

بررسی و تحلیل ارتباط مصرف گیاهان دارویی با اقلیم‌های مختلف در ایران

فاضل عامری^{الف*}، محمدرضا وهابی^ب، سید مهدی سیفی تیزابی^ج

^{الف} دانش‌آموخته کارشناسی ارشد مرتع‌داری، دانشگاه صنعتی اصفهان

^ب استادیار گروه مرتع و آبخیزداری، دانشکده منابع طبیعی، دانشگاه صنعتی اصفهان

^ج دانش‌آموخته کارشناسی ارشد بیابان‌زدایی، دانشگاه صنعتی اصفهان

چکیده

مقدمه و هدف: بررسی روابط متقابل انسان با طبیعت از لحاظ مصرف گیاهان دارویی، که از دیدگاه پزشکی پاسخ به شدت مشکلات محیطی و از دیدگاه منابع طبیعی ضرورت حفاظت و نظارت در بهره‌برداری رویشگاه‌های طبیعی را تبیین می‌کند، نیازمند دستیابی به اطلاعات و بینش عینی از وضعیت جوامع ساکن در نواحی اقلیمی مختلف ایران است که با استفاده از تحقیقات اجتماعی به دست می‌آید.

مواد و روش‌ها: به این منظور تحقیق حاضر به روش پرسشنامه‌ای انجام گرفت. به منظور کسب اطلاعات و چگونگی از مصرف گیاهان دارویی پرسشنامه‌ها کلیه اعضای خانواده دانشجویان مقیم دانشگاه صنعتی اصفهان را مورد سؤال قرار داد. اندازه جامعه آماری ۶۸۲ نفر تعیین و در مجموع ۱۰۴۷ پرسشنامه تکمیل و مقایسه نظرات گروه‌های آماری، به وسیله آزمون تجزیه واریانس یک‌طرفه (ANOVA) انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد نسبت مصرف‌کنندگان گیاهان دارویی در مناطق سردسیر بیشترین و در مناطق معتدل کمترین مقدار بود (به ترتیب ۷۵/۶ و ۶۶/۵ درصد). همچنین ساکنان مناطق سردسیر به طور عمده گیاهان دارویی را به شکل دم‌کرده و در مناطق گرمسیر به صورت عرقیات استفاده می‌کنند. از مقایسه منابع تهیه گیاهان دارویی نیز مشخص شد که در مناطق سردسیر طبیعت و در مناطق گرمسیر عطاری‌ها مهم‌ترین منابع تأمین گیاهان دارویی برای ساکنین این مناطق هستند.

نتیجه‌گیری: بدین ترتیب به نظر می‌رسد شرایط اقلیمی سرد مشکلات بیشتری را برای ساکنین این مناطق در پی دارد. میزان وابستگی زیاد به طبیعت و برداشت بیش از حد از رویشگاه‌های گیاهان دارویی در اقلیم سرد، تهدیدی جدی برای تخریب رویشگاه‌ها (به عنوان مهم‌ترین منبع تهیه گیاهان دارویی) به‌شمار می‌رود و توجه به بهره‌برداری صحیح بر مبنای روش‌های علمی، زراعی کردن گیاهان دارویی به منظور حفظ ذخایر ژنتیکی و بهره‌برداری پایدار امری اجتناب‌ناپذیر است.

تاریخ دریافت: مرداد ۹۲

تاریخ پذیرش: آبان ۹۲

کلید واژه‌ها: گیاهان دارویی، اقلیم، طب گیاهی، نحوه مصرف، ایران.

مقدمه:

ذهنی، اجتماعی و نه تنها عدم بیماری و ضعف تعریف کرده است. بی شک جنبه‌های خاص این تندرستی نسبت به اقلیم حساس هستند (۳) و مردم هریک از مناطق مختلف زمین بر حسب شرایط طبیعی برای دریافت بعضی از امراض آمادگی بیشتری دارند (۴). در نتیجه، این تأثیرات منجر به تفاوت در استفاده از انواع داروها و گیاهان دارویی می‌شود که بررسی

یک سری از تبادلات و واکنش‌ها میان انسان و هوا وجود دارد که می‌تواند در انسان به بروز ناهنجاری‌های رفتاری و بیماری و یا برعکس، ایجاد یک حس سلامتی کامل و نشاط روحی و جسمی منجر شود (۱ و ۲). سازمان بهداشت جهانی نیز، بهداشت را به عنوان حالتی از تندرستی کامل جسمی،

رابطه آنها با وضع اقلیم، پستی و بلندی زمین و نوع معیشت مردم می‌تواند به بهبود برنامه‌ریزی‌های ناحیه‌ای در زمینه‌های بهداشتی، اقتصادی - اجتماعی و مدیریت منابع طبیعی کمک کند.

برای تعیین ملاک‌ها و معیارهای منطقی و قابل دفاع از وضعیت و نیازهای واقعی جوامع ساکن در اقلیم مختلف ایران که با واقعیات موجود در هر منطقه سازگار باشد، نیاز به دریافت اطلاعات و بینش عینی از بطن جوامع است که این مهم جز با تحقیقات اجتماعی به دست نمی‌آید. بنابر این با شناخت واقعیات عینی و مسائل و حقایقی که مردم ساکن در این اقلیم با آن روبه‌رو هستند، همراه با در نظر گرفتن اهداف کلان و شاخص‌های هدف‌گذاری شده می‌توان در ترسیم الگوی مناسب بهداشتی، اجتماعی - اقتصادی و محیطی و ارائه نقشه مهندسی از منظر گیاهان دارویی و طب گیاهی به برنامه‌ریزان، مسئولان و مجریان دستگاه‌های اجرایی ذیربط یاری رسانید.

شرایط مؤثر بر انسان از قرن پنجم قبل از میلاد توسط بقراط مطرح شده است که عبارتند از آب و هوا، شرایط مکان و نوع شغل که دو عامل اول بیشتر به جغرافیای طبیعی تکیه می‌کند و عامل سوم از جغرافیای اجتماعی متأثر می‌شود (۵). در قرون گذشته طبیبان بزرگ ایرانی نیز به تفصیل به تأثیر شرایط اقلیمی بر بدن انسان پرداخته‌اند.

در سال ۱۸۲۹ جیمز کلارک (James Clark)، کتابی تحت عنوان «تأثیر آب و هوا در جلوگیری و درمان بخشی امراض مزمن» منتشر ساخت که یکی از علمی‌ترین کتاب‌ها درباره اقلیم شناسی پزشکی به شمار می‌آید (۶).

از اوایل قرن بیستم نیز تحقیق در زمینه تأثیرات عوامل محیط طبیعی و شرایط اقتصادی - اجتماعی در سلامتی و بهداشت عمومی، کاربرد علم جغرافیای پزشکی را در برنامه‌ریزی‌های ناحیه‌ای و منطقه‌ای برجسته می‌سازد. علم جغرافیای پزشکی پراکندگی الگوهای طبیعی و انسانی را با توجه به روابط علمی و پیوستگی داخلی آن‌ها که در مکان ویژه‌ای ظاهر می‌شوند مورد مطالعه قرار می‌دهد (۷).

جاکوئس (Jacques) عوامل محیطی را به اشکال گوناگون در پیدایش، تشدید و گسترش امراض و یا حالت بیدارکننده برای آن‌ها مؤثر می‌داند و آن‌ها را به عوامل طبیعی، فرهنگی و بیولوژیکی تقسیم و عرض جغرافیایی، ریزش‌های جوی، میزان رطوبت، درجه حرارت، فشار، روزهای آفتابی و ابری، سرعت و جهت باد، ناهمواری‌ها، خاک‌ها، آب‌ها و قوه مغناطیسی زمین را به عنوان مهم‌ترین عوامل طبیعی معرفی می‌کند (۸). به طور حتم عوامل اقلیمی نیز بر روی عوامل فرهنگی نظیر شرایط زندگی، پراکندگی و تراکم جمعیت و عوامل بیولوژیکی مؤثر است. آرمسترانگ (Armstrong) نیز در نوشته‌های خود از عوامل و شرایطی نام می‌برد که اغلب رنگ و ساخت جغرافیایی دارد و به نحوی در سلامت و یا بیماری افراد جامعه مؤثر است (۹ و ۱۰).

مواد و روش‌ها:

تحقیق حاضر به روش پرسشنامه‌ای و به کمک دانشجویان خوابگاهی دانشگاه صنعتی اصفهان انجام گرفت. پرسشنامه به گونه‌ای طراحی شد که اطلاعات کلیه اعضای خانوار را شامل می‌شد؛ بنابراین نمونه‌گیری گروه‌های سنی، تحصیلاتی و سطوح اجتماعی متفاوت را در بر داشت. با توجه به توزیع تصادفی محل‌های سکونت دانشجویان در نقاط مختلف کشور و همچنین کسب نظرات کارشناسی نمونه مورد مطالعه به عنوان نماینده جامعه ایرانی در نظر گرفته شد. اندازه نمونه ۶۸۲ نفر از کل جامعه ۴۰۰۰ نفری دانشجویان خوابگاهی تعیین شد.

در پرسشنامه تنظیمی سئوالاتی در زمینه تقسیمات سیاسی، محیطی و اقلیمی محل سکونت، آمار افراد خانوار، جنسیت استفاده‌کنندگان و انواع پرمصرف گیاهان دارویی گنجانیده شده بود.

در این پرسشنامه هر نوع گیاهی که توسط هریک از اعضای خانواده استفاده دارویی داشت، همراه با نوع جنسیت، سن و نسبت مصرف‌کننده با پرسش‌شونده، همچنین شیوه مصرف، منبع تهیه و منبع آگاهی از آن گیاه دارویی مورد سؤال قرار می‌گرفت. اطلاعات مربوط به شیوه مصرف، منبع تهیه و

جدول شماره ۱ - مصرف کنندگان گیاهان دارویی در مناطق

مختلف اقلیمی ایران

P	گرمسیر (%)	معتدل (%)	سردسیر (%)	
۰/۰۳۳	۷۴/۳	۶۶/۵	۷۵/۶	کل جامعه
۰/۰۲۰	۷۲/۱	۶۴/۷	۷۶/۳	مردان
۰/۱۷۳	۷۷/۵	۶۹/۱	۷۴/۶	زنان

طبق نتایج به دست آمده نسبت بیشتری از ساکنین مناطق سردسیر نسبت به دیگر مناطق از گیاهان دارویی استفاده می کنند و این نسبت در مناطق معتدل کمترین است. این تفاوت ها در سطح اطمینان ۵ درصد معنی دار است.

همچنین نسبت مردان استفاده کننده در اقلیم مختلف تفاوت معنی داری نشان داد؛ به گونه ای که نسبت بیشتری از مردان ساکن مناطق سردسیر در مقایسه با دیگر مناطق از گیاهان دارویی استفاده می کنند و این نسبت در مناطق معتدل کمترین مقدار است. در میان جوامع زنان در مناطق مختلف اقلیمی تفاوت معنی داری مشاهده نشد. گرچه استفاده بیشتر زنان در مناطق گرمسیر روند متفاوت و بیشتری را با آمار کل جامعه و جوامع مردان، در مناطق سردسیر نشان می دهد جای تأمل و بحث دارد.

۳-۲- نحوه استفاده

جدول شماره ۲ نسبت کاربرد نحوه های مختلف استفاده از گیاهان دارویی در مناطق مختلف اقلیمی ایران را نشان می دهد. بر اساس نتایج به دست آمده تفاوت در مصرف گیاهان دارویی به شکل عرق در اقلیم مختلف ایران معنی دار است. همچنین در مقایسه دو منطقه گرمسیر و سردسیر در روش استفاده به شکل دم کردن، تفاوت معنی دار مشاهده می شود.

جدول شماره ۲- استفاده از نحوه های مصرف گیاهان دارویی در

مناطق مختلف آب و هوایی ایران

P	گرمسیر (%)	معتدل (%)	سردسیر (%)	
۰/۵۹۰	۲۹/۱	۲۹/۲	۳۱/۳	خام
۰/۱۳۶	۳۸/۲	۴۱/۸	۴۷/۹	دم کردنی
۰/۰۲۳	۲۹/۱	۲۴	۱۸/۱	عرقیات
۰/۳۹۶	۳/۶	۵	۲/۷	غیره

منبع آگاهی گروه بندی خاصی نداشت. پرسش شونده نیز در ارائه اطلاعات آزاد بود و تنها برای تبیین موضوع نمونه هایی به وی معرفی می شد.

به منظور کاهش خطای ناشی از عدم داشتن اطلاعات کافی پرسش شوندگان، مناطق آب و هوایی در قالب سه منطقه عمده و عرفی گرمسیر، سردسیر و معتدله مورد سؤال قرار گرفت. بدین گونه، فرد پرسش شونده به راحتی می تواند اقلیم عرفی منطقه سکونتگاهی خود را تعیین کند. از دیگر مزایای این تقسیم بندی این است که در برخی شهرهای بزرگ یا شهرستان ها امکان دارد شهر در دو منطقه عرفی اقلیمی قرار گیرد که در این صورت بر مبنای این تقسیم بندی نوع اقلیم شهر به آسانی از دیگر اقلیم قابل تفکیک است.

پس از جمع آوری پرسشنامه ها با توجه به احتمال خطای ناشی از تعداد بیش از اندازه پرسشنامه های تکمیل شده از برخی نقاط کشور (بالاخص به دلیل مسئله بومی گزینی)، نسبت به ارزیابی صحت و حذف برخی از آن ها در جهت کاهش خطای مورد نظر اقدام شد. در انتها ۱۰۴۷ پرسشنامه تکمیل شده مورد تحلیل قرار گرفت و با توجه به بررسی های آماری خطای نمونه گیری ۲/۴ درصد تعیین شد. به منظور بررسی و مقایسه نظرات گروه های مختلف جامعه آماری، تجزیه و تحلیل آماری به روش تجزیه واریانس (ANOVA) و به وسیله نرم افزار MINITAB نسخه ۱۴ انجام گرفت.

یافته ها:

۳-۱- آمار استفاده کنندگان

نتایج به دست آمده در مورد مصرف کنندگان گیاهان دارویی در اقلیم مختلف ایران، برای کل جامعه و به تفکیک جنسیت مرد و زن در جدول شماره ۱ آمده است.

۳- منابع تهیه

منابع مختلف و میزان تهیه و تأمین گیاهان دارویی از آن‌ها در مناطق مختلف اقلیمی ایران در جدول شماره ۳ آمده است.

جدول شماره ۳- منابع تهیه و میزان تأمین گیاهان دارویی توسط آنها در مناطق مختلف آب و هوایی ایران

	گرمسیر (%)	معتدل (%)	سردسیر (%)	P
طبیعت	۱۷/۳	۲۱/۶	۳۸/۷	۰/۰۰۰
عطاری	۷۴/۲	۶۸/۴	۵۱/۳	۰/۰۲۳
داروخانه	۲/۷	۴/۸	۱/۹	۰/۱۱۸
مغازه	۴/۵	۴/۴	۵/۲	۰/۸۷۶
غیره	۱/۳	۰/۸	۲/۹	۰/۰۵۷

نتایج نشان می‌دهد ساکنان مناطق سردسیر نسبت به دیگر مناطق، میزان بیشتری از گیاهان دارویی مصرفی خود را به طور مستقیم از طبیعت جمع‌آوری می‌کنند؛ در حالی که ساکنان مناطق گرمسیر کمترین مراجعه به طبیعت را برای جمع‌آوری و تأمین گیاهان دارویی دارند. در مقابل ساکنان مناطق گرمسیر نسبت به دیگر مناطق، گیاهان دارویی بیشتری را از عطاری‌ها تأمین می‌کنند که این نسبت در مناطق سردسیر کمترین میزان است.

بحث و نتیجه‌گیری:

بقراط آب و هوا را اولین عامل مؤثر در تغییرات تعادل بدن و توجه به آن را از اولین بایدهای دانش پزشکی دانسته است. وی گفته است: "آن کس که طالب هنر پزشکی است، قبل از همه به تأثیرات فصول توجه کند و سپس از اثرات بادهای سرد و گرم و کیفیت آنها اطلاعاتی به دست آورد" (۵). به طور حتم رفع این مشکلات به وسیله گیاهان دارویی که اصلی‌ترین منبع داروها در طول تاریخ بوده اهمیت منحصر بفردی داشته است و این سنت‌ها و علوم همچنان نیز پابرجاست.

نتایج به دست آمده از تحقیق حاضر نشان‌دهنده این است که نسبت استفاده کنندگان از گیاهان دارویی در مناطق سردسیر،

نسبت به دیگر مناطق اقلیمی ایران بیشتر است. مناطق معتدله نیز کمترین نسبت استفاده کنندگان از گیاهان دارویی در ایران را دارا هستند. به نظر می‌رسد مشکلات و بیماری‌های خاصی که در مناطق سردسیر و گرمسیر به دلیل شرایط آب و هوایی بروز می‌کند می‌تواند باعث افزایش مصرف کنندگان از گیاهان دارویی نسبت به مناطق معتدله که کمتر گرفتار تفاوت و شدت تغییرات آب و هوایی هستند، شود. بیشتر بودن استفاده کنندگان در دو منطقه آب و هوایی سرد و گرم نسبت به مناطق معتدله می‌تواند گویای این نکته باشد که توجه به طبع (گرم یا سرد بودن طبیعت) گیاهان دارویی راهی دیرین برای غلبه بر مشکلات حاصل از اقلیم در میان ایرانیان بوده است.

تحلیل این شرایط با نگاهی به یافته‌های بزرگان علم طب ایرانی قابل توضیح است. در زمان ابن سینا شرایط آب و هوایی جهان را کلاً به پنج منطقه اقلیمی شامل: اقلیم اول؛ منطقه استوایی، اقلیم دوم؛ منطقه گرمسیری، اقلیم سوم؛ منطقه نیمه گرمسیری، اقلیم چهارم؛ منطقه معتدله و اقلیم پنجم، منطقه قطبی طبقه‌بندی می‌کرده‌اند.

ابن سینا معتقد بود که ساکنان اقلیم چهارم، دارای معتدل-ترین مزاج‌اند. ضمناً مردمان اقلیم چهارم با سکنه اقلیم دوم و سوم متفاوتند، زیرا در اقلیم دوم و سوم خورشید گاهی در بالای سر آنان و نزدیک به آنهاست و از گرمی تابش خورشید بهره‌مند می‌شوند و گاهی خورشید دور است و از گرمای آن بی‌نصیبند و به همین ترتیب این مردم نسبت به اقلیم پنجم از مزاج معتدل تری برخوردارند (۱۱). بر این اساس به نظر می‌رسد اعتدال مزاجی که ابن سینا به ساکنان منطقه معتدله نسبت می‌دهد باعث می‌شود استفاده از گیاهان دارویی به منظور غلبه بر مشکلات تعادل بدن نیز کاهش پیدا کند. همان‌طور که پیداست وی در وهله دوم ساکنان مناطق گرمسیر و نیمه گرمسیری را معتدل المزاج‌تر از ساکنان مناطق قطبی و سردسیر می‌داند. با این تفاسیر بیشترین نسبت مصرف کنندگان از گیاهان دارویی مطابق بر کمترین اعتدال مزاج در مناطق اقلیمی یعنی نقاط سردسیر است.

حکیم جرجانی در قرن پنجم هجری در کتاب پزشکی ذخیره خوارزمشاهی به مطلبی در رابطه با اقلیم و تغییرات

فصول بر وضعیت بدن انسان اشاره کرده است بدین شرح: «نبض اندر فصل بهاران اندر همه حال معتدل باشد و اندر قوت زیادت باشد به سبب اعتدال هوا و اندر شهرهای معتدل همچنین باشد و اندر فصل تابستان سریع و متواتر و ضعیف و صغیر باشد و اندر فصل زمستان متفاوت و بطئی و صغیر باشد، از بهر آنکه حاجت کمتر باشد به سبب سردی هوا. لکن نبض محروران که حرارت ایشان با سردی هوا بازگو شد قوی‌تر گردد و اندر شهرهای سرد چنین باشد» (۱۲). پس به اعتقاد وی ساکنان مناطق معتدل به میزان کمتری گرفتار تغییرات عملکرد بدن می‌شوند و بر این اساس احتیاج کمتری به استفاده از داروها پیدا می‌کنند.

در قرن هشتم هجری، ابن خلدون رابطه انسان با محیط طبیعی را بیان می‌کند و تا آنجا پیش می‌رود که تأثیر عوامل جغرافیایی را در خلق و خوی و استعدادهای ذهنی نیز دخالت می‌دهد: «حتی نبوت‌ها و پیغمبران بیشتر از اقلیم چهارم و پنجم‌اند، ساکنان این اقلیم به سبب زیستن در محیط معتدل کامل‌ترند، چه می‌بینیم این مردمان از لحاظ خانه و پوشیدنی و خوراک و صنایع نهایت میانه روی را در نظر می‌گیرند، اما ساکنان اقلیم نخست و دوم و ششم و هفتم در همه احوال خویش بسی از اعتدال دورند، علف می‌خورند و مانند حیوانات زندگی می‌کنند ... و علت آن این است که این دو گروه از اعتدال دورند، طبیعت مزاج‌های ایشان به سرعت به جانوران بی زیان نزدیک می‌شود و از انسانیت به همان نسبت دور می‌شوند» (۱۳). دیدگاه کلی ابن خلدون جدای از آنچه شاید افراطی به نظر می‌رسد لکن تأکید استواری بر تعادل وضعیت بدن در مناطق معتدل و کاهش تعادل با حرکت به سوی اقلیم گرم و سرد دارد که بی شک این عدم تعادل می‌توانسته در طول تاریخ با استفاده از طبع گیاهان کاهش یافته و بهبود یابد و در نتیجه در اقلیم سرد و گرم مصرف بیشتر گیاهان دارویی را سبب شود.

این طرز فکر حتی در قرون معاصر نیز جایگاه خاصی داشته است، چنانکه آناتول فرانس (Anatolia France) نویسنده و روزنامه‌نگار فرانسوی و برنده جایزه نوبل ادبی در سال ۱۹۲۱ به حالت تمسخر گفته بود: «برجسته‌ترین مردم در

جایی هستند که هرگز زمستان را نمی‌بینند. این مردم شاید براین عقیده بمیرند، اما بدون تردید هرگز سرما نمی‌خورند!» (۱).

حتی «بارون مونتسکیو» نویسنده، جامعه‌شناس، حقوق‌دان، اقتصاددان و فیلسوف سیاسی فرانسوی در کتاب ارزنده خود با عنوان «روح القوانين» که در سال ۱۷۴۸ منتشر کرد، تئوری در خصوص تأثیرات تغییرات آب و هوایی بر سیستم عصبی انسان را مطرح کرد که بر پایه نتایج ۲۰ سال تحقیقات وی استوار شده بود و به بررسی ارتباط رفتارهای انسان از یک طرف و رفتارهای جوی و آب و هوایی از طرف دیگر می‌پرداخت (۲).

به همین علل است که دانشمندان علمی را با عنوان «هواشناسی زیستی» (Biological Weather) بنیان نهادند که به مطالعه واکنش‌های میان پدیده‌های جوی و موجودات زنده شامل گیاهان، حیوانات و انسان می‌پردازد. در حقیقت این علم به بررسی روابطی می‌پردازد که در یک دوره زمانی طولانی مدت، میان حوادث جوی و موجودات زنده اتفاق می‌افتد و می‌تواند از جنبه‌های فیزیولوژیک، تشخیص بیماری، آسیب‌های قابل پیشگیری و روش‌های درمانی مطالعه شوند.

در میان جوامع مردمان نیز همانند کل جامعه تفاوت‌ها مشهود و معنی‌دار است. استفاده‌کنندگان در مناطق سردسیر بیشترین و در معتدله کمتر از دیگر مناطق هستند. اگرچه در مناطق مورد مطالعه، بین جوامع زنان تفاوت معنی‌دار نیست ولی تنها در مقایسه بین دو منطقه سردسیر با معتدله و گرمسیر با معتدله تفاوت‌ها معنی‌دار بود. این مسئله می‌تواند نشان دهد که تفاوت آب و هوایی تغییرات بیشتری را در استفاده مردمان از گیاهان دارویی و در نتیجه کاهش تعادل بدن باعث می‌شود.

در دو منطقه گرمسیر و معتدل نسبت زنان استفاده‌کننده بیشتر از مردان است. البته این تفاوت‌ها تنها در مناطق گرمسیر معنی‌دار است. نسبت بیشتر مردمان مصرف‌کننده نسبت به زنان در مناطق سردسیر هر چند از نظر آماری معنی‌دار نبود جالب توجه است، زیرا هم در کل کشور و هم در مناطق گرم و معتدل استفاده‌کنندگان زن بیش‌تر از مردان هستند که این تفاوت‌ها می‌تواند در تحقیقات پزشکی در نقاط مختلف مورد

بررسی قرار گیرد. مسئله استفاده بیشتر مردان نسبت به زنان در مناطق سردسیر به این دلیل جالب است که زنان نرخ‌های بیماری بیشتری نسبت به مردان داشته و تمایل بیشتری برای گزارش آن و درمان بیماری‌های خود دارند (۱۴) لیکن به نظر می‌رسد در این منطقه اوضاع اندکی متفاوت باشد یا حداقل بین جوامع زنان و مردان تعادل برقرار باشد.

اطلاع از کاربرد اشکال مختلف مصرف گیاهان دارویی در اقلیم مختلف ایران می‌تواند بینش بهتری را در راستای برنامه‌ریزی بازار تجارت، به منظور پیشبرد تولیدات در مسیری که با استقبال بیشتری مواجه شود به دست دهد. نتایج نشان داد در مناطق سردسیر مصرف گیاهان به شکل دم کردنی نسبت به مناطق گرمسیر بیشتر است. به نظر می‌رسد مصرف گیاهان دارویی به شکل دم کردنی به دلیل استفاده همزمان از خواص دارویی گیاه و حرارت نوشیدنی در مناطق سردسیر گوارتر و بیشتر مورد توجه قرار می‌گیرد. در مقابل، استفاده از عرقیات گیاهی در مناطق گرمسیر نسبت به دیگر مناطق بیشتر و در مناطق سردسیر کمتر است.

گرچه نباید دستورات مصرف مربوط به هر گیاه را در این نتیجه بی‌تأثیر دانست، ولی به طور کلی هرچه منطقه سردسیرتر باشد کاربرد دم کردن گیاهان بیشتر و با حرکت به سمت مناطق گرمسیر استفاده از عرقیات گیاهی افزایش می‌یابد.

اطلاع از منابع تهیه گیاهان دارویی در مناطق مختلف اقلیمی می‌تواند ارزیابی‌های تأثیرگذاری را در رابطه با اهمیت منابع تأمین آن‌ها در بازار از نظر گردش سرمایه، حساسیت‌های منابع و برنامه‌ریزی بازار عرضه، منجر شود.

نتایج نشان می‌دهد ساکنان مناطق سردسیر نسبت به دیگر مناطق میزان بیشتری از گیاهان دارویی مصرفی خود را به‌طور مستقیم از طبیعت تهیه می‌کنند یعنی در این بین از فرآیند برداشت تا مصرف، واسطه‌ای وجود ندارد. به نظر می‌رسد تنوع بیشتر گونه‌های گیاهی در مناطق سردسیر نسبت به مناطق دیگر و مناطق معتدل نسبت به گرمسیر، دلیل موجهی برای برداشت مستقیم و مصرف بیشتر این گیاهان باشد. از طرف دیگر مناطق سردسیر بیشتر مورد استفاده تفریحی و تفرجگاهی قرار می‌گیرد

و چنین فرایندی می‌تواند برداشت مستقیم گیاهان دارویی از طبیعت را برای مصرف افزایش دهد.

واضح است در صورتی که گیاه دارویی در مناطق مختلف کشور بیش از اندازه و ظرفیت اکولوژیک رویشگاه‌های آنها و به طور غیر اصولی و بی‌رویه همچنان بهره‌برداری و برداشت شود، جوامع گیاهی و ذخایر ژنتیک گیاهی کشور تحت فشار بیش از حد بهره‌برداری، با تنش جدی و خطر نابودی روبه‌رو می‌شود و این امر ضمن تأکید بر نظارت و مدیریت بهره‌برداری بهینه از اکوسیستم‌های طبیعی، لزوم آموزش توسط دستگاه‌های ذیربط به وسیله برگزاری کلاس‌های آموزشی برای برداشت‌کنندگان عمده و آموزش همگانی از طریق رسانه‌های جمعی برای کلیه برداشت‌کنندگان و آحاد جامعه و نظارت در فرآیند برداشت گیاهان دارویی را بیش از پیش به طور جدی نمایان می‌سازد. نتایج نشان می‌دهد که این برنامه‌ها برای مناطق سردسیر بایستی با حساسیت بیشتری تدوین و دنبال شود زیرا نسبت برداشت مستقیم گیاهان دارویی در این مناطق نسبت به نواحی اقلیمی دیگر نزدیک به دو برابر است. اگرچه کمبود پوشش گیاهی در مناطق گرمسیر نیز خود دلیلی بر اهمیت برنامه‌ریزی در آن مناطق است و از حساسیت امر نمی‌کاهد.

در مقابل، ساکنان مناطق گرمسیر نسبت به مناطق سردسیر گیاهان بیشتری را از عطاری‌ها تهیه می‌کنند که نشان از جبران کمبود تنوع و پوشش گیاهی در طبیعت توسط عطاری‌ها بوده که موجب پررنگ‌تر شدن نقش آنها می‌شود. لیکن در هر حال عطاری‌ها در تمامی مناطق ایران مهمترین منبع تهیه گیاهان دارویی هستند و نظارت بر آن‌ها به منظور حفظ سلامت و اعتماد مصرف‌کنندگان، اهمیت دوچندان پیدا می‌کند که باید مورد توجه دستگاه‌ها و مسئولان ذیربط قرار گیرد. بدین ترتیب سازمان‌ها بایستی از یک سو احراز صلاحیت افراد متقاضی تأسیس عطاری را از لحاظ علمی و حتی اجتماعی با جدیت بیشتری مورد بررسی قرار دهند و از سوی دیگر برای استانداردسازی محصولات و فراورده‌های گیاهان دارویی که از اهمیت زیادی برخوردار بوده و امر اجتناب‌ناپذیری است، تمهیدات لازم را به کار برند.

به طور حتم پایش اطلاعات مصرف گیاهان دارویی در اقالیم مختلف می‌تواند میزان تأثیر برنامه‌های اجرا شده به منظور رسیدن به اهداف مورد نظر را مشخص کند.

تقدیر و تشکر:

بدین وسیله از حمایت و راهنمایی‌های آقایان، دکتر سید احمد خاتون‌آبادی، دانشیار گروه توسعه روستایی دانشگاه صنعتی اصفهان، دکتر مهدی ادیبی سده، عضو هیئت علمی گروه علوم اجتماعی دانشگاه اصفهان، دکتر مصطفی ترکش اصفهانی، عضو هیئت علمی گروه مرتع و آبخیزداری دانشگاه صنعتی اصفهان و دکتر غلامرضا اصغری، استاد گروه فارماکوگنوزی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در انجام این تحقیق سپاسگزاری می‌شود.

همچنین از زحمات دوستان عزیزی که در روند توزیع و بررسی پرسشنامه‌ها همکاری کرده و دانشجویان دانشگاه صنعتی اصفهان که با دقت و سعه صدر به تکمیل پرسشنامه مبادرت ورزیدند، صمیمانه قدردانی می‌شود.

References:

۱. آرون، ریمون. مراحل اساسی سیر اندیشه در جامعه شناسی. ترجمه باقر پرهام. تهران: انتشارات علمی و فرهنگی، ۱۳۶۴.
۲. گلدوزیان، ایرج. بایسته های حقوق جزای عمومی. تهران: نشر میزان، ۱۳۸۹.
۳. محمدی، حسین. "ارتباط عناصر اقلیمی و آلاینده های شهر تهران با مرگ و میرهای ناشی از بیماریهای قلبی (دوره مطالعاتی ۱۹۹۹-۲۰۰۳)". پژوهشهای جغرافیایی، شماره ۸۵ (زمستان ۱۳۸۵): ۴۷-۶۵.
۴. مستوفی، احمد. جغرافیای عمومی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۳۲.
۵. هوشور، زردشت. "سیر تحول اندیشه های پزشکی در بستر زمان". تحقیقات جغرافیایی، سال چهاردهم، شماره ۱ و ۲ (۱۳۷۸): ۲۰۶-۲۱۸.
6. Edmund W. Gilbert. British pioneers in geography. David Charles pub; 1972.P. 79-81.
7. Melvyn Howe G. Plotting the scale of disease. Social Medicine 1959; 13(4): 204-210.
8. Jacques M. May. Medical Geography: Its Methods and Objectives. *Geographical Review*. American geography society 1950 Jan; Vol. 40:p: 9-41.
9. Armstrong. RW. Tracing Exposure to Specific Environments in Medical Geography. *Geographical Analysis* 09/2010; 5(2):122-132.
10. Neil D. Glashan M.C. Medical Geography: Techniques and Field Studies. First ed. Methuen co; 1972.p.69-88.
۱۱. ابوعلی سینا، حسین ابن عبدالله. قانون. تهران: سازمان ملی خدمات اجتماعی. ۱۹۸۰.
۱۲. جرجانی، اسماعیل ابن حسن الحسینی. ذخیره خوارزمشاهی. به کوشش محمدتقی دانش پژوه، ایرج افشار. تهران: نشر المعی. جلد دوم، ۱۳۸۹.
۱۳. ابن خلدون، عبدالرحمن. مقدمه ابن خلدون. ترجمه پروین گنابادی، محمد. تهران: بنگاه ترجمه و نشر کتاب. جلد اول، ۱۳۵۲.
14. Morgan M. Galvan M. and Manning N. Sociological Approaches to Health & Medicine, London; 1982.