

بررسی پوشش ایمن سازی کودکان زیر یکسال در جامعه عشایری استان کهگیلویه و بویراحمد سال ۱۳۸۲

چکیده:

مقدمه و هدف: یکی از مهمترین برنامه های کشوری در کلیه سطوح شبکه بهداشت و درمان، واکسیناسیون کودکان زیر یکسال علیه بیماریهای قابل پیشگیری به وسیله واکسن می باشد. جامعه عشایری به دلیل پراکندگی جغرافیایی و کوچ در فصول مختلف سال در زمینه خدمات واکسیناسیون آسیب پذیرتر از سایر اقشار می باشند، لذا این پژوهش به منظور بررسی پوشش ایمن سازی کودکان زیر یکسال در جامعه عشایری استان کهگیلویه و بویراحمد انجام شده است.

مواد و روش ها: این یک مطالعه توصیفی به صورت مقطعی است و بر روی ۶۹ کودک زیر یکسال جامعه عشایری استان کهگیلویه و بویراحمد که در محدوده سنی ۱۳۸۱/۱/۱ لغایت ۱۳۸۱/۱۲/۲۹ متولد شده بودند انجام گرفته است. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه ای بود که با استفاده از روش تمام شماری تکمیل گردید. پرسشنامه شامل مشخصات فردی، انواع واکسن های معمول، تاریخ تلقیح واکسن ها و علل احتمالی تأخیر واکسن ها بود. جهت کسب اعتبار علمی ابزار گردآوری داده ها از روش اعتبار محتوی استفاده گردید. داده ها از طریق نرم افزار SPSS و شاخص های آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: براساس یافته ها، پوشش کلی واکسن ب.ث.ژ. ۹۷/۱ درصد، پوشش کلی واکسن قطره خوراکی فلج اطفال نوبت اول، دوم و سوم به ترتیب ۹۸/۴، ۹۸/۲، ۹۸/۷ درصد و ۹۷/۷ درصد و پوشش کلی واکسن ثلاث نوبت اول، دوم و سوم مشابه واکسن فلج اطفال بود. پوشش کلی واکسن هپاتیت ب نوبت اول، دوم و سوم به ترتیب ۹۸/۶، ۹۸/۲، ۹۵ درصد و ۹۵ درصد بود. پوشش کلی واکسن سرخک نوبت اول ۹۵ درصد و پوشش کلی واکسن قطره خوراکی اطفال نوبت صفر ۸۵/۵ درصد بود. همه واکسن ها با تأخیر دریافت شده بودند. بالاترین تأخیر مربوط به واکسن های هپاتیت ب نوبت اول (۲۷/۶ روز)، هپاتیت ب نوبت دوم (۷۴/۳ روز) و سرخک نوبت اول (۲۹۵/۴ روز) و کمترین تأخیر مربوط به واکسن های فلج اطفال صفر (۱۰/۹ روز) و هپاتیت نوبت سوم (۲۷۲/۴ روز) بود. عمده ترین دلایل تأخیر عبارت دوری راه ۲۷/۳ درصد، عدم مراجعه مأمورین واکسن ۲۶/۲ درصد و عدم آگاهی مادران ۱۴/۲ درصد بودند.

نتیجه گیری: با توجه به تأخیرات فواصل واکسیناسیون و تأثیر آن در اثر بخشی واکسن ها، ضروری است تا با تجدید نظر در برنامه پایش و نظارت تیم های سیار عشایری و آموزش و بازآموزی آنان در جهت بهبود وضعیت موجود اقدام شود.

واژه های کلیدی: ایمن سازی، کودکان زیر یکسال، جامعه عشایری

ابراهیم نعیمی*
دکتر رضا چمن**
اسفندیار افشون***

* کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی،
دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، آموزشکده بهداشت،
گروه بهداشت

** پزشک عمومی، دارای گواهی عالی بهداشت عمومی،
دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، معاونت امور بهداشتی
*** کارشناس تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی
یاسوج، حوزه پژوهشی

تاریخ وصول: ۱۳۸۳/۹/۲۹
تاریخ پذیرش: ۱۳۸۴/۱/۳۰

مؤلف مسئول: ابراهیم نعیمی
پست الکترونیکی: Ebnaimi2002@yahoo.com

مقدمه

واکسیناسیون یکی از مهمترین و مؤثرترین و مقرون به صرفه ترین راههای پیشگیری از بیماریهای عفونی است، بنابراین واکسیناسیون جزء اساسی ترین وظایف سیستم مراقبت بهداشتی کشور می باشد. یکی از جدی ترین برنامه های کشوری در کلیه سطوح شبکه، واکسیناسیون کودکان تا قبل از یکسالگی علیه بیماریهای قابل پیشگیری به وسیله واکسن می باشد [۱]. سیاستهای ایمن سازی توصیه می کند که تمام کشورها، ایمن سازی علیه بیماریهای فلج اطفال، دیفتری، سیاه سرفه، کزاز، سرخک، سل و هیپاتیت ب را اجرا نمایند [۲]. بر اساس این سیاستها پرسنل بهداشت باید از هر فرصتی برای ایمن سازی کودکان واجد شرایط استفاده کنند [۳].

مطابق گزارش صندوق کودکان سازمان ملل^(۱) از علل عمده مرگ و میر کودکان خصوصاً کودکان زیر یکسال، بیماریهای عفونی قابل کنترل با واکسیناسیون می باشد.

بیماریهای دیفتری، کزاز، سیاه سرفه، فلج اطفال و سل همه ساله در کشورهای در حال توسعه چندین میلیون کودک معصوم را قبل از رسیدن به یکسالگی به هلاکت رسانیده و همین تعدادی را نیز دچار معلولیتهای جسمی و روانی می نماید. در بررسی های مختلف نتایج پژوهش واکسیناسیون برای کل کشور در پایان برنامه دوم توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی پیشرفت‌های چشمگیری داشته و رضایت بخش می باشد [۴]. با این حال جامعه عشایری که به دلایل مختلف از جمله؛ پراکندگی جغرافیایی و کوچ در

فصول مختلف سال، ناپایداری سیاستها، برنامه و مقررات در مورد جمعیت عشایر کشور در سطح کلان از قبیل؛ شفاف نبودن سیاست اسکان عشایر، ناهماهنگی بین سازمانها و نهادهای مرتبط به امور عشایر، ضعف نظام ثبت و گزارش دهی و جمع آوری اطلاعات صحیح و مستمر بهداشتی، بعد مسافت و صعب العبور بودن مناطق زیست عشایر، نبود جاذبه کافی برای عرضه کنندگان خدمت در مناطق عشایری، مشکلات ارائه خدمات بهداشتی درمانی در حین کوچ، پایین بودن آگاهی بهداشتی عشایر و فقر مادی، فرهنگی و بی سواد، خدمات رسانی بهداشتی به این قشر با مشکلات خاص خود همراه است.

علی رغم این که در طرحهای گسترش شبکه جمعیت عشایر لحاظ شده است، ویژگی خاص زندگی عشایری باعث می گردد که نتوانند مانند جمعیت های ساکن از خدمات بهداشتی - درمانی مورد نیاز به صورت پایدار و سهل بهره مند گردند. هر چند در قالب تیم های سیار نسبت به امر مهم ایمنی اقدام می شود. بررسی های ایمن سازی معمولاً در مناطق شهری و روستایی انجام می شود و این ابهام وجود داشت که آیا خدمات واکسیناسیون به طور شایسته و مطابق سیاستهای جهانی و کشوری به گروه هدف یعنی کودکان زیر یکسال ارائه می شود یا خیر؟، لذا منطقی به نظر می رسد تا نسبت به بررسی وضعیت ایمن سازی آنان اقدام گردد. در این پژوهش وضعیت

1-Unicef

طریق نرم افزار کامپیوتری SPSS^(۱) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته های طرح در قالب جدول فراوانی و میانگین داده ها طراحی و آماده شده اند.

یافته ها

نتایج نشان داد که محل سکونت ۶۰/۹ درصد در شهرستان کهگیلویه، ۲۱/۷ درصد در شهرستان گچساران و ۱۷/۴ درصد در شهرستان بویراحمد بود. تعداد دختران مورد بررسی ۳۰ نفر و تعداد پسران ۳۹ نفر بود. مهمترین عللی که برای نگرفتن واکسن یا تأخیر در مراجعه برای واکسیناسیون به موقع ذکر شده است، عبارت از دوری راه ۲۷/۳ درصد، عدم مراجعه مأمور واکسن ۲۶/۲ درصد و عدم آگاهی مادر ۱۴/۲ درصد بوده است.

یافته ها نشان داد که ۲۴/۶ درصد کودکان مورد مطالعه واکسن های ب.ث.ژ و فلج صفر را به موقع دریافت نکرده اند و ۲/۹ درصد واکسن ب.ث.ژ و ۱۴/۵ درصد واکسن فلج صفر را دریافت نکرده اند. ۲۳/۲ درصد واکسن هپاتیت ب نوبت اول را به موقع دریافت و ۱/۴ درصد این واکسن را دریافت نکرده اند. ۷۲/۵ درصد واکسن ب.ث.ژ و ۶۰/۹ درصد واکسن فلج صفر و ۷۵/۴ درصد واکسن هپاتیت ب نوبت اول را با تأخیر دریافت کرده اند (جدول ۱).

ایمن سازی کودکان زیر یکسال جامعه عشایری مورد بررسی قرار گرفته تا نسبت به شناخت نارسایی های احتمالی در جهت ارتقاء پوشش ایمنی و سلامت قشر آسیب پذیر و اولویت دار کودکان تلاش شود.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر مطالعه ای توصیفی است که به صورت مقطعی به اجرا درآمده است. جامعه پژوهش کلیه کودکان زیر یکسال جامعه عشایری تیم سیار درون استان کهگیلویه و بویراحمد می باشند و با استفاده از تمام شماری کلیه افراد جامعه آماری به عنوان نمونه انتخاب گردیدند.

ابزار گردآوری داده ها از طریق پرسشنامه ای بود که مشتمل بر مشخصات فردی، انواع واکسن های معمول، تاریخ تزریق واکسن ها و علل تأخیر احتمالی واکسن ها بود. جهت کسب اعتبار علمی ابزار گردآوری داده ها از روش اعتبار محتوی استفاده گردید که پس از بررسی کتب و منابع علمی مختلف و بر اساس کتابچه واکسیناسیون کشوری تنظیم گردیده است.

طی این مطالعه تعداد ۶۹ کودک زیر یکسال که در محدوده سنی (۱۳۸۱/۱/۱ تا ۱۳۸۱/۱۲/۲۹) متولد شده اند در سطح استان مورد بررسی قرار گرفتند. به این صورت که لیست کودکان بر اساس تعریف عشایر از طریق آمارهای موجود در شهرستانهای استان تهیه گردید و سپس پرسشگران به درب منازل مراجعه و نسبت به تکمیل پرسشنامه اقدام نمودند. داده ها از

1- Statistical Package for Social Science

جدول ۱: توزيع فراوانی پوشش واکسن های ب.ث.ژ، فلج صفر و هپاتیت نوبت اول در کودکان زیر یکسال جامعه عشایری استان کهگیلویه و بویراحمد بر حسب زمان دریافت واکسن

زمان دریافت واکسن	نوع واکسن		ب.ث.ژ		فلج صفر		هپاتیت نوبت اول	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
به موقع (بدو تولد)	۱۷	۲۴/۶	۱۷	۲۴/۶	۱۶	۲۳/۲	۱۶	۲۳/۲
تأخیر کم (۱۵-۲ روز)	۲۷	۳۹/۲	۲۸	۴۰/۶	۲۴	۳۴/۸	۲۴	۳۴/۸
تأخیر زیاد (۳۰-۱۶ روز)	۹	۱۳	۸	۱۱/۶	۶	۸/۷	۶	۸/۷
تأخیر خیلی زیاد (بیشتر از ۳۰ روز)	۱۴	۲۰/۳	۶	۸/۷	۲۲	۳۱/۹	۲۲	۳۱/۹
واکسن نگرفته	۲	۲/۹	۱۰	۱۴/۵	۱	۱/۴	۱	۱/۴
جمع	۶۹	۱۰۰	۶۹	۱۰۰	۶۹	۱۰۰	۶۹	۱۰۰

بر اساس یافته های پژوهش حاضر ۱۶/۱ درصد واکسن پولیوی نوبت اول، ۱۱/۳ درصد واکسن سه گانه نوبت اول و ۶۹/۴ درصد واکسن هپاتیت ب نوبت دوم را به موقع دریافت کرده اند. ۱/۶ درصد پولیوی نوبت اول، ۳/۲ درصد واکسن سه گانه نوبت اول و ۴/۸ درصد هپاتیت ب نوع دوم را دریافت نکرده اند. ۶۲/۹ درصد واکسن پولیوی نوبت اول، ۱۹/۴ درصد، ۲۱ درصد، ۱۱/۳ درصد است (جدول ۲).

بر اساس یافته های پژوهش حاضر ۱۶/۱ درصد واکسن پولیوی نوبت اول، ۱۱/۳ درصد واکسن سه گانه نوبت اول و ۶۹/۴ درصد واکسن هپاتیت ب نوبت دوم را به موقع دریافت کرده اند. ۱/۶ درصد پولیوی نوبت اول، ۳/۲ درصد واکسن سه گانه نوبت اول و ۴/۸ درصد هپاتیت ب نوع دوم را دریافت نکرده اند. ۶۲/۹ درصد واکسن پولیوی نوبت اول،

جدول ۲: توزيع فراوانی پوشش واکسن های پولیوی خوراکی و ثلاث نوبت اول و هپاتیت نوبت دوم در کودکان زیر یکسال جامعه عشایری استان کهگیلویه و بویراحمد بر حسب زمان دریافت واکسن

زمان دریافت واکسن	نوع واکسن		پولیوی نوبت اول		ثلاث نوبت اول		هپاتیت ب نوبت دوم	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
به موقع (۴۵ روزگی)	۱۰	۱۶/۱	۷	۱۱/۳	۹	۱۴/۵	۹	۱۴/۵
زودتر از موعد مقرر (تعجیل)	۱۲	۱۹/۴	۱۳	۲۱	۷	۱۱/۳	۷	۱۱/۳
تأخیر کم (۶۰-۴۶ روز)	۱۸	۲۹	۲۰	۳۲/۲	۱۶	۲۵/۸	۱۶	۲۵/۸
تأخیر زیاد (۷۵-۶۱ روز)	۷	۱۱/۳	۷	۱۱/۳	۲	۳/۳	۲	۳/۳
تأخیر خیلی زیاد (بالتر از ۷۵ روز)	۱۴	۲۲/۶	۱۳	۲۱	۲۵	۴۰/۳	۲۵	۴۰/۳
واکسن نگرفته	۱	۱/۶	۲	۳/۲	۳	۴/۸	۳	۴/۸
جمع	۶۲	۱۰۰	۶۲	۱۰۰	۶۲	۱۰۰	۶۲	۱۰۰

و ۲۰ درصد بقیه نیز زودتر از موعد مقرر واکسن دریافت داشته اند.

بر اساس داده های جدول ۳ پوشش کلی واکسیناسیون جامعه مورد مطالعه ۹۶/۳ درصد می باشد که پوشش کلی واکسن ب.ث.ژ ۹۷/۱ درصد، قطره خوراکی فلج و سه گانه نوبت اول، دوم و سوم به ترتیب ۹۸/۴ درصد، ۹۸/۲ درصد و ۹۷/۷ درصد بود. پوشش کلی واکسن هیپاتیت ب نوبت اول، دوم و سوم به ترتیب ۹۸/۶ درصد، ۹۵/۲ درصد و ۹۵ درصد و پوشش کلی واکسن سرخک نوبت اول ۹۵ درصد و پوشش کلی واکسن قطره خوراکی فلج اطفال نوبت صفر ۸۵/۵ درصد است. بالاترین تأخیر در تلقیح واکسن مربوط به واکسنهای هیپاتیت نوبت اول (۲۷/۶ روز)، هیپاتیت نوبت دوم (۷۴/۳ روز) و سرخک نوبت اول (۲۹۵/۴ روز) و کمترین تأخیر در تلقیح واکسن مربوط به واکسن های فلج اطفال صفر (۱۰/۹ روز) و هیپاتیت نوبت سوم (۲۷۲/۴ روز) بود.

یافته های دیگر تحقیق نشان داد از مجموع ۵۶ نفر کودک واجد شرایط دریافت واکسن پولیوی نوبت دوم و ثلاث نوبت دوم ۵/۴ درصد واکسن را به موقع (۹۰ روزگی) دریافت کرده اند و ۱/۸ درصد (یک نفر) واکسن دریافت نکرده اند و ۷۳/۲ درصد واکسن را با تأخیر و ۱۹/۶ درصد نیز واکسن های مربوط را زودتر از موعد مقرر دریافت داشته اند. از تعداد ۴۴ کودک واجد شرایط دریافت واکسن پولیوی و ثلاث نوبت سوم، ۲/۳ درصد (یک نفر) واکسن ها را به موقع (۱۳۵ روز) دریافت کرده اند و ۲۲/۷ درصد زودتر از موعد مقرر، ۷۲/۷ درصد با تأخیر واکسن دریافت داشته اند و یک نفر (۲/۳ درصد) نیز واکسن به کلی دریافت نکرده است. از تعداد ۲۰ نفر کودک واجد شرایط دریافت واکسن هیپاتیت نوبت سوم و سرخک نوبت اول تعداد ۴ نفر (۲۰ درصد) واکسن ها را به موقع دریافت کرده اند (۲۷۰ روزگی) و ۱ نفر (۵ درصد) واکسن ها را نگرفته، ۵۵ درصد واکسن ها را با تأخیر

جدول ۳: توزیع فراوانی پوشش واکسیناسیون و میانگین سن تزریق واکسن در کودکان زیر یکسال جامعه عشایری استان به تفکیک نوع واکسن

نوع واکسن	فراوانی	تعداد	درصد	جمع کل مورد انتظار تعداد	میانگین سن تزریق به روز	سن مناسب توصیه شده به روز
ب.ث.ژ	۶۷	۹۷/۱	۶۹	۱۰۰	۱۹/۵	۱
فلج صفر	۵۹	۸۵/۵	۶۹	۱۰۰	۱۰/۹	۱
فلج ۱	۶۱	۹۸/۴	۶۲	۱۰۰	۶۲/۳	۴۵
فلج ۲	۵۵	۹۸/۲	۵۶	۱۰۰	۱۱۰/۶	۹۰
فلج ۳	۴۳	۹۷/۷	۴۴	۱۰۰	۱۵۰/۳	۱۳۵
ثلاث ۱	۶۱	۹۸/۴	۶۲	۱۰۰	۶۳/۲	۴۵
ثلاث ۲	۵۵	۹۸/۲	۵۶	۱۰۰	۱۰۰/۷	۹۰
ثلاث ۳	۴۳	۹۷/۷	۴۴	۱۰۰	۱۵۱	۱۳۵
هیپاتیت ب ۱	۶۸	۹۸/۶	۶۹	۱۰۰	۲۷/۶	۱
هیپاتیت ب ۲	۵۹	۹۵/۲	۶۲	۱۰۰	۷۴/۳	۴۵
هیپاتیت ب ۳	۱۹	۹۵	۲۰	۱۰۰	۲۷۲/۴	۲۷۰
سرخک ۱	۱۹	۹۵	۲۰	۱۰۰	۲۹۵/۴	۲۷۰

بحث و نتیجه گیری

با اجرای نظام شبکه ای، ایمن سازی به عنوان یکی از اجزای فعالیتهای مراقبت های اولیه بهداشت^(۱) انجام می شود، ولی بخشی از جمعیت تحت عنوان جمعیت عشایری که به خاطر وضعیت خاص خود امکان خدمات ایمن سازی را در قالب خانه بهداشت نمی توانند دریافت کنند و این کار به وسیله تیم های سیار انجام می پذیرد. با توجه به زندگی عشایری و این که ممکن است مشکلاتی در امر مهم واکسیناسیون گروه آسیب پذیر کودکان عشایری وجود داشته باشد، مضافاً این که اکثر بررسیهای کشوری و استانی معمولاً معطوف به جمعیت های شهری و روستایی است، انجام چنین بررسی را ضروری می نماید.

همان طور که از نتایج برمی آید، بالاترین میزان پوشش مربوط به واکسن هپاتیت نوبت اول (۹۸/۶ درصد)، قطره فلج ۱ و سه گانه ۱ (۹۸/۴ درصد) و قطره فلج ۲ و سه گانه ۲ (۹۸/۲ درصد) است. کمترین پوشش مربوط به قطره فلج نوبت صفر (۸۵/۵ درصد) می باشد.

پوشش کلی واکسن ب.ث.ژ ۹۷/۱ درصد است. ولی فقط ۲۴/۶ درصد از کودکان مورد انتظار مطابق دستورالعمل کشوری این واکسن را به موقع دریافت کرده اند و ۵۲/۲ درصد از آنها با تأخیر کمتر از ۳۰ روز واکسن را دریافت کرده اند که با توجه به وضعیت زندگی عشایری این تأخیر به دور از انتظار نیست، ولی از آنجا که نزدیک به ۳ درصد از کودکان به کلی واکسن دریافت نکرده اند و دیگر اینکه ۲۰/۳ درصد از کودکان واکسن را بیش از ۳۰ روز

دریافت کرده اند جای تأمل دارد. با توجه به برنامه کاری تیم های سیار که بایستی ماهانه جمعیت تحت پوشش را بازدید کنند و نسبت به واکسینه نمودن کودکان مبادرت ورزند، به نظر می رسد که اشکالاتی در برنامه کاری تیم های سیار وجود دارد که باید تجدید نظر گردد. بررسی نادری (۱۳۷۹) پوشش واکسن ب.ث.ژ را برای جامعه عشایری کرمان ۹۵/۶ درصد اعلام کرد [۵]. در مطالعه دیگری که به وسیله افشون (۱۳۷۹) در شهرستان بویراحمد انجام شد ۹۵/۵ درصد از کودکان ۱۵-۹ ساله دارای اسکار ب.ث.ژ بودند [۶]. بررسی پوردانش و همکاران (۱۳۷۹) پوشش واکسن ب.ث.ژ را برای کودکان زیر یکسال جامعه روستایی استان کهگیلویه و بویراحمد ۹۹/۸ درصد نشان داد [۷]. بنابراین پوشش واکسن ب.ث.ژ در این مطالعه نسبت به مطالعات مورد اشاره معقول است. در مقایسه با جامعه عشایری استان کرمان وضعیت بهتری را نشان می دهد.

میانگین سن تزریق برای این واکسن ۱۹/۵ روز می باشد؛ یعنی به طور متوسط ۱۹/۵ روز نسبت به سن توصیه کشوری تأخیر دارد که این رقم در مطالعه پوردانش و همکاران (۱۳۷۹) ۶/۸ روز است [۷]. نتایج به دست آمده در خصوص واکسن قطره فلج اطفال نشان داد که ۱۴/۵ درصد از کودکان مورد بررسی واکسن قطره فلج نوبت صفر را دریافت نکرده اند. ۴۰/۶ درصد از افراد کمتر از ۱۵ روز از

1- Primary Health Care

است [۷]. هر چند که نتایج این مطالعه با بررسی پوردانش و همکاران (۱۳۷۹) نزدیک است و در مواردی نیز وضعیت مطلوبتر است، ولی نکته قابل توجه تأخیر بین نوبت ها و همچنین به وسیله سن دریافت واکسنها است که با هم همخوانی ندارند و نشان دهنده این است که با وجود پوشش خوب واکسنها، تأخیرات و بی نظمی دریافت واکسن ها زیاد است که می تواند در اثربخشی واکسن تأثیر داشته باشد. نتایج پژوهش حاضر با مطالعه گویا (۱۳۷۶) که در تهران صورت پذیرفته است و پوشش واکسن فلج اطفال و ثلاث نوبت اول و دوم را به ترتیب ۹۸/۸ درصد و ۹۶/۳ درصد تقریباً مشابه است [۸]. در بررسی دیگری به وسیله واحد بیماریهای مرکز بهداشت استان خراسان (۱۳۷۴) پوشش واکسن فلج اطفال و ثلاث نوبت سوم ۹۵/۳ درصد گزارش شده است [۹]، که مطالعه حاضر وضعیت بهتری از این واکسن ها را نشان می دهد. بررسی نادری (۱۳۷۹) پوشش این نوبت از واکسنهای فلج اطفال و ثلاث را ۹۵/۹ محاسبه نموده است [۵]. شاید مشخص بودن مسیر کوچ عشایر و دسترسی جغرافیایی و همچنین فعال بودن سیستم ارائه خدمت در استان مورد بررسی و پراکندگی عشایر استان کرمان باعث افت آن نسبت به مطالعه حاضر باشد.

در مطالعه اکبوم و آدامی^(۱) (۲۰۰۱) نشان داده شد که در مناطق مختلف آمریکا پوشش دو

موعد مقرر و ۲۰/۳ درصد با تأخیر بیش از ۱۶ روز و ۸/۷ درصد با تأخیر بیش از ۳۰ روز واکسن فلج صفر را دریافت داشته اند. از آنجایی که مطابق دستورالعمل کشوری محدودیت زمانی خاصی بین نوبت صفر و نوبت اول فلج اطفال وجود ندارد و همچنین عشایری بودن جامعه مورد مطالعه این تأخیرات توجیه پذیر است، ولی عدم واکسیناسیون ۱۴/۵ درصد کودکان مورد انتظار جای دقت و تأمل دارد. با توجه به این که پوشش این نوبت از واکسن فلج اطفال نسبت به سایر نوبت ها کمتر است و این شاید به این علت باشد که اعضای تیم بسیار نسبت به این موضوع به دیده کم ارزشتری می نگرند و آموزش این نیروها می تواند در رفع این نقیصه مؤثر باشد. متوسط سن تزریق برای این واکسن ۱۰/۹ روز است که نسبت به مطالعات قبلی که (۴/۴ روز) است ۶/۳ روز تفاوت دارد [۷]. نتایج بررسی در مورد پوشش واکسن های فلج اطفال و ثلاث نوبت های اول تا سوم این دو نوع واکسن به ترتیب ۹۸/۴ درصد، ۹۸/۲ درصد و ۹۷/۷ درصد می باشد و افت نوبت اول به سوم ۰/۷ درصد است. متوسط سن دریافت واکسن های فلج اطفال و ثلاث نوبتهای اول تا سوم به ترتیب ۶۲/۳ روز، ۱۱۰/۵ روز و ۱۵۰/۳ روز می باشد. در مطالعه پوردانش و همکاران (۱۳۷۹) پوشش واکسن های فلج اطفال و ثلاث نوبت اول تا سوم را به ترتیب ۹۸/۷ درصد، ۹۷/۲ درصد و ۹۴/۲ درصد و متوسط سن دریافت این دو نوع واکسن برای نوبتهای اول تا سوم به ترتیب؛ ۴۷/۹ روز، ۹۸/۴ روز و ۱۴۲/۹ روز اعلام شده

1- Ekbohm & Adami

واکسن فلج اطفال و ثلاث در کودکان سه ماهه که یک دوز یا بیشتر از واکسنهای فوق الذکر را دریافت کرده اند و برای واکسن ثلاث ۷۸/۵ درصد تا ۹۳/۷ درصد و برای فلج اطفال ۷۵/۴ درصد تا ۹۳/۵ درصد گزارش شده است [۱۰] که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد و این شاید به دلایل شرایط بهداشتی فرهنگی در دو کشور باشد.

نتایج بررسی در مورد واکسن هپاتیت ب و سرخک نشان داد که پوشش واکسن هپاتیت ب نوبت اول تا سوم به ترتیب ۹۸/۶ درصد، ۹۵/۲ درصد و ۹۵ درصد و پوشش سرخک نوبت اول ۹۵ درصد است. میانگین سن دریافت واکسن هپاتیت ب نوبت اول ۲۷/۶ روز، نوبت دوم ۷۴/۳ روز، نوبت سوم ۲۷۲/۴ روز، میانگین سن دریافت واکسن سرخک ۲۹۵/۴ روز و تأخیر در مورد هر دو واکسن زیاد بود. در اکبوم و آدمی (۲۰۰۱) در مناطق مختلف آمریکا پوشش هپاتیت ب برای کودکان سه ماهه که دو دوز یا بیشتر دریافت کرده اند از ۲۴/۲ درصد تا ۶۶/۵ درصد در مناطق مختلف متغیر بوده اند [۱۰] که با مطالعه حاضر همخوانی ندارد. همچنین نتایج این بررسی با مطالعه نادری (۱۳۷۹) که برای عشایر کرمان پوشش ۷۷/۱ درصد را برای هپاتیت نوبت سوم و برای سرخک نوبت اول پوشش ۹۴/۲ درصد را محاسبه نمود همخوانی ندارد [۵]. نتایج این مطالعه با مطالعات وزارت بهداشت و درمان که پوشش هپاتیت نوبت سوم را ۸۱ درصد گزارش نموده است [۱۱]. همچنین با مطالعه پوردانش و همکاران (۱۳۷۹) که

میانگین سن تزریق هپاتیت نوبت سوم را ۲۶۵/۸ روز و برای سرخک ۲۷۶/۷ روز گزارش کرده است [۷] همخوانی ندارد.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر پوشش کلی واکسیناسیون جامعه مورد مطالعه ۹۶/۳ درصد است که با نتایج بررسی نقوی و همکاران (۱۳۷۹) که پوشش واکسیناسیون را برای استان کرمانشاه ۶۵ درصد و برای استان خوزستان ۱۰۰ درصد و برای استان فارس ۹۲ درصد گزارش نموده است [۱۲]، همچنین با نتایج بررسی نادری (۱۳۷۹) که پوشش ۷۷/۱ درصد تا ۹۵/۹ درصد برای استان کرمان محاسبه نموده است [۵] همخوانی ندارد.

نتایج مطالعه حاضر نسبت به عشایر استان کرمان، فارس و کرمانشاه وضعیت مطلوبتری را نشان می دهد که شاید به این علت باشد که استان مورد مطالعه از موقعیت بهتری از لحاظ جغرافیایی و جمعیتی نسبت به استانهای فوق الذکر برخوردار است. در هر صورت این نشان دهنده مؤثرتر بودن سیستم ارائه خدمات ایمن سازی در استان می باشد، هر چند که ممکن است این تفاوت به زمان بررسی در مطالعات برگردد. در مجموع باید اذعان نمود که علی رغم پوشش قابل قبول واکسیناسیون جامعه مورد مطالعه تأخیرهای زیادی در فواصل واکسن های مورد بررسی وجود دارد. با توجه به برنامه کاری تیم های سیار که بایستی به صورت ماهیانه نسبت به واکسینه نمودن کودکان مبادرت ورزند به نظر می رسد که اشکالاتی در برنامه کاری

تیم سیار وجود دارد که باید تجدید نظر گردد. بنابراین پیشنهاد می گردد که کارشناسان ستاد شهرستانها با اولویت قرار دادن جامعه عشایر نشین در برنامه های نظارت و پایش نسبت به بازبینی فرایند کار تیم های سیار اقدام نمایند. منطقی به نظر می رسد که در بازآموزی این گروه از کارکنان عرصه خدمات بهداشتی - درمانی تجدید نظر به عمل آید. در نهایت توصیه می گردد طرحهای تحقیقاتی در خصوص اثربخشی واکسنها در جامعه عشایری انجام شود.

تقدیر و تشکر

از اعضای محترم شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، همکاران محترم عبدالواحد ظریفی، جان محمد میرزایی، سید قادر موسوی، نوراله نجاتی و کلیه کسانی که در مراحل مختلف طرح همکاری نموده اند صمیمانه تشکر می کنیم.

Vaccination Coverage of Children under 1 Year of Age in the Tribal Community of Kohgiluyeh and BoyrAhmad Province (1382)

Naimi E* ,
Chaman R** ,
Afshoon E***.

* MS in Health Services management,
Yasuj University of Medical Sciences

** General Physician, MPH, Yasuj
University of Medical Sciences

*** BS in Nutrition, Yasuj University of
Medical Sciences

KEYWORDS:
Immunization
Children under 1 year
Tribal Society

Received: 29/9/1383

Accepted: 30/1/1384

Corresponding Author: Naimi E
E-mail:Ebnaimi2002@yahoo.com

ABSTRACT:

Introduction & Objective: Vaccination of children under 1 year of age is one of the most important programs of the country at all levels of the health and treatment organization. Due to geographical dispersion and movement during different seasons of the year, tribal societies are the most vulnerable communities in the field of health services and vaccination. This study aimed at determining the vaccination coverage of children under one year of age in the tribal society of kohgiluyeh and BoyrAhmad Province.

Materials & Methods: This descriptive cross-sectional study was performed on all the newborns from the tribal society of kohgiluyeh and BoyrAhmad province, who were under the age of one, born between 1.1.81 and 29.12.81. For data collection, a questionnaire was used which contained individual characteristics, types of routine vaccines, the data regarding the injections, and the possible reasons for delay in receiving vaccines. The questionnaire was tested for its content-validity.

Results: The total coverage of B.C.G vaccine was 97%. The total coverage of polio vaccine was 98.4%, 98.2% and 97.7% for the first, second and third doses, respectively, but it was the same for DPT vaccine. The coverage of hepatitis for the first, second, and third doses was 98.6%, 95.2% and 95%, respectively. The total coverage of polio vaccine at birth was 85.5%. All the vaccines were received with delay. The highest delay was related to first dose (27.6 days) and second dose of hepatitis B (74.3 days), first dose of measles (295.4 days) and the least delay was found in polio (10.9 days) and third dose of hepatitis (272.4 days). The main reasons for delay were distance from vaccination station (27.3%), unavailability of health staff (26.2%) and the mother's lack of knowledge (14.2%).

Conclusion: Revision of the programs related to the monitoring of mobile teams of vaccination is necessary to improve the vaccination coverage in tribal communities. Moreover, more health staff is required in order to improve the present status of vaccination in tribal societies.

REFERENCES:

- [۱] عزیزی - ف. سیری در وضعیت بهداشت مادران، آموزش پژوهش پزشکی، چاپ اول، تهران: انتشارات معاونت پژوهشی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۵: ۲۸.
- [2] Biellik R, Clements C. Strategies for minimizing nosocomial measles transmission WHO Bulletin 1997; 367-375.
- [۳] جمالیان - ف. در ترجمه اطلاعات تکمیلی در سلامت واکسن، سازمان بهداشت جهانی (مؤلف). چاپ اول. همدان: انتشارات معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی همدان، ۱۳۸۱: ۱۳.
- [۴] ملک افصلی - ح. وضعیت سلامت مادران و کودکان در جمهوری اسلامی. چاپ اول. تهران: انتشارات وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۰: ۲۹-۱۷.
- [۵] نادری - ط. بررسی پوشش مراقبتهای بهداشت مادر و کودک در عشایر استان کرمان. کرمان: گزارش طرح پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۱۳۷۹: ۱۸.
- [۶] افشون - ا. بررسی وجود اسکار ب. ث. ژ در کودکان ۹-۱۵ ماهه شهرستان بویراحمد. یاسوج: انتشارات حوزه پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، ۱۳۷۹: ۱۹-۱۸.
- [۷] پوردانش - ف، یزدانپناه - ب، افشون - ا. بررسی میزان پوشش واکسیناسیون در کودکان ۱۲-۰ ماهه استان کهگیلویه و بویراحمد در سال ۸۰-۱۳۷۹. یاسوج: انتشارات حوزه پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، ۱۳۸۰: ۴۳-۳۹.
- [۸] گویا - م، امامی - ف. بررسی میزان پوشش واکسیناسیون کودکان ۱۴-۱۲ ماهه در مناطق تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران ۱۳۷۶. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران ۱۳۷۷: سال پنجم شماره ۳: ۵۰-۴۵.
- [۹] واحد بیماریهای مرکز بهداشت استان خراسان. بررسی پوشش ایمنسازی کودکان زیر یکسال و مادران باردار. طرح پژوهشی. دانشگاه علوم پزشکی خراسان: ۱۳۷۴: ۴۵-۳۹.
- [10] Ekobom A, Adami H. General recommendations on immunization. American Journal of Epidemiology 2003; 132:46-53.
- [۱۱] یونیسف. وضعیت کودکان و نوجوانان در جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۷۷: ۵۸.
- [۱۲] نقوی - ر. تعیین بهترین روش ارائه خدمت به جمعیت عشایر کشور بر اساس نتایج به دست آمده در نشست های مورخه سوم و چهارم خرداد در شیراز و ۹ و ۱۰ خرداد در شهرکرد. گزارش کارگاه مشورتی. تهران: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، گروه کارشناس عشایر مرکز گسترش شبکه ۱۳۷۹: ۱۵-۱۳.