

## وضعیت تغذیه ای مادران در روستاهای حومه بندرعباس

دکتر مینو فروزانی<sup>۱</sup>، مریم حبیبی<sup>۲</sup>، ناهید جاراللهی<sup>۳</sup>

- (۱) استاد، گروه تغذیه و بیوشیمی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران  
(۲) فوق لیسانس، گروه تغذیه و بیوشیمی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران  
(۳) عضو هیئت علمی گروه تغذیه و بیوشیمی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

### خلاصه

مطالعه فعلی قسمتی از طرح تحقیقاتی است که در فصل زمستان سال ۱۳۶۶ لغایت بهار ۱۳۶۷ در روستاهای حومه بندرعباس انجام گردید. در این مطالعه وضع تغذیه ای ۲۷۰ مادر مورد مطالعه قرار گرفت.

مصرف انرژی، پروتئین و آهن از غذای مصرفی در ۲۴ ساعت گذشته (یادآمد ۲۴ ساعته) محاسبه و با استاندارد مقایسه گردید. میزان هموگلوبین (Hemoglobin) (Hb) (HCT) هماتوکریت و همچنین اندازه گیریهای تن سنجی (Body mass Index) (شامل وزن، قد، دور بازو) تعیین و با استاندارد مقایسه شد. مصرف انرژی، پروتئین و آهن به ترتیب در ۶۵/۹٪، ۲۳/۳٪ و ۳۵/۹٪ موارد ناکافی بود. ارزش هموگلوبین در ۴۵/۸٪ و هماتوکریت در ۵۲/۷٪ موارد ناکافی بود. بر اساس وزن مورد انتظار برای قد ۶۴/۳٪ به درجات مختلف کم غذایی دچار بودند. و بر اساس دور بازو ۶۷/۸٪ دچار سوء تغذیه بودند.

### مقدمه

می دهند. مادر همیشه فداکار است لذا اگر مقدار مواد غذایی در دسترس کافی نباشد باز هم از سهم خود می کاهد و به سهم همسر و فرزندان خود اضافه می کند، در حالی که در این دوران بارداری و شیردهی خود بیشترین نیاز را دارد بهر حال وضع بد تغذیه ای زنان بویژه در گروه غیر مرفه و گزارشات مبنی بر وجود سوء تغذیه در میان مادران در کشورهای عقب نگهداشته شده، سبب گردید که مطالعه فعلی را بر روی زنان و آن هم در قسمتی از مملکت که از وضع زیاد مناسبی برخوردار نیستند، انجام شود. لذا به منظور شناخت وضع تغذیه این گروه، مطالعه

زنان و بویژه زنان باردار و شیرده یکی از گروههای آسیب پذیر جامعه هستند. زنان از وضع سلامت و تغذیه بدتری برخوردارند و سوء تغذیه در این گروه بخصوص در کشورهای عقب نگهداشته شده بیشتر شایع است (۱-۴). این در حالی است که جهت پرورش جنین و شیرخواری سالم مادر نیز می باید از تغذیه مناسب و کافی و بالنتیجه سلامت برخوردار باشد. در این کشورها اغلب زنان، و بویژه زنان گروه غیر مرفه از سهم غذایی ناچیز خانواده کمترین سهم را بخود اختصاص

فعالی بر روی زنان ساکن روستاهای حومه بندرعباس در سال ۶۷-۱۳۶۶ انجام شد.

### روش بررسی

از اسفندماه سال ۱۳۶۶ لغایت اردیبهشت سال ۱۳۶۷ طرح تحقیقاتی ارزیابی وضع تغذیه مادران و کودکان صفر تا ۵ ساله روستاهای حومه (دو دهستان شمیل واپسین) شهرستان بندرعباس توسط بخش تغذیه گروه اکولوژی انسانی و بخش آمار دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران و همکاری ایستگاه تحقیقات پزشکی بندرعباس و بهداشتی استان هرمزگان به مورد اجراء درآمد. در این طرح وضع تغذیه گروههای مذکور با استفاده از روش های تن سنجی بالینی، بررسی غذائی و بیوشیمیائی مورد مطالعه قرار گرفت. در مقاله حاضر ۲۷۰ مادر که بطور تصادفی و با استفاده از روش نمونه گیری خوشه ای (هر خوشه شامل ۳۰ روستا) انتخاب شده بودند. مورد بررسی قرار گرفتند. این مادران به چهار گروه باردار، شیرده، باردار و شیرده، و غیرباردار و شیرده

سن (۷-۵) جهت تعیین وضع تغذیه مادران استفاده گردید. میزان Hb و HCT خون نیز با مقادیر قابل قبول (۸) مقایسه شدند. میزان دریافت انرژی پروتئین و آهن دریافتی از رژیم غذائی محاسبه و با مقادیر توصیه شده از طرف سازمان بهداشت جهانی (۹) مقایسه گردید. برای تعیین وابستگی بین متغیرهای وابسته (وضع تغذیه) در برخی از متغیرها از روش (Statistical package for social science) با استفاده از برنامه Spss کامپیوتر استفاده شد.

### یافته ها

نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان داد که ۹۰/۴٪ مادران بی سواد و ۸۹/۶٪ آنان خانه دارند. میانگین سن شروع قاعدگی در زنان مورد مطالعه ۱۰/۶۱ سال بوده است. اکثریت آنان (۸۵/۶٪) قبل از سن ۱۹ سالگی ازدواج کرده اند. سن اولین بارداری در ۷/۷۶٪ آنان زیر ۱۹ سال بوده است. ۱۰/۹۴٪ آنان در آخرین بارداری و ۱/۷۱٪ نیز در آخرین شیردهی خود در رژیم غذائی معمولی تغییری نداده اند و

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی و فراوانی نسبی مادران بر اساس میزان دریافت انرژی، پروتئین و آهن در

مقایسه با مقادیر توصیه شده (۹)

ماده مغذی	انرژی Kcal		پروتئین gr		آهن mg		جمع
	وضع دریافت کافی >٪۷۵	کمبود <٪۷۵	وضع دریافت کافی >٪۷۵	کمبود <٪۷۵	وضع دریافت کافی >٪۷۵	کمبود <٪۷۵	
گروه زنان	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
باردار	۱۳	۲۹/۵	۳۱	۷۰/۵	۲۷	۶۱/۴	۱۶/۳
شیرده	۵۲	۳۴/۲	۱۰۰	۶۵/۸	۵۲	۶۵/۸	۵۶/۳
باردار و شیرده	۱	۸/۳	۱۱	۹۱/۷	۶	۵۰	۴/۴
در سنین باروری	۲۶	۴۱/۹	۳۶	۵۸/۱	۴۷	۷۵/۸	۲۳
جمع	۹۲	۳۴/۱	۱۷۸	۶۵/۹	۱۸۰	۶۶/۷	۱۰۰

یا حتی کاهش مصرف داشته اند. اکثریت زنان (۹۴/۴٪) هیچگونه داروی تقویتی مصرف نکرده اند. از نظر وضع Hb و HCT بترتیب ۴۵/۸ و ۵۲/۷ درصد مادران دچار کمبودند. در جدول شماره ۱ وضعیت دریافت انرژی، پروتئین و آهن از غذای مصرفی توسط مادران نشان داده شده است. متوسط و

تقسیم شدند. نتایج اندازه گیریهای تن سنجی بیوشیمیایی و ۲۴ ساعت یادآمد خوراک در این مطالعه بطور مقطعی تحلیلی مورد ارزیابی قرار گرفت. وزن، قد، دور بازو در مادران اندازه گیری و با استاندارد (۶ و ۵) مقایسه شد. از شاخص های وزن مورد انتظار برای قد (درجات کم غذائی)، دور بازو برای

تغذیه ناکافی، موجب بروز مشکلاتی در وضع سلامت مادر و جنین و شیرخوار وی می‌گردد. با توجه به افزایش نیاز به مواد مغذی در طی دوران بارداری، در صورتیکه میزان دریافت بدون تغییر باقی بماند و یا حتی کاهشی در مقدار دریافت مواد مغذی پیش آید. (همچنانکه در این مطالعه مشاهده شد) و مادر نیز نتواند با وضع موجود سازش نماید موجب کم رسیدن و یا حتی نرسیدن برخی از مواد مغذی به بدن مادر گشته و ممکن است باعث بروز سوء تغذیه که نهایتاً می‌تواند بر روی سلامت خود مادر و رشد جنین اثر گذارد. همچنین ادامه این وضعیت در دوران شیردهی علاوه بر مشکلات ذکر شده ممکن است در موارد سوء تغذیه شدید، سبب کاهش حجم شیر و یا بعضی از مواد مغذی ویژه در شیر مادر و بالتیجه سبب کاهش و یا نرسیدن برخی از مواد مغذی مورد نیاز به شیرخوار گردد.

عدم معرفی خوراکیاری به موقع و یا کافی نبودن آن موقعیت چنین شیرخواری را بیشتر به خطر انداخته و سبب بروز سوء تغذیه در وی می‌گردد.

از نظر دریافت انرژی نیز درصد زیادی از مادران (۶۵/۹٪) دچار کمبود دریافت (جدول شماره ۱) هستند. و این در حالی است که درصد مادرانی که دچار کمبود دریافت پروتئین و آهن هستند (۳۳/۳٪، ۳۵/۹٪) کمتر از مادرانی است که دریافت کافی دارند. کمبود دریافت انرژی ویژه در دوران بارداری

انحراف معیار انرژی، پروتئین و آهن مصرفی بترتیب ۱۵۰۵۱۵۳۱/۱۸ کیلوکالری،  $۵۲/۳۳ \pm ۲۳/۴۷$  گرم و  $۱۸/۴۳۱۱۱/۲$  میلی گرم می‌باشد. در جدول شماره ۲ وضع تغذیه مادران بر اساس درصد وزن موردانتظار برای قد در مقایسه با استاندارد آمده است. میانگین وزن و قد مادران بترتیب  $۴۸/۲۹$  کیلوگرم و  $۵۴/۹۵$  سانتی متر بوده است. میانگین درصد وزن موردانتظار برای قد مادران  $۸۸/۶$  درصد استاندارد بوده است.

در جدول شماره ۳ توزیع مادران بر اساس درصد وزن مورد انتظار برای قد (درجات کم غذایی) و در جدول شماره ۴ توزیع مادران بر اساس درصد دور بازو برای سن آمده است.

### ● بحث

همانطوری که در قسمت یافته‌ها اشاره شد، اکثریت مادران (۹۰/۴٪) مورد مطالعه بی‌سواد هستند و این تأثیر منفی بسزائی بر میزان آموزش و آگاهی سوابق ناخوشایند آن بر روی وضع تغذیه مادر و همچنین نگهداری و مراقبت از کودکانشان دارد.

متأسفانه میزان بی‌سوادی در میان مادران این منطقه بیشتر از بررسی‌هایی است که در برخی از نقاط دیگر مملکت انجام شده است (۱۰-۱۳). این یافته‌ها لزوم گسترش فعالیت‌های سوادآموزی را در منطقه ضروری می‌سازد.

جدول شماره ۲: وضع تغذیه مادران بر اساس درصد وزن مورد انتظار برای قد در مقایسه با استاندارد (۵).

گروه زنان	۷۵٪ استاندارد <		۹۰-۷۵٪ استاندارد		۹۰٪ استاندارد >		جمع کل
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
باردار	۷	۱۵/۹	۷	۶۸/۲	۴۴	۱۶/۴	
شیرده	۱۸	۱۱/۸	۶۰	۴۸/۷	۱۵۲	۵۶/۵	
باردار و شیرده	۳	۲۷/۳	۲	۵۴/۵	۱۱	۴/۱	
در سنین باروری	۸	۱۲/۹	۲۷	۴۳/۶	۶۲	۲۳	
جمع	۳۶	۱۳/۴	۹۶	۵۰/۹	۲۶۹	۱۰۰	

از نظر شاخصهای وضع تغذیه درصد قابل توجهی از مادران که بترتیب ۶۴/۳ درصد وزن موردانتظار برای قد، ۶۷/۸ درصد از نظر دوربازو برای سن و ۳۹/۳ درصد از نظر BMI دچار سوء تغذیه بوده اند.

با آزمون بین درصد وزن مورد انتظار برای قد مادران و وضع بارداری و شیردهی وابستگی معنی داری ( $P=0/04$ ) مشاهده شد. در این زنان احتمالاً چون تغذیه مناسبی انجام نشده است درصد وزن برای قد مادر، با توجه به افزایش نیاز در بارداری افزایش نیافته است (جدول شماره ۲). در حالیکه با تغذیه کافی و مناسب درصد وزن برای قد در این دوران فیزیولوژیکی می باید افزایش یابد. متأسفانه در مطالعه حاضر همچنانکه قبلاً نیز اشاره شد: اکثر مادران در آخرین بارداری و شیردهی افزایش در غذای معمولی خود نداده اند، و حتی در مواردی کاهش نیز بچشم می خورد. در این زنان کمبود دریافت انرژی نیز وجود داشته است.

بعلاوه وجود بارداریهای مکرر (بیشترین فراوانی نسبی مربوط به مادرانی است که ۱۰ مرتبه یا بیشتر بارداری داشته اند)

و شیردهی می تواند سبب سوء تغذیه در مادران گردد، همچنانکه تعداد قابل ملاحظه ای از مادران در این مطالعه دچار سوء تغذیه بودند (جدول ۵-۲). بطور کلی از نظر دریافت انرژی وضع زنان روستاهای حومه بندرعباس نسبت به برخی نقاط دیگر ایران بدتر، و از نظر دریافت پروتئین و آهن مشابه یا بهتر بوده (۱۷-۱۴)، لذا نسبت به تأمین نیازهای انرژی و پس از آن آهن این زنان می باید اقدام شود.

نکته مهم در مصرف مواد غذایی منبع مورد استفاده است، که در این مطالعه میزان انرژی، پروتئین و آهن حاصل از منابع حیوانی به ترتیب ۱۲/۵۴٪، ۴۱/۶۸٪ و ۱۱/۶۸٪ از کل مواد یاد شده بوده است. نکته جالب توجه دیگر این است که یکی از مواد غذایی که اکثر مورد استفاده مادران قرار گرفته، ماهی بوده است که از منابع بسیار مرغوب پروتئین بشمار می رود. از نظر وضع Hb و HCT به ترتیب ۴۶٪ و ۵۲٪ مادران مورد مطالعه به کمبود دچار بودند. با آزمون بین وضع حاملگی و شیردهی و وضع Hb ( $P=0/01$ ) و HCT ( $P=0/007$ ) در مادرانی که کمبود دریافت آهن داشتند وابستگی معنی داری مشاهده شد که

جدول شماره ۳- توزیع مادران بر اساس درجات کم غذایی (۵)

وزن برای قدمادران	طبیعی	درجات کم غذایی								جمع موارد کم غذایی	جمع کل			
		>۹۰٪		۸۰-۹۰٪		۷۱-۸۰٪		۶۱-۷۰٪				<۶۰٪		
گروه زنان	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
باردار	۷	۲۲	۱۵/۹	۵۰	۱۳	۲۹/۵	۲	۴/۵	-	-	۳۷	۸۴/۱	۴۴	۱۶/۴
شیرده	۶۰	۵۹	۳۹/۵	۳۸/۸	۲۶	۱۷/۱	۵	۳/۳	۲	۱/۳	۹۲	۶۰/۵	۱۵۲	۵۶/۵
بارداروشیرده	۲	۵	۱۸/۲	۴۵/۵	۳	۲۷/۳	۱	۹/۱	-	-	۹	۸۱/۸	۱۱	۴/۱
درسین باروری	۲۷	۲۴	۴۳/۵	۳۸/۷	۹	۱۴/۵	۲	۳/۲	-	-	۳۵	۵۶/۵	۶۲	۲۳
جمع	۹۶	۱۱۰	۳۵/۷	۴۰/۹	۵۱	۱۹	۱۰	۳/۷	۲	۰/۷۴	۱۷۳	۶۴/۳	۲۶۹	۱۰۰

و در پی آن زایمانها و شیردهی های مکرر نیز مزید بر علت بوده است. هر یک از موارد یاد شده در فوق می تواند وجود سوء تغذیه را محتمل و مجموع آنها موارد سوء تغذیه را امری اجتناب ناپذیر می سازد. با در نظر گرفتن نتایج حاصله از این مطالعه لزوم آموزش تغذیه و یا در صورت لزوم و امکان

خود نمایانگر آسیب پذیری مادران به دریافت کم آهن در این دوره می باشد. با توجه به این که اکثر مادران از داروهای تقویتی از جمله آهن در دوران بارداری و شیردهی استفاده نکرده اند، لزوم تجویز آهن و آموزش کافی به آنان جهت پیشگیری از عواقب ناخوش آیند کم خونی فقر آهن را ضروری می سازد.

جدول شماره ۴- وضع تغذیه مادران بر اساس درصد دور بازو برای سن (۶)

درصد دور بازو برای سن	طبیعی >٪۸۵	سوء تغذیه خفیف ٪۸۰-۸۵			سوء تغذیه متوسط ٪۷۵-۸۰		سوء تغذیه شدید <٪۷۵		جمع موارد سوء تغذیه		جمع کل	
		۱۱	۲۵	۱۱	۲۵	۳۴/۱	۱۵	۷	۱۵/۹	۳۳	۷۵	۴۴
باردار	۱۱	۲۵	۱۱	۲۵	۳۴/۱	۱۵	۷	۱۵/۹	۳۳	۷۵	۴۴	۱۶/۳
شیرده	۴۹	۲۳/۲	۴۴	۲۹	۲۵/۷	۳۹	۲۰	۱۳/۲	۱۰۳	۶۷/۸	۱۵۲	۵۶/۳
باردار و شیرده	۲	۱۶/۷	۴	۳۳/۳	۲۵	۳	۳	۲۵	۱۰	۸۳/۳	۱۲	۴/۴
درستین باروری	۲۵	۴۰/۳	۲۳	۳۷/۱	۱۲/۹	۸	۶	۹/۷	۳۷	۵۹/۷	۶۲	۲۳
جمع	۸۷	۳۲/۲	۸۲	۳۰/۴	۲۴/۱	۶۵	۳۶	۱۳/۳	۱۸۳	۶۷/۸	۲۷۰	۱۰۰

زنان طبقات غیرمرغه آسیب پذیرترین و زحمت کش ترین گروه جامعه را تشکیل می دهند، توجه بسیار کمی به آنها شده است.

$$X = \frac{82}{5}$$

$$S.D.Z \pm 1/03$$

$$X = 22$$

$$SD = 10/9$$

کمک های غذایی همراه با اقدامات لازم جهت پیشگیری از بارداری به این مادران را باید از نظر دور نداشت، چه مادری که خود به هر دلیلی دچار سوء تغذیه است، نه حوصله و نه قدرت پرورش کودک را دارد. بنابراین حتی اگر زنان را فراموش کرده ایم ولی علاقمند و خواهان سلامت کودکانمان هستیم، مادران آنها را باید دریابیم، متأسفانه در حالی که زنان، و بویژه

## REFERENCES

- Jelliffe, D.B. The assessment of the nutritional status of community. W.H.O., Geneva, 1966, 63-78, 214-216-238
- Kanawati, A. A. Assessment of untritional status in the community. in: Nutrition in the community. McLaren, D.S. (ed), John wiley and sons, London 1976.
- Bishop. C.W., Bowen, P. E., Ritehey S. J. et. al. Norms for nutritional assessment of American adults by upper arm anthropometry. Am. J.clin. Nutr. 34:2530-2539 1981.
- Sauberlick, H.E., Dowdy. R.P. and skala), J. H. Laboratory test for the assessment of nutritional status. C.R. C. Press, ohio, 1974, :114 -124.
- Aden, A. A. S. and tarsitani, G. Health and condition of women in somalia, circumcision education and work activity of children in a rural community. E.M.R.H.L serv. J. 5,35-40,1988.
- Mameesh, M. S. Hathout, H., Šafar, M.A.M.I, et.al. Maternal anthropometric and socioeconomic parameters associated with birthsize in kuwait, nutr. Rep. Int., 32:35-40.1985.
- Iripathi, A.N., Agarwal. D.K., Agarwal, K.N. et. al. Nutritional status of rural pregnant women and the outcane. Indian pediatrics, 24:703-12] 1987.
- W. H. O. Nutritional anemia in women in developing countries. W. H. O. chronic. 34:196-198] 1980.

- ۷۰-۱۳۶۹ .
- ۱۴- کفایش مجیدی، پ. بررسی آمخت های خوراکی (عادات غذایی) ساکنان روستاهای شهرستان لاهیجان، پایان نامه فوق لیسانس، علوم بهداشتی در تغذیه، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۶۶-۱۳۶۵ .
- ۱۵- علاف مقدم، ف. بررسی وضع تغذیه بزرگسالان در آذربایجان غربی. پایان نامه فوق لیسانس، علوم بهداشتی در تغذیه، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۶۷-۱۳۶۶ .
- ۱۶- خللی، ن. بررسی آمخت های خوراکی ساکنان روستاهای شهرستان سیرجان، پایان نامه فوق لیسانس علوم بهداشتی در تغذیه، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۶۷-۱۳۶۶ .
- ۱۷- ستوده لنگرودی: گ. بررسی وضع آهن زنان حامله و شیرده در سنین باروری شهرستان سیرجان، پایان نامه فوق لیسانس، علوم بهداشتی در تغذیه، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۶۷-۱۳۶۶ .
9. F.A.O. / W. H.O. Energy and protein require ments: W. H. O. Technical riports series no. 724.Geneva,1985,:116 - 126.
- ۱۰- زاوشی، ر. مطالعه عوامل مؤثر بر طول دوره شیردهی در مادران شاغل گروه پزشکی در شهر قزوین، پایان نامه فوق لیسانس، علوم بهداشتی در تغذیه، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۶۸-۱۳۶۷ .
- ۱۱- شهرکی، بررسی وضعیت شیردهی در مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر زابل. پایان نامه فوق لیسانس، علوم بهداشتی در تغذیه، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۶۹-۱۳۶۸ .
- ۱۲- کریمی، ب. مطالعه عوامل مؤثر بر طول مدت شیردهی در شهرستان سمنان، پایان نامه فوق لیسانس، علوم بهداشتی در تغذیه، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۶۹-۱۳۶۸ .
- ۱۳- حقیقت، ش. بررسی کم خونی ناشی از فقر آهن در دختران ۱۴-۱۸ ساله دیرستانی منطقه ۳ در شمال تهران، پایان نامه فوق لیسانس، علوم بهداشتی در تغذیه، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران