

## وضعیت سلامت جسمی دانش آموزان پسر شهر سراوان

حسن ربایی\*، سعاد محفوظ پور\*\*، کاملیا روحانی\*\*

\* دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، دانشکده پرستاری و مامائی ایرانشهر  
\*\*دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، دانشکده پرستاری و مامائی

### چکیده

آینده هر جامعه به سلامت کودکان آن وابسته است و جامعه ای پایدار خواهد ماند که در حفظ و نگهداری و تربیت کودکان موفق باشد. این مطالعه به منظور بررسی وضعیت سلامت جسمی دانش آموزان پسر ۱۲-۶ ساله شهر سراوان در سال ۱۳۷۸ انجام شده است. در این مطالعه تعداد ۴۰۰ نفر دانش آموز پسر کلاس های اول تا پنجم دبستان شهر سراوان که در گروه سنی ۱۲-۶ سال بودند، به صورت نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای انتخاب و از نظر رشد جسمی (قد و وزن) بینائی، شنوائی، دهان و دندان مورد بررسی قرار گرفتند. جمع آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه و برگه ثبت مشاهدات بوده است که جهت معاینه دانش آموزان از ابزارهایی شامل متر، ترازو، چارت اسنلن، دیاپازون، چراغ قوه و آبسلانگ استفاده گردیده است. برای تجزیه و تحلیل یافته ها از آزمونهای آنالیز واریانس و آزمون تی استفاده شد. یافته ها نشان دادند که میانہ قد و وزن واحدهای مورد پژوهش در تمام گروههای سنی پائین تر از صدک بیست و پنجم منحنی استاندارد رشد (N.C.H.S) قرار گرفته بود و قد و وزن ۲۸٪ و ۲۸/۵٪ و وزن ۲۸٪ کودکان مورد پژوهش زیر صدک پنجم منحنی استاندارد رشد قرار داشت. ۲۲/۷٪ واحدهای مورد پژوهش به درجات متفاوتی (۰/۹ تا ۰/۴) دچار کاهش حدت بینائی در یک یا هر دو چشم بودند و ۵/۵٪ آنها با استفاده از آزمون نجوا دچار کاهش شنوائی در یک یا هر دو گوش بودند. ۸۴٪ واحدهای مورد پژوهش دچار پوسیدگی در دندانهای شیری یا دائمی بودند. در مقایسه میانگین قد و وزن واحدهای مورد پژوهش با مشخصات دموگرافیکی، در گروههای سنی ۸،۶ و ۹ ساله بین میانگین وزن و قد با تحصیلات و شغل والدین (بخصوص مادران) ارتباط معنی داری وجود داشت.

یافته ها نشان داد که وضعیت سلامت جسمی واحدهای مورد پژوهش مطلوب نبوده و با توجه به اهمیت تشخیص زودرس و درمان به موقع بیماریها انجام چنین غربالگریهایی در کودکان سنین مدرسه احساس می شود. (مجله طبیب شرق، سال چهارم، شماره ۲، تابستان ۱۳۸۱، ص

(۶۹ تا ۶۱)

کلواژه ها: سلامت جسمی، رشد جسمی، وضعیت بینائی، شنوائی، دهان و دندان، دانش آموز

### مقدمه

می باشد که بعد بدنی و جسمی سلامتی را از همه آسانتر می توان درک کرد. سلامت جسمی دال بر عمل کردن کامل بدن است و اینکه همه اعضای بدن به اندازه عادی و با عملکرد معمولی باشند.<sup>(۱)</sup> عوامل بسیار زیادی بر سلامتی تاثیر می گذارند که مهمترین آنها وراثت، محیط زیست، سبک زندگی، وضعیت اقتصادی - اجتماعی، خدمات بهداشتی درمانی و... می باشند.<sup>(۲)</sup> گروه سنی هفت تا پانزده سال بخصوص در کشورهای جهان سوم رقم

در طی سالهای گذشته با جنبش تازه ای که بوجود آمد، سلامت به عنوان یک حق بشری و یک هدف اجتماعی در جهان شناخته شده است.<sup>(۱)</sup> برای سلامتی تعاریف متعددی وجود دارد که مقبول ترین آنها تعریف سازمان جهانی بهداشت می باشد که سلامتی را یک رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه تنها فقدان بیماری و یا ناتوانی تعریف کرده است.<sup>(۲)</sup> سلامتی دارای ابعاد مختلف جسمی، روانی، روحی، عاطفی و اجتماعی

دریچه ای بسوی فردای روشن ایران، نیروی بالقوه و زیاد آنان با توجه به بافت جمعیتی و جوان کشور، جایگاه انحصاری مدرسه بعنوان پایگاهی برای داشتن کودکان و نهایتاً جامعه ای سالم، کمبود در تعداد مربیان بهداشت و توجه به زبان گویای ارقام موجود در مورد مشکلات و بیماریهای کودکان سنین مدرسه، اولویت بهداشت مدارس در ایران و انگیزه و علاقه به موضوع از اهم دلایل انتخاب این پژوهش در جهت رفع مشکلات اولیه بهداشتی کودکان و جامعه می باشد.

### روش کار

این پژوهش به صورت مقطعی است که به منظور تعیین وضعیت سلامت جسمی دانش آموزان پسر ۱۲ - ۶ ساله شهر سراوان و تعیین ارتباط بین رشد جسمی (قد و وزن) دانش آموزان با مشخصات دموگرافیک آنها انجام گردیده است.

جامعه پژوهش، کلیه دانش آموزان پسر دوره ابتدائی که در سال تحصیلی ۷۸-۷۷ در مدارس ابتدائی شهر سراوان مشغول به تحصیل بوده اند، هستند.

نمونه پژوهش، شامل ۴۰۰ نفر از دانش آموزان مقاطع تحصیلی اول تا پنجم در گروههای سنی ۱۲-۶ سال بودند که به روش نمونه گیری تصادفی چند مرحله‌ای از کل مدارس ابتدائی شهر سراوان (۱۵ مدرسه) انتخاب گردیدند. برای تعیین تعداد نمونه های مورد پژوهش از فرمول آماری برآورد تعداد نمونه پس از انجام یک مطالعه مقدماتی بر روی ۲۰ نفر از دانش آموزان که مشخصات واحدهای مورد پژوهش را داشتند و به صورت نمونه گیری چند مرحله ای انتخاب شده بودند استفاده گردید. در تجزیه و تحلیل حاصل از نمونه آزمایشی مشخص گردید که میزان مشکلات از ۵ تا ۵۰ درصد متغیر بود. بنابراین با توجه به فرمول تعداد نمونه برای صفات کیفی، میزان  $p = 0/50$  با حدود اطمینان ۹۵ درصد و  $d = 0/05$

بزرگی را تشکیل می دهند و به علت آسیب پذیری این توده عظیم، توجه به بهداشت و برقراری سلامت آنها تاثیر انکارناپذیری در ارتقاء سطح بهداشت کشور خواهد داشت.<sup>(۳)</sup> بررسی مسائل بهداشت و درمان دانش آموزان و تدوین برنامه‌هایی جهت این مسائل و ارتقاء سطح سلامت و بهداشت دانش آموزان از این نظر حائز اهمیت است که اطفال پس از ۶ - ۵ سالگی قسمت مهمی از سالهای زندگی خود را که مصادف با رشد جسمی و روانی آنهاست در مدرسه می گذرانند. تامین سلامت کودکان سنین مدرسه در واقع مکمل خدمات بهداشت مادران و کودکان است.<sup>(۴)</sup>

کودکان سنین مدرسه با مشکلات بهداشتی قابل توجهی مواجه هستند که عمده ترین آنها سوء تغذیه، بیماریهای دهان و دندان، مشکلات بینائی و شنوائی هستند که بر سلامتی آنها تاثیر می گذارد.<sup>(۵)</sup>

در بررسی های آماری میزان شیوع بیماریها در دانش آموزان پسر مقطع ابتدائی در استانهای سراسر کشور ۲۲/۶ درصد مبتلا به بیماریهای واگیر، ۶ درصد مبتلا به بیماریهای غیر واگیر، ۹/۱ درصد به اختلالات بینائی و ۰/۸ درصد مبتلا به اختلالات شنوائی بوده اند که تاخیر در تشخیص مشکلات بینائی و شنوائی می تواند بطور جدی بر فرایند یادگیری تاثیر گذاشته و موفقیت درمان را به مخاطره اندازد.<sup>(۶-۸)</sup>

بدین ترتیب ملاحظه می شود در سنین دبستان که مثل سالهای اولیه زندگی از مراحل حساس و پر مخاطره حیات است، به کارگیری خدمات مناسب بهداشتی بوسیله کارداناان یا کارشناسان این فن می تواند در جهات مختلف از میزان آسیب پذیری و یا بروز عوارض بعدی در کودکان پیشگیری کرده، راه را برای آموزش و پرورش مطلوب تر آنها هموار کند.

بطور کلی اهمیت کودکان و سلامت آنها بعنوان

مورد مشاهده و معاینه قرار داد ( بجز در رابطه با وضعیت دندانها که برای صحت مشاهده پوسیدگی دندانها، پژوهشگر زیر نظر یکی از متخصصین دندانپزشکی به تشخیص پوسیدگی دندانها مبادرت نمود) و ضریب همبستگی مشاهده شده ( $r = 0/95$ ) بین نمرات داده شده توسط دو مشاهده کننده، نشانگر اعتماد علمی برگه ثبت مشاهدات بود.

برای تعیین اعتماد علمی ابزار مورد استفاده (ترازو، متر، چارت اسنلن و دیپازون)، چند نفر از واحدهای مورد پژوهش به فاصله نیم ساعت با ابزارهای مورد نظر، تحت بررسی قرار گرفتند و ضریب همبستگی بین آنها ( $r = 1$ ) نشانگر اعتماد علمی ابزار مورد استفاده بود.

جهت تجزیه و تحلیل داده ها از روش های آماری توصیفی (میانگین، درصد و انحراف معیار) و تحلیلی (آزمون تی، و آنالیز واریانس) استفاده شده است.

### یافته ها

وزن ۲۸ درصد کودکان و قد ۲۸/۵ درصد آنان پائین تر از صدک پنجم استاندارد رشد (NCHC) قرار دارد. همچنین وزن ۷/۵ درصد کودکان و قد ۱۵/۲ درصد آنان بالاتر از صدک پنجاهم بوده است. (جدول ۱)

نتایج حاصل از معاینه بینائی و شنوایی واحدهای مورد پژوهش نشان داد که ۲۲/۷ درصد آنها به درجات متفاوتی (۰/۹ تا ۰/۴) دچار کاهش حدت بینائی در یک چشم (۸/۵٪) یا هر دو چشم (۱۴/۲٪) بوده اند و در معاینه گوشها، ۵/۵ درصد دچار کاهش شنوایی در یک گوش (۵/۲۵٪) یا هر دو گوش (۰/۲۵٪) بودند که بر اساس آزمونهای دیپازونی ۹۵/۵ درصد کاهش شنوایی ها از نوع کاهش انتقالی و ۴/۵ درصد آنها از نوع حسی - عصبی بوده است.

حداکثر میانگین dmft (۳/۹۶) مربوط به گروه سنی ۸ سال و کمترین میزان dmft (۱/۰۶) مربوط به گروه سنی

اندازه نمونه برابر ۴۰۰ نفر محاسبه گردید.

محیط پژوهش، کلیه مدارس ابتدائی پسرانه شهر سراوان وابسته به آموزش و پرورش شهرستان سراوان بوده اند و دلیل انتخاب این محیط پژوهش مستقر بودن واحدهای مورد مطالعه در مدارس و سهولت دسترسی به آنها بوده است.

ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه و برگه ثبت مشاهدات بوده است که داده ها توسط پژوهشگر در مدت ۴۰ روز در فروردین و اردیبهشت ماه ۱۳۷۸ جمع آوری گردیده است. پرسشنامه شامل دو بخش است که در بخش اول اطلاعات فردی و در بخش دوم اطلاعات اختصاصی در رابطه با بهداشت بینائی، شنوایی، دهان و دندان و مشکلات هر کدام از این سیستم ها منظور شده است. یکی دیگر از ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش، برگه ثبت مشاهدات می باشد که جهت ثبت اطلاعات در این برگه از ابزارهایی مانند متر، ترازو، چارت اسنلن، دیپازون، آبسلانگ و چراغ قوه استفاده گردیده است.

برای کسب اعتبار علمی ابزار گردآوری داده ها از روش اعتبار محتوا استفاده گردیده است و به منظور دستیابی به اعتماد علمی یا پایائی پرسشنامه از روش آزمون مجدد استفاده گردیده است بدین ترتیب که طی مصاحبه با ۲۰ دانش آموز در دو مرحله به فاصله ۱۰ روز پرسشنامه تکمیل و نتایج حاصل با همدیگر مقایسه گردید و چنانچه ضریب همبستگی هر سؤال در دو آزمون بعمل آمده ۰/۸۰ یا بیشتر بود ( $r > 0/80$ ) سؤال قابل اعتماد تلقی شده و در غیر این صورت حذف گردید.

جهت پایائی برگه ثبت مشاهدات از روش مشاهده همزمان استفاده شده است، بدین ترتیب که پژوهشگر و یکی از همکاران که از نظر اطلاعات و دانش یکسان بودند، بطور همزمان ۱۰ نفر از واحدهای مورد پژوهش را

میانگین قد براساس وضعیت شغلی مادر اختلاف معنی داری داشت ( $P=0/001$ ) بطوریکه در گروه سنی ۸ ساله از ۱۲۳/۵ سانتی متر در گروه مادران خانه دار به ۱۳۳ سانتی متر در گروههای شغلی کارمند و آزاد رسیده است. در گروه سنی ۹ ساله بین میانگین قد دانش آموزان و سطوح تحصیلی مادر اختلاف معنی داری مشاهده گردید ( $P=0/01$ ) بطوریکه میانگین قد از ۱۲۸/۵ سانتی متر در گروه مادران بی سواد به ۱۳۲/۹ سانتی متر در گروههای تحصیلی راهنمایی و دبیرستان رسیده است. نتایج آزمون آماری آنالیز واریانس و آزمون تی در هیچ یک از گروههای سنی، بین میانگین وزن و قد واحدهای مورد پژوهش بر اساس رتبه تولد و تعداد خانوار اختلاف معنی داری نشان نداد.

### بحث

یافتههای پژوهش نشان دادند که میانه وزن و قد واحدهای مورد پژوهش در تمام گروههای سنی ۱۲-۶ سال، پائین تر از صدک بیست و پنجم منحنی استاندارد رشد قرار گرفته بود.

۱۱ سال بوده است. میانگین کل dmft در همه گروههای سنی ۲/۸۶ با انحراف معیار ۲/۵۱ بوده است. از طرف دیگر این جدول نشان می دهد که با افزایش سن، میانگین DMFT افزایش یافته است، بطوریکه از ۰/۲۴ در گروه سنی ۶ سال به ۱/۰۲ در گروه سنی ۱۱ سال رسیده است. میانگین کل DMFT در همه گروههای سنی ۰/۷۶ با انحراف معیار ۰/۳۷ بوده است. (جدول ۲)

در گروه سنی ۹ ساله میانگین وزن کودکان در سطوح تحصیلی مادران اختلاف معنی داری دارد ( $P=0/03$ ) یعنی با افزایش تحصیلات مادر میانگین وزن بیشتر شده است بطوریکه میانگین وزن از ۲۴/۵ کیلوگرم در گروه بی سواد به ۲۸/۹ کیلوگرم در گروههای راهنمایی و دبیرستان رسیده است.

میانگین وزن در گروههای سنی ۸ و ۹ ساله بر اساس وضعیت شغلی مادر اختلاف معنی داری داشت ( $P=0/008$  و  $P=0/01$ ) بطوریکه میانگین وزن در گروه سنی ۸ ساله از ۲۲/۲ کیلوگرم در گروه خانه دار به ۲۶/۲ کیلوگرم در گروههای کارمند و آزاد رسیده است و در گروه سنی ۹ ساله، میانگین وزن از ۲۵/۳ کیلوگرم در گروه خانه دار به ۳۲/۲ کیلوگرم در گروههای کارمند و آزاد رسیده است.

جدول ۱: توزیع وزن و قد دانش آموزان مورد بررسی بر حسب صدکهای منحنی استاندارد (NCHS)

قد		وزن		صدکها
درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۲۸/۵	۱۱۴	۲۸	۱۱۲	پائین تر از صدک پنجم
۵۶/۳	۲۲۵	۶۴/۵	۲۵۸	بین صدک پنجم تا پنجاهم
۱۵/۲	۶۱	۷/۵	۳۰	بالتر از صدک پنجاهم
۱۰۰	۴۰۰	۱۰۰	۴۰۰	جمع

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار دندانهای پوسیده، کشیده و پر کرده شیری (d.m.f.t) و دائمی (D.M.F.T) در دانش آموزان مورد بررسی بر حسب گروههای سنی

سن (سال)	شیری (dmft)		دائمی (DMFT)	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
۶	۳/۰۳	۲/۴۸	۰/۲۴	۰/۰۶
۷	۳/۸۵	۲/۹۲	۰/۳۳	۰/۱۲
۸	۳/۹۶	۲/۶۸	۰/۶۸	۰/۳
۹	۳/۴۳	۲/۴۱	۰/۷۵	۰/۴۴
۱۰	۱/۸۶	۱/۵۶	۰/۹۳	۰/۵۷
۱۱	۱/۰۶	۱/۰۲	۱/۰۲	۰/۵۸
میانگین	۲/۸۶	۲/۵۱	۰/۷۶	۰/۳۷

که میانگین قد و وزن پسران و دخترانی که از طبقات بالای اجتماعی - اقتصادی بودند، بالاتر از صدک پنجاهم

در مقایسه وزن کودکان با صدکهای منحنی استاندارد رشد، ۲۸ درصد از واحدهای مورد پژوهش زیر صدک پنجم، ۶۴/۵ درصد بین صدک پنجم تا پنجاهم و ۷/۵ درصد از آنها بالاتر از صدک پنجاهم منحنی استاندارد رشد قرار داشتند و در مقایسه قد کودکان با صدکهای منحنی استاندارد رشد نیز مشخص گردید که ۲۸/۵ درصد از واحدهای مورد پژوهش پائین تر از صدک پنجم، ۵۶/۳۰ درصد بین صدک پنجم تا پنجاهم و ۱۵/۲ درصد آنها بالاتر از صدک پنجاهم منحنی استاندارد رشد قرار داشتند. نتایج مطالعات فرحناک بر روی کودکان ۶ تا ۸ سال در مجیدیه تهران، رجبیان و همکاران بر روی دانش آموزان ۶ تا ۱۸ سال در شهر مشهد و عباسی و روانشاد بر روی کودکان ۶ تا ۱۰ سال در شهر یزد نیز نشان دادند که میانگین قد و وزن واحد های مورد پژوهش از میانگین استاندارد پائین تر بوده است.<sup>(۱۰-۱۲)</sup> در حالیکه مطالعه بر روی کودکان ۵ تا ۱۱ سال در آنکارای ترکیه نشان داد

منحنی استاندارد رشد بوده است.<sup>(۱۳)</sup> پژوهشگر احتمال می دهد که علت پائین بودن شاخص های رشد جسمی کودکان به دلیل پائین بودن وضعیت اجتماعی - اقتصادی و فرهنگی این منطقه باشد که روی تغذیه و در نتیجه رشد جسمی کودکان اثر گذاشته است.

در بررسی حدت بینائی مشخص گردید که ۲۲/۷ درصد از دانش آموزان به درجات متفاوتی (۰/۹ تا ۰/۴) دچار کاهش حدت بینائی در یک یا هر دو چشم بودند، در این رابطه محمودی نیز نتایج مشابهی را گزارش کرده است.<sup>(۱۴)</sup>

۱۲ ساله شهری در استان سیستان و بلوچستان می باشد (۰/۶۶) در حالیکه نسبت به مطالعه دانش آموزان گروه سنی ۱۲ ساله در شهر بیرجند (۱/۳۲) و کودکان ۱۲ ساله عمانی (۱/۵۳) کمتر می باشد. (۱۹-۲۰)

یافته ها نشان دادند که بطور کلی ۸۴ درصد واحدهای مورد پژوهش دچار پوسیدگی در دندانهای شیری یا دائمی بودند که این نتایج قابل مقایسه با آمارهای موجود (۰/۸۵) در رابطه با پوسیدگی دندانها در دانش آموزان سراسر کشور می باشد. (۲۱)

میانگین دندانهای پر کرده شیری و دائمی در همه گروههای سنی ۱۲ - ۶ سال تقریباً صفر می باشد که می تواند نشانگر نقص و کمبود خدمات دندانپزشکی در این شهر باشد و اینکه مردم این شهر آگاهی صحیحی از این مقوله نداشته و هم چنین ممکن است به علت ضعف بهداشتی، فرهنگی و اقتصادی باشد.

یافته ها نشان داد که ارتباط معنی داری بین میانگین وزن و قد گروههای سنی ۶، ۸ و ۹ ساله با تحصیلات و شغل والدین وجود دارد، ویلی و وانگ نیز اظهار می دارند که وضعیت اجتماعی - اقتصادی خانواده تاثیر آشکاری روی رشد و تکامل دارد، در همه سنین کودکان از خانوادههای طبقه بالا و متوسط نسبت به کودکان خانواده های طبقات پائین تر، قد بلندتر می باشند. (۲۱)

هم چنین مطالعه نی گیل و همکاران نیز نشان داد که قد و وزن دختران و پسران گروه اقتصادی - اجتماعی بالا نسبت به کودکان گروه اقتصادی - اجتماعی پائین، بیشتر بوده است ( $P < 0.05$ )، (۱۴) در حالیکه مطالعه روی کودکان ۷ تا ۱۱ ساله ویتنامی نشان داد که اختلافات کمی در وزن و قد و شاخص توده بدن بین کودکانیکه والدین آنها از گروههای مختلف شغلی و تحصیلی بودند وجود داشته است و فقط دخترانی که مادران آنها کارمند بودند نسبت به دخترانی که مادرانشان کارگر یا کشاورز بودند، بطور

پژوهشگر احتمال می دهد علت شیوع تقریباً بالای کاهش حدت بینائی در واحدهای مورد پژوهش به دلایل عدم آگاهی والدین در زمینه عیوب انکساری و علائم آنها، نور ناکافی در کلاس های درس و رعایت نکردن فاصله مناسب هنگام تماشای تلویزیون و مطالعه کردن باشد.

در بررسی حدت شنوایی واحدهای مورد پژوهش مشخص گردید که ۵/۵ درصد آنها با استفاده از آزمون نجوا دچار مشکل شنوایی در یک یا هر دو گوش بوده اند که بر اساس آزمونهای دیاپازونی ۹۵/۵ درصد کاهش شنوایی ها از نوع انتقالی و ۴/۵ درصد آنها از نوع حسی - عصبی بوده است. این نتایج قابل مقایسه با یافته های حاصل از مطالعه روی دانش آموزان ۱۲-۶ سال شهر ابجا در عربستان سعودی می باشد. در این مطالعه میزان شیوع کاهش شنوایی ۴/۵ درصد بود که ۹۳ درصد از نوع کاهش شنوایی انتقالی و ۷ درصد از نوع کاهش حسی-عصبی بوده است (۱۵)، از طرف دیگر نسبت به نتایج مطالعه احمدی پور و همکاران و مطالعه من و همکاران پائین تر می باشد. (۱۷و۱۸)

میانگین دندانهای پوسیده، کشیده و پر شده شیری (d.m.f.t) و دائمی (D.M.F.T) در گروههای سنی ۶ سال به ترتیب ۳ و ۰/۲۴ و صفر بوده است. میانگین دندانهای پوسیده، کشیده و پر شده در گروه سنی ۱۱ سال ۱/۰۲ بوده که در اینجا نیز میانگین دندانهای پر شده صفر بوده است. dmft گروه سنی ۶ سال واحدهای مورد پژوهش قابل مقایسه با نتایج مطالعه محمودی بر روی دانش آموزان ۱۲-۶ سال در شهر سنج می باشد. (۳/۱) در حالیکه نسبت به مطالعه دانش آموزان ایتالیائی (۲/۱) بیشتر می باشد. (۱۵و۱۸)

DMFT گروه سنی ۱۱ سال واحدهای مورد پژوهش (۱/۰۲) قابل مقایسه با نتایج طرح تحقیقاتی فراوانی بیماریهای دهان و دندان در دانش آموزان دوره راهنمایی

خانواده های پر جمعیت و کارگری و دارای تحصیلات پائین بوده اند.<sup>(۱۲)</sup>

### سپاسگزاری

در خاتمه از تمامی کسانی که در انجام این تحقیق ما را یاری نموده اند، بویژه خانم دکتر فرخ سهیل ارشدی و استاد محترم مشاور آمار، آقای مهندس پرویز کمالی و کلیه مسئولین اداره کل تغذیه و بهداشت مدارس، آموزش و پرورش استان سیستان و بلوچستان، آموزش و پرورش شهرستان سراوان و کلیه دانش آموزان عزیز تقدیر و تشکر می نمایم و از خداوند متعال توفیق روزافزون برای یکایک آنها خواستاریم.

معنی داری قد بلند تر ( $P < 0/05$ )، دارای وزن بیشتر ( $P < 0/01$ ) و دارای شاخص توده بدنی بالاتری بوده اند. ( $P < 0/05$ )<sup>(۲۲)</sup> پژوهشگر نیز احتمال می دهد علت بالا بودن شاخص های رشد جسمی در گروههای تحصیلی و شغلی بالاتر بدلیل افزایش آگاهی والدین (بخصوص مادران) امکانات رفاهی بیشتر و تغذیه بهتر باشد.

نتایج آزمون آماری آنالیز واریانس و آزمون تی در هیچ یک از گروههای سنی اختلاف معنی داری را بین میانگین وزن و قد با رتبه تولد و بعد خانوار نشان نداد، در حالیکه نتایج مطالعه بر روی کودکان ۱۰-۶ سال شهر یزد نشان داد که کودکان کم وزن بیشتر متعلق به

### References

### منابع

۱. توکلی قوچانی حمید، آرمان محمدرضا، ابراهیم زاده زهرا. پرستاری بهداشت جامعه. چاپ اول، انتشارات آستان قدس رضوی، ۱۳۷۸، ص ۸-۲۶.
۲. پارک جی. ای، پارک ک. ک. درسنامه پزشکی پیشگیری و اجتماعی، کلیات خدمات بهداشتی. ترجمه حسین شجاعی تهرانی. جلد ۲، چاپ دوم، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۱۳۷۵، ص ۸-۴۳.
۳. میر حسینی غلامرضا. اصول خدمات بهداشتی. چاپ دوم، نشر ژرف، ۱۳۷۳، ص ۶۴.
۴. فتحی یدالله. بهداشت مدارس و اهمیت آن. فصلنامه دانشکده پرستاری و مامائی استان همدان، دوره ۴، شماره ۱۱، ۱۳۷۳، ص ۸-۷.
5. Stanhope M, Lancaster J. Community Health Nursing. 4<sup>th</sup> ed. St. louis: Mosby co; 1996. 880-1006.
۶. رفیعی خدیجه. بررسی میزان شیوع بیماریها در بین دانش آموزان سال تحصیلی ۷۴-۷۵. پیام تندرستی، تابستان ۱۳۷۶، ص ۵۶.
7. Man. S.B.S, Sharma SC, Gupta AK, et al. Incidence of hearing impairment among rural and urban school going children: A survey. Indian. J. Pediat 1998; 65:141-5.
8. Marots Lynn R, et al. Health safety and untrition for the youngchild. 4<sup>th</sup> ed. An International thomson publing co; 1997. 59.
9. Whaley Lucille F, Wong D. Nursing care of Infant and children. 5<sup>th</sup> ed. St louis: Mosby co; 1997. 457.

۱۰. فرحناک فهیمه . بررسی وضع تغذیه کودکان دبستانی در مجیدیه تهران . پایان نامه کارشناسی ارشد در رشته تغذیه . دانشکده بهداشت تهران، ۱۳۶۱ .
۱۱. رجبیان رضا و همکاران . تعیین معیارهای رشد در مشهد . مجموعه مقالات کنگره بیماریهای کودکان . چاپ اول ، انتشارات فردابه، ۱۳۷۱، ص ۳۳-۲۶ .
۱۲. عباسی مهین و روانشاد . بررسی رشد جسمانی کودکان مدارس ابتدائی سنین ۶ تا ۱۰ سال شهر یزد در سال تحصیلی ۷۱-۷۰ . مجموعه مقالات طب اجتماعی اطفال . انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۷۲، ص ۵۲ .
13. Nebigil I , Hizel S, Tanyer G, et al . Hieghts and weights of primary school children of different social background in Ankara Turkey . *Journal of Tropical Pediat* 1997; 43:297 - 300.
۱۴. محمودی شهریار . بررسی برخی شاخص های سلامت جسمانی دانش آموزان ۱۲-۶ ساله شهرستان سنندج در سال ۱۳۷۴ . پایان نامه کارشناسی ارشد در رشته پرستاری . دانشکده پرستاری و مامائی شهید بهشتی ، تهران ، ۱۳۷۴ .
15. Abolfotouh Mostafa A, Ghieth Mostafa M, Badvi A, et al . Hearing loss and other ear problems among school boys in Abha Arabic. *Annals of Saudia Medicine* 1995; 15: 323 - 5.
۱۶. احمدی پور محمد جواد و همکاران . اختلالات شنوائی و عوامل همراه در دانش آموزان کلاس اول بندر بوشهر . طب جنوب، دوره ۱، شماره ۱، ۱۳۷۶، ص ۱۰۲ - ۹۶ .
17. Angelillo IF, Anfosso R, et al .Prevalance of dental caries in school children in Italy. *European Journal of Epidemiol* 1998; 14: 351- 7.
۱۸. خالصی عباس . نتایج طرح تحقیقاتی فراوانی بیماریهای دهان و دندان در دانش آموزان دوره راهنمائی تحصیلی سال ۷۴ - ۱۳۷۳ . پیام تندرستی، پائیز، ۱۳۷۵، ص ۸ - ۳۶ .
۱۹. فروزانفر غضنفر و همکاران . بررسی دندانهای پوسیده ، کشیده و ترمیم شده دانش آموزان ۱۲ساله مشغول به تحصیل در مدارس راهنمائی بیرجند ۳۷۵ . مجله دانشگاه علوم پزشکی بیرجند ، دوره ۴ ، شماره ۱۰ و ۱۱، ۱۳۷۶، ص ۹-۴۴ .
20. Ismaily M, Khussiby Al, Chestnutt A, et al. The oral health status of omani 12 year - old - a national survey. *Community . Dent . Epidemiol* 1996;24: 362-3.
21. Waley G, Lucille F, Wong D . *Nursing care of Infant and children . 5<sup>th</sup> ed. St. louis: mosby co; 1995.140.*
22. Aurelius M, Goran S, Congkhanh K, et al . Hight ; Weight and Body Mass Index (BMI) of Vietnames (Hanoi) school children Aged 7-11 years Related to parents occupational and Education . *J Tropical Pediatrics* 1996; 42:21- 6.

## *The survey of physical health status of school age in Saravan city*

**Robabi H. MSc\* , Mahfouz Poor S. MSc\*\* , Rohani K. MSc\*\***

*This is a descriptive- analytic study has been conducted in order to assessing physical health status of male students ranging 6-12 years old studying in academic year 1998- 1999 in city of Saravan .*

*In this study 400 boys aged between 6- 12 years , of 1th to 5th grades were selected randomly from boy's primary school in Saravan city based on polyphasic sampling , and then were evaluated from these variables: physical growth ( height, weight) , health conditions of vision , hearing , mouth and tooth. The data collected by questionnaire and observation record sheets . several instruments have been utilized for examination ( eg : measuring tape , weighting scale , Snellen chart , tuning fork, flashlight and spachula ). The median values for heights and weights of children subjects in all of age groups positioned below the 25 the percentile of national center of health statistics (N.C.H.S) the height of 28.5% and the weight of 28% of children subjected were under the 5 the percentile of N.C.H.S. 22.7% of under research individuals had reduced visual acuity in varying degrees ( 0.9- 0.4) in one or both eyes 5.5% of individuals were subjected to whisper test and were found to have hearing loss in one or both ears. 84% of students in the present research were having decay in primary or permanent teeth .Comparing average value of height and weight related to students under the research in age groups of 6-8 and 9 years with demographic specifications , it wase found that there is a positive correlation between the average of weight and height and the parent's educations and occupation ( specially mothers) ( $p=0.03,p=0.01$ ) .*

*In general , results revealed that physical health status of target population is undesired,therefore , considering the importance of early diagnosis and cure , such screening shoud be performed in children at school .*

**KEY WORDS:** *Health, Physical growth, Health status of : vision,hearing , mouth and teeth , students .*

\* **Iranshahr faculty of nursing and midnifery education, Zahedan university of medical sciences and health services, Zahedan, Iran.**

\*\* **Faculty of nursing and midnifery education, Shahid Beheshti university of medical sciences and health services, Tehran, Iran.**