Archive of SID

تأثیر آموزش‌های تغذیه و بهداشت به زنان عشایری در سلامت ایل و نقش زنان عشایری در گسترش فرهنگ تغذیه و بهداشت

موسي صالحي(Ph.D.)* مسعود كيميا گر(Ph.D.)** محمد شهبازي(M.D.)***
علي اصغر كلاهي (M.D.)**** يد الله محرابي(M.D.)*****

چكيده

سابقه و هدف : در سال‌های اخیر، وضعیت تغذیه خوب به عنوان یک شاخص توسعه و زنان به عنوان پرورش دهندگان نسل بعد در جامعه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار هستند، از این رو در کشورهای در حال رشد، آموزش تغذیه در توسعه اقتصادی و ملی مورد توجه برنامه‌ریزان بهداشتی، اقتصادی و اجتماعی قرار گرفته است.

مواد و روش ها : با همکاری دختران با سواد داوطلب و معلمین عشایری به مدت یک سال، برنامه آموزشی مدونی با محتوای مبانی بهداشت و تغذیه در خانواده های مورد مطالعه به اجرا در آمد. جامعه مورد مطالعه ۱۴۱خانوار از طایفه های ایل قشقایی است که به طور تصادفی به نسبت جمعیت از این طایفه ها انتخاب شده‌اند. اطلاعات با استفاده از روش مشاهده مستقیم، ثبت و مطالعه گردید.

یافته ها : میانگین انرژی لازم برای انجام کارهایی که فقط زنان به عهده دارند ۱۲۷۰ کالری، و سهم زنان در کارهایی که زن ومرد با مشارکت هم انجام می‌دهند ۷۹۰کالری، و میانگین انرژی لازم برای کارهایی که منحصراً مردان انجام می‌دهند ۸۳۰ کالری بود. مصرف کالری سرانه خانوار با "پرسشنامه۲۴ ساعت یاد آمدِ خوراک"، ۳۰۵۴ کالری برآورد گردید.

سرانه مصرف مردان ۳۳۰۰ کالری، زنان ۱۵۰۰ کالری و سایراعضاء ،۱۸۶۰ کالری تعیین شدومقدار قابل توجهی از سبد غذایی آن‌ها، سهم مرغ‌ها و سگ‌های ایل می‌شد. درصد سوء تغذیه کودکان زیر ۶ سال عشایر مورد مطالعه، قبل و بعد از مداخله آموزشی، اختلاف معنی داری را نشان می‌دهد($P<0/05$). گرچه هنوز از درصد کودکان دچار سوء تغذیه استان فارس بیش‌تر است.

استنتاج : مردان به دلیل محدود شدن کار چوپانی، کارگری، مدیریت طایفه و تیره، کشیک شبانه، شکار و داد و ستد از طرفی و بالا بودن سهم مردان و مهمان‌ها از سهم غذای روزانه خانوار، افزایش وزن و زنان به دلیل کاهش درآمد و افزایش تلاش برای تامین حداقل نیاز فرزندان، انرژی بیش‌تری مصرف می‌کنند و کاهش وزن دارند.

آموزش دادن زنان و دختران باسواد و داوطلب عشایری در موضوعات بهداشتی و فرهنگی برای جبران عقب ماندگی جامعه ایلی از توسعه فرهنگی و بهداشتی امری ضروری است که باید بیش‌تر از گذشته مورد توجه مسوولان محترم کشور قرار بگیرد.

واژه هاي كليدي : آموزش بهداشت، بهداشت، زنان- آموزش

* دانشجوی دکتری تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ✉ شیراز: کوی زهرا (س)- دانشکده بهداشت
** استاد دانشکده علوم تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی *** استادیار دانشگاه JSU می سی پی، آمریکا
**** استادیار دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ***** دانشیار دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

تاریخ دریافت: ۸۲/۲/۱۵ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۸۲/٤/۸ تاریخ تصویب: ۸۲/۸/۱٤

www.SID.ir

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

Archive of SID

مقدمه

در سال‌های اخیر با توجه به این‌که وضعیت تغذیه خوب به عنوان یک شاخص توسعه مورد قبول برنامه‌ریزان بهداشتی، اقتصادی و اجتماعی در کشورهای در حال رشد قرار گرفته، زنان به عنوان کسانی که مسوولیت مهم پرورش جامعه را به عهده دارند از اهمیت ویژه‌ای در توسعه اقتصادی و ملی مورد توجه قرار گرفته‌اند(۲،۱).

نگاه مختصری به روند جمعیت ایران در ۲۰ سال گذشته به خوبی نشان می‌دهد که از دیدگاه فیزیولوژی، تغذیه زنان آسیب‌پذیر از مردان می‌باشد. زیرا نه تنها دوران بارداری و شیردهی خاص زنان بوده بلکه به علت جنگ و سایر اثرات اجتماعی، در سال‌های بعد از انقلاب نسبت زنان میانسال به مردان بیش‌تر شده است. و در نتیجه احتمال بالا بودن زنان مسن در ده سال آینده در ایران بیش‌تر خواهد بود.

عدم تغذیه مناسب زنان در دوران آسیب‌پذیری، اثرات دراز مدتی در امنیت تغذیه کشور به جا خواهد نهاد. به عنوان مثال تغذیه ناکافی در دوران نوزادی، کودکی و جوانی منجر به کوتاه ماندن جثه و کوچک شدن لگن خاصره شده که نه تنها یکی از شاخص‌های تعیین کننده وزن و قد نوزادان در نسل آینده بوده بلکه یکی از عوامل مهم در ایجاد پیچیدگی‌های زایمان و مرگ و میر در این قبیل زنان خواهد بود(۳).

کمبودها ی مواد مغذی که اغلب به علت نیازهای فیزیولوژیکی بالا و تخلیه مواد مغذی در اثرحاملگی‌های مکرر در کشورهای در حال توسعه در زنان دیده می‌شود، عبارتند از: کمبودهای ید، آهن، فولیک اسید و یا ویتامین A و B2 (۴). پوکی استخوان به خصوص در زنان بعد از دوران یائسگی یکی ازمسائل خاص تغذیه‌ای در کشورهای مختلف دنیاست(۵).

مروری بر مطالعات جامعه شناسی و آنتروپومتری غذا نشان می دهد که زن‌ها از غذا به عنوان یک عامل در زمینه شناسایی خود و هویت فرهنگی خویشتن استفاده می‌کنند(۶). به‌این دلیل چه دربرابراعضاء خانواده و چه در برابر مهمانان همیشه نقش میزبان را بازی نموده و با بهترین شیوه، مواد غذایی در دسترس را با محبت، سلیقه، دانش ومهارت عرضه می نمایند. شاید زنان به این دلیل، آخرین نفری هستند که به غذا دسترسی می‌یابند(۲).

زنان ایل به خصوص در طبقات بالا در مسائل سیاسی و اجتماعی نقش دارند. زنان ایل، مادرانی با عاطفه کامل مادری هستند. فداکاری، ایثار و شکیبایی از خصایص بارز آن‌ها است. تدبیر و کاردانی زنان ایل به عنوان مادر گاهی از جنگ‌های خونین بین دو طایفه جلوگیری کرده است. زن در ایل، مربی و معلم فرزندش می‌باشد. زیرا پدر کم‌تر در خانه است. آغوش مادر و تعلیم او مدرسه کودکان است(۷).

فرهنگ سازی در همه جوامع، کار خانواده‌ها است. پایه فرهنگی کودکان در خانواده ریخته می‌شود و سپس در جامعه تکامل می‌یابد. و مادران در شالوده‌سازی فرهنگی کودکان نقش اساسی دارند. فرهنگ جنبه‌های گوناگونی دارد؛ مثل: زبان، دین، تکنولوژی و ابزار، آداب و رسوم غذا خوردن، شرکت درمجالس، ازدواج، لباس پوشیدن، سواری و تیر اندازی، شکار، بافندگی، پخت و پز و غیره.

با این تعریف در می‌یابیم که خانواده چه وظیفه سنگینی در قبال افراد جامعه دارد؛ زیرا اغلب اجزاء فرهنگ با آموزش‌های والدین به خصوص مادران در ذهن کودک نقش می‌بندد. گرچه با گسترش وسایل ارتباط جمعی، تاثیرپذیری افراد خانواده از جوامع دیگر رو به فزونی است، ولی در عشایر ایران هنوز خانواده

www.SID.ir
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

Archive of SID

مهم‌ترین مرکز فراگیری و انتقال فرهنگ و سنت‌ها از نسلی به نسل دیگر است(۸).

مواد و روش ها

این مطالعه یک بررسی مداخله‌ای- تجربی (Interventional) با روش کارآزمایی میدانی (Field Trial) است که چهار طایفه از عشایر قشقایی فارس، شامل ۱۴۱ خانوار عشایری را در بر می‌گیرد. نمونه‌گیری به روش تصادفی طبقه‌بندی شده بود که در هر طبقه (در اینجا هرطایفه یک طبقه است.) به نسبت جمعیت و به طور تصادفی، تیره‌ها (به عنوان خوشه) انتخاب شدند و کل خانوار هر خوشه درتیره‌های مذکور مورد مطالعه قرار گرفتند.

برای بررسی مصرف مواد غذایی در نمونه مورد مطالعه از "پرسش نامه‌های ۲۴ ساعت یاد آمد خوراک" استفاده شد و اندازه‌گیری غذای ذکر شده با ترازوی آشپزخانه انجام گرفت. سپس به کمک جدول ترکیبات موادغذایی، غذاهای ثبت شده، آنالیز گردید(۱۰،۹). وزن افراد با ترازوی عقربه ای آلمانی و قد افراد با متر ایستاده seca 208 اندازه گیری شد. تقسیم کار در جامعه ایلی را بر اساس نظر دکتر امان اللهی(۸) قرار داده و کالری لازم برای انجام این کارها را محاسبه نمودیم. میزان انرژی مصرفی در طی فعالیت‌های مختلف با استفاده از جداول کتاب اصول تنظیم برنامه‌های غذایی به دست آمد(۱۱). مقایسه شاخص توده‌بدنی افراد و تعدادکودکان مبتلا به سوء تغذیه قبل و بعد از مداخله آموزشی با روش آماری Mc Nemar انجام گرفت. برای آموزش به مادران عشایری، طرحی به کار گرفته شد که توسط معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شیراز ارائه وتوسط مجری طرح تکمیل گردید.

محتوای آموزشی

دربرنامه‌آموزشی حاضر دوبخش اصلی از رفتارهای مراقبتی کودکان مورد توجه طراحان برنامه و مجری طرح بوده است:

۱- مراقبت‌های بهداشتی

۲- مراقبت های تغذیه‌ای، شامل آماده سازی غذا، تهیه غذاهای کامل و تامین کننده نیاز کودکان زیر پنج سال، خوراندن و خوراکیاری و موارد دیگر.

در مورد مراقبت‌های بهداشتی، آموزش ما پیرامون استفاده از امکانات موجود برای دسترسی به آب آشامیدنی سالم، جوشاندن آب و یا استفاده از محلول کلر مادر برای ضدعفونی آب و سبزیجات، فراهم آوردن امکانات دسترسی کودکان به آب کلریزه و صابون برای شست و شوی دست و صورت، جلب مشارکت عمومی در جمع‌آوری و دفن بهداشتی زباله‌ها، تلاش خانوار برای جلوگیری از آلودگی محیط زیست و تهیه امکانات اولیه برای احداث توالت صحرایی و مراجعه به موقع به خانه‌های بهداشتی و استفاده صحیح از کارت رشد و توجه ویژه به واکسیناسیون اطفال خلاصه شده بود.

و در مورد مراقبت‌های تغذیه‌ای به موارد متعددی در برنامه‌ریزی آموزشی توجه نمودیم‌که از آن جمله‌اند:

رعایت بهداشت فردی و بهداشت مواد اولیه و نگهداری صحیح مواد غذایی که رعایت آن‌ها در تهیه یک غذای سالم ضروری است، کوتاه‌تر شدن فاصله تولد کودک تا آغاز تغذیه با شیرمادر، روش‌های صحیح در آغوش گرفتن کودک و شیر دادن او، طول مدت شیر دادن در هر وعده و تکرار آن، استفاده به موقع از تغذیه تکمیلی، روش تهیه غذای مکمل، استفاده صحیح از گروه‌های مواد غذایی در تهیه غذای کودک و خانواده، آموزش راه‌های ساده و ارزان در تهیه غذای مناسب و توجه به روش‌هایی که در تهیه غذا وقت کم‌تری را نیاز داشته باشد، توجه به کمیت و کیفیت غذای خورده شده توسط کودک، داشتن حوصله و

www.SID.ir

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

Archive of SID

وقت در هنگام خوراک دادن به کودکان زیر پنج سال، توجه به اشتهای آن‌ها و دلایل احتمالی کمی اشتها در آن‌ها، توجه به زمان و مکان تغذیه کودکان فوق و فراهم کردن این امکان که کودک در هنگام گرسنگی بتواند احساس خود را بیان کند، داشتن رابطه عاطفی و دوستانه با کودکان به خصوص هنگام غذا خوردن، صحبت کردن با زبان کودکانه و بازی کردن برای جلب توجه آن‌ها به غذا، همه در برنامه‌ریزی آموزشی ما گنجانده شده بود. برای همه اعضاء خانواده نیز آموزش‌هایی در نظر گرفته شده بود. توجه به به وزن و قد و شاخص توده بدنی زنان موجود در خانه یا مراقب مستقیم کودک، توجه دادن اعضای خانواده به میزان نیاز زنان و کودکان به انرژی و پروتئین، مشاغل و گرفتاری‌های زنان به خصوص زنان باردار و شیر ده، اطلاح رفتار عمومی با زنان و کودکان برای پرهیز از خشونت‌های رایج در زندگی ایلی و مواردی که در هنگام آموزش در هر تیره و گروه، ضرورتش احساس می‌شد هم در محتوای مطالب آموزشی ما گنجانیده شده بود. این مطالب نخست در مدت ۱۰ روز به ۳۰ دختر عشایری با سواد حدود دیپلم و داوطلب عضویت در گروه رابطین بهداشت عشایری آموزش داده شدند. آن‌ها موظف شدند این آموزش‌ها را در مدت یک سال زیر نظر مجری طرح و با همکاری معلمین عشایری به خانواده خود و چند خانواری که در نزدیکی آنها چادر می‌زنند انتقال دهند. در این آموزش چگونگی جمع آوری مشارکت مردمی برای انجام ضرورت‌های بهداشتی نیز موردتوجه قرار داشت. در انتخاب داوطلبین دقت شد که دختر عشایر ی دعوت شده به اردوی آموزشی واقعا" داوطلب باشد. و هیچگونه قول یا وعده استخدام یا حقوق و حتی کار مزد به آن‌ها داده نشد. همه هنجارهای اجتماعی و عوامل صاحب نفوذ مثل معلمین عشایری، افراد با نفوذ محلی در نظر گرفته شد.

کتاب، جزوه‌آموزشی، مسیر دسترسی به خانوار عشایری و کیف کمک‌های اولیه به عنوان عوامل قادر کننده مورد توجه بود. حضور رابطین بهداشتی که خود مفاهیم بهداشتی را یاد گرفته و باور کرده باشند درجمع خانوار عشایری به‌طور مستمر برآگاهی و نگرش اعضای خانوار اثر نهاده و منجر به جلب حمایت های مالی خانوار برای اجرای امور بهداشتی جاری مثل ایجاد یک مخزن آب محفوظ، ایجاد مسیر معین برای مازاد آب‌های مصرفی روزانه و دفن زباله های غذایی خواهد شد. پس از سپری شدن دوره یک ساله آموزش، مجری طرح، سه ماه خانواده‌های مورد آموزش را به حال خود گذاشت و سپس ازمراقبین کودکان(مادران، مادربزرگ‌ها و دختران بزرگ خانواده) با استفاده از پرسشنامه و به شکل چهره به چهره، آزمون دانش تغذیه‌ای و تست لیکرت را به عمل آورد. پرسشنامه‌ها نخست در مطالعه مقدماتی به کار رفته و پاسخ‌های ذکر شده در ذیل هر پرسش با روش بحث گروهی (Focus Group Discussion) جست و جو و پس از ویراستاری ثبت شده است. روایی و پایایی پرسش‌نامه‌های طرح که دانش و نگرش افراد را می‌سنجند در آغاز طرح با روش Split Half Correlation Coeficient مورد سنجش قرار گرفت(۱۲). ولی اثر آموزش را درنمرات دانش و نگرش جستجو نکرده‌ایم، بلکه تغییرات رشد در کودکان زیر ۶ سال و تغییرات شاخص توده بدنی بزرگسالان را به عنوان تأثیر آموزش در تغییر رفتار بهداشتی و تغذیه‌ای خانوار عشایری در نظر گرفته و گزارش کرده‌ایم.

شاخص توده بدنی بالاتر از ۲۶ را دلیل افزایش وزن و نوعی اختلال تغذیه‌ای و کم‌تر از ۱۷ را ضعف و سوء تغذیه شدید در نظر گرفته‌ایم. وزن برای سن کم‌تر از ۸۰ درصد جدول NCHS را کمبود وزن و قد برای سن کم‌تر از ۹۰ درصد NCHS را کاهش رشد و جمع این

www.SID.ir
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

Archive of SID

دو کمبود را ملاک تشخیص سوء تغذیه شدید در کودکان زیر ۶ سال قرار داده‌ایم(۱۳).

عوامل مداخله گر مثل خشکسالی که بر تولید مواد غذایی اصلی عشایر یعنی شیر و گوشت اثر می‌گذارد، و فصل‌های بهار و تابستان که عشایر دسترسی بیش‌تری به لبنیات و میوه دارند، در برابر پاییز و زمستان که دسترسی آن‌ها به لبنیات و میوه کم‌تر است، در نظر گرفته شد. شرایط بارش باران قبل و بعد از مطالعه یکسال بود و دوره مطالعه یکسال در نظر گرفته شد و هر دو بار اندازه‌گیری آنتروپومتری در اواسط تابستان انجام گرفت، تا اثر فصول حذف شود.

یافته‌ها

از بین چهار طایفه از ایل قشقایی فارس به نسبت جمعیت، ۱۴۱ خانوار را به طور تصادفی انتخاب نمودیم. ۴۰ خانوار از طایفه عمله، ۴۲ خانوار شش بلوکی، ۳۲ خانوار کشکولی و ۲۷ خانوار از فارسیمدان‌ها در نمونه ما قرار گرفتند. حجم نمونه ۸۷۷ نفر شامل ۴۹۶ نفر زن و دختر و ۳۸۱ مرد و پسر گردید (جدول شماره ۱).

جدول‌شماره۱ : خلاصه اطلاعات مربوط به خانوارهای مورد بررسی (عشایر قشقایی ۱۳۸۰)

تعداد		افراد >=۶	مرد بالای ۶ سال	زن بالای ۶ سال	باردار	شیرده	کودکان زیر ۶ سال
طایفه	خانوار	نفر	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد
عمله	۴۰	۲۱۴	۹۳	۱۲۱	۱۱	۲	۳۴
شش‌بلوکی	۴۲	۲۳۲	۱۰۳	۱۲۹	۲	۱۳	۳۵
کشکولی	۳۲	۲۱۷	۹۱	۱۲۶	۸	۹	۳۷
فارسیمدان	۲۷	۲۱۴	۹۴	۱۲۰	۱۲	۶	۴۰
کل	۱۴۱	۸۷۷	۳۸۱	۴۹۶	۳۳	۳۰	۱۴۶

۲۹۶ نفر از زن‌ها بالای ۱۵ سال سن داشتند، ۲۰۷ نفر آن‌ها متاهل، ۳۳ نفر باردار و ۳۰ نفر شیرده بودند. ۴۹۶ زن ودختر بالای ۶ سال داشتند که ۱۳۲ نفر در حد دبستان، ۵۶ نفر در حد راهنمایی و۷ نفر درحد دبیرستان، سواد داشتند و ۶۱ درصد کل زنان و دختران بالای شش سال، بی‌سواد بودند (جدول شماره۲). انرژی متوسط لازم برای انجام کارهایی که فقط زنان به عهده دارند۱۲۷۰ کالری محاسبه گردید. سهم زنان درکارهایی که زن و مرد با مشارکت هم انجام می دهند ۷۹۰ کالری محاسبه شد و میانگین انرژی لازم برای کارهایی که منحصرا مردان انجام می دهند ۸۳۰ کالری بود. مصرف کالری سرانه خانوار با "پرسشنامه ۲۴ ساعت یاد آمد

جدول شماره ۲ : توزیع میزان سواد در خانوارهای مورد بررسی (عشایر قشقایی ۱۳۸۰)

سواد		**بیسواد**	دبستان	راهنمایی	دبیرستان و دیپلم	**جمع**
طوایف	جنس	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)
عمله	مرد	۴۶	۲۵	۱۵	۷	۹۳ (۲۴/۴)
	زن	۷۱	۴۰	۷	۳	۱۲۱ (۲۴/۴)
شش بلوکی	مرد	۵۴	۳۲	۱۲	۵	۱۰۳ (۲۷/۱)
	زن	۷۳	۳۶	۱۸	۲	۱۲۹ (۲۶)
کشکولی	مرد	۵۲	۲۳	۸	۸	۹۱ (۲۳/۹)
	زن	۷۹	۳۲	۱۵	–	۱۲۶ (۲۵/۴)
فارسیمدان	مرد	۷۰	۱۲	۷	۵	۹۴ (۲۴/۶)
	زن	۷۸	۲۴	۱۶	۲	۱۲۰ (۲۴/۲)
کل	مرد	۲۲۲ (۵۸)	۹۲ (۲۴)	۴۲ (۱۱)	۲۵ (۷)	۳۸۱ (۱۰۰)
	زن	۳۰۱ (۶۱)	۱۳۲ (۲۷)	۵۶ (۱۱)	۷ (۱)	۴۹۶ (۱۰۰)

www.SID.ir

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

Archive of SID

خوراک" ۳۰۵۴ کالری برآورد گردید. مردان ۳۳۰۰ کالری، زنان ۱۵۰۰ کالری و سرانه مصرف سایر اعضاء ۱۸۶۰ کالری تعیین شد و مقدار قابل توجهی از سبد غذایی آن‌ها سهم مرغ‌ها و سگ‌های ایل می‌گردید. مردان به دلیل محدود شدن کار چوپانی، کارگری، مدیریت طایفه و تیره، کشیک شبانه، شکار و داد و ستد از طرفی و بالا بودن سهم مردان و مهمان‌ها از سهم غذای روزانه خانوار، افزایش وزن دارند و زنان به دلیل کاهش در آمد و افزایش تلاش برای تامین حداقل نیاز فرزندان، انرژی بیش‌تری مصرف می‌کنند و کاهش وزن دارند. در صد سوء تغذیه کودکان زیر ۶ سال عشایر مورد مطالعه قبل و بعد از مداخله آموزشی، اختلاف معنی داری را نشان می دهد($P < ۰/۰۵$)؛ گرچه هنوز از درصد کودکان دچار سوء تغذیه استان فارس بیش‌تر است. قبل از شروع برنامه آموزشی ۲۶نفر(۳۰ درصد) از مردان و۹نفر(۶درصد) از زنان شاخص توده بدنی(BMI) بالاتر یا مساوی ۲۶ داشتند و ۲۵نفر(۱۷درصد) از زنان BMI کم‌تر یا مساوی ۱۷ داشتند (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: مقایسه شاخص توده بدنی افراد بالای ۲۵ سال قبل و بعد از مطالعه

شاخص / مرحله	بالاتر یا مساوی با ۲۶ تعداد (درصد)	کم‌تر از ۲۶ و بیش‌تر از ۱۷ تعداد (درصد)	کم‌تر یا مساوی با ۱۷ تعداد (درصد)	جمع تعداد (درصد)
قبل از آموزش	۳۵ (۱۵)	۷۷ (۷۵)	۲۵ (۱۰)	۲۳۷ (۱۰۰)
بعد از آموزش	۹۱ (۱۸)	۲۰۱ (۸۵)	۱۷ (۷)	۲۳۷ (۱۰۰)
P.V.	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۵	—

از ۱۴۶ نفر کودک زیر ۶ سال، ۲۹ نفر(۲۰درصد) سوءتغذیه شدید، ۲۱نفر(۱۴ درصد)کاهش رشد، ۳۰نفر (۲۱درصد) لاغری و ۶۶ نفر(۴۵ درصد) وضعیت طبیعی داشتند. دختران به ترتیب با ۱۸ و۱۵ و۲۳ درصد، سوءتغذیه شدید، کاهش رشد و لاغری، وضعیت رشد بدتری از پسران داشتند. بعد از آموزش مادران به‌کمک رابطین بهداشتی، نتایج فوق بهبود یافته و همان‌گونه که در جدول شماره ۴ ملاحظه می‌شود تغییرات، معنی‌دار ($p < ۰/۰۵$) و قابل تامل هستند.

بحث

مردان عشایری به دلیل محدود شدن کار چوپانی، کارگری، فعالیت در مدیریت طایفه و تیره، کشیک شبانه، شکار و داد و ستد و استفاده از موتور سیکلت و خودرو برای رفت وآمدها به انرژی کم‌تری نسبت به گذشته احتیاج دارند و چون رسم قدیم عشایر و ایلات در احترام فوق العاده به مرد و مهمانهایش همچنان باقی است، مصرف مواد غذایی در بین مردان بیش از حد نیاز است و۳۰ درصد شاخص توده‌بدنی بالاتر یا مساوی ۲۶، نتیجه همین تغییرات و تفاوت‌ها است. از طرفی فعالیت زنان به دلیل افزایش تنگناهای اقتصادی افزون گشته است. در نمونه مورد مطالعه، زنان روزانه حد اقل به ۲۰۰۰ کالری نیاز دارند؛ در حالی‌که حدوداً ۱۵۰۰ کالری بیش‌تر دریافت نمی‌کنند. شاید به همین دلیل ۱۷ درصد زنان شاخص توده بدنی کمتر یا مساوی ۱۷

جدول شماره ۴: مقایسه درصد سوء تغذیه کودکان زیر ۶ سال قبل و بعد از از مطالعه

وضعیت سوء تغذیه / مرحله	سوء تغذیه شدید تعداد (درصد)	کاهش رشد تعداد (درصد)	کمبود وزن تعداد (درصد)	تغذیه خوب تعداد (درصد)	جمع تعداد (درصد)
قبل از آموزش	۲۹ (۲۰)	۲۱ (۱۴)	۳۰ (۲۱)	۶۶ (۴۵)	۱۴۶ (۱۰۰)
بعد از آموزش	۱۹ (۱۳)	۱۶(۱۱)	۹ (۱۳)	۹۲ (۶۳)	۱۴۶ (۱۰۰)
P.V.	۰/۰۰۱	۰/۰۲۶	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	___

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

www.SID.ir

Archive of SID

داشته‌اند. وجود ۲۰ درصد سوء تغذیه شدید در بین کودکان زیر ۶ سال جامعه مورد مطالعه، آموزش همه و به خصوص بالاتربودن نرخ سوء تغذیه در بین دختران نسبت به پسران، آموزش همه جانبه و گسترش فرهنگ تغذیه و بهداشت را شدیداً ضروری ساخته است. با توجه به نقش مهم زنان در ایل، ما اجرای همه جانبه طرح رابطین بهداشت عشایری را برای به کارگیری نیروی بالقوه زنان عشایری پیشنهاد می نماییم. رابطین بهداشت که در این طرح ما را همراهی می‌کردند در مدت کمی که از پایان آموزش گذشته بود، توانستند محیط زندگی و باورها و بینش‌های خانوار خود و اطراف خود را نسبت به موضوعات بهداشتی تغییر دهند. تفاوت عمده این طرح با سایر طرح‌های آموزشی در به کارگیری روش‌های آموزش بهداشت است. در این روش ها به شش مرحله آگاهی، باور، هنجارهای اجتماعی و عوامل قادر کننده، توجه شده و بر آگاهی و باور رابطین بهداشتی عشایر در مدت نسبتاً مناسب آموزشی، تاثیر عمیق نهاده شده است.

مطالعات متعددی در جوامع در حال توسعه نشان داده اند که کوتاه قدی تغذیه ای(Stunting) و شاخص توده بدنی کم‌تر از ۱۸/۵ که به عنوان سوء تغذیه مزمن و کمبود انرژی شناخته می‌شوند در۴۰ درصد زنان جنوب و جنوب‌شرقی‌آسیا دیده می‌شود(۱۵،۱۴). مطالعات دیگر نشان داده‌اند که زنان با BMI<۱۸/۵ با توان کم‌تری موفق به حل مشکلات خود و خانواده بوده‌اند(۱۶). در اتیوپی ۲۷ درصد زنان شیرده BMI<۱۸/۵ داشته‌اند(۱۳). میانگین BMI زنان مسلمان سری لانکا ۳ ± ۲۱ بوده که ۱۲ درصد آن‌ها شاخص توده بدنی زیر ۱۷ و حدود ۱۸ درصد بین ۱۸/۵ و ۱۷ داشته‌اند(۱۷). یک چهارم زنان مورد مطالعه در ویتنام سوءتغذیه داشته‌اند و ۲۹ درصد آن‌ها BMI کم‌تر از ۱۸/۵ را نشان داده‌اند.کار عمده این زنان علاوه بر خانه‌داری و مراقبت ازکودکان،کشاورزی بوده است(۱۷).

زنان‌جامعه موردمطالعه ما ازنظر سوءتغذیه وشاخص توده‌بدنی، وضعیتی تقریباً مشابه این جوامع داشته اند.

با ادامه آموزش‌های تغذیه که توسط مجری طرح و رابطین بهداشتی تکرار می گردید، غذای مادران در این جامعه با وجود تداوم شرایط فقر از کیفیت بهتری برخوردار شد، زیرا تغییرات لازم در روش‌های آماده‌سازی، پخت و نگهداری موادغذایی در عمل، مورد قبول آن‌ها واقع شده و به مورد اجرا گذاشته شده بود. یافته‌های ما نشان می دهدکه آموزش بهداشت و تغذیه به مادران، بدون همراه نمودن هزینه اضافی منجر به بهبود شاخص‌های رشد کودکان می‌گردد. اما برای رساندن کودکان به رشد متناسب با سن آن‌ها باید در وضعیت اقتصادی آن‌ها تغییراتی حاصل شده و بیش از آنچه تا کنون در آموزش مادران و پدران این جامعه کارشده است، تلاش صورت پذیرد. اندازه و طبیعت رشد در جامعه مورد مطالعه پس از یک سال تلاش آموزشی تیم تحقیق، اندکی بهتر از یافته‌های دیگر کشورهایی است که آموزش تغذیه در آن‌ها بدون استفاده از دیگر تعاملات، تنظیم شده است(۱۸). یک سال بعداز انجام یک برنامه آموزشی دراندونزی متوجه شدند بچه‌های ۵ تا ۲۴ ماهه خانواده‌های تحت آموزش از رشد بهتری برخوردار‌بودند. کودکان مذکورSD ۰/۵ معادل یک کیلوگرم از کودکانی که خانواده‌های آن‌ها تحت آموزش نبودند، سنگین‌تر شده بودند. با این وجود همبستگی مثبتی بین نمرات آموزشی و شاخص قد برای سن ملاحظه نشد(۱۹). به عنوان مثال در یک بررسی، مداخله‌های تغذیه ای در جمعیت دانش‌آموزی دارای قد طبیعی و بالاتر از میانگین، هیچ‌گونه تأثیری را بر روی وزن در ارتباط با قد و محیط بازو نشان نداد، در حالی

www.SID.ir

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

Archive of SID

که در دانش‌آموزانی‌که دچارکوتاه‌قدی تغذیه‌ای بودند، بسیار موثر بود(۲۰). با این وجود ما متوجه شدیم مادران به سختی تن به تغییر عادات غذایی خود می دهند. از این‌رو ابتدا به دختران تحصیل کرده که داوطلبانه حاضر به همکاری با طرح بودند دریک دوره ۱۰ روزه مقدماتی و سپس در یک دوره ۵ روزه تکمیلی در خصوص ارزش‌گروه‌های غذایی، ضرورت‌کاربرد همه این‌گروه‌ها در غذای روزانه، ارزش تغذیه تکمیلی و روش تهیه سوپ با غلات، حبوبات، سبزیجات و آرد عدس و نگهداری مواد غذایی با توجه به نبودن یخچال در جامعه مورد مطالعه و اصول بهداشت فردی و محیط آموزش داده شد. این دختران درتعلیم مادران خود و خانواده‌های اطرافشان مارا یاری دادند. آن‌ها باعث شدند ما ارتباط بسیارخوبی با والدین داشته باشیم و از همکاری اعضاء خانواده در اجرای طرح برخوردار گردیم. این دختران آموزش دیده و داوطلب تا پایان دوره طرح با ما بودند و پس از آن نیز با ادامه دوره های مقدماتی و تکمیلی بر تعدادشان افزوده شد، تا در آینده همه خانوار عشایری از آموزش‌ها و خدمات آنان برخوردار شوند.

سپاسگزاري

در موفقیت این طرح، همراهی و همکاری معاونت محترم بهداشتی دانشگاه علوم‌پزشکی شیراز وکارشناسان جدی، با سواد و پی‌گیر مرکز بهداشت استان فارس و تلاش عالمانه و صادقانه اداره تغذیه معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشکی، را باید مد نظر داشت. بدین‌وسیله از همه این عزیزان وکسانی که نام برده نشده، صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

فهرست منابع

۷. کیانی منوچهر.*"سیه چادرها تحقیقی در زندگی مردم ایل قشقایی"* چاپ دوم. انتشارات کیان نشر ۱۳۷۶.

۸. امان‌اللهی بهاروند.*"کوچ نشینی در ایران، پژوهشی درباره عشایر و ایلات"* چاپ پنجم. بنگاه ترجمه و نشرکتاب ۱۳۷۸.

۹. غفارپور معصومه، هوشیارراد آناهیتا، کیانفر هایده. *"راهنمای مقیاس‌های خانگی ضرایب تبدیل و درصد خوراکی مواد غذایی."* نشر علوم کشاورزی ۱۳۷۸ .

۱۰. موحدی آریو، روستا رویا. *"جدول ترکیبات مواد غذایی"* چاپ دوم. تهران: انستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی کشور ۱۳۷۹ .

۱۱. میرمیران پروین. *"اصول تنظیم برنامه‌های غذایی"*. چاپ دوم. تهران: بنیاد امور بیماری‌های خاص چاپ دوم ۱۳۷۹ صفحه ۸۵

۱۲. آ. ان. اپنهایم. *"طرح پرسشنامه و سنجش نگرش‌ها"* ترجمه‌ی کریم نیا، مرضیه. چاپ دوم. مشهد: موسسه چاپ و انتشارات آستان قدس رضوی، ۱۳۵۷.

1. World Bank,***World Development Report: "Investing in health".*** New Yourk: Oxford university express, 1993.
2. World Bank, ***"A new agenda for women's health"***, Washington, DC: 1994.
3. Goldberg G.R. " Reproduction: A global nutrition chalenge. ***Proceeding of the nutrition society."***, 1997; 56: 314-333.
4. Walker S.P. " Nutrition issue for women in developing countries." ***Proceeding of the nutrition society.*** 1997; 56: 345-356.
5. Prentice A. "Is nutrition important in osteo prosis?" ***Proceeding of the nutrition society,*** 1997; 56: 357-367.
6. Van Estrick P. "Women and nutrition in industrial society."***Proceeding of Nutrition Society.*** 1997; 54: 335-343.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

www.SID.ir

Archive of SID

13. Gretting J. Scherbaum V. " Health and nutrition status on mothers and children under 5 years in the Wolkite, Ethiopia. ***"Institute of biological and nutrition,*** Germany Feb 2001.
14. UN ACC/SCN (Administrative Committee on Coordination/ Subcommittee on Nutrition). 1989. Malnutrition and infection: A review. Nutrition Policy Discussion Paper No. 5. Geneva: ***ACC-SCN/International Food Policy Research Institute.***
15. UN ACC/SCN (Administrative Committee on Coordination/ Subcommittee on Nutrition).1992.***Second report on the world nutrition situation.*** Volume II, Glbal and regionalresults. Geneva: United Nations.
16. Shetty P.S, and W.P.T. James. 1994. Body mass index. A measure of chronic energy deficiency in adults. ***FAO Food and Nutrition Paper*** 56. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations.
17. Drink G. Schroeder, Helena Pachon, Kirk A. "An integrate child nutrition intervention improved growth of younger, more malnourished children in northern Viet Nam". ***Food and nutrition bulletin,*** 2002 Sep 23(4): .
18. Ardyth II, Gillespie, "Communication Theory as a Basis for Nutrition Education." ***Supplement to journal of the American Dietetic Association,*** 1987;87 B: s.44-s.52.
19. Zeitlin M, Griffithsm, Manoff R. "***House hold evaluation nutrition communication and behavior change component, Indonesian Nutrition Development program*** "Vo14. New York: Monoff international Inc, 1984.
20. Zeitlin M, "Upper Volta case study of home based community level weaning food development ***"study IV for Mulated foods.*** Cambridge, MA: US Agency for international development, 1981.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

www.SID.ir