

Nutrition status in Zabolian women and its relation to the number of pregnancies and socio-economic state

Forozani M, Sotodeh G, shahraki M, Rafrat M

SUMMARY

In a cross-sectional survey, the nutritional status [on the basis of weight(Wt), height(Ht), body mass index(BMI) and mid-arm circumferences (MAC)] of 451 women attending the health centers in Zabol city was investigated. The results showed that 14.4% of women were underweight and 2.2% stunted. On the basis of BMI 36.4% of women had wasting and 18.8% overweight. Also, 31.8% had mid-arm circumference under fifth the percentile.

The relationships between the above

anthropometric measurements and a few socioeconomic factors, as well as the fertility history, were determined. In the stepwise multiple regression analysis, the relations between Wt and number of pregnancies ($P < 0.001$) and occupation ($P < 0.02$) and MAC and age ($P < 0.001$), and occupation ($P < 0.04$), were positive and statistically significant. The results of this study showed that the most important problem in the women is present malnutrition.

A case of malignant fibrous histiocytoma

Houjjati M

Shaheed Beheshti University of Medical Sciences & Health Services

SUMMARY

Occurrence of Malignant Fibrous Histiocytoma (MFH) of the spermatic cord as a primary source is so rare that since 1967 just 12 of such cases have been reported (4,8,10).

MFH is one of the pleomorphic soft tissue malignant tumors which has been studied for first time by Ozzello and Co workers in 1963.

The tumor originates from primary mesenchymal cells which have both histiocytic & fibroblastic properties (2). From the anatomic stand

point tumor occurs 2/3 to 3/4 of times on extremities especially lower extremities. The other sites of occurrence with lower prevalence are truck-shoulder-retroperitoneum and as the very rare sites are spermatic cord and mandible.

This report represents a very rare case of MFH of the spermatic cord which is the 13th reported case since 1967 which has been seen by the primary diagnosis of the inguinal hernia.

پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی
سال ۱۹، شماره‌های ۳ و ۴، صفحه ۵۱ (مهر-اسفند ۱۳۷۴)

وضعیت تغذیه و ارتباط آن با برخی عوامل اقتصادی-اجتماعی

تاریخچه باروری در زنان شهری زابل

دکتر مینودخت فروزانی*، گیتی ستوده**، منصور شهرکی***،
مریم رف رف****

چکیده

در یک مطالعه توصیفی - تحلیلی وضعیت تغذیه ۴۵۱ زن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر زابل از طریق تعیین وزن، قد، نمایه توده بدن $Body\ Mass\ Index(BMI)$ و دور بازو مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌های بررسی نشان داد که ۱۴/۴ درصد زنان کم وزن و رشد ۲/۲ درصد آنان متوقف شده بود. از نظر نمایه توده بدن ۳۶/۴ درصد از دست دهی ماهیچه و ۱۸/۸ درصد اضافه وزن داشتند. همچنین ۳۱/۸ درصد آنان دور بازوی کمتر از صدک پنجم داشتند. در تحلیل رگرسیون چند متغیره گام به گام، وزن به ترتیب با سن ($P<0/001$)، شغل ($P<0/02$) و تعداد بارداری ($P<0/03$)، نمایه توده بدن با تعداد بارداری ($P<0/001$) و شغل ($P<0/02$) و دور بازو با سن ($P<0/001$) و شغل ($P<0/04$) ارتباط مثبت و معنی داری داشتند. یافته‌های این بررسی نشان داد که سوء تغذیه زمان حال مهمترین مشکل تغذیه ای زنان مورد بررسی شهر زابل می باشد.

* استاد دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران

** عضو هیئت علمی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران

*** عضو هیئت علمی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی زاهدان

**** کارشناس دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تبریز

مقدمه

و تحلیل این بررسی براساس داده‌هایی است که در ماههای شهریور و مهر سال ۱۳۶۸ در مورد وضعیت شیردهی مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر زابل جمع آوری شده است. نمونه‌های مورد بررسی عبارت از کلیه مادرانی بودند که در این دو ماه به پنج مرکز بهداشتی درمانی شهری که دستکم دارای یک کودک ۰-۳۶ ماهه بودند، مراجعه کرده‌اند. در مجموع، اطلاعات ۵۵۳ نفر در دسترس بود که با حذف زنان باردار، بررسی حاضر روی ۴۵۱ نفر انجام شد.

جمع آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه ای صورت گرفت که شامل سوالات اقتصادی، اجتماعی و تاریخیچه باروری افراد بود و مصاحبه حضوری از زنان توسط دانشجوی کارشناسی ارشد تغذیه انجام شد. همچنین اندازه‌گیری وزن با لباس سبک، با ترازوی شاهین‌دار و با دقت ۱۰۰ گرم، اندازه‌گیری قد به طور ایستاده با قدسنج نصب شده روی ترازو با دقت ۰/۵ سانتیمتر، و نیز اندازه‌گیری دور بازو و با نوارمتر غیرقابل ارتجاع صورت گرفت. شاخص نمایه توده بدن با استفاده از اطلاعات وزن و قد به صورت زیر محاسبه شد:

$$\text{شاخص نمایه توده بدن} = \frac{\text{وزن (کیلوگرم)}}{\text{قد (متر)}^2}$$

با استفاده از وزن، قد (۷)، نمایه توده بدن (۸) و دور بازو (۹) وضعیت تغذیه زنان مشخص شد. جهت تعیین ارتباط بین شاخصهای تن‌سنجی با عوامل اقتصادی، اجتماعی و تاریخیچه باروری از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. همچنین برای مقایسه میانگین این شاخصها در گروههای مختلف اقتصادی، اجتماعی و تاریخیچه باروری به تناسب از آزمون t یا تحلیل واریانس و در مرحله آخر جهت تعیین مهمترین عوامل در ارتباط با وضعیت تغذیه از تحلیل رگرسیون چند متغیره گام به گام (Step wise) استفاده شد، تجزیه و تحلیل اطلاعات با

وضعیت تغذیه زنان برای سلامتی و باروری آنان اهمیت زیادی دارد (۱). عوامل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی روی وضعیت تغذیه‌ای مادر و در نتیجه ابتلا و مرگ و میر مادران، نوزادان و کودکان اثر می‌گذارد. کم غذایی مزمن در کودکی و پس از آن، بارداریهای متعدد - که سبب تخلیه ذخایر مادر می‌شود - و دریافت انرژی ناکافی در دوران بارداری و شیردهی عوامل مهمی است که تعیین کننده وضعیت تغذیه نامناسب مادران می‌باشند (۲). نتایج مطالعات نشان می‌دهد که بین شاخصهای تن‌سنجی مادر و کودک ارتباط معنی داری وجود دارد (۳). وزن کم مادر و کوتاهی قد او روی ابتلای مادر و عوارض بارداری مانند زایمان مشکل و ابتلا و مرگ و میر جنین و شیرخوار اثر دارد. از مادران کوتاه قد تعداد بیشتری نوزاد کم وزن متولد می‌شوند (۲). همچنین وضعیت وزن برای قد مادر قبل از بارداری بیش از وزن‌گیری مادر در دوره بارداری، رشد جنین را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۴). وضعیت تغذیه زنان باردار روی توانایی آنان جهت تغذیه شیرخوار با شیر مادر نیز تاثیر می‌گذارد (۵). بنابراین وضعیت تغذیه دختران و زنان، بویژه در دوران بارداری و شیردهی نیاز به توجه بیشتر می‌باشد.

از آنجا که چنین بررسیهایی در نقاط مختلف کشور کمتر انجام شده و بخصوص از وضعیت تغذیه زنان زابل - که به نظر می‌رسد دارای وضعیت تغذیه‌ای نامطلوب باشند - اطلاعات چندانی در دسترس نیست. بررسی حاضر با هدف تعیین وضعیت تغذیه زنان زابل از طریق تعیین شاخصهای تن‌سنجی و ارتباط آن با برخی عوامل انجام شد.

روش بررسی

نوع مطالعه مقطعی (توصیفی - تحلیلی) است. تجزیه

استفاده از نرم افزار کامپیوتری SPSS انجام شد.

یافته‌ها

طبق جدول ۱ کم وزنی در ۱۴/۴ درصد، از رشد بازداشتگی در ۲/۲ درصد، از دست‌دهی ماهیچه با استفاده از شاخص نمایه توده بدن در ۳۶/۴ درصد و دور بازوی کمتر از صدک پنجم در ۳۱/۸ درصد زنان مشاهده شد. همچنین از نظر شاخص نمایه توده بدن ۱۸/۸ درصد اضافه وزن داشتند. ارتباط بین شاخصهای تن سنجی و برخی عوامل مربوط به زنان مورد بررسی در جداول ۲ تا ۵ نشان داده شده است. همان طور که جداول نشان می‌دهند بین قد و متغیرهای مستقل مورد بررسی هیچ ارتباط معنی داری یافت نشد.

متغیرهایی که ارتباط معنی داری با شاخصهای تن سنجی داشتند وارد تحلیل رگرسیون چند متغیره گام به گام شدند تا در ارتباط با وضعیت این شاخصها مهمترین عوامل تعیین شوند. شغل مجدداً به صورت خانه دار مساوی صفر و شاغل مساوی یک کدگذاری شد. مهمترین عوامل موثر بر وزن به ترتیب سن، شغل و تعداد بارداریها، نمایه توده بدن به ترتیب تعداد بارداریها و شغل، و دور بازو به ترتیب سن و شغل بودند (جدول ۶).

بحث

یافته‌های این بررسی نشان می‌دهد که وضعیت تغذیه زنان مورد بررسی نامطلوب می‌باشد. بطوری که ۱۴/۴ درصد زنان دارای وزن کمتر از ۴۵ کیلوگرم بودند که از نظر شروع بارداری در گروه در معرض خطر قرار دارند. بیش از یک سوم آنان (۳۶/۴ درصد) از این نمایه توده بدن از دست‌دهی ماهیچه و درصد بالایی (۳۱/۸ درصد) نیز دور بازوی کمتر از صدک پنجم داشتند. با توجه به اینکه حدود ۶۰ درصد زنان مورد

بررسی را زنان شیرده تشکیل می‌دادند، درصد بالای سوء تغذیه در نمونه‌های مورد بررسی از نقطه نظر تاثیر آن بر وضعیت تغذیه شیرخواران این زنان نیز حائز اهمیت می‌باشد. نتایج بررسی انجام شده در کودکان ۰-۳۶ ماهه این زنان در سال ۱۳۶۸ نشان داد که حدود ۵۹/۲ درصد آنان از نظر شاخص وزن برای سن (وضع تغذیه مجموع حال و گذشته) مبتلا به سوء تغذیه می‌باشند (۶) که می‌تواند در ارتباط با وضعیت تغذیه مادرانشان باشد.

میانگین قد و وزن زنان زایل بیشتر از زنان روستاهای بندرعباس و جاوه شرقی، زنان آسیای جنوبی و آمریکای مرکزی (۱۰، ۱۱)، میانگین وزن آنان کمتر از زنان روستاهای تنکابن و رامسر (۱۲)، میانگین قد آنان کمتر از زنان جنوب موزامبیک (۱۳)، میانگین وزن، قد و نمایه توده بدن آنان بیشتر از زنان شهری بنگلادش (۲) و میانگین دور بازو و نمایه توده بدن آنان کمتر از زنان امریکای مرکزی و جنوبی می‌باشد (۷). همچنین درصد کم وزنی، با استفاده از شاخص نمایه توده بدن در زنان زایل کمتر از زنان روستاهای بندرعباس (۱۰) و بیشتر از زنان روستاهای تنکابن و رامسر است (۱۲). با توجه به این مقایسه‌ها به نظر می‌رسد زنان زایل از نظر قد در وضعیت مطلوبتری قرار دارند. بیشتر زنان مورد بررسی شیرده (۶۰/۷ درصد) و جوان (۶۸/۹ درصد) کمتر از ۳۰ سال) بودند. درصد بالایی از زنان بی‌سواد (۴۷/۸ درصد) و بیش از نیمی از آنان (۵۷/۶ درصد) دارای ۴ بارداری و بیشتر بودند. ۲۶/۹ درصد دارای سقط و مرده‌زایی و ۲۵/۳ درصد دارای فرزندان فوت شده بودند. عوامل اقتصادی، اجتماعی به احتمال تعیین کننده وضعیت تغذیه مادر می‌باشند. ارتباط معنی دار بین وضعیت تغذیه زنان و شغل احتمالاً نشان دهنده این مسئله است که زنان شاغل دارای وضعیت اقتصادی و در نتیجه دریافت غذای بهتر و نیز آگاهی‌های بهداشتی و

مردهزایی و فرزندان فوت شده ارتباط مثبت معنی دار و ضعیفی وجود داشت که غیرقابل انتظار بود. در یک بررسی که روی زنان شهری بنگلادش انجام شد بین شاخصهای تن سنجی مادر و تعداد فرزندان فوت شده ارتباط منفی دیده شد. مطالعه دیگری در بنگلادش نشان داد که مرگ و میر کودکان در زنان کم وزن از زنانی که وزنشان بالاتر است بیشتر می باشد (۲). به هر حال روشن شدن این موضوع نیاز به تحقیقات بیشتر دارد.

بین قد و هیچیک از متغیرهای مستقل مورد بررسی ارتباط معنی داری مشاهده نشد. علت عدم ارتباط بین قد و متغیرهای ذکر شده احتمالاً ناشی از درصد خیلی پایین از رشد بازداشتگی در جامعه مورد بررسی می باشد (۲/۲ درصد).

در تحلیل رگرسیون چند متغیره گام به گام سن در ارتباط با وزن و دور بازو بود که نشان دهنده این مسئله است که با افزایش سن احتمالاً فعالیت های جسمی زنان کمتر و با دریافت غذا تحرك آنان بیشتر شده است. همچنین شغل در ارتباط با وزن، نمایه توده بدن و دور بازو بود. بنابراین با توجه به تاثیر جنبه های مختلف شغل روی وضعیت تغذیه زنان از اهمیت خاصی برخوردار است.

به طور کلی مشکل اصلی تغذیه در زنان مورد بحث، سوء تغذیه زمان حال می باشد و این مشکل در زنان خانه دار بیش از زنان شاغل است که در صورت عدم رفع آن، کودکان آنان نیز تحت تاثیر قرار خواهند گرفت. به منظور تعیین وضعیت تغذیه زنان زایل انجام بررسیهای گسترده تری پیشنهاد می شود.

تغذیه ای بالاتری نسبت به زنان خانه دار می باشند. لذا میانگین شاخصهای تن سنجی در آنان بیشتر از زنان خانه دار است. از سوی دیگر فراسنجهای تن سنجی مختلف اطلاعات متفاوتی در مورد وضع تغذیه به دست می دهند. قد، نشان دهنده وضعیت تغذیه گذشته و وزن، نمایه توده بدن و دور بازو نشان دهنده وضعیت تغذیه مجموع گذشته و حال می باشند (۲).

ارتباط مثبت معنی دار بین وزن و نمایه توده بدن با تعداد بارداریها غیر قابل انتظار می باشد. نشان داده شده است که بارداریها و شیردهی های متعدد و پشت سر هم عامل مهمی در سوء تغذیه زنان فقیر در کشورهای در حال توسعه می باشد (۱۴). با این وجود بررسی انجام شده در فنلاند نیز نشان داده که با افزایش تعداد بارداریها شیوع چاقی بیشتر شده است (۱۵). با توجه به جدولهای ۴ و ۵ مشاهده می شود که با افزایش سن و تعداد بارداریها بیش از ۳ بار و افزایش تعداد زایمان زنده و فرزندان موجود میانگین وزن و نمایه توده بدن نیز افزایش یافته و با توجه به اینکه بیش از ۵۰ درصد زنان ۴ بارداری و بیشتر داشتند، این احتمال وجود دارد که با افزایش تعداد بارداریها و سن ذخایر چربی در بدن مادر به مرور افزایش یافته و شاخص وزن و نمایه توده بدن را افزایش داده است؛ به طوری که ۱۸/۸ درصد زنان دارای اضافه وزن بودند که نشان دهنده این مسئله است که احتمالاً همراه با کم غذایی در درصدی از زنان، سوء تغذیه ناشی از عدم تعادل انرژی در برنامه غذایی تعدادی دیگر از زنان وجود دارد.

بین وزن و نمایه توده بدن با تعداد سقط،

جدول ۱) شاخصهای تن سنجی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر زابل (سال ۱۳۶۸)

شاخصهای تن سنجی	تعداد	میانگین	± انحراف معیار	وضعیت (درصد)
وزن (کیلوگرم)	۴۵۱	۵۳/۷	۹/۶	۱۴/۴ کم وزن*
قد (سانتیمتر)	۴۵۱	۱۵۷	۶	۲/۲ از رشد بازداشته**
نمایه توده بدن (کیلوگرم بر متر مربع)	۴۵۱	۲۱/۹	۳/۸	۳۶/۴ از دست دهی ماهیچه و ۱۸/۸ اضافه وزن*
دور بازو (میلیمتر)	۴۵۰	۲۴۴/۷	۲۹/۶	۳۱/۸ کمبود**

* وزن کمتر از ۴۵ کیلوگرم

** Stunting (قد کمتر از ۱۴۵ cm)

+ اضافه وزن < طبیعی ۲۰-۲۵ < از دست دهی ماهیچه (Wasting)

++ صدک پنجم < کمبود

جدول ۲) همبستگی خطی بین شاخصهای تن سنجی و برخی متغیرهای مستقل در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر زابل (سال ۱۳۶۸)

متغیرهای مستقل	وزن (نفر ۴۵۱)	قد (نفر ۴۵۱)	نمایه توده بدن (نفر ۴۵۱)	دور بازو (نفر ۴۵۰)
سن	۰/۲۵ ^a	NS ^b	۰/۲۴ ^a	۰/۲۴ ^a
سن شروع قاعدگی	NS	NS	NS	NS
سن اولین ازدواج	NS	NS	NS	NS
سن اولین بارداری	NS	NS	NS	NS
سن اولین زایمان ^c	NS	NS	NS	NS
تعداد بارداریها	۰/۲۴ ^a	NS	۰/۲۵ ^a	NS
تعداد زایمان زنده	۰/۲۳ ^a	NS	۰/۲۳ ^a	۰/۱۶ ^a
تعداد فرزندان موجود	۰/۲۳ ^a	NS	۰/۲۳ ^a	۰/۱۷ ^a
تعداد سقط و مرده زایی ^c	۰/۱۲ ^d	NS	۰/۱۲ ^c	۰/۰۹ ^f
تعداد فرزندان فوت شده ^c	۰/۱ ^e	NS	۰/۱ ^b	NS

(b) معنی دار نیست

(a) $P < 0/001$

(c) تعداد نمونه برای وزن، قد و نمایه توده بدن ۴۴۱ نفر و برای دور بازوی ۴۴۰ نفر می باشد.

(c) $P < 0/007$

(d) $P < 0/004$

(h) $P < 0/005$

(g) $P < 0/008$

(f) $P < 0/03$

جدول ۳) میانگین شاخصهای تن سنجی برحسب وضعیت، سطح سواد و شغل زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر زابل (سال ۱۳۶۸)

متغیر (تعداد)	وزن	قد	نمایه توده بدن	دور بازو
<u>وضعیت زنان</u> شیرده (۲۷۴)	۵۳/۲	۱۵۶/۵	۲۱/۷	۲۴۲ (۲۷۳ نفر)
در سنین باروری (۱۷۷)	۵۴/۴	۱۵۶/۸	۲۲/۱	۲۴۸
<u>سطح سواد</u> بیسواد (۲۱۶)	۵۳/۹	۱۵۶/۳	۲۲	۲۴۳
ابتدائی (۱۰۲)	۵۲/۳	۱۵۶/۶	۲۱/۳	۲۴۲
راهنمائی (۷۳)	۵۳	۱۵۶/۴	۲۱/۶	۲۴۴ (۷۲ نفر)
متوسط و بالاتر (۶۰)	۵۶/۳	۱۵۸	۲۲/۵	۲۵۷
<u>شغل</u> خانه دار (۴۲۱)	۵۳/۴ ^a	۱۵۶/۵	۲۱/۸ ^b	۲۴۳ ^c (۴۲۰ نفر)
شاغل (۳۰)	۵۸/۳	۱۵۸/۳	۲۳/۳	۲۵۷

(a) $P < 0.007$ ، (b) $P < 0.04$ ، (c) $P < 0.02$ ، به تناسب با تحلیل واریانس یا آزمون t

جدول ۴) میانگین شاخصهای تن سنجی بر حسب برخی متغیرهای مستقل در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر زابل (سال ۱۳۶۸)

دور بازو	نمایه توده بدن	قد	وزن	متغیر مستقل
۲۲۴ ^b	۲۰ ^a	۱۵۶/۶	۴۹/۲ ^a	سن (سال) <۲۰ (۳۸)
(۲۴۱)(۲۷۲ نفر)	۲۱/۵	۱۵۶/۶	۵۲/۸	۲۹-۲۰ (۲۷۳)
۲۵۲	۲۳	۱۵۶/۵	۵۶/۶	۳۹-۳۰ (۱۲۱)
۲۶۱	۲۳/۳	۱۵۷	۷۵/۳	>۳۹ (۱۹)
۲۴۲	۲۱/۷	۱۵۶	۵۲/۷	سن شروع قاعدگی (سال) <۱۲ (۱۵)
۲۴۵	۲۲	۱۵۶/۳	۵۳/۹	۱۳-۱۲ (۱۵۳)
(۲۲۴)(۲۸۲ نفر)	۲۱/۸	۱۵۶/۸	۵۳/۷	>۱۳ (۲۸۳)
(۲۲۴)(۳۵۶ نفر)	۲۱/۹	۱۵۶/۶	۵۳/۷	سن اولین ازدواج (سال) <۲۰ (۳۵۷)
۲۴۵	۲۱/۸	۱۵۶/۷	۵۳/۷	≥ ۲۰ (۹۴)
(۲۴۴)(۳۳۲ نفر)	۲۱/۸	۱۵۶/۶	۵۳/۶	سن اولین بارداری (سال) <۲۰ (۲۲۳)
۲۴۵	۲۲	۱۵۶/۶	۵۴/۱	≥ ۲۰ ۱۱۸
(۲۴۴)(۳۰۵ نفر)	۲۱/۹	۱۵۶/۶	۵۳/۷	سن اولین زایمان (سال) <۲۰ (۳۰۶)
۲۴۵	۲۱/۹	۱۵۶/۷	۵۳/۸	≥ ۲۰ (۱۴۴)

(a) $P < 0.001$ ، (b) $P < 0.0002$ به تناسب با تحلیل واریانس یا آزمون t

جدول ۵) میانگین شاخصهای تن سنجی بر حسب برخی متغیرهای مستقل در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر زابل (سال ۱۳۶۸)

دور بازو	نمایه توده بدن	قد	وزن	متغیر مستقل (تعداد)
				<u>تعداد بارداریها</u>
۲۳۹c	۲۱b	۱۵۶/۸	۵۱/۶ a	۱ (۵۵)
(۲۴۱)۲۴۱	۲۰/۹	۱۵۶/۷	۵۱/۴	۲-۳ (۱۳۶)
۲۴۷	۲۲/۶	۱۵۶/۵	۵۵/۳	۳ > (۲۶۰)
				<u>تعداد زایمانهای زنده</u>
۲۳۹	۲۰/۸ e	۱۵۶/۹	۵۱/۳d	۱ (۶۲)
(۲۴۲)۲۴۲	۲۱/۲	۱۵۶/۷	۵۲/۱	۲-۳ (۱۴۸)
۲۴۷	۲۲/۶	۱۵۶/۴	۵۵/۳	۳ > (۲۴۱)
				<u>تعداد فرزندان موجود</u>
۲۳۷f	۲۰/۷a	۱۵۷	۵۱/۱a	۱ (۶۴)
(۲۴۲)۲۴۲	۲۱/۵	۱۵۶/۴	۵۲/۸	۲-۴ (۲۳۵)
۲۵۰	۲۲/۹	۱۵۶/۸	۵۶/۲	۴ > (۱۵۲)
				<u>تعداد سقط و مرده زایی</u>
۲۴۳	۲۱/۶b	۱۵۶/۵	۵۳g	(۳۲۲)
۲۴۶/۴	۲۲	۱۵۶/۹	۵۴/۴	۱ (۷۶)
۲۵۳	۲۳/۹	۱۵۶/۱	۵۸/۱	۱ > (۴۳)
				<u>تعداد فرزندان فوت شده</u>
۲۴۲/۸	۲۱/۵b	۱۵۶/۵	۵۲/۷b	۰ (۳۲۹)
۲۴۸/۹	۲۲/۹	۱۵۶/۷	۵۶/۴	۱ (۶۴)
۲۵	۲۳/۴	۱۵۶	۵۶/۹	۱ > (۴۸)

P<۰/۰۰۱ (b)

P<۰/۰۰۰۲ (a)

P<۰/۰۰۰۷ (d)

P<۰/۰۰۵ (c)

P<۰/۰۰۰۸ (f)

P<۰/۰۰۰۳ (e)

P<۰/۰۰۰۴ (g)

P<۰/۰۰۰۲ (h) به تناسب با تحلیل واریانس یا آزمون t

جدول ۶) همبستگی بین شاخصهای تن سنجی با متغیرهای مستقل در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر زابل (سال ۱۳۶۸)

آزمون آماری		متغیر مستقل*	متغیر وابسته
P<	T		
۰/۰۰۱	۵/۶۱	سن شغل تعداد بارداری	وزن
۰/۰۲	۲/۴۱		
۰/۰۳	۲/۲۶		
۰/۰۰۱	۵/۶۲	تعداد بارداری شغل	نمایه توده بدن
۰/۰۲	۲/۵۷		
۰/۰۰۱	۵/۱۹	سن شغل	دوربازو
۰/۰۴	۲/۱۴		

* براساس شدت رابطه با متغیر وابسته

مراجع

- 1) Koblinsky M, Timyan J and Gay J: The health of women. West View Press, Boulder, P 82, 1993
- 2) Baqui AH, Arifeen SE, Amin S and Black RE: Levels and correlates of maternal nutritional status in urban Bangladesh. Euro J Clin Nutr 48: 349-57, 1994
- 3) Christian PS, Gujral S, Abbi RD, Gopaldas I: Relationship between maternal and infant nutritional status. J Trop Pediat 35: 71-6, 1989
- 4) Dudek SG: Nutrition handbook for nursing practice. Second edition, JB Lippincott, Philadelphia P. 231, 1993
- 5) Wallace HM: The health status of women in developing countries of the World. J Trop Pediat 33: 239-42, 1987
- 6) شهرکی، م: بررسی وضعیت شیردهی در مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهری زابل. پایان نامه فوق لیسانس علوم بهداشتی در تغذیه، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۶۹-۱۳۶۸
- 7) Anonymous: Second report on the World Nutrition situation. UN, 1993
- 8) MacLeod J, Edwards C and Bouchier I: Davidson's principles and practice of medicine. 15th edition, Churchill Livingstone, USA, PP 54,813, 1987
- 9) Frisancho AR: New norms of upper limb fat and muscle areas for assessment of nutritional status. Am J Clin Nutr 34: 2540-45, 1981
- 10) حبیبی، م: بررسی وضع تغذیه مادران و کودکان ۰-۲۴ ماهه روستاهای حومه بندر عباس. پایان نامه فوق لیسانس علوم بهداشتی در تغذیه، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۷۰-۱۳۶۹
- 11) Kusin JA, Kardjati S. With CD and Sudibia IK: Nutrition and nutritional status of rural women in East. JAVA Trop Geogr Med 31: 571-85, 1979
- 12) پوراعتدال، ز؛ بررسی وضع تغذیه مادران و کودکان ۰-۶ ماهه روستاهای تنکابن و رامسر. پایان نامه فوق لیسانس علوم بهداشتی در تغذیه، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۷۲-۱۳۷۱
- 13) Liljestrand J, Bergstom S and Westman S: Maternal height and perinatal outcome in Mozambique. J Trop Pediat 31: 306-10, 1985
- 14) Merchant K and Martorell R: Frequent reproductive cycling: does it lead to nutritional depletion of mothers? Prog Fd Nutr 12: 339-69, 1988
- 15) Rissanen AM, Heliovara M, Knekt P, Reunanen A and Aromaa A: Determinants of weight gain and over weight in adult Finns. Eur J Clin Nutr 45: 419-30, 1991