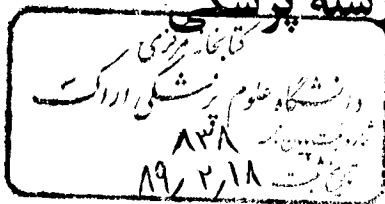




١٥٠٢٢٤

با یاد نام او
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی
درمانی استان مرکزی
دانشکده پزشکی

پایان نامه برای دریافت درجه دکترای رشته پزشکی



عنوان:

ارزشیابی پوشش واکسیناسیون در روستاهای
تابعه شهرستان اراک

تحت راهنمایی و نظر استادگرامی:

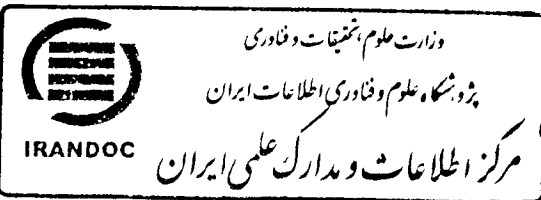
جناب آقای دکتر ابوالحسن فراز

متخصص پزشکی اجتماعی

تحقیق و تنظیم:

فرید مقراضی

محمد رضا حقانی بانی



سال تحصیلی ۷۸-۱۳۷۷

۱۵۰۳۲۶

۳۳۸۹/۱۰/۲۰

تقدیم به :

استاد فرزانه جناب آقای دکتر ابوالحسن فراز

که با تدابیر رهگشای ایشان، راه بر ما هموار نمود

با سپاس و تشکر از:

سرکار خانم دکتر کهبازی متخصص بیماریهای اطفال
جناب آقای دکتر حسین بختیاری ریاست محترم مرکز بهداشت شهرستان اراک
جناب حاج آقا آشتیانی مدیریت محترم مرکز بهداشت استان مرکزی
جناب آقای میر حسینی
و جمعی از همکاران مرکز بهداشت استان
پرسنل زحمتکش و فداکار دفتر فنی فرصت
جناب آقای فراهانی
و ...

فهرست مطالب

صفحه	عنوان	صفحه	عنوان
			فصل اول : کلیات
۲۷	۹-۱ عوارض	۱	
۲۷	۱-۹-۱ خطرات ایمن سازی	۲	۱-۱ مقدمه
۳۱	۲-۹-۱ کتراندیکاسیونها	۵	۲-۱ بیان مسئله
۳۱	۳-۹-۱ غرامت	۶	۳-۱ اهداف مطالعه
۳۱	۱۰-۱ طراحی و اجراء	۶	۱-۳-۱ اهداف اصلی
۳۱	۱-۱۰-۱ برنامه ایمن سازی	۷	۲-۳-۱ اهداف فرعی
۳۴	۲-۱۰-۱ بکار گیری برنامه ایمن سازی	۷	۴-۱ تعاریف
۳۵	۳-۱۰-۱ سیستم فراخوانی تیکلر	۷	۱-۴-۱ مقاومت
۳۵	۴-۱۰-۱ ثبت ایمن سازی	۸	۲-۴-۱ تقسیم بندی مصونیت
۳۵	۵-۱۰-۱ آموزش والدین و بیماران	۹	۳-۴-۱ پیشگیری
۳۵	۶-۱۰-۱ موانع بر سر راه ایمن سازی	۱۰	۴-۴-۱ تعریف ایمن سازی
۳۶	۷-۱۰-۱ استانداردهای ایمن سازی	۱۰	۵-۴-۱ مواد ایمن ساز
۳۸	۸-۱۰-۱ تشکیل و اداره مرکز واکسیناسیون	۱۲	۵-۱ ساخت
۳۹	۱۱-۱ واکسنها	۱۲	۱-۵-۱ روش تهیه واکسنها
۳۹	۱-۱۱-۱ واکسن BCG	۱۴	۲-۵-۱ محتویات ترکیبات ایمن ساز
۴۵	۲-۱۱-۱ توکسوئید دیفتری	۱۴	۳-۵-۱ واکسنهای کشته یا غیر فعال
۴۷	۳-۱۱-۱ واکسن سیاه سرفه	۱۵	۶-۱ ارزش
۵۱	۴-۱۱-۱ توکسوئید کزاز	۱۵	۱-۶-۱ یک عامل ایمن سازی ایده آل
۵۲	۵-۱۱-۱ واکسن پولیو	۱۵	۲-۶-۱ ارزش واکسنها (مقاله)
۵۶	۶-۱۱-۱ واکسن سرخک	۱۷	۳-۶-۱ منفعت واکسنها
۶۲	۷-۱۱-۱ واکسن هپاتیت B	۱۸	۷-۱ ایمنولوژی
۶۷	۸-۱۱-۱ واکسنهای جدید	۱۸	۱-۷-۱ روند زمانی پاسخ ایمنی
۶۷	۱۲-۱ ایمنوگلوبولین	۱۸	۲-۷-۱ چگونگی عمل آنتی بادیها
۶۷	۱-۱۲-۱ تعریف و انواع	۱۹	۳-۷-۱ تعیین کننده های ایمنوژنیستی
۶۹	۲-۱۲-۱ ایمنوگلوبولین سرخک	۱۹	۴-۷-۱ تأثیر سن بر پاسخ ایمنی
۶۹	۳-۱۲-۱ ایمنوگلوبولین هیاتیت B	۲۰	۵-۷-۱ طول مدت اثر واکسن
۷۱	۴-۱۲-۱ ایمنوگلوبولین کزاز	۲۱	۸-۱ مصرف
۷۱	۱۳-۱ تجویز	۲۱	۱-۸-۱ راههای تجویز
۷۱	۱-۱۳-۱ روتین	۲۱	۲-۸-۱ دوز واکسن
۷۱	۱-۱-۱۳-۱ اطفال	۲۲	۳-۸-۱ فاصله گذاری بین دوزها
۷۱	۲-۱-۱۳-۱ بزرگسالان	۲۴	۴-۸-۱ روش نگهداری حمل و نقل

صفحه	عنوان	صفحه	عنوان
۱۳۰	فصل سوم: متدولوژی و روش تحقیق	۷۶	۱-۱۳-۲ موارد خاص
۱۳۱	۱-۳ زمان انجام مطالعه	۷۶	۱-۱۳-۲-۱ مسافری
۱۳۱	۲-۳ هدف	۷۶	۱-۱۳-۲-۲ تماسهای شغلی
۱۳۱	۳-۳ نوع مطالعه	۷۹	۱-۱۳-۲-۳ حاملگی
۱۳۱	۴-۳ متغیرهای مورد مطالعه	۷۹	۱-۱۳-۲-۴ شیر دهی
۱۳۲	۵-۳ روش نمونه گیری	۷۹	۱-۱۳-۲-۵ افراد دچار ضعف ایمنی
۱۳۲	۶-۳ حجم نمونه	۷۹	۱-۱۳-۲-۶ HIV
۱۳۲	۷-۳ مراحل خوشه بندی	۸۰	۱-۱۳-۲-۷ پس از تماس
۱۳۳	۸-۳ جمع آوری اطلاعات	۸۴	۱-۱۴ ارزیابی
۱۴۱	فصل چهارم: ارائه نتایج مطالعه	۸۴	۱-۱۴-۱ روشهای ارزیابی
۱۴۲	۱-۴ میزان پوشش واکسیناسیون	۸۴	۱-۱۴-۲ نقش WHO
۱۴۲	۱-۱-۴ میزان پوشش به تفکیک واکسن	۸۴	۱-۱۴-۳ بیماریابی، پیگیری و کنترل
۱۴۲	۲-۱-۴ میزان پوشش کلی واکسیناسیون	۸۶	۱-۱۵ پیشنهادات
۱۴۲	۲-۴ تحلیل اطلاعات و اثبات فرضیه ها	۸۷	۱-۱۶ جهان
۱۴۳	۱-۲-۴ میزان پوشش کلی روستاهای اراک	۸۷	۱-۱۶-۱ وضعیت واکسیناسیون جهان
۱۴۳	۲-۲-۴ مقایسه پوشش روستایی و شهری	۹۱	۲-۱۶-۲ ریشه کنی فلج اطفال
۱۴۵	۳-۲-۴ مقایسه پوشش روستایی با کشور	۹۴	۳-۱۶-۱ اهداف تا سال ۲۰۰۰
۱۴۶	۴-۲-۴ مقایسه پوشش روستایی با EMRO	۹۵	۴-۱۶-۱ EMRO
۱۴۸	۳-۴ میزان افت واکسیناسیون	۹۷	۱۷-۱ ایران
۱۴۹	فصل پنجم: نتیجه گیری و پیشنهادات	۹۷	۱-۱۷-۱ وضعیت کلی واکسیناسیون
۱۵۰	۱-۵ پوشش واکسیناسیون روستایی	۹۸	۲-۱۷-۱ برنامه تکمیلی واکسیناسیون
۱۵۰	۲-۵ پوشش کلی روستایی	۱۰۰	۳-۱۷-۱ وضعیت به تفکیک واکسن ها
۱۵۰	۳-۵ مقایسه پوشش روستایی و شهری	۱۱۵	۴-۱۷-۱ اهداف کلی EPI در برنامه دوم توسعه اقتصادی، فرهنگی کشور
۱۵۰	۴-۵ جایگاه روستاهای اراک در کشور	۱۱۷	۱-۱۸ نگاهی به ناحیه مورد مطالعه
۱۵۰	۵-۵ جایگاه روستاهای اراک در EMRO	۱۱۷	۱-۱۸-۱ نقشه روستاهای منطقه
۱۵۰	۶-۵ نا کامل بودن پوشش روستایی	۱۱۷	۲-۱۸-۱ وضعیت سنی، جنسی منطقه
۱۵۲	۷-۵ بهبود پوشش روستایی اراک	۱۱۷	۳-۱۸-۱ وضعیت اشتغال در منطقه
۱۵۴	فصل ششم: خلاصه پژوهش	۱۱۷	۴-۱۸-۱ وضعیت فرهنگی مردم منطقه
۱۵۵	خلاصه فارسی	۱۱۷	۵-۱۸-۱ وضعیت بهداشتی مردم منطقه
۱۵۷	خلاصه انگلیسی	۱۲۳	فصل دوم: مروری بر پژوهشهای قبلی
۱۵۹	ضمائم	۱۲۴	۱-۲ بررسی خوشه ای پوشش واکسیناسیون شهر اراک در سال ۱۳۷۵
۱۶۰	تعریف استاندارد بیماریهای هدف EPI	۱۲۴	۲-۲ کودکان جوان آسیب پذیرترند
۱۶۲	استانداردها در ایمن سازی اطفال	۱۲۵	۳-۲ پیشگیری از اپیدمی
۱۶۳	نکات قابل توجه در ایمن سازی	۱۲۶	۴-۲ بروز سرخک در Berne Canton
۱۶۴	واژه ها	۱۲۷	۵-۲ دقت مادران از واکسیناسیون کودکان
۱۶۶	موش حاصل از انتقال ژن	۱۲۸	۶-۲ آنتی بادیهای سرمی در واکسن DTP
۱۶۷	واکسنهای خوراکی	۱۲۹	۷-۲ گزارشی از انتقال هپاتیت B
۱۶۸	واکسنهای DNA		
۱۷۱	فصل هفتم: منابع		

منابع جداول و نمودارها

منبع ۱	عوامل ایمن ساز	جدول A-۱
منبع ۱	اجزاء واکسن	جدول B-۱
منبع ۳۵	انواع واکسن ها و وضعیت نگهداری و راه تجویز	جدول ۲
منبع ۲	فاصله گذاری بین واکسنهای زنده و کشته شده	جدول ۳
منبع ۱	عوارض جانبی واکسنها	جدول ۴
منبع ۱۰	کنتر اندیکاسیون ها	جدول A-۵
منبع ۱۰	ممنوعیت های واکسیناسیون	جدول B-۵
منبع ۲	درک اشتباه از کنتر اندیکاسیون ها	جدول ۶
منبع ۱	استانداردهای ایمن سازی اطفال	جدول ۷
منبع ۳۵	انواع واکسنها	جدول ۸
منبع ۱۰	واکسنهای موجود و سال دریافت جواز	جدول A-۹
منبع ۲	انواع واکسنهای موجود در ایالات متحده	جدول B-۹
منبع ۱	ایمنوگلوبولینها و سال دریافت جواز	جدول ۱۰
منبع ۱۸	کارخانه های سازنده واکسنهای موجود	جدول ۱۱
منبع ۳۵	ایمن سازی علیه هیپاتیت B	جدول A-۱۲
منبع ۲	ایمن سازی علیه هیپاتیت B	جدول B-۱۲
منبع ۳۵	موارد استفاده از ایمنوگلوبولینها	جدول ۱۳
منبع ۱۸	برنامه ایمن سازی EPI	جدول ۱۴
منبع ۱	برنامه ایمنی سازی اطفال	جدول ۱۵
منبع ۱۰	برنامه ایمن سازی اطفال بالای هفت سال	جدول ۱۶
منبع ۳۵	برنامه ایمن سازی اطفال	جدول ۱۷
منبع ۳۵	برنامه ایمن سازی اطفال زیر هفت سال که در برقت مقرر براینجه صادره اند	جدول ۱۸
منبع ۱۰	برنامه ایمن سازی بزرگسالان	جدول ۱۹
منبع ۳۵	جدول ایمن سازی کودکان بالای هفت سال	جدول ۲۰
منبع ۳۵	جدول ایمن سازی زنان در سنین باروری	جدول ۲۱
منبع ۳۵	جدول ایمن سازی زنان باردار	جدول ۲۲
منبع ۲	جدول ایمن سازی علیه HIV	جدول ۲۳

منبع ۱	ایمن سازی بعد از تماس	جدول ۲۴
منبع ۲	ایمن سازی بعد از تماس با HBV	جدول ۲۵-A
منبع ۲	ایمن سازی بعد از تماس با کزاز	جدول ۲۵-B
منبع ۳۰	درصد کل ایمن سازی جهان در سالهای ۹۰-۹۱	جدول ۲۶
منبع ۲۳	مناطق ششگانه WHO	جدول ۲۷
منبع ۳۲	پوشش ایمن سازی در جهان در سالهای ۹۵-۹۷	جدول ۲۸
منبع ۳۲	پوشش واکسیناسیون ایران در سال ۱۳۷۰	جدول ۲۹
منبع ۳۲	پوشش واکسیناسیون ایران در سالهای ۱۹۸۴-۱۹۹۷	جدول ۳۰
منبع ۳۲	وضعیت بیماری و هزینه درمان و هزینه پیشگیری بیماریهای هدف	جدول ۳۱
منبع ۳۲	موارد بیماری هدف در ایران	جدول ۳۲
منبع ۳۲	پوشش واکسیناسیون در ایران از سال ۱۹۸۴-۱۹۹۸	جدول ۳۳
منبع ۳۲	میزان پوشش سرخک در کودکان زیر یک سال به تفکیک استانها ۱۳۷۶	جدول ۳۴
منبع ۳۲	میزان پوشش OPV3 در کودکان زیر یک سال به تفکیک استانها ۱۳۷۶	جدول ۳۵
منبع ۳۲	میزان پوشش DTP3 در کودکان زیر یک سال به تفکیک استانها ۱۳۷۶	جدول ۳۶
منبع ۳۲	میزان پوشش BCG در کودکان زیر یک سال به تفکیک استانها ۱۳۷۶	جدول ۳۷
منبع ۳۲	میزان شاخصهای سل در ایران	جدول ۳۸
منبع ۳۲	میزان پوشش HBV3 در کودکان زیر یک سال به تفکیک استانها ۱۳۷۶	جدول ۳۹
مرکز بهداشت شهرستان	توزیع سنی و جنسی جمعیت منطقه	جدول ۴۰
مرکز بهداشت شهرستان	شاخصهای اقتصادی بهداشتی و فرهنگی در منطقه	جدول ۴۱
مرکز بهداشت شهرستان	اسامی و جمعیت روستاهای تابعه شهرستان اراک	جدول ۴۲
مؤلف	میزان پوشش واکسیناسیون به تفکیک واکسنها	جدول ۴۳
منبع ۳۲	سرخک در ایران	نمودار ۱
مرکز بهداشت شهرستان	توزیع سنی و جنسی جمعیت در منطقه	نمودار ۲
مرکز بهداشت شهرستان	وضعیت اشتغال در منطقه	نمودار ۳
مرکز بهداشت شهرستان	وضعیت تحصیلی در منطقه	نمودار ۴
مؤلف	میزان واکسیناسیون به تفکیک در روستاهای تابعه شهرستان اراک	نمودار ۵
مرکز بهداشت شهرستان	شهرستان اراک	نقشه
مؤلف	جمع آوری اطلاعات	فرم

فصل اول :

کتاب

۱- مقدمه

مجموع دستاوردهای مادی و معنوی اجتماعات بشری بیانگر این واقعیت است که شرایط بهتر زیست، وضعیت مناسبتر رشد افکار را فراهم می‌آورد.

برنامه‌ریزی جامع انسانی برای حفظ و نگهداری منابع انسانی، به عملکرد زیر سیستمهایی از قبیل نظام بهداشتی و درمان، خدمات رفاهی و تأمین اجتماعی، سیستم بهداشت فکری و روانی، بستگی دارد.

بهداشت از واژه Hygeia، الهه افسانه‌ای یونان قدیم گرفته شده است. این الهه، در جامه زنی زیبا با جامی در دست و ماری در حال نوشیدن از جام، تصویر می‌گردد. برابر افسانه‌های یونان، مار، گواه بر هنر درمان است، و این نشان تا امروز نیز محفوظ مانده است. (۲۳)

در کشورهای در حال توسعه، اختلال در وضع بهداشتی مردم یکی از قدرتمندترین عواملی است که مانع بکارگیری حداکثر توانائی کار و کارآیی آنان می‌گردد. پس می‌توان اینطور گفت که با سرمایه‌گذاری در آموزش و بهداشت منابع انسانی، در کیفیت جمعیت، سرمایه‌گذاری نموددایم.

اگر چه باید، به دشوار بودن تعریف جامع و مانع، و اندازه‌گیری دقیق «سطوح» بهداشت اعتراف نماییم، اما کوششهایی به کمک کمیتهای آماری، به جهت تبیین نظریات بهداشتی و تندرستی، صورت گرفته است. درجه بهبود و سطح بهداشت مردم، به میزان آگاهی آنان از موضوع، محیط اجتماعی، نظرها و اعتقادات مسئولین، میزان درآمد کل جامعه و درآمد فرد بستگی دارد.

و از آنجا که کودکان، آسیب پذیرترین بخش هر جامعه‌ای هستند و حال و آینده ما می‌باشند، بهبود بهداشت کودکان، پیشرفت فردی و ملی را، سرعت می‌بخشد.

به واقع برخورداری از تندرستی، به صورت ارکان اصلی «حقوق بشر»

درآمده است.

مطابق با مقدمه اساسنامه سازمان بهداشت جهانی، تعبیر سلامتی چنین است: «رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی، و نه فقط نبودن بیماری یا ناتوانی». برخورداری از بیشترین استاندارد قابل دسترسی سلامتی، بدون توجه به تفاوت‌های نژادی، مذهبی، عقاید سیاسی، شرایط اقتصادی و اجتماعی، یکی از حقوق همه انسانها، بیان شده و سلامتی مردم را یک اصل اساسی برای دستیابی به صلح و امنیت، در نظر گرفته است، که به بیشترین همکاری بین افراد و دولت‌ها نیاز دارد. (۲۱)

کمیته کارشناسان سازمان بهداشت جهانی، بهداشت عمومی را به شرح زیر تعریف کرده‌اند:

علم و هنر پیشگیری از بیماریها - طولانی کردن زندگی - ارتقای سلامت، مؤثر کردن آنها از طریق کوششهای سازمان یافته اجتماعی، در جهت بهسازی محیط زیست - مبارزه با عفونتهای واگیر - آموزش بهداشت فردی - سازمان دادن خدمات پزشکی و پرستاری، با هدف تشخیص زودرس و درمان - پیشگیری از بیماریها - ایجاد نظم اجتماعی به منظور تضمین بهره‌مندی همه اشخاص از استانداردهای مناسب زندگی جهت حفظ سلامت و سازمان دادن این مزایا، به گونه‌ای که هر شهروندی بتواند، حق حیات و زندگی سالم را بشناسد. (۲۲)

مهمترین شاخص شناخته شده در تعیین وضعیت یک جامعه میزان مرگ و میر اطفال زیر یکسال^۱ است و تعبیر آن این است که از هر هزار کودک به دنیا آمده چه تعداد نوزاد قبل از رسیدن به سن یکسالگی فوت می‌کنند.

در گزارشی از سازمان یونسف بانام «وضعیت کودکان جهان در سال ۱۹۹۰» آمده است که هر سال ۱۴ میلیون کودک زیر ۵ سال - ۴۰

1-IMR = Infant Mortality Rate

هزار کودک در هر روز - بر اثر سوء تغذیه و بیماریهای عفونی هلاک می‌شوند. تقریباً تمامی این مرگ و میرها در جهان سوم اتفاق می‌افتد در حالیکه با اقدامات ساده از دو سوم مرگ و میر اطفال می‌توان جلوگیری نمود.

در سال ۱۹۸۲ نرخ مرگ و میر اطفال در چند کشور نمونه چنین بوده است:

افغانستان - ترکیه - هند - پاکستان - برزیل - مکزیک - شوروی - کوبا
٪۲۰ ٪۱۲ ٪۱۲ ٪۱۲ ٪۸ ٪۵ ٪۲/۶ ٪۱/۹
ایالات متحده امریکا
٪۱/۲

پیشرفت علمی در زمینه ایمنسازی مطابق با توانائیهای هر کشور، فرصتهایی را برای حفظ زندگیهای بیشتر و پیشگیری از میلیونها ناتوانی در سال، فراهم می‌آورد. همکاری با یکدیگر - آژانسهای ملی و بین المللی، سازمانهای خدماتی و آژانسهای خصوصی در سراسر دنیا - توانائی ما را در ارائه ایمنسازی تا ۷۰٪ کودکان در کشورهای در حال توسعه و حفظ میلیونها کودک در سال از ابتلا به بیماریهای قابل پیشگیری تضمین میکند. کشورها در سراسر دنیا علایق عمومی را به جنبش دسته جمعی جهت حفاظت کودکانشان تشویق می‌کنند. با ایمنسازی جهانی و با استفاده از واکسنهای موجود، ۲ تا ۳ میلیون مرگ سالانه پیشگیری می‌گردد. تکامل واکسنهای جدید، علیه بیماریها میتواند در طول این دهه حدود ۵ تا ۶ میلیون زندگی دیگر را در سال حفظ نماید. (۱۹)

چه بسیار کسانی که در راه تکامل علم، جان خود را باختند و چه بسیار کسانی که به علت عدم دسترسی به تکامل جان دادند. امروز زمانی است که

۱ - نقل از ویلیام، ولی چندلی - Chandler سرمایه‌گذاری کودکان مترجم رسول سرخابی نشریه دانشمند، شماره ۲۲۳، صفحه ۴۰

باید پیشرفت علم را در حفظ جانها جستجو کرد، از مرگ نترسید و آنرا در پیری دید.

تا آزمان که دیگر تهدید کننده‌ای برای حیات، وجود نیابد. امید آنروز است.

۱-۲ بیان مسئله:

واکسیناسیون نبایستی به عنوان پایان کار تلقی گردد. واکسیناسیون موجب ایمنی در مقابل بیماری خاصی می‌گردد که به نوبه خود به کاهش موارد ابتلا و مرگ می‌انجامد. بنابراین اندازه گیری صحیح پوشش واکسیناسیون قدمی اساسی در تعیین کاهش موارد منتظره ابتلا و مرگ در بیماریهایی است که بوسیله واکسن قابل پیشگیری می‌باشد. به عبارت دیگر این عمل، اندازه کارآئی عملی برنامه واکسیناسیون را مشخص می‌سازد. ذکر این نکته ضروریست که اجرای برنامه واکسیناسیون کاهش موارد ابتلا و مرگ را تضمین نمی‌کند. زیرا باید واکسن را به موقع و روی جمعیت هدف مناسب - منظور سن مناسبی است که کودک را از ابتلا به بیماری محافظت میکند - به کار برد، این عوامل را میتوان طی فرآیندی که ارزشیابی پوشش واکسیناسیون نامیده می‌شود، ارزیابی نمود. (۲۶) ارزشیابی فرآیندی است که طی آن نتایج بدست آمده با اهداف مورد نظر مقایسه می‌شود و به زبان ساده‌تر عبارتست از ارزیابی چگونگی حسن اجرای برنامه. (۲۳)

چنانچه بررسی ارزشیابی پوشش واکسیناسیون، بصورت دوره‌ای - مثلاً سالی یکبار - انجام شود، اطلاعات قابل اعتمادی در اختیار می‌گذارد، که بر اساس آن می‌توانید در صورت ضرورت، فعالیتهای واکسیناسیون را تغییر دهید. این بررسی اختصاصاً به شما خواهد گفت که آیا شما به پوشش مورد نظر خود رسیده‌اید یا خیر. منظور از

پوشش مورد نظر، تعداد افرادی است که انتظار داشته‌اید طی سال معینی واکسینه شده باشند این ارزشیابی باید توسط کسانی انجام شود که در عملیات اجرایی واکسیناسیون دخالت نداشته‌اند. (۲۶)

اتکا به مدارک و آمار و ارقام مراکز خدمات دهی، گمراه کننده خواهد بود، لذا برآن شدیم تا در قالب یک پایان نامه برای اولین بار در استان مرکزی، روستاهای تابعه شهرستان اراک را از این نظر مورد ارزشیابی قرار دهیم امید است این قدم کوتاه با گامهای هر چه بزرگتر دنبال گردد.

۱-۳ اهداف مطالعه:

۱-۳-۱ اهداف اصلی:

- ۱- تعیین میزان پوشش کلی واکسیناسیون کودکان ۱۷-۱۲ ماهه، در روستاهای تابعه شهرستان اراک.
- ۲- تجسس نقاط قوت و ضعف در ارتباط با سطح پوشش کلی واکسیناسیون.
- ۳- تعیین درصد پوشش واکسیناسیون BCG در روستاهای تابعه شهرستان اراک.
- ۴- تعیین درصد پوشش واکسیناسیون پولیو ۳ در روستاهای تابعه شهرستان اراک.
- ۵- تعیین درصد پوشش واکسیناسیون ثلاث ۲ در روستای تابعه شهرستان اراک.
- ۶- تعیین درصد پوشش واکسیناسیون سرخک در روستاهای تابعه شهرستان اراک.
- ۷- تعیین درصد پوشش واکسیناسیون هپاتیت B در روستاهای تابعه شهرستان اراک.

۱-۳-۲ اهداف فرعی:

- ۱- مقایسه پوشش واکسیناسیون در روستاهای تابعه شهرستان اراک، میزانهای استاندارد کشوری و آمارها و تحقیقات موجود.
- ۲- ترویج افکار و اندیشه و نگرش جامعه‌نگر و کاربردی در پایان نامه‌های دانشجویی.

۴-۱ تعاریف:

۱-۴-۱ مقاومت^۱:

مجموعه مکانیسم‌های دفاعی بدن را در مقابل حمله عوامل بیماریزا، مقاومت می‌گویند که خود به دو صورت می‌باشد.

الف: مقاومت غیر اختصاصی^۲ یا ذاتی: بعضی قسمت‌های بدن می‌توانند، نفوذ عامل بیماریزا را سد کنند مثل پوست - یا حتی بعد از ورود، عامل را در خود گرفته و بی‌اثر سازند - مثل ماکروفاژها - و یا به بعضی از بیماریها، انسان مبتلا نمی‌شود - مثل سل پرندگان و طاعون گاوی

ب- مقاومت اختصاصی: که آنرا ایمنی^۳ یا مصونیت هم می‌گویند و به دو دسته تقسیم می‌گردد.

۱- ایمنی غیر فعال^۴: مثل مصونیت نوزادان به هنگام تولد که از مادر کسب می‌کنند و یا بوسیله سرم ناقلین و گاما گلوبولین‌ها که قبلاً آماده شده وارد بدن شخص می‌کنند.

۲- ایمنی فعال^۵: در اثر ابتلا به بیماری یا تلقیح واکسن‌ها در بدن پدید می‌آید و دوره مصونیت آن بسته به نوع بیماری یا واکسن از چند ماه

1-Resistance

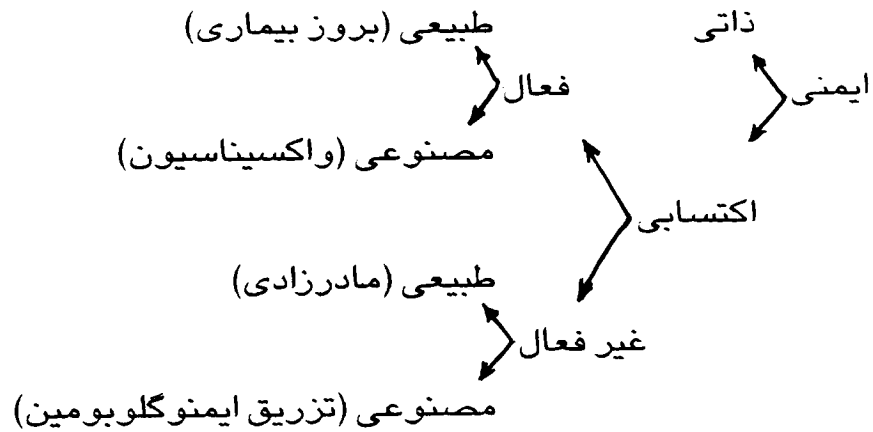
2-Nonspecific Resistance

3-Immunity

4-Passive Immunity

5-active Immunity

تا چند سال و یا تا آخر عمر خواهد بود.



۱-۴-۲ تقسیم بندی دیگر مصونیت:

الف: مصونیت هومورال: ^۱ در این نوع مصونیت، لنفوسیت های B با منشأ مغز استخوان دخالت دارند و با ایجاد آنتی بادی ها و سایر ایمنوگلوبولین ها، نقش حفاظتی خود را انجام می دهند.

ب: مصونیت سلولار ^۲: در ایمنی سلولار، لنفوسیت های T با منشأ تیموسی، در برخورد با آنتی ژن، خاطره را حفظ می کند و وقتی آن آنتی ژن مجدداً وارد بدن شد واکنش نشان می دهند - اساس تست توبرکولین مثبت - و دیگر T-helper هستند که به T-killer کمک کرده و زمینه ای ایجاد میکنند که T-killer، قادر به کشتن عامل بیماریزا باشند - مانند سل. (۳۵)

مذمهاتى Primordial

ارتقاء بهداشت عمومى - آموزش جنسى، راهنمائى والدین برای تربیت کودکان، آمادگى برای باز نشستگی، تغذیه خوب، لباس كافی، مسكن مناسب، استراحت، تفریح

نوع اول (اولیه) Primary Prevention

اقدامات اختصاصى حفاظتى - مصون سازی، بهداشت محیط (تصفیه آب آشامیدنى)، حفاظت در برابر خطرات ناشى از كار و تصادفات

نوع دوم (ثانویه) Secondary Prevention

بیمارى مقاربتى، مرض قند، سرطان گردن رحم، ازبیاذفتشار خون

نوع سوم (ثالثیه) Tertiary Prevention

محدود کردن میزان ناتوانى - موارد فلجى در پولیو میلت -
نوتوانى Rehabilitation - فیزیوتراپى

۴-۴-۱-۴ تعریف ایمن سازی:

عبارتست از ایجاد ایمنی مصنوعی به جهت پیشگیری از بروز بیماری، که میتواند فعال یا غیر فعال باشد.

ایمن سازی فعال^۱:

استفاده از توکسوئید یا واکسن به جهت تحریک سیستم ایمنی بدن به ساخت آنتی بادی یا ایجاد ایمنی وابسته به سلول^۲

ایمن سازی غیر فعال^۳:

استفاده از آنتی بادیهای تولید شده در خارج بدن (۱۰)

ترکیباتی که جهت ایمنی سازی اکتیو مورد استفاده قرار میگیرند تحت نام کلی «واکسنها» و آنهائیکه برای ایمنسازی پاسیو بکار گرفته می شوند بنام «سرمها» طبقه بندی می گردند. (۲۴)

هدف از واکسیناسیون فعال پیشگیری از بیماریهای عفونی است. (۳۵)
ایمن سازی یک وسیله همگانی برای محافظت تعداد بیشتری از اشخاص است. با کاستن از تعداد افراد حساس در جامعه، «سطح ایمنی جامعه» افزایش می یابد و انتشار بیماری عفونی دشوارتر می شود.

ایمن سازی خطر عفونت را برای کسانی هم که واکسن نزده اند یا حفاظت کافی ایجاد ننموده اند، کاهش می دهد. (۲۳)

۴-۴-۱-۵ موادی که به جهت ایمنسازی بکار می رود: (جدول ۱A)

۱- واکسن^۴: سوسپانسیونی از میکروارگانیسمهای زنده ضعیف شده یا کشته شده - باکتریها، ویروسها، ریکتزیاها^۵ - یا ترکیبی از هر دو که برای ایجاد ایمنی و جلوگیری از ابتلا به بیماریهای عفونی

1-Active

2-cell Mediated immunity

3-Pasive immunity

4-Vaccine

5-Rickettsiae

استفاده می‌گردد.

۲- توکسوئید^۱: توکسین باکتریها که تغییر داده شده است تا اثر سمی نداشته باشد اما توانایی خود را در تحریک ساخت آنتی توکسین حفظ کرده باشد.

۳- ایمنوگلوبولین^۲ (IG): محلولی استریل محتوی آنتی بادی های انسانی در دو نوع:

داخل عضلاتی (IM)^۳: حاوی ۱۸-۱۰٪ پروتئین که از مقادیر زیاد پلاسمای خون بدست آمده است و در افراد مبتلا به کاهش سیستم ایمنی و نیز ایمنسازی غیرفعال بر علیه سرخک و هپاتیت A بکار می‌رود.

داخل وریدی^۴ (IGIV): حاوی ۳٪ پروتئین فوق می‌باشد و در موارد کمبود IgG، درمان بیماری کاوازاکی^۵ و ITP استفاده می‌گردد.

۴- ایمنوگلوبولین‌های اختصاصی: که از افراد خاص دارای سطح بالای آنتی بادی بر علیه بیماری خاص استخراج گردیده است مثل ایمنوگلوبولین هپاتیت B (HBIG)، ایمنوگلوبولین واریسلا-زوسترا^۶ (VZIG) ایمنوگلوبولین هاری^۷ (RIG)، ایمنوگلوبولین کزاز (TIG)

(۱۰).

واکسنهای که از یک گونه میکروبی تهیه گردیده مونوواکسین و واکسن تهیه شده از دو یا چند سویه‌های گونه میکروبی، واکسن پلی والان^۱ نامیده می‌شود. واکسنهای میکروبی تهیه شده از کشت‌های

1-Toxoid

2-Immunoglobulin

3-Intra muscular

4-Intra Venous

5-Kawazaki disease

6-Varicella zoster

7-Rhabies

8-Polyvalent Vaccine

بیش از یک گونه میکروبی را واکسنهای مخلوط^۱ می‌نامند. (۲۴)

۱-۵ ساخت

۱-۵-۱ روش تهیه انواع واکسنها:

۱- واکسنهای زنده: با انتخاب واریانتهای موجود در طبیعت (آبله، بروسلون) یا از طریق مصنوعی بدست می‌آیند.

انتخاب مصنوعی بطرق مختلف: کشت در درجه حرارت غیر معمول (شاربن)، استفاده از محیط کشت نامساعد (سل)، پاساژ^۲ بر روی ارگانسیم حیوانی (هری، تب زرد^۳) پاساژ بر روی جنین مرغ (آنفاوانزا) یا در کشتهای نسجی (پولیومیلیت، انفلوانزا) و غیره صورت می‌گیرد.

۲- واکسنهای کشته شده: سویه‌های میکروبی بوسیله غلظت‌های کشنده فورمالین، فنل و دیگر باکتریوسیدها یا بوسیله حرارت ۵۶-۶۰ درجه سانتی‌گراد کشته میشوند. هم چنین ممکن است با کمک اشعه اولتراویوله (ماوراء بنفش) و بوسیله تکنیکهای اولترازونیک، واکسنهای بیضرری تهیه نمود.

۳- واکسنهای شیمیایی: از باکتریها با خارج ساختن پروتئین‌های با وزن مولکولی زیاد تهیه می‌گردد و بصورت عصاره آنتی ژنی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

۴- توکسین‌ها: معمولاً به شکل بی‌ضرر استفاده شده و بوسیله تماس داوانی با غلظتهای ضعیف فرمالین تهیه و به تشکیل یک آناتوکسین^۴ منجر می‌گردد. (۲۴)

1-Mixed Vaccine

2-Passage

3-Yellow Fever

4-Anatoxin