

## بررسی وضعیت آگاهی مادران در ارتباط با واکسیناسیون کودکان زیر ۵ سال استان ایلام سال ۸۰

عبدالحسین پورنجف<sup>۱</sup>، راضی ناصری فر<sup>۲</sup>، دکتر کریم همتی<sup>۳</sup>  
تاریخ دریافت: ۸۴/۱۰/۹ تاریخ پذیرش: ۸۴/۱۱/۲۰

### چکیده

**مقدمه:** واکسیناسیون به عنوان یکی از اجزای مهم نظام ارائه خدمات بهداشتی اولیه، در جهت حفظ و ارتقای سلامتی جامعه نقش مؤثری دارد. در این بررسی میزان آگاهی مادران در ارتباط با واکسیناسیون در سال ۱۳۸۰ مورد بررسی قرار گرفت.

**مواد و روش‌ها:** در این مطالعه توصیفی تحلیلی، ۲۷۲۹۸ کودک زیر ۵ سال و ۶۷۸۸۲ مادر ساکن در مناطق مختلف استان ایلام به عنوان جامعه هدف انتخاب شدند. به منظور انتخاب نمونه‌ای مناسب و فراگیر از بین ۵۱ خوشه شهری و ۴۹ خوشه روستایی، به صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده، ۱۰۴۰ کودک و ۱۰۵۰ مادر کودک مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌ای که در سه قسمت اطلاعات مربوط به خصوصیات فردی، اطلاعات مربوط به وضعیت واکسیناسیون کودک و اطلاعات مربوط به آگاهی مادران در خصوص نحوه واکسیناسیون کودکان زیر پنج سال طراحی گردیده بود جمع‌آوری و با استفاده از آزمون‌های آماری کای دو، دقیق فیشر و T مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌های پژوهش:** یافته‌های تحقیق نشان داد که بین سطح آگاهی مادران و محل سکونت، شغل و تحصیلات پدر و مادر، نحوه مراجعه به مراکز ارائه دهنده خدمات، تأخیر در اخذ واکسن‌های ثلاث، هپاتیت و سرخک، محل تولد فرزند، منبع کسب اطلاعات، فاصله گیرنده خدمات تا مرکز، رضایت مندی از پرسنل و شناخت بیماری‌های هدف ارتباط معنی‌داری وجود دارد ( $P=/۰۰۰$ ).

**نتیجه‌گیری نهایی:** به نظر می‌رسد انجام بررسی خوشه‌ای سالیانه، جهت ارزیابی وضعیت واکسیناسیون از طریق انجام بازآموزی پرسنل بهداشتی، درمانی و توسعه آموزش‌های مرتبط با وضع بهداشت و نیز توجه به داشتن کارت واکسیناسیون و تعمیم طرح داوطلبین بهداشتی می‌تواند در جهت ارتقای پوشش واکسیناسیون در سطح استان تأثیر به‌سزائی داشته باشد.

**واژه‌های کلیدی:** واکسیناسیون، بیماری قابل پیشگیری توسط واکسن، آگاهی مادران، ایلام

۱-۲- اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام  
۳- دستیار بیهوشی دانشگاه علوم پزشکی ایران

**مقدمه**

بیماری‌های عفونی هنوز هم سهم عمده‌ای از مشکلات بهداشتی جهان را تشکیل می‌دهند به نحوی که از ۱۴ میلیون مرگ کودکان زیر ۵ سال در جهان، حدود ۱۶٪ به دلیل بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن می‌باشد. بر همین اساس یکی از اجزای مهم نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، گسترش برنامه ایمن سازی است که در سال ۱۹۷۴ در جهان مطرح و در کشور ما از سال ۱۳۶۳ شروع شد. براساس این برنامه هفت بیماری تحت پوشش برنامه واکسیناسیون قرار گرفتند. این بیماری‌ها شامل سرخک، کزاز، دیفتري، سیاه سرفه، سل و فلج اطفال بود و در دهه اخیر، هپاتیت B نیز جزء این برنامه قرار گرفت (۳، ۶).

یکی از بزرگترین موفقیت‌های پزشکی امروز، ایمن سازی در مقابل بیماری‌های عفونی می‌باشد که بهترین مثال این موفقیت، ریشه‌کنی آبله در جهان در سال ۱۹۷۷ می‌باشد. قبل از سال ۱۹۸۰ پوشش واکسیناسیون در جهان کمتر از ۴۰٪ بود، اما با شروع برنامه گسترش ایمن سازی، پوشش واکسیناسیون در جهان در سال‌های ۱۹۹۰ به بعد، به بالای ۹۰٪ رسید و در حال حاضر کمترین پوشش واکسیناسیون در جهان مربوط به جنوب صحرای آفریقا با ۴۷٪ می‌باشد (۵، ۸). امروزه با وجود واکسن‌های مؤثر هنوز هم بیماری‌های عفونی، خطرات زیادی برای سلامتی بشر به وجود می‌آورند. براساس آمار منتشره توسط یونیسف در سال ۲۰۰۱، سرخک عامل بیش از ۷٪ کل مرگ و میرهای کودکان زیر ۵ سال

جهان است که نیمی از آنان کودکان زیر یک سال می‌باشند.

هم اکنون با وجود واکسن‌های مؤثر هنوز هم بیماری‌های عفونی خطرات زیادی برای سلامتی بشر بوجود می‌آورند.

می‌توان گفت که سرخک در بین بیماری‌های قابل پیشگیری توسط واکسن بزرگ‌ترین عامل مرگ کودکان است و سالیانه حدود سی میلیون کودک در جهان به سرخک مبتلا می‌شوند.

کزاز نوزادان در ۱۰۴ کشور جهان ریشه‌کن شده و در ۲۲ کشور در آستانه ریشه‌کنی است، اما هنوز ۵۷ کشور مشکل بهداشتی کزاز نوزادان در آنها مطرح می‌باشد و به عنوان یکی از عوامل مهم مرگ نوزادان در این کشورها به شمار می‌آید (۵).

از دیگر بیماری‌های مهم، فلج اطفال است که براساس آمار سال ۲۰۰۲ در بیش از ۱۷۵ کشور جهان این بیماری ریشه‌کن شده است و در ۲۰ کشور جهان نیز مواردی از بیماری گزارش شده است که تعداد موارد گزارش شده در کل جهان کمتر از ۲۵۰۰ مورد بوده است. در حال حاضر برنامه ریشه‌کنی فلج اطفال با جدیت در حال پیشگیری است. چنانچه این مهم تحقق یابد سالیانه ۱/۵ میلیارد دلار صرفه‌جویی اقتصادی در کل جهان در پی خواهد داشت (۱، ۴، ۷).

هپاتیت ویروسی نیز یکی از بیماری‌های مهم می‌باشد، که در برنامه واکسیناسیون مورد توجه است. این بیماری جزء شایعترین بیماری‌های ویروسی جهان می‌باشد. در حال حاضر سیصد میلیون نفر در جهان حامل

کودک زیر ۵ سال و ۱۰۵۰ مادر انتخاب شدند.

با توجه به تعداد مراکز شهری و روستائی و نسبت جمعیت شهری و روستائی کل استان، سهم کودکان شهری و روستائی و سیار زیر پنجسال به ترتیب ۵۶۴ نفر، ۴۳۷ نفر و ۴۸ نفر تعیین و در نهایت سهم هر کدام از شهرستان‌های استان تعیین گردید. به منظور انتخاب نمونه موردنظر خانوارهای شهری و روستائی و سیار هر شهرستان ۵۱ خوشه شهری و ۴۹ خوشه روستائی انتخاب و از هر خوشه ده کودک زیر پنجسال و ده مادر واجد شرایط به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند.

کلیه متولدين ۷۴/۶/۱ لغایت ۷۹/۶/۱ و مادران این کودکان به عنوان نمونه مورد بررسی، در نظر گرفته شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای بود که از سه قسمت اصلی به شرح زیر تشکیل شده بود:

الف: اطلاعات مربوط به خصوصیات فردی و خانوادگی

ب: اطلاعات مربوط به وضعیت واکسیناسیون کودک شامل واکسن‌های تزریقی، تأخیر در واکسیناسیون، نحوه مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی

ج: اطلاعات مربوط به آگاهی مادر از برنامه واکسیناسیون کودکان و همچنین میزان رضایتمندی از نحوه ارائه خدمات ایمن سازی در مراکز براساس نظرات کارشناسان، اعتبار محتوایی پرسشنامه مورد قضاوت و تأیید قرار گرفت؛ به منظور پایایی ابزار از روش آزمون مجدد استفاده گردید و پایایی ابزار مورد تأیید قرار گرفت.

ویروسی هستند که  $\frac{1}{4}$  موارد ابتلاء به

آن به مرگ منجر می‌شود. امروزه با افزایش موارد اعتیاد به مواد مخدر و عدم رعایت اصول بهداشتی در برخورد با فرآورده‌های خونی این بیماری بیشتر مورد توجه قرار گرفته است (۲،۱).

سیاه سرفه نیز از بیماری‌های مهم دوران کودکی است که براساس تخمین سازمان جهانی بهداشت در جهان سالیانه حدود ۶۰۰ هزار نفر در اثر این بیماری می‌میرند. قربانیان این بیماری شیرخواران واکسینه نشده می‌باشند (۸،۱).

امروزه از جمعیت شش میلیاردی جهان حدود یک میلیارد نفر آلوده به باسیل سل هستند. سالیانه سه میلیون نفر در جهان در اثر این بیماری از بین می‌روند.

براساس آمار سال ۱۳۷۶ میزان پوشش واکسیناسیون استان در مناطق شهری ۹۴/۷٪ و در مناطق روستائی ۸۸/۱٪ اعلام گردیده که میانگین پوشش واکسیناسیون در کل استان حدود ۹۱٪ می‌باشد (۹).

این مطالعه در راستای دستیابی به میزان پوشش واکسیناسیون و آگاهی مادران از وضعیت واکسیناسیون کودکان زیر ۵ سال و نیز اطلاع از بروز بیماری‌های هدف انجام گردید.

### مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی می‌باشد. از جمعیت ۵۰۲۹۰۵ نفری استان در سال ۱۳۷۹ حدود ۲۷۲۹۸ کودک زیر ۵ سال و ۶۷۸۸۳ مادر به عنوان جامعه مورد مطالعه در نظر گرفته شدند. در نمونه مورد بررسی با استفاده از فرمولهای آماری تعداد ۱۰۴۰

نزدیک به ۸۶/۵٪ اطلاعات مربوط به ایمن سازی مادران از طریق کارت واکسیناسیون دریافت شده بود. ضمناً بیشترین منبع کسب اطلاعات توسط پرسنل بهداشتی درمانی با فراوانی ۶۴/۶٪ بود.

تنها ۶٪ از مراجعه‌کنندگان از نحوه برخورد پرسنل رضایت نداشتند و نزدیک به ۴۳٪ آنان اعتقاد داشتند که آموزش مناسب در مورد واکسیناسیون دریافت نکرده‌اند. این در حالی است که ۷۵٪ نمونه‌ها در کلاس‌ها و برنامه‌های آموزشی واکسیناسیون شرکت نداشتند. حدود ۸۰٪ نمونه‌ها اعتقاد داشتند که فاصله دسترسی آنان به مراکز بهداشتی زیاد است. ضمناً حدود ۴۰٪ آنان اعتقاد داشتند که واکسن می‌تواند عوارض جانبی در پی داشته باشد.

داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری کای دو، دقیق فیشر و T مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

### یافته‌های پژوهش

۵۱٪ نمونه‌ها در مناطق شهری و ۴۹٪ در مناطق روستائی ساکن بودند، ۲۰٪ نمونه‌ها دارای پدر بی‌سواد و ۳۴٪ نمونه‌ها دارای مادر بی‌سواد بودند. بیشترین فراوانی شغلی پدران در نمونه‌های انتخابی، مربوط به کارمندان به میزان ۲۷/۳٪ بود. ۷/۶ درصد نمونه‌ها پدر بیکار و تنها ۶/۵٪ مادران شاغل بودند. ۱۸٪ نمونه‌ها در منزل زایمان کرده بودند.

با توجه به اطلاعات به دست آمده، ۲۵٪ نمونه‌ها فاقد کارت رشد و نمو (واکسن) بودند و تنها ۰/۱٪ آنان اعلام کردند که مرکز بهداشتی درمانی این کارت را صادر نکرده است. حدود ۲۵٪ نمونه‌ها مراجعه مرتب به مراکز بهداشتی درمانی نداشتند و از این تعداد تنها ۱/۳٪ اصلاً به مراکز مراجعه نکرده بودند.

درمورد علل تأخیر واکسیناسیون (عدم رجوع به مدت بیش از دو هفته) بیشترین فراوانی حدود ۳۷/۴٪ به دلیل عدم آگاهی مادر بود و کمترین فراوانی تأخیر مربوط به عدم وجود واکسن در مراکز به میزان ۰/۵٪ بود.

جدول ۱: فراوانی و درصد متغیرهای دموگرافی برحسب آگاهی در نمونه مورد مطالعه استان ایلام، سال ۸۰

متغیر	آگاهی ضعیف		آگاهی متوسط		آگاهی خوب		جمع	$\chi^2$
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد		
محل سکونت	شهری	۱۱۷	۲۴	۳۴۲	۶۵/۲	۶۰	۵۰۹	$\chi^2=51/61$ P=/.000
	روستایی	۳۶	۷/۳	۷۳/۳	۹۵	۱۱/۸	۱۱۸	
شغل پدر	جمع	۱۵۳	۱۵/۳	۶۹۲	۱۵۵	۱۵/۵	۹۹۹	$\chi^2=42/368$ P=/.000
	کارگر	۴۳	۲۲/۸	۱۲۹	۱۷	۹	۱۸۹	
	کشاورز	۱۲	۵/۷	۱۶۸	۲۹	۱۳/۹	۲۰۹	
	کارمند	۴۱	۱۵/۱	۱۷۰	۶۰	۲۲/۱	۲۷۱	
	شغل آزاد	۴۲	۱۶/۹	۱۶۵	۴۲	۱۹/۹	۲۴۹	
تحصیلات پدر	بیکار	۱۳	۱۷/۳	۵۶	۶	۸	۷۵	$\chi^2=22/15$ P=/.000
	جمع	۱۵۱	۱۵/۲	۶۸۸	۱۵۴	۱۵/۵	۹۹۳	
	پیسواد	۳۶	۱۸	۱۴۹	۱۵	۷/۵	۲۰۰	
	ابتدایی	۸۵	۱۶/۱	۳۶۳	۸۰	۱۵/۲	۵۲۸	
	دبلیوم و بالاتر	۳۰	۱۱/۴	۱۷۴	۶۰	۲۲/۷	۲۶۴	
شغل مادر	جمع	۱۴۷	۶	۶۴۱	۷۰	۱۲۸	۹۱۲	$\chi^2=23/64$ P=/.000
	خانهدار	۲	۱۶/۷	۷	۳	۲۵	۱۲	
	شاغل	۲	۳/۱	۴۱	۲۲	۳۳/۸	۶۵	
	شاغل در منزل	۲	۱۵/۲	۶۸۹	۶۹/۴	۱۵/۴	۹۹۳	
	جمع	۱۵۱	۲۰	۲۴۲	۷۱/۲	۴۰	۳۴۰	
تحصیلات مادر	پیسواد	۶۸	۱۵	۲۹۰	۶۸/۱	۸۴	۴۹۹	$\chi^2=35/1$ P=/.000
	ابتدایی	۷۵	۵/۷	۱۰۸	۶۸/۸	۴۰	۱۵۷	
	دبلیوم و بالاتر	۹	۱۵/۳	۶۹۰	۶۹/۳	۱۵/۵	۹۹۶	
	جمع	۱۵۲	۸۷	۱۶/۲	۶۸/۸	۸۰	۵۴۶	
	بسر	۶۵	۱۴/۳	۳۱۶	۶۹/۸	۷۲	۴۵۳	
جنس کودک	نختر	۱۵۲	۱۵/۴	۶۸۵	۶۹/۳	۱۵۲	۹۸۹	$\chi^2=28/1$ P=/.000
	جمع	۱۲۷	۱۶/۶	۵۱۳	۶۶/۹	۱۲۷	۷۶۷	
	محل تولد آخرین فرزند	۱	۲	۳۴	۶۹/۶	۱۴	۲۸/۶	
	زایشگاه دولتی	۲۴	۱۳/۳	۱۴۳	۷۹/۴	۱۳	۷/۲	
	زایشگاه خصوصی	۱۵۲	۱۵/۲	۶۹۰	۶۹/۳	۱۵۴	۹۹۶	
داشتن کارت واکسیناسیون	جمع	۴	۱۶	۱۹	۷۶	۲	۲۵	NS
	ندارد	۱۴۹	۱۵/۳	۶۷۲	۶۹	۱۵۳	۹۷۴	
	دارد	۱۵۳	۱۵/۳	۶۹۱	۶۹/۲	۱۵۵	۹۹۹	
	جمع	۱۱۹	۱۵/۵	۵۱۷	۶۷/۵	۱۲۰	۷۶۶	
	مرتب	۲۳	۱۹/۲	۸۴	۷۰	۱۳	۱۲۰	
نحوه مراجعه به مراکز بهداشتی	نامرتب	۴	۴	۴	۴۴/۴	۰	۹	$\chi^2=53/6$ P=/.000
	در زمان نیاز	۵	۵۵/۶	۴	۶۹/۲	۱۵۵	۹۹۴	
	عدم مراجعه	۵۱	۱۵/۲	۶۸۸	۶۹/۲	۱۵۵	۹۹۴	
	جمع	۵۹	۳۱/۶	۱۱۶	۶۲	۱۲	۶/۴	
	دارد	۹۴	۱۱/۶	۵۷۵	۷۰/۸	۱۴۳	۱۷/۶	
تأخیر نوبت سوم	ندارد	۱۵۳	۱۵/۳	۶۹۱	۶۹/۲	۱۵۵	۹۹۹	$\chi^2=17/9$ P=/.000
	جمع	۳۰	۲۶/۸	۷۵	۶۷	۷	۶/۳	
	دارد	۱۲۳	۱۳/۹	۶۱۶	۶۹/۴	۱۴۸	۱۶/۷	
	سرخک	۱۵۳	۱۵/۳	۶۹۱	۶۹/۲	۱۵۵	۹۹۹	
	جمع	۳۱۸	۲۷/۹	۹۴۹	۹۴/۹	۸	۷/۳	
تأخیر سوم	هیابیت	۱۲۲	۱۳/۸	۶۹/۷	۴	۱۴۷	۸۸۷	$\chi^2=18/8$ P=/.000
	ندارد	۱۵۳	۱۵/۳	۶۹/۱	۶۹/۷	۱۵۵	۹۹۸	
	جمع	۱۲۷	۱۶	۶۰۴	۷۰/۶	۱۱۵	۸۵۶	
	کارت واکسن	۱۰	۲۲/۷	۲۵	۵۶/۸	۹	۲۰/۵	
	مخاطره مادر	۱۲۷	۱۰	۲۲/۷	۵۶/۸	۹	۲۰/۵	

جدول شماره ۲. مقایسه پوشش واکسیناسیون در استان در سال ۱۳۸۰

نوع واکسن	پوشش براساس آمار استان	پوشش براساس بررسی خوشه‌ای استان	پوشش براساس مطالعه حاضر
BCG	۱۰۴	۹۸/۶	۹۶/۵
قطره و ثلاث (۳)	۱۰۸	۹۷/۲	۹۵/۹
سرخک (۱)	۱۰۰	۹۷/۷	۹۵/۹
هیپاتیت (۳)	۱۰۰	۹۶/۸	۹۵/۹

جمعیت روستایی به ۱۹/۳ درصد رسیده است. برعکس این مسئله، در گروه جمعیت شهری ۲۳ درصد دارای آگاهی ضعیف و در جمعیت روستایی این درصد حدود ۷/۳ درصد می‌باشد. یعنی توجه به روش‌های مؤثر در انتخاب نیروی انسانی مورد نیاز نقاط شهری امری لازم و ضروری می‌باشد. تأمین معاش و توجه به سیاست‌های دخل و خرج خانواده‌ها نیز از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بطوری‌که نتایج نشان دادند، ۲۲/۱ درصد خانواده‌هایی که شغل سرپرست آنها کارمند بود، از آگاهی خوب برخوردار بودند، از طرفی ۸ درصد خانواده‌هایی که پدر آنها بیکار بود، در طبقه‌ای قرار داشتند که آگاهی آنها خوب بود. از آنچه که در این راستا اتفاق افتاده است چنین استنباط می‌گردد که مسئله آگاهی خانوار به فاکتورهای عدیده‌ای از جمله وضعیت اقتصادی خانوار ارتباط دارد و چنانچه وضع خانواده به لحاظ مسائل اقتصادی تأمین شود، بالطبع آگاهی آنان نیز در زمینه‌های مختلف از جمله مسائل بهداشتی بالا خواهد رفت. میزان سواد و تحصیلات سرپرست خانوارها عاملی سازنده و معتبر در جهت بهزیستی اعضای خانواده و جامعه می‌باشد. نتایج تحقیق نشان داد که از بین خانواده‌هایی که پدران آنها دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر بودند ۲۲/۷ درصد دارای آگاهی خوب و خانواده‌هایی که پدران آنها بیسواد بود، ۷/۵ درصد دارای آگاهی خوب بودند. یعنی خانواده‌هایی که دارای پدر با تحصیلات بالا بودند، در گروه با آگاهی خوب (به لحاظ درصدی)، حدود سه برابر خانواده‌های دارای پدر بیسواد بودند (۲۲/۷ درصد در مقابل ۷/۵ درصد).

### بحث و نتیجه‌گیری

آنچه در رابطه با نتایج این تحقیق از اهمیت زیادی لازم برخوردار است، پوشش واکسیناسیون در زمینه‌های مختلف فعالیت‌های هدف می‌باشد. پوشش ۹۶/۵ درصدی واکسن BCG نقطه امید است که علیرغم نقص‌های سیستم ارائه خدمات بهداشتی درمانی و ایمن‌سازی گذشته، در حال حاضر جهشی علمی و منطقی به نظر می‌آید. در مورد سایر واکسن‌ها نیز پوشش‌های ۹۵/۹ درصدی برای قطره فلج اطفال و ثلاث (۳) و ۹۵/۹ درصدی برای سرخک و ۹۵/۹ درصدی برای هیپاتیت (۳)، نیز بیانگر این واقعیت است که پوشش واکسیناسیون استان به لحاظ کمی از سطح مطلوبی برخوردار بوده و چنانچه بخواهیم این سطح پوشش را حفظ یا در راستای ارتقاء آن به پوشش بالاتر از این ارقام برسیم، به تلاشی بس مضاعف و برنامه‌ریزی‌هایی جدا از فعالیت‌های موجود نیاز داریم. موفقیت نظام عرضه خدمات بهداشتی در جامعه روستایی و بالا بردن سطح آگاهی جمعیت تحت پوشش مراکز مذکور نسبت به مراکز شهری مبین این واقعیت است که تربیت کادر کمکی در قالب فعالیت آموزشگاه‌های بهورزی و انتخاب نیروی انسانی بومی با توجه به اینکه می‌تواند ارتباط فرهنگی، اقتصادی، فامیلی و ... را به نحو مطلوبی برقرار نماید، یکی از ابزارهای دقیق و علمی در جهت ارتقاء سطح آگاهی جمعیت‌های تحت پوشش و هدف می‌باشند. بطوری‌که از بین جمعیت شهری، ۱۱/۸ درصد از آگاهی خوب برخوردار بوده و این درصد در

صد در صد، تأثیر به سزایی داشته باشد. سطح آگاهی ۱۵/۵ درصدی افرادی که نحوه مراجعه آنها جهت اخذ خدمات بهداشتی درمانی مرتب و ۱۹/۲ درصد افرادی که نحوه مراجعه آنها نامرتب و ۵۵/۶ درصد افرادی که اصلاً مراجعه نمی‌کنند ضعیف بود. این درصدها برای مراجعه‌کنندگان مرتب، ۱۷ درصد آگاهی خوب و آن‌هایی که اصلاً مراجعه نمی‌کنند صفر درصد آگاهی خوب بود. به عبارت دقیق‌تر فردی با سطح آگاهی خوب که اصلاً به مرکز مراجعه نکرده باشد، وجود نداشت. در میان کل افراد مورد بررسی ۱۸/۷ درصد در رابطه با ثلاث نوبت سوم و ۱۱/۲ درصد در ارتباط با سرخک نوبت اول و ۳/۵ درصد در ارتباط با ب.ت.ژ و ۱۱/۱ درصد در ارتباط با هپاتیت نوبت سوم تأخیر داشتند. شایان ذکر است مسئله تأخیر یا عدم اجرای واکسیناسیون دو مقوله کاملاً متفاوت بوده و به طوری که گفته شد حداقل پوشش واکسیناسیون به دست آمده در ارتباط با این بررسی ۹۵/۹ درصد بوده که جبران پوشش باقیمانده در حدود ۴/۱ درصد تا هدف آرمانی تلاشی مضاعف و پیگیر را طلب می‌نماید.

### پیشنهادات

۱- انتخاب راه‌کارهای مناسب در جهت تربیت نیروی انسانی مورد نیاز مراکز بهداشتی درمانی شهری و نقاط شهری براساس سیاستی که چهارچوب و پایه آن را تربیت کادر کمکی تشکیل داده و اجرای سیاست‌های مورد نظر در مناطق شهری را با نقاط روستائی هماهنگ نماید.

۲- با توجه به وضع معیشتی خانوارهای بیکار و یا کارگر، افزایش توانمندی اقتصادی آنان به شکلی که این‌گونه خانواده‌ها حداقل توانمندی را در جهت اداره امور معیشتی خود و خانواده داشته باشند تا با فراغ خاطر در راستای سلامتی و بهزیستی اعضای خانواده تلاش نمایند.

شرکت مادران در فعالیت‌های اجتماعی به نحو بسیار مطلوب می‌تواند در جهت ارتقاء سطح آگاهی مادران مفید باشد، چنانچه نتایج تحقیق نشان داد در گروه مادران شاغل در خارج از منزل تنها ۲/۱ درصد دارای سطح آگاهی ضعیف و ۳۳/۸ درصد آنها دارای سطح آگاهی خوب بودند. ولی ۱۶ درصد مادران خانه‌دار در گروه افرادی قرار گرفتند که دارای آگاهی ضعیف و ۱۴ درصد در گروه افراد با سطح آگاهی خوب بودند.

آگاهی ۲۰٪ مادران بیسواد و ۵/۷ درصد مادران دارای مدرک تحصیلی دیپلم به بالاتر، ضعیف بود، در حالیکه آگاهی ۸/۸ درصد مادران بیسواد و ۲۵/۵ درصد مادران دارای مدرک تحصیلی دیپلم و بالاتر، خوب بود، یعنی درصد آگاهی ضعیف مادران در گروه بیسوادان، ۳/۲۷ برابر آگاهی گروه مادران با تحصیلات دیپلم و بالاتر بود. از طرفی فراوانی آگاهی خوب مادران با سطح تحصیلات دیپلم و بالاتر، ۴/۴۷ برابر گروه مادران بیسواد بوده است. یعنی در هر دو گروه این تفاسیر به نفع مادران با مدرک تحصیلی بالا می‌باشد.

ارائه يك سند معتبر و قوي جهت اثبات اجرائی عملیات واکسیناسیون و محافظت و نگهداری از آن به عنوان ابزاری توانمند در جهت پایش برنامه‌های ایمن سازی امری لازم بوده و حفظ و نگهداری و ارائه به موقع آن می‌تواند به عنوان شاخصی مطلوب، در جهت توسعه روند آگاهی خانواده‌ها به خصوص مادران باشد. به طوریکه ملاحظه شد در گروه خانواده‌هایی که دارای کارت واکسیناسیون بودند، ۱۵/۳ درصد از آگاهی ضعیف و افراد فاقد کارت واکسیناسیون، ۸ درصد از سطح آگاهی خوب برخوردار بودند.

پیگیری وضعیت ایمن سازی کودک بر علیه بیماری‌های هدف یکی از ارکان موفقیت برنامه ایمن‌سازی می‌باشد. چنانچه این مسئله به شکلی رفتاری تبدیل گردد، شاید در جهت ارتقاء سطح پوشش واکسن‌ها و رسیدن به نتیجه بسیار مطلوب و آرمانی پوشش

شاغل جهت بالا بردن سطح آگاهی آنان در جهات مختلف  
۶- آگاهی دادن به اهمیت کارت واکسیناسیون به خانواده‌های گیرنده خدمات از طریق رسانه‌های گروهی، ملی و محلی  
۷- تبلیغ در جهت ضرورت مراجعه مستمر و مرتب به مراکز بهداشتی درمانی جهت اخذ خدمات از طریق رسانه‌های گروهی  
۸- تبلیغ در جهت ضرورت مراجعه به موقع خانواده‌های گیرنده خدمات جهت انجام برنامه واکسیناسیون و یادآوری مزایای واکسیناسیون به موقع و بدون تأخیر  
۹- تلاش در جهت تهیه نمایشنامه و یا استفاده از تکنولوژی‌های نوین تبلیغات جهت امر واکسیناسیون.

۳- وجود ۲۰ درصد افراد بیسواد در بین پدران خانواده‌های تحت پوشش زنگ خطری در جهت توسعه فرهنگی جامعه بوده و توجه مضاعف مسئولین امور آموزش و پرورش و نهضت سوادآموزی را طلب نموده و تحقق اهداف بهداشتی به شکل مستقیم در گرو موفقیت آموزش و پرورش در این زمینه می‌باشد.  
۴- فراهم آوردن زمینه‌های مناسب جهت مادران به شکلی که بتوانند در برنامه‌هایی که ماهیت انجام آنها خدمات داوطلبانه را نیاز دارند، شرکت کنند.

۵- تشویق جمعیت ۳۴/۱ درصدی مادران بیسواد جامعه تشکیل‌دهنده این بررسی به سوادآموزی و ارتقاء کیفی سطح تحصیلات مادران باسواد خانه‌دار و

#### منابع

- ۱- شیخیان، علی؛ عیوضی، علی‌اشرف. ایمن سازی در برابر بیماری‌های عفونی. دانشگاه علوم پزشکی ایلام، چاپ اول، سال ۱۳۷۸.
- ۲- هاریسون. اصول طب داخلی: بیماری‌های عفونی. ۱۹۹۸.
- ۳- پورنجف، عبدالحسین. بررسی شاخص‌های بهداشتی درمانی استان ایلام. سازمان برنامه و بودجه استان، ۱۳۶۷.
- ۴- وزارت بهداشت و درمان. گزارش کمیته بهداشت برای برنامه سوم توسعه. ۱۳۷۷.
- ۵- وزارت بهداشت و درمان. گزارش سومین ارزشیابی استراتژی بهداشت برای همه. ۱۹۹۷.
- ۶- وزارت بهداشت و درمان. شاخص‌های بهداشتی و اجتماعی استان ایلام. ۱۳۷۷.
- 7- WHO; The state of the worlds children; 1998.
- 8- WHO; EPI information system global summary; 1997.
- 9- WHO; Annual report EPI; 1999.



## **Mothers' Knowledge of Vaccinating the Under-5-years Children in Ilam, 2002**

**Purnajaf A<sup>1</sup>., Nasserifar R<sup>2</sup>., Dr.Hemati K<sup>3</sup>.**

---

### **Abstract**

**Introduction:** Vaccination is an important part of any health care system. It can play a significant role in promoting social health. The researchers have tried to investigate the mothers' level of knowledge as well as to pinpoint the weak-points in the process and offer effective solutions.

**Materials & Methods:** 67882 mothers along with their 37298 under- five-years children were studied as the target population. The data was obtained through questionnaires of three parts; the individual characteristics information, the vaccination status of children, and the mothers' knowledge on how to vaccinate the children of less than 5 years old. Then the data was statistically analyzed.

**Finds:** According to the finds, a significant relation was proved between the mother's knowledge and variables such as the residential place, the parents' occupations and literacy, how to go to the service providers, any delay in receiving BCG, hepatitis & measles vaccines, the children's birthplaces, the source of knowledge, the distance to receive the service, and satisfaction to the staff.

**Conclusion:** It is concluded that annual cluster investigations to assess the vaccination status through retraining the health staff as well as promoting educations related to health state along with special care about vaccination records can help vaccination coverage considerably in the province.

\* \* \*

**Key words:** Vaccination, preventable diseases, mothers' knowledge, Ilam.

---

<sup>1</sup>,<sup>2</sup>. Msc., faculty member, Ilam medical university  
<sup>3</sup>. GP., Ilam medical university.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.