

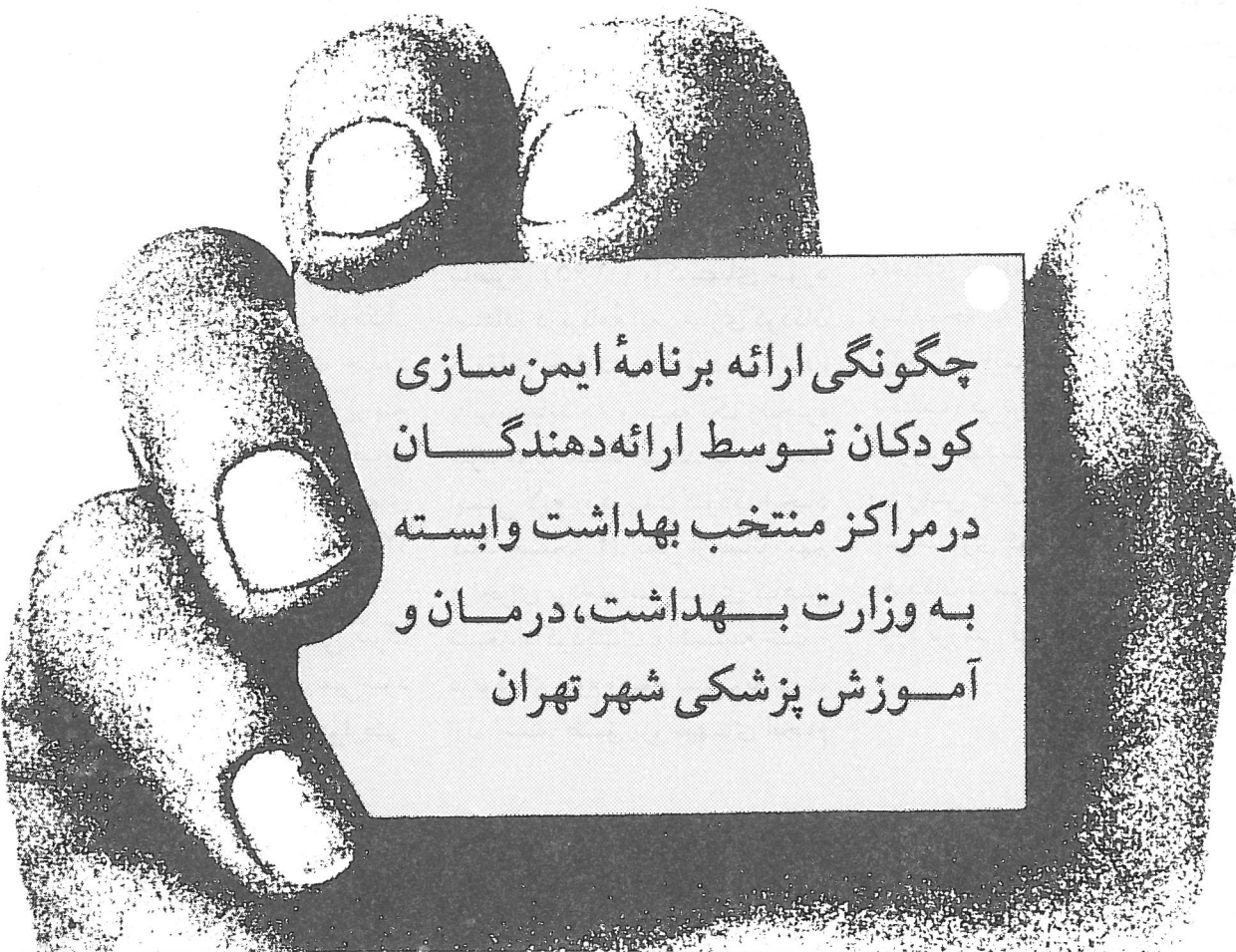
زمینه پژوهش

تاریخ انسانی حاکی از تلاش و مبارزه مستمر انسان با بیماریها و درد درجه اول امراض عفونی است. طب، هیچگاه جدا از امر مصون‌سازی نبوده نکته جالب اینکه رشد روش ساخت و تهیه واکسن از شناخت ریشه‌ای و علمی عوامل بیماری‌زا فراتر بوده است (ولایتی و دیگران ۱۳۶۰ صفحه ۲۷). اولین اقدام سالم برای پیشگیری از بیماریهای عفونی ایمن‌سازی می‌باشد که در سال ۱۷۹۶ بوسیله ادوارد جنر^۱ ابداع گردید و بعدها لوئی

پاستور با کم کردن خاصیت بیماری‌زائی میکروبها بدون اینکه به توانائی تولید پاسخ مصونیت آنها آسیبی رسانیده شود موفقیت زیادی را در زمینه کشف ایمن‌سازی بخصوص در مورد بیماریهایی که عامل آنها ویروس است کسب کرد (آدا،^۲ ۱۹۸۴، صفحه ۵). امروزه برکسی پوشیده نیست که بهداشت کودکان بعنوان آسیب‌پذیرترین گروه اجتماعی و نیز سرمایه‌های هر جامعه‌ای دارای ارزش‌های فراوانی است و زمینه‌اساسی رشد جسمانی و روانی آنها می‌باشد

(نقره‌کار، ۱۳۶۳، صفحه ۷۳). پیشگیری از بیماریها یکی از مهمترین اهداف مراقبت از کودکان است و اقدامات پیشگیری کننده در دوران کودکی و نوزادی می‌توانند کودکان را از بسیاری از بیماریهای عفونی محافظت کنند (مارلو^۳ ۱۹۷۷، صفحه ۳۱۹).

برنامه گسترش ایمن‌سازی یکی از برنامه‌های مهم و پرارزش سازمان جهانی بهداشت است که از سال ۱۹۷۴ در چهارچوب طرح‌های ملی بهداشتی کلیه کشورهای جهان قرار گرفته است. هدف از اجرای این



چگونگی ارائه برنامه ایمن‌سازی کودکان توسط ارائه‌دهندگان در مراکز منتخب بهداشت و وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شهر تهران



برنامه محافظت کودکان در مقابل شش بیماری عمده دوران کودکی یعنی دیفتری، کزاز، سیاه سرفه، سرخک سل و فلج اطفال است. این بیماریها از طریق ایمن سازی قابل پیشگیری می باشند (هندرسن^۴، ۱۹۸۷، صفحه ۳). علی رغم وجود برنامه ایمن سازی هنوز در کشورهای جهان سوم هر سال بیش از ۳/۵ میلیون کودک به علت عدم دریافت واکسنهای ضروری تلف می شوند. به عنوان مثال از ۹۰ میلیون کودکی که در سال ۱۹۸۵ در جهان پایه یکسالگی گذاشته بودند تنها ۱۸ درصد آنان علیه سرخک، ۳۸ درصد علیه دیفتری و سیاه سرفه و کزاز و ۳۴ درصد علیه فلج اطفال واکسینه شده بودند (هندرسن ۱۹۸۷، صفحه ۲ و ۳).

بدلیل کاهش مرگ در کودکان و افزایش میزان موالید در سالهای اخیر حدود ۱/۶ جمعیت کشورمان را کودکان زیر پنج سال تشکیل می دهند. به دلیل بالابودن درصد کودکان زیر پنج سال و وفور بیماریهای مرگزا در این گروه سنی حدود ۴۰ درصد از کل مرگها به کودکان زیر پنج سال مربوط می شود که ۸۰ درصد این مرگها به کودکان زیر یکسال تعلق دارد. علت حدود ۳۰ درصد از مرگهای کودکان زیر پنج سال بیماریهای عفونی قابل پیشگیری با واکسن و سایر بیماریهای عفونی است (ملک افضلی، ۱۳۶۷، صفحه ۴).

سرخک در دوران کودکی مرگ بسیاری از کودکان را سبب می شود و قادر است در بسیاری دیگر عوارضی

چون کری، کوری و بعضی از انواع عقب افتادگیها را ایجاد کند. سیاه سرفه هنوز یک علت مشخص برای مرگها و ناتوانیها است. ۱۵ درصد از کودکانی که به موارد شدید بیماری مبتلا می گردند دچار ناتوانیهای دردوران زندگی می شوند. سل تنها ناتوانی مخصوص کودکان نیست بلکه بزرگترین علت ناتوانی در بین بالغین در کشورهای در حال توسعه است، برای مبارزه با این بیماریها باید برنامه ریزی به شکلی باشد که بتواند الگوی ناتوانیها را تغییر دهد. برای رسیدن به این هدف مؤثرترین راه مصون سازی دردوران کودکی در سطح جهان بهداشت برای همه می باشد (ویلسون، ۱۹۸۸، صفحه ۱۵ و ۱۴). به عقیده پژوهشگر وجود عوامل متعددی که مانع واکسینه شدن کودکان می شود و یا علی رغم واکسیناسیون مانع ایجاد ایمنی کافی در بدن کودک می گردد و عدم مبارزه واقعی با این عوامل در بسیاری از موارد باعث مرگ عده ای از کودکان و علیل و ناتوان شدن بسیاری دیگر از آنان می شود. به عقیده ناصری (۱۳۶۵) واکسنهای مورد استفاده در برنامه ایمن سازی کودکان در مقابل حرارت مقاومت ندارند، بنابراین باید به وسیله یک زنجیره سرد موثر حفظ شوند تا بتوانند ایمنی لازم را در بدن کودک ایجاد کنند (صفحه ۴). یکی از مسائل مهم در اجرای برنامه ایمن سازی کاهش تعداد کودکان واکسینه شده در نوبتهای دوم و سوم نسبت به نوبت اول است. طبق بررسیهای انجام

شده معدل افت تلقیحات در مورد واکسن ثلاث و فلج اطفال در حدود ۳۰ درصد است. در ۱۳ کشوری که به عنوان کم رشدترین کشورهای جهان شناخته شده اند نسبت دریافت نوبت سوم واکسن ثلاث فقط ۱۵ درصد بوده است. وقتی از مادران سؤال می شود "چرا فرزندان خود را برای تکمیل تلقیحات نمی آورند" جواب می دهند که از اهمیت و لزوم انجام نوبتهای بعد بی اطلاع بوده اند (ادیب زاده، ۱۳۶۵، صفحه ۳). با توجه به اهمیت پیشگیری از بیماریهای عفونی در سطح جامعه و نقش موثر ایمن سازی در پیشگیری از این بیماریها، به منظور بررسی فعالیتها انجام شده در رابطه با واکسیناسیون کودکان و تعیین کمیت و کیفیت آن لازم است که تحقیقات پی گیر انجام شود تا بتوان با تکیه بر یافته های اینگونه پژوهشها و با توجه به امکانات موجود اصلاحات لازم را در ارائه برنامه ها انجام داد. با توجه به نقش پرستاران، بخصوص پرستاران بهداشت جامعه در کاهش میزان بروز بیماریها و اعتلای سطح بهداشت در جامعه و با توجه به عوامل متعددی که در اجرای ایمن سازی (در مراحل مختلف) می تواند سطح مصونیت را مورد تهدید قرار دهد، در این پژوهش چگونگی ارائه برنامه ایمن سازی کودکان توسط ارائه دهندگان در مراکز بهداشت تهران مورد بررسی قرار گرفته است.

بیان مسئله پژوهش:

چگونگی ارائه برنامه ایمن سازی کودکان توسط ارائه دهندگان مراکز منتخب بهداشت وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در شهر تهران.

اهداف پژوهش:

هدف کلی این پژوهش بررسی چگونگی ارائه برنامه ایمن سازی کودکان توسط ارائه دهندگان مراکز بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در شهر تهران می باشد. در رابطه با این هدف کلی، اهداف زیر برای این پژوهش مشخص می شود:

۱- تعیین چگونگی انجام فعالیتها در ارائه برنامه ایمن سازی کودکان قبل از اجرای برنامه توسط ارائه دهندگان مراکز بهداشت وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهران.

۲- تعیین چگونگی انجام فعالیتها در ارائه برنامه ایمن سازی کودکان حین اجرای برنامه توسط ارائه دهندگان مراکز بهداشت وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهران.

۳- تعیین چگونگی انجام فعالیتها در ارائه برنامه ایمن سازی کودکان بعد از اجرای برنامه توسط ارائه دهندگان مراکز بهداشت وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهران.

سئوالهای پژوهش:

۱- فعالیتهای انجام شده توسط ارائه دهندگان در برنامه ایمن سازی کودکان قبل از اجرای برنامه در مراکز بهداشت وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهران چگونه هستند؟

۲- فعالیتهای انجام شده توسط ارائه دهندگان در برنامه ایمن سازی کودکان حین اجرای برنامه در مراکز بهداشت وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهران چگونه هستند؟

۳- فعالیتهای انجام شده توسط ارائه دهندگان در برنامه ایمن سازی کودکان پس از اجرای برنامه در مراکز بهداشت وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهران چگونه هستند؟

مروری بر مطالعات انجام شده

هاریسون^۵ و دیگران (۱۹۸۵) پژوهشی را در مورد استفاده از واکسن سیاه سرفه در کودکانی که خود آنها و یا افراد خانواده شان سابقه تشنج داشته اند در بخش کنترل بروز عوارض بعد از واکسیناسیون د.ت.پ وابسته به مرکز کنترل





بیماریها در ایالات متحده از سال ۱۹۷۹ تا سال ۱۹۸۲ انجام دادند. در این بخش سئوالاتی از والدین کودکانی که فرزندشان را برای انجام واکسیناسیون د.ت.پ می‌آوردند، مبنی بر اینکه آیا کودکان سابقه تشنج یا بیماری عصبی دارد و یا خود آنها سابقه تشنج و یا بیماری عصبی دارند یا خیر پرسیده می‌شد و این اطلاعات ثبت می‌شد. هیچگونه سعی و کوششی هم برای تأیید پاسخ والدین از سوی پژوهشگران انجام نمی‌شد. شماره تلفن والدین کودک یادداشت می‌شد سپس واکسیناسیون انجام شده و چگونگی وضعیت کودکان تا چهار هفته بعد از انجام واکسیناسیون تلفنی توسط این مرکز کنترل شده و گزارش کاملی تهیه می‌گردید. پژوهشگران گزارش ۳۰ روز را در طول این دوره بطور تصادفی انتخاب کردند. در این ۳۰ روز، ۳۰ میلیون کودک واکسن سه‌گانه را دریافت کرده بودند که ۲۰۶۲ نفر آنها دچار تشنج شده بودند. گزارشها برای تجزیه و تحلیل به کامپیوتر داده شد و آزمون کای دو برای ارزشیابی اطلاعات بدست آمده استفاده شد. نتیجه نشان داد سیزده و یک دهم (۱/۱۳٪) درصد از کودکانی که به دنبال دریافت واکسن دچار اختلالات عصبی شده بودند سابقه تشنج مشخص داشتند، ۷۴/۸ درصد آنها سابقه تشنج در خانواده داشتند و ۲/۱ درصد آنها سابقه تشنج قبلی نداشتند. براساس اطلاعات بدست آمده از بررسی فوق و بررسیهای قبلی و همه‌گیر شناسی بیماری سیاه‌سرفه در ایالات متحده

آمریکا، کمیته عملیات مصون سازی آمریکا قانونی تصویب کرد مبنی بر اینکه کودکانی که سابقه تشنج مشخص یا خانوادگی دارند نباید بر علیه بیماری سیاه‌سرفه واکسینه شوند و از واکسن توام خردسالان به جای واکسن ثلاث برای این کودکان استفاده شود (صفحه ۱۷۸ - ۱۷۵).

برن بوم و دیگران^۷ پژوهشی مقایسه‌ای بین دو گروه شامل یک گروه ۲۵ نفری نوزاد نارس و یک گروه ۳۸ نفری نوزاد کامل انجام دادند. در این پژوهش فرضیه این بود که واکسن دیفتری، کزاز، سیاه‌سرفه در نوزادان نارس می‌تواند براساس سن تقویمی آنها انجام شود. وزن تولد نوزادان نارس مورد پژوهش بین ۹۰۰ گرم تا ۱۷۹۵ گرم متغیر بود و سن دوران جنینی آنها بین ۲۸ هفته تا ۳۴ هفته بود. هر دو گروه ۱/۳ سانتیمتر مکعب واکسن در سه نوبت در سن ۸ و ۱۶ و ۲۴ هفتهگی دریافت کرده بودند. واکسنهای تزریق شده به هر دو گروه در یک آزمایشگاه تهیه شده و بصورت عضلانی تزریق شده بود. نمونه خون برای اندازه‌گیری آنتی‌بادی قبل از تزریق در فواصل نوبتها و دوماه بعد از آخرین تزریق از هر دو گروه گرفته شده بود. نتیجه نشان داد آنتی‌بادی تولید شده در بدن نوزادان نارس غلظت کمتری نسبت به نوزادان کامل داشته است. لیکن در بدن هر دو گروه مصونیت کامل در مقابل این سه بیماری ایجاد شده بود و نوزادان نارس دچار عوارض سوء ناشی از واکسیناسیون نشده بودند. در نهایت پژوهشگران به این

نتیجه رسیدند که واکسیناسیون سه‌گانه در نوزادان نارس می‌تواند از ۸ هفتهگی شروع شود و هیچگونه تاخیری در این برنامه نباید رخ دهد، زیرا این مصون‌سازی برای حیات آنها ضروری است (صفحه ۱۸۸ - ۱۸۴).

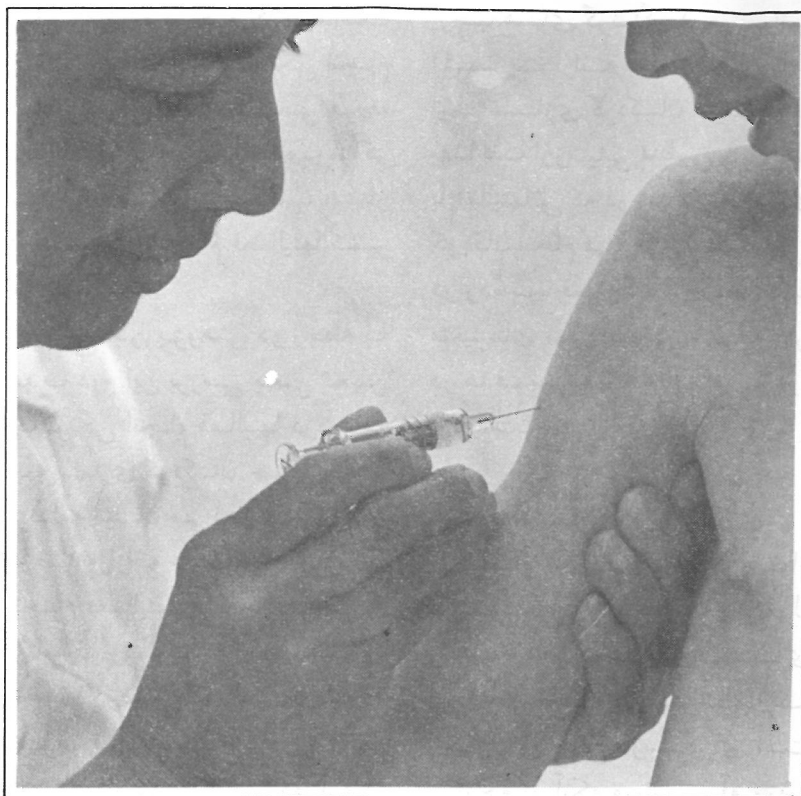
روش پژوهش:

نوع پژوهش: این پژوهش از نوع زمینه‌ای^۸ است که در آن چگونگی ارائه برنامه ایمن‌سازی کودکان در مراکز بهداشت تهران مورد بررسی قرار گرفته است که بعد توصیفی پژوهش را شامل می‌شود و تاثیر متغیر هائی مختلف در چگونگی ارائه برنامه و وجود همبستگی بین متغیرها و کسب امتیاز از چگونگی ارائه خدمات مورد بحث قرار گرفته است که بعد تحلیلی آن می‌باشد.

جامعه پژوهش: جامعه پژوهش در این مطالعه، ارائه دهندگان برنامه ایمن‌سازی کودکان در ۳۲ مرکز بهداشت در شهر تهران بوده که شرایط لازم برای اهداف این پژوهش را دارا بوده‌اند. نحوه انتخاب نمونه پژوهش از جامعه آماری مورد مطالعه بصورت تصادفی بوده است و از هر منطقه ۸ مرکز بهداشت به عنوان نمونه انتخاب و چگونگی ارائه برنامه ایمن‌سازی توسط ارائه دهندگان در آن مرکز مورد بررسی قرار گرفت.

محیط پژوهش: در این پژوهش، محیط پژوهش مراکز بهداشت وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهران بوده‌اند.

وسئوالهای مورد پژوهش به بررسی یافته‌ها پرداخته است. هدف کلی این پژوهش چگونگی ارائه برنامه ایمن‌سازی کودکان در مراکز بهداشت و وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهران بوده و تاثیر متغیرهایی مانند داشتن فرزند، میزان تحصیلات، سابقه کار، مهمترین منبع کسب اطلاعات، تعداد ارائه دهندگان برنامه و تعداد کودکان واکسینه شده در هر مرکز بهداشت، در هر روز در چگونگی ارائه برنامه ایمن‌سازی کودکان مورد بحث قرار گرفته است. در رابطه با هدف کلی این بررسی ۱۳/۷۸ درصد ارائه دهندگان برنامه ایمن‌سازی چگونگی انجام فعالیتهایشان در رده متوسط قرار گرفته و ۱۵/۶۳ درصد در رده خوب و ۶/۲۵ درصد از ارائه دهندگان نحوه انجام فعالیتهایشان در رده بد قرار گرفته است. با توجه به فعالیتهایی که از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در زمینه ایمن‌سازی کودکان می‌شود و بنظر می‌رسد به کمیت و کیفیت این مسئله توجه می‌شود لیکن بررسی نشان داده است ۶/۲۵ درصد از ارائه دهندگان چگونگی انجام فعالیتهایشان در رده بد قرار دارد. شاید دلیل این امر، عدم هماهنگی لازم بین ارائه خدمات و نیاز جوامع تحت پوشش مراکز بهداشت و تناسب نیروی انسانی با مددجویان و بسیاری عوامل دیگری که در اجرای برنامه موثر هستند، باشد. جهت بررسی تاثیر متغیرهای داشتن فرزند، میزان تحصیلات



روش گردآوری داده‌ها:

هدف دوم و ۶ مورد آن در رابطه با هدف سوم بوده را به ترتیب در رابطه با انجام فعالیتهای قبل، حین و بعد از ایمن کردن کودکان، به صورت بله و خیر علامت زده است. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از روش آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. آمار توصیفی برای بیان چگونگی ارائه برنامه ایمن‌سازی و آمار استنباطی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و از آزمون تی^۹ برای تجزیه و تحلیل صفات کیفی و از ضریب همبستگی پیرسون^{۱۰} به منظور تعیین همبستگی بین صفات کمی استفاده شده است.

بحث و بررسی یافته‌ها

پژوهشگر با توجه به اهداف

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش برگه مشاهده شده بوده است که توسط پژوهشگر تهیه و تنظیم شده و پس از تعیین اعتبار، اعتماد علمی و رفع نواقص آن ابزار نهائی بدست آمد و وسیله ثبت مشاهدات پژوهشگر در مورد چگونگی ارائه برنامه واکسیناسیون کودکان در مراکز بهداشت بوده است. پژوهشگر برگه مشاهده را که شامل ۴۵ مورد در رابطه با چگونگی ارائه برنامه واکسیناسیون کودکان در مراکز بهداشت تهران بوده شخصاً^{۱۱} به مراکز بهداشت برده است. با مشاهده مستقیم چگونگی عرضه خدمات ایمن‌سازی ۴۵ مورد مذکور که ۱۳ مورد آن در رابطه با هدف اول، ۲۶ مورد آن در رابطه با



و مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات در کسب امتیاز از چگونگی انجام فعالیتها (هدف کلی) آزمون تی و برای بررسی تاثیر سابقه کار، تعداد ارائه دهندگان برنامه و تعداد کودکان واکسینه شده ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شد و نتیجه نشان داد چهار متغیر اول در کسب امتیاز از چگونگی انجام فعالیتها بی تاثیر بوده است، ولی تعداد کودکان واکسینه شده در هر مرکز بهداشت و تعداد ارائه دهندگان برنامه در کسب امتیاز از چگونگی انجام فعالیتها موثر بوده یعنی هرچه تعداد کودکان واکسینه شده در مراکز بهداشت بیشتر می‌شده، کسب امتیاز از چگونگی انجام فعالیتها کمتر بوده است و هرچه تعداد ارائه دهندگان برنامه افزایش می‌یافته کسب امتیاز از چگونگی انجام فعالیتها نیز بیشتر می‌شده است. نتایج این پژوهش در رابطه با هدف اول این بررسی، تعیین چگونگی انجام فعالیتها در برنامه ایمن‌سازی کودکان توسط ارائه دهندگان قبل از اجرای برنامه نشان می‌دهد، ۶۲/۵ درصد ارائه دهندگان چگونگی انجام فعالیتها نشان داده خوب قرار گرفته است و ۳۷/۵ درصد ارائه دهندگان در رده متوسط و در رده بد هیچکدام از ارائه دهندگان قرار نگرفته‌اند. نتیجه بررسی نشان داد متغیرهای داشتن فرزند، میزان تحصیلات، مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات، سابقه کار و تعداد ارائه دهندگان برنامه در کسب امتیاز از چگونگی انجام فعالیتها تاثیر نداشته است. ولی تعداد کودکان

واکسینه شده در هر مرکز بهداشت در کسب امتیاز از چگونگی انجام فعالیتها موثر بوده است، یعنی هرچه تعداد کودکان واکسینه شده در مراکز بهداشت بیشتر بوده کسب امتیاز از چگونگی انجام فعالیتها کمتر می‌شده است.

نتایج این پژوهش در رابطه با هدف دوم این بررسی یعنی تعیین چگونگی انجام فعالیتها در برنامه ایمن‌سازی کودکان حین اجرای برنامه نشان می‌دهد که ۶۸/۷۵ درصد از ارائه دهندگان چگونگی انجام فعالیتها نشان حین اجرای برنامه در رده متوسط قرار داشته، ۱۵/۶۳ درصد ارائه دهندگان در رده خوب قرار گرفته‌اند و ۱۵/۶۲ درصد ارائه دهندگان در رده بد قرار گرفته‌اند. نتیجه بررسی نشان داد تاثیر متغیرهای مورد نظر در رابطه با هدف دوم مانند هدف اول بوده است.

نتایج این پژوهش در رابطه با هدف سوم این بررسی، تعیین چگونگی انجام فعالیتها در برنامه ایمن‌سازی کودکان بعد از اجرای برنامه نشان می‌دهد که ۵۶/۲۵ درصد از ارائه دهندگان برنامه ایمن‌سازی چگونگی انجام فعالیتها نشان در رده بد قرار گرفته است و ۴۰/۶۳ درصد آنان در رده متوسط و ۳/۱۳ درصد آنان در رده خوب قرار گرفته‌اند. باتوجه به اینکه این مرحله فعالیتها را دربر می‌گیرد که بعد از ایمن کردن کودک و خروج او از مرکز بهداشت انجام می‌شود و شامل ارزشیابی برنامه اجرا شده در مرکز بهداشت

از جنبه‌های گوناگون می‌باشد اکثریت ارائه دهندگان برنامه ایمن‌سازی کودکان در مراکز بهداشت ارزشیابی منظمی در رابطه با فعالیتها که در زمینه ایمن‌سازی کودکان انجام می‌دهند، نداشته‌اند و در رده بد قرار گرفته‌اند. تاثیر متغیرهای مورد نظر در این پژوهش در هدف سوم مانند هدف اول و دوم بوده است.

موارد استفاده در پرستاری:

باتوجه به نقش پرستار در پیشگیری از بیماریها و تحول روز بروز در روشهای پیشگیری از بیماریها بخصوص ایمن‌سازی که از اصول زیربنایی در پیشگیری است و باتوجه به آنکه مسئولیت آموزش پرستاران با مربیان پرستاری است لذا، مربیان پرستاری می‌توانند اهمیت اجرای برنامه ایمن‌سازی کودکان را در مراحل مختلف به دانشجویان آموزش دهند. چراکه دانشجویان پرستاری در کارآموزی بهداشت جامعه و بهداشت مادران و نوزادان و اطفال با برنامه ایمن‌سازی کودکان در ارتباط هستند و می‌توانند با اجرای صحیح این برنامه با نظارت مربیان به حفظ سطح ایمنی در جامعه کمک کرده و در عین حال بصورت غیرمستقیم ارائه دهندگان برنامه ایمن‌سازی را تشویق کنند تا کیفیت ارائه خدماتشان را در زمینه ایمن‌سازی کودکان ارتقاء دهند. جهت آشنائی دانشجویان پرستاری با مسائل مربوط به برنامه ایمن‌سازی کودکان لازم است مربیان زمان بیشتری برای بحث و بررسی پیرامون

برنامه ایمن سازی کودکان مصروف بدارند. آن گروه از پرستاران که عنوان کارشناس بهداشت در مناطق چهارگانه وزارت بهداشت و درمان در تهران به انجام عملیات کارشناسی در امر بهداشت مشغول هستند باتوجه به نتایج این پژوهش می توانند نظارت بیشتری بر چگونگی انجام فعالیت های ایمن سازی در مراکز بهداشت داشته و با ارزشیابی دوره ای از چگونگی اجرای برنامه ایمن سازی در مراکز مختلف بهداشتی میزان موفقیت کار را بررسی کرده و در مواردی که اجرای برنامه با موفقیت همراه نیست اقدامات اساسی انجام دهند و با اجرای برنامه ریزی صحیح نیز در امر آموزش ضمن خدمت و بازآموزی، سطح کارائی ارائه دهندگان را بالا برده تا آنها بتوانند با کسب آموزش کیفیت ارائه خدمات را بهتر کنند.

مسئولین محترم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می توانند باتوجه به یافته های این پژوهش پرستار بهداشت جامعه را در اجرای برنامه های بهداشتی در مراکز بهداشت سهیم کرده و به آنها فرصت دهند تا نقش آموزش خود را در رابطه با کارکنان مراکز بهداشت به نحو احسن انجام داده و با نظارت و سرپرستی کارکنان بخصوص ارائه دهندگان برنامه ایمن سازی آنان را تشویق کنند تا کیفیت ارائه خدماتشان را ارتقاء بخشند و به دلیل آگاهی بیشتر از نحوه ارتباط صحیح با فرد و گروه سعی کنند که با اجرای برنامه های

آموزشی در مراکز بهداشت و سایر عرصه های خدمت آگاهی مصرف کنندگان را بالا برده و همکاری آنان را در جهت استفاده صحیح از این خدمات جلب کنند. باتوجه به اینکه نتایج این پژوهش نشان داده است رسانه های گروهی نقش آموزش خود را در این مورد بخوبی ایفا نکرده اند پرستاران بهداشت جامعه می توانند ضمن برقراری ارتباط با رسانه های گروهی، برنامه های آموزشی را از طریق رسانه ها اجرا کنند و اهمیت اجرای صحیح برنامه ایمن سازی را به ارائه دهندگان خدمات بیاموزند.

پیشنهادات برای پژوهش های بعدی: پژوهشگر باتوجه به یافته های پژوهش خود انجام پژوهش در زمینه های زیر را پیشنهاد می کند.

۱- بررسی مقایسه ای نحوه ارائه خدمات بهداشتی در مراکز بهداشتی

که مدیریت آن با پرستاران است با مراکز بهداشتی که مدیریت آن با پرستاران نیست.

۲- بررسی علل مسائل و مشکلات وضعیت فعلی ارائه خدمات ایمن سازی.

۳- بررسی عواملی که باعث می شود مادران فرزندان خود را بموقع واکسینه نکنند بمنظور پی بردن به آن عوامل و مبارزه با آنها.

۴- بررسی تاثیر آموزش بر چگونگی اجرای برنامه ایمن سازی کودکان توسط ارائه دهندگان.

۵- بررسی تاثیر پی گیری درکامل شدن برنامه ایمن سازی کودکان.

۶- ارزیابی کیفیت و کمیت کلاسهای آموزش ضمن خدمت در رابطه با ایمن سازی کودکان برای ارائه دهندگان برنامه ایمن سازی.

پاورقی ها:

- * فوق لیسانس پرستاری بهداشت جامعه
- ** فرخنده مهری. پرستار ماما و فوق لیسانس پرستاری بهداشت جامعه
- سیده فاطمه حقدوست اسکویی. فوق لیسانس بهداشت حرفه ای (صنعتی)
- پرویز کمالی، استادیار دانشکده بهداشت دانشگاه تهران

- | | |
|------------------------|------------------------------------|
| 1 - Edward jener | 6 - Chi-Square |
| 2 - Ada | 7 - Burn Boom and Etall |
| 3 - Marlo | 8 - field Study |
| 4 - Henderson | 9 - T test |
| 5 - Harison and Et all | 10- Pearson Correlation Coeficient |

فهرست منابع این پژوهش در دفتر کمیته انتشارات دانشکده موجود است.

How children's immunization programs by Health providers in selected health centers associated with the ministry of Health and medical education in Tehran

Alami Mahlagha^{1*}, Mehri Farkhondeh², Haghdoost oskooi Fatemeh³, Kamali Parviz⁴

1*. MSN in Public Health Nursing

1. MSN in Public Health Nursing

2. MSN in Professional Health

3. Assistant professor , health faculty , Tehran university

Extract: human history show a continuing struggle for disease and infection disease in the first place. Medicine was not separated from immunization at any time and it is interesting to note that development of vaccine production and preparation methods beyond the basic and scientific understanding of pathogenic factors (Velayati et al 1981, page 27). The first healthy action for infection disease prevention is immunization that discovered by Edward Jener 1796. Then Louie Pastor with pathogenesis property reduction of microbes without damage to their ability to generate immune responses could get successes about immunization discovery special in viral diseases.

Key words: Immunization, children immunization, field study