عدم ابتلاء به کم خونی (۳۴٪)، عدم آگاهی در مورد علل کم خونی (۲۹/۵٪)، عدم آگاهی در مورد علائم و عوارض کم خونی (۲۷/۸٪)، استفاده از درمانهای سنتی برای درمان کم خونی (۲۳/۸٪)، نگرانی از عوارض ناشی از دارو و درمان

بحث

در مطالعه فوق بیش از نیمی از زنان تا حدودی در مورد کم خونی اطلاعات داشتند. در پژوهشی که تبیش حسین

¹. Tabish Hussain & Li Yu Shu

در مورد موانع انجام خودآزمایی پستان در ۷۷۵ زن شرکت کننده انجام دادند و علل اصلی موانع خودآزمایی پستان را جدی نگرفتن بیماری سرطان پستان، ترس از شنیدن اخبار بد در مورد تشخیص سرطان، اطلاعات ناکافی و نداشتن وقت کافی برای غربالگری برشمرده بودند (۱۹).

در مطالعه حاضر موانع محیطی نظیر نگرانی از هزینه های دارو و درمان، نداشتن بیمه درمانی، نداشتن وقت، برخورد نامناسب کارکنان بهداشتی درمانی و دوری مرکز بهداشتی درمانی از موانع مهم عدم بررسی کم خونی فقر آهن بود. نتیجه مطالعه قلی زاده و همکاران (۱۳۸۶) نشان داد که از دیدگاه زنان مورد مطالعه، مانع اصلی عدم مراجعه جهت انجام معاینه بالینی پستان عدم آگاهی از چنین معایناتی و وجود مراکز انجام این معاینات بود (۲۰). هم چنین در تحقیقی که کلاگ و همکاران^۴ در سال ۲۰۰۵ در کشور آلمان انجام دادند شایع ترین موانع مراجعه زنان جهت انجام معاینه بالینی پستان، عدم آگاهی از وجود چنین معایناتی (۵۲/۷٪) و نداشتن سابقه مشکل و بیماری (۱۹/۴٪) بود (۲۱).

نتیجه گیری

یافته های حاصل از این پژوهش می تواند راهگشایی جهت برنامه ریزی در خصوص کم خونی فقر آهن و عوامل مرتبط با آن خصوصاً در زنان باشد. طبق نتایج این پژوهش مانعی برای اقدام زنان جهت بررسی کم خونی فقر آهن در خودشان، وجود نداشته است. عمده ترین موانع فردی و محیطی ذکر شده به ترتیب نداشتن مشکل جهت مراجعه به پزشک برای بررسی کم خونی فقر آهن و نگرانی از هزینه های دارو و درمان بوده است. در نتیجه توصیه می شود که مراکز بهداشتی درمانی در ارزیابی زنان مراجعه کننده از نظر وجود این بیماری با توجه به اینکه زنان بر این باورند که احساس خستگی، ضعف یا تحریک پذیری طبیعی است و هزینه ایست که آنها برای اداره ی یک زندگی پرمشغله می پردازند توجه بیشتری داشته باشند و به زنان مراجعه کننده تفهیم گردد که هر چند کم خونی فقر آهن باعث ایجاد اختلال در فعالیتهای روزمره آنها نخواهد شد اما کیفیت زندگی آنان را به مراتب

خونی فقر آهن مطلع بودند. بیشتر زنان از اینکه آهن در سلامت آنها اهمیت دارد و باید در رژیم غذایی گنجانده شود آگاهی داشتند (۱۵). همچنین یافته های آیلینگر و همکارانش^۱ (۲۰۰۹) نشان داد که تعداد اندکی از زنان دیدگاههای صحیح طبی - زیستی در مورد کم خونی داشتند و اغلب زنان از علایم کم خونی فقر آهن اطلاع کافی نداشتند (۱۱). ال آتی و همکارانش^۲ در سال ۲۰۰۸ نشان دادند کم خونی هنوز به عنوان یک بیماری به خوبی میان زنان تونسی شناخته نشده است. اکثریت زنان کم خونی فقر آهن را با فشار خون پائین مرتبط و تعدادی از آنها تفاوت بین فقر آهن و کم خونی را می دانستند. آنها به پزشک خود جهت درمان اعتماد داشتند، اما بسیاری از زنان از اینکه به آنها اطلاعات کافی داده نشده بود شکایت داشتند. بسیاری از زنان گفته بودند که برای پیشگیری و درمان کم خونی کاری انجام نمی دهند (۱۶).

در مطالعه حاضر موانع فردی نظیر نداشتن مشکل جهت مراجعه به پزشک، احساس سلامتی و اعتقاد به عدم ابتلاء به کم خونی، عدم آگاهی در مورد علل کم خونی، عدم آگاهی در مورد علایم و عوارض کم خونی، استفاده از درمانهای سنتی برای درمان کم خونی، نگرانی از عوارض ناشی از دارو و درمان و غیره از موانع مهم عدم بررسی کم خونی فقر آهن می باشد. نتایج پژوهشی که انجذاب و همکاران در سال ۱۳۸۳ انجام دادند نشان داد که بیشترین علل عدم مراجعه جهت انجام روش های غربالگری عدم آگاهی از وجود چنین معاینات عدم آگاهی از وجود مراکز برای انجام و آموزش این معاینات، نداشتن سابقه مشکل، ترس از انجام معاینه، احساس خجالت از انجام معاینه و عدم آموزش پرسنل بهداشتی جهت انجام این معاینات بودند (۱۷). مطالعه شکیبازاده و همکاران در سال ۱۳۸۷ که به روش تحلیل محتوا در میان زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر کرج انجام شد نشان داد، موانع انجام آزمایش پاپ اسمیر آگاهی کم از علل ایجاد سرطان دهانه رحم، باورهای نامناسب، ترس از تشخیص سرطان و درد ناشی از آزمایش بود (۱۸). سومی و همکاران^۳ (۲۰۰۷) در کره تحقیقی

¹ Ailinger

² . Ati

³ Somi

⁴ Klug

تقدیر و تشکر

نویسندگان بدینوسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از حوزه معاونت پژوهشی استان اردبیل و مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی استان اردبیل و نیز تمامی کسانی که در اجرای پژوهش همکاری داشته اند، ابراز می نمایند.

کاهش خواهد داد. متخصصان آموزش سلامت نیز می توانند با ایجاد انگیزه در زنان آنها را به پیگیری وضعیت سلامت خود بخصوص در زمینه ی کم خونی ترغیب نمایند؛ لذا دادن آگاهی، آموزش و اطلاعات در زمینه بیماری می تواند مفید واقع شود. بایستی به این زنان مواد آموزشی ساده و قابل درک که در آن در مورد عوامل خطر و عوارض بیماری کم خونی و راه های پیشگیری بحث شده است داده شود. چنین اطلاعاتی می تواند از طریق رسانه های جمعی و یا بروشورها و پمفلت ها در اختیار زنان قرار گیرد. هم چنین باید در مورد هزینه های دارو و درمان بیماران کم خون تمهیداتی را اندیشید.

References:

- 1- Shakoori S, Sharifirad GH, Golshiri P, Hassanzadeh A, Shakoori M. Effect of health education program base on PRECEDE Model in controlling iron-deficiency anemia among high school girl students in Talesh. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2009; 12(3): 41-50.[Persian]
- 2- Bateni J, Kalantari S.A.D, Khosravi boroujeni H. Estimating the intake of dietary factors related to iron deficiency anemia in non-pregnant women aged 15-45 years old in zanzan. *Knowledge and health spring*. 2008; 3(1): 22-27.[Persian]
- 3- M'Cormack FAD. Ecological determinants of anemia in pregnant women living in Freetown: urban western area, Sierra Leone. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy in the field of health education, department of health education in the graduate school southern illinois university Carbondale; 2008
- 4- Killip SH, Bennett JM, Chambers MD. Iron Deficiency Anemia. *American Academy of Family Physicians*. 2007; 75: 671-678
- 5- Khambalia AZ, O'Connor DL, Macarthur C, Dupuis A, Zlotkin SH. Periconceptional iron supplementation does not reduce anemia or improve iron status among pregnant women in rural Bangladesh. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2009; 90(5): 1295-1302
- 6- Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, García-Guerra A, Mundo-Rosas V, Mejía-Rodríguez F, Domínguez-Islas CP. Anemia in Mexican women: Results of two national probabilistic surveys. *Salud Publica Mex*. 2009; 51(4):515-522
- 7- Sarbandi Zaboli F. Sustainability of health education offered in 2002 to reduce iron deficiency anemia in girls schools Chabahar. Master of Nursing thesis Tarbiat Modarres University; 2004. [persian]
- 8- Chandyo RK, Strand TA, Ulvik RJ, Adhikari RK, Ulak M, Dixit H, Sommerfelt. Prevalence of iron deficiency and anemia among healthy women of reproductive age in Bhaktapur, Nepal. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2007; 61: 262–269
- 9- Alleyne M, Horne MK, Miller JL. Individualized treatment for iron deficiency anemia in adults. *American Journal of Medical Sciences*. 2008; 121(11): 943–948
- 10- Fauci AS, Kasper DL, Longo DL, Loscalzo J, Braunwald E, Hauser SL, Larry Jameson J. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 17th edition. United States of America: McGraw-Hill Professional; 2008
- 11- Ailinger RL, Moore JB, Pawloski I, Cortes LRZ. Concepts of anemia among low income Nicaraguan women. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2009; 17(2): 147-152
- 12- National Anemia Action Council. Teaching Women How to Recognize and Manage Anemia. 2009; <<http://www.anemia.org>>
- 13- Osborn KS, Wraa CE, Watson AB. *medical surgical nursing: preparation for practice*. Pearson: Upper Saddle River;2010
- 14- DiMatteo MR. *The psychology of health*. Kaviani M & et al. 3th edition. Tehran: samt Publications;2008.[persian]
- 15- Tabish H, Li Yu Sh. Awareness of Iron Deficiency Anemia among Women of Reproductive Age in Hubei Province, China. *Asian Journal of Medical Sciences*. 2010;1(1):12-13
- 16- El At J, Lefe`vre P, Be`ji CH, Ben Rayana CH, Gaigi S, Delpeuch F. Aetiological factors and perception of anaemia in Tunisian women of reproductive age. *Public Health Nutrition*. 2008; 11(7): 729–736
- 17- Enjezab B, Faraj Khoda T, Bokae M. Barriers and motivators related to cervical and breast cancer screening. *Journal of shaeed sadoughi university of medical sicences,Yazd* 2004; 3(12): 78-84.[Persian]

- 18- Shakibazadeh E, Ahmadnia E, Akbari F, Negarandeh R. Barriers and Motivating Factors Related to Cervical Cancer Screening. Journal of faculty of nursing & midwifery, Tehran University of medical sciences (HAYAT). 2009; 14(3-4): 83-89.[Persian]
- 19- Somi P, Hea k, Giyon K, Hee Young S. Knowledge, barriers and facilitators of Korean Women and Their Spouses in the contemplation stage of breast self – examination. Cancer Nursing. 2007; 30(1):78-84
- 20- Gholizade L, Shahvari Z, Mohamadhoseini S. Barriers related to clinical breast examination in women who referred to health and medical centers of gachsaran. Dena, Quarterly Journal of Yasuj Faculty of Nursing and Midwifery. 2008; 3(1-2): 56-63.[Persian]
- 21- Klug SJ, Hetzer M, Bletter M. Screening for breast and cervical cancer in large German city: participation, motivation and knowledge of risk factors. Eur J Public Health 2005; 15(1):70-77