

بیماران ریسکهای دیگر بیهوشی صورت گیرد.

۴- این پژوهش روی افراد سنین ۴۵-۱۸ سال صورت گرفته است و از آنجا که تزریق دیازپام وریدی یا میدازولام وریدی در سنین بالاتر موجب افت بیشتر در کاهش اشباع اکسیژن خون شریانی می شود لذا پیشنهاد می شود پژوهش روی گروه های دیگر سنی نیز صورت گیرد.

۵- در این پژوهش تاثیر دیازپام وریدی و میدازولام وریدی بر چگونگی اشباع اکسیژن خون شریانی صورت پذیرفته است و مشخص شده است اشباع اکسیژن خون شریانی فقط در ۵ دقیقه اول پس از تزریق دیازپام یا میدازولام وریدی کاهش می یابد و با توجه به اینکه دیازپام وریدی و میدازولام وریدی می توانند عوارض جانبی متفاوتی ایجاد نمایند لذا پیشنهاد می شود پژوهشی در رابطه با تاثیر پیش دارو از جنبه های متفاوت صورت گیرد تا مشخص شود کدام پیش دارو مناسب تر است .

منابع :

- 1- Dahan and D.s. ward. " Effect of I.V. midazolam on the ventilatory response to sustanined hypoxia in man ". *British journal of Anesthesia. Anesav. Apr. 1991. pp:454-457.*
- 2- Gauther, M.D." Respiratory introduction after spinal anesthesia and sedation with midazolam." *Anesthesiology. Anesav. Nov. 1992. pp:909-914.*
- 3- Gerald, K . Mceroy. *Drug information. pulished by American society of hospital pharmacists .Newyork. 1991.*
- 4- Hellen, W.Karl M.D. "Camparison of the safty and efficacy of intranasal midazolam or sufentanil for preinduction of Anesthesia in pediatric patients." *Anesthesiology . Anesav. Feb. 1992 .pp: 209-215.*

بررسی چگونگی انجام واکسیناسیون کودکان ۲-۵ ساله ساکن شهر سمنان و ارتباط آن با برخی از ویژگیهای فردی و خانوادگی - اجتماعی آنان
۱۳۷۲

استاد آمار: آقای دکتر محمود محمودی ، عضو هیات علمی دانشکده بهداشت دانشگاه تهران

بیان مسئله:

در حال حاضر اعتقاد و ایمان جدیدی نسبت به حمایت از جسم و روح کودکان در حال شکل گیری است . نگاهی به اعداد و ارقام مربوط به مرگ و میر کودکان زیر پنج سال جهان و بویژه آمار مربوط به عدم انجام

پژوهشگر: فاطمه احدی ، کارشناس ارشد آموزش پرستاری کودکان
استاد راهنما: خانم لیدیالوندیان ، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی ایران
استاد مشاور: خانم دکتر فاطمه دباغی ، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی ایران

افزایش پوشش واکسیناسیون رابه ارمغان آورد. در عین حال بمنظور دستیابی سریع به پوشش واکسیناسیون حدود ۹۰ درصد باید موارد واکسیناسیونهای ناقص را کاهش داد. در حال حاضر تعداد زیادی از کودکان نوبت اول واکسن را دریافت می کنند لیکن درمراجعه برای نوبتهای بعدی کوتاهی می شود که باید به دلیل این تعلل پی برد. آذرگشپ (۱۳۶۸) معتقد است: علت عمده از دست رفتن فرصتهای مناسب، طرز فکر و عقیده غلط بهداشتکاران و مادران است که می گویند "کودکان بیمار نباید واکسینه شوند." تب مختصر، سوء تغذیه، اسهال و بیماری های خفیف دیگر دلایل معتبری برای عدم انجام واکسیناسیون نیستند و خطر افزایش عوارض جانبی ناشی از واکسیناسیون در این کودکان وجود ندارد. گاهی مواقع هم مادر و هم کودک به موقع جهت واکسیناسیون حاضر شده لیکن بدلیل موجود نبودن واکسن یا به این علت که تعداد کودکان حاضر به اندازه ای نیست که ارزش بازکردن یک شیشه جدید واکسن را داشته باشد از واکسیناسیون آنان خودداری می گردد. این عمل غلط است. یک شیشه واکسن ارزش بازکردن حتی برای ایمن سازی یک کودک را دارد زیرا ممکن است تنها فرصت مناسب برای نجات زندگی او باشد. حاکمیت باورهای غلط در خانواده بویژه از سوی مادر که خود بعنوان یک مراقب بهداشت مطرح است نیز سبب عدم مراجعه برای واکسیناسیون کودک قلمداد می گردد. بعنوان مثال: درپاره ای از مناطق روستایی پاکستان برخی از پدران و مادران، تزریق واکسن را روش پنهانی تنظیم خانواده برای نابارور کردن زنان و عقیمی کودکان می پندارند. بنابراین احتمال اینکه در مراجعه برای واکسیناسیون نواقصی موجود باشد بسیار است. در پژوهش حاضر سعی بر آن بوده است که با بررسی چگونگی انجام واکسیناسیون و ارتباط آن با

واکسیناسیون که ۲۱ درصد مرگهای مرگ ۲/۸۲ میلیون نفر کودک رابه خود اختصاص داده است، تعهد و مسئولیت کلیه برنامه ریزان و مسئولین بهداشتی در سراسر جهان رانسبت به ایجاد مصونیت از این راه سنگین تر کرده است. بلوم^(۱) (۱۹۹۱)، درخصوص تلاش جهانی برای پوشش کامل واکسیناسیون می نویسد: جهان سوم جایی است که سه چهارم مردم این سیاره در آن زندگی می کنند و ۸۶ درصد تمام تولدها و ۹۶ درصد مرگهای نوزادان و کودکان در آن واقع می شود. تعداد کودکانی که واکسینه شده اند از رقم ۵ درصد در سال ۱۹۷۴ به بیش از ۶۰ درصد در سال ۱۹۸۹ رسیده است. میزان پوشش واکسیناسیون کودکان در سطح جهانی افزایش چشمگیری داشته است به گونه ای که این میزان از ۱۰ درصد در اواخر دهه ۱۹۷۰ به حدود ۸۰ درصد در حال حاضر رسیده است. این موفقیت حاصل نمی شد مگر با فعالیت مستمر و پی گیر دولتها و مشارکت مردم در این امر. دزایران نیز برای مسئولین بهداشتی کشور، مراقبتهای اولیه بهداشتی جهت نیل به هدف "بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰"، کلید اصلی حفظ و ارتقاء سلامتی شناخته شده است. لذا تصمیم بر آن شد که از طریق گسترش شبکه های بهداشتی، مراقبتهای اولیه بهداشتی به مردم ارائه شود و نیز اجرای طرح "بسیج سلامت کودکان" قبل از یکسالگی بر علیه شش بیماری هدف (سل، دیفتری، کزاز، سیاه سرفه، سرخک و فلج اطفال) باهدف پوشش ۹۰ درصد و واکسیناسیون مادران باردار بر علیه بیماری کزاز باهدف پوشش ۷۰ درصد نمونه دیگری از تلاش در جهت افزایش پوشش واکسیناسیون می باشد. نتایج حاصله از طرح بسیج سلامت کودکان، بیانگر این واقعیت است که ایجاد انگیزه در مردم و هدایت، راهنمایی و آموزش آنان در کسب رفتارهای بهداشتی بویژه اولویت پیشگیری بر درمان، در نهایت می تواند

شده بود رضایت داشتند و نسبت به مادرانی که در آن روز از واکسیناسیون کودکان امتناع کرده بودند راضی تر بودند. با اجرای این طرح، بطور متوسط ۵۵ درصد از کودکانی که نیاز به ایمنی داشتند واکسینه شدند. بدین ترتیب تعداد فرصتهای از دست رفته با استفاده از این روش ساده کم خواهد شد.

حق گو و همکاران (۱۹۹۱)، تحقیقی راپیرامون چگونگی مراقبت بهداشتی اولیه و ایمن سازی در مناطق شهری و روستایی ایران انجام دادند. نتیجه این پژوهش، نمایانگر آن است که پوشش ایمن سازی در نواحی روستایی ۴۴/۱ درصد و در نواحی شهری غیر از تهران ۲۸/۱ درصد می باشد. در حالیکه پوشش بالا در نواحی روستایی بدلیل فعالیت و مراقبت پرسنل بهداشت جامعه و واکسیناتورهای تیم سیار است. دلیل عمده پوشش کم مناطق شهری، دانش کم و نگرش نادرست بعضی از مادران نسبت به واکسیناسیون می باشد. در مناطق شهری، حدود نیمی (۵۴/۱ درصد) از ایمن سازی ناقص بدلیل موانعی چون: اشتغال تمام وقت مادر (۱۴/۴ درصد)، درک مادر از بیماری کودک و لذا عدم اقدام جهت ارجاع کودک بمنظور ایمن سازی (۱۷ درصد)، عدم ایمن سازی کودک از سوی واکسیناتور در طول مدت بیماری (۱۰ درصد)، به تعویق انداختن واکسیناسیون بدلیل واضح و آشکار و به عبارت دیگر عذر و بهانه بی اساس (۱۱/۲ درصد) و کمبود دانش واقعی در مورد ایمن سازی و اهمیت آن (۲۲/۳ درصد) بود. پژوهشگران در نهایت نتیجه می گیرند که مشکل ایمن سازی در ایران بیشتر مربوط به نگرش مادران است تا در دسترس بودن خدمات. مویده این مطلب، میزان افت واکسیناسیون است که در حال

برخی از ویژگیهای فردی و خانوادگی - اجتماعی، گامی در جهت غربالگری جامعه در زمینه واکسیناسیون کودکان زیر ۲ سال انجام و بر مبنای یافته ها امکان ارائه راه حل های مدرن بدست آید و در صورت مشاهده عواملی از ویژگیهای فردی و خانوادگی - اجتماعی که به نحوی بر اجرای واکسیناسیون اثر می گذارند، آن عوامل به وضوح تشخیص داده شده، جهت تعدیل تاثیر آنها برنامه ریزی شود و نهایتاً راه برای انجام تحقیقات کاربردی دیگر نیز هموار گردد.

مروری بر مطالعات انجام شده:

لویسنسون و همکاران^(۱) (۱۹۹۳)، پژوهشی را در زمینه واکسیناسیون کودکانی که فرصت ایمن سازی را از دست داده بودند، در دوازده مرکز بهداشت شهری در سودان^(۲) انجام دادند. محققین دو ابتکار جدید داشتند: نخست آنکه مکان واکسیناسیون خیلی نزدیک به اتاق مشاوره انتخاب شد و دوم پزشکی که کودک را ویزیت می کرد، توصیه و یادداشتی برای انجام واکسیناسیون کودک می نوشت. لذا ۲۷۰ مادر که دارای کودک بیمار واکسینه نشده بودند یا برای استفاده از امکانات بهداشتی محدودیت داشتند و در آن روز برای کار دیگری غیر از واکسیناسیون به مرکز بهداشتی مراجعه کرده بودند، انتخاب شدند. این مادران در آخرین لحظه خروج از تنها درب درمانگاه که باز بود مورد مصاحبه قرار گرفتند. ۶۲ درصد از کودکان این مادران، نیازی به واکسیناسیون داشتند در حالیکه فقط ۳۳ درصد از مادران کارت واکسیناسیون کودکان خود را همراه داشتند و مادرانی که فکر می کردند کودکانشان مبتلا به بیماری خفیف یا شدید است کمتر اجازه واکسیناسیون می دادند.

نتایج تحقیق حاضر بیانگر آن است که ۸۰ درصد مادران از خدماتی که در این دوازده مرکز بهداشتی ارائه

1- Loevinsohn & et al

2- Sudan

- واکسن فلج - سه بار متوالی در فواصل ۴-۸ هفته .
یادآور یک بار به فاصله یکسال از بار سوم (متناسب با سن).

- واکسن سرخک ، یک یادوار (متناسب با سن).
به عبارت دیگر پوشش میزان واکسیناسیون مدنظر است و توصیه های فوق منطبق باراهنمای جدید واکسیناسیون منتشره از سوی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی می باشد. در ضمن در این پژوهش ، کارت گم شده " عدم انجام " و کارت تکمیل نشده " واکسیناسیون ناقص " تلقی می گردد. هم چنین منظور از انجام " واکسیناسیون سر موعد " آن است که در کارت واکسیناسیون واحدهای مورد پژوهش ، از واکسنهای بدو تولد تا واکسن سن فعلی کودک ، تماما " به فواصل حداکثر تا ده روز تاخیر از تاریخ تعیین شده در کارت واکسیناسیون ثبت شده باشد و در صورت واکسیناسیون با تاخیر بیش از ده روز ، کودک جزء گروه " دیرتر از موعد زده " محاسبه می گردد.

۲- ویژگیهای فردی : منظور از ویژگیهای فردی ، جنس ، سن ، محل تولد ، رتبه تولد ، وزن هنگام تولد ، ابتلاء به بیماریهایی چون : سیاه سرفه ، صرع ، فلج و تشنج همراه با تب ، محل انجام واکسیناسیون و تصویر چگونگی انجام واکسیناسیون و نوع عوارض جانبی ناشی از واکسیناسیون کودک مورد پژوهش می باشد که ارتباط هریک از آنها با چگونگی پوشش واکسیناسیون (کامل یا ناقص بودن) مورد مطالعه قرار گرفته است که به تفسیر در برگ پرسشنامه مطرح شده اند.

۳- ویژگیهای خانوادگی - اجتماعی : منظور از ویژگیهای خانوادگی سن والدین ، بعدخانوار ، بافت خانواده (هسته ای ، پیوسته و گسسته) ، سن مادر هنگام ازدواج ، سن مادر هنگام زایمان کودک مورد پژوهش ، تعداد کل بارداریهای مادر ، نوع عوارض جانبی مشاهده شده ناشی از واکسیناسیون در دیگر فرزندان خانواده و

حاضر در حدود ۲۰ درصد می باشد. لذا بمنظور افزایش پوشش ایمن سازی ، باید از یک سو میزان افت را کاهش داد و از سوی دیگر گسترش ایمن سازی در تمامی مکانهای بهداشتی حتی بیمارستانها و بخشهای زنان و نیز آموزش مادران در جهت ایمن سازی تحقق یابد.

چهارچوب پنداشتی:

چهارچوب پنداشتی این پژوهش بر مفهوم رفتارهای بهداشتی استوار گردیده است .

هدف پژوهش:

- تعیین چگونگی انجام واکسیناسیون کودکان ۲-۰ ساله ساکن شهرسمنان و ارتباط آن با برخی از ویژگیهای فردی و خانوادگی - اجتماعی آنان.

فرضیه پژوهش:

۱- چگونگی انجام (پوشش) واکسیناسیون کودکان ۲-۰ ساله ساکن شهرسمنان با برخی از ویژگیهای فردی آنان ارتباط ندارد.

۲- چگونگی انجام (پوشش) واکسیناسیون کودکان ۲-۰ ساله شهرسمنان با برخی از ویژگیهای خانوادگی - اجتماعی آنان ارتباط ندارد .

تعاریف واژه ها:

۱- چگونگی انجام (پوشش) واکسیناسیون : در این پژوهش براساس مشاهده کارت واکسیناسیون کودکان ، کامل یا ناقص بودن واکسن آنان به شرح زیر تفسیر می گردد :

- تزریق ب . ث . ژ . لا اقل یک یادوار (متناسب با سن)

- واکسن سه گانه یادوگانه ، در سه نوبت متوالی و یک

دوز یادآور (متناسب با سن) .

- کلیه واحدهای مورد پژوهش، کودکان ساکن شهر سمنان بوده‌اند.

- سن کلیه واحدهای مورد پژوهش، بهنگام گردآوری داده‌ها حداکثر ۲۳ ماه و ۲۹ روز بوده است.

- هیچکدام از واحدهای مورد پژوهش بیماریهای جسمی و روانی شناخته شده‌ای نداشته‌اند.

- خانواده‌های غیرایرانی مهاجر به شهر سمنان در این مطالعه شرکت داده نشده‌اند.

- در این پژوهش، دو کودک مبتلا به تشنج همراه با تب و یک کودک مبتلا به سیاه سرفه بوده است که فقط واکسن بدو تولد رادریافت داشته، واکسنهای دیگر به او تلقیح نشده بود لذا برای سهولت کار این سه مورد جزء گروه "اصلا نزنده‌ها" قرار گرفتند.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه بوده است که شامل دو بخش ویژگیهای فردی و خانوادگی - اجتماعی است که در بالا اجزاء آنها ذکر گردید. اقدامات ضروری جهت تعیین اعتبار (۲) و اعتماد علمی (۳) نیز به عمل آمده است.

بمنظور جمع‌آوری اطلاعات، پژوهشگر با در دست داشتن اجازه نامه کتبی از مقامات مسئول به منازل تعیین شده مراجعه و با پرسش از مادر وبدون دخل وتصرف در پاسخ‌های او و متعاقبا" نقل موارد انجام واکسیناسیون از کارت مربوطه داده‌ها را جمع‌آوری نموده است. اطلاعات در طی ماههای دی و بهمن سال ۱۳۷۲ جمع‌آوری گردید. پژوهشگر در ساعات قبل از ظهر، زمانی که انتظار می‌رفت مادر امور منزل را کم و بیش به پایان رسانده و وقت آزاد جهت پاسخ‌گویی دارد مراجعه نموده است. داده‌ها در یک مرحله و از یک گروه کسب شده‌اند.

ارتباط آنها با چگونگی پوشش واکسیناسیون (کامل یا ناقص بودن) می‌باشد و ویژگیهای اجتماعی شامل: تحصیلات و شغل والدین، مدت اقامت خانواده در شهر سمنان، نوع خانواده (بومی یا مهاجر)، محل سکونت فعلی خانواده، فاصله منزل از مرکز واکسیناسیون و وسیله نقلیه مورد استفاده جهت مراجعه به مرکز واکسیناسیون می‌باشد که ارتباط هر یک از آنها با چگونگی پوشش واکسیناسیون مورد مطالعه قرار گرفته است.

۴- کودکان ۲-۰ ساله: در این پژوهش کلیه کودکانی که دومین سال تولد را هنوز جشن نگرفته، حداکثر یکسال و یازده ماه و ۲۹ روز از عمرشان می‌گذرد و در یکی از سی منطقه ناحیه شهر سمنان با والدین خود ساکن هستند مورد نظر می‌باشند.

روش پژوهش:

این پژوهش، یک پژوهش زمینه‌ای (۱) است و از آنجایی که هدف پژوهشگر انتخاب نمونه‌ای بوده است که معرف جامعه فوق باشد، با این اعتقاد که دسترسی به مادران نخست‌زا در محیط‌های بیمارستانی بیشتر میسر است و می‌توان دستیابی به آنها را نقطه شروعی برای تکمیل نمونه دانست. پژوهشگر ابتدا با مراجعه به تنها زایشگاه شهر سمنان و تهیه فهرستی از آدرس محل سکونت سی مادر نخست‌زا به سی نقطه پراکنده در سراسر شهر مراجعه (مرحله اول نمونه‌گیری) و از هر منطقه ۷ خانواده که دارای کودک واجد شرایط شرکت در این پژوهش بوده‌اند انتخاب (مرحله دوم نمونه‌گیری) شدند. برای انتخاب ۷ خانواده نامبرده در منازل همسایگان خانواده منشاء کوبیده شد و بتدریج تا تکمیل ۷ خانوار دارای فرزند زیر ۲ سال فرآیند ادامه یافت. واحدهای مورد پژوهش دارای مشخصات زیر بوده‌اند:

1- Filed Stud

2- Validity

3- Reliability

بحث و نتیجه گیری نهایی:

از ۲۱ نفر واحدهای مورد پژوهش ۴۴/۲۵ درصد دختر و ۵۵/۷۵ درصد پسر بوده‌اند که محل تولد اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۹۹/۰۵ درصد) شهر بوده، میانگین وانحراف معیار سن به ترتیب ۱۱/۵۹ و ۶/۷ ماه است. بیشترین رتبه تولد (۳۳/۸ درصد) یک و کمترین رتبه تولد (۰/۴۸ درصد) نه است. بیشترین وزن هنگام تولد ۳۴۹۹ - ۳۰۰۰ گرم (۴۹/۰۴ درصد) و کمترین وزن ۲۴۹۹ - ۲۰۰۰ گرم (۷/۱۴ درصد) بوده است. بیشترین درصد محل واکسیناسیون کودک (۹۸/۰۹ درصد) متعلق به درمانگاه بهداشت دولتی است.

سن ۷/۱۴ درصد از مادران زیر ۲۰ سال بوده، میانگین وانحراف معیار سن مادران بترتیب ۲۸/۰۴ و ۶ سال و میانگین وانحراف معیار سن پدران به ترتیب ۳۳/۷۶ و ۶/۳۹ سال است. میزان بی سوادی در والدین کمترین درصد (۳/۸ و ۵/۷۱ درصد) و بالاترین درصد تحصیلات مادران و پدران به ترتیب (۴۰/۴۷ درصد و ۴۲/۸۵ درصد) دبیرستان است. اغلب خانواده‌ها در این پژوهش (۲۶/۱۹ درصد) چهارنفره و سه نفره (۲۴/۷۶ درصد) بوده‌اند. میانگین وانحراف معیار بعد خانوار بترتیب ۴/۸۹ و ۱/۷۸ است. خانواده‌های ۶-۱۰ نفره هم ۶/۰۳ درصد رابه خود اختصاص داده‌اند. بیشترین خانواده‌ها (۸۳/۸۱ درصد) در این پژوهش هسته‌ای بوده‌اند. از طرفی اکثر مادران در سنین بین ۱۸-۱۵ سالگی و رقمی نزدیک به آن نیز (۳۴/۲۸ درصد) در سنین ۲۲-۱۹ سالگی ازدواج کرده‌اند. میانگین وانحراف معیار سن ازدواج مادران بترتیب ۱۹/۴۹ و ۳/۷۷ سال است. سن اکثر مادران (۲۸/۵۲ درصد) هنگام زایمان کودک مورد پژوهش ۲۲-۲۵ بوده است. در این پژوهش اکثریت مادران (۳۱/۴۲ درصد) یک زایمان زنده داشته، میانگین وانحراف معیار آن بترتیب ۲/۷۲ و ۱/۷ است.

آزمون های آماری کای دو (۱) و تست دقیق فیشر (۲) برحسب تناسب انجام گرفت و در کلیه موارد آزمونها روابط معنی دار آماری بین ویژگیهای فردی و خانوادگی - اجتماعی با چگونگی انجام (پوشش) واکسیناسیون نشان نداد، به استثناء تصویر پوشش واکسیناسیون علیه هیپاتیت در بدو تولد و ۱/۵ ماهگی بامتغیر محل تولد (شهریاروستا)، بدو تولد ۰/۱۶ = p، ۱/۵ ماهگی ۰/۹۰ = p. لذا فرضیه های آماری این پژوهش پذیرفته شده است و صرف نظر از ویژگیهای فردی و خانوادگی - اجتماعی کودکان ۲-۰ ساله ساکن شهر سمنان، الگوی واکسیناسیون افت تدریجی از بدو تولد الی ۲۴ ماهگی را نشان می دهد.

کاربرد یافته‌ها در پرستاری:

در این پژوهش، پوشش واکسیناسیون در بدو تولد نسبتاً خوب (بیش از ۹۰ درصد) و بتدریج به ۶۰ درصد کاهش یافت. چنین به نظر می رسد که پوشش بالای واکسیناسیون در بدو تولد بدلیل تلقیح برخی از واکسنها (ب.ت.ژ، فلج اطفال و هیپاتیت) در بیمارستان می باشد که در واقع پوشش اجباری بوده که تاثیر عوامل دیگر رابه حداقل می رساند. مشخص نیست که اگر این رفتار به خود مادر محول می گردید بازهم پوشش بالایی حاصل می شد، مگر مادری که از علم و آگاهی کافی برخوردار باشد، خود داوطلب این امر خواهد بود. لذا با توجه به نقش آموزشی و پیشگیری کننده پرستاران بهداشت جامعه، اهمیت آموزش به مردم مشخص می شود. با توجه به یافته های این پژوهش وسایل ارتباط جمعی و رسانه های گروهی می توانند برنامه های گسترده ای جهت اطلاع رسانی به مردم پی ریزی کنند.

1- Chi- Square

2- Fisher- Exact test

پیشنهاد می گردد از جمله :

- باتوجه به افت تدریجی واکسیناسیون و از آنجایی که انجام واکسیناسیون تا سن ۶ سالگی ضرورت کامل داشته ، ناقص ماندن هر موردی به معنای قرار گرفتن در معرض بیماری و معلول شدن کودک می باشد، لذا پیشنهاد می شود پژوهشی تحت عنوان " مقایسه تصویر واکسیناسیون کودکان ۳-۰ و ۶-۴ ساله ساکن شهر سمنان در ارتباط با برخی از ویژگیهای فردی و خانوادگی - اجتماعی آنان " انجام گیرد.

- باتوجه به یافته دیگر این پژوهش مبنی بر از دست رفتن فرصتهای مناسب واکسیناسیون ، پیشنهاد می شود پژوهشی تحت عنوان " بررسی دلیل فرصتهای از دست رفته " انجام پذیرد.

- از آنجایی که در این پژوهش مادران در سنین کم و پایین (۱۵-۱۳ سالگی) ازدواج کرده ، بار دار شده اند، لذا پیشنهاد می شود پژوهشی گذشته نگر تحت عنوان " بررسی سوابق زایمانی و مخاطراتی که مادران طی سالهای بارداری با آن مواجه بوده اند انجام گیرد.

- از آنجایی که دانش آموزان دختر امروز مادران فردای کشور می باشند، لذا پیشنهاد می شود پژوهشی تحت عنوان " بررسی میزان آگاهی دختران دانش آموز در مورد واکسیناسیون کودکان و اقدامات ضروری برای مقابله با عوارض جانبی واکسنها " انجام گیرد.

- در ضمنی که واکسیناسیون بر علیه بیماریهای قابل پیشگیری با ایمن سازی نزد کودکان از اهمیت زیادی برخوردار است ، واکسیناسیون بر علیه برخی بیماریها و بالاخص کزاز برای مادران ، شدیداً توصیه می شود. با وجودیکه این امر در کشور ایران پی گیری می شود، یک بررسی در زمینه " میزان پوشش واکسیناسیون زنان باردار بر علیه کزاز " ضروری بنظر میرسد زیرا واکسیناسیون مادر وسیله ای است برای ایجاد نگرش مثبت در مادر و احتمالاً " رعایت انجام واکسیناسیون

این پژوهش می تواند برای مسئولین برنامه در وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی ، راهنمایی جهت ایجاد امکانات و مشارکت مردم و بویژه مادران برای بهبود سطح پوشش واکسیناسیون باشد. علیرغم عدم وجود ارتباط معنی دار بین متغیرهای پژوهش و پوشش واکسیناسیون ، در این پژوهش ، عده ای از خانواده ها پر اولاد بوده اند که این امر می تواند در تامین نیازهای جسمی و روانی کودکان مشکلاتی را فراهم آورد. لذا لزوم برنامه های تنظیم خانواده در مراکز بهداشت در کنار خدمات ایمن سازی از طریق کارکنان بهداشتی احساس می گردد. باتوجه به آنکه در این پژوهش ، مراجعه به درمانگاه بهداشت دولتی برای انجام واکسیناسیون توسط اکثریت واحدها (۹۸/۰۹ درصد) انجام گرفته است ، مجدداً مشخص می گردد که این مراکز بهترین و مناسبترین محل برای آموزش رفتارهای بهداشتی بوده، تشکیل کلاسها بمنظور افزایش آگاهی و بروز رفتار و پاسخ مناسبی از سوی مادر می باشد. در این پژوهش هم چنین مشخص شد که درصدی از مادران (۷/۱۴ درصد) در سنین زیر ۲۰ سالگی بوده ، در خانواده های هسته ای زندگی می کنند. بنابراین در صورت بروز هرگونه مشکل ناشی از واکسیناسیون ، احتمالاً " مادر جوان برای چاره اندیشی و حل مشکل نیاز به کمک و آگاهی خواهد داشت . لذا تاکید بر آموزش مادران ، بعنوان هسته اصلی و مرکزی خانواده های هسته ای ضرورت دارد و پیشنهاد می شود که مراکز بهداشتی مبادرت به تهیه کتابچه های کوچکی نمایند که توسط فرد با تجربه ای نیز آموزش داده شود و مادر قبل از تلقیح کودکش روند واکسیناسیون ، عوارض مورد انتظار و چاره جویی ها را فراگیرد. تنها با این روش آموزشی صحیح از بسیاری خود درمانی ها پیشگیری می شود و احیاناً " افت مشاهده شده نیز کاهش می یابد.

باتوجه به یافته های این پژوهش ، تحقیقاتی چند

بموقع کودکان خود.

- از آنجایی که شهرسمنان به علت مرکزیت و نزدیکی بودن به شهر تهران از امکانات نسبتاً کافی برخوردار بوده، بافت شهر به گونه‌ای است که اطلاع رسانی به مردم آن ساده تر انجام می‌گیرد، تصویر فوق ممکن است باشهرهای دیگر و با شرایطی دیگر کمی متفاوت باشد. لذا پیشنهاد می‌گردد پژوهشی با همین عنوان در سایر شهرهای ایران انجام گیرد.

منابع:

1- Ferrinho, p. and et al . A Vaccination survey using the EPI methodology to evaluate the impact of a child health outreach programme in an urban area of South Africa. Bulletin of the world Health organization, 1993,pp:33-34.

2- Haghgoo, M. and et al . " Primary Health care and immunization on Iran ". Public Health . 1991.pp:229-238.

3- Levinsohn.B.P.Missed. Opportunities for immunization during visits curative care:a randomized cross over trial in Sudan. Bulletin

of world Health organization, 1992, pp: 335-337.

-4 Unicef. The state of world's children 1991, World Health. October, 1991,pp:50-54.

بررسی عوامل مستعدکننده پره‌اکلامپسی - اکلامپسی در مبتلایان مراجعه کننده به بیمارستانهای دولتی استان هرمزگان (۱۳۷۲).

اکلامپسی - اکلامپسی در مبتلایان مراجعه کننده به بیمارستانهای دولتی استان هرمزگان رامورد بررسی قرار داد. نمونه های این مطالعه رازنان باردار مبتلا به پره اکلامپسی - اکلامپسی وزنان حامله غیرمبتلا(گروه شاهد) مراجعه کننده به بیمارستانهای دولتی استان هرمزگان از مهرماه لغایت بهمن ماه ۱۳۷۲ تشکیل می دادند. کلیه واحدها از بدو حاملگی ساکن این استان بوده، از مناطق مختلف استان به سه بیمارستان که محیط پژوهش راتشکیل می دادند،مراجعه نموده بودند. تعداد نمونه ها ۱۲۰ نفر مبتلابه پره اکلامپسی - اکلامپسی و ۲۰۰ نفر گروه شاهد بودند. اطلاعات بوسیله پرسشنامه وبامصاحبه با نمونه ها جمع آوری گردید. پرسشنامه شامل اطلاعات فردی، عوامل

پژوهشگر: فاطمه گل خواجه، کارشناس ارشد مامائی
استاد راهنما: خانم لیدیالوندیان، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی ایران
استاد مشاور: خانم دکتر مریم کاشانیان، عضو هیات علمی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران
استاد آمار: آقای پرویز کمالی، عضو هیات علمی دانشکده بهداشت دانشگاه تهران

چکیده پژوهش:

این تحقیق زمینه ای، عوامل مستعدکننده پره

Vaccination coverage rate in children from birth to 24 months (Semnan, 1994) by : Fatemeh - Ahadi

A field study was conducted in Semnan to measure the vaccination coverage rate in children from birth to 24 months and correlate the outcome with personal; family and social characteristics of the subjects in 1372 (1994). A total of 210 children below the age of 24 months, living in Semnan were selected randomly from thirty district points of the town .

To gather the data; a two section questionnaire was developed. The first part covered items on age, sex, birth place (rural or urban), order of birth, birth weight, having acquired illnesses like whooping cough, or history of high fever and convulsions or epilepsy. Also where and how the vaccination took place and its side effects were recorded:

The second section posed questions on family and social characteristics, like parents, age, education and occupation, family size and structure (nuclear or extended), mother's age at marriage also her age at delivery of the subject baby, number of live births she had, vaccination side effects noticed in the siblings, duration at residency in Semnan; being natives or immigrants to the town, the distance from home to the nearest vaccination center and the means of transport to that place.

Further, the subjects vaccination record was reviewed and the coverage categorized in three orders: vaccination complete for age, incomplete for age, not vaccinated.

The criteria for complete vaccination were set according to the Ministry of Health and Medical Sciences Education manual; distributed to all vaccination centers.

The findings revealed a coverage rate of 91.9% at birth, 79.48% at 1.5 months, 72.67% at three, 56.79% at four, 65.9 at nine and 60% at 15 months and above (up to 24 months), thus a gradual decrease of vaccination coverage was obvious.

To correlate these findings with personal; family and social characteristics of the subjects, the χ^2 statistical test was employed . The only significant relation found was between vaccination at birth and 1.5 months with the subjects' birth place ($p=0.016$, $p=0.021$).

In conclusion suggestions were made for implementing corrective measures and further research.