

بررسی میزان شیوع وابستگی به مواد مخدر در استان اردبیل در سال ۱۳۷۸

نویسندگان: دکتر علی مجیدپور^(۱) معصومه خیرخواه*^(۲)

چکیده:

سابقه و هدف: سوء مصرف و وابستگی به مواد مخدر از بیماریهای شایع بوده و پزشکان با مرگ و میر وابتلاء ناشی از آن مواجهه هستند. هر ساله در آمریکا ۴۰۰۰۰۰ مرگ ناشی از مصرف سیگار و ۱۰۰۰۰۰۰ سوء مصرف ناشی از مصرف الکل و ۲۰۰۰۰۰ سوء مصرف داروها دیده میشود. برای برنامه ریزی و مبارزه جدی با این بلای خانمانسوز تعیین میزان شیوع آن در همه جوامع از جمله ایران اسلامی ضروری است. پژوهش حاضر که مطالعه‌ای توصیفی و مقطعی است به منظور تعیین میزان شیوع وابستگی به مواد مخدر در استان اردبیل در سال ۷۸ انجام شده است.

روش کار: برای دستیابی به اهداف تحقیق پرسشنامه‌ای براساس معیارهای تشخیصی DSMIV از کتب معتبر روانپزشکی جهت افشراق معتادان از افراد سالم تنظیم شد. دانشجویان گروه پزشکی پس از آموزش جهت مصاحبه به شهرها و روستاهای استان مراجعه نمودند، با محاسبات آماری نمونه‌ای معادل ۲۸۶۷ نفر معین گردید. روش نمونه‌گیری تلفیقی از نمونه‌گیری طبقه‌ای متناسب در شهرها و تصادفی در روستاها بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از برنامه آماری SPSS استفاده شد.

یافته‌ها: شیوع وابستگی به مواد مخدر در استان ۲/۳٪ بوده و بیشترین شیوع مصرف در شهرهای خلخال، گرمی، نمین و مشکین شهر دیده شده است. شیوع مصرف سیگار ۲۹/۹٪ بوده که بیشترین شیوع مصرف در شهرهای بیله سوار، خلخال، گرمی و نمین گزارش شده است. ۲۵/۵٪ برای کاهش دردهای عضلانی از تریاک استفاده کرده که در شهرهای خلخال، بیله سوار، پارس آباد و گرمی شیوع بیشتری داشته است. ۲۱/۲٪ از مشروبات الکلی در مجالس و میهمانیها استفاده نموده که در شهرستانهای خلخال، بیله سوار، پارس آباد، گرمی و نمین شیوع بیشتری داشته است.

نتیجه‌گیری: وابستگی به مواد در سنین ۲۶-۴۵ سال و در بین رانندگان مشاغل آزاد افراد بیکار و مطلقه و کسانی که هر دو والدینشان فوت شده‌اند، شیوع بیشتری داشته است و رابطه معنی دار آماری با ($P < 0.001$) بین این عوامل و اعتیاد اثبات گردیده است.

واژه‌های کلیدی: وابستگی به مواد مخدر، نارکوئیک، مواد مخدر.

مقدمه

شیوع سوء مصرف مواد در جامعه افزایش یافته و معضل اعتیاد به عنوان یکی از چهار بحران و مسئله جهانی روز مطرح می‌باشد [۲، ۱]. اعتیاد مصیبتی است که میلیونها زندگی را ویران و سرمایه‌های کلان ملی صرف مبارزه با

صدمات ناشی از آن می‌شود [۳] سالانه ۴۰ میلیون نفر در آمریکا از مصرف مواد مخدر دچار آسیب شده و ضرر اقتصادی ناشی از آن به ۴۰۰ بیلیون دلار بالغ می‌گردد و ۱/۴ مرگ و میرهای این کشور (۵۹۰ هزار) ناشی از مصرف

۱- متخصص عفونی - دانشیار دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

۲- (* مرگ مسئول): کارشناس ارشد مامائی - مربی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

منظور تعیین میزان شیوع وابستگی به مواد مخدر و تعیین میزان شیوع مصرف سیگار و مشروبات الکلی بصورت تفننی و تریاک به منظور کاهش درد عضلانی در استان اردبیل در سال ۱۳۷۸ انجام شده است.

مواد و روشها

پژوهش حاضر مطالعه ای توصیفی و مقطعی بوده که به منظور بررسی میزان شیوع اعتیاد در استان اردبیل انجام شده است. بر اساس آمارهای رسمی بیش از یک میلیون و دویست هزار معتاد و هشتصد هزار مصرف کننده تفننی در کشور وجود دارد. بنابراین متوسط اعتیاد در جامعه ۳/۳٪ برآورد میگردد [۴،۳]. با محاسبات آماری حجم نمونه ای معادل ۲۸۶۷ نفر برای تعیین میزان شیوع اعتیاد در استان محاسبه شده است. جامعه پژوهش کلیه ساکنین شهرها و روستاهای استان اردبیل در زمان انجام پژوهش بوده و روش نمونه گیری تلفیقی از نمونه گیری طبقه ای متناسب در شهرها و تصادفی در روستاها بوده است. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه بوده و نمونه گیری بصورت مصاحبه با یک بار مراجعه به درب منازل انجام شده است.

یافته‌ها

نتایج پژوهش حاکی از آنست که ۵۶/۷٪ نمونه‌ها شهری و اکثریت در گروه سنی ۲۵-۱۵ ساله و ۵۷/۹۳٪ مذکر و ۲۵/۸٪ بیسواد بوده‌اند. شایعترین شغل در آقایان آزاد و در بانوان خانه داری بوده است. ۷۱/۳٪ نمونه‌ها متأهل و درآمد ماهانه ۲۱/۸٪ کمتر از ۱۰ هزار تومان و ۲۰/۸٪ بین ۵۰-۳۰ هزار تومان گزارش شده است. میزان شیوع وابستگی به مواد مخدر در استان ۴/۳٪ بوده که بیشترین شیوع اعتیاد در شهرستانهای خلخال، نمین، گرمی، مشگین شهر، بیله سوار دیده شده است. اما ارتباط

مواد مخدر است [۴]. صاحب نظران مسائل اجتماعی و پزشکی اعتیاد را از دردناکترین بیماریهای تاریخ بشر و پزشکی می دانند WHO اعتیاد به مواد مخدر را مسمومیت حاد یا مزمن زائیده مصرف داروی طبیعی یا صنعتی که مضر به حال شخص و اجتماع می باشد، تعریف می نمایند. در سال ۱۹۶۴ این سازمان واژه وابستگی دارویی را جایگزین اعتیاد نمود. وابستگی از نظر این سازمان عبارتست از یک حالت روانی و گاهی جسمی که در نتیجه اثرات متقابل دارو و یا مواد مخدر و موجود زنده بر یکدیگر ایجاد می گردد [۵، ۶].

در جهان امروز بیش از ۲۰۰ میلیون معتاد و ۱۰ میلیون قاچاقچی وجود دارد از طریق تجارت مواد سالانه قاچاقچیان بین المللی ۵۰۰ میلیارد دلار سود می برند. کشور ما به دلیل موقعیت خاص جغرافیائی و واقع شدن در جوار هلال طلائی و داشتن ۱۹۲۵ کیلومتر مرز مشترک با کشورهای تولید کننده مواد افیونی و قرار گرفتن در بهترین و کوتاهترین مسیر ترانزیت مواد از موقعیت خاصی برخوردار است. جوان بودن کشور و ویژگیهای خاص دوران جوانی، کنجکاوی و لذت جویی بستر مناسبی جهت قاچاقچیان خرد و کلان در کشور فراهم نموده است [۷]. در سال ۷۶، ۶۰٪ زندانیان کشور در رابطه مستقیم با مواد مخدر دستگیر شده‌اند بر مبنای نظریه متخصصان جرم شناسی ۱۰٪ بزهکاران موجود در جامعه دستگیر می شوند که نشان از عمق فاجعه در کشور دارد [۲، ۳].

استان اردبیل به دلیل همجواری با کشورهای مشترک المنافع (شوروی سابق) و مشکلات اجتماعی و فرهنگی که گریبانگیر این کشورهاست از موقعیت حساس و ویژه‌ای برخوردار است با شناخت وضعیت موجود جامعه، برنامه ریزان دولتی بهتر میتوانند در جهت ریشه کنی این معضل در جامعه گام بردارند. پژوهش حاضر به

میزان شیوع وابستگی به مواد در استان اردبیل در سال ۷۸) حاکی از آنست که ۴/۳٪ افراد در استان معتاد هستند و بیشترین شیوع وابستگی در شهرستانهای خلخال، نمین، گرمی، بیله سوار مشاهده شده است. شیوع مصرف ماری جوانا و حشیش در ورزشکاران کانادائی ۱۹/۸٪ و کوکائین و کرک ۰/۸٪ می باشد [۱۱]. براساس مطالعه Epidemiological Catchment Area Study (ECA) ۱۶/۷٪ جمعیت بالای ۱۸ سال در امریکا معیارهای طبقه بندی شده DSMIII را برای تشخیص سوء مصرف یا وابستگی داروئی دارا بوده اند [۱۲]. در Switzerland در سال ۱۹۸۰ شمار مصرف کنندگان هرئوئین و کوکائین ۲۵۰۰ نفر بوده و این رقم در سال ۱۹۹۱-۱۹۹۳ به ۱۰۰۰۰ نفر رسیده خوشبختانه از آن به بعد سیر نزولی پیدا نموده تحقیقات بیشتری در این زمینه می تواند علت کاهش گرایش به این مواد را در سالهای اخیر روشن نماید [۱۲].

در رابطه با هدف دوم پژوهش (تعیین میزان شیوع مصرف سیگار در استان اردبیل در سال ۷۸) نتایج حاکی از آنست که ۲۹/۹٪ سیگاری هستند و بیشترین شیوع مصرف سیگار در شهرستانهای بیله سوار، خلخال، گرمی و نمین می باشد. مصرف سیگار یکی از عمده ترین مشکلات بهداشتی در امریکا بوده و مصرف آن از سال ۱۹۷۶ تا ۱۹۹۴ افزایش یافته و عواملی مانند نژاد، جنسیت، زندگی در مناطق شهری در افزایش آن مؤثر است [۱۳]. شیوع مصرف ماری جوانا و حشیش در ورزشکاران کانادائی ۱۹/۸٪ و کوکائین و کرک ۰/۸٪ می باشد [۱۱]. شیوع مصرف سیگار در دانش آموزان دبیرستانی ۵/۱٪ گزارش شده و ۱۲/۱٪ آنان در معرض خطر مصرف سیگار می باشند [۱۳]. شیوع کلی مصرف سیگار در امریکا (۳۶٪) گزارش شده است [۱۴].

معنی داری بین شهرهای استان و مناطق شهری و روستائی و وابستگی به مواد مخدر مشاهده نشده است. اما بین سن، جنس، وضعیت تاهل، شغل، فوت والدین، وابستگی به مواد مخدر ارتباط معنی دار آماری مشاهده شده است ($P < 0.05$).

۲۵/۵٪ نمونه ها بصورت تفننی یا برای کاهش درد عضلانی از تریاک استفاده نموده که بیشترین شیوع مصرف در خلخال، بیله سوار، پارس آباد و گرمی میباشد. استفاده تفننی از مشروبات الکلی در میهمانها در ۲۱/۲٪ گزارش شده و بیشترین شیوع مصرف در خلخال، بیله سوار، پارس آباد، گرمی و نمین بوده است. شیوع مصرف سیگار ۲۹/۹٪ بوده و بیشترین شیوع مصرف در شهرهای بیله سوار، خلخال، گرمی و نمین بوده است. جداول ۱-۴ شیوع وابستگی به مواد مخدر، سیگار، الکل، مشروبات الکلی را در شهرهای استان نشان می دهد.

بحث

اعتیاد سابقه چندین هزار ساله دارد، اما فقط در چند دهه اخیر منبع نگرانی مردم و مسئولین در بسیاری از کشورها گردیده است. مردم از سرنوشت بد افراد معتاد و مسئولین جامعه از تباهی و انحطاط آن نگرانند. بر مبنای آمار سازمان پزشکی قانونی بطور متوسط هر روز ۲-۳ نفر در اثر اعتیاد فوت می کنند [۸]. پزشکان آگاه و ماهر با طرح سئوالات غربالگری روتین در محیط های پرخطر براهتی میتوانند وابستگی به الکل یا مواد مخدر را تشخیص داده و درمان نمایند [۹]. مسئولان بهداشت و درمان جامعه می توانند نقش مؤثری در ریشه کنی این معضل در جامعه داشته باشند و این پژوهش در همین راستا انجام شده است. نتایج تحقیق در رابطه با هدف اول پژوهش (تعیین

جدول شماره ۱: جدول توزیع فراوانی مسومیت با مواد آفتوبی در افراد مورد مطالعه بر حسب شهرهای استان اردبیل

درصد	جمع	گرمی		نیر		نمین		مشگین شهر		کوثر		خلخال		پارس آباد		بیله سوار		اردبیل		شهرهای استان ویژگیهای مسومیت
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰/۹	۲۷	۰/۴۰	۱	۱/۳۴	۱	۰	۰	۱/۲۶	۵	۱/۱۸	۱	۱/۱۹	۳	۰	۰	۱/۴۰	۲	۱/۲۲	۱۴	دارد
۹۹/۱	۲۸۴۰	۹۹/۶۰	۲۵۰	۹۸/۶۶	۷۴	۱۰۰	۱۶۸	۹۸/۷۴	۳۹۳	۹۸/۸۲	۸۴	۹۸/۸۱	۲۵۳	۱۰۰	۳۴۱	۹۸/۶۰	۱۴۳	۹۸/۷۸	۱۱۳۴	ندارد
۱۰۰	۲۸۶۷	۱۰۰	۲۵۱	۱۰۰	۷۵	۱۰۰	۱۶۸	۱۰۰	۳۹۸	۱۰۰	۸۵	۱۰۰	۲۵۶	۱۰۰	۳۴۱	۱۰۰	۱۲۵	۱۰۰	۱۱۲۸	جمع و درصد

جدول فوق نشان میدهد که دارا بودن ویژگی مسومیت در شهرستانهای بیله سوار، نیر، مشگین شهر، اردبیل، خلیخال و کوثر اندکی بیشتر از شهرستانهای دیگر است.
 $\chi^2 = 7.62$ محاسبه شده $df = 8$ کوچکتر از $\alpha = 0.001$ است لذا ارتباط معنی داری بین شهرستانهای استان و ویژگی مسومیت وجود ندارد و این امر ناشی از تصادف می باشد.

جدول شماره ۲: جدول میزان شیوع مصرف سیگار برحسب شهرستان استان اردبیل

جمع		غیرسیگاری		سیگاری		مصرف سیگار شهرستان
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۰۰	۱۱۴۸	۷۲/۳۲	۸۳۹	۲۷/۶۸	۳۰۹	اردبیل
۱۰۰	۱۴۵	۵۷/۹۴	۸۴	۴۲/۰۶	۶۱	بيله سوار
۱۰۰	۳۴۱	۷۴/۷۸	۲۵۵	۲۵/۲۲	۸۶	پارس آباد
۱۰۰	۲۵۶	۵۸/۹۹	۱۵۱	۴۱/۰۱	۱۰۵	خلخال
۱۰۰	۸۵	۶۵/۰۸	۶۳	۳۴/۹۲	۲۲	کوثر
۱۰۰	۳۹۸	۷۳/۶۲	۱۹۳	۲۶/۳۸	۲۰۵	مشکین شهر
۱۰۰	۱۶۸	۶۶/۰۷	۱۱۱	۳۳/۹۳	۵۷	نمین
۱۰۰	۷۵	۷۶/۰۷	۵۳	۲۳/۹۳	۲۲	نیر
۱۰۰	۲۵۱	۷۰/۶۷	۱۶۱	۳۵/۸۵	۹۰	گرمی
۱۰۰	۲۸۶۷	۷۰/۱	۲۰۱۰	۲۹/۹	۸۵۷	کل استان

جدول فوق نشان میدهد که بیشترین مصرف سیگار در شهرهای بيله سوار، خخلخال، گرمی و نمین وجود دارد.

جدول شماره ۳: جدول توزیع فراوانی مصرف تریاک برحسب شهرستانهای استان اردبیل

جمع		عدم مصرف تریاک		مصرف تریاک		مصرف تریاک نام شهرستان
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۰۰	۱۱۴۸	۸۱/۲۷	۹۳۳	۱۸/۷۳	۲۱۵	اردبیل
۱۰۰	۱۴۵	۶۳/۴۵	۹۲	۳۶/۵۵	۵۳	بيله سوار
۱۰۰	۳۴۱	۶۳/۹۳	۲۱۸	۳۶/۰۷	۱۲۳	پارس آباد
۱۰۰	۲۵۶	۵۷/۳	۱۴۶	۴۲/۹۷	۱۱۰	خلخال
۱۰۰	۸۵	۷۶/۴۷	۶۵	۲۳/۵۳	۲۰	کوثر
۱۰۰	۳۹۸	۷۸/۳۹	۳۱۲	۲۱/۶۱	۸۶	مشکین شهر
۱۰۰	۱۶۸	۷۵	۱۲۶	۲۵	۴۲	نمین
۱۰۰	۷۵	۸۰	۶۰	۲۰	۱۵	نیر
۱۰۰	۲۵۱	۷۲/۹۱	۱۸۳	۲۷/۰۹	۶۸	گرمی
۱۰۰	۲۸۶۷	۷۴/۴۷	۲۱۳۵	۲۵/۵۳	۷۳۲	کل استان

جدول فوق نشان میدهد که بیشترین مصرف تریاک در شهرهای خخلخال، بيله سوار، پارس آباد و گرمی وجود دارد.

جدول شماره ۴: جدول توزیع فراوانی مصرف مشروبات الکلی در میهمانیها در استان اردبیل

جمع		عدم مصرف مشروبات الکلی		مصرف مشروبات الکلی		مصرف مشروب شهرستان
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۰۰	۱۱۴۸	۸۳/۳۶	۹۵۷	۱۶/۶۲	۱۹۱	اردبیل
۱۰۰	۱۴۵	۶۹/۶۶	۱۰۱	۳۰/۳۴	۴۴	بيله سوار
۱۰۰	۳۴۱	۷۲/۱۴	۲۴۶	۲۷/۸۶	۹۵	پارس آباد
۱۰۰	۲۵۶	۶۶/۴۱	۱۷۰	۳۳/۵۹	۸۶	خلخال
۱۰۰	۸۵	۸۵/۸۸	۷۳	۱۴/۱۲	۱۲	کوثر
۱۰۰	۳۹۸	۸۳/۱۷	۳۳۱	۱۲/۸۳	۶۷	مشکین شهر
۱۰۰	۱۶۸	۷۶/۷۸	۱۲۹	۳۳/۲۱	۳۹	نمین
۱۰۰	۷۵	۸۲/۶۷	۶۲	۱۷/۳۳	۱۳	نیر
۱۰۰	۲۵۱	۷۵/۷۰	۱۹۰	۲۴/۳۰	۶۱	گرمی
۱۰۰	۲۸۶۷	۷۸/۸۰	۲۲۵۹	۲۱/۲۰	۶۰۸	جمع

جدول فوق نشان میدهد که بیشترین درصد مصرف مشروبات الکلی در شهرستانهای خلخال، بيله سوار، پارس آباد، گرمی و نمین می باشد.

نسبت به سایر شهرستانهای استان مصرف مواد (از جمله سیگار، تریاک، مشروب) شیوع بیشتری داشته است.

با توجه به نتایج موارد زیر پیشنهاد می شود:

۱ - شیوع اعتیاد در ورودیهای استان (خلخال، نمین، بيله سوار، گرمی) بیشتر گزارش شده، تلاش بیشتر نیروهای انتظامی و امنیتی استان در جلوگیری از ورود مواد مخدر و همکاری بین بخشی وسیع سازمانها از جمله دانشگاه علوم پزشکی، صدا و سیما، آموزش و پرورش و فرهنگ و ارشاد اسلامی در آگاه سازی جامعه از عوارض و مشکلات ناشی از اعتیاد، نقش بسزائی در پیشگیری از آن در جامعه دارد.

۲ - شیوع اعتیاد در سنین ۲۵-۲۶ سال بیشتر بوده، آگاه سازی نسل جوان جامعه و جلوگیری از ورود مواد مخدر به استان، از عوامل موثر در پیشگیری از اعتیاد در استان محسوب می شوند.

در ارتباط با هدف سوم پژوهش (تعیین میزان شیوع مصرف مشروبات الکلی بصورت تفننی در استان اردبیل در سال ۷۸) نتایج حاکی از آن است که ۲/۲۱٪ بصورت تفننی در مجالس و میهمانی ها از مشروبات الکلی استفاده می نمایند. در جوامع غربی به وفور از مشروبات الکلی استفاده شده و شیوع مصرف آن در ورزشکاران کانادا ۱/۹۴٪ گزارش شده است [۱۱].

در ارتباط با هدف چهارم پژوهش (تعیین میزان شیوع مصرف تریاک برای کاهش دردهای عضلانی در استان اردبیل در سال ۷۸) نتایج حاکی از آن است که مصرف تریاک به منظور کاهش درد عضلانی در استان ۵/۲۵٪ شیوع دارد با افزایش سطح آگاهی جامعه میتوان گامهای مؤثری در راستای کاهش مصرف آن در جامعه برداشت.

نتیجه گیری

در شهرستانهای خلخال، بيله سوار، نمین، گرمی، پارس آباد

- ۷ - نشریه آبان مرکز مطالعات ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری، ۱۳۷۸، ص ۲.
- ۸ - نریمانی، محمد. بررسی وضعیت معتادان در زندانهای خلخال. پارس آباد و اردبیل، ۱۳۷۷.
9. Millev NS , Sheppard LM. The role of the physician in addictionprevetion and treatment. *Psychiatry clinical North America*.1999; 22(2): 489-505.
- ۱۰ - مهریار، امیر هوشنگ. همه گیرشناسی یا اپیدمیولوژی و سوء مصرف مواد مخدر. ژرفای تربیت ویژه نامه پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدره تابستان ۱۳۷۸، ص ۲۷-۱۴.
11. Spence JC , Gauuin. Drug and alcohol use by canadian university athetes : a nutional survey . *J Drug Educt* . 1996 ; 26(3) : 275-87.
12. Knolle H. The heroin /cocaine epidemic in switzerland 1779-1997 : amathematical analysis of law enforcement data . *Subst use Misuse*. 1999 ; 34(8): 1117-36 .
13. Greenlund KJ, Johnson C. Trends in cigarette smoking among childrenin a southern community ,1976-1994: the Bogalusa Heart study . *Ann Epidemiol*. 1996 ; 6(6): 476-82.
14. Jaffe H. Substance related Disordered: introduction and overvie.in kaplan and sadok, comprehensive Text book of Psychiatry, voll chapter 13, Baltimore, Mmaryland : williams and wilkins. 1995 ; P.755-775.
- ۳ - اعتیاد در افراد بیکار و مشاغل آزاد شیوع بیشتری داشته است. ایجاد اشتغال برای جوانان و توجه هر چه بیشتر به مسائل آنان نقش مؤثری در کاهش شیوع اعتیاد در جامعه خواهد داشت .
- ۴ - اعتیاد در افرادی که والدینشان فوت نموده، شیوع بیشتری داشته است . حمایت از افرادی سرپرست که در معرض آسیبهای اجتماعی بیشتری قرار دارند، باید در برنامه ریزی ها مد نظر باشد. مشاوران دلسوز و مراکز مشاوره فعال نقش مؤثری در این راستا میتوانند ایفاء نمایند .
- ۵ - شیوع مصرف سیگار و مشروبات الکلی در خلخال و شهرهای مرزی بیله سوار، پارس آباد و گرمی بیشتر از شهرستانهای دیگر استان بوده است، کنترل بیشتر نوار مرزی استان ضروری به نظر می آید .

تشکر و قدردانی

از مسئولین محترم پژوهش دانشگاه و از کلیه دانشجویان عزیز که صادقانه با مراجعه به اقصی نقاط استان ما را در انجام پژوهش یاری نموده اند، تشکر و قدردانی میگردد.

منابع

- ۱ - فلاح، محمد. نشریه و آمار ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری، ۱۳۷۷، ص ۲ و ۵.
- ۲ - بولتن خبری، تحلیلی شماره ۳۷ روابط عمومی ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری، ۱۳۷۷، ص ۴۱.
- ۳ - قائمی، ولی. آسیبها و عوارض اجتماعی. انتشارات امیری، ۱۳۷۰، ص ۹۴.
4. Ginnis MC ,foege JM . WHO. Mortality andMorbidity attributable to use of addictive substances in the united states. *Proc Assoc Amirican physicans*.1999 ; 111(2):9-18 .
5. Kaplan HK , Sadock S. synopsis of psychiatry. Behavioral sciences clinical psychiatry. 7th ed, 1995, Williams and wilkins. p.442-447.
- ۶ - مسروری، ابراهیم. نظری اجمالی به علل روانشناختی اعتیاد در استان اردبیل مرکز پذیرش، درمان، پیشگیری معتادین خود معرف معاونت پیشگیری بهزیستی استان اردبیل، ۱۳۷۷، ص ۱.

بررسی وضعیت تغذیه زنان در سنین باروری در روستاهای شهرستان اردبیل

در سال ۱۳۷۸

نویسندگان: علی نعمتی کرکوق*^(۱)، دکتر حسین علیمحمدی اصل^(۲)

چکیده

سابقه و هدف: در کشورهای در حال توسعه سلامتی و تغذیه زنان در طول زندگی تحت تاثیر فاکتورهای اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، فاکتورهای فیزیولوژیک، روانی و رفتاری افراد، فاکتورهای ژنتیک و استفاده از خدمات بهداشتی و تغذیه قرار می‌گیرد. مطالعات صورت گرفته در روستاهای کشورهای در حال توسعه نشان می‌دهد که زنان روستایی در سنین باروری بیشتر در معرض خطر کمبودهای تغذیه‌ای قرار دارند. هدف از این بررسی تعیین مقدار انرژی و سایر مواد مغذی دریافتی و همچنین تعیین الگوی مصرف مواد غذایی در سنین باروری در زنان روستاهای شهرستان اردبیل بود.

روش کار: بدین منظور ۱۵۷ زن روستایی در سنین باروری از ۱۵ روستای اطراف شهرستان اردبیل به طور تصادفی جهت مطالعه انتخاب شدند. از هر فرد بوسیله یادآمد خوراک ۲۴ ساعته، تکرر مصرف مواد غذایی جهت تعیین مقدار غذای مصرفی و عادات غذایی، بررسی غذایی بعمل آمد. نتایج بدست آمده با استفاده از برنامه آماری ANOVA و نرم افزارهای کامپیوتری SPSS و Food Processor, Epi6 آنالیز شدند.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه نشان داد که در این افراد دریافت پروتئین ۱۵۸٪، B1 ۱۸۶٪، ویتامین B2 ۸۱٪، ویتامین B3 ۱۶۵٪، B6 ۸۱٪، فولاسین ۲۳٪، ویتامین B12 ۵۵۳٪، ویتامین A ۱۰۴٪، ویتامین C ویتامین ۱۶۲٪، کلسیم ۱۰۲٪، آهن ۲۰۰٪، سلنیم ۹۹٪، منیزیم ۴۵٪، فسفر ۹۴٪ و روی ۷۶٪ مقادیر توصیه شده WHO ویتامین میباشد.

دریافت کالری، ویتامینهای A، B1، B3، B12، پروتئین و املاح کلسیم و آهن از نظر آماری بیشتر از مقادیر توصیه شده WHO بود ($p < 0.001$)، ولی دریافت ویتامینهای B2، فولاسین، املاح روی، سلنیم و منیزیم کمتر از مقادیر توصیه شده WHO حدود ($p < 0.001$). میزان متوسط فیبر، کلسترول دریافتی به ترتیب $13 \pm 6g$ و $257/2 \pm 204/3mg$ بود و نسبت دریافت اسیدهای چرب غیراشباع به اسیدهای چرب اشباع زمینی (P/S) $0/54$ بود. نتایج بدست آمده با استفاده از تکرر مصرف مواد غذایی نشان داد که نان لواش، سیب و لبنیات عمده غذای مصرفی زنان روستایی شهرستان اردبیل در این گروه سنی می‌باشد.

نتیجه گیری: با توجه به کمبود برخی از ریز مغذیها در برنامه غذایی زنان روستایی جهت بالا بردن، بهبود و تعدیل وضعیت تغذیه اینگونه زنان پیشنهاد می‌شود که سبزیجات و میوه جات مخصوصاً همراه غذا منظم مصرف شود.

کلمات کلیدی: زنان روستایی، تغذیه، سنین باروری

۱- (*): *مؤلف مسئول): کارشناس ارشد علوم تغذیه، مربی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

۲- دکتری تشخیص طبی، مربی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

مقدمه

تغذیه افراد وضعیت تغذیه اجتماع را نشان می دهد تغذیه و سلامت عمومی جامعه تحت تاثیر عوامل کشاورزی و اقتصادی است و بستگی به سالم بودن فرد و توانایی تهیه مواد غذایی، آموزش و غیره دارد [۱۳]. مطالعه رابطه بین الگوی مصرف مواد غذایی، سبب شناخت و ارزیابی وضعیت تغذیه در اجتماع شده و چگونگی مصرف منابع حیاتی و توزیع مواد غذایی و نیز دسترسی به مواد غذایی را نشان می دهد. وضعیت پائین اقتصادی، عدم امکانات ذخیره مواد غذایی، فاکتورهای فرهنگی، اکولوژیکی (مثل خشکسالی و طوفان)، عوامل احساسی (emotional) (مثل آنگهی های تلویزیون در مورد غذای غیرمغذی)، عوامل مذهبی (مثل عدم دریافت غذاهای متنوع بخاطر محدودیت فرهنگی و تاکید زیاد روی مصرف گوشت، چربی و قند زیاد) و عوامل سیاسی (تحریمهای غذایی و گرسنگیهای اجباری جهت اهداف نظامی) مانع دریافت مواد غذایی کافی میشود [۱۲].

در کشورهای در حال توسعه سلامتی و تغذیه زنان در طول زندگی تحت تاثیر فاکتورهای اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، فاکتورهای فیزیولوژیکی، روانی و رفتاری افراد، فاکتورهای بیولوژیکی و استفاده از خدمات بهداشتی و تغذیه قرار می گیرد. فاکتورهای اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی شامل وضعیت اجتماعی، تبعیض زنان، الگوی باروری (مانند فاصله حاملگی، حاملگی در سنین نوجوان و حاملگی های غیرمنتظره) و قرار گرفتن در معرض بیماری است. فاکتورهای فیزیولوژیکی و رفتاری افراد شامل الگوی تولید مثل، عادات تغذیه ای، رفتار مراجعه بهداشتی (health-seeking behavior) و استفاده از خدمات تغذیه ای و بهداشتی است. فاکتورهای بیولوژیکی شامل سن شروع قاعدگی، قاعدگی، حاملگی و زیاد قرار گرفتن در معرض بیماری است. تغذیه خوب مادر برای سلامتی مادر و قدرت باروری زنان اهمیت

دارد همچنین برای سلامتی، بقاء و تکامل فرزندانشان موثر است [۱۵]. سوء تغذیه و محرومیت غذایی می تواند باعث کاهش قدرت باروری زنان شود [۲۰]. در حالیکه بهبود وضعیت تغذیه باعث کاهش سن شروع قاعدگی (menarche) می شود [۱۰]. مطالعات صورت گرفته نشان می دهد که سالانه ۲۰۰ میلیون نفر در دنیا حامله می شوند و بیشتر آنها در کشورهای در حال توسعه وجود دارد اکثر این زنان از کمبودهای تغذیه ای رنج می برند [۱۳]. همچنین بررسی دیگر نشان می دهد که زنان روستایی در سنین باروری در معرض خطر کمبودهای تغذیه ای قرار دارند [۱۹]. دختران اغلب از نظر مراقبت کودک، غذا خوردن و مراقبت بهداشتی در مقایسه با پسران مورد تبعیض قرار می گیرند و بنابراین سوء تغذیه و کمبود ریزمغذیها در آنها دیده می شود. در سالهای باروری، مخصوصاً در حین حاملگی و شیردهی در بیشتر زنان، سوء تغذیه دیده می شود. و تعداد زیادی از زنان، سوء تغذیه پروتئین - انرژی و کمبود ریزمغذیها را تجربه می کنند اگرچه تعداد کمی از زنان به پرخوری روی می آورند. بعد از یائسگی مشکلاتی از قبیل استئوپروز، آنمی و سایر مشکلات وضعیت بد تغذیه ای مکرراً در زنان مشاهده می شود. مطالعات صورت گرفته نشان می دهد که بیش از ۱۱۳۰ میلیون زن بالاتر از ۱۵ سال در کشورهای در حال توسعه زندگی می کند و ۵۰۰ میلیون نفر آنها در اثر سوء تغذیه از رشد شان کاسته شده است و حدود ۲۵۰ میلیون نفر آنها در معرض خطر اختلالات کمبود ید می باشند و تقریباً دو میلیون نفر آنها در اثر کمبود ویتامین A کور شده اند. کمبود ویتامین A در آسیا و آفریقا بیشتر از سایر کشورهاست. براساس اطلاعات جمع آوری شده در سال ۱۹۹۸، حدود ۵۹ درصد زنان حامله و ۴۷ درصد از کل زنان آنمی دارند (۱۵). آنمی ناشی از فقر آهن در دنیا شایع است کمبود آهن در افراد ضعیف جامعه بیشتر دیده می شود [۱۲].

کامپیوتری SPSS، Food Processor و Epi6 آنالیز گردیدند.

یافته‌ها

نتایج نشان داد میزان دریافت کالری پروتئین، ویتامینهای C, A, B12, B3, B1 و املاح کلسیم و آهن در زنان تحت مطالعه از نظر آماری بیشتر از مقادیر توصیه شده WHO می‌باشد ($p < 0.001$)، ولی دریافت ویتامینهای B6, B2 و فولاسین و نیز املاح روی، سلنیم، فسفر، منیزیم از نظر آماری کمتر از مقادیر توصیه شده WHO بود ($p < 0.001$) (جدول).

متوسط فاصله هر حاملگی در زنان روستایی شهرستان اردبیل ۲۶ ماه، طول مدت شیردهی به کودکان در زنان روستایی به طور متوسط ۲۲ ماه و متوسط سن شروع غذاهای کمکی برای شیرخواران هفت ماهگی بود. نسبت کلسیم به فسفر (Ca:P)، سدیم به پتاسیم (Na:K) و اسیدهای چرب غیر اشباع با چند باند دوگانه بر اسیدهای چرب اشباع دریافتی زنان روستایی به ترتیب ۱/۳۶، ۱/۶۱ و ۰/۶ بود، همچنین در صد کالری از کربوهیدرات، چربی و پروتئین دریافتی به ترتیب ۶۳، ۲۴ و ۱۳ در صد بسود. و Cholesterol Saturated Index (CSI) دریافتی زنان ۲۳/۶ بود. میزان متوسط چربی، کربوهیدرات، کلسترول، ویتامین E و فیبر دریافتی زنان اطراف روستاهای شهرستان اردبیل به ترتیب $۶۴/۷ \pm ۲۶/۸g$ ، $۳۰۱/۶ \pm ۹۵/۸g$ ، $۲۵۷/۲ \pm ۲۰۴/۳mg$ ، $۱/۹۵ \pm ۱/۱mg$ ، $۱۳ \pm ۶/۹g$ بود. درصد تأمین شده ویتامینهای A و B12 بر حسب مقادیر توصیه WHO به ترتیب ۱۰۴٪ و ۵۵۳٪ بود. ۷/۶٪، ۳۵٪ و ۵۷/۳٪ زنان به ترتیب کمتر از ۷۵٪، ۱۰۰-۷۵٪ و بیشتر از صد درصد کل کالری توصیه شده روزانه انرژی مصرف می‌کردند.

نتایج حاصل از بسامد مصرف مواد غذایی نشان داد که عمده مواد غذایی مصرفی زنان روستایی (۵۰-۱۹ سال)

مطالعات صورت گرفته در ایران نشان می‌دهد که مصرف انرژی، پروتئین حیوانی و برخی مواد مغذی بویژه آهن، کلسیم و ریبولوین، روی و ویتامین A در زنان کمتر از میزان‌های توصیه شده است [۲].

با توجه به نقش و اهمیت تغذیه در سلامت مادر و همچنین تاثیر آن روی رشد و سلامت جنین تصمیم گرفتیم مطالعه‌ای بر روی وضعیت تغذیه زنان در سنین باروری در روستاهای اطراف شهرستان اردبیل انجام دهیم هدف از این بررسی تعیین میزان انرژی و سایر ریزمغذیهای دریافتی و همچنین تعیین عادات غذایی و الگوی مصرف مواد غذایی در زنان روستایی در سنین باروری بود.

مواد و روشها

این مطالعه یک مطالعه توصیفی است در این بررسی روستاها به طور تصادفی ساده انتخاب شدند و با استفاده از نمونه گیری خوشه‌ای سیستماتیک حجم نمونه انتخاب گردید. بدین ترتیب ۱۵۷ زن روستایی در سنین باروری (۵۰-۱۹ سال) از ۱۵ روستای اطراف شهرستان اردبیل جهت مطالعه انتخاب شدند. برحسب جمعیت روستایی زنان تعداد نمونه انتخاب گردید.

این مطالعه در ماههای تیر، مرداد، شهریور، مهر و آبان سال ۱۳۷۸ انجام گرفت. از دو پرسشنامه عمومی و پرسشنامه غذایی از این زنان اطلاعات کسب شد. پرسشنامه عمومی شامل اطلاعاتی در مورد طول مدت شیردهی، تعداد حاملگیها و پرسشنامه غذایی شامل یادآمد خوراک ۲۴ ساعته و تکرار مصرف مواد غذایی بود. با استفاده از یادآمد خوراک ۲۴ ساعته اطلاعاتی در مورد کالری و ریز مغذیهای مصرفی زنان بدست آمد. در تکرار مصرف مواد غذایی، تکرار مصرف مواد غذایی در طول روز، هفته، ماه و سال مشخص گردید. نتایج بدست آمده با استفاده از برنامه آماری ANOVA و نرم افزارهای

شهرستان اردبیل نان لواش، بیسکویت، سیب زمینی، تخم مرغ، شیر، ماست، پنیر، پیاز، سیر و روغن نباتی، کره و گوجه فرنگی می باشد. این مطالعه نشان داد که غذاهای زیر توسط زنان روستایی کمتر (۳-۴ بار در سال) مصرف می شد: خیار شور، آجیل شور، پیتزا، تخمه، فندق، پسته، گردو و بادام، توت فرنگی، توت سفید، موز، گیلان، آلبالو، زردآلو، انار، سبزی خورشیدی، فلفل سبز و دلمه ای، همبرگر، کله پاچه، جگر، قلوه، کنسرو ماهی، گوشت ماهی، مربا، عسل، شیرینی ها و نانهای روغنی.

جدول: میزان متوسط دریافت مواد مغذی زنان روستایی ۱۹-۵۰ سال

و درصد تأمین شده برحسب مقادیر توصیه شده WHO

مواد مغذی	تأمین شده برحسب WHO	میزان متوسط دریافت روزانه
پروتئین	۱۵۸	۷۱/۳ ± ۲۷/۱g
ویتامین B ₁	۱۸۶	۱/۶۷ ± ۰/۵mg
ویتامین B ₂	۸۱	۱/۰۵ ± ۰/۶۱mg
ویتامین B ₃	۱۶۵	۲۴ ± ۹/۳mg
ویتامین B ₆	۸۱	۰/۹۷ ± ۰/۷۴ mg
اسید فولیک (B ₉)	۴۳	۷۳/۹ ± ۴۵/۵ μg
ویتامین C	۱۶۲	۴۸ ± ۳۱/۵mg
آهن	۲۰۰	۲۴/۹ ± ۷/۱mg
کلسیم	۱۰۲	۴۶۰/۷ ± ۱۹۹/۹ mg
منیزیم	۴۵	۱۱۳/۸ ± ۷۸/۳mg
فسفر	۹۴	۵۱۶ ± ۲۷۲/۱mg
سلنیم	۹۹	۲۹/۶ ± ۱۷/۹ μg
روی	۷۶	۴/۹ ± ۲/۸ mg
کالری	۱۰۷/۳	۲۰۸۳/۴ ± ۵۰۳/۱ Kcal

بحث

و کیک به طور معنی داری بیش از زنان جوان بود ولی میزان مصرف برنج و اسپاگتی، شیر با خامه کامل (Full-cream milk) و غذاهای خشک در زنان میانسال نسبت به زنان جوان کمتر بود. در هر دو گروه از افرادی که سیگار می کشیدند میزان مصرف میوه های تازه، سبزیجات و غلات صبحانه به طور معنی داری کمتر از افراد غیرسیگاری بود و زنان با فعالیت فیزیکی کمتر میوهجات تازه و غلات کمتر از زنان فعال مصرف می کردند (۸). در حالیکه در مطالعه ما عمده مواد غذایی مصرفی زنان روستایی نان لواش و گروه لبنیات بود. Moon و همکاران ارزیابی تغذیه ای روی ۱۴۱ زن شهری و روستایی کره ای در سنین ۵۶-۲۱ سال در چهار ناحیه (Haman, Ghuman, Pusan, Seoul) انجام دادند. مطالعه اینها نشان داد که غذاهای گیاهی بیشترین منبع پروتئین (۶۷٪) و چربی (۷۲٪) رژیم غذایی می باشد. همچنین نشان دادند که دریافت آنها ۱۲۰-۸۰٪ مقادیر توصیه شده Recommended Dietary Allowance (RDA) می باشد. که دریافت آنها قابل قبول بود. در افراد جوان (سنین ۲۹-۲۰ سال) و کسانی که در شهر سنول زندگی می کردند، دریافت مواد مغذی مانند آهن، انرژی، پروتئین برای آنها کافی نبود و برنج غذای ثابت و رسمی آنها بود [۱۴]. در حالیکه در مطالعه ما ۵۷/۳ درصد از زنان میزان انرژی دریافتی شان بیشتر از ۱۰۰٪ کل کالری بود. مطالعات Pietruszka در روستاهای لهستان بر روی زنان هیجده ساله و یا بیشتر نشان می دهد که متوسط دریافت بیشتر مواد مغذی اکثر زنان تحت مطالعه (مانند پروتئینهای حیوانی، چربی، سدیم، فسفر، منیزیم، ویتامینهای E و B2) کمتر از مقادیر توصیه شده می باشد منیزیم، کلسیم، مس و روی دریافتی شان حدود ۲۹-۳۵٪ کمتر از مقادیر توصیه شده بود و ویتامین C دریافتی شان ۵۱ درصد کمتر از مقادیر توصیه شده بود (۱۶). در حالیکه در

تغذیه بهینه برای زنان یک پایه اساسی سلامت آنهاست و تحت تاثیر عوامل مختلف قرار می گیرد کانون سلامت زنان، تغذیه آنان است، نیازها و مسایل تغذیه زنان بر پایه متغیرهای مختلف مانند سن، مرحله رشد و تکامل، عوامل اجتماعی و فرهنگی است. علاوه بر این متغیرها زنان نیازهای مشخص و ویژه ای در ارتباط با قاعدگی، باروری، شیردهی و یائسگی دارند. الگوی غذای مناسب زنان تمامی مواد مغذی مورد نیاز فعالیت های بهینه آنان را در طی زندگی فراهم می سازد. تغذیه صحیح نقطه اصلی و مرکزی ارتقاء بهداشت، پیشگیری از بیماریهای مزمن و درمان بیماریهاست [۱]. مطالعات صورت گرفته روی وضعیت تغذیه زنان در سنین باروری ۴۵-۱۸ سال نشان می دهد که ۵۰ درصد زنان قبل از حاملگی وضعیت تغذیه بدی دارند [۱۹]. در مطالعه حاضر حدود ۷/۶٪ زنان مقدار کالری دریافتی شان کمتر از ۷۵ درصد مقادیر توصیه شده WHO بود. Shimbo و همکاران در سال ۱۹۹۶ با استفاده از یادآمد خوراک ۲۴ ساعته روی ۵۰ زن در Jinan شهر بزرگ استان Shandong و روستاهای Baiquan در منطقه Zhangqiu در چین با استفاده از فهرست غذایی مطالعه ای انجام دادند و نشان دادند که گندم و برنج و ارزن و ذرت بیشترین غلات مصرفی برای هر دو گروه می باشد میزان مصرفی در شهر بیشتر از روستا بود [۱۸]. Dobson و همکاران بر روی زنان جوان (۲۲-۱۸ سال) و زنان میانسال (۴۹-۴۵ سال) در New South Wales مطالعه ای انجام دادند آنها با استفاده از پرسشنامه تکرر مصرف مواد غذایی اطلاعات جمع آوری کردند. هر دو گروه از (زنان جوان و میانسال) شهری میزان گوشت مصرفی کمتری نسبت به زنان روستایی داشتند و زنان جمعیت روستایی احتمالاً سبزیجات سبز برگ و سیاه برگ و به تعداد کم لوبیای خشک مصرف می کردند. در زنان میانسال میزان مصرف چربی شیر، میوه، ماهی، سبزیجات، بیسکویت

آهن رنج می‌برند [۲۱]. نتایج حاصل از بررسی کشوری در سال ۱۳۷۴ در ایران روی زنان در سنین باروری (۴۹-۱۵) ساله مناطق شهری و روستایی کشور نشان داد که حدود پنجاه درصد از زنان بر اساس شاخص فریتین سرم که نشان‌دهنده ذخیره آهن بدن است مبتلا به درجات مختلف کمبود آهن می‌باشند. در همین بررسی نشان داده شد در حدود یک سوم زنان (۳۳/۴٪) همسر دار ۴۹-۱۵ ساله کشور براساس شاخص هموگلوبین دچار کم خونی می‌باشند [۴].

همچنین در مطالعه دیگر آمده است که شیوع آنمی در زنان غیرباردار (۳۵-۱۸ سال) روستاهای شهرستان گرگان براساس شاخص آهن، ترانسفرین سرم و میزان هموگلوبین به ترتیب ۲۱/۲٪، ۳۴/۵۵٪ و ۲۰/۹۸٪ می‌باشند [۶].

مطالعه دیگر نشان می‌دهد که حدود ۱۰/۵ درصد زنان روستایی ایلام به آنمی ناشی از فقر آهن مبتلا هستند [۵]. مطالعه ما نشان داد که مقدار آهن دریافتی زنان روستایی بیش از مقادیر توصیه شده نیازشان بود، ولی ممکن است پائین بودن سطح بهداشت و یا مصرف عوامل بازدارنده جذب آهن، وضعیت تغذیه آهن زنان روستایی را تحت تاثیر قرار دهد.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد که کمبود برخی از مواد مغذی در برنامه غذایی زنان روستایی در سنین باروری وجود دارد و با توجه به کمبود برخی از مواد مغذی در برنامه غذایی زنان روستایی شهرستان اردبیل مصرف منظم سبزیها و میوه‌ها همراه غذا می‌تواند نقش موثری در بهبود وضعیت تغذیه زنان داشته باشد.

تقدیر و تشکر

از کارکنان مرکز بهداشت استان و شهرستان اردبیل، بخاطر همکاری در اجرای طرح و از همکاری آقای التفات امانی، در تکثیر نهایت تشکر را داریم.

مطالعه ما میزان دریافت کلسیم بیشتر از مقادیر توصیه شده FAO/WHO بود اما دریافت منیزیم، روی، فسفر و ویتامین B2 کمتر از مقادیر توصیه شده FAO/WHO بود، Kramer و همکاران در روستاهای بنگلادش با استفاده از یادآمد خوراک ۲۴ ساعته نشان دادند که میزان انرژی دریافتی زنان ۷۷-۸۸٪ میزان توصیه شده FAO/WHO میباشد (۱۱). در حالیکه در مطالعه ما میزان دریافت انرژی اکثر زنان بیشتر از مقادیر توصیه شده WHO بود. مطالعات Flores و همکاران در روستاهای مکزیک نشان می‌دهد که زنان روستایی در سنین ۴۹-۱۲ سال کمبود مواد مغذی در رژیم غذایی دارند در این مطالعه آمده است که دریافت ویتامینهای A, B6, C, B12، فولات و املاح کلسیم و آهن زنان به ترتیب ۷۰٪، ۷۵٪، ۵۶٪، ۳۳٪، ۶۹٪، ۳۳٪ و ۲۲٪ RDA بود [۹]. در مطالعه ما دریافت ویتامینهای B6، فولات زنان روستایی به ترتیب ۸۱ و ۴۳ درصد مقادیر توصیه شده WHO بود در حالیکه دریافت ویتامینهای A, C, B12 املاح کلسیم و آهن در زنان روستایی مورد مطالعه ما به ترتیب ۱۰۴، ۱۶۲، ۵۵۳، ۱۰۲ و ۲۰۰ درصد مقادیر توصیه شده WHO بود. مطالعات غلامرضا وقاری در مورد الگوی مصرف زنان فارس (محلی)، ترکمن و سیستانی در روستاهای گرگان نشان می‌دهد که منابع خوب غذایی در گروه زنان سیستانی کمتر از گروههای دیگر است و عادات غلط غذایی در زنان ترکمن بیشتر از گروههای دیگر می‌باشد [۶]. در مطالعه حاضر عمده غذای مصرف زنان غلات و لبنیات بود. آنمی بویژه آنمی ناشی از فقر آهن یکی از شایعترین مشکلات تغذیه‌ای در سرتاسر دنیاست که عمدتاً زنان، مخصوصاً زنان باردار را دچار می‌سازد [۷، ۳]. برآورد شده است که حدود ۴۰ درصد جمعیت جهان کمبود آهن دارند [۱۷]. کمبود آهن بیشتر در کشورهای در حال توسعه شایع است [۴]. ولی در کشورهای پیشرفته کمتر شایع است مثلاً ۲/۳ درصد زنان ۴۴-۱۸ سال امریکایی از آنمی ناشی از فقر

منابع

- 12) Maclaren DS, Burman D, Belton NR, Williams AF. Textbook of Paediatric Nutrition. Churchill Livingstone, 1991; 557-569.
- 13) Mahan LK, Arlin M. Krause's Food Nutrition and Diet Therapy. W.B Saunders Company, 2000; 259.
- 14) Moon CS, Zhang ZW, Imai Y, Shimbo S, Watanan T, Moon DH, Lee BK, Lee SH, Ikeda M. Nutritional evaluation of women in urban and rural area in Korea as studied by total food duplicate method. *Tohoku J Exp Med.* 1997; 181(2): 245-265.
- 15) Mora JO, Nestel PS. Improving prenatal nutrition in developing countries strategies prospects and challenges. *Am J Clin Nutr.* 2000; 71(suppl): 1353S-635S.
- 16) Pietruszka B, Brzozowska A, Puzio Debsha A. Dietary assessment of adults in three villages in War Saw Radom and Biala Podlasda district. *Rocz Panstw Zake Hig.* 1998; 49(2): 219-229.
- 17) Shils ME, Olson JA, Shike M, Ross AC. Modern Nutrition in Health and Disease. Lippincott Williams & Wilkins, 1999; 210-211.
- 18) Shimbo S, Zhang ZW, Qu JB, Xa GF, Sang LH, Wang JJ, Watanable T, Nakatsulla H. Urban - rural difference in cereal consumption by people in Shandong province China. *Tohoku J Exp Med.* 1997; 183(3): 211-20.
- 19) Sivastave M, Agarwal DK, Agarwal A, Agarwal KN. Nutritional status of rural non - pregnant non lactating women in reproductive age. *Indian Pediatr.* 1998; 35(10): 975-83.
- 20) Whitney EN, Rolfes SR. Understanding Nutrition. West / Wads Worth, 1999; 629-638.
- 21) Zhu YI, Haas JD. Iron depletion without anemia and physical performance in young women *Am J Clin Nutr.* 1997; 66: 334-41
- ۱) بتول احمدی. تغذیه و بهداشت زنان. همایش سراسری فرهنگ مصرف غذا و دارو، مهرماه ۱۳۷۹، ساری ۲۹-۲۷.
- ۲) امیدوارن، امین پور آ، افشاری ش. مروری بر وضعیت تغذیه ای زنان کشور. فهرست تشریحی مقالات تغذیه ای کشور ۷۴-۱۳۷۳.
- ۳) فولادی مقدم، کیمیاگرم، غفارپور م، ولایی ن، جوادزاده ت. بررسی و شیوع فقر آهن، کم خونی و کم خونی فقر آهن در دانش آموزان دبیرستانی شهرستان کرج در سال ۱۳۷۶ و تاثیر سولفات فرو بر سرم. شاخصهای خونی، بیوشیمیایی و روی تغذیه (Zn) پنجمین کنگره ایران، تهران ۲۵-۲۲ شهریور ۱۳۷۸.
- ۴) مجموعه آموزشی پیشگیری و کنترل کمبود آهن و کم خونی ناشی از آن برای کارکنان رده میانی در نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور. جزوه وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۵-۷۶.
- ۵) وحیدی نیاع ا، پورنجفی غ. بررسی شیوع آنمی در زنان روستای ایلام ۱۳۷۴. پنجمین کنگره تغذیه ایران تهران ۲۵-۲۲ شهریور ۱۳۷۸، صفحه ۲۷.
- ۶) وقاری غ. مقایسه الگوی غذایی زنان فارس (محلی) ترکمن و سیستانی در روستاهای شهرستان گرگان: همایش سراسری فرهنگ مصرف غذا و دارو، سال ۲۹-۲۷ مهرماه ۱۳۷۹.
- ۷) وقاری غ. مقایسه وضعیت کم خونی در زنان باردار و غیرباردار روستاهای شهرستان گرگان. پنجمین کنگره تغذیه ایران، تهران ۲۵-۲۲ شهریور ماه ۱۳۷۸، صفحه ۳۵.
- 8) Dobson A, Mishra G, Brown W, Reynolds R. Food habits of young and middle aged women living outside the capital cities of Australia. *Aust N Z J Public Health.* 1997; 21(7): 711-5.
- 9) Flores M, Melgar H, Cortes C, Rivera M, Rivera J, Sepulveda J. Energy and nutrient consumption in Mexican women in reproductive age. *Salud Publicade Mexico,* 1998; 40(2): 161 - 71.
- 10) Graham MJ, Larsen U, Xu X. Secular trend in age at menarche in China: a case study of two rural Counties in Anhui Province. *J Biosoc Sci.* 1999; 31(2): 257-67.
- 11) Kramer EM, Peterson KE, Ragers BL, Hughes MD. Intrahousehold allocation of energy intake among children under five years and their parents in rural Bangladesh. *Er J Clin Nutr.* 1997; 51(11): 750-6.