

# بررسی وضعیت سلامت جسمانی کودکان در دبستان‌های شهر شیراز طی سال تحصیلی ۱۳۸۰-۸۱

فروز نادر (M.D.)\*

کیارش آرامش \*\*(M.D.)

## چکیده

**سابقه و هدف :** در این بررسی، شیوع (میزان شیوع کلی و اختصاصی سنی، جنسی و به تفکیک نواحی مختلف آموزش و پرورش) تعدادی از مهم‌ترین و شایع‌ترین اختلالات تاثیرگذار بر سلامت جسمانی جمعیت دانش آموزان دبستانی در سطح شهر شیراز بررسی شده است.

**مواد و روش‌ها :** این مطالعه به روش توصیفی- مقطعي انجام و از روش نمونه‌گیری تصادفي چند مرحله‌ای، استفاده شد. ابزار مورد استفاده، پرسشنامه بود و موارد توسط پژوهشگران گروه پژوهش، مورد معاينه قرار می‌گرفتند. پژوهش در سال تحصیلی ۱۳۸۰-۸۱ انجام شد. نتایج با آزمون‌های Z و Chi Square، با سطح معنی داری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

**یافته‌ها :** میزان شیوع اختلالات مورد بررسی بدین شرح بود: کمبود وزن: ۱۴/۴٪ درصد، اضافه وزن: ۲/۹٪ درصد، اختلالات حدت بینایی: ۷ درصد، اختلالات حدت شنوایی: ۰/۹٪ درصد، پوسیدگی دندان: ۶۳/۶٪ درصد.

از نظر میزان شیوع اختصاصی سنی و جنسی نیز در برخی از موارد اختلافات معنی داری دیده شد که مهم‌ترین آن‌ها عبارت بودند از: اضافه وزن در دخترها شایع‌تر از پسرها بود ( $P<0/004$ )؛ کمبود وزن در پسرها شایع‌تر از دخترها بود ( $P<0/003$ )؛ و کمبود وزن در گروه سنی ۷-۸ ساله شایع‌تر از گروه سنی ۱۱-۹ ساله بود ( $P<0/0001$ ).

**استنتاج :** یافته‌های این پژوهش، لزوم توجه به بهداشت دهان و دندان و بهداشت تعذیه و ورزش در نزد دانش آموزان و به ویژه دانش آموزان دختر و سینه پایین‌تر را نشان می‌دهد.

**واژه‌های کلیدی :** سلامت، کودکان، اضافه وزن، کمبود وزن، پوسیدگی دندان

## مقدمه

هدف بخش بهداشت و درمان در هر جامعه‌ای، تأمین سلامت برای تمامی اعضای آن جامعه است، اما همواره برخی از گروه‌های جمعیتی، مورد توجه و اهتمام ویژه‌ای از سوی تصمیم‌گیران و برنامه‌ریزان بخش سلامت قرار می‌گیرند؛ این ویژگی معمولاً مبتنی بر عللی

تعاریفی از ((سلامت)) که امروزه بیش از همه مورد پذیرش است و جامع‌تر به نظر می‌رسد، تعریف سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۸ میلادی است: ((سلامت عبارت است از رفاه کامل جسمانی، روانی، و اجتماعی؛ و تنها به معنی فقدان بیماری یا معلولیت نیست.)).(۱)

\* استادیار پژوهشگر اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز

\*\* دستیار تخصصی پژوهشگر اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز

تاریخ دریافت: ۸۳/۹/۲۵ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۸۳/۴/۲۱ تاریخ تصویب: ۸۳/۹/۱۲

می‌شود و هزینه‌های زیادی را به خانواده و اجتماع تحمیل می‌کند، حال آن که شناسایی و درمان آن در صورت شناسایی و تشخیص زودرس، بسیار آسان است. لذا یکی از محورهای مهم پژوهش‌های شیوع سنگی مشکلات مربوط به سلامت در سراسر جهان، بررسی میزان شیوع پوسیدگی دندان بوده است (۹،۱۰).

**نقص شنوایی** (Hearing Impairment) در کودکان یک مشکل بزرگ سلامت عمومی می‌باشد و ممکن است موجب افت و نارسایی تحصیلی در کودکانی شود که از هوش طبیعی برخوردار هستند اما از نقصان شنوایی خود اطلاعی ندارند، لذا انجام غربالگری در این زمینه، توسط متخصصین مربوطه توصیه می‌شود (۲). مطالات متعددی، از جمله در پاکستان (۱۰)، هند (۱۱)، فللاند (۱۲)، و کنیا (۱۳) در زمینه بررسی شیوع این اختلال انجام شده است.

اختلالات بینایی نیز، که حدت بینایی را تحت تاثیر قرار می‌دهند، اثر چشمگیری بر سلامت، اعتماد به نفس، و کارکرد تحصیلی دانش آموزان دارد، و در صورتی که دیر تشخیص داده شود، عوارضی نظری عقب افتادگی تحصیلی و مشکلات روانی ناشی از آن را به دانش آموز تحمیل خواهد کرد. این اختلالات نیز به نحو گسترده‌ای در مدارس کشورهای مختلف جهان شیوع سنگی شده‌اند، نظیر پژوهش‌هایی که در چین (۱۴)، نپال (۱۵)، شیلی (۱۶)، ترکیه (۱۷)، ماداگاسکار (۱۸)، و هندوستان (۱۹) انجام شده‌اند.

با توجه به توضیحات فوق، در پژوهشی که حاصل آن در این مقاله عرضه شده است، پژوهشگران بر آن شدند که میزان شیوع (میزان شیوع کلی و اختصاصی سی، جنسی و به تفکیک نواحی مختلف آموزش و پرورش) تعدادی از مهم‌ترین و شایع‌ترین اختلالات جسمانی تاثیرگذار بر سلامت جمعیت دانش آموزان دبستانی را در سطح شهر شیراز بررسی کنند. این

است، مانند تشکیل دادن درصد بالایی از جمعیت، آسیب پذیری بیشتر، و بالاتر بودن اثر بخشی مداخلات بهداشتی - درمانی در آن گروه به نسبت هزینه مداخلات. دانش آموزان و بیوژه دانش آموزان مقطع دبستان در کشور ما، بنا بر همه علل پیش گفته، از گروه‌های ویژه و مورد توجه می‌باشند و بنابراین در اولویت پژوهشی و اجرایی قرار دارند.

کمبود و اضافه وزن از شایع‌ترین و مهم‌ترین اختلالات سنین کودکی و نوجوانی محسوب می‌شوند. کمبود وزن حاکی از سوتغذیه است. سوتغذیه در کودکان می‌تواند ادامه کمبود تغذیه‌ای باشد که از زمان شیرخوارگی شروع شده است. عادات بدغذایی می‌تواند با وضعیت بد بهداشتی، بیماری‌های مزمن، و اختلال در روابط بین والدین و کودک مرتبط باشد (۲). به علت اهمیت زیاد این پدیده در وضعیت رشدی و تحصیلی و آینده دانش آموزان، پژوهش‌های متعددی در این زمینه انجام گرفته است، از جمله می‌توان به پژوهش‌های انجام شده در در ایالت کلمبیا در آمریکا (۳)، کویت (۴)، سری لانکا (۵)، کشورهای جنوب شرق آسیا، مغولستان، قزاقستان، فیجی، هند، بنگلادش، و چین (۶)، اشاره نمود. اضافه وزن نیز مشکلات جسمانی، روانی و اجتماعی فراوانی را به کودک مبتلا تحمیل می‌کند و شیوع آن هم در سطح جهان در حال افزایش است (۷). مطالعات متعددی نیز به میزان شیوع چاقی در مدارس کشورهای مختلف جهان پرداخته‌اند (۶،۷).

پوسیدگی دندان و بیماری‌های پریودنتال احتمالاً شایع‌ترین بیماری‌های مزمتنی هستند که در جهان وجود دارند، که البته در کشورهای پیشرفته به میزان زیادی از شیوع آنها کاسته شده است. پوسیدگی دندان اثرات زیادی بر روی سلامت کودک دارد و حتی ممکن است تغذیه او را مختل نماید، همچنین عوارضی مانند درد، ناراحتی، غیبت از مدرسه، و عیوب زیبایی را موجب

مشخصات عمومی دانشآموز و والدین و خلاصه تاریخچه پژوهشکی آنها پرسش‌هایی در رابطه با هر کدام از اختلالات مورد پژوهش آورده شده بود؛ همچنین دانشآموزان توسط پژوهشگران موردمعاينه قرار گرفتند و در صورت نیاز، دانشآموزان برای معاينه یا مشاوره با پژوهشک متخصص یا دندانپزشک ارجاع داده می‌شدند. پرسشنامه‌ها در دو نوع ویژه دانشآموزان دختر و پسر طراحی شد که تفاوت آنها در منحنی رشد بود. منحنی رشد مورد استفاده، همان منحنی رشد معیاری بود که توسط مرکز ملی آمار برای سلامت آمریکا (NCHS) تهیه و عرضه شده است (و نتایج مربوط به سالین ۱ تا ۶ سال آن در کارت‌های رشد رایج در کشور مورد استفاده قرار می‌گیرند). همچنین، برای بررسی اختلافات سنی، دانشآموزان به دو گروه سنی ۷-۸ ساله (متولدین اول مهر ۱۳۷۱ تا ۳۱ شهریور ۱۳۷۲)، و ۱۱-۹ ساله (متولدین اول مهر ۱۳۶۹ تا ۳۱ شهریور ۱۳۷۱) تقسیم شدند؛ بدین ترتیب، دانشآموزان مقاطع اول و دوم ابتدایی در گروه اول و دانشآموزان مقاطع سوم تا پنجم ابتدایی در گروه دوم جای گرفتند.

موارد دچار اختلال، بر طبق تعاریف ذیل، مورديابی شدند:

اضافه وزن: کودکانی که در نمودار وزن برای قد، بالاتر از صد ک ۹۷ ام قرار گرفته بودند.

کمبود وزن: کودکانی که در نمودار وزن برای قد، پایین تر از صد ک سوم قرار گرفته بودند.

پوسیدگی دندان: کودکانی که یک یا بیش تر از یک دندان پوسیده (چه دندان‌های شیری و چه دندان‌های دائمی) داشتند و براساس معاینات پژوهشکی برای کودکان سال اول و گزارش مربی بهداشت مدرسه برای کودکان سال‌های دوم تا پنجم، که در فرم‌های مربوطه ثبت شده بود، مورديابی شدند.

اختلالات عبارتند از: کمبود وزن، اضافه وزن، اختلالات حدت بینایی، اختلالات حدت شنوایی، و اختلالات مربوط به دهان و دندان.

در مجموع، با بررسی اختلالات فوق الذکر می‌توان به ارزیابی نسبتاً جامعی از وضعیت سلامت جسمانی در مدارس شهر شیراز رسید. از آنجاکه بنا بر جست‌وجوی پژوهشگران این مطالعه، تاکنون پژوهش مشابهی که موارد فوق الذکر را یکجا دربر بگیرد در سطح مدارس کشور انجام نشده است، نتایج این پژوهش می‌تواند راه‌گشایی کسب آگاهی بیشتر از وضعیت سلامت، نیازهای بهداشتی، و تعیین اولویت‌های پیشگیری و درمان در سطح مدارس باشد.

## مواد و روش‌ها

این مطالعه به روش توصیفی - مقطعي انجام شد. برای نمونه‌گیری، پس از مشورت با متخصص آمار، از روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای (Multistage Random Sampling) به روش خوشای استفاده شد. برای انجام این پژوهش، اطلاعات یک درصد از کل دانشآموزان شاغل به تحصیل در مقطع ابتدایی در دبستان‌های شهر شیراز استخراج شد. از آنجاکه نمونه‌گیری در مدارس مختلط بر حسب جنسیت دشوار بود، لذا این مدارس از تحقیق خارج شدند. سپس، نمونه‌گیری به صورت انتخاب چهار مدرسه (دو مدرسه دخترانه و دو مدرسه پسرانه) از هر کدام از نواحی چهارگانه شهر شیراز انجام شد. لازم به ذکر است که این نواحی چهارگانه، به طور تقریبی، از نظر سطح اجتماعی- اقتصادی مردم، با ترتیب نزولی مرتب شده‌اند.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه بود. این پرسشنامه‌ها توسط مربیان بهداشتی در طول سال تحصیلی تکمیل شدند. در این پرسشنامه‌ها علاوه بر

در مدارس مختلط درس می‌خوانند. از این جمعیت، نمونه‌ای به حجم ۱۳۰۰ نفر برگزیده شد، که از ۶۲۶ دختر و ۶۷۴ پسر تشکیل می‌شد. از این عده، ۵۷۲ نفر در گروه سنی ۷-۸ ساله و ۷۲۸ نفر در گروه سنی ۹-۱۱ ساله قرار می‌گرفتند. همچنین، ۴۳۷ نفر در مدارس ناحیه یک، ۱۸۴ نفر در ناحیه دو، ۳۷۲ نفر در ناحیه سه، و ۳۰۷ نفر در ناحیه چهار آموزش و پرورش شهر شیراز شاغل به تحصیل بودند.

نتایج حاصل از بررسی شیوع اختلالات مورد نظر، در کل نمونه، و زیر گروه‌های سنی، جنسی، نمونه مورد مطالعه، در جدول شماره ۱ آورده شده‌اند، و نیز نتایج مربوط به نواحی چهارگانه آموزش و پرورش شیراز، در جدول شماره ۲ نشان داده شده‌اند. همان‌طور که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود، در میان اختلالات جسمی، شماره ۱ مشاهده می‌شود، در صدصد بیشترین پرسیدگی دندان با فراوانی ۶۳/۶۹ درصد، کمترین میزان شیوع را در بین بیماری‌ها به خود اختصاص داده است و اختلالات شنوایی با ۰/۹۲ درصد، مقادیر مطالعه اصلی نیز گنجانده شدند، تأیید گردید (آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۸ درصد).

## بحث

شایع‌ترین اختلالی که در این مطالعه ارزیابی شد، پرسیدگی دندان، با میزان شیوع ۶۳/۶۹ درصد بود. مقایسه این میزان با میزان‌های اندازه‌گیری شده در گروه سنی مشابه در سایر کشورها نظیر آمریکا (شیوع در دندان‌های دائمی: ۳۹ درصد، در دندان‌های شیری: ۴۲/۶ درصد) (۹) از کشورهای توسعه یافته، و نایروبی (شیوع در دندان‌های دائمی: ۵۶ درصد، در دندان‌های شیری: ۵۰ درصد) (۱۰) از کشورهای در حال توسعه، نشان می‌دهد که پرسیدگی دندان در نزد دانش آموزان

نقص بینایی: کودکانی که در معاینه انجام شده توسط پزشک و یا مریب بهداشت، با استفاده از E-Chart، دارای حدت بینایی برابر با ۸/۱۰ یا کمتر بوده‌اند. کودکانی که با عینک دید آن‌ها ۹/۱۰ یا بالاتر بود، از این آمار حذف شدند (۱۴ تا ۱۹).

نقص شنوایی: کودکانی که نقص شنوایی آن‌ها توسط معاینه معمولی (مالیدن انگشتان به هم و پرسیدن از کودک درباره شدت صدا) مورد شک قرار گرفته بود و پس از ارجاع به متخصص گوش و گلو و بینی یا اودیولوژیست، و انجام آزمون‌های شنوایی سنجی (Audiometry) مورد تایید قرار گرفته بود.

لازم به ذکر است که روایی محتوای (Content Validity) پرسشنامه با نظر سنجی از متخصصین مربوطه (یک متخصص اطفال، یک متخصص گوش و حلق و بینی، یک متخصص چشم، و یک دندان‌پزشک)، همگی از اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز در کلیه مراحل طراحی، تایید شد. و پایابی (Reliability) پرسشنامه نیز، در یک بررسی اولیه بر روی ۱۰۵ نفر از دانش آموزان (که سپس، جزو نمونه‌های مطالعه اصلی نیز گنجانده شدند)، تایید گردید (آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۸ درصد).

پس از جمع‌آوری داده‌ها، دسته‌بندی و تجزیه و تحلیل با استفاده از آزمون‌های آماری Z و Chi Square و با به کارگیری نرم‌افزارهای EPI Info 6.4 و SPSS Version 11.5، در سطح معنی داری ۰/۰۵ انجام شد.

## یافته‌ها

در سال تحصیلی ۱۳۸۰-۸۱، جمیعاً ۱۳۰۲۰۳ دانش آموز در دبستان‌های مقطع ابتدایی در شهر شیراز مشغول به تحصیل بودند، که از این عده، ۶۰۲۸۷ نفر در مدارس دخترانه، ۶۴۹۴۷ نفر در مدارس پسرانه، و ۴۹۶۹ نفر

جدول شماره ۱: میزان شیوع اختلالات مورد بررسی در کل و در زیر گروه‌های سنی و جنسی مورد مطالعه در کودکان دبستانی شیراز ۱۳۸۰-۸۱

نام اختلال	تعداد (درصد)	جنسیت	دختر	گروه سنی		تعداد (درصد)	P<	کل
				ساله ۷-۸	ساله ۹-۱۱			
اضافه وزن	۲۷ (۴/۹۶)	۱۱ (۱/۱۲)	۲۷ (۶/۳۱)	۱۱ (۲/۷۹)	۲۲ (۳/۱۲)	۰/۰۰۴**	۰/۰۰۰۰۰۱**	۲۸ (۲/۹۲)
کمبود وزن	۷۲ (۱۴/۴۳)	۱۱۶ (۱۷/۲۱)	۷۲ (۱/۱۵)	۱۱۸ (۲۳/۸۷)	۷۰ (۱/۱۱)	۰/۰۰۳۰*	۰/۰۰۰۰۰۱**	۱۸۸ (۱۴/۴۳)
پوسبیدگی دندان	۴۱۳ (۹۰/۹۷)	۴۱۰ (۱۱/۵۷)	۴۱۳ (۹۰/۹۷)	۳۶۷ (۲۴/۱۶)	۴۶۳ (۱۳/۶۱)	۰/۰۰۹۹	۰/۰۸۳	۸۲۸ (۱۳/۷۹)
اختلال یستایی	۳۸ (۷/۱۷)	۵۳ (۷/۸۶)	۳۸ (۷/۱۷)	۵۱ (۸/۹۲)	۴۰ (۵/۶۹)	۰/۰۲	۰/۰۱۶**	۹۱ (۷)
اختلال شناختی	۸ (۱/۲۷)	۴ (۰/۰۹)	۸ (۱/۲۷)	۹ (۱/۰۷)	۳ (۰/۴۱)	۰/۰۲	۰/۰۰۳**	۱۲ (۰/۹۲)

\* حجم کل نمونه ۱۳۰۰ نفر بوده است.

\*\* اختلاف موجود از نظر آماری معنی دار بوده است.

جدول شماره ۲: میزان شیوع اختلالات مورد بررسی کودکان دبستانی در نواحی چهارگانه آموزش و پرورش شهر شیراز ۸۱-۸۰

نام اختلال	تعداد (درصد)	ناحیه آموزش و پرورش					کل	P<
		یک	دو	سه	چهار	تعداد (درصد)		
اضافه وزن	۹ (۱/۰۵)	۷ (۳/۸)	۱۳ (۳/۴۹)	۹ (۲/۹۳)	۹ (۰/۰۶)	۲۸ (۲/۹۲)	۰/۰۶	۲۸ (۲/۹۲)
کمبود وزن	۸۰ (۱۹/۶۰)	۳۱ (۱۶/۸۴)	۳۸ (۱۰/۲۱)	۳۴ (۱۱/۰۷)	۳۴ (۰/۰۵)	۱۸۸ (۱۴/۴۳)	۰/۰۰۰۰۰	۱۸۸ (۱۴/۴۳)
پوسبیدگی دندان	۷۷۲ (۲۲/۲۴)	۱۲۱ (۲۶/۷)	۲۰۱ (۱۷/۴۷)	۱۸۴ (۰/۹۳)	۱۸۴ (۰/۰۷)	۸۲۸ (۱۳/۷۹)	۰/۰۷	۸۲۸ (۱۳/۷۹)
اختلال یستایی	۲۱ (۴/۱۸)	۱۷ (۹/۲۶)	۲۰ (۹/۷۲)	۲۸ (۰/۱۲)	۰/۰۷۸	۹۱ (۷)	۰/۰۰۷۸	۹۱ (۷)
اختلال شناختی	۳ (۰/۰۸)	۱ (۰/۰۶)	۰ (۱/۳۶)	۲۰ (۰/۹۸)	۰/۰۷۳	۱۲ (۰/۹۲)	۰/۰۳	۱۲ (۰/۹۲)

\* حجم کل نمونه ۱۳۰۰ نفر بوده است.

\*\* اختلاف موجود از نظر آماری معنی دار بوده است.

شیوع اضافه وزن در دانش آموزان تحت مطالعه (۲/۹۲ درصد) نسبت به شیوع این اختلال در گروه سنی مشابه در سایر کشورها، نظیر کانادا (۴-۴۳)، انگلستان (۷/۳ درصد)، و آمریکا (۲۰ درصد) از کشورهای توسعه یافته (۲)، و چین (۱۴/۹ درصد) در مناطق شهری، و ۸/۴ درصد در مناطق روستایی در سال ۱۹۹۲ (۱) از کشورهای در حال توسعه، نشان می‌دهد که این اختلال در دانش آموزان دبستانی شیرازی، از شیوع کمی دارد. مقایسه با آمار ارائه شده در کشورهای دیگری نظیر ژاپن و مالزی (۱) و کویت (۴) نیز بیانگر همین نتیجه است. با توجه به این واقعیت که با ارتقای

شیرازی، شیوع بسیار بالایی دارد. علت این امر را می‌توان در ضعف فرهنگ بهداشتی عمومی در رابطه با مراقبت از دندان‌ها و سهل‌انگاری خانواده‌ها در این زمینه، خصوصاً کم توجهی نسبت به بهداشت دندان‌های شیری دانست. نکه جالب توجه این که از نظر میزان شیوع این اختلال، تفاوت معنی‌داری میان پسران و دختران، دو گروه سنی مورد مطالعه، و نیز مناطق آموزش و پرورش مشاهده نشده است؛ و این حکایت از ضعف فراگیر بهداشت دهان و دندان حتی در نزد طبقات نسبتاً مرتفه تر دارد. لذا لزوم و اهمیت بسیار زیاد توجه بیشتر به ارائه آموزش‌های لازم در این زمینه، چه در سطح مدارس و چه در سطح عمومی (خانواده‌ها) مشهود می‌باشد.

بالاتر بوده است؛ به طوری که این میزان در سال‌های ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۵ در کودکان و نوجوانان ۱۸-۹ ساله چینی سیر صعودی داشته، و به ۲۶/۹ درصد در پسرها و ۳۸/۳ درصد در دخترها رسیده است<sup>(۱)</sup>. به هر حال، شیوع کمبود وزن در دانش آموزان شیرازی، بالاتر از حد قابل قبول به نظر می‌رسد و نیازمند بررسی، توجه، و اقدام ویژه است. بالاتر بودن معنی دار شیوع کمبود وزن در منطقه یک و دوی آموزش و پرورش که قاعده‌تا از سطح اقتصادی بالاتری برخوردار می‌باشد، توجه را به این نکته جلب می‌کند که شیوع بالای کمبود وزن را نمی‌توان تنها به فقر اقتصادی خانواده‌ها نسبت داد، لذا به نظر می‌رسد که توجه به الگوی مصرف دانش آموزان نیز ضروری می‌باشد. شیوع کمبود وزن در پسرها بالاتر از دخترها می‌باشد که می‌تواند ناشی از تحرک بسیار بیشتر در این گروه باشد. همچنین، شیوع کمبود وزن در کودکان ۷-۸ ساله به میزان قابل توجهی بالاتر از گروه سنی ۱۱-۹ ساله بود که این نشانگر لزوم توجه بیشتر به الگو و نحوه تغذیه در این گروه مهم سنی می‌باشد.

شیوع اختلال بینایی در کودکان مورد مطالعه، ۷ درصد بوده است. این اختلال در مطالعاتی که در سایر کشورها انجام شده‌اند، شیوع متفاوتی داشته است؛ به طوری که در مطالعات انجام شده در ترکیه، چین، شیلی، نپال، هند، و ماداگاسکار، این میزان به ترتیب، ۱۱، ۱۲/۸، ۱۰/۸، ۲/۹، ۲/۹ و ۳/۱ درصد بوده است<sup>(۱)</sup>. لذا به نظر می‌رسد که شیوع این اختلال در دانش آموزان ایرانی، نسبت به سایر کشورها در حد متوسطی باشد. این اختلال در گروه سنی ۷-۸ ساله به نحو معنی‌داری بیشتر از گروه سنی ۱۱-۹ ساله بود که علت آن می‌تواند، شناخته شدن اختلالات موجود با افزایش سن دانش آموزان و اقدام خانواده‌ها در جهت درمان آن‌ها باشد. میزان این اختلال در پسرها و دخترها و نیز در مناطق مختلف آموزش و پرورش شیراز، تفاوت

سطح اقتصادی و تغیر الگوی مصرف جامعه و استفاده بیشتر از غذاهای آماده در اثر شاغل شدن مادران، و تغیر الگوی تغذیه به سمت کم‌تر شدن سهم غذاهای که در منزل تهیه می‌شوند، این خطر وجود دارد که همه‌گیری اضافه وزن و چاقی در میان دانش آموزان ایرانی نیز پدیدار شود؛ مناسب به نظر می‌رسد که با ارائه آموزش‌های تغذیه‌ای مناسب و توجه بیشتر به سهم ورزش در آموزش مدارس و فرهنگ اوقات فراغت خانواده‌ها از گسترش بیشتر این اختلال جلوگیری شود. اضافه وزن در دختران به نحو معنی‌داری بیشتر از پسران بود که به نظر می‌رسد علت آن تحرک بیشتر در زندگی روزمره پسران و امکانات بیشتری است که برای فعالیت‌های جسمانی و ورزش در اختیار پسران قرار دارد. فقدان تفاوت معنی‌دار از نظر اضافه وزن، میان دو گروه سنی مورد مطالعه، حاکی از تداوم الگوی تغذیه‌ای است که از سوی خانواده‌ها تعیین می‌شود. و نیز، فقدان تفاوت معنی‌دار میان چهار ناحیه آموزش و پرورش، بیشتر با توجه به این نکته قابل توجیه است که مواد غذایی پرکالری، نظیر کربوهیدرات‌ها و چربی‌ها، به قیمت نسبتاً ارزان و با یارانه دولتی در اختیار تمامی اشار جامعه قرار دارند.

کمبود وزن، با شیوع کلی ۱۴/۶ درصد در دانش آموزان مورد بررسی، به عنوان یک مشکل شایع و قابل توجه خود نمایی می‌کند، خصوصاً در مقایسه با مطالعات انجام شده در سایر کشورها، بالا بودن شیوع این اختلال، قابل توجه به نظر می‌رسد، برای مثال در مطالعه‌ای در ایالت کلمبیا امریکا در کودکان کوکستان‌ها (بیش از مدرسه)، شیوع این اختلال برابر با صفر بوده است<sup>(۲)</sup>. در کویت، میزان شیوع کمبود وزن در دخترها و پسرها، به ترتیب ۳/۸ درصد و ۳/۷ درصد بوده است<sup>(۳)</sup>. البته در مواردی نیز این میزان در مطالعات سایر کشورها از میزان به دست آمده در این مطالعه

حاضر با موارد مشابه در مطالعات خارجی تا حدی توجیه می شود. بالاتر بودن شیوع این اختلال در کودکان سنین پایین تر را می توان به کشف موارد و درمان آنها، یا انتقال دانش آموزان دچار مشکل به مدارس ویژه، با افزایش سن دانش آموزان، نسبت داد.

در مجموع، با توجه به اهمیت واضح بهداشت و سلامت در دانش آموزان دبستانی، به عنوان بخش بزرگی از جامعه در حال حاضر و به عنوان پایه و مبنای سلامت کل جامعه در آینده؛ نتایج این پژوهش نیاز به توجه و رسیدگی درخور به مواردی نظیر بهداشت دهان و دندان، و بهداشت تنفسی دانش آموزان، و انجام پژوهش های شیوع سنجی در رابطه با دیگر اختلالات تهدید کننده سلامت کودکان و نوجوانان را مطرح می سازد.

معنی داری نداشت که علت آن می تواند ماهیت ارضی و ژنتیک این اختلال باشد. در این زمینه غربالگری عمومی از نظر تبلی چشم (Ambliopia) که چند سالی است در ایران انجام می شود، می تواند در کاهش شیوع اختلالات بینایی در دانش آموزان ایرانی بسیار مؤثر باشد.

در میان اختلالات جسمانی مورد بررسی در این پژوهش، اختلال شناوی با شیوع کلی ۰/۹۲ درصد، کمترین میزان را به خود اختصاص داده است. مطالعات انجام شده در کشورهای پاکستان، جنوب هندوستان، فلاتین، و کنیا، میزان شیوع اختلال شناوی را به ترتیب ۲/۵، ۱۱/۹، ۷/۹ و ۵/۶ درصد بود (۱۰ تا ۱۳). با توجه به این نکته که در این مطالعه از گزارش مریبی بهداشت مدرسه (و نه ادیومتری) برای غربالگری اولیه استفاده شده است، اختلاف میزان مشاهده شده در مطالعه

## فهرست منابع

1. پارک جی ای، پارک ک؛ ترجمه شجاعی تهرانی، حسین؛ درسنامه پژوهشی اجتماعی و پیشگیری؛ انتشارات سماط؛ بخش اول از ویرایش دوم؛ ۱۳۷۶.
2. Behrman RE, Kleigman RM, Jenson HB. *Nelson Textbook of Paediatrics*; 16<sup>th</sup> ed; Philadelphia: WB Saunders; 2003; P: 430-42.
3. Overpeck MD, Hediger ML, Ruan WJ. Stature, weight, and body mass among young US children born at term with appropriate birth weights; *J Pediatr*; 2000; 137(92): 205-13.
4. Al-Isa AN, Moussa MA. Nutritional status of Kuwaiti elementary school children aged 6-10 years: Comparision with the NCHS CDC reference population; *Int J Food Sci Nutr*; 2001; 51(4): 221-8.
5. Fernando SD, Paranavitane SR, Rajakaruna J. The health and nutritional status of school children in two communities in Sri Lanka; *Trop Med Int Health*; 2000; 5(6): 450-2.
6. Ke-You G, Da-Wei F. The magnitude and trends of under- and over-nutrition in Asian countries; *Biomed Environ Sci*; 2001; 14(1-2): 53-60.
7. Rudolf MC, Cole TJ, Krom AJ. Growth of primary school children: A validation of the 1990 references and their use in growth monitoring; *Arch Dis Child*; 2000; 83(4): 298-301.
8. Nganga PM, Valderhaug J. Dental caries in primary school children in Nairobi; *Acta Odontal Scand*; 1992; 50(5): 269-72.

9. Okunseri C, Bander V, Kumar J. Dental caries prevalence and treatment need among racial/ethnic minority cshool children; *MY State Dent J*; 2002; 68(8): 20-3.
10. Elahi MM, Elahi F, Elahi A. Paediatric hearing loss in rural pakistan; *J Otolaringol*; 1998; 27(6): 348-53.
11. Phaneendra RS, Subramanyam MA, Nair NS. Hearing impairment and ear disease among children of school entry age in rural south India; *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*; 2002; 64(2): 105-10.
12. Marttila TI. Results of audiometrical screening in Finnish school children; *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*; 1988; 11(1): 39-46.
13. Hatcher J, Smith A, Mackenzie I. A prevalence study of ear problems in school children in kiamba district,Kenya, may 1992; *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*; 1995; 33(3): 197-205.
14. Zhano J, Pan X, Ruifang S. Refractive error study in children: Result from Shungi District, China; *Am J Ophtalmol*; 2000; 129(4): 427-35.
15. Gopal PP,Negril AD,Munoz SR.Refractive error study in children: Result from Meki zone, *Nepal; Am J Ophtalmol*; 2000; 129(4): 436-44.
16. Maul E,Barroso S, Munoz SR. Refractive error study in children: Result from La Florida; *Am J Ophtalmol*; 2000; 129(4): 445-54.
17. Trauchi ME, Aktan SG, Ouruk K. Ophthalmic screening of school children in Ankara; *Eur J Ophtalmol*; 1995; 5(3): 181-6.
18. Auzemery A, Andriamamihija R, Boisier P. A survey of the prevalence and causes of eye disorders in primary school children in Antananarivo; *Sante*; 1995; 5(3): 163-6.
19. Kalikivayi V, Naduvilath TJ, Bansal AK. Visual impairment in school children in southern India; *Indian J Ophtalmol*; 1997; 45(2): 129-34.