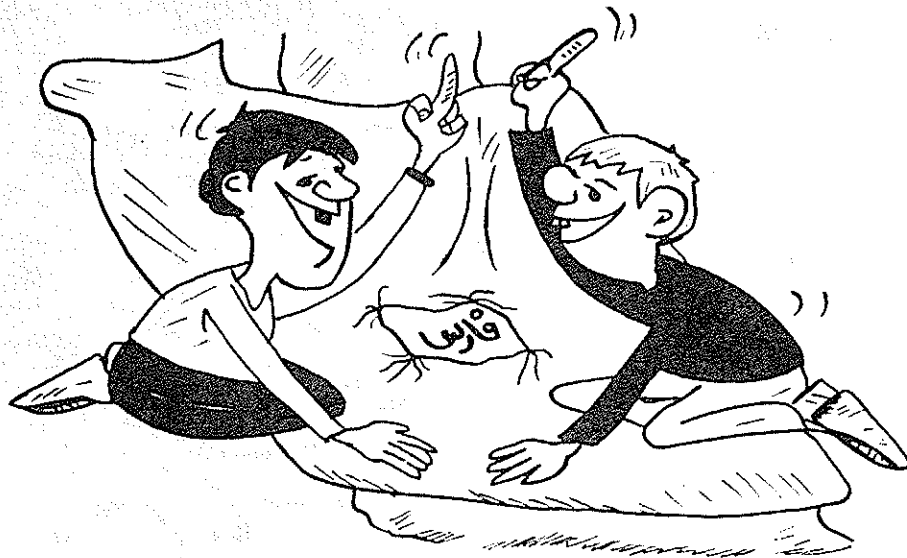


پروستین پر... انرژی پر... آهن پر پر...! ...



چگونگی و شرایط تغذیه در استان فارس

ترجمه: مجید احسانی کارشناس تغذیه

خلاصه: در این بررسی چگونگی و شرایط تغذیه در استان فارس و مسایل وابسته به آن مورد ارزیابی قرار گرفته است. مهمترین موارد جالب توجه عبارتند از سوء تغذیه پروتئین-انرژی، عقب ماندگی رشد جسمی و کمبود میزان آهن و روی در بدن. عوامل دیگری مانند عادات سنتی تغذیه، کمبود بعضی از مواد غذایی، درصد بالای بیسوادی و عادات نادرست در تغذیه نوزادان نیز ارزیابی شده است. در برنامه‌های پیشگیری از بروز اختلالات تغذیه‌ای باید توجه کاملتری به چگونگی و شرایط تغذیه در این استان انجام شود. با توجه به اولویت و اهمیت تغذیه صحیح باید عوامل ایجادکننده سوء تغذیه مورد بررسی و تحقیق بیشتری قرار گیرد.

مقدمه:

استان فارس با جمعیتی حدود دو میلیون نفر و مساحتی برابر با ۱۳۲۲۹۸ کیلومتر مربع یکی از بزرگترین استانهای ایران است که در جنوب کشور قرار دارد. مرکز این استان شهر شیراز، با ۷/۰ میلیون نفر جمعیت است. بیشتر ساکنین این استان در سطح شهرها زندگی می‌کنند و به کارهای صنعتی و بازرگانی اشتغال دارند. افرادی که در روستاها زندگی می‌کنند به امور کشاورزی و دامداری می‌پردازند.

در طی ده سال گذشته بررسیهای اندکی در مورد بهداشت و جایگاه تغذیه در ایران انجام شده است. بیشترین بررسیها درباره مواد غذایی و تغذیه در ایران بطور اخص و در استان فارس به طور اعم، در طی سالهای ۱۹۶۰ تا ۱۹۸۰ انجام شده است. این مقاله بر اساس اطلاعات منتشر شده در طول سه دهه گذشته یعنی از ۱۹۶۰ تا ۱۹۹۰ و با هدف بهبود و افزایش اهمیت و جایگاه تغذیه در استان فارس تهیه شده است.

اولین اطلاعات و آمار درباره مصرف مواد غذایی به وسیله بهداشتی و «گلا دین»^(۱) در سال ۱۹۵۷ گردآوری و انتشار یافت. بر اساس این بررسی میزان مصرف سرانه مواد غذایی در استان فارس روزانه بین ۱۲۱۲ تا ۳۵۰۰ کیلوکالری متغیر است که میانگین آن به ۲۰۰۰ کیلوکالری در روز می‌رسد. بین ۸۵ تا ۹۵ درصد از انرژی دریافتی، از غلات و فرآورده‌های آن به دست می‌آید و مقدار کمی هم از حبوبات حاصل می‌شود. میزان مصرف پروتئین حیوانی بسیار کم بوده و فقط بین ۵ تا ۱۰ درصد از جمعیت تحت بررسی به اندازه کافی کلیسم مصرف می‌کنند.

در یک بررسی درباره مصرف مواد غذایی در خانواده‌ها که در سالهای ۱۹۶۳ و ۱۹۶۴ انجام شده است، مشاهده شد که

میانگین مصرف پروتئین، کالری و دیگر مواد غذایی به استثنای ویتامین‌های A، D و C در خانواده‌های کم درآمد در شهرها کمتر و پایین‌تر از میزان مصرف در روستاها و خانواده‌های عشایری می‌باشد. قاسمی و باوندی در سال ۱۹۷۲ به این نتیجه رسیدند که میزان مصرف مواد غذایی انرژی‌زا در شهرها ۳۷ درصد و در روستاها ۲۷ درصد پایین‌تر و کمتر از میزان مصرف پیشنهادی توسط سازمان FAO/WHO می‌باشد. مصرف نسبتاً بیشتر مواد غذایی انرژی‌زا در روستاها به علت مصرف زیادتر نان در بین روستاییان بوده است. چنین برآورد شده

چنین مشاهده گردید که میانگین مصرف سرانه مواد غذایی انرژی‌زا و پروتئین در بین افرادی که در قسمت جنوبی ایران زندگی می‌کنند در مقایسه با قسمت‌های مرکزی، شمالی، شرقی و غربی در سطح پائینتری قرار دارد. متأسفانه پژوهشگران مواد مصرفی انرژی و پروتئین را اعلام نکرده‌اند.

سوء تغذیه:

به طور کلی استانهایی که در قسمت‌های شمالی و شمال غربی ایران قرار دارند از لحاظ تغذیه رضایت‌بخش می‌باشند در حالیکه استانهای واقع در

سوء تغذیه پروتئین - انرژی در ایران بسیار معمول بوده و بخصوص در بین کودکان

یک تا سه ساله مشاهده می‌شود

جنوب و جنوب شرقی کشور از این لحاظ عقب مانده محسوب می‌شوند. سوء تغذیه پروتئین - انرژی در ایران بسیار معمول بوده و بخصوص در بین کودکان ۱ تا ۳ ساله مشاهده می‌شود. به طور میانگین حدود ۳۰ درصد از کودکان در این گروه سنی از سوء تغذیه پروتئین - انرژی بطور خفیف و یا بسیار شدید رنج می‌برند. میزان شدت سوء تغذیه بر اساس شاخص «وزن برای سن» محاسبه شده است.

در سال ۱۹۷۰ محلوجی و همکاران نشان دادند که در منحنی محاسبه مصرف غذا برای کودکان ۲۰ ماهه در روستاهای فارس ۹۰ درصد پایین‌تر و در مقایسه با کودکان امریکایی کمتر از ده درصد از همین منحنی است. ولی زمانی که خانواده‌های مرفه در شهرها مورد بررسی قرار گرفتند مشاهده شد که موقعیت تغذیه کودکان بسیار بهتر است. در بررسی انجام شده دیگری که روی وزن نوزاد در زمان تولد،

است که میانگین سرانه مصرف روزانه مواد غذایی انرژی‌زا و پروتئین در روستاها به ترتیب ۲۳۸۰ کیلوکالری و ۷۶ گرم است در حالیکه میزان مصرف در شهرها به ترتیب ۲۱۰۰ کیلوکالری و ۶۳ گرم می‌باشد (مرکز آمار - سال ۱۹۷۳) در مقایسه با سال ۱۹۵۷ میزان مصرف، روند افزایشی داشته است. هرچند مصرف پروتئین در روستاها بیشتر است ولی چون از منابع گیاهی به دست می‌آید دارای ارزش بیولوژیکی پایینتری می‌باشد.

درباره کافی بودن مواد غذایی، قاسمی و همکاران در سال ۱۹۷۷ طی یک بررسی اعلام داشتند که ۶۳ درصد از جمعیت استان فارس به اندازه کافی غذا مصرف می‌کنند و مصرف ۱۰ درصد از آنها بیش از اندازه است، در حالیکه بقیه یعنی ۳۷ درصد از جمعیت به اندازه کافی غذا مصرف نمی‌کنند. در بررسی جدیدی که در سال ۱۹۸۸ توسط امین پور و همکاران انجام شد

قد و اندازه دوسر ۱۳۱ کودک کمتر از ۲ سال که از طبقه بالا و مرفه اجتماعی بودند بعمل آمد، مشاهده شد که این مشخصات مربوط به سنجش رشد بدن با طبقات بالا و مرفه اجتماعی اروپای غربی و امریکای شمالی همسان بوده و قابل قیاس و اندازه گیری می باشد. (امیر حکیمی ۱۹۷۴).

در سال ۱۹۷۴ لنکرانی مشخصات و ویژگیهای مربوط به سنجش رشد بدن ۴۶۶ کودک زیر ۲ سال را که تحت مراقبت مرکز بهداشت مادر و کودک در شیراز قرار داشتند، مورد بررسی قرار داد. لنکرانی مشاهده نمود، میانگین قد و وزن در این کودکان کمتر از میزان ده درصد قابل قبول استاندارد امریکا می باشد. در یک تحقیق دیگر، درباره کودکان بستری در بیمارستان مشاهده شد که سوء تغذیه علت اصلی یک دهم از علل بستری شدن کودکان می باشد. اکثریت این کودکان از یک سوء تغذیه خفیف رنج می برند و ضعف روز افزون در بین آنها بسیار متداول و عامل قابل ملاحظه ای بود.

به طور کلی، شیوع فراوان سوء تغذیه در بین نوزادان و کودکان کم سن در استان فارس، بستگی به عادات تغذیه ای نادرست دارد. اگرچه تغذیه طولانی با شیر مادر تا سن دو سالگی به ویژه در روستاها بسیار معمول و پذیرفته شده است، ولی مواد خوراکی با کیفیت غذایی پایین که به صورت غیر بهداشتی نیز تهیه می شود، در بروز بیماریهای عفونی و سوء تغذیه نقش بسیار مهمی دارد.

بطوریکه گزارش شده است عفونت های دستگاه تنفسی و التهاب دستگاه گوارشی مهمترین عامل در مرگ و میر نوزادان روستائی در استان فارس شناخته شده است. تهیه مواد خوراکی با ترکیب سبزیجات گوناگون، چای و مایعات شیرین و تغذیه آن به نوزادان در

سنین بسیار پایین در این استان بسیار متداول و معمول است. در سن ۶ ماهگی نان و برنج، غذاهای اصلی کودکان همراه با تغذیه شیر مادر می باشد. اگرچه بسیاری از مادران فقط از تغذیه شیر مادر تا سن یک سالگی استفاده می کنند. (امینیان و همکاران ۱۹۷۲). با چنین روش تغذیه نادرست نوزادان از دریافت بعضی از مواد غذایی لازم و ضروری بی بهره می مانند که نتیجه آن چگونگی نادرست شرایط تغذیه ای می باشد.

اخیراً استفاده از شیر خشک بسیار متداول شده و تعداد زیادی از مادران تغذیه یا شیر خشک را از سنین بسیار پایین آغاز کرده اند. رحیمی در سال ۱۹۸۸ مشاهده نمود که استفاده مادران از شیر خشک به علت راهنماییهایی است که کارکنان بهداشتی در مراکز بهداشتی انجام می دهند. از ۴۵۰ نفر مادری که تحت بررسی قرار داشتند حدود ۹۲ درصد آنها

شاخص های رشد کودکان مدرسه ای در مقام مقایسه با استانداردهای جهانی بسیار پایین است. رونقی و همکاران در سال ۱۹۶۸ روند رشد ۶۲۲ دختر و پسر مدرسه ای را در روستاهای فارس مورد بررسی قرار دادند. به طوری که مشاهده شد ۲۰ درصد از این کودکان از لحاظ شاخص وزن برای سن، زیر استاندارد امریکا قرار داشتند. در بررسی دیگری که روی همین کودکان انجام شد شاخص قد برای ارزیابی جایگاه تغذیه مورد استفاده قرار گرفت. مشاهده شد، سوء تغذیه مزمن که خیلی کمتر از ۳ درصد استاندارد امریکایی است، سطح هموگلوبین، پروتئین سرم و آلبومین را به نسبت بسیار زیادی پایین می آورد. (رونقی و همکاران ۱۹۷۰).

ملکی در سال ۱۹۷۳ نشان داد که میانگین وزن در بین پسران ۱۳ تا ۱۴ ساله

بطور کلی، شیوع فراوان سوء تغذیه در بین نوزادان و کودکان کم سن در استان فارس بستگی به عادات تغذیه ای نادرست دارد.

در روستاها و شهر شیراز و میانگین قد پسران روستایی برابر با پسران ۸ تا ۱۱ ساله در امریکا می باشد. بطوری که مشاهده شد در رژیم غذایی این کودکان میزان کالری، پروتئین، چربی و کلسیم بسیار کم بود.

کمبود روی

کمبود مواد غذایی در بین شهروندان استان فارس برای اولین بار در سال ۱۹۶۶ توسط «پراساد»^(۲) نشان داده شد. گروهی از بیماران که مبتلا به بزرگی کبد -طحال و کوچکی غدد تناسلی بودند، مورد بررسی قرار گرفتند و مشاهده شد که در هر دو مورد کمبود روی و آهن وجود دارد. در حالیکه

هیچ گونه آگاهی از آماده سازی شیر خشک نداشتند که این عدم آگاهی منجر به تهیه شیر خشک غیر بهداشتی و ناسالم می گردید. تعداد مادران بی سواد باعث افزایش دشواریهای موجود می شود. چون، مادران نمی توانستند روش تهیه شیر خشک را که بر روی قوطی ها نوشته شده بخوانند. بعلت قدرت خرید پایین مادران و کمبود شیر خشک در بازار، مادران مجبور بودند میزان آب مورد مصرف در شیر خشک را بیش از اندازه افزایش دهند که این عمل بخودی خود تأثیر منفی روی بهداشت نوزادان می گذاشت، بویژه اینکه مادران چنین روش تهیه را برای مدت طولانی ادامه می دادند.

هیچگونه نشانگان کمبود خون و یا عدم جذب مواد غذایی در آنها دیده نشد. در بررسی دیگری که روی همین گروه بعمل آمد، مشاهده شد، بیماری‌رانی که دارای نشانهای مشابهی بودند با استفاده از رژیم غذایی صحیح به سطح سلامتی بالاتری دست یافتند و کمبودهای موجود در آنها از بین رفت. نتایج حاصله نشان داد که کمبود روی منشا تغذیه‌ای دارد. یافته‌های بررسیهای نامبرده، عده‌ای از پژوهندگان را به ادامه در این نوع پژوهشها و ادار ساخت. «راینولد»^(۳) و همکاران در سال ۱۹۶۶ درباره غلظت روی در موی روستاییان و شهروندان تحقیقی انجام دادند. مشاهدات نشان داد، غلظت روی در بین روستاییان به نسبت بسیار کمتر از مقدار روی در گروه دانشگاهی شیراز می‌باشد، اگرچه میزان غلظت مس و نیتروژن در بین این دو گروه تفاوتی نداشت. «مک‌بین»^(۴) و همکاران مقدار روی پلاسما در کودکان مدرسه‌ای ۶ تا ۱۲ ساله روستایی را با کودکان امریکایی تقریباً همین سن مقایسه نمودند و چنین نتیجه‌گیری کردند که میزان روی پلاسما در بین کودکان روستایی استان فارس به نسبت بسیار زیادی کمتر از کودکان مشابه امریکایی است.

بنابر نظر «راینولد» و کمال (۱۹۷۱)، مصرف مداوم و طولانی مواد غذایی غنی از «فیتات» ممکن است باعث کاهش میزان روی شود، که در حالت پیشرفته موجب عقب افتادگی سن بلوغ و کوچک شدن «گناد»^(۵) و در نتیجه کوتاهی بیش از اندازه قد گردد. به طوری که گزارش شده است، سطح «فیتات» در نان روستایی بسیار بالاتر و زیادتر از نانهایی است که به روش تخمیری در نانوائی‌های تجاری در شهرهای استان فارس پخته می‌شود. بنابر این، میزان

مصرف «فیتات» در بین جمعیت روستایی بسیار بیشتر از میزان مصرف در بین جمعیت شهری است (راینولد ۱۹۷۱). مصرف بیش از اندازه «فیتات» نشان دهنده کمبود شسید روی در بین روستاییان و فقدان آن در شهرها می‌باشد. نان تخمیر شده که در نانوائی‌های تجاری در شهرها پخته می‌شود از همان آردی است که در روستاها برای پخت نان استفاده می‌شود، اما، مقدار «فیتات» موجود در نان شهری فقط نیم تا دو سوم مقدار آن در روستاها است. چنین نتیجه‌گیری شده است که تخمیر عامل مهمتری برای افزایش میزان «فیتات» نان می‌باشد تا عامل نسبی آرد.

کم خونی همراه با کمبود آهن یکی دیگر از مشکلات بزرگ بهداشتی در استان فارس است. وجود قابل توجه این نوع کم خونی، بخصوص در روستاها که میزان آهن در رژیم آنها بالا است، به طور کلی مربوط به مصرف «فیتات» موجود در نان‌های تخمیر نشده گندم می‌باشد. به طوری که پراساد و همکاران در سال ۱۹۶۱ اعلام داشتند، میزان بسیار زیاد فسفات در رژیم غذایی، که بیشتر از گندم استفاده می‌شود، از جذب آهن به علت تولید مواد آهنی غیر قابل حل، جلوگیری بعمل می‌آورد.

سطح و میزان پروتئین پلاسما و هموگلوبین در بین بزرگسالان در روستاها کمتر از دانشجویان سالم در دانشگاه شیراز بود. در بین جمعیت عشایری سطح و میزان این مواد به اندازه کافی طبیعی و معمولی بود و علت آن هم ممکن است استفاده از رژیم‌های غذایی مختلف و شاید هم مصرف بیشتر پروتئین حیوانی باشد. حق شناس و همکاران در سال ۱۹۷۲ در یک بررسی کاملتر بر روی ۳۰۰۰ نفر

نشان دادند که ۳۰ درصد از کودکان، ۲۴ درصد از بزرگسالان زن و ۷ درصد از بزرگسالان مرد دارای میانگین غلظت هموگلوبین ۱۲ گرم در ۱۰۰ میلی لیتر یا کمتر بودند. حجم سلول قرمز فشرده به نسبت پایین بود. جالب توجه است که شیوع کم خونی فقر آهن در بین جمعیت شیراز کمتر از تهران پایتخت ایران است. ارتباط این پدیده مصرف زیاد روزانه آهن است.

مصرف کم اسیداسکوربوت و پروتئین حیوانی، ممکن است در بروز کم خونی فقر آهن نقشی داشته باشند. همانطور که ویتامین C و گوشت جذب آهن را آسانتر می‌کند (دومایر ۱۹۸۹)، در بررسی جدیدی روی ۱۰۱ زن باردار در شهر شیراز مشاهده شد که افزایش اسید اسکوربوت و پروتئین حیوانی جذب آهن non-haeme را توسط این زنان افزایش می‌دهد. این پدیده برنامه تغذیه برای مادران باردار در ایران را تایید می‌کند.

عوامل دیگری مانند عفونت‌های انگلی التهاب دستگاه گوارش و عادات تغذیه‌ای ممکن است علت بروز کم خونی فقر آهن باشد. بررسیهای بیشتری درباره کم خونی کمبود آهن در ایران پیشنهاد می‌شود.

سایر نابسامانی‌های تغذیه‌ای

امیر حکیمی در سال ۱۹۷۳ طی گزارشی اعلام نمود که راشی تسم یا نرمی استخوانی به علت کمبود ویتامین D دشواری بزرگی در بین کودکان بین سنین ۱ تا ۵ ساله در استان فارس است. کمبود ویتامین D در این استان با تابش فراوان و گسترده نور خورشید بسیار شگفت انگیز است. شاید یکی از علل آن عادت سنتی مردم این استان در پوشانیدن نوزادان برای مدت طولانی و تغذیه مواد خوراکی با

سطح بسیار پایین ویتامین D باشد. برای یافتن علت واقعی این دشواری و تداوم آن باید بررسیهای بیشتری انجام شود. یکی دیگر از ناراحتیهای بهداشتی در این ناحیه از ایران اختلالات مربوط به کمبود ید و گوآتر بومی است. در این باره مطالعات ناچیزی به عمل آمده است. بطوریکه گاگی و همکاران در سال ۱۹۷۰ اعلام داشتند بروز گوآتر به علت فقدان ید در غذاهایی است که مردمان این استان چه در شهرها و چه در روستاها مصرف می کنند.

اختلالات تغذیه‌ای در ارتباط با فوور و فراوانی آن در بخش بزرگی از جمعیت مشاهده شده است. چاقی، بیماری قند و بیماری قلبی بخصوص در شهرها مشکلات و ناراحتیهای قابل توجهی را بوجود آورده‌اند. در شیوع و تداوم این نوع بیماریها مصرف غذاهای پرچربی و مواد قندی همراه با عدم فعالیت‌های بدنی و ورزش نقش مهمی را بعهده دارد.

نتیجه گیری

در طی دهه گذشته بررسیهای اندکی درباره تغذیه و مواد خوراکی در ایران انجام شده است. بطور کلی بیشترین مسایل مربوط به تغذیه در استان فارس ناشی از کمبود رشد می باشد مانند سوء تغذیه پروتئین و انرژی، کمبودهای ویتامین ها و مواد معدنی. برنامه‌های زیادی در ارتباط با بهسازی تغذیه از طرف بخشهای بهداشتی بمورد اجرا گذارده شده است. ولی هنوز تأثیر پذیری این گونه برنامه‌ها در بهبود شرایط تغذیه‌ای مشخص نشده است. بررسیهای بیشتری لازم است تا عوامل سوء تغذیه در ایران شناخته شود. پیوستگی بیشتری بین مراکز بهداشتی - غذایی و دیگر بخش‌های دولتی بخصوص کشاورزی لازم بوده و برنامه‌ریزی یک سیاست بهبود شرایط تغذیه ملی گامی مهم و اساسی محسوب می شود.

استاندارد در پرستاری

بقیه از صفحه ۱۹

□ استاندارد پیامد:

استاندارد پیامد تمرکز بر نتایج فرایند مراقبت بهداشتی دارد. معیارهای پیامد نشان می دهد که آیا اقدامات و فعالیتهای پرستاری اثری بر وضعیت سلامتی بیمار گذاشته است یا خیر؟ مانند، تغییر در سلامتی، دانش و آگاهی بیمار از بیماریش.

قدم بعدی تایید علمی معیارهای تنظیم شده می باشد که معمولاً توسط همکاران انجام می شود. منظور از اعتبار علمی، صحیح و مناسب بودن معیارهای انتخاب شده و منعکس شدن حقایق عملکرد پرستاری در رابطه با موقعیت خاص است.

بطور خلاصه، استاندارد جهت عملکرد و آموزش پرستاری لازم است. زیرا بعنوان راهنمایی جهت عملکرد و آموزش پرستاری عمل می نماید و کیفیت مراقبت پرستاری را می توان بر اساس آن سنجید. استانداردها باید انعطاف پذیر بوده و بر اساس نیازها و منابع موجود باشد. استانداردها باید مناسب، عقلانی، واضح و مورد پذیرش اجرا کنندگان آن، باشند.

استاندارد پیامد

استاندارد: توانایی مددجوی مبتلا به بیماری قلبی، جهت روبرو شدن با مشکلات یا جلوگیری از افزایش مشکلات بهداشتی.

معیار: الف- فرد قادر است وضعیت جسمی خود را ارزیابی کند. که تا چه اندازه می تواند فعالیت را بدون درد قفسه سینه انجام دهد.

ب- فرد قادر است رژیم دارویی و مقصود از تجویز آن را شرح دهد.

ج- فرد رژیم غذایی تجویز شده را دنبال می کند.

عناصر اصلی خاص جهت سیستم آموزش عبارتند از:

□ تعاریفی از سیستم آموزشی، اهداف برنامه، برنامه‌های درسی، منابع انسانی، منابع فیزیکی و تکنولوژی وارزشیابی

از دانشکده یا برنامه پرستاری.

عناصر اصلی خاص جهت عملکرد پرستاری شامل:

تعاریفی از پرستار، عملکرد پرستاری، افرادی که نیاز به مراقبت پرستاری دارند، محیطی که مراقبت در آن ارائه می گردد و ارزشیابی از عملکرد پرستاری می باشد.

استانداردها، علاوه بر آن که

راهنمایی جهت عملکرد پرستاری

است، برای سنجش مراقبت پرستاری

نیز مورد استفاده قرار می گیرد و باید به

گونه‌ای بیان گردد که قابل اندازه گیری

باشد. از این رو استانداردها را به صورت

معیارهای قابل سنجش می نویسند.

در زیر نمونه‌ای از استاندارد عمومی

پرستاری که توسط انجمن ملی پرستاران

آمریکا جهت عملکرد پرستاری تدوین

شده است، مطالعه می شود:

۱- جمع آوری اطلاعات درباره

وضعیت بهداشتی بیمار / مددجو باید

به طور منظم و مداوم انجام پذیرد. این

اطلاعات باید در دسترس و قابل انتقال

بوده، ثبت گردد.

۲- تشخیص پرستاری، حاصل

اطلاعاتی است که از وضعیت بیمار