

دانشگاه تهران
دانشکده بهداشت

پایان نامه

برای دریافت درجه فوق لیسانس علوم بهداشتی (M.S.P.H.)
در رشته تغذیه

موضوع : بررسی وزن و قد نوزادان در تهران

ب راهنمایی : آقای دکتر هدایت

نگارش : پروانه اضحی کوهستانی

سال تحصیلی ۱۳۴۸-۴۹



تقديم به :

پدرومار رعزيم

تقدیم به :

استاد ارجمند جناب آقای دکتر هدایت

تقدیم به :

جناب آقای دکتر قاسمی

تقديم به :

هيأت محترم قضاة

بدینوسیله از بخش آمار دانشکده بهداشت
که در معامبات آماری این پایان نامه
با اینجانب همکاری نموده اند تشکر مینمایم

"فهرست مطالب"

صفحه	عنوان
۱	مقدمه
۶	مطالعات در تهران :
۶	۱- روش بررسی
۶	۲- نتایج (میانگین وزن و قد نوزادان و جداول مربوطه)
۱۴	۳- نوزادان نارس و مرده بدنیا آمده
۱۶	۴- درآمد سرانه
۱۹	۵- سن مادر
۲۲	۶- تحصیلات مادر
۲۴	۷- تعداد موارد زایمان
۲۷	۸- مراقبت های طبی و حاملگی
۴۰	۹- تغذیه مادر
۳۹	بحث
۴۷	نتیجه و پیشنهادات
۴۹	خلاصه
	منابع و مأخذ

"مقدمه"

هرنوزاد باید زندگی را با سلامتی شروع نماید و هر مادری باید قادر باشد حداکثر
نمو جنین را فراهم نموده و خود نیز دوران بارداری را در سلامت کامل گذراند و مواجهه
با عوارض دوران بارداری و شیردادن نگردد.

حاملگی دوران يك فعاليت بزرگ آنا بوليکي ميباشد يعنى زماني که سر بهمترين درجه
رشد در طب شناخته شده است. درد دوران حاملگی نه تنها به خاطر پرورش جنین بلکه
برای رشد انساج خاصی در بدن مادر نظیر غدد پستانی، انساج محافظ جنین و غیره
نیز غذای کافی لازم است (۱).

گرچه تجربیات معمول نشان میدهد که بعضی از مادرانی که تغذیه خوب داشته اند
در طی حاملگی احیانا به عوارضی چند دچار شده اند و برعکس تعدادی از مادران که
تغذیه بد داشته اند (فقیر) بچه های سالم بوجود آورده اند مع هذا شکی نیست که
تغذیه خوب احتمال سلامت مادر و جنین را افزایش میدهد. بنابراین رژیم غذایی
در طی حاملگی باید مورد دقت و توجه خاص قرار گیرد تا هر آینه مادر و یا جنین از مواد
حياتي لازم محروم نشده و در نتیجه سلامت هر دو محفوظ ماند. (۲)

تغذیه صحیح نه تنها در طی حاملگی باید دنبال شود بلکه حتی قبل از حاملگی باید
مادر از تغذیه مناسب برخوردار گردد. بسیاری عقیده دارند که اثر تغذیه حتی از
دوران طفولیت مادر شروع میشود و مادری که در دوران طفولیت خوب تغذیه شده باشد

نوزادان سالمتری بوجود میآورد (۳) .

جنین احتیاجات خود را تا حدود زیادی میتواند از ذخایر بدن مادر تامین کند ولی اگر مادر کمبود غذایی خیلی شدید داشته باشد باعث بروز اختلالاتی در جنین میشود. مثلاً در صورت کمبود کلسیم در مادر کودک اختلالات رشد پیدا میکند و یا اگر کمبود پروتئین موجود باشد وزن و قد نوزاد کمتر از حد طبیعی میشود در صورتیکه کمبود پروتئین خیلی شدید باشد باعث سقط جنین و یا متولدین مرده میگردد (بخصوص اگر کمبودها در سه ماهه آخر حاملگی باشد) .

اینکه تغذیه تا چه حد با عوارض زمان حاملگی رابطه دارد عقاید مختلفی درباره آن

ابراز میشود . (۵۹۴) .

توکسمی حاملگی و نارسی نوزاد در زنانی که رژیم غذایی فقیر دارند شیوع بیشتری دارد . مثلاً مطالعاتیکه در استرالیا انجام شد نشان داد که وفور توکسمی در زنانیکه تغذیه خوب داشته اند ۴٪ بوده حال آنکه در دسته ایکه از غذای نامناسب استفاده میکردند ۳۵ درصد بوده . همچنین در دسته اول نارسی دیده نشد در حالیکه در دسته دوم ۱۹ درصد موارد نارسی دیده شد . در بررسی هائیکه در کانادا و ممالک متحده امریکا صورت گرفته است نتایج مشابهی بدست آمده است . (۱)

البته عوامل تغذیه ای و اجتماعی - اقتصادی ارتباط نزدیکی دارند یعنی افرادیکه

از طبقات پایین اجتماعی - اقتصادی میباشند از نظر تغذیه نیز در سطح پایین تری میباشند

تا افراد یکه از طبقه خوب اجتماعی - اقتصادی میباشند .

در بررسی هائیکه در دانشگاه Vanderbilt (۶) بر روی ۲۳۳۸ مورد زائو

که دارای درآمد ناچیز بودند بعمل آمد معلوم شد که وقتی که مقدار دریافت کالری روزانه به مقدار ۱۵۰۰ یا کمتر بود و یا برداشت پروتئین کمتر از ۵۰ گرم در روز بود و فویر عوارض حاصل از زایمان و مرگ و میر بالا میگرفت . بهر حال مطالعه کنندگان مزبور عقیده داشتند که کمی برداشت مواد غذایی ممکن است بیشتر بعلمت عوارض آبستنی باشد تا خود کمبود غذا . ولی بهر صورت معتقدند تغذیه صحیح در طی حاملگی لازم است .

بررسی هائیکه در دانشگاه Harvard (۷) بعمل آمده است ثابت کرده است

که مادرانی که رژیم غذایی خوب دارند نه تنها در طی حاملگی به عوارض کمتری دچار میشوند بلکه حتی در هنگام زایمان نیز به مشکلات کمتری برخورد میکنند . بعلاوه مادران این گروه شانس بیشتری از نظر داشتن شیر برای تهیه غذای نوزاد داشته اند و همچنین کیفیت فیزیکی این نوزادان از هر لحاظ بهتر از دیگر نوزادان بود .

وزن موقع تولد فاکتور مهمی برای سنجش و ارزیابی سلامت و تکامل نوزاد میباشد .

سلامت و قدرت زنده ماندن نوزاد تا حدود زیادی بستگی به وزن موقع تولد او دارد . در سه

ماهه دوم دوران حاملگی رشد طولی و در سه ماهه سوم حاملگی وزن کودک زیاد میشود

بنابراین اگر نوزاد زودتر از موعد مقرر متولد شود وزن کمتری خواهد داشت و شانس زنده

ماندن هم بهخاطر نسبت پائین میآید . (۸) .

ساله ناری نوزادان در کشورهای عقب مانده قابل توجه است. بطور کلی نوزادانی که کمتر از ۲۵۰۰ گرم وزن دارند نارس تلقی میشوند که در واقع معیاری است برای تشخیص نوزادان نارس که بوسیله Ylppo در ۱۹۲۰ (۹) پیشنهاد شده و بعداً بوسیله سازمان بهداشت جهانی مورد قبول قرار گرفته است. ضمناً حد متوسط وزن موقع تولد بانزاد و جنس و همچنین با وضعیت اجتماعی - اقتصادی تغییر میکند از اینرو وزن بچه های نارس نیز فرق خواهد کرد و بطوریکه استاندارد ناری نمیتواند در همه جا و برای تمام نژادها قابل قبول باشد. بنابراین طول مدتی که جنین در رحم می باشد تنها معیار دقیق و درستی است که نوزاد نارس می باشد. وزن کم حاکی بر اینست که جنین مدت طولانی در رحم باقی نمانده یا بعد کافی رشد نکرده است. (۱۰)

بطوریکه Co-Workers Schlessings and Associates (۱۱) و

Yerushalmy (۹) نشان داده اند وزن بعنوان تنها استاندارد ناری

کافی نیست و این ترتیب تصمیم گرفته شد که مجموعه ای از طول مدت بارداری و وزن موقع تولد بعنوان پایه و اساس ناری بکار برده شود.

مرگ و میر موقع تولد در نوزادانی که وزنی کمتر از طبیعی دارند و همچنین طول دور حاملگی

آنان نیز کم است تقریباً ۵ برابر بیش از نوزادانی است که وزن پائین داشته ولی طول دوره حاملگی آنان طبیعی می باشد.

بهر حال نسبت مرگ و میر در بچه هاییکه وزن موقع تولدشان خیلی پائین است

(۱۵۰۰ گرم و کمتر) بالا بوده و دوسوم آنها در ماه اول زندگی تلف میشوند . (۱۲)

مراقبت های طبی نیز در حاملگی اهمیت زیادی دارد . در صورتیکه وفور متولد یمن نارس ۷ درصد باشد میتوان تصور نمود که میزان مراقبت های طبی بطور متوسط موجود است و در صورتیکه این مقدار بیش از ۸ یا ۹ درصد باشد مراقبت های بهداشتی کم بوده و باید توسعه یابد و بعلاوه نشان داده اند که با داشتن مراقبت های بهداشتی ایده آل میتوان تا حد ود دوسوم از موارد مرگ و میر حاملگی را جلوگیری نمود (۱۳) .

بعلاوه بعضی از عوارض حاملگی نظیر نفريت مزمن ، امراض دستگاه تنفسی ، امراض قلبی و کم خونی نتیجه اش بچه هائی با وزن ۲۵۰۰ گرم و کمتری باشد و بعلاوه براکلاپسی نیز همراه با از دیاد وفور بچه های کم وزن خواهد بود .

یکی دیگر از مشکلات در دوره حاملگی مسئله جوانی مادر است . در سال ۱۹۶۲ در امریکا ملاحظه شد که ۳۸ درصد از تمام اولین نوزادان متولد شده مربوط به مادرانی است که سن آنها کمتر از ۲۰ سال است و مشاهده شده که در دوران ۱۵ تا ۲۰ سالگی عوارض زمان حاملگی و وفور نوزادان نارس بیش از مادرانی است که در سنین بالاتری قرار دارند . (۱۴)

Marchetti (۱۵) مطالعاتی روی بیش از ۶۰۰ مادر جوان ۱۶ ساله و با کمتر از آن انجام داد و ملاحظه کرد که توکسمی حاملگی و نوزادان نارس در این گروه سنی بیش از گروههای سنی بالاتر بود بنابراین بهتر است زنان خیلی جوان رژیم رضایت بخشی تری از سایر گروه های سنی داشته باشند .

" مطالعات در تهران "

۱- روش بررسی :

در این مطالعه تعداد ۷۰۰ زن زائودر بیمارستان عمومی زنان و چند بیمارستان

خصوصی تهران مورد بررسی قرار گرفت ، بدین ترتیب که :

۳۵۰ زن در بخش زایمان بیمارستان زنان که بعنوان نمونه ای که از نظر درآمد

در سطح متوسط و پائین قرار دارند و ۳۵۰ زن زائودر بخش زایمان بیمارستانهای

میثاقیه ، مهر ، آریا ، آپادانا ، پارس ، مروستی و بیمارستان بانک ملی که بعنوان نمونه

خوب اجتماع در نظر گرفته شده بود مورد مطالعه و مصاحبه قرار گرفتند .

در این تحقیق وزن و قد نوزاد بررسی شده و ضمناً رطوبتی مصاحبه با زنان زائواطلاعات

لازم بر اساس مدارک جمع آوری شده در فرم های مخصوصی که برای این منظور تهیه شده

بود ثبت می شد .

سوالات راجع به درآمد خانواده - تعداد افراد خانواده - تعداد موارد زایمان -

بیماریهای قبل از حاملگی مادر - تحصیلات مادر و همچنین وضع تغذیه مادر بود .

۲- میانگین وزن و قد نوزادان و جداول مربوطه :

نتایج حاصل از این تحقیقات ذیلا بنظر میرسد :

توزیع فراوانی نوزادان بر حسب جنس نوزاد و همچنین نسبت نوزادان پسر به دختر

در دو گروه بیمارستان زنان و بیمارستانهای خصوصی در جدول شماره ۱ گزارش شده است .

جدول ۱

توزیع فراوانی جنس نوزاد و همچنین نسبت جنسی نوزادان برحسب نوع بیمارستانی که در آن متولد شده اند

نسبت پسر دختر	تعداد دختران	تعداد پسرها	کل متولدین	جنس نوزاد نوع بیمارستان
۱/۰۱	۱۷۴	۱۷۶	۳۵۰	بیمارستانهای خصوصی
۰/۹۸	۱۷۶	۱۷۴	۳۵۰	بیمارستان زنان
۱	۳۵۰	۳۵۰	۷۰۰	مجموع

همانطور که مشاهده میشود نسبت تولد پسر در بیمارستانهای خصوصی کمی بیش از بیمارستان زنان میباشد ولی بنظر نمیرسد که این اختلاف معنی دار باشد شاید تفاوت موجود بعلمت کمی تعداد نمونه باشد. برای نتیجه گیری بهتر در گروه بیمارستانها را با هم در نظر میگیریم و ملاحظه میشود که کوچکترین تفاوتی بین نسبت تعداد متولدین پسر و دختر موجود نیست.

توزیع نوزادان برحسب وزن و قد در بیمارستانهای خصوصی و بیمارستان زنان در

جدول شماره ۳ و ۲ گزارش شده است.

جدول شماره ۲

توزیع فراوانی و درصد نوزادان بر حسب وزن نوزاد (گرم)

مجموع		بیمارستان زنان		بیمارستانهای خصوصی		جنس نوزاد و نوع بیمارستان وزن بر حسب گرم
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰/۵۷	۴	-	-	۱/۱۴	۴	۱۵۰۰-۲۰۰۰
۳/۵	۲۵	۳/۱	۱۱	۴٪	۱۴	۲۰۰۱-۲۵۰۰
۱۹/۴	۱۳۶	۱۹/۷	۶۹	۱۹/۱	۶۷	۲۵۰۱-۳۰۰۰
۴۶/۵	۳۲۶	۵۰/۵	۱۷۷	۴۲/۵	۱۴۶	۳۰۰۱-۳۵۰۰
۲۰/۸	۱۴۶	۱۵/۴	۵۴	۲۶/۲	۶۲	۳۵۰۱-۴۰۰۰
۴/۷	۳۳	۴/۲	۱۵	۵/۱	۱۸	۴۰۰۱-۴۵۰۰
۰/۵۷	۴	۰/۵۷	۲	۰/۵۷	۲	۴۵۰۱-۵۰۰۰
۰/۴۲	۳	۰/۲۸	۱	۰/۵۷	۲	۵۰۰۱-۵۵۰۰
۳/۲	۲۳	۶	۲۱	۰/۵۷	۲	ذکر نشده
	۷۰۰		۳۵۰		۳۵۰	جمع

چنانچه ملاحظه میشود تعداد نوزادانی که بیش از ۳۵۰۰ گرم وزن دارند در بیمارستان - های خصوصی متولد شده اند به مراتب بیشتر از نوزادانی است که در بیمارستان عمومی زنان بدنیا آمده اند (۳۲/۵ درصد و ۲۰/۵ درصد) . به علاوه بدون در نظر گرفتن نوع بیمارستان درصد نوزادانی که در گروه وزنی ۳۰۰۱-۳۵۰۰ قرار دارند (۴۶/۵٪)

بیشتر از گروههای سنی دیگر است . چنانچه ملاحظه میشود درصد نوزادانی که کمتر از ۲۵۰۰ گرم وزن دارند در بیمارستانهای خصوصی بیشتر از بیمارستان زنان میباشد (۵/۱۴ درصد و ۳/۱ درصد) در حالی که این رقم صحیحی نیست زیرا تعداد زیادی از نوزادان زودتر از موعد مقرر متولد شده در مورد بیمارستان زنان وجود داشت که وزن وقد نشده بودند بنابراین در این جدول جزئی ذکر نشده ملاحظه میشود که اگر آنها نیز وزن میشدند و در جدول قرار میگرفتند درصد بیشتری از بچه های کمتر از ۲۵۰۰ گرم در بیمارستان زنان وجود داشت .

...