

بررسی علل عدم مراجعه ویا تکمیل واکسیناسیون در برنامه گسترش ایمنسازی

دکتر کیومرث ناصری* - دکتر ابوالحسن ندیم* - دکتر سید محمد مرعشی**
دکتر سید احمد حسینی** - دکتر تقی چراغچی***

واژه‌های کلیدی: افت واکسیناسیون - برنامه گسترش ایمنسازی

چکیده

عدم مراجعه برای دریافت و یا تکمیل واکسیناسیون یکی از علل عمده عدم موفقیت برنامه گسترش ایمنسازی به حساب می‌آید و اگر قرار باشد که برنامه گسترش ایمنسازی ایران به هدفهای مورد نظر دست پیدا کند ضرورت دارد که این پدیده به دقت شناسائی و مرتفع گردد عدم آگاهی، نداشتن انگیزه و موانع موجود در جهت ارائه خدمات ایمنسازی گروههای اصلی علل عدم مراجعه را تشکیل می‌دهند. مطالعات انجام شده در ایران نشان می‌دهد که نداشتن انگیزه نقش مهمی را در این مجموعه بازی نمی‌کند. در حالیکه در زمینه عدم آگاهی، ابتلاء قبلی کودک به یکی از بیماریهای هدف در برنامه گسترش ایمنسازی (عمدتا سرخک) و در زمینه موانع موجود در جهت ارائه خدمات ایمنسازی، ابتلاء کودک به عوارض ساده‌ای چون تب و اسهال مهم‌ترین علل عدم دریافت واکسن را تشکیل می‌دهند. برخورد فعلی با هر دو علت فوق ناصحیح است. اولاً "تشخیص دقیق و قطعی سرخک کار آسانی نیست و حتی با وجود ابتلاء قبلی به سرخک، واکسیناسیون بعدی هیچ ضرری ندارد و ثانیاً وجود علائمی چون تب و اسهال خفیف به هیچ وجه عوارضی را به دنبال واکسیناسیون ایجاد نمی‌کند. بدین لحاظ توصیه رسمی وزارت بهداشتی این است که حتی با وجود سابقه ابتلاء به سرخک و وجود علائمی چون تب و اسهال خفیف واکسیناسیونهای لازم حتماً انجام شود.

-
- * گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی - دانشکده بهداشت - دانشگاه علوم پزشکی تهران.
 - ** - بخش بیماریهای عفونی، دانشکده پزشکی، دانشگاه مشهد
 - ** * - معاون بهداشتی - بهداری منطقه‌ای استان خراسان.

علاوه بر نکات فوق باگسترش مراکز ارائه خدمات ایمنسازی می‌توان پوشش واکسیناسیون را به‌ نحو چشمگیری افزایش داد .

سرآغاز

عدم مراجعه برای دریافت واکسن و یا تکمیل واکسیناسیون قبلی ، که در مورد واکسیناسیون ثلاث (دیفتری ، سیاه‌سرفه ، کزاز) و فلج اطفال بنام افت واکسیناسیون موسوم است ، یکی از مهمترین مسایل و مشکلات برنامه‌گسترش ایمنسازی می‌باشد که ریشه‌هایش در چندین جهت متفاوت از مسایل فردی مادر و کودک گرفته تا مسایل اجتماعی و اداری ارائه خدمات ایمنسازی کشیده شده‌است . دست‌یابی به پوشش کامل تمام کودکان زیر یکسال دنیا در مقابل شش بیماری کزاز - سیاه‌سرفه - دیفتری سرخک - فلج اطفال و سل تا سال ۱۹۹۰ که هدف سازمان جهانی بهداشت بوده و به وسیله دولت ایران نیز تأیید شده و مورد قبول قرار گرفته است بدون شناسایی دقیق و رفع این پدیده امکان‌پذیر نمی‌باشد .

مقاله حاضر نتیجه مطالعاتی را که در این زمینه ، از آغاز پیاده‌کردن برنامه‌گسترش ایمنسازی در ایران در سال ۱۳۶۲ تا پایان سال ۱۳۶۳ انجام گرفته است بیان و مورد بحث قرار می‌دهد .

- نمونه‌گیری و روش بررسی

پس از آغاز فعالیتهای وزارت بهداشتی در جهت پیاده‌کردن برنامه گسترش ایمنسازی در ایران و به‌منظور تعیین وضعیت موجود ، تعدادی بررسی پوشش واکسیناسیون در سطح مملکت انجام گرفت . این بررسی‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای که مورد تأیید و توصیه سازمان جهانی بهداشت (۸) نیز می‌باشد بر روی کودکان ۱۲ تا ۲۳ ماهه انجام گرفت . قسمتی از این بررسی‌ها که به دلایل عدم مراجعه برای دریافت واکسن و یا تکمیل واکسیناسیون‌های قبلی مربوط می‌شود در این مقاله مورد استفاده قرار گرفته‌است . در همین زمینه و از دیدگاهی دیگر نیز یک بررسی در شهریورماه ۱۳۶۳ بر روی کودکان ۱۲ تا ۲۳ ماهه‌ای که جهت دریافت خدمات در مانی به مراکز بهداشتی درمانی دولتی در مشهد مراجعه کرده بودند (دو بیمارستان کودکان و ۱۳ درمانگاه و مرکز بهداشت که تنهادر ۶ مورد آن خدمات ایمنسازی ارائه می‌شد) براساس دستورالعمل سازمان جهانی بهداشت (۳) انجام گرفت . این بررسی اخیر با بررسی خوشه‌ای که در همان تاریخ در مشهد انجام گرفته است مقایسه

می‌شود. تفاوت اصلی این دو روش در این است که بررسی خوشه‌ای نمونه‌ای از تمام کودکان شهر را دربر می‌گیرد در حالی که بررسی کودکان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی دولتی به کودکان طبقه اجتماعی اقتصادی خاصی مربوط می‌گردد. تمام بررسی‌های انجام شده در دانشکده بهداشت، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

جدول شماره یک درصد کل عدم مراجعه برای دریافت واکسن و یا تکمیل واکسیناسیونهای قبلی را در کودکان ۱۲ تا ۲۳ ماهه مناطق شهری (به استثنای شهر تهران و استان تهران) و مناطق روستایی کشور نشان می‌دهد. دلایل عدم مراجعه برای دریافت واکسن و یا تکمیل واکسیناسیونهای قبلی در کودکان ۱۲ تا ۲۳ ماهه کشور در جدول شماره دو به تفکیک مناطق شهری و روستایی ذکر شده است. نتیجه بررسی وضعیت ایمنسازی کودکان ۱۲ تا ۲۳ ماهه که به مراکز ارائه خدمات بهداشتی درمانی دولتی شهر مشهد مراجعه کرده بودند و هم چنین نتیجه بررسی وضعیت ایمنسازی تمامی کودکان ۱۲ تا ۲۳ ماهه این شهر در جدول شماره سه ذکر و مقایسه شده است. در جدول شماره چهار دلایل عدم دریافت واکسن و یا تکمیل واکسیناسیون کودکانی که به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه کرده بودند نشان داده می‌شود.

گفتگو

توجه به نتایج به دست آمده چند موضوع بسیار مهم را روشن می‌کند. جدول ۱ نشان می‌دهد که در روستاها ۹۱ درصد و در شهرها نزدیک به ۸۰ درصد کودکان واجد شرایط حداقل یکبار با ارائه دهندگان خدمات ایمنسازی برخورد پیدا کرده و واکسن را دریافت می‌دارند. اینکه تماس روستانشینان بیشتر از شهرنشینان است خیلی عجیب نیست زیرا در حال حاضر خدمات ایمنسازی در شهرها به صورت ثابت و انفعالی ارائه می‌شود یعنی مادران باید کودکان خود را به مراکز ثابت واکسیناسیون ببرند در حالی که در روستاها خدمات ایمنسازی به صورت فعال و متحرک و در بسیاری از موارد منزل به منزل ارائه می‌شود این نحوه عمل اگرچه ظاهراً "مزایایی را در بر دارد ولی از نظر کلی مورد قبول نیست زیرا تزریق خانه به خانه باعث می‌شود که هم احتمال شکسته شدن زنجیره سرد بیشتر شود و هم والدین

مسئولیت خود را در حفظ سلامت فرزندانشان فراموش کنند در مطالعه‌ای که اخیراً " در فیلپین انجام گرفته است (۶) نشان داده شده که این نوع برنامه‌ریزی حتی پوشش واکسیناسیون را کاهش می‌دهد .

علاوه بر این درصد عدم مراجعه برای دریافت واکسن و یا تکمیل واکسیناسیونهای قبلی در شهر و روستا که در جدول ۱ نشان داده شده است ، به علت نحوه خاص ارائه خدمات ایمنسازی در شهر و روستا از دو علت متفاوت بوجود می‌آید بدین معنی که در روستا بیشتر عدم مراجعه و یا کمی دقت نظر مأمورین باعث ناقص ماندن پوشش واکسیناسیون می‌شود در حالی که در شهرها عدم مراجعه و پیگیری مادران نقش مهمتری را بازی می‌کند . در جدول ۲ دلایل عدم مراجعه برای دریافت واکسن و یا تکمیل واکسیناسیونهای قبلی بیان شده است .

به طور کلی سه گروه بزرگ از عوامل یعنی عدم آگاهی ، نداشتن انگیزه و موانع می‌تواند باعث عدم مراجعه شود . نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که در ایران نداشتن انگیزه نقش مهمی را در عدم مراجعه بازی نمی‌کند در مقابل موانع و عدم آگاهی به ترتیب از اهمیت بیشتری برخوردار هستند در زمینه عدم آگاهی مهمترین قسمت ابتلاء به بیماری مورد واکسیناسیون و بخصوص سرخک است که نه تنها در ایران بلکه در سایر نقاط دنیا نیز مسئله ساز است (۲) . تشخیص قطعی و دقیق سرخک کار ساده‌ای نیست و بسیاری بیماریهای ویروسی و میکربی دیگر نیز وجود دارند که علایمشان شبیه به سرخک است و با آن اشتباه می‌شوند . هنگامی که مادر اظهار می‌دارد کودکش قبلاً "به سرخک مبتلا شده است به احتمال زیاد اشتباه می‌کند و عدم تزریق واکسن سرخک به چنین کودکی پوشش ایمنی او را ناقص می‌گذارد در حالی که تزریق واکسن سرخک به کودکی که قبلاً " به حقیقت دچار سرخک شده باشد با عارضه‌های همراه نیست . به همین دلیل و به علت مخاطرات موجود در بیماری سرخک توصیه می‌شود که در هر حال واکسن سرخک به کودک تزریق شود .

در زمینه موانع ، مهمترین نکات به ترتیب عبارتند از بیماری کودک در روز واکسیناسیون و گرفتاریهای خانوادگی مادر . در مورد بیماری کودک در روز واکسیناسیون چنین به نظر می‌رسد که مأمورین تزریق واکسن و احیاناً "مادران بیشتر از حد معمول به این موضوع اهمیت می‌دهند و همانگونه که در جدول ۴ نیز ذکر شده است با خودداری از تجویز واکسن به کودکانی که به تب یا اسهال مبتلا هستند ، در حقیقت همان کودکانی را که بیشتر از بقیه به پوشش ایمنی احتیاج دارند ، از این پوشش محروم می‌کنند . این مسئله نیز خاص

کشور ما نیست . در مطالعه‌ای که اخیراً در کشور شوروی انجام گرفته است نشان می‌دهد که در ۱۲/۱ درصد از کودکانی که به دلایل پزشکی از دریافت واکسن محروم می‌شوند دلیل موجهی برای آن نیست و در بازبینی مطالعات منتشر شده در سطح جهان هیچ دلیل قانع کننده‌ای که براساس آن نتوان به هر کودکی که به مراکز ارائه خدمات ایمنسازی مراجعه می‌کند واکسن‌های مربوطه را تجویز نمود به دست نیامده است (۵) . این مسئله هم در سطح بین‌المللی و هم در سطح ملی مورد توجه دقیق قرار گرفته و براساس دستورالعمل وزارت بهداشتی (۱) موارد منع واکسیناسیون به چند مورد تقریباً " استثنائی محدود شده است . مسئله گرفتاریهای خانوادگی مادران در حقیقت یک عامل نیست بلکه مجموعه‌ای از عوامل است که می‌توان انعکاس آنرا در عدم مراقبت مادر و دوری محل واکسیناسیون نیز مشاهده کرد . در هر حال اگر چه هیچ برنامه‌ای نمی‌تواند به طور مستقیم برگرفتاریهای خانوادگی مادران تاثیر داشته باشد ولی همانگونه که دیگران نیز اشاره کرده‌اند (۶ و ۹) ایجاد امکان دستیابی مادران به مراکز ارائه خدمات ایمنسازی هم بسیار مؤثر است و هم در مقایسه با کوشش برای تغییر نگرش و اعتقادات والدین آسانتر می‌باشد . به علاوه در یک مطالعه در مناطق روستائی غناء (۴) نشان داده‌اند که هرچه فاصله محل زندگی با محل ارائه خدمات ایمنسازی زیادتر باشد پوشش واکسیناسیون پائین‌تر می‌آید . در نتیجه می‌توان انتظار داشت که با گسترش مراکز ارائه خدمات ایمنسازی به محلهائی که در حال حاضر فاقد آن هستند و در عین حال مورد استفاده مادران و کودکان نیز قرار می‌گیرند بتوان پوشش واکسیناسیون را به نحو چشمگیری افزایش داد . اهمیت این نکته با توجه به نمونه شهر مشهد که تنها ۴۰ درصد از مراکز بهداشتی درمانی آن قابلیت ارائه خدمات ایمنسازی را در حال حاضر دارا می‌باشند و تنها یک سوم کودکان مورد بررسی به آن مراکز مراجعه کرده بودند به خوبی روشن می‌شود . در جدولهای ۳ و ۴ علاوه بر نکات فوق به دو مسئله پراهمیت دیگر نیز برخورد می‌کنیم اول آنکه وضعیت واکسیناسیون کودکانی که به مراکز بهداشتی درمانی دولتی مراجعه می‌کنند ، و لاجرم از طبقه اجتماعی اقتصادی خاصی هستند . در مقایسه با کودکان شهر مشهد از موقعیت پائین‌تری برخوردار است و در مقابل ۴۵/۵ درصد واکسیناسیون کامل در سطح شهر ، رقم ۱۵/۹ درصد در مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی قرار گرفته است . اگرچه دلایل این تفاوت فاحش هنوز به خوبی روشن نیست و محتاج بررسی‌های اضافی دیگر است ولی احتمال دارد به طبقه اجتماعی اقتصادی و ایمنسازی در مراکز غیردولتی مربوط باشد . دوم آنکه ۱۰۰ نفر از کودکان (نزدیک به ۴۷ درصد) به دلایلی غیر از بیماری و عمدتاً "

دلایل مدیریتی و اجرائی از دریافت واکسن محروم شده اند . این نکته بسیار مهمی است که باید مورد توجه دقیق برنامه ریزان و مجریان برنامه گسترش ایمنسازی و مسئولین بهداشت و سلامت کشور قرار گیرد . دکتر هندرسن رئیس کل برنامه جهانی گسترش ایمنسازی معتقد است مشکلاتی که در راه پیاده کردن برنامه گسترش ایمنسازی در کشورهای در حال توسعه جهان قرار دارد عمدتاً " جنبه اجرائی و مدیریتی دارند (۷) . مدیریت و اجرا نیز زمانی بهبود پیدا می کند که از پشتیبانی مادی و معنوی مسئولین مملکتی و نیروی انسانی آموزش یافته کافی برخوردار باشد .

سپاسگزاری:

از خانمها مریم رضا به خاطر بازبینی داده های به دست آمده از بررسی ها و گلستان یزدانی به خاطر ماشین نویسی متن مقاله تشکر می کنیم .

جدول ۱ - درصد افت و عدم دریافت واکسن در کودکان ۱۲ تا ۲۳ ماهه
شهری و روستایی ایران ، تا پایان سال ۱۳۶۳ .

(* به استثنای شهر و استان تهران)

مناطق روستایی	مناطق شهری *	
۳۴/۴	۲۷/۹	افت واکسن ثلاث ۳ به ۱
۳۵/۸	۲۹/۲	افت واکسن فلج ۳ به ۱
۲۳/۰	۴۶/۱	عدم دریافت واکسن سرخک
۷۴/۶	۷۱/۷	عدم دریافت واکسن ب ت ژ
۹۱/۰	۷۹/۶	دریافت واکسن ثلاث ۱

جدول ۲ - دلایل عدم مراجعه برای دریافت واکسن و یا تکمیل واکسن‌های قبلی کودکان ۱۲ تا ۲۳ ماهه ایران، تا پایان سال ۱۳۶۳.
(* به استثنای دو ردیف اول، بقیه به صورت درصد)

شهر تهران	استان تهران	سایر نقاط شهری	مناطق روستایی	کل کشور	
۴	۵	۱۰	۸	۲۷	تعداد بررسی
۸۴۹	۱۰۶۵	۲۱۰۸	۱۶۹۵	۵۷۱۷	تعداد کودکان بررسی شده
۲۵/۲	۳۷/۷	۵۵/۵	۴۴/۱	۴۵/۸	کودکانی که واکسن دریافت نکرده و یا واکسن‌های آنها ناقص است
۲۴/۴	۴۳/۲	۳۴/۸	۳۶/۹	۳۶/۷	دلایل عدم مراجعه
۷/۴	۶/۷	۶/۴	۵/۳	۶/۲	عدم آگاهی
۶/۰	۴/۲	۲/۵	۴/۹	۳/۸	بی‌اطلاعی از ضرورت مراجعات بعدی
۳/۰	۲/۷	۳/۲	۴/۳	۳/۴	ترس از عوارض جانبی
۴/۳	۶/۵	۲/۲	۵/۷	۴/۱	بی‌اطلاعی از زمان و مکان واکسن‌های
۱۲/۰	۲۲/۹	۱۹/۷	۱۵/۲	۱۸/۰	ابتلا قبلی به بیماری مورد واکسن‌های
۱/۷	۰/۲	۰/۸	۱/۳	۰/۹	اعتقادات غلط در مورد عدم تجویز
۹/۰	۸/۷	۶/۴	۵/۵	۶/۸	نداشتن انگیزه
۰/۳	۰/۲	۰/۱	۰/۳	۰/۲	شایعات
۳/۳	۴/۰	۳/۷	۲/۱	۳/۳	بی‌اعتقادی به واکسن‌های
۵/۳	۴/۵	۲/۶	۳/۱	۳/۳	به بعد و اگذار کردن
۵۵/۸	۴۸/۰	۵۸/۶	۵۷/۷	۵۶/۳	موانع
۶/۷	۸/۲	۱۵/۲	۱۲/۲	۱۲/۳	عدم مراقبت مادر
۲/۳	۳/۵	۲/۴	۲/۷	۲/۶	مناسب نبودن زمان واکسن‌های
۱۵/۴	۱۲/۲	۱۱/۳	۱۱/۰	۱۱/۸	گرفتاریهای خانوادگی
۲۰/۱	۱۳/۷	۲۰/۶	۱۹/۴	۱۹/۱	بیماری کودک در روز واکسن‌های
۵/۰	۵/۰	۶/۱	۴/۰	۵/۲	دوری محل واکسن‌های
۰/۳	۱/۵	۰/۶	۰/۱	۰/۶	معطلی زیاد در محل واکسن‌های
۰/۷	۰	۰/۲	۰/۱	۰/۲	بی‌ادبی و بی‌نواکنتی کارکنان
۲/۰	۱/۵	۱/۰	۲/۸	۱/۷	نبودن واکسن
۰/۳	۰/۵	۰/۳	۳/۱	۱/۱	نبودن واکسن‌های
۱/۰	۱/۲	۰/۹	۰/۴	۰/۸	بیماری مادر
۲/۳	۰/۷	۰	۱/۹	۰/۹	متفرقه

جدول ۳ - وضعیت ایمنسازی کودکان ۱۲ تا ۲۳ ماهه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی در مقایسه با وضعیت ایمنسازی کل کودکان - مشهد ۱۳۶۳.

(* بدون احتساب واکسیناسیون ب ث ژ)
(** درصد)

کودکان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی	کودکان شهر مشهد (نمونه برداری ، خوشه‌ای)	تعداد کودکان بررسی شده	واکسیناسیون کامل *
۲۱۴	۲۱۱	۱	شلاک
** ۱۵/۹	** ۴۵/۵	۲	شلاک
۷۱/۵	۷۷/۲	۳	شلاک
۵۷/۰	۶۹/۷	۱	فلج
۳۶/۴	۵۸/۳	۲	فلج
۷۲/۰	۷۹/۱	۳	فلج
۵۷/۵	۶۹/۲	ب ث ژ	ب ث ژ
۳۷/۸	۶۱/۶	سرخک	سرخک
۲۰/۶	۱۷/۵		
۲۲/۹	۵۹/۲		

جدول ۴ - دلایل عدم مراجعه برای دریافت واکسن و یا تکمیل واکسیناسیونهای قبلی، کودکان ۱۲ تا ۲۳ ماهه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی مشهد ۱۳۶۳.

(* درصد های این جدول به دلیل وجود بیش از یک علت در یک فرد قابل جمع نیست) ،

	۲ - بیماری ۹۱ نفر
۲۵/۳ *	تب
۳۳/۰	سرفه
۴۶/۱	اسهال
۲۷/۵	استفراغ
۳/۳	سوء تغذیه
	ب - سایر علل ۱۰۰ نفر
۲۴/۰	اشتغالات و گرفتاری مادر
۱۸/۰	بی توجهی مادر به واکسیناسیون
	عدم آگاهی مادر از واکسیناسیون بطور عام و
۴۱/۰	واکسن ب ث ژ بطور خاص
۱۳/۰	به بعد واگذار کردن
۹/۰	نبودن واکسن سرخک
۳/۰	نبودن واکسن ثلاث
۳/۰	ابتلاء قبلی به سرخک
۴/۰	سابقه تشنج در فامیل بعد از تزریق واکسن
۶/۰	بی اعتقادی به واکسن
۱/۰	ترس از واکسیناسیون

کتابنامه

- ۱- وزارت بهداشتی جمهوری اسلامی ایران، معاونت امور بهداشتی برنامه و راهنمای واکسیناسیون - چاپ دوم، آبان ماه.
- 2- Adjayen. (1981): Measles immunization, some factors affecting nonacceptance of vaccine. Public Health Rep. 95: 185-8.
- 3- Anonymous. (1983): Study of immunization status and reasons for postponing immunizations. Revised study protocol. EPI/WHO/DOC 1799V, disk. 0260D.
- 4- Belcher DW, Nicholas DD, Ofosu-Amaah S, Wurapa FK. (1978): A mass Immunization campaign in rural Ghana: Factors affecting Participation. Public Health Rep. 93: 170-6.
- 5- Chilton LA. (1970): Inexpensive method for increasing immunization rates. Pediatrics 66: 880-2.
- 6- Friede AM, Wateraux C, Guyer B, Jesus A. De, and Filipp L. (1985): An Epidemiological assessment of immunization programme Participation in the Philippines. Inter. J. Epid. 14: 135-141.
- 7- Henderson RH. (1983): The WHO Programme on immunization. Symposium Documents, International Symposium on Poliomyelitis control, Washington, D.C.
- 8- Henderson, R H. & Sunderesan, T. (1982): Cluster sampling to assess immunization coverage- a review of experience with a simplified sampling method. Bulletin World Health Organization 60: 253-260.
- 9- Rosenstock IM, Derryberry M, Carriyer BK. (1959): Why people fail to seek Poliomyelitis Vaccination. Public

Health Rep. 93: 170-176.

- 10- Sukhorukwa NL, Korzhenkova MP, Sigaeva LA, Zybina TM, Maksimova NM. (1982): Data from different Moscow polyclinics on the utilization of vaccination against diphtheria, pertussis, tetanus, and measles in children of first three years of life. ZH Mikrobiol Epidemiol Immunobiol 8: 112-6.