

Raport zrealizowano w ramach projektu naukowego pt. „Budowanie zaufania do szczepień ochronnych z wykorzystaniem najnowszych narzędzi komunikacji i wpływu społecznego”, zgodnie z Umową o dofinansowanie nr GOSPOSTRATEG - II/0007/2020-00 w ramach Strategicznego Programu Badań Naukowych i Prac Rozwojowych „Społeczny i Gospodarczy Rozwój Polski w warunkach globalizujących się rynków finansowych ze środków Narodowego Centrum Badań i Rozwoju”.

Szczepienia



Strategie na rzecz budowania zaufania do szczepień ochronnych

Warszawa, 2023

Strategie na rzecz budowania zaufania
do szczepień ochronnych

Projekt „Budowanie zaufania do szczepień ochronnych z wykorzystaniem najnowszych narzędzi komunikacji i wpływu społecznego”.

Projekt realizowany jest w Konsorcjum czterech uczelni: Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego – Lidera projektu, Uniwersytetu SWPS, Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i Akademii Leona Koźmińskiego.

Kierownik projektu: prof. dr hab. n. med. Jarosław Pinkas.

Projekt finansowany przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju w ramach programu „Społeczny i gospodarczy rozwój Polski w warunkach globalizujących się rynków” Gospostateg II.

Spis treści

Streszczenie	4
Summary	4
Wprowadzenie	6
1. Rola personelu medycznego w zwiększeniu wyszczepialności populacji	9
Zadania personelu medycznego w realizacji szczepień ochronnych	9
Potrzeby personelu medycznego w zakresie szczepień	11
Podsumowanie i zalecenia	17
2. Edukacja zdrowotna rodziców w zakresie szczepień ochronnych	19
Postawy rodziców wobec szczepień ochronnych	19
Budowanie przekazu dotyczącego szczepień	21
Podsumowanie i zalecenia	26
3. Rola nauczycieli w popularyzacji wiedzy dotyczącej szczepień	27
Wiedza i postawy nauczycieli wobec szczepień ochronnych	27
Kształcenie dzieci i młodzieży w zakresie szczepień ochronnych	28
Podsumowanie i zalecenia	30
4. Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży w zakresie szczepień ochronnych	31
Budowanie świadomości zdrowotnej	31
Cechy skutecznych komunikatów kierowanych do dzieci i młodzieży	31
Podsumowanie i zalecenia	34
5. Rola instytucji i postulaty zmian systemowych	35
Organizacja systemu szczepień ochronnych	35
Rola samorządów i świadczeniodawców	37
Podsumowanie i zalecenia	39
Wnioski i rekomendacje	40
Piśmiennictwo	41

Streszczenie

Szczepienia ochronne stanowią jedno z największych osiągnięć medycyny, prowadząc do znacznego ograniczenia zachorowalności i śmiertelności z powodu chorób zakaźnych. Korzystne działanie szczepionek nie ogranicza się tylko do czysto medycznych następstw, ale pociąga za sobą skutki społeczne i gospodarcze. Jak wiele innych interwencji, szczepienia mogą też prowadzić do występowania niepożądanych odczynów poszczepiennych. Mimo wielu pozytywnych efektów wprowadzenia do praktyki klinicznej kalendarza szczepień obowiązkowych oraz wielu szczepień dodatkowych, opartych na biotechnologii, od kilku lat pojawia się coraz więcej krytycznych głosów, negujących znaczenie, wartość i przydatność szczepionek, nawet tych zapobiegających groźnym chorobom zakaźnym i ich powikłaniom. Niedawna pandemia COVID-19 jeszcze bardziej rozbudziła dyskusje i emocje wokół szczepień. Statystyki wskazują na niepokojące tendencje polegające na stopniowym zwiększaniu odsetka osób wahających się przed przyjęciem szczepień oraz odmawiających i unikających szczepień. Szczególny niepokój budzi fakt, że postawy wątpliwe obserwowane są wśród różnych grup społecznych. Pojawiło się także wiele niesprawdzonych czy wręcz fałszywych informacji na temat szczepień, tzw. fake newsów, które przy braku wiedzy opartej na faktach i dowodach są trudne do weryfikacji, a przez swój zasięg i częstotliwość publikacji przynoszą bardzo negowane następstwa.

Budowanie zaufania do szczepień ochronnych stało się więc głównym celem projektu realizowanego przez konsorcjum czterech polskich uczelni: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (jako lidera), Warszawski Uniwersytet Medyczny, Akademia Leona Koźmińskiego oraz Uniwersytet SWPS. Niniejszy raport stanowi podsumowanie rezultatów projektu, którego działania skoncentrowane były wokół czterech grup docelowych: pracowników opieki medycznej, rodziców i opiekunów, nauczycieli, dzieci i młodzież, ale także decydentów i kreatorów polityki zdrowotnej. Uzyskane rezultaty zestawione zostały z literaturą naukową, by jak najpełniej zaprezentować omawianą problematykę, w tym postawy społeczne wobec szczepień oraz interwencje, które mogą okazać się skuteczne w budowaniu zaufania do wiedzy naukowej. W raporcie przedstawiono więc metody, techniki komunikacji, edukacji i innych działań skierowanych do poszczególnych grup, których nadrzędnymi celami są umiejętność weryfikowania fake newsów oraz zwiększenie świadomości na temat znaczenia szczepień w wymiarze indywidualnym i społecznym. Raport obejmuje również propozycje zmian systemowych, w tym prawnych i organizacyjnych.

Rekomendacje, będące wynikiem tego raportu obejmują szereg różnorodnych możliwości oddziaływania na postawy społeczne. Niemniej, należy podkreślić, iż nie ma jednej, uniwersalnej metody umożliwiającej osiągnięcie ostatecznego efektu w postaci zwiększenia wyszczepialności. Wielość, zróżnicowanie i szybkie tempo zmian czynników wpływających na decyzje dotyczące szczepień, wymagają przede wszystkim określenia sytuacji, identyfikacji postaw i zachowań poszczególnych grup, a następnie wybrania takich metod działania, które mogą okazać się najskuteczniejsze.

Summary

Vaccinations are one of the greatest achievements of medicine, leading to a significant reduction in morbidity and mortality due to infectious diseases. The beneficial effects of vaccines are not limited only to purely medical consequences, but also have social and economic consequences. Like many other interventions, vaccinations may also lead to unwanted post-vaccination reactions. Despite the many positive effects of introducing the mandatory vaccination schedule into clinical practice and many additional vaccinations based on biotechnology, for several years now there have been more and more critical voices denying the importance, value and usefulness of vaccines, even those preventing dangerous infectious diseases and their complications. The recent COVID-19 pandemic has further aroused discussions and emotions around vaccinations. Statistics indicate disturbing trends involving a gradual increase in the percentage of people hesitant to receive vaccinations and refusing and avoiding vaccinations. What is particularly disturbing is the fact that doubting attitudes are observed among various social groups. There has also been a lot of unverified or even false information about vaccinations, the so-called fake news, which, in the absence of knowledge based on facts and evidence, is difficult to verify, and due to its range and frequency of publication, brings very negative consequences.

Building trust in vaccinations has therefore become the main goal of the project, implemented by a consortium of four Polish universities: Centre of Postgraduate Medical Education (as the leader), Medical University of Warsaw, Kozminski University and SWPS University of Social Sciences and Humanities. This report is a summary of the results of the project, whose activities were focused on four target groups: health care workers, parents and guardians, teachers, children and youth, but also decision-makers and health policy creators. The obtained results were compared with scientific literature to present the discussed issues as fully as possible, including social attitudes towards vaccinations and interventions that may prove effective in building trust in scientific knowledge. The report presents methods, techniques of communication, education and other activities addressed to specific groups, the primary goals of which are the ability to verify fake news and increasing awareness of the importance of vaccinations in the individual and social dimensions. The report also includes proposals for systemic changes, including legal and organizational ones.

The recommendations resulting from this report include a number of different possibilities of influencing social attitudes. However, it should be emphasized that there is no single, universal method to achieve the final effect of increasing vaccination rates. The multiplicity, diversity and rapid pace of changes of factors influencing decisions regarding vaccination require, first of all, defining the situation, identifying the attitudes and behaviors of individual groups, and then selecting the methods of action that may prove to be the most effective.

Słowo wstępne

Szczepienia ochronne są odgrywają kluczową rolę w zapobieganiu chorobom zakaźnym i uznawane są za jedno z największych osiągnięć medycyny. Mimo iż wakcynologia jest relatywnie młodą dyscypliną medyczną (jeśli za jej początek przyjąć odkrycie przez Edwarda Jennera szczepionki przeciwko ospie prawdziwej w 1796 roku), należy podkreślić jej dynamiczny rozwój i fakt, że szczepienia stanowią obecnie jedną z najbardziej efektywnych interwencji zdrowia publicznego, również w kontekście ekonomicznym.

Rozwój szczepień ochronnych obejmuje wiele kamieni milowych, takich jak prace Louisa Pasteura z zakresu wirusologii i bakteriologii, eliminacja ospy prawdziwej, ogłoszona przez Światową Organizację Zdrowia 8 maja 1980 roku, w znacznej mierze eliminacja polio, czy osiągnięcia naukowe polskich badaczy, takich jak Rudolf Weigl, Odo Bujwid czy Hilary Koprowski.

W dobie medycyny opartej na faktach (ang. Evidence-Based Medicine, EBM) szczepionki wprowadzane do praktyki klinicznej przechodzą rygorystyczne, kilkufazowe badania przedkliniczne i kliniczne, trwające nawet kilka lat, a ich bezpieczeństwo kontrolowane jest przez międzynarodowe instytucje. Pandemia COVID-19 pokazała jednak, że w warunkach globalnego zagrożenia zdrowia, w oparciu o niezwykle dynamiczny rozwój biotechnologii, wirusologii, genetyki i innych dyscyplin naukowych, opracowanie bezpiecznej i skutecznej szczepionki może trwać niespełna rok. Z drugiej jednak strony wydaje się, że szczepionki stały się ofiarami własnej skuteczności. Praktycznie wyeliminowanie wielu chorób zakaźnych sprawiło, że dziesiątkujące ludność świata pandemie, jak choćby epidemia „hiszpanki” z początku XX wieku, stały się jedynie faktami historycznymi, a społeczeństwa przestały czuć zagrożenie związane z chorobami zakaźnymi, co przełożyło się na podważanie zasadności szczepień.

Nadrzędnym celem stosowania szczepień ochronnych jest ratowanie życia i zdrowia, poprzez wytworzenie odporności przeciw chorobom zakaźnym na różnych poziomach, tzn. jednostkowej i populacyjnej. Rozwój, wprowadzanie na rynek i stosowanie w praktyce klinicznej szczepień ochronnych wykracza jednak poza czysto medyczne zagadnienia, dotykając też tak istotnych kwestii jak zdrowie publiczne, prawo, etyka, socjologia, pedagogika, komunikacja, edukacja i ekonomia.

Na Państwa ręce składamy raport, opracowany przez konsorcjum czterech uczelni: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Uniwersytet SWPS oraz Akademię Leona Koźmińskiego. W raporcie zawarliśmy podsumowanie wyników badań oraz opracowanych na ich podstawie rekomendacji, mających na celu budowanie zaufania do szczepień ochronnych. Mamy ogromną nadzieję, że wypracowane przez nas postulaty i propozycje działań dedykowanych określonym grupom odbiorców, w znacznym stopniu przyczynią się do szerzenia wiedzy naukowej i budowania odpowiedzialnych postaw społecznych.

Prof. dr hab. n. med. Jarosław Pinkas

Wprowadzenie

Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization, ang. WHO) szacuje, że na całym świecie szczepienia zapobiegają około 4-5 milionom zgonów rocznie, a zwiększenie dostępu do szczepień mogłoby umożliwić uniknięcie dodatkowych 1,5 milionów zgonów. Mimo pewnych postępów, takich jak program pilotażowy z pierwszą szczepionką chroniącą dzieci przed malarią, prowadzony w trzech krajach afrykańskich, prace nad szczepionkami przeciw zakażeniu wirusem Ebola w Gwinei i Demokratycznej Republice Konga (DRK), zmniejszenie liczby zgonów z powodu odry na całym świecie o 73%, czy zaszczepienie 85% niemowląt na całym świecie przeciw polio, nadal 19,7 miliona dzieci w wieku poniżej jednego roku nie otrzymało podstawowych szczepionek (ok. 60% z nich mieszka w dziesięciu krajach: Angoli, Brazylii, Demokratycznej Republice Konga, Etiopii, Indiach, Indonezji, Nigerii, Pakistanie, Filipinach i Wietnamie), a w 2017 roku (ostatnim roku, dla którego dostępne są dane szacunkowe) blisko 31 tys. noworodków na całym świecie zmarło z powodu tężca¹.

Wśród 10 największych zagrożeń dla zdrowia na świecie Światowa Organizacja Zdrowia wymienia aż 5 czynników związanych z chorobami zakaźnymi, w tym odmowę wykonywania szczepień². W 2020 roku WHO opracowała dokument *Global strategy on comprehensive vaccine preventable disease Surveillance*, w którym przedstawiono założenia i strategię nadzoru nad szczepieniami na lata 2021-2030, przyjmując jako jeden ze strategicznych priorytetów „Programy szczepień dla podstawowej opieki zdrowotnej / powszechne ubezpieczenie zdrowotne” z kluczowym obszarem zainteresowania „Nadzór nad chorobami, którym można zapobiegać poprzez szczepienia”³.

Amerykański Komitet Doradczy ds. Szczepień Ochronnych (ang. Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) działający w ramach Centrum Kontroli i Zapobiegania Chorobom (ang. Centers for Disease Control and Prevention, CDC) w dokumencie *General Best Practice Guidelines for Immunization* zaleca rutynowe szczepienia w celu zapobiegania 17 chorobom, którym można zapobiegać poprzez szczepienia, które występują u niemowląt, dzieci, młodzieży lub dorosłych (wersja polska <https://www.mp.pl/szczepienia/artykuly/wytyczne/281905.ogolne-wytyczne-dotyczace-szczepien-ochronnych-aktualne-2021-zalecenia-acip>). Dostępne dane wskazują, iż wraz z dostępnością bezpiecznych i skutecznych szczepionek zwiększa się odsetek wyszczepionych osób w odpowiednich kategoriach wiekowych, czego przykładem jest wzrost odsetka dzieci zaszczepionych szczepionką DTP na całym świecie w latach (z ok. 20% w 1980 roku do 75% w 1990 roku i niemal 80% po 2005 roku).

W Unii Europejskiej (UE) polityka dotycząca szczepień leży w gestii organów krajowych, niemniej Komisja Europejska wspiera państwa członkowskie UE w koordynacji realizowanych przez nie strategii i programów. Służy temu m.in. jedna z agencji UE, Europejskie Centrum Kontroli i Zapobiegania Chorobom (ang. European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC). W grudniu 2018 roku mi-

nistrowie zdrowia państw członkowskich UE przyjęli zalecenie Rady w sprawie ściślejszej współpracy w zakresie przeciwdziałania chorobom zwalczanym drogą szczepień. Działania te mają na celu koordynację zamówień na szczepionki, wspieranie badań naukowych i innowacji, czy przeciwdziałanie uchylaniu się od szczepień, przy czym ogólnym celem jest zwiększenie liczby szczepień w UE na wszystkich etapach życia człowieka. W opublikowanym zaleceniu Rady Europejskiej z dnia 7 grudnia 2018 roku w sprawie ściślejszej współpracy w zakresie przeciwdziałania chorobom zwalczanym drogą szczepień (2018/C 466/01)⁴, Rada podkreśla znaczenie szczepionek dla ochrony ludzi przed chorobami i wskazują, że „w ramach Europejskiego konsensusu w sprawie rozwoju „Nasz świat, nasza godność, nasza przyszłość” UE i jej państwa członkowskie potwierdzają swoje zobowiązanie do chronienia prawa każdej osoby do cieszenia się najwyższym możliwym do osiągnięcia standardem zdrowia fizycznego i psychicznego, m.in. przez pomoc w zapewnianiu wszystkim dostępu do przystępnych cenowo kluczowych produktów leczniczych i szczepionek”.

Inicjatywą Unii Europejskiej jest też opracowany przez ECDC we współpracy z Komisją Europejską i Europejską Agencją Leków (ang. European Medicines Agency, EMA) Europejski Portal Informacji o Szczepieniach (ang. European Vaccination Information Portal, EVIP), zawierający informacje o szczepionkach i szczepieniach we wszystkich językach UE/EOG⁵.

Jak wskazują badacze Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, autorzy raportu „Stosunek mieszkańców Polski do szczepień ochronnych z uwzględnieniem podziałów ekonomicznych, społecznych i gospodarczych”, przeprowadzonego w ramach projektu „Budowanie zaufania do szczepień ochronnych z wykorzystaniem najnowszych narzędzi komunikacji i wpływu społecznego”, w Polsce większość osób w wieku 15-39 lat nie ma jednoznacznych poglądów na temat szczepień. Przekonuje je część argumentacji na temat potrzeby immunizacji, ale dzielą ją też część obaw dotyczących bezpieczeństwa. Brak dobrej i wiarygodnej informacji może spowodować, że w skutek tych wątpliwości osoby te mogą zacząć od niego odchodzić od realizacji programu szczepień u swoich dzieci. Osoby posiadające skrajne postawy antyszczepionkowe stanowią jednak niewielki odsetek badanej populacji. Niestety, średnio 65% respondentów objętych tym raportem deklaruje, że nie poszukuje informacji na temat szczepień, a z kolei osoby poszukujące informacji najczęściej wskazują jako źródło personel medyczny (10,3%) i media społecznościowe⁶.

Efektom tej sytuacji jest zmniejszający się odsetek wyszczepialności w Polsce. Jak wskazuje Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy w raporcie z 2022 roku „Szczepienia ochronne w Polsce w 2021 roku”⁷, w ostatnich 5 latach liczba uchylerń od szczepień obowiązkowych zwiększyła się 2-krotnie, od 30 tys. w 2017 roku do 61,3 tys. w 2021 roku i 72,7 tys. w 2022 roku.

Wiele miejsca w ostatnim czasie poświęcono dezinformacji i tzw. fake news dotyczącym szczepień, a w szczególności szczepień przeciw COVID-19. W obszernym Raporcie z badań jakościowych przygotowanym przez badaczy Akademii Leona Koźmińskiego w ramach

1 WHO. Immunization. <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/immunization>, 07.07.2023.

2 WHO. Ten threats to global health in 2019. Genewa: World Health Organization; 2019.

3 WHO. Global framework for immunization monitoring and surveillance. Genewa: World Health Organization; 2007.

4 Zalecenie Rady z dnia 7 grudnia 2018 r. w sprawie ściślejszej współpracy w zakresie przeciwdziałania chorobom zwalczanym drogą szczepień (2018/C 466/01).

5 European Vaccination Information Portal, <https://vaccination-info.europa.eu/en>, 10.07.2023.

6 Warszawski Uniwersytet Medyczny. Raport „Stosunek mieszkańców Polski do szczepień ochronnych z uwzględnieniem podziałów ekonomicznych, społecznych i gospodarczych”. Warszawa 2022. <https://medfake.pl/app/uploads/2023/01/Stosunek-mieszkanow-Polski-do-szczepien-ochronnych-raport-z-badan-WUM.pdf>, 05.07.2023.

7 NIZP-PZH. Szczepienia ochronne w Polsce w 2021 roku. Warszawa: NIZP-PZH; 2021.

wspomnianego już wcześniej projektu⁸ zwrócono uwagę na źródła upowszechniania nieprawdziwych, błędnych i niezgodnych z wiedzą naukową informacji. Według autorów raportu, obejmują one m.in. brak zaufania do personelu medycznego, zagubienie w świecie informacji czy braki w zasobach edukacyjnych i komunikacyjnych, choć nie bez znaczenia pozostaje sfera emocjonalna i sposób komunikacji. Na podobne aspekty zwracają uwagę autorzy badania ECDC, analizującego wprowadzające w błąd informacje na temat szczepionek w wybranych krajach UE i przedstawiającego strategię przeciwdziałania dezinformacji na temat szczepionek w Internecie⁹. Podkreślono, że dezinformacja na temat szczepionek jest częściowo zakorzeniona w braku podstawowej wiedzy na temat działania szczepionek i sposobu ich opracowywania. Dotyczy to zwłaszcza nowo opracowanych szczepionek. Konieczność przekazywania przez organy ds. zdrowia zmieniających się informacji może przyczynić się do powstania warunków sprzyjających rozprzestrzenianiu się dezinformacji. Skutecznym sposobem odnoszenia się do mitów lub błędnych przekonań może być publikowanie dowodów naukowych, choć wobec różnych interpretacji tych samych wyników nawet w środowisku lekarskim, nie jest to wystarczające działanie. Konieczne jest też dostarczanie kontrargumentów do wiadomości zawierających dezinformację.

Wszystkie te fakty wskazują na ogromną potrzebę edukacji nie tylko społeczeństwa, ale też wielu grup zawodowych, mających wpływ na kształtowanie postaw i opinii, a więc pracowników służby zdrowia, pracowników socjalnych czy nauczycieli.

Pod auspicjami George Mason University – Center for Climate Change Communication i przy współpracy wielu towarzystw naukowych, opracowano podręcznik podsumowujący obecny stan nauki o informacjach wprowadzających w błąd i ich obalaniu, w tym o szczepieniach *The Debunking Handbook 2020*, dostępny w 19 językach¹⁰. Autorzy tego opracowania wskazują, że skuteczna komunikacja opiera się przede wszystkim na wiarygodności nadawcy. Informacje ze źródeł, które są postrzegane jako wiarygodne, zwykle tworzą silniejsze przekonania i są bardziej ukierunkowujące, choć dotyczy to też dezinformacji. Idealnym wyborem źródeł o wysokiej wiarygodności mogą być np. pracownicy ochrony zdrowia lub zaufane organizacje zdrowotne.

Problem tzw. infodemii dostrzega też WHO, która definiuje to zjawisko jako „zbyt dużo informacji, w tym fałszywych lub wprowadzających w błąd, dostępnych w środowisku cyfrowym i fizycznym podczas wybuchu choroby”. Problem ten znalazł się wśród określonych przez WHO 10 najważniejszych wyzwań dotyczących zdrowia publicznego w 2022 roku i jest to kolejny argument przemawiający za koniecznością opracowania programów edukacyjnych oraz innych form wpływu na postawy i zachowania¹¹.

Kampanie dezinformacyjne, w tym kampanie dezinformacyjne w mediach społecznościowych, wskazywane są jako jeden z najważniejszych problemów zdrowia publicznego. Dezinformacja w mediach społecznościowych doprowadziła do zmiany postaw wobec szczepień przeciw COVID-19 pomimo dowodów na bezpieczeństwo i skuteczność szczepionki, a z kolei kontrowersje wokół szczepionek nadal mają negatywny wpływ na wskaźnik szczepień u dzieci, co może

przełożyć się na odporność populacyjną i rozprzestrzenianie się chorób prowadzących do poważnych powikłań i zgonów^{12,13}.

Problem odmowy przyjmowania szczepionek, czy choćby chwiejnych postaw i wątpliwości (vaccine hesitancy) dostrzega się już od kilku lat. W 2015 roku Grupa Robocza Strategicznej Grupy Doradczej Ekspertów ds. Szczepień (ang. Strategic Advisory Group of Experts on Immunization, SAGE) podjęła próbę określenia definicji, zakresu i determinant związanych z uchylaniem się od szczepień¹⁴. W tamtym czasie nie było jednej, obowiązującej definicji tego zjawiska. W trakcie swoich prac grupa prowadziła dość obszerne dyskusje dotyczące wyboru odpowiedniego słowa określającego postawy, do których się odnoszono. Podnoszono argument, że „wahanie” jest najważniejszym słowem do opisanie problemu, jednak z uwagi na jego negatywną konotację proponowano alternatywne określenia, najczęściej „zaufanie”, mające bardziej pozytywny wydźwięk. Ostatecznie, grupa robocza zaakceptowała termin wahanie, a następnie zbadała potencjalne czynniki potrzebne do jego zdefiniowania. Należy jednak podkreślić, że „wahanie” nie odnosi się do sytuacji statycznej, a jest raczej określeniem całego zakresu postaw: od akceptacji wszystkich szczepionek bez żadnych wątpliwości, przez odrzucenie niektórych szczepionek, ale zgodą na inne i wahaniem przed szczepionką, aż po całkowitą odmowę bez żadnych wątpliwości. Grupa robocza podkreśliła, że wahanie jest zjawiskiem behawioralnym, związanym swoiście ze szczepionką i kontekstem oraz mierzonym w stosunku do oczekiwań osiągnięcia określonego celu w zakresie wyszczepienia, biorąc pod uwagę dostępne usługi szczepień.

Akceptacja szczepień jest zachowaniem wynikającym ze złożonego procesu decyzyjnego, na który potencjalnie może wpływać wiele czynników. W 2011 roku po raz pierwszy zaproponowano model „3 C” (WHO EURO Working Group on Vaccine Communications. Istanbul, Turkey, October 13-14, 2011), obejmujący trzy kategorie: samozadowolenie (*complacency*), wygoda (*convenience*) i pewność (*confidence*). Schemat ten przedstawia rycina 1.

Ryc. 1. Kategorie wpływające na stopień akceptacji szczepień



Źródło: opracowanie własne.

8 Akademia Leona Koźmińskiego. Raport „Badania jakościowe na temat postaw rodziców mających wątpliwości czy szczepić swoje dzieci oraz postaw antyszczepionkowych w Internecie. <https://medfake.pl/news/raport-z-badan-jakosciowych/>. 14.07.2023.

9 ECDC. Countering online vaccine misinformation in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2021.

10 Lewandowsky S, Cook J, Ecker U, et al. Debunking Handbook 2020. <https://sks.to/db2020>. 18.08.2023.

11 Lucero-Prisno DE, Kouwenhoven MBN, Adebisi YA, et al. Top ten public health challenges to track in 2022. *Public Health Chall.* 2022;1:e21.

12 Catalan-Matamoros D, Peñañiel-Saiz C. Exploring the relationship between newspaper coverage of vaccines and childhood vaccination rates in Spain. *Human Vaccines & Immunotherapeutics* 2020;16:1055-1061.

13 Ahmed N, Quinn SC, Hancock GR, et al. Social media use and influenza vaccine uptake among White and African American adults. *Vaccine.* 2018 Nov 26;36(49):7556-7561.

14 MacDonald NE, the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy definition, scope and determinants. *Vaccine* 2015;33(34):4161-4164.

W modelu tym pewność definiuje się jako zaufanie do:

- skuteczności i bezpieczeństwa szczepionek;
- systemu, który je zapewnia, w tym niezawodności i kompetencji służby zdrowia i pracowników służby zdrowia; oraz
- motywacji decydentów politycznych, którzy decydują o potrzebnych szczepionkach.

Samozadowolenie oznacza postrzeganie jako niskie ryzyka chorób, którym można zapobiegać poprzez szczepienia. Szczepienia nie są uważane za konieczne działanie zapobiegawcze. Z kolei wygoda szczepienia obejmuje fizyczną dostępność, przystępność cenową i gotowość do zapłaty, dostępność geograficzną, zdolność rozumienia (znajomość języka i wiedzy o zdrowiu) oraz atrakcyjność usług szczepień.

W dalszym kroku zdefiniowano czynniki wpływające na decyzje dotyczące szczepień (Tabela 1)¹⁵.

Ostatecznie, grupa robocza przyjęła następującą definicję: „Wahania dotyczące szczepień odnoszą się do opóźnienia w przyjęciu lub odmowie szczepienia pomimo dostępności usług szczepień. Wahania

dotyczące szczepionek są złożone i zależne od kontekstu zmieniającego się w zależności od czasu, miejsca i szczepionki. Wpływ na to mają takie czynniki, jak samozadowolenie, wygoda i pewność”. Biorąc pod uwagę powyższe informacje, w tym niebezpieczeństwo odmów w zakresie szczepień ochronnych, konsekwencje tych zachowań w obszarze medycznym, społecznym i gospodarczym, przyjmowane postawy sceptyczne/wahające się i zagrożenia z tym związane, celem niniejszego raportu jest prezentacja rozwiązań i wypracowanych narzędzi mających zatrzymać odwrót od szczepień ochronnych w oparciu o wyniki badań naukowych.

Zwiększenie zaufania do szczepień w oparciu o rzetelną wiedzę przekazywaną w formie i treści dostosowanej do odbiorców, zaangażowanie w ten proces różnych grup zawodowych i społecznych, które podejmują decyzje dotyczące szczepień (np. rodzice) oraz kształtują postawy i zachowania (personel medyczny, pracownicy socjalni, nauczyciele), a także wprowadzenie niezbędnych zmian systemowych przynieść może znaczące efekty na poziomie całego społeczeństwa.

15 Summary WHO SAGE conclusions and recommendations on Vaccine Hesitancy. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/demand/summary-of-sage-vaccinehesitancy-en.pdf?sfvrsn=abbfd5c8_2_16.08.2023.

Tabela 1. Czynniki wpływające na decyzje dotyczące szczepień

<p>Czynniki kontekstowe Wpływy wynikające z czynników historycznych, społeczno-kulturowych, środowiskowych, zdrowotnych/institutionalnych, ekonomicznych lub politycznych</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Środowisko komunikacyjne i medialne ● Wpływowi liderzy, osoby zarządzające programami szczepień i lobby przeciwników lub zwolenników szczepień ● Wpływy historyczne ● Religia/kultura/płeć/czynniki społeczno-ekonomiczne ● Polityka/polityki ● Bariery geograficzne ● Postrzeganie przemysłu farmaceutycznego
<p>Czynniki indywidualne i grupowe Wpływy wynikające z osobistego postrzegania szczepionki lub wpływy środowiska społecznego/rówieńskiego</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Osobiste, rodzinne i/lub społeczne doświadczenia ze szczepieniami, w tym ból ● Przekonania, postawy wobec zdrowia i profilaktyki ● Wiedza/świadomość ● System opieki zdrowotnej i świadczeniodawcy – zaufanie i osobiste doświadczenia ● Ryzyko/korzyść (postrzegane) ● Szczepienia jako norma społeczna vs. niepotrzebne/szkodliwe
<p>Kwestie swoiste dla szczepionki/szczepienia Bezpośrednio związane ze szczepionką lub szczepieniem</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ryzyko/korzyść (dowody epidemiologiczne i naukowe) ● Wprowadzenie nowej szczepionki lub nowego preparatu lub nowej rekomendacji dla istniejącej szczepionki ● Sposób podania ● Opracowanie programu szczepień/sposobu realizacji (np. program rutynowy lub kampania szczepień masowych) ● Wiarygodność i/lub źródło dostaw szczepionek i/lub sprzętu do szczepień ● Harmonogram szczepień ● Koszty ● Siła rekomendacji i/lub bazy wiedzy i/lub postawy pracowników służby zdrowia

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Summary WHO SAGE conclusions and recommendations on Vaccine Hesitancy. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/demand/summary-of-sage-vaccinehesitancy-en.pdf?sfvrsn=abbfd5c8_2_16.08.2023.

1. Rola personelu medycznego w zwiększeniu wyszczepialności populacji

Zadania personelu medycznego w realizacji szczepień ochronnych

Zaufanie do szczepień obejmuje zarówno zaufanie do ich skuteczności i bezpieczeństwa, jak i zaufanie do systemu opieki zdrowotnej, dostawców oraz przedstawicieli urzędów państwowych kreujących politykę zdrowotną w tym zakresie. Czynniki wpływające na zaufanie do szczepień obejmują nie tylko dostarczanie wiarygodnych informacji, ale także zrozumienie przekonania, które mogą być silne zakorzenione w lokalnych społecznościach i w zależności od kontekstu zmieniać się w czasie i w odniesieniu do poszczególnych szczepionek^{16 17}. Raport Komisji Europejskiej z 2018 roku pokazuje, że od 2015 roku zaufanie do szczepień poprawiło się w wielu krajach, w tym w Słowenii, Grecji, Włoszech i Wielkiej Brytanii. Badanie wykazało jednak znaczne zmniejszenie zaufania do szczepień w Polsce, podkreślając również, że w Czechach, Finlandii i Szwecji zwiększyły się obawy dotyczące bezpieczeństwa szczepionek¹⁸.

Decydujące znaczenie dla wykonywania szczepień w takich sytuacjach ma postawa pracowników ochrony zdrowia. Większość pracowników ochrony zdrowia wyraża przekonanie o wartości szczepień, możliwe jednak, że osoby nieasertywne ulegną obawom pacjentów lub naciskom ze strony przeciwników szczepionek czy mediów. W związku z tym, postawy osób wykonujących zawody medyczne należy wspierać, m.in. w trakcie szkoleń dotyczących technik komunikacji umożliwiających wpływ na zachowania pacjentów, zwłaszcza tych źle poinformowanych lub którzy ulegli dezinformacji.

Rola profesjonalistów często postrzegana jest jako monitorowanie i reagowanie na postawy społeczne, będące częścią ich podstawowej roli wypełnianej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Pracownicy opieki zdrowotnej mogą również odgrywać określone role we wdrażaniu i administrowaniu programami szczepień, edukacji, itp. Przykładem może być zatrudnianie specjalnych pracowników lub wdrażanie odpowiednich programów w systemie szkolnictwa w niektórych krajach europejskich.

Zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych ludzi (Dz. U. 2008 Nr 234 poz. 1570)¹⁹ w Polsce minister właściwy do spraw zdrowia określa w drodze rozporządzenia m. in. wykaz chorób zakaźnych objętych obowiązkiem szczepień ochronnych, osoby lub grupy osób obowiązane do poddawania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym przeciw chorobom zakaźnym, wiek i inne okoliczności stanowiące przesłankę do nałożenia obowiązku szczepień ochronnych na te osoby, kwalifikacje osób przeprowadzających szczepienia ochronne, sposób przeprowadzania szczepień ochronnych, tryb przeprowadzania konsultacji specjalistycznych, wzory i sposób prowadzenia i obiegu dokumentacji uwzględniając dane epidemiologiczne dotyczące zachorowań, aktualną wiedzę medyczną oraz zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia.

Zgodnie z rozporządzeniem z listopada 2021 roku istnieje obowiązek szczepień ochronnych przeciw:

1. błonicy,
2. gruźlicy,
3. inwazyjnemu zakażeniu *Haemophilus influenzae* typu b,
4. inwazyjnym zakażeniom *Streptococcus pneumoniae*,
5. krztuścowi,
6. nagminnemu zakażeniu przyusznic (śwince),
7. odrze,
8. ospie wietrznej,
9. ostremu zapaleniu rogów przednich rdzenia kręgowego (chorobie Heinego-Medina),
10. różyczce,
11. tężcowi,
12. wirusowemu zapaleniu wątroby typu B,
13. wścieklicznie,
14. zakażeniom, wywołanym przez rotawirusy.

Z kolei Główny Inspektor Sanitarny ogłasza w formie komunikatu, w dzienniku urzędowym ministra właściwego do spraw zdrowia, Program Szczepień Ochronnych (PSO) na dany rok, ze szczegółowymi wskazaniem dotyczącymi stosowania poszczególnych szczepionek, wynikającymi z aktualnej sytuacji epidemiologicznej, przepisów oraz zaleceń, w terminie do dnia 31 października roku poprzedzającego realizację tego programu. Załącznikiem do komunikatu Głównego Inspektora Sanitarnego jest Program Szczepień Ochronnych (PSO), który obejmuje:

1. szczepienia obowiązkowe,
2. szczepienia zalecane,
3. informacje uzupełniające,
4. ogólne zasady przeprowadzania i organizacji szczepień.

W przypadku szczepień obowiązkowych szczegółowo określono: nazwę choroby, przeciwko której zostanie wykonane szczepienie; wiek osoby, która zostanie poddana szczepieniu; uwzględniono fakt wcześniejszego szczepienia albo inne okoliczności uzasadniające wykonanie szczepienia ochronnego.

Szczepienia stanowią procedurę medyczną, są bowiem świadczeniem zdrowotnym w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy o działalności leczniczej²⁰. W związku z tym, przy przeprowadzaniu szczepień zarówno obowiązkowych, jak i zalecanych obowiązują zasady określone w art. 17 ust. 2-7 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych ludzi, czyli przeprowadzenie szczepienia ochronnego obejmuje kwalifikacyjne badanie lekarskie i wykonanie szczepienia.

Kwalifikacyjne badanie lekarskie powinno być przeprowadzone bezpośrednio przed szczepieniem w celu wykluczenia przeciwwskazań do szczepienia. Po przeprowadzonym lekarskim badaniu kwalifikacyjnym, lekarz wydaje zaświadczenie ze wskazaniem daty i godziny przeprowadzonego badania (nie później niż 24 godziny od daty i godziny wskazanej w zaświadczeniu dotyczącym badania kwalifikacyjnego). W przypadku gdy lekarskie badanie kwalifikacyjne daje podstawy do długotrwałego odroczenia obowiązkowego szczepienia ochronnego, lekarz kieruje tę osobę do konsultacji specjalistycznej. Szczepienia ochronne u dzieci wykonują lekarze, felczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne posiadające odpowiednie kwalifikacje. Osoby wystawiające zaświadczenie o urodzeniu żywego

16 Esteban-Vasallo MD, López de Andrés A, Bayón M, et al. Adequacy of information provided by healthcare professionals on vaccines: Results of a population survey in Spain. Patient Educ Couns. 2018 Jul;101(7):1240-1247.

17 Larson HJ, Jarrett C, Schulz WS, et al. Measuring vaccine hesitancy: The development of a survey tool. Vaccine 2015;33:4165-4175.

18 State of vaccine confidence in the EU 2018. A report for the European Commission. https://health.ec.europa.eu/system/files/2018-11/2018_vaccine_confidence_en_0.pdf, 23.08.2023.

19 Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 2008 Nr 234 poz. 1570 ze zm.).

20 Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 Nr 112 poz. 654 ze zm.).

noworodka obowiązane są do założenia karty uodpornienia i przekazania jej świadczeniodawcy sprawującemu opiekę profilaktyczną nad dzieckiem.

Osoby przeprowadzające szczepienia ochronne prowadzą dokumentację medyczną dotyczącą szczepień ochronnych oraz sporządzają sprawozdania z wykonanych szczepień, które przekazują powiatowemu inspektorowi sanitarnemu. Obowiązkiem lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną jest informowanie tych osób, które mają obowiązek poddania się szczepieniom ochronnym lub informowanie osoby sprawującej prawną pieczę nad osobą małoletnią (np. rodziców) lub bezradną albo opiekuna faktycznego o tych szczepieniach, a także o szczepieniach zalecanych.

Obowiązki lekarza dotyczące szczepień ochronnych można podzielić na trzy grupy. Dotyczą one wszystkich lekarzy, ale w przypadku lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) dodatkowo zostały one ujęte w załączniku nr 1 w rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej²¹. Pierwszym istotnym obowiązkiem lekarza jest obowiązek informacyjny²². Lekarz ma powiadomić o konieczności poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym pacjenta lub osobę, która sprawuje prawną pieczę nad pacjentem, albo opiekuna faktycznego o obowiązku poddania się temu szczepieniu, co odnotowuje się w dokumentacji dotyczącej szczepień. Lekarz powinien także poinformować o szczepieniach zalecanych, choć forma przekazania tej informacji w polskim systemie prawnym nie podlega określonym regułom. Lekarski obowiązek udzielania informacji opiera się w dużej mierze na zaufaniu pacjenta do lekarza, a nie tylko ma jednostronnie zabezpieczać lekarza, dlatego też nie ma wymogu zachowania formy pisemnej.

Drugi obowiązek dotyczy kwalifikacji do szczepienia. Lekarz przeprowadza badania kwalifikacyjne polegające na zebraniu wywiadu, badaniu przedmiotowym oraz ewentualnym zleceniu badań dodatkowych i informacji na temat samej procedury szczepienia oraz możliwych niepożądanych odczynach poszczepiennych (NOP). W przypadku gdy lekarskie badanie kwalifikacyjne daje podstawy do długotrwałego odroczenia obowiązkowego szczepienia ochronnego, lekarz kieruje daną osobę na konsultację specjalistyczną, a w dokumentacji medycznej odnotowuje jej wynik z uwzględnieniem okresu przeciwskazania do wykonania szczepienia, rodzaju szczepionek przeciwskazanych do stosowania lub indywidualnego programu szczepień ze wskazaniem rodzajów stosowanych szczepionek oraz terminu kolejnej konsultacji specjalistycznej. Lekarskie badanie kwalifikacyjne oraz obowiązkowe szczepienia ochronne u osoby, która nie ukończyła 6. roku życia, przeprowadza się w obecności osoby, która sprawuje prawną pieczę nad tą osobą, albo opiekuna faktycznego, natomiast u osoby, która ukończyła 6. rok życia, a nie osiągnęła pełnoletności, można przeprowadzić lekarskie badanie kwalifikacyjne oraz obowiązkowe szczepienia ochronne bez obecności osoby, która sprawuje prawną pieczę nad tą osobą, albo opiekuna faktycznego, po uzyskaniu ich pisemnej zgody i informacji na temat uwarunkowań zdrowotnych mogących stanowić przeciwskazanie do szczepień. Lekarskie badanie kwalifikacyjne oraz obowiązkowe szczepienia ochronne przeprowadza się indywidualnie.

Lekarz koordynuje też wykonanie obowiązkowych i zalecanych szczepień ochronnych przeciw chorobom zakaźnym. Ma obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej dotyczącej szczepień ochronnych

oraz sporządzania sprawozdania z wykonania szczepień, które przekazuje powiatowemu inspektorowi sanitarnemu. Kwestię zasad dotyczących prowadzenia dokumentacji i sprawozdawczości z realizacji tego obowiązku reguluje rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzenia i dokumentacji szczepień, a w związku z przepisami regulującymi sprawozdawczość z realizacji tego zadania, lekarz POZ nie musi sporządzać dodatkowych szczegółowych sprawozdań dotyczących szczepień np. dla Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ).

Lekarze, a zwłaszcza lekarze pierwszego kontaktu odgrywają kluczową rolę we wdrażaniu szczepień w większości krajów i ich zalecenia w znacznym stopniu wpływają w zachowania pacjentów. We Francji, gdzie lekarze pierwszego kontaktu wypisują recepty na 90% zakupionych szczepionek, wykazano, że są oni generalnie przychylni szczepieniom, jednak niektórzy, zwłaszcza ci, których praktyka obejmuje również metody tzw. „medycyny niekonwencjonalnej”, są ogólnie negatywnie nastawieni do szczepień lub niektórych konkretnych szczepionek. Zwiększa się też odsetek lekarzy zgłaszających wątpliwości co do nieszkodliwości szczepionek. W związku z tym, przeprowadzono tam badanie²³ wśród 1712 lekarzy rodzinnych prowadzących prywatną praktykę, którego celem była ocena częstości występowania, zakresu i zmienności postaw wyrażających wahanie w odniesieniu do szczepień oraz wskazanie czynników wpływających na zalecenia lekarzy rodzinnych dotyczące i ich zgodność z własnymi zachowaniami lekarzy dotyczącymi szczepień. Okazało się, że zalecenia lekarzy rodzinnych dotyczące szczepień różniły się w zależności od sytuacji w zakresie szczepień: 83% uczestników często lub zawsze zalecałoby szczepienie przeciwko odrze, śwince i różyczce (ang. measles, mumps, rubella, MMR) nieuodpornionym nastolatkom i młodym dorosłym, 68% zaleciłoby szczepienie przeciwko meningokokowemu zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych C u niemowląt w wieku 12 miesięcy, ale tylko 57% w grupie wiekowej 2-24 lata. Ponad 80% uczestników zaufało oficjalnym źródłom (Ministerstwu Zdrowia, instytucjom zdrowia, naukowcom lub współpracownikom) w zakresie dostarczania wiarygodnych informacji na temat korzyści i zagrożeń związanych ze szczepieniami. Opinie lekarzy rodzinnych na temat prawdopodobieństwa wystąpienia poważnych działań niepożądanych szczepionek również różniły się w zależności od szczepionki: 6% uczestników uznało związek między szczepionkami HPV a stwardnieniem rozsianym za prawdopodobny lub bardzo prawdopodobny, a 33% wskazywało na związek między szczepionkami adjuwantowymi a długotrwałymi powikłaniami. Ponad jedna czwarta (26%) zgodziła się nieco lub zdecydowanie, że niektóre szczepionki zalecane przez władze nie są przydatne, a 20%, że dzieci są szczepione przeciwko zbyt wielu chorobom. Tylko 43% uczestników czuło się pewnie, wyjaśniając pacjentom rolę adjuwantów. Ogółem 89% uczestników zgłosiło, że co najmniej jeden z ich pacjentów miał w ciągu ostatnich 5 lat co najmniej jedną z chorób, którym można zapobiegać poprzez szczepienia. W podsumowaniu podkreślono, że postawy pacjentów wahających się przed szczepieniem wymagają reakcji ze strony lekarzy rodzinnych. Niezbędne kroki obejmują zarówno lepsze szkolenie, jak i aktualizację wiedzy lekarzy rodzinnych na temat korzyści i zagrożeń związanych ze szczepionkami: podczas studiów medycznych należy poświęcić więcej czasu na szczepienia niż obecnie. Szkolenie powinno również mieć na celu poprawę umiejętności lekarzy pierwszego kontaktu w zakresie komunikowania się

21 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 2019 poz. 2335).

22 Medycyna Praktyczna. Komunikacja lekarza z pacjentem. https://www.mp.pl/szczepienia/praktyka/komunikacja_17.09.2023

23 Verger P, Fressard L, Collange F, et al. Vaccine Hesitancy Among General Practitioners and Its Determinants During Controversies: A National Cross-sectional Survey in France. EBioMedicine 2015;2:891-897.

z pacjentami wahającymi się lub niechętnymi do szczepienia. Lekarze rodzinni i inni lekarze potrzebują też narzędzi pomocniczych, które dostarczą im argumentów, aby odpowiedzieć na zarzuty w Internecie lub w mediach: narzędzia te powinny być regularnie aktualizowane pod kątem nowych opinii i nieprawdziwych informacji. Wymagałoby to stałego monitorowania różnych mediów, podejścia, które już istnieje w różnych dziedzinach ze względu na postęp technologii eksploracji danych.

W realizacji programu szczepień biorą również udział pielęgniarki. Zadaniem pielęgniarki jest nie tylko właściwe wykonywanie samego szczepienia, ale i prowadzenie dokumentacji szczepienia oraz szeregu czynności edukacyjnych. Dokumentacja stanowi ważną część wizyty szczepiennej. Pielęgniarka przypisywana jest też istotna rola w profilaktyce chorób zakaźnych wieku dziecięcego. Pielęgniarki, ale i położne, odgrywają bardzo ważną rolę w informowaniu rodziców (szczególnie dzieci do lat 2) o szczepieniach i są często jednym z pierwszych źródeł wiedzy na ten temat.

Szczególnym szczepieniem, obecnie również stosowanym u dzieci, jest szczepienie przeciw COVID-19. W tym przypadku grupy osób, które kwalifikują i wykonują szczepienia, zostały poszerzone o przedstawicieli innych zawodów medycznych, a w konsekwencji do szczepień przeciw COVID-19 kwalifikują (I) lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki, położne, felczerzy, ratownicy medyczni i higienistki szkolne, (II) fizjoterapeuci, farmaceuci i diagnosty laboratoryjni, ale po ukończeniu szkolenia teoretycznego, dostępnego na platformie e-learningowej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, (III) osoby kształcące się na piątym albo szóstym roku studiów na kierunku lekarskim, na trzecim roku studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo, na piątym roku studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym, które uzyskały dokument potwierdzający posiadanie umiejętności kwalifikowania do szczepień, wydany przez uczelnię prowadzącą to kształcenie, przy warunku, że przeprowadzą badanie kwalifikacyjne pod nadzorem lekarza albo innej osoby wykonującej zawód medyczny z grupy I oraz (IV) osoby, które ukończyły ww. kierunki studiów i w okresie 6 miesięcy od dnia ukończenia studiów spełniają dodatkowe warunki określone dla grupy III.

Do samego wykonania szczepień uprawnione są te same grupy oprócz osób kształcących się i tych, które ukończyły studia w okresie 6 miesięcy, jednak konieczny jest jeszcze kurs teoretyczny, dostępny na platformie e-learningowej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego oraz praktyczny obejmujący naukę podania szczepionki w postaci iniekcji domięśniowej oraz podjęcia działań w przypadku wystąpienia nagłej reakcji alergicznej lub innego stanu zagrożenia życia pacjenta.

Dokumentacja dotycząca wykonanych szczepień ochronnych obejmuje kartę uodpornienia, książeczkę szczepień oraz dokumentację medyczną pacjenta. Informacje na temat wykonanych szczepień zalecanych przez WHO, wymaganych u osób udających się poza granice Rzeczypospolitej Polskiej, są dokumentowane w Międzynarodowej Książeczce Szczepień (tzw. żółta książeczka WHO). W dokumentacji dotyczącej szczepień znajdują się także informacje o uchylaniu się pacjenta od obowiązku poddania się szczepieniom ochronnym. Dane na temat liczby uchyleń od szczepień obowiązkowych w danym roku są publikowane na stronach Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH – Państwowego Instytutu Badawczego.

Potrzeby personelu medycznego w zakresie szczepień

W przygotowanym przez WHO dokumencie pt. "The Organization and Delivery of Vaccination Services in the European Union" podkreślono, że podstawowym źródłem informacji o szczepieniach są lekarze podstawowej opieki zdrowotnej²⁴. Dlatego ta grupa zawodowa wymaga szczególnego wsparcia i wyposażenia w odpowiednie narzędzia i kompetencje, aby móc skutecznie i profesjonalnie realizować wynikające z tego zadania.

W raporcie Komisji Europejskiej "State of Vaccine Confidence in the EU 2018"²⁵ przedstawiono wyniki badania obejmującego 1000 lekarzy pierwszego kontaktu z dziesięciu państw członkowskich UE (około 100 lekarzy pierwszego kontaktu w każdym państwie członkowskim): Republiki Czeskiej, Estonii, Francji, Hiszpanii, Niemiec, Polski, Rumunii, Słowacji, Wielkiej Brytanii i Włoch. Z uzyskanych danych wynika, że zaufanie lekarzy pierwszego kontaktu dotyczące szczepień jest ogólnie bardzo wysokie: co najmniej 85% lekarzy pierwszego kontaktu we Francji, Niemczech, Rumunii, Hiszpanii i Wielkiej Brytanii zgadza się z każdym stwierdzeniem zawartym w badaniu, a szczególnie duże zaufanie do szczepionek wykazują lekarze pierwszego kontaktu w Rumunii, Hiszpanii i Wielkiej Brytanii. Co ważne, zaufanie lekarzy rodzinnych jest znacznie wyższe niż zaufanie opinii publicznej we wszystkich krajach, z wyjątkiem kilku wybranych przypadków. Na przykład lekarze pierwszego kontaktu w Czechach rzadziej zgadzają się co do tego, że szczepionka MMR jest bezpieczna i ważna niż ogół społeczeństwa: jest to jedyny kraj, w którym zaufanie lekarzy pierwszego kontaktu jest niższe niż opinii publicznej. W Polsce nie ma statystycznej różnicy między postrzeganiem przez lekarza ogólnego a opinią publiczną znaczenia i bezpieczeństwa szczepionki MMR.

Największe różnice między lekarzem rodzinnym a zaufaniem opinii publicznej dotyczą znaczenia i bezpieczeństwa szczepionki przeciw grypie sezonowej, przy czym lekarze pierwszego kontaktu znacznie częściej zgadzają się, że szczepionka jest ważna i bezpieczna. W przypadku sześciu z ośmiu pytań ankiety wykazano, że w krajach, w których lekarze pierwszego kontaktu częściej zgadzają się, że szczepionki są ważne, bezpieczne i skuteczne, odsetek opinii publicznej jest również wyższy. To tylko potwierdza niezwykle ważną rolę lekarzy pierwszego kontaktu w procesie realizacji szczepień, zarówno w zakresie edukacji, jak i organizacji i wykonywania tej procedury, czy też własnego. Niemniej proces ten napotyka jednak na liczne przeszkody i bariery. W raportach z badań powstałych w ramach projektu „Budowanie zaufania do szczepień ochronnych z wykorzystaniem najnowszych narzędzi komunikacji i wpływu społecznego”^{26 27} przytoczono relacje rodziców i opiekunów związane ze zmianą lekarzy ich dzieci. Główną wskazaną przyczyną było poczucie większej empatii i otwartości lekarzy pracujących w prywatnej służbie zdrowia na pytania i obserwacje rodziców na temat zdrowia ich dzieci, choć wskazywano również brak porozumienia z lekarzem i odległe terminy.

Mimo, iż szczepienia ochronne mogą być wykonywane przez coraz więcej grup zawodów medycznych, w praktyce system szczepień opiera się na podstawowej opiece zdrowotnej. Lekarze pierwszego kontaktu kwalifikują do szczepień i są głównym źródłem informacji. Pielęgniarki również wykonują szczepienia i odnotowują podanie każdej szczepionki na papierowych kartach szczepień.

24 WHO. The organization and delivery of vaccination services in the European Union. https://health.ec.europa.eu/system/files/2018-11/2018_vaccine_services_en_0.pdf, 14.09.2023.

25 State of vaccine confidence in the EU 2018..., op.cit.

26 Warszawski Uniwersytet Medyczny. Raport..., op.cit.

27 Akademia Leona Koźmińskiego. Raport..., op.cit.

W wielu krajach podjęto też działania mające na celu włączenie farmaceutów w proces realizacji szczepień. Przykładem mogą być rozpoczęte ponad dekadę temu inicjatywy Międzynarodowa Federacja Farmaceutyczna (ang. International Pharmaceutical Federation, FIP). Spośród 21 celów rozwojowych FIP ogłoszonych we wrześniu 2020 roku, 17 wiąże się ze szczepieniami, co wskazuje na priorytetowe znaczenie szczepień ochronnych nie tylko z perspektywy farmacji i FIP, ale też zdrowia publicznego na całym świecie. Cel rozwojowy nr 16 dotyczy chorób zakaźnych i jest w oczywisty sposób powiązany z profilaktyką, w której niezwykle ważną rolę odgrywają szczepienia. Farmaceuci odgrywają istotną rolę w zakresie zdrowia publicznego – edukują pacjentów i doradzają im, a w wielu krajach uczestniczą w rozwoju krajowych i globalnych strategii rutynowych szczepień ochronnych.

FIP przygotowała specjalny podręcznik dla farmaceutów²⁸, opisujący szczegółowo ich zadania i role w zakresie szczepień ochronnych w odniesieniu do różnych etapów tego procesu [Podręcznik szczepień dla farmaceutów Procedury, aspekty bezpieczeństwa, zagrożenia i najczęściej zadawane pytania 2021]. Przedstawiono w nim m.in. zestaw narzędzi promocyjnych, dostępny tylko dla organizacji członkowskich, który ma pomóc im w promowaniu szczepień realizowanych w aptekach, dowody i wytyczne dotyczące rozwijania usług związanych ze szczepieniami, raport z badań ankietowych dotyczących roli aptek w szczepieniach, a także narzędzie do samooceny w zakresie regulacji, wspierające świadczenie usług farmaceutycznych w tym zakresie.

Po odpowiednim przeszkoleniu, farmaceuci posiadają wystarczające kompetencje do pełnienia szeregu funkcji w ramach realizacji szczepień, w tym takich, które mogą poprawić wyszczepialność – od roli edukacyjnej, poprzez samą procedurę podania szczepienia, po prowadzenie stosowanej dokumentacji. W niektórych krajach farmaceuci już od lat wykonują szczepienia, w wielu częściach świata jest to dla nich nowa lub zupełnie nieznaną procedurą, budzącą w środowisku farmaceutów obawy dotyczące podawania szczepień, potencjalnych błędów oraz postępowania w przypadku wystąpienia reakcji anafilaktycznej.

Jako przedstawiciele zawodu zaufania publicznego farmaceuci, zachęcając do szczepień i edukując w tym zakresie przyczyniają się do budowania świadomości społecznej na temat istotnej roli szczepień i związanych z tym korzyści. Dzięki znajomości łańcucha dostaw i zasad przechowywania szczepionek jako wrażliwych produktów medycznych w wymaganych warunkach (w tym tzw. łańcuchów zimnych) farmaceuci zapewniają bezpieczeństwo i wysoką jakość szczepionek. W kilku krajach, w tym w Australii, Kanadzie, Irlandii, Nowej Zelandii, Portugalii, Wielkiej Brytanii i USA, farmaceutom nadano uprawnienia w zakresie wykonywania szczepień, zarządzania kalendarzem szczepień pacjentów oraz organizowania kampanii edukacyjnych i promocyjnych służących zwiększaniu wyszczepialności. Szczepienie w aptece rozumiane jest jako podanie pacjentowi szczepionki w lokalnej aptece przez farmaceutę, innego uprawnionego przedstawiciela personelu aptecznego lub przez innego pracownika ochrony zdrowia. Zaangażowanie farmaceutów w immunizację prowadzi do szerszego stosowania szczepionek oraz większej wyszczepialności. W Indiach wysoką wyszczepialność przeciwko *Haemophilus influenzae* typu b można było osiągnąć dzięki ogólnokrajowemu dostępowi do szczepień w lokalnych aptekach. Przeprowadzona w marcu 2020 roku

przez FIP ankietą na temat roli farmaceutów w wykonywaniu szczepień ochronnych wykazała, że usługi te dostępne były w aptekach w co najmniej 36 krajach i terytoriach na całym świecie – to o 16 więcej niż w poprzednim badaniu FIP z 2016 roku. Oznacza to, że prawie 1,8 mld osób miało dostęp do usług szczepień realizowanych w lokalnych aptekach, a warto podkreślić, że w kolejnych krajach postuluje się wprowadzenie odpowiednich zmian w prawodawstwie, np. we Włoszech czy Litwie.

Wyzwaniem dla farmaceutów może być budowanie autorytetu i zaufania jako personelu medycznego zaangażowanego w immunizację, ponieważ apteka nie jest postrzegana jako miejsce związane ze szczepieniami. Mimo to, realizacja usługi szczepień w aptekach może znacznie ułatwić dostęp do szczepień oraz istotnie zwiększyć wyszczepialność.

W Podręczniku FIP postuluje się, aby farmaceuci podobnie jak personel pracujący w podstawowej opiece zdrowotnej, mieli dostęp do danych na temat szczepień ochronnych pacjentów, aby móc odpowiednio im doradzać oraz podejmować odpowiednie działania, w tym wykonać szczepienie lub skierować daną osobę do innego specjalisty. Wyniki ankiety przeprowadzonej przez FIP w 2020 roku wskazują, że w około dwóch trzecich spośród 99 ankietowanych krajów i terytoriów, farmaceuci nie mają dostępu do ewidencji szczepień.

Uzyskując dostęp do danych dotyczących szczepień, farmaceuci mogą podejmować następujące działania:

- sprawdzenie szczepień przebytych przez pacjentów w odniesieniu do obowiązujących w kraju kalendarzy szczepień;
- opracowanie systemu przypominania o szczepieniach ochronnych, dzięki czemu pacjenci będą przyjmować wszystkie potrzebne szczepienia;
- ocena szczególnych sytuacji w zakresie zdrowia i przeciwwskazań do szczepienia oraz w odpowiednich przypadkach kierowanie pacjenta do lekarza;
- identyfikowanie i edukowanie osób z grup podwyższonego ryzyka, szczególnie tych, które nie są objęte krajowymi programami szczepień obowiązkowych;
- wykrywanie, zgłaszanie i informowanie krajowego i/lub regionalnego organu nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii na temat przebiegu zdarzeń związanych ze szczepieniami (innymi słowy – podejrzeń działań niepożądanych szczepionek/ NOP w Polsce);
- wykrywanie, zgłaszanie i monitorowanie błędów dotyczących stosowania szczepionek (przepisywania, wskazań, wydawania i podawania).

W raportach z badań Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i Akademii Leona Koźmińskiego^{29,30} podkreślono, że respondenci często spotykają się z większą empatią i zrozumieniem ze strony przedstawicieli niższego szczebla kadry medycznej – pielęgniarek, położnych – niż ze strony lekarzy kwalifikujących do szczepień. W innych pracach podkreśla się, że obowiązki wynikające z pełnienia zawodu pielęgniarki i położnej obejmują m.in. działania z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób, takie jak edukacja w zakresie obowiązkowych szczepień ochronnych czy informowanie o zalecanych szczepieniach. Dynamiczna sytuacja ostatnich lat w zakresie realizacji skutecznej immunoprofilaktyki w Polsce stwarza potrzebę rzetelnej i permanentnej edukacji na temat szczepień ochronnych. Dlatego edukacyjna działalność personelu medycznego w zakresie szczepień ochronnych jest istotnym

28 FIP. Podręcznik szczepień dla farmaceutów. https://www.nia.org.pl/wp-content/uploads/2022/02/FIP_Vaccination_Handbook_POLISH_FinalVersion.pdf, 24.09.2023.

29 Warszawski Uniwersytet Medyczny. Raport... op.cit.

30 Akademia Leona Koźmińskiego. Raport..., op.cit.

elementem społecznej akceptacji szczepień ochronnych jako podstawowej metody profilaktyki chorób zakaźnych³¹.

W raporcie Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Chorób Infekcyjnych „Razem przeciw chorobom zakaźnym”³² zwrócono też uwagę na rolę i zadania innych grup zawodów medycznych w zakresie edukacji i realizacji szczepień. Pielęgniarki odgrywają istotną rolę w procesie immunizacji społeczeństwa, ponieważ m.in. identyfikują pacjentów wymagających szczepień, edukują na temat szczepień, wykonują szczepienia oraz monitorują stan pacjentów i dbają o ich bezpieczeństwo. W 2020 roku Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wysunęła szereg postulatów dotyczących zwiększenia zakresu kompetencji pielęgniarek w obszarze szczepień ochronnych oraz apel o zaangażowanie się w rzetelną edukację społeczeństwa na temat profilaktyki chorób zakaźnych i konieczności przeprowadzania szczepień ochronnych. Pielęgniarki, będąc najbliższą pacjentowi, są w stanie zadziałać skutecznie, a dla pacjentów niezrozumiałe jest, dlaczego pielęgniarka musi odsyłać pacjenta na klasyfikację do szczepienia do lekarza, mimo że może wystawić receptę na szczepionkę i wykonać szczepienie, tym bardziej, że pielęgniarki ordynujące leki, szkolone są w zakresie wykonywania badań fizykalnych. Zgodnie ze standardami National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) do kompetencji pielęgniarki należy wybór sposobu przypomnienia o szczepieniu oraz sformułowanie komunikatu. W praktyce to zadaniem pielęgniarek jest zarządzanie programami promocji szczepień realizowanymi przez podmioty lecznicze. W Polsce porada pielęgniarki w zakresie profilaktyki chorób i promocji zdrowia również ma umocowanie prawne. Szczególnie ważną rolę w profilaktyce zdrowotnej uczniów pełnią pielęgniarki pracujące w placówkach nauczania i wychowania dzieci. Nieoceniona jest rola pielęgniarek wykonujących szczepienia u dzieci, a pozytywny przebieg szczepień ma również wpływ na rodziców.

Stomatolodzy z racji specyfiki świadczonych usług są narażeni na ekspozycję/zakażenie m.in. wirusem zapalenia wątroby typu B, grypy, odry, świnki, różyczki i ospy wietrznej. W związku z tym, bezpieczne wykonywanie zawodu wymaga wykonania szczepień profilaktycznych. Stomatolodzy w Polsce nie są jednak zaangażowani w promocję lub wykonywanie szczepień. Na możliwość takich działań zwrócono uwagę w Stanach Zjednoczonych, podkreślając rolę stomatologów w zapobieganiu nowotworom jamy ustnej i gardła związanych z zakażeniem wirusem brodawczaka ludzkiego (ang. Human Papilloma Virus, HPV). Obecnie stomatolodzy mogą wykonywać szczepienia w kilku stanach USA, jednak wydaje się, że pandemia COVID-19 może przyspieszyć proces ich włączania do działań w ramach profilaktyki zdrowotnej.

W tym kontekście warto nawiązać do roli rehabilitantów i fizjoterapeutów, którzy należą do zawodów wymagających stałego bezpośredniego kontaktu z pacjentami. Regularna, często trwająca miesiącami praca z pacjentami daje możliwość poznania ich potrzeb zdrowotnych, w zależności od specyfiki określonej grupy, np. sportowców, chorych na przewlekłe choroby reumatyczne osób borykających się z niepełnosprawnościami. Powodzenie długotrwałej, systematycznej terapii i rehabilitacji wymaga ciągłości, której zagrażają choroby zakaźne. W wielu krajach toczą się dyskusje dotyczące ewolucji zawodu fizjoterapeuty, uwzględniające poszerzenie ich kompetencji w zakresie podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej. W celu skrócenia czasu oczekiwania na wykonanie świadczenia w kilku krajach fizjoterapeuci kształcą się także w zakresie wykonywania szczepień. Tak jak w przypadku farmaceutów, taka rola fizjoterapeutów wymaga oczywiście akceptacji przez pacjentów.

W niektórych krajach od czasu pandemii grypy w 2009 roku istnieją przepisy określające zasady zaangażowania ratowników medycznych do podawania szczepień w sytuacjach wyjątkowych. Wysoki odsetek pacjentów wymagających pomocy ratowników medycznych i oddziałów ratunkowych nie ma wykonanych szczepień np. przeciw grypie. Podejmowane próby wykonywania szczepień w rutynowej praktyce medycyny ratunkowej wynikały m.in. z faktu, że była to jedyna szansa na wykonanie niezbędnych szczepień u większości z pacjentów. Uznano, że programy te mogą skutecznie zwiększyć liczbę osób zaszczepionych. Na podstawie tych doświadczeń w Polsce i licznych krajach europejskich ratownicy medyczni zostali zaangażowani w realizację programów szczepień przeciw COVID-19. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2019 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego, (Dz. U. 2022 poz. 863), czynności ratunkowe, które mogą podjąć ratownik medyczny i pielęgniarka systemu pod nadzorem lekarza, stanowią m.in., że ratownik medyczny jest również uprawniony do kwalifikowania pacjentów do szczepienia przeciw COVID-19 oraz wykonywania szczepień przeciwko COVID-19.

Ginekolodzy, położnicy i położne są kolejnym zaufanym źródłem informacji na temat szczepień dla kobiet i rodziców, choć niestety w Polsce rola położnej w przekazywaniu ciąży informacji o zalecanych szczepieniach oraz w samym procesie immunizacji jest niewielka. Edukacja na temat profilaktyki chorób zakaźnych w okresie okołoporodowym obejmująca szczepienia ochronne jest elementem Standardu Opieki Okołoporodowej. Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników zaleca wykonywanie szczepień przeciw grypie u ciężarnych. Szczepienie ciężarnych jest skuteczną metodą zapobiegania zachorowaniom zarówno ciężarnych, jak i ich potomstwa we wczesnym okresie życia. Stwierdzono, że przekazywanie informacji o szczepieniach podczas wizyt przedporodowych zwiększa poziom wyszczepialności zarówno ciężarnych, jak i noworodków oraz starszych dzieci. Położne po uzyskaniu kwalifikacji lekarskiej odpowiadają za wykonanie obowiązkowych szczepień ochronnych u noworodków. Rekomendacja lekarza położnika lub ginekologa w sprawie szczepienia ma duży wpływ na decyzję pacjentek, a postawa rodziców wobec szczepień ochronnych w dużej mierze kształtuje się w czasie ciąży. Ważnym elementem poprawy sytuacji dotyczącej szczepień, w tym szczepień ciężarnych i najmniejszych dzieci byłoby zwiększenie kompetencji położników i ginekologów oraz położnych do wykonywania kwalifikacji do szczepienia. Pozwoliłoby to na skrócenie drogi od rekomendacji do szczepienia. Zdecydowana większość rodziców szczepi swoje nowonarodzone dzieci bez żadnych zastrzeżeń, część wyraża pewne wątpliwości i obawy. Wyniki badań wskazują, że może to mieć związek z zaniedbaniem rozmów o szczepieniach w trakcie ciąży, zwłaszcza w przypadku osób, które po raz pierwszy zostają rodzicami. Brak komunikacji lub jej niska jakość skutkują utratą zaufania, które jest kluczowe dla postaw rodziców wobec szczepień.

Warto też podkreślić udział lekarzy specjalistów w kształtowaniu postaw i realizacji programu szczepień, pomimo podkreślonej już wcześniej zasadniczej roli podstawowej opieki zdrowotnej. Pacjenci z chorobami przewlekłymi (np. nowotworami, przewlekłymi chorobami nerek czy wątroby i wieloma innymi) są szczególnie narażeni na zakażenia, niekiedy prowadzące do zgonu. Dostępne dowody i wytyczne towarzystw naukowych wskazują, że rekomendacje lekarzy specjalistów są głównym sposobem zapobiegania zakażeniom. Zwraca się też uwagę na aspekty ekonomiczne szczepień w tych grupach

31 Bednarek A, Zarzycka D. Potrzeba i założenia nowoczesnej edukacji na przykładzie szczepień ochronnych. *Probl Hig Epidemiol* 2015;96(1):1-7.

32 Raport „Razem przeciw chorobom zakaźnym. Strategia na rzecz podniesienia poziomu wyszczepialności.” Fundacja Nadzieja dla Zdrowia. Warszawa 2021.

pacjentów, związane choćby ze zmniejszeniem liczby i skracaniem czasu trwania.

W raporcie badaczy Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego³³ wykazano, że wiedza pacjentów na temat szczepień ochronnych nie jest wystarczająca. Wśród działań mających na celu zmianę tej sytuacji wymieniono udostępnianie materiałów w miejscach przebywania pacjentów (placówkach służby zdrowia, ale też innych miejscach np. gabinetach fizjoterapii) zawierających nie tylko wiarygodne informacje na temat szczepień, ale również proste wskazówki jak odróżnić wiarygodne, rzetelne informacje od dezinformacji (fake newsów). Niezwykle ważna jest forma takiego przekazu, dostosowana do poziomu przyswajania informacji przez różne grupy odbiorców. W opinii personelu medycznego pacjenci nie zawsze rozumieją informacje przekazywane im przez pracowników ochrony zdrowia, zwłaszcza posługujących się hermetycznym językiem medycznym, jednak nie zgłaszają tego faktu³⁴.

Personel medyczny niechętnie rozmawia z osobami przeciwnymi szczepieniom. Wskazuje to na potrzebę poprawy umiejętności pracowników ochrony zdrowia dotyczących skutecznej komunikacji z pacjentem wyrażającym nienaukowe poglądy. Potrzebę zapewnienia odpowiednich materiałów i dostępu do szkoleń podkreśla też fakt, że sami pracownicy służby zdrowia nie zawsze potrafią odróżnić fakty od mitów. Ponadto, negatywny obraz pracowników ochrony zdrowia przedstawiany w mediach przyczynia się do kryzysu autorytetów oraz obniżenia zaufania pacjentów.

Szczególną grupę w kontekście poprawy sytuacji dotyczącej szczepień są studenci (zwłaszcza studenci uczelni medycznych), stanowiący grupę wiekową z pogranicza okresu młodzieńczego i dorosłego. Z tego względu opinie i postawy wyrażane w tej grupie mogą mieć istotne przełożenie na stosunek do szczepień młodzieży, ale także młodych dorosłych, w tym zakładających swoje rodziny i wchodzących w rolę rodziców. Ten efekt oddziaływania wiąże się z postawą studentów wobec szczepień, a więc stopniem wyszczepialności i poddawaniem się szczepieniom. Z drugiej strony, studenci mogą być godnym zaufania źródłem rzetelnej wiedzy, zwłaszcza studenci medycyny czy nauk pokrewnych.

Z raportu badaczy Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wynika, że studenci w rozmowach między sobą nie poruszają kwestii szczepień ochronnych (z wyjątkiem szczepień przeciw COVID-19). Doświadczenia związane z promowaniem szczepień ochronnych przez uczelnie są różne, część z respondentów wskazuje, że uczelnia promowała szczepienia przeciw grypie, a niektórzy relacjonowali, że promocja szczepień ochronnych przeciw grypie na uczelni rozpoczęła się dopiero po wybuchu pandemii COVID-19. Jednak nie każdy respondent zaszczepił się przeciw grypie ze względu na brak przekonania do tego szczepienia oraz braku potrzeby takich szczepień. W niektórych uczelniach w ogóle nie zachęcano do szczepień przeciw chorobom zakaźnym, w tym przeciw grypie.

Opinie dotyczące programu nauczania w zakresie szczepień ochronnych są wśród studentów podzielone. Część studentów pozytywnie oceniła system nauczania w tym zakresie. W ich opinii dużo się nauczyli na tych zajęciach i korzystali z różnych ciekawych materiałów. Wykładowcy zachęcali do dyskusji na temat szczepień, a studenci rozmawiali między sobą o szczepieniach i ruchach antyszczepionkowych. Studenci odczuwają braki w zakresie praktyki wykonywania

iniekcji. Z kolei w opinii większości studentów kierunku lekarskiego zbyt mało uwagi poświęca się tematyce szczepień ochronnych. Respondenci przytaczają najczęściej jeden przedmiot (immunologia), na którym realizowane były tematy dotyczące szczepień ochronnych, choć na wielu uczelniach medycznych tematyka szczepionek podejmowana jest też w trakcie zajęć z pediatrii czy chorób zakaźnych.

Podobnie, większość studentów kierunku pielęgniarstwo wskazywała braki w edukacji w zakresie szczepień ochronnych. Studenci podkreślali, że tematyka ta była poruszana na zajęciach z pediatrii i ograniczała się wyłącznie do nauki kalendarza szczepień. Studenci obydwu kierunków uważają, że edukacja studentów uczelni medycznych na temat szczepień ochronnych nie jest wystarczająca. Wskazują na potrzebę zwiększenia zajęć praktycznych z zakresu szczepień ochronnych z udziałem pacjentów. Zarówno studenci kierunku lekarskiego, jak również pielęgniarstwa wielokrotnie podkreślali brak zajęć praktycznych z komunikacji z pacjentem. Studenci sugerują, aby część przedmiotów zbyt teoretycznych, ich zdaniem wręcz niepotrzebnych, zastąpić zajęciami poświęconymi wyłącznie szczepieniom. Studenci dostrzegają potrzebę edukacji społeczeństwa w obszarze szczepień ochronnych, obejmującej zarówno dzieci i młodzież, jak i osoby w podeszłym wieku. Sugerowane formy edukacji społeczeństwa powinny obejmować Internet, zajęcia na każdym etapie edukacji szkolnej, media społecznościowe, kampanie z udziałem ekspertów z zakresu szczepień, telewizyjne programy edukacyjne w zakresie szczepień ochronnych profilowane na wybrane kategorie wiekowe odbiorców, a także umieszczane w placówkach POZ ulotki, banery czy plakaty skierowane do rodziców i dzieci.

Rola przygotowania medycznego przyszłych pracowników służby zdrowia jest niezwykle istotna. W jednym z badań z udziałem lekarzy pierwszego kontaktu we Francji wykazano, że jednym z obszarów szczepień, w którym pewność siebie lekarzy była niska, było omawianie roli adiuwantów. Blisko 60% badanych lekarzy uznało, że odczuwa „niepewność” lub „dużą niepewność” w tym obszarze. Biorąc pod uwagę argumenty przeciwników szczepionek, w których często podnosi się właśnie rolę adiuwantu, należy uznać, że tylko szczegółowa wiedza na temat poszczególnych szczepionek, ich skuteczności i bezpieczeństwa pomogłaby zbudować zaufanie pracowników służby zdrowia do szczepionek i chęć polecenia ich innym, choć nie bez znaczenia jest wpływ poparcia społecznego i wsparcia ze strony kolegów³⁵.

Autorzy raportu „Razem przeciw chorobom zakaźnym”³⁶ podkreślają, że podstawowa opieka zdrowotna jest dobrze przygotowana do zwiększania odsetka osób zaszczepionych przeciw chorobom zakaźnym przez bardzo częste interakcje z pacjentami. Postawa lekarzy rodzinnych, internistów, pediatrów oraz pielęgniarzek i innego personelu w dużym stopniu wpływa na uzyskiwany przez poziom wyszczepialności, a zaszczepieni lekarze zawsze mają więcej zaszczepionych pacjentów.

Jest to szczególnie istotne, biorąc pod uwagę, iż część osób nie podejmuje decyzji o szczepieniu od razu, ponieważ potrzebują czasu na rozważenie zalet i wad szczepienia, rozmowy z rodziną, przyjaciółmi lub członkami swojej społeczności, poszukiwanie w Internecie i poradę swojego lekarza³⁷. To potwierdza znaczenie opinii lekarza pierwszego kontaktu w procesie podejmowania decyzji. W badaniu przeprowadzonym w sześciu krajach europejskich jako najbardziej

33 Warszawski Uniwersytet Medyczny. Raport..., op. cit.

34 Raport „Fake news – dezinformacja online. Próby przeciwdziałania tym zjawiskom z perspektywy instytucji międzynarodowych oraz wybranych państw UE, w tym Polski. KRRI: Warszawa; 2020.

35 Paterson P, Meurice F, Stanberry LR, et al. Vaccine hesitancy and healthcare providers. *Vaccine* 2016;34:6700-6706.

36 Raport „Razem przeciw chorobom zakaźnym...”, op. cit.

37 Paterson P, Meurice F, Stanberry LR, et al. Vaccine hesitancy..., op. cit.

wiarygodne źródła ostrzeżeń zdrowotnych lub informacji o lekach wskazano lekarza pierwszego kontaktu, aptekę i lokalny szpital. Istnieje jednak coraz więcej doniesień na temat wątpliwości i wahań wobec szczepień, a najważniejsze zidentyfikowane przyczyny różnią się w zależności od kraju, regionu, subpopulacji, szczepionki i wpływów kontekstowych. Strategiczna Grupa Doradcza Ekspertów (SAGE) Światowej Organizacji Zdrowia ds. szczepień stworzyła model determinantów chwiejnych postaw w oparciu o najczęściej pojawiające się, wspólne dla różnych społeczności i sytuacji czynniki. Obejmują one wpływy kontekstowe (rola wpływowych przywódców i osób), wpływy jednostek/grup społecznych (osobiste doświadczenia oraz zaufanie do systemu opieki zdrowotnej i świadczeniodawcy) oraz szczepionki i kwestie związane ze szczepieniami (rola pracowników służby zdrowia) (Ryc. 2).

Stwierdzono również, że świadomość i wiedza zwiększają gotowość personelu medycznego do zalecania szczepień. Jedno z badań przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii wykazało, że pielęgniarki z rozległą wiedzą częściej polecały szczepionkę przeciw grypie swoim pacjentom i były skłonne zalecić szczepienie pacjentom w przyszłości. W Izraelu wiedza na temat szczepionki przeciw grypie wiązała się z wysokim odsetkiem szczepień wśród pracowników służby zdrowia zajmujących się dziećmi, i ich gotowością do zalecania szczepień dzieciom. W badaniu dotyczącym szczepień przeciw HPV w Kamerunie wśród pielęgniarek decydujących o zaleceniu szczepienia

najważniejszymi czynnikami brany pod uwagę było zrozumienie skuteczności i bezpieczeństwa szczepionki. Badanie pracowników służby zdrowia w USA wykazało, że ci, którzy nie byli pewni skuteczności i wartości ochronnej szczepionki, rzadziej polecali ją pacjentom. W badaniu przeprowadzonym w Kanadzie uznano, że wiedza, wsparcie społeczne i wsparcie współpracowników są ważnymi czynnikami wpływającymi na zaufanie pracowników służby zdrowia i gotowość do zalecania szczepień przeciwko HPV. Inne badanie przeprowadzone w Kanadzie również wykazało, że gotowość pielęgniarek do zalecenia nowej szczepionki była konsekwentnie związana z postrzeganym bezpieczeństwem szczepionki, jak również postrzeganym profesjonalnym wsparciem dla szczepionki. Z kolei w Afryce Południowej wykazano, że szczepienie przeciwko HPV częściej zalecały pielęgniarki, które uważały, że młodzież i młodzi dorośli są skłonni je zaakceptować³⁸.

W przedstawianym wcześniej raporcie Komisji Europejskiej wskazano, że prawdopodobieństwo zalecania szczepień przez lekarzy pierwszego kontaktu jest bardzo wysokie, chociaż istnieją pewne uderzające wyjątki. Większość ankietowanych lekarzy pierwszego kontaktu w Czechach i na Słowacji prawdopodobnie (z dużym prawdopodobieństwem lub z pewnym prawdopodobieństwem) zarekomenduje pacjentom szczepionkę MMR. Niemal każdy ankietowany lekarz rodzinny prawdopodobnie poleciłby szczepionkę przeciwko grypie sezonowej: tylko 28 lekarzy pierwszego kontaktu na 1024 (2,7%) nie stwierdziło, że jest wysoce prawdopodobne lub raczej prawdopodobne, że zaleci

Ryc. 2. Czynniki wpływające na wahanie przed przyjęciem szczepionek przez pracowników ochrony zdrowia



Punktator ● oznacza, że czynnik został uwzględniony w oryginalnym modelu. Punktator ❖ oznacza nowy czynnik w danym obszarze.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Strategies For Addressing Vaccine Hesitancy – a Systematic Review. WHO SAGE working group dealing with vaccine hesitancy.

szczepionkę. Jednak lekarze pierwszego kontaktu w kilku krajach, w których przeprowadzono ankietę, wyrażają znaczne wahania przed zalecaniem szczepionki przeciw grypie sezonowej kobietom w ciąży, pomimo poważnych komplikacji, które mogą wystąpić, jeśli kobieta w ciąży zachoruje na grypę w czasie ciąży³⁹. Tylko 25,2% ankietowanych lekarzy pierwszego kontaktu w Czechach, 30,5% lekarzy pierwszego kontaktu na Słowacji, 49,0% lekarzy pierwszego kontaktu w Polsce i 65,0% lekarzy pierwszego kontaktu w Estonii deklaruje, że prawdopodobnie poleci szczepienie przeciw grypie sezonowej kobietom w ciąży. Tylko w Wielkiej Brytanii ponad 95% ankietowanych lekarzy rodzinnych prawdopodobnie poleciłoby szczepionkę przeciw grypie sezonowej kobietom w ciąży.

Medycyna w ogóle, a szczepienia ochronne w szczególności napotykają na problem błędnych, nieprawdziwych informacji, czy wręcz zamierzonej dezinformacji. Niedawna pandemia COVID-19 w szczególnym stopniu wywołała gorące dyskusje dotyczące skuteczności, bezpieczeństwa oraz kwestii etycznych związanych ze szczepieniami (zwłaszcza wprowadzeniu obowiązkowości w tym zakresie), a spory, które początkowo skupiały się na szczepionkach przeciw SARS-CoV-2, objęły wiele innych szczepionek podważając zasadność ich stosowania.

Skuteczna komunikacja opiera się na wiarygodności nadawcy, a informacje ze źródeł, które są postrzegane jako wiarygodne, zwykle tworzą silniejsze przekonania. Dotyczy to niestety również dezinformacji, ale również korekty dezinformacji, choć być może w mniejszym stopniu. W następstwie tych dyskusji i sporów opublikowano wiele artykułów, badań i książek traktujących o przyczynach, źródłach, kanałach przenoszenia i sposobach przeciwdziałania mylnym, fałszywym, niezgodnym z wiedzą poglądom oraz prowadzonej z pełną premedytacją dezinformacji. Jedną z nich jest *Debunking handbook*⁴⁰, publikacja książkowa opracowana w 2020 roku przez grupę ekspertów z renomowanych uczelni wyższych z całego świata. Podkreślono w niej, że postrzegana wiarygodność źródła informacji może mieć większe znaczenie niż postrzegana wiedza fachowa. Idealnym wyborem w zakresie źródeł o wysokiej wiarygodności mogą być właśnie pracownicy służby zdrowia lub zaufane organizacje zdrowotne, choć warto pamiętać, że wiarygodność źródła będzie miała większe znaczenie dla niektórych grup niż dla innych, w zależności od treści i kontekstu. Na przykład osoby o negatywnym nastawieniu do szczepionek nie ufają formalnym źródłom informacji na temat szczepionek (w tym organizacjom zdrowotnym).

W sprawozdaniu technicznych ECDC „Działania zmierzające do zwiększenia akceptacji szczepienia i zwiększenia wyszczepienia w UE/EOG”⁴¹ opisano sposób budowania zaufania społecznego do szczepionek zastosowany w Holandii, gdzie Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego i Środowiska (RIVM) opracował moduł e-learningowy, który jest publicznie dostępny dla pracowników służby zdrowia. Oferuje on szkolenia poświęcone opracowywaniu szczepionek oraz informacje na temat bezpieczeństwa i skuteczności szczepionek. Zawiera również dialogi i scenariusze, które pomogą przeprowadzić z pacjentami rozmowę na temat szczepienia przeciw COVID-19. Do września 2021 roku Holandia osiągnęła ogólny wskaźnik wyszczepienia przeciw COVID-19 znacznie powyżej średniej UE, ale wiadomo było, że istnieją grupy osób zaszczepionych w niewystarczającym stopniu, z których wiele było w trudnej sytuacji

społecznej. W październiku 2021 roku RIVM rozpoczęła ogólnokrajową ankietę, rozesłaną do gminnych placówek służby zdrowia w całym kraju, w celu określenia działań promujących szczepienia przeciw COVID-19, prowadzonych w tych niedostatecznie zaszczepionych populacjach. Warto podkreślić jest aspekt praktyczny, polegający na próbie zapewnienia dobrej jakości odpowiedzi przez znalezienie równowagi pomiędzy uzyskaniem wysokiej jakości danych na temat kluczowych kwestii a uniknięciem formułowania zbyt wielu pytań, co wynikało choćby ze świadomości dużego obciążenia pracą gminnych służb zdrowia. W opinii RIVM pracownicy wdrażający działania zapobiegawcze na poziomie lokalnym na ogół dobrze rozumieją problemy i wyzwania stojące przed różnymi populacjami, które chcą zaszczepić, i odpowiednio dostosowują swoje działania. Ponadto, działania na poziomie lokalnym są często „oparte na praktyce”, tzn. na obserwacji, co „działa”, a co „nie działa” w docelowej społeczności. Z kolei we Włoszech przyjęto metodę opartą na zachętach i nakazach. 1 kwietnia 2021 roku Włochy zatwierdziły dekret, na mocy którego szczepienia stały się obowiązkowe dla pracowników służby zdrowia. Był to pierwszy kraj w Europie, który wprowadził takie rozwiązania dla szczepionek przeciw COVID-19. Nakaz ma zastosowanie wobec pracowników służby zdrowia, którzy wykonują swoją pracę w strukturach opieki zdrowotnej, społecznej lub socjalnej, publicznych lub prywatnych, a także w aptekach, punktach aptecznych i biurach zawodowych. Pracownicy, którzy odmówią przyjęcia szczepionki, zostaną albo przeniesieni do pracy, w której nie ma ryzyka rozprzestrzeniania się wirusa, albo zawieszani bez wynagrodzenia na okres do roku. Dekret chroni również lekarzy, którzy podają szczepionki, przed odpowiedzialnością karną, o ile zastrzyk został wykonany zgodnie z instrukcjami Ministerstwa Zdrowia.

Raport badaczy Akademii Leona Koźmińskiego⁴² przedstawia też praktykę kliniczną w różnych krajach, opartą na obowiązujących politykach zdrowotnych w zakresie szczepień ochronnych. Różnią się one nie tylko pod względem obowiązku poddania się wybranym szczepieniom, ale również terminu przyjęcia poszczególnych dawek danej szczepionki. Różnice te wynikają m.in. z uwarunkowań historycznych, kulturowych, różnic w organizacji systemów ochrony zdrowia w poszczególnych krajach czy wysokości nakładów na ochronę zdrowia. Polityka zdrowotna dotycząca szczepień ulega regularnej aktualizacji w zależności od sytuacji epidemiologicznej. W ostatnich latach w niektórych krajach Europy (Włochy, Francja) poszerzono zakres szczepień obowiązkowych. Pomimo różnic w schematach (kalendarzach) szczepień obowiązkowych w poszczególnych krajach nadrzędnym celem polityki zdrowotnej w zakresie szczepień jest zapewnienie odporności populacyjnej i wytworzenie odpowiedzi immunologicznej przeciw chorobom zakaźnym.

W każdym z analizowanych krajów program szczepień ochronnych obejmuje (w formie szczepień obowiązkowych lub zalecanych) profilaktykę:

- błonicy;
- tężca;
- krztuśca;
- zakażenie *Haemophilus influenzae* typ b (Hib);
- polio;
- WZW typu B;
- odry;

39 Jamieson, D. J. H1N1 2009 influenza virus infection during pregnancy in the USA. *The Lancet* 2009;374:451-458.

40 Lewandowski S, Cook J, Ecker U, et al. *Debunking Handbook*..., op. cit.

41 ECDC. Działania zmierzające do zwiększenia akceptacji szczepienia i zwiększenia wyszczepienia w UE/EOG. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Facilitating-vaccination-uptake-in-the-EU-EFA-final_PL.pdf, 15.10.2023.

42 Akademia Leona Koźmińskiego. Raport..., op. cit.

- świnki;
- różyczki.

Spśród 17 badań oceniających interwencje mające na celu zwiększenie przyjmowania szczepionek przez pracowników służby zdrowia przedstawionych w pracy Paterson i wsp.⁴³, 15 dotyczyło szczepionki przeciw grypie, jedno szczepionki przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, a w jednym badaniu nie określono szczepionki. Ocenił kampanie informacyjne obejmowały kursy edukacyjne, prelekcje lub spotkania, plakaty, indywidualne listy lub e-maile lub strony internetowe szpitali. W dwóch badaniach wykazano, że pracownicy służby zdrowia, którzy uczestniczyli w kursie lub wykładzie edukacyjnym na temat szczepień przeciwko grypie, byli bardziej skłonni do zaszczepienia się po kursie. Szeroko zakrojona kampania informacyjna w innym badaniu doprowadziła do zwiększenia odsetka szczepień przeciw grypie wśród pracowników medycznych szpitali, choć tylko do 25,8%. Jedno z badań wykazało, że stosowanie formularza odmowy przez pracowników służby zdrowia w celu udokumentowania zgody na szczepienie, medycznych przeciwwskazań do szczepienia lub odmowy szczepienia, przyczyniło się do wzrostu liczby szczepień przeciwko grypie wśród pracowników służby zdrowia. Ankieta dotycząca pracowników służby zdrowia w Szwajcarii wykazała wzrost liczby szczepień wśród pracowników służby zdrowia w ostatnich 20 latach dzięki kampaniom informacyjnym, wykładom na temat grypy i szczepionki przeciw grypie, dostępowi do szczepień na miejscu i obowiązkowemu noszeniu masek przez nieszczepionych pracowników służby zdrowia. W innym badaniu zidentyfikowano następujące czynniki, które można powiązać z wyższymi wskaźnikami szczepień wśród pracowników służby zdrowia: dostarczanie szczepionek w weekendy, programy szkoleniowe dla trenerów, raporty dotyczące wskaźników szczepień dla administratorów lub rady powierniczej, listy wysłane do pracowników podkreślające znaczenie szczepień i wszelkie formy widocznego wsparcia ze strony kadry zarządzającej.

W Stanach Zjednoczonych, Kanadzie i Australii testowano różne schematy promocji szczepień przeciw grypie w ramach opieki specjalistycznej. Najskuteczniejszą metodą było wystawienie skierowań na podstawie oceny wskazań do szczepień, np. przeprowadzonej przez pielęgniarki. Na podstawie skierowań wystawionych przez lekarzy każdy fachowy pracownik ochrony zdrowia, w którego zakresie kompetencji jest wykonywanie szczepień, może wykonać zleczone szczepienie. Postępowanie to jest zbieżne z wcześniejszymi obserwacjami i wskazuje na potencjał łączenia interwencji. Skuteczność zleceń i skierowań jest bowiem większa, gdy łączy się je z innymi działaniami. Procedury działające w ramach specjalistycznej opieki zdrowotnej są efektywne, jednak choć niemal wszyscy pacjenci otrzymują skierowania na szczepienia, to tylko część z nich je wykonuje. Idealnym rozwiązaniem byłoby wsparcie pacjentów działaniami logistycznymi umożliwiającymi wykonywanie szczepień na miejscu.

Podsumowanie i zalecenia

Podsumowując rolę i zadania pracowników ochrony zdrowia w procesie realizacji programu szczepień ochronnych, należy zwrócić uwagę na następujące kwestie:

1. Personel medyczny pozostaje najbardziej zaufanym doradcą, mającym wpływ na decyzje dotyczące szczepień. Możliwości i zaufanie do pracowników służby zdrowia są jednak nadwyżężone z uwagi na ograniczenia czasowe, coraz większą liczbę pacjentów

wahających się wobec szczepień, niewystarczające informacje i/ lub szkolenia w zakresie odpowiedzi na pytania dotyczące szczepionek oraz niedostateczne umiejętności komunikacyjne dotyczące omawiania zagrożeń i korzyści związanych ze szczepieniami, zwłaszcza w dyskursie z przeciwnikami szczepień. Ogólnie rzecz biorąc, pracownicy służby zdrowia potrzebują większego wsparcia, aby odpowiedzieć na potrzeby zmieniającego się społeczeństwa oraz środowiska, w którym realizuje się program szczepień ochronnych.

2. Ze względu na posiadaną wiedzę ekspercką na temat leków, farmaceuci powinni zasiadać w najważniejszych komitetach i grupach doradczych funkcjonujących w ramach formalnego systemu ochrony zdrowia. Mogą przyczynić się do osiągnięcia odpowiedniego poziomu immunizacji wśród pacjentów i pracowników poprzez zachęcanie do tworzenia i rozwoju polityki organizacji procesu szczepień.
3. Ważne miejsce zajmuje edukacja oraz poszerzanie kompetencji innych fachowych pracowników służby zdrowia w zakresie nie tylko upowszechniania wiedzy i dostarczania wiedzy na temat szczepionek, ale także identyfikacji grup szczególnie narażonych na choroby zakaźne i przez to wymagających szczepień, określania wskazań do szczepień i ich standardów, zachęcania do szczepień zwłaszcza grup ryzyka, zwiększenia wyszczepialności w swojej grupie zawodowej, a wreszcie możliwości kwalifikowania do szczepień i ich podawania. Grupy te obejmują lekarzy specjalistów (onkologów, neurologów i innych), ginekologów i położników, położne, fizjoterapeutów, ratowników medycznych, higienistki, stomatologów.
4. Należy opracować różnorodny pod względem formy, treści i języka zasób przydatnych materiałów, skierowanych do różnych grup społecznych i zawodowych, dostępnych w placówkach ochrony zdrowia, w tym w placówkach POZ, poradniach specjalistycznych, gabinetach stomatologicznych, itp. Materiały te powinny obejmować zarówno podręczniki (np. Kroger A, Bahta L, Long S, Sanchez P. General Best Practice Guidelines for Immunization. [www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general – recs/downloads/general-recs.pdf]), jak i materiały w postaci ulotek, podcastów, filmów, programów tv i video, książeczek edukacyjnych, w tym dla różnych grup wiekowych dzieci i młodzieży.
5. Należy zwiększyć liczby świadczeń (szczepień) oferowanych w ramach poszczególnych programów, a także miejsc, w których oferowana jest usługa szczepienia, tak aby objąć nimi nie tylko osoby już wcześniej (niezależnie od wdrożenia programu) zmotywowane do szczepień.
6. Niezbędne jest szersze uwzględnienie zagadnień promocji zdrowia, a w szczególności z zakresu edukacji zdrowotnej, nakierowanych na podniesienie poziomu wiedzy o zdrowiu i wpływających na nie czynników oraz stwarzających warunki do podejmowania przez adresatów działań sprzyjających zachowaniu i poprawie ich zdrowia. Konieczne jest stosowanie spersonalizowanej komunikacji dostosowanej do indywidualnych potrzeb poszczególnych grup docelowych, przy uwzględnieniu aktualnych wskazań naukowych, co do wyboru metod i sposobów oddziaływań.
7. Rekomendowane jest wydłużenie cykli realizacji Programów Polityki Zdrowotnej, tak aby obejmowały one kilkuletnią perspektywę i w jej ramach przewidywały kontynuację oddziaływań wobec grupy docelowej, w celu uzyskania trwałej poprawy jej stanu zdrowia, między innymi na skutek zmiany zachowań na sprzyjające zdrowiu.

43 Paterson P, Meurice F, Stanberry LR, et al. Vaccine hesitancy..., op. cit.

8. Niezbędne jest zwiększenie efektywności wykorzystania personelu medycznego (realizatora programu) i poprawa jakości obsługi z perspektywy adresata – ocena i poprawa praktyki realizacji szczepień, szersze wykorzystanie nowych technologii przez np. system automatycznych monitów i powiadomień o terminie szczepień w systemie elektronicznej dokumentacji medycznej (dla realizatora) oraz powiadomienia kierowane bezpośrednio do uprawnionych o możliwości skorzystania z programu i wyznaczonym oraz uzgodnionym terminie szczepienia.
9. Skuteczna komunikacja na temat szczepionek i szczepień wymaga spersonalizowanego przekazu dostosowanego do poziomu

kompetencji zdrowotnych odbiorców, która w jasny sposób objaśnia socjotechniki używane przez przeciwników szczepień i w sposób merytoryczny demontuje argumenty używane w debacie publicznej.

10. Istotną rolę w przeciwdziałaniu dezinformacji na temat szczepionek i szczepień odgrywają przedstawiciele zawodów medycznych, którzy poprzez autorytet, wiedzę i kompetencje umożliwiające identyfikację szczepionkowych fake newsów, mogą znacząco przyczynić się do ograniczania rozpowszechniania treści antyszczepionkowych, które nie mają podstaw merytorycznych w danych naukowych.

2. Edukacja zdrowotna rodziców w zakresie szczepień ochronnych

Postawy rodziców wobec szczepień ochronnych

Według danych z raportu Komisji Europejskiej z 2018 roku, w Polsce odnotowano największy spadek zaufania do znaczenia, skuteczności, zgodności z wyznawaną religią i bezpieczeństwa szczepionek. Podkreślono niskie zaufanie do szczepień MMR, których rozpowszechnienie zmniejsza się w ciągu ostatnich 10 lat, co może wywołać poważne ogniska zachorowań na odrę, zwłaszcza przy dużej liczbie przypadków w sąsiedniej Ukrainie. Mimo iż szczepienia są obowiązkowe i bezpłatne dla wszystkich dzieci mieszkających w Polsce, liczba odmów przyjęcia jakiegokolwiek szczepionki z roku na rok zwiększa się. Odmowy i spadek zaufania można częściowo wytłumaczyć zwiększeniem aktywności ruchów antyszczepionkowych w Polsce. W ruchy antyszczepionkowe w Polsce zaangażowani są również lekarze, a także przedstawiciele polityki, np. posłowie oraz media społecznościowe i środki masowego przekazu. Szczególnie niepokojący jest wpływ tych grup na rodziców, którzy ze względów moralnych, etycznych, ale i prawnych, są zobowiązani do szczególnej opieki nad dziećmi, w tym w obszarze zdrowia^{44, 45, 46, 47}. Z danych Głównego Inspektoratu Sanitarnego wynika, że ruchy antyszczepionkowe w Polsce dotyczą 32% rodziców nieszczepionych dzieci⁴⁸. Wykazano również spadek zaufania wśród polskich imigrantów w Wielkiej Brytanii, co może wskazywać na wpływ narodowych polskich grup antyszczepionkowych na przekonania i zachowania dotyczące szczepień w społecznościach polskich w innych krajach⁴⁹.

W raporcie Komisji Europejskiej⁵⁰ przedstawiono wyniki badania dotyczącego postaw wobec szczepień ochronnych na podstawie odpowiedzi na 8 stwierdzeń:

- Ogólnie szczepionki są ważne dla dzieci;
- Ogólnie szczepionki są bezpieczne;
- Ogólnie szczepionki są skuteczne;
- Ogólnie szczepionki są zgodne z moimi przekonaniem religijnymi;
- Szczepionka MMR jest ważna dla dzieci;
- Szczepionka MMR jest bezpieczna;
- Szczepionka przeciw grypie sezonowej jest ważna;
- Szczepionka przeciw grypie sezonowej jest bezpieczna.

W 28 państwach członkowskich UE opinia na temat szczepionek jest w dużej mierze pozytywna, przy czym większość obywateli UE zgadza się (zdecydowanie lub raczej się zgadza), że szczepionki są ważne (90,0%), bezpieczne (82,8%), skuteczne (87,8%) i zgodne z przekonaniem religijnym (78,5%). Większość społeczeństwa UE

zgadza się również, że szczepionki MMR i szczepionki przeciw grypie sezonowej są ważne i bezpieczne. Szczepionka MMR znacznie częściej niż szczepionka przeciw grypie sezonowej jest postrzegana jako ważna (83,8% vs 65,2%) i bezpieczna (81,7% vs 69,4%).

Istnieją jednak duże różnice w postrzeganiu znaczenia, bezpieczeństwa i skuteczności szczepionek między państwami członkowskimi. Portugalia ma najwyższy odsetek respondentów, którzy zgadzają się, że szczepionki są ogólnie bezpieczne (95,1%), skuteczne (96,6%) i ważne dla dzieci. Finlandia ma drugi najwyższy odsetek respondentów zgadzających się, że szczepionki są ważne dla dzieci (97,6%), ale szósty najwyższy odsetek respondentów zgadzających się, że szczepionki są bezpieczne (89,0%) po Portugalii (95,1%), Danii (94,0%), Hiszpanii (91,6%), Węgrzech (91,4%) i Wielkiej Brytanii (89,9%). Z tym, że szczepionki są bezpieczne najrzadziej zgadzają się respondenci z Bułgarii (66,3%), a następnie z Łotwy (68,2%) i Francji (69,9%). W Bułgarii (78,4%), Polsce (75,9%) i Słowacji (85,5%) respondenci najrzadziej zgadzają się, że szczepionki są ważne dla dzieci. Najniższy odsetek respondentów zgadzających się, że szczepionki są skuteczne odnotowano na Łotwie (70,9%), a następnie w Bułgarii (72,7%) i w Polsce (74,9%).

Odsetek respondentów zgadzających się (zdecydowanie zgadza się lub raczej się zgadza) ze wszystkimi czterema pierwszymi stwierdzeniami, dotyczącymi ogólnego stosunku do szczepionek zwiększył się od 2015 roku w Słowenii (gdzie średni wzrost wszystkich stwierdzeń był największy), Grecji, Włoszech i Wielkiej Brytanii oraz w Danii, Francji, Holandii i Rumunii. Niestety, wyniki badania sugerują, że ogólne zaufanie do szczepionek zmniejszyło się w Polsce i to w odniesieniu do wszystkich 4 stwierdzeń: odsetek respondentów zgadzających się, że szczepionki są ważne dla dzieci zmniejszył się o 9,2%, szczepionki są bezpieczne o 7,3%, skuteczne o 7,7%, i zgodne z przekonaniem religijnym o 17,1%. Wyniki tego badania wskazują, że w 2018 roku Polska zajmowała 25., 23. i 24. miejsce (z 28 krajów UE) pod względem przekonania dotyczącego odpowiednio ogólnego bezpieczeństwa szczepionek oraz bezpieczeństwa szczepionek MMR i szczepionek przeciw grypie sezonowej. Wyniki badania sugerują, że osoby, dla których wykształcenie podstawowe jest najwyższym poziomem wykształcenia, rzadziej zgadzają się (w porównaniu z osobami z wykształceniem średnim), że szczepionki są ważne dla dzieci i bezpieczne oraz że szczepionki są zgodne z przekonaniem religijnym. Z kolei osoby z wykształceniem wyższym niż średnie (licencjackie i średnie podyplomowe) częściej zgadzają się z tym, że szczepionki ogólnie są skuteczne i bezpieczne.

W raporcie przygotowanym przez badaczy Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego⁵¹ przedstawiono postawy obywateli Polski wobec szczepień ochronnych, analizowane w oparciu o wyniki badań prowadzonych przez Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) na reprezentatywnych próbach pełnoletnich mieszkańców Polski. W 2019 roku w ramach szczepień obowiązkowych w grupie dzieci i młodzieży w wieku 0-19 lat zaszczepiono niecałe 95% populacji. Odsetek osób objętych szczepieniami na wybrane choroby różnił się

44 Braczkowska B, Kowalska M, Braczkowski R, Barański K. Determinants of vaccine hesitancy. *Przegl Epidemiol.* 2017;71(2):227-236.

45 Braczkowska B, Kowalska M, Barański K, et al. Parental Opinions and Attitudes about Children's Vaccination Safety in Silesian Voivodeship, Poland. *Int J Environ Res Public Health.* 2018 Apr 15;15(4):756.

46 Kuchar E, Ludwikowska K, Szenborn L, et al. Knowledge Regarding Influenza and Influenza Vaccination in General Population: Results of a National Survey in Poland. *Adv Exp Med Biol.* 2018;1108:55-61.

47 Stefanoff P, Mamelund SE, Robinson M, et al. VACSATC working group on standardization of attitudinal studies in Europe. Tracking parental attitudes on vaccination across European countries: The Vaccine Safety, Attitudes, Training and Communication Project (VACSATC). *Vaccine.* 2010 Aug 9;28(35):5731-7.

48 Główny Inspektorat Sanitarny, Stan Sanitarny Kraju. <https://www.gov.pl/web/gis/raport---stan-sanitarny-kraju>. 18.09.2023.

49 Sim J. Out of two bad choices, I took the slightly better one: Vaccination dilemmas for Scottish and Polish migrant women during the H1N1 influenza pandemic. *Public Health* 2011:505-511.

50 State of vaccine confidence in the EU 2018..., op. cit.

51 Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Szczepienia w Polsce w ujęciu zdrowotnym, społecznym i ekonomicznym. Warszawa 2022. <https://medfake.pl/ebook/wstep/>, 25.09.2023.

ze względu na województwa i rodzaje szczepień, nie zmieniało to jednak ogólnie pozytywnego obrazu sytuacji. Liczba osób uchylających się od szczepień była w Polsce stosunkowo niska, ale w ostatnich latach dynamicznie rośnie. Do 2009 roku utrzymywała się na stabilnym poziomie. O ile w 2010 roku wynosiła 3 437 osób, to w 2019 roku było to już 48 609 osób, czyli aż 14 razy więcej. (W okresie od 1 stycznia do 31 października 2020 roku odnotowano 50 088 uchylających się od szczepień) Liczby te różniły się wyraźnie pomiędzy województwami, i tak np. w 2019 roku wskaźnik ogólny odmów szczepień wynosił 6,6 na 1000 osób w wieku 0–19 lat, i wahał się od 1,6 w województwie podlaskim do 11,8 w województwie pomorskim.

Należy podkreślić, że wzrost liczby osób nieobjętych obowiązkowymi szczepieniami wywołuje niekorzystne skutki zdrowotne w postaci wzrostu zachorowań na choroby zakaźne oraz wzrost liczby ciężkich powikłań po przechorowaniu, które mogą być w wielu przypadkach nieodwracalne.

Według wyników badań przeprowadzonych przez Centrum Badania Opinii Społecznej na przełomie grudnia i listopada 2018 roku, stosunek do szczepień ochronnych dzieci był pozytywny. Warto podkreślić, że CBOS podobne badania prowadził również w 2013 roku i 2017 roku, a wyniki uzyskane w 2018 roku pokazywały bardzo wyraźną poprawę nastawienia Polaków do szczepień. Szczególnie duże, pozytywne zmiany postaw nastąpiły pomiędzy 2017 a 2018 rokiem, co może być tłumaczone m.in. wspomnianą debatą na temat szczepień prowadzoną w związku z procedowanym w Sejmie RP projektem ustawy znoszącej obowiązek szczepień ochronnych, który został ostatecznie odrzucony w listopadzie 2018 roku, a także niepokojące opinię publiczną doniesienia o fali zachorowań na odrę wśród osób niezaszczepionych. W 2018 roku badani w zdecydowanej większości uważali, że szczepienia są najskuteczniejszym sposobem ochrony dzieci przed poważnymi chorobami (93%), uważali także, że szczepienia dzieci powodują więcej dobrego niż złego (90%), a szczepionki są bezpieczne (86%).

Poglądy sceptyczne wobec szczepień, wyrażające się w takich stwierdzeniach jak np. „szczepionki promowane są nie dlatego, że są potrzebne, lecz dlatego, że leży to w interesie koncernów farmaceutycznych” oraz „szczepionki dla dzieci mogą wywołać poważne zaburzenia rozwojowe”, podzielała wyraźna mniejszość respondentów – odpowiednio 22% i 18%. Według wyników badań CBOS zdecydowana większość respondentów (87%) w 2018 roku uważała, że szczepienia ochronne przeciw najgroźniejszym chorobom zakaźnym powinny być obowiązkowe, a rodzice mogą decydować tylko o ewentualnych szczepieniach dodatkowych. Zarazem co dziesiąta osoba (9%) była zdania, że żadne szczepienia ochronne nie powinny być obowiązkowe, a o zaszczepieniu bądź niezaszczepieniu dziecka powinni decydować wyłącznie rodzice.

W raportach z badań Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego⁵² oraz Akademii Leona Koźmińskiego⁵³ przedstawiono postawy rodziców mających wątpliwości czy szczepić swoje dzieci, a także postaw antyszczepionkowych spotykanych w Internecie. Od lutego do grudnia 2021 roku prowadzono badanie netnograficzne (etnografii internetowej) w mediach społecznościowych, przede wszystkim w oparciu o obserwację aktywnie działających (głównie na Facebooku) kilkunastu grup zajmujących się zdrowym stylem życia, szczepieniami oraz wymianą doświadczeń między rodzicami. Na podstawie analizy tego

badania sformułowano określone wnioski, wskazujące na przyczyny rozpowszechniania w Internecie niesprawdzonych, błędnych, a czasem nieprawdziwych informacji. Autorzy zwrócili uwagę na następujące kwestie:

1. Brak zaufania do pracowników ochrony zdrowia jako efekt negatywnych doświadczeń w kontaktach przede wszystkim z lekarzami oraz przedstawicielami innych zawodów medycznych. Rozczarowani rodzice uważają grupy internetowe za bardziej wiarygodne źródła informacji, a wręcz są bardziej podatni na informacje przekazywane tą drogą.
2. Ogólny brak zaufania do polityków kreujących politykę w zakresie ochrony zdrowia i politykę w ogóle, kwestionowanie badań naukowych, brak zaufania do mediów głównego nurtu, przekonanie o istotnym znaczeniu i wpływie „koncernów farmaceutycznych” na decyzje polityków i lekarzy, czemu towarzyszy potrzeba znalezienia takiego źródła informacji, któremu w przeciwieństwie do oficjalnego przekazu można w pełni zaufać.
3. Przekazy internetowe są szczególnie często i szczególnie mocno nacechowane ładunkiem emocjonalnym, co z kolei wywołuje emocje u odbiorców, potęgujące uzyskany przekaz.
4. Używanie neologizmów, także – jak już wyżej wspomniano – nacechowanych emocjonalnie, często mających na celu pogłębienie podziałów i polaryzację skrajnych opinii.
5. Dzielenie się osobistym doświadczeniem nadaje wiarygodności przekazowi, choć przedstawiane opisy i fakty mogą dotyczyć jednostkowych, czasem wyjątkowych przypadków. W odbiorcach wywołuje to jednak przekonanie o wiarygodności i budzi obawy przed powtarzaniem się opisywanych zdarzeń.
6. Braki w zasobach edukacyjnych i komunikacyjnych będące efektem braku jednoznacznych standardów przystępnego sposobu komunikowania i edukowania społecznego w ramach polityki zdrowotnej, a jednocześnie stosowanie niezrozumiałego stylu i hermetycznego języka dotyczącego skomplikowanych procedur formalnoprawnych wzmagają poczucie niepewności i braku bezpieczeństwa dotyczącego szczepień.

Interesujące wyniki przyniosło badanie prowadzone przez badaczy USWPS „Analiza i badanie mechanizmów psychospołecznych determinujących podejmowanie decyzji na temat szczepień”⁵⁴. W Polsce najważniejszymi powodami do zaszczepienia okazały się: chęć ochrony innych, chęć ochrony siebie, chęć uniknięcia utrudnień. Najbardziej wskazywanym powodem była chęć pomocy w zwalczaniu kryzysu finansowego. W Polsce w porównaniu z innymi krajami uzyskano najniższe wskaźniki istotności dla każdego z powodów zaszczepienia się poza powodem „zakończenie pandemii”.

Z kolei najważniejszymi powodami niezaszczepienia się były: wiara w szkodliwość szczepień, niewiara w skuteczność szczepień oraz protest przeciwko przymusowi szczepień. Najbardziej wskazywanym powodem był „brak okazji” oraz „bycie ozdrowieńcem”. Należy podkreślić, że na tle innych krajów Polska wyróżnia się najsilniejszym przekonaniem o szkodliwości szczepień, co potwierdza silny wpływ źródeł przekazu wskazujących ten aspekt oraz istotną potrzebę edukacji, przy użyciu różnych form przekazu, skierowanych do różnych grup społecznych.

Należy przyznać, że pandemia COVID-19 w szczególny sposób nie tylko ujawniła, ale wręcz pobudziła do aktywności mniej lub bardziej zorganizowane tzw. „ruchy antyszczepionkowe”. Skuteczność i bez-

52 Warszawski Uniwersytet Medyczny. Raport..., op. cit.

53 Akademia Leona Koźmińskiego. Raport..., op. cit.

54 Uniwersytet SWPS. Analiza i badanie mechanizmów psychospołecznych determinujących podejmowanie decyzji na temat szczepień. Warszawa 2022. <https://medfake.pl/news/analiza-i-badanie-mechanizmow-psychospolecznych-determinujacych-podejmowanie-decyzji-na-temat-szczepien-raport-z-badan-uswps-3/>, 26.09.2023.

pieczeństwo szczepionek przeciw SARS-Cov-2 wzbudziła dyskusje w prasie, mediach, portalach społecznościowych, w środowiskach medycznych, ale też w rodzinach i gabinetach lekarskich. Temat ten stał się także przedmiotem wielu opracowań, w których analizowano postawy wobec szczepień w wymiarze indywidualnym i społecznym, a także czynniki, jakie wpływają na te postawy.

W 2021 roku włoscy badacze na podstawie przeglądu piśmiennictwa analizowali czynniki, które wpływały na decyzję o przyjęciu (lub nie) szczepionki przeciw SARS-CoV-2⁵⁵. Autorzy wskazali na następujące elementy:

- pochodzenie etniczne: czarnoskórzy/Afrykanie wykazywali niższą akceptacją;
- status zawodowy: osoby bezrobotne charakteryzowały się niższą akceptacją;
- osobiste przekonania: uczestnicy z osobistymi przekonaniami przeciwko szczepionkom wykazywali niższą akceptację; ci, którzy otrzymali szczepienia (zwłaszcza przeciwko grypie) w przeszłości, wykazywali wyższą akceptację;
- religijność: religijność była ujemnie skorelowana ze szczepieniem przeciwko COVID-19;
- polityka: respondenci, którzy zadeklarowali sympatię do partii demokratycznych znacznie częściej decydowali się na szczepienie, natomiast osoby związane z partiami radykalnymi lub które nie głosowały/nie czuły się związane z żadną partią, były znacznie bardziej skłonne do odmowy przyjęcia szczepionki. Osoby, które w ostatnich wyborach głosowały na kandydata skrajnej lewicy lub skrajnej prawicy, częściej odmawiały szczepienia, choć zwrócono też uwagę, że ideologia polityczna nie miała związku z nastawieniem do szczepień;
- płeć: kobiety wykazywały niższą akceptację;
- wykształcenie: osoby z niskim wykształceniem charakteryzowały się niższą akceptacją (poza badaniem przeprowadzonym w Turcji);
- wiek: młody wiek ogólnie wiązał się z mniejszą skłonnością do przyjęcia szczepionki. W jednym badaniu zaobserwowano jednak, że grupa w średnim wieku wykazywała zmniejszoną skłonność do szczepienia w porównaniu z osobami w wieku 18-34 lata i osobami w wieku powyżej 60 lat, a innym badaniu autorzy wykazali większe wahanie wśród osób powyżej 75 lat;
- dochód: osoby o niższych dochodach wykazywały niższą akceptację, ale inni badacze zaobserwowali, że dochód nie miał związku z nastawieniem do szczepień;
- zakażenie COVID-19: nie zaobserwowano różnicy między osobami zakażonymi i niezakażonymi;
- obawy związane z COVID-19: osoby, które bardzo obawiały się zakażenia, rzadziej odmawiały przyjęcia szczepionki;
- praca w placówkach służby zdrowia: pracownicy służby zdrowia wykazywali ogólnie większą akceptację, choć były też badania wskazujące na brak różnic w akceptacji szczepionek wśród personelu medycznego i personelu niebędącego pracownikami służby zdrowia oraz brak znaczących różnic między studentami medycyny i innych kierunków.

Najczęściej podawanymi powodami odmowy szczepienia były: ogólny sprzeciw wobec szczepień, obawy dotyczące bezpieczeństwa/uznanie, że szczepionka wyprodukowana w pośpiechu jest zbyt niebezpieczna, uznanie szczepionki za bezużyteczną ze względu

na nieszkodliwość COVID-19, ogólny brak zaufania, wątpliwości co do skuteczności szczepionki, przekonanie, że jest się już zaszczepionym, wątpliwości co do pochodzenia szczepionki.

Opracowanie definicji dotyczącej „wahań odnośnie do szczepień” i określenie czynników wpływających na te postawy okazuje się niewystarczające, zwłaszcza w kontekście często sprzecznych wyników badań, co może wynikać z braku mierzalnych i możliwych do analizy parametrów. Larson i wsp. opracowali w 2015 roku kwestionariusz, którego celem jest ocena stopnia wahania i próba kwantyfikacji takich zachowań⁵⁶. Kwestionariusz ten obejmował zestaw pytań ankietowych, które opracowano po wstępnym przeglądzie istniejących ankiet dotyczących wahań odnośnie do szczepień oraz po konsultacjach w ramach grupy roboczej SAGE Vaccine Hesitancy Working Group. Jego użycie jest rekomendowane w celu prowadzenia dogłębnych badań w opisywanym temacie.

Budowanie przekazu dotyczącego szczepień

Model popularyzacji szczepień musi być oparty na silnych fundamentach, czyli dowodach naukowych. Promocja zdrowia oparta na dowodach (wng. Evidence-based Health Promotion, EBHP) jest odpowiednikiem medycyny opartej na dowodach (Evidence-based Medicine, EBM). Ma to szczególne znaczenie w przypadku działań angażujących istotne zasoby, w tym finansowe. Edukacja zdrowotna i działania profilaktyczne są integralną częścią aktywności przedstawicieli wszystkich zawodów ochrony zdrowia, jednak obowiązek ten nie jest realizowany rutynowo z wielu powodów, w tym w związku z obciążeniem podstawowymi obowiązkami.

Budowanie przekazu dotyczącego szczepień jest procesem obejmującym wiele osób, instytucji oraz kanałów komunikacyjnych, w tym często nieoczywistych, jak nieformalne grupy społeczne czy nieformalne kontakty między rodzicami⁵⁷. U podstaw każdej strategii promocji szczepień prowadzonej z zachowaniem zasad postępowania opartego na dowodach naukowych leży zrozumienie przyczyn zachowań i motywacji, które kierują postawami jednostek oraz ich zmianami. Przedstawione wcześniej informacje dotyczące przejawianych postaw i opinii to tylko początek bardziej szczegółowej analizy, w której właśnie należy dojść do źródeł i przyczyn tych zjawisk.

Podstawowym celem popularyzacji szczepień jest zwiększenie odsetka osób zaszczepionych w populacji i utrwalenie potrzeby szczepienia się w społeczeństwie. W tym celu podejmuje się wiele aktywności o różnym stopniu penetracji, różniących się formą, treścią, m.in. w zależności od grupy docelowej, do której określona forma przekazu jest adresowana. Należy zdawać sobie sprawę, że żadne z działań nie jest w pełni skuteczne, a każdą interwencję można wykonać w nieprawidłowy sposób, co według Światowej Organizacji Zdrowia najczęściej dotyczy działań edukacyjnych i przypominających. Najskuteczniejsze metody promujące szczepienia obejmują m.in. kierowanie przekazu do grup osób niezaszczepionych lub w których odsetek zaszczepionych jest niski, zwiększenie świadomości i wiedzy na temat szczepień, zwiększenie wygody i dostępności szczepień, wprowadzenie obowiązku szczepień lub sankcji z powodu ich braku, przypominanie i kontakt z pacjentami, zaangażowanie liderów, np. religijnych lub świeckich. Z kolei najmniej skuteczne metody obejmują poprawę jakości zarządzania programami szczepień, w tym raportowania, dzia-

55 Troiano G, Nardi A. Vaccine hesitancy in the era of COVID-19. *Public Health* 2021;194:245-251.

56 Larson HJ, Jarrett C, Schulz WS, et al. Measuring vaccine hesitancy: The development of a survey tool. *Vaccine* 2015;33:4165-4175.

57 Durach F, Buturoiu R, Craiu D, et al. Crisis of confidence in vaccination and the role of social media. *Eur J Paediatr Neurol*. 2022. Jan;36:84-92.

lania „dystansowe”, np. plakaty, strony internetowe, artykuły prasowe, reklamy radiowe czy też zachęty finansowe⁵⁸.

Amerykański zbiór działań mających na celu zwiększenie liczby szczepień i zmniejszenie liczby zachorowań na choroby zakaźne liczy obecnie 59 różnych interwencji. Interwencje poparte silnymi rekomendacjami w rozumieniu dostępnych dowodów naukowych obejmują interwencje w placówce ochrony zdrowia wdrażane łącznie, czyli skoordynowane interwencje realizowane w placówce ochrony zdrowia (np. przypomnienia dla świadczeniobiorców, edukacja pacjentów w placówce ochrony zdrowia, rozszerzony dostęp do placówki ochrony zdrowia, ocena pracy świadczeniodawców, przypomnienia dla świadczeniodawców, skierowania), ocenę liczby szczepień wykonywanych przez świadczeniodawcę i udzielanie informacji np. o średniej liczbie wykonanych szczepień oraz interwencje społeczne wdrażane łącznie, czyli z wykorzystaniem skoordynowanych interwencji, zwiększających zapotrzebowanie społeczne na szczepienia (przypomnienia, wizyty osobiste, edukacja bezpośrednia i społeczna, zachęty, dokumentacja przechowywana przez pacjentów) lub zwiększających dostęp do szczepień (rozszerzony dostęp do placówek ochrony zdrowia, wizyty domowe, obniżenie kosztów szczepień).

Najliczniejszymi i najskuteczniejszymi interwencjami są te, które ułatwiają wykonywanie szczepień, oparte na wykorzystaniu pozytywnych lub neutralnych postaw wobec szczepień, które zdają się dominować w społeczeństwie (przypomnienia, sugestie, namowy), usuwaniu barier w dostępie do szczepień w celu wykonywania ich bez dodatkowego wysiłku ze strony pacjenta (dostępność i logistyka szczepień) oraz kształtowaniu zachowań przez zachęty, sankcje i wymagania wobec pacjentów.

Jak już wcześniej wspomniano, pandemia COVID-19 dała szczególny asumpt do podjęcia badań, których celem było określenie najbardziej skutecznych metod odpowiedzi na wahania dotyczące szczepień, czy też postawy ewidentnie sprzeciwiające się szczepieniom.

Wielu autorów podkreślało, że jest to niezwykle złożona, ale też trudna materia. Dotyczy zjawisk z pogranicza medycyny, psychologii, socjologii, behawioryzmu, często wymykających się przyjętym definicjom i utartym schematom. Innym utrudnieniem jest brak ścisłych metod oceny skuteczności tych interwencji, z uwagi na trudności w określeniu policzalnych, możliwych do analizy parametrów czy mierników.

Próbie przedstawienia interwencji opartych na dowodach podjęli w 2020 roku Finney Rutten LJ i wsp.⁵⁹

Według autorów możliwe do zastosowania interwencje obejmują:

- Interwencje na poziomie polityki i społeczności

Obejmują one takie działania jak ograniczanie współpłacenia pacjentów i wymaganie szczepień od osób sprawujących opiekę nad dziećmi w placówkach opiekuńczych i edukacyjnych oraz uczniów i studentów.

Interwencje na poziomie społeczności powinny z kolei usuwać bariery w dostępie do szczepień przez oferowanie programów szczepień w szkołach i ośrodkach opieki nad dziećmi oraz zapewnianie szczepień w ramach programów dla kobiet, niemowląt i dzieci.

- Interwencje na poziomie interpersonalnym

Obejmują one interakcje między lekarzami a pacjentami (lub rodzinami pacjentów). Wiele opracowań wskazuje, że aktywna postawa lekarzy zwiększa częstość podejmowania różnych zachowań zapobiegawczych, w tym przyjmowania szczepień. Lekarze pozostają naj-

bardziej zaufanym źródłem informacji w ogóle, a szczególnie w odniesieniu do COVID-19. Wskazywano na większe prawdopodobieństwo przyjęcia szczepionki przeciwko COVID-19, jeśli zaleci to lekarz.

W badaniach obserwacyjnych i klinicznych ze szczepionkami dla dzieci wskazywano, że stosowanie języka przypominającego ogłoszenie („Dzisiaj dostaniesz szczepionkę”) zamiast języka konwersacyjnego („Jak byś się czuł, gdybyś otrzymał dzisiaj szczepionkę?”) również zwiększa liczbę szczepień. Jednoznaczne zalecenia sformułowane przez cieszących się zaufaniem lekarzy mogą zwiększyć zaufanie do szczepionek i zmniejszyć obawy dotyczące ich bezpieczeństwa.

- Interwencje na poziomie indywidualnym

Interwencje z tej grupy kierowane są do członków zespołów opieki zdrowotnej i pacjentów. Wyniki badań sugerują, że podejmowanie edukacji lekarzy i pacjentów bez wykorzystania innych strategii jest w dużej mierze nieskuteczne, jednak w połączeniu z interwencjami na poziomie organizacyjnym i interpersonalnym, interwencje edukacyjne na poziomie indywidualnym mogą wzmocnić przekaz personelu medycznego dotyczący promowania szczepień i zwiększyć skuteczność działań na rzecz ograniczenia wahań wśród pacjentów.

- Interwencje ukierunkowane na lekarzy i personel służby zdrowia

W celu przygotowania lekarzy i personelu medycznego do przedstawiania stanowczych zaleceń swoim pacjentom, muszą oni przejść odpowiednie szkolenie i edukację, obejmujące informacje na temat skuteczności, bezpieczeństwa i reaktywności szczepionki. Szkolenia powinny też uwzględniać sposoby formułowania zdecydowanych zaleceń i reagowania na wahania co do szczepień. Szkolenia i edukacja w zakresie rozwiązywania problemów pacjentów powinny mieć łatwą formę, aby ułatwić przekazywanie informacji pacjentom. Szkolenie powinno też obejmować umiejętności dotyczące komunikacji, aby była ona szczerą, kulturowo odpowiednią i spójną. Zwraca się uwagę, że szkolenia i edukacja powinny wzmocnić pozycję całego personelu opieki zdrowotnej, tzn. pielęgniarki, recepcjonistki, personelu zajmującego się planowaniem i wyznaczaniem wizyt oraz innych asystentów administracyjnych, a nie tylko lekarzy, którzy mają kontakt z pacjentami.

- Interwencje ukierunkowane na pacjentów

Opracowywanie i dostarczanie materiałów edukacyjnych dla pacjentów w połączeniu z innymi strategiami może poprawić wskaźniki szczepień, zwłaszcza, jeśli działania te uwzględniają elementy nauki o zachowaniach i komunikacji. Podkreśla się znaczenie i skuteczność pozytywnych przekazów (np. „Otrzymanie szczepionki przeciwko COVID-19 ochroni ciebie i twoją rodzinę”) w przeciwieństwie do negatywnych (np. „Jeśli zdecydujesz się nie otrzymać szczepionki przeciwko COVID-19, narażasz siebie i swoją rodzinę na ryzyko”). Odwoływanie się do altruizmu i zachowań prospołecznych (np. ochrony własnej rodziny) również okazało się skutecznymi strategiami komunikacyjnymi promującymi szczepienia. Korygowanie błędnych przekonań na temat szczepionek wymaga (1) sformułowania przekazu w sposób, który potwierdza światopogląd odbiorców lub wartości osobiste (np. ochrona rodziny, odpowiedzialność społeczna, patriotyczny obowiązek), (2) wyjaśnienia motywacji dezinformacji na temat szczepionek i przedstawienia opartej na faktach alternatywnej narracji oraz (3) powtarzanie informacji opartych na faktach w celu wzmocnienia ich skuteczności.

58 Plans-Rubió P. Strategies to Increase the Percentages of Vaccination Coverage. *Vaccines* 2022;10:2103

59 Finney Rutten LJ, Zhu X, Leppin AL, et al. Evidence-Based Strategies for Clinical Organizations to Address COVID-19 Vaccine Hesitancy. *Mayo Clin Proc* 2021;96(3):699-707.

● **Interwencje na poziomie organizacji**

Różnorodne interwencje na poziomie organizacji zwiększają wskaźniki szczepień poprzez wspieranie pracy klinicystów lub usuwanie barier dla szczepień. Obejmują one możliwość wizyt pielęgniarek, audyt i informacje zwrotne, systemy przypominania/podpowiedzi w placówkach opieki i wizyty domowe. Wizyty pielęgniarek umożliwiają szczepienie pacjentów bez konieczności uzyskiwania pisemnego zlecenia lekarskiego. Rozszerza to dostęp do szczepień i usprawnia proces szczepienia pacjentów. Ocena wskaźników szczepień lub wyników porównawczych w trakcie audytów może promować normatywne zachowania wśród lekarzy. Przypomnienia, które obejmują bezpośredni kontakt z pacjentami w celu poinformowania ich, że szczepienie ma się odbyć, zbliża się lub jest przeterminowane, zawsze skutecznie poprawiały wskaźniki szczepień. Wizyty domowe mogą również poprawić wskaźniki szczepień i mogą być szczególnie przydatne w dotarciu do populacji objętych niedostateczną opieką.

Najsukuteczniejsze okazały się strategie łączone, które ukierunkowane są na wiele poziomów (np. organizacyjny, interpersonalny, indywidualny) i angażują wielu interesariuszy (np. pacjentów, klinicystów). Praktyczne ograniczenia wymagają od organizacji wyboru spośród dostępnych strategii w celu zidentyfikowania metod, które są wykonalne i akceptowalne w ich specyficznej sytuacji i środowisku. Wybrane strategie powinny odpowiadać unikalnym potrzebom i zasobom oraz usuwać znane bariery.

Wyniki licznych badań potwierdzają pozytywny wpływ działań skierowanych do rodziców na poziom wyszczepialności. Strategie oparte na przypomnieniach o szczepieniu kierowanych do rodziców są najczęściej rekomendowane właśnie przez wzgląd na ich udowodnioną skuteczność, a automatyzacja procesu poprawia także efektywność kosztową tej interwencji.

Celem wielu opracowań jest wyposażenie poszczególnych grup zawodowych i społecznych w techniki i metody komunikacji, które umożliwiłyby skuteczne przeżywanie informacji, ale także oceny zgłaszanych przez rodziców obaw czy też weryfikowanie i sprostowywanie nieprawdziwych czy fałszywych informacji.

Szczególną rolę odgrywa tu pediatra, który dzięki określonym kompetencjom może w znacznym stopniu wpłynąć na postawy pacjentów⁶⁰. Do kompetencji tych należą: umiejętność wysłuchania rodziców, w tym ich obaw czy przekonań ukształtowanych na podstawie innych źródeł (także tych niewiarygodnych i nierzetelnych), zadawania otwartych pytań, formułowania argumentów w zależności od charakterystyki rozmówcy oraz wykazywania szacunku dla autorytetu rodzica, a przez to budowania partnerstwa i zaufania.

Edukacja zdrowotna realizowana przez lekarza i pielęgniarkę jest częścią promocji zdrowego stylu życia, obejmującej m.in. szeroko rozumianą profilaktykę, w tym szczepienia ochronne. Część rodziców niechętnie poddaje swoje dzieci szczepieniom, nawet obowiązkowym, nie tylko z powodu fałszywych przekonań o braku ich skuteczności i bezpieczeństwa, ale także z obawy przed narażeniem dziecka na stres i ból. Szczególne zadania w tym obszarze spoczywają na pielęgniarkach i lekarzach, którzy mogą i powinni zapewnić profesjonalną i troskliwą opiekę oraz miłą atmosferę⁶¹.

Inną przyczyną obaw rodziców przed realizacją szczepienia jest możliwość wystąpienia NOP. Celem szczepień jest przede wszystkim uchronienie dziecka przed chorobą zakaźną, na którą może, ale nie musi zachorować, stąd narażenie dziecka na ewentualny NOP, zwłaszcza zdrowego niemowlęcia czy małego dziecka jest szczególnie trudne do akceptacji. Dlatego należy przekazać rodzicom równoważone informacje – dotyczące zarówno możliwości wystąpienia i ryzyka związanego z NOP, ale też ryzyka związanego z potencjal-

Ryc. 3. Strategie podejmowane w celu zwiększenia akceptacji szczepionek

Interwencje na poziomie organizacji

Interwencje na poziomie interpersonalnym

Interwencje na poziomie indywidualnym

<p>Zadania stałe</p> <p>Audyt, informacje zwrotne</p> <p>Przypomnienia, wezwania</p> <p>Wskazówki w placówkach medycznych</p>	<p>Zalecenia lekarzy</p> <p>Stanowcze rekomendacje</p> <p>Wypowiedzi wskazujące dalsze kroki; klarowna i zwięzła forma komunikatów</p>	<p>Szkolenie i edukacja lekarzy</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Dostarczenie dokładnych i aktualnych informacji ● Szkolenia w zakresie wydawania stanowczych rekomendacji ● Przedstawianie sposobów radzenia sobie z niechęcią do szczepień 	<p>Opracowanie materiałów edukacyjnych dla pacjentów</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Przekazywanie informacji w kategoriach korzyści ● Przedstawianie nowych informacji o chorobie ● Odwoływanie się do altruizmu i zachowań prospołecznych ● Usunięcie barier dla pacjentów ● Stosowanie skutecznych metod przeciwdziałania dezinformacji
---	--	---	--

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Finney Rutten LJ, Zhu X, Leppin AL, et al. Evidence-Based Strategies for Clinical Organizations to Address COVID-19 Vaccine Hesitancy. *Mayo Clin Proc* 2021;96(3):699-707.

60 Raport „Razem przeciw chorobom zakaźnym...”, op. cit.

61 Bednarek A, Zarzycka D. Potrzeba i założenia nowoczesnej edukacji..., op. cit.

Tabela 2. Przykłady strategii opartych na dowodach dotyczących wahań przed przyjęciem szczepionki przeciw COVID-19

Strategia	Przykład
Przekazywanie informacji w kategoriach korzyści	„Szczepienie przeciwko COVID-19 zapewni ochronę Tobie i Twojej rodzinie”
Przedstawianie nowych informacji o chorobie	„Dowiadujemy się, że infekcje COVID-19 mogą powodować długotrwałe i wyniszczające problemy zdrowotne, takie jak zmęczenie, bóle głowy, bóle stawów i trudności ze snem”
Odwoływanie się do altruizmu i zachowań prospołecznych	„Szczepienie przeciwko COVID-19 chroni nie tylko Ciebie, ale także osoby, na których Ci zależy, w tym Twoją rodzinę i przyjaciół”
Usunięcie barier i stosowanie skutecznych metod przeciwdziałania dezinformacji	Odwołanie się do wartości: „Wiem, że bardzo zależy Ci na [ochronie zdrowia swoich bliskich; robieniu tego, co jest właściwe dla Twojej społeczności; dbaniu o swoje zdrowie; ochronie swojej rodziny], a szczepienie przeciwko COVID-19 może Ci w tym pomóc”. Wyjaśnienie źródeł dezinformacji: „Twoje obawy dotyczące [bezpieczeństwa szczepionek; skutków ubocznych; potrzeby szczepienia; harmonogramu szczepień] są powszechnymi błędnymi przekonaniem, które zostały wyolbrzymione przez popularne media”. Powtarzanie faktów: „Istnieją istotne dowody dotyczące [bezpieczeństwa szczepionki przeciwko COVID-19, które zostało udokumentowane u dziesiątek tysięcy pacjentów; tymczasowego i łagodnego charakteru działań niepożądanych; potrzeby szczepienia przeciwko COVID-19 w celu ochrony osób i zakończenia pandemii; potrzeby zaszczepienia się osób, gdy tylko szczepionka stanie się dla nich dostępna]”

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Finney Rutten LJ, Zhu X, Leppin AL, et al. Evidence-Based Strategies for Clinical Organizations to Address COVID-19 Vaccine Hesitancy. *Mayo Clin Proc* 2021;96(3):699-707.

nymi zagrożeniami powstałymi na skutek zachorowania na chorobę zakaźną czy jej powikłań.

Każdy rodzic jest informowany o tym, że ma prawo wyboru jaki rodzaj szczepionki chce podać swojemu dziecku. Bardzo ważne jest przedstawienie rodzicom w przystępny sposób informacji na temat szczepionek obowiązkowych i zalecanych, kosztów szczepionek oraz ich składu i zakresu potencjalnej ochrony. Dobrym przykładem jest szczepionka przeciw HPV, która jest zalecana, nie obowiązkowa, ale może być podana w postaci preparatu 2-walentnego lub 9-walentnego, które różnią się m.in. wskaźnikiem skutecznej ochrony przed zachorowaniem.

Dynamiczna sytuacja ostatnich lat w zakresie szczepień i realizacji skutecznej immunoprofilaktyki w Polsce stwarza potrzebę rzetelnej i stałej edukacji, skierowanej nie tylko indywidualnie do poszczególnych rodziców, ale obejmującej także szkolenia i wydarzenia edukacyjne obejmujące całe grupy rodziców, np. w trakcie zebrań szkolnych.

Działalność edukacyjna wymaga od personelu medycznego – lekarza i pielęgniarki – nie tylko szerokiej oraz aktualnej wiedzy medycznej na temat szczepień, ale również umiejętności skutecznego komunikowania się z pacjentem lub jego rodzicami oraz budowania klimatu zaufania w relacjach z nimi. Nie bez znaczenia – co podkreślono w rozdziale dotyczącym roli pracowników ochrony zdrowia – pozostaje osobisty przykład i postawa wobec szczepień, czyli w najprostszym wymiarze regularne oddawanie się szczepieniom, np. przeciw grypie. Proces nowoczesnej edukacji wakcynologicznej to nie tylko skuteczne przekazywanie rzetelnej, sprawdzonej wiedzy opartej na faktach i dowodach naukowych. To pewien proces, którego celem jest nabywanie i rozwijanie kompetencji poszczególnych osób do podejmowania skutecznych decyzji, wyrażania sądów oraz podejmowania odpowiedzialnych działań w zakresie szczepień ochronnych⁶².

Tak rozumiana edukacja wymaga z jednej strony osobistego zaangażowania edukującego, przekonania o słuszności przekazywanych informacji oraz prezentowania postawy uwiarygadniającej formułowane opinie, z drugiej strony wymaga działania interdyscyplinarnego, o czym już wspomniano w rozdziale dotyczącym roli poszczególnych grup zawodowych w obszarze ochrony zdrowia.

Przykładem pozytywnego działania interdyscyplinarnego dotyczącego szczepień w placówce medycznej jest prezentowanie wspólnego, opartego na aktualnej wiedzy medycznej stanowiska dotyczącego odpowiedzi na pytania dotyczące szczepień. Istotne jest także wzajemne informowanie się o nowych doniesieniach naukowych, procedurach medycznych, czy aktach prawnych, a także wspólne monitorowanie dokumentacji przebiegu szczepień pacjenta, ze szczególnym uwzględnieniem reakcji poszczepiennych i sytuacji nietypowych.

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (lekarz rodzinny, pediatra) i pielęgniarka powinni współpracować z personelem medycznym innych specjalności w zakresie edukacji wakcynologicznej, a obszar tej współpracy należy dostosować do specjalizacji medycznej osoby uczestniczącej w edukacji. Szczególnie wymownym przykładem jest współpraca z pracownikami opieki zdrowotnej opiekującymi się kobietą w ciąży, położnicą oraz nowo narodzonym dzieckiem. Lekarz położnik, ginekolog, neonatolog, pielęgniarka i położna powinni przekazywać wiedzę i kształtować postawy rodziców w zakresie szczepienia w ciąży, szczepienia wcześniaków i dzieci młodszych, a także szczepienia przeciwko zakażeniu HPV dziewcząt i młodych kobiet, szczepienia przeciwko grypie kobiet planujących ciążę oraz dzieci młodszych.

Internet i media społecznościowe są istotnym źródłem informacji w niemal wszystkich dziedzinach życia. Znaczna część interakcji międzyludzkich realizowana jest za pośrednictwem właśnie tego kanału komunikacji. Z uwagi na dynamikę zmian i tempo rozprzestrzeniania się informacji w mediach społecznościowych szczególnie interesujące są możliwości pozyskiwania danych z tych źródeł.

Na podstawie wyników badań uzyskanych w trakcie wywiadów pogłębionych prowadzonych przez przedstawicieli Akademii Leona Koźmińskiego⁶³, sformułowano szereg wniosków, które należałoby uwzględnić planując i budując wiarygodny przekaz dotyczący kwestii zdrowotnych, w tym oczywiście szczepień ochronnych.

1. Dla rodziców niezwykle ważne jest poczucie współdecydowania o szczepieniach swoich dzieci. Wynika to z naturalnego poczucia odpowiedzialności i troski o dzieci. Ponadto, wspólne podejmowanie decyzji z lekarzem zwiększa u rodziców przekonanie o słuszności postępowania i ogranicza wątpliwości i obawy. Dodatkowym aspektem jest możliwość przekazania rodzicom w trakcie procesu podejmowania decyzji zdrowotnych dotyczących ich dzieci wiarygodnych informacji, popartych dowodami naukowymi.
2. Rodzice potrzebują rozmowy, zrozumienia i empatii ze strony lekarzy. Lekarze rodzinni, pediatry, ogólnie lekarze pierwszego kontaktu są często powiernikami nie tylko problemów zdrowotnych, ale także innych trosk i obaw, stąd pośpiech, zdawkowość, brak czasu to jedne z głównych przyczyn osłabienia zaufania do lekarza i ogólnie systemu ochrony zdrowia.
3. Szczególnie ważną kwestią są podnoszone w wielu mediach i grupach społecznościowych, ale także w indywidualnych rozmowach związku medycyny, decydentów i lekarzy z przemysłem farmaceutycznym. Pojawiające się okresowo w mediach przekazy dotyczące badań klinicznych czy dostępności i cen leków – często w złym świetle – niezależnie od stopnia ich obiektywności budzą uzasadnione obawy rodziców. Pojawiające się emocje są zręcznie podsycane przez niektóre grupy przeciwników szczepień, świadomie mailujących informacjami. Rzetelna informacja w tym zakresie jest niezbędnym warunkiem kształtowania świadomości i postaw rodziców.
4. Rodzice potrzebują dostępu do informacji, ponieważ sama rozmowa z lekarzem, często zbyt zdawkowa czy prowadzona w pośpiechu, oraz z pielęgniarką, która czasem może poświęcić więcej czasu i uwagi rodzicom i dziecku, nie jest wystarczająca. Rodzic potrzebuje w niektórych sytuacjach spokojnie zapoznać się z argumentami i informacjami i przemyśleć je, zanim podejmie ostateczną decyzję. W dzisiejszych czasach Internet jest najłatwiejszym i najbardziej dostępnym źródłem informacji, ale jak już wyżej wspomniano, pełnym pułapek i zagrożeń związanych z dezinformacją. Stwarza to potrzebę przygotowywania innych materiałów, w formie oczywiście nieodpłatnych ulotek, broszur czy informatorów, które rodzice mogą łatwo uzyskać, zabrać do domu i spokojnie przeanalizować. Ważne są też przekazy skierowane do dzieci i młodzieży, w dostosowanych do tych grup wiekowych formach książeczek, kolorowanek, układanek czy komiksów.
5. Niezwykle istotną wagę ma dostęp do odpowiednich szczepionek, wynikający z decyzji rejestracyjnych i refundacyjnych. Przykładem może być szczepionka przeciw HPV, udostępniona w Polsce jako jednym z ostatnich krajów w Europie. Dodatkowo rozbieżność między refundowaną szczepionką 2-walentną a dostępną w innych krajach i zalecaną przez specjalistów szczepionką 9-walentną jest także źródłem wahań i postaw wyczekujących.

Podsumowując, autorzy raportu wskazują bardzo dokładnie i jednoznacznie, jakie elementy powinien zawierać w sobie przekaz kierowany przez lekarzy czy innych pracowników służby zdrowia do rodziców: chęć i czas na rozmowę, empatia, umiejętność słuchania, poważne odnośnienie się do wątpliwości, osobiste doświadczenie, wiedza ekspercka, zrozumiały, dostosowany do odbiorcy język.

W raporcie „Analiza i badanie mechanizmów psychospołecznych determinujących podejmowanie decyzji na temat szczepień – raport z badań USWPS” przedstawiono wyniki kilkunastu badań, przeprowadzonych w celu oceny skuteczności różnych technik przekazu i wpływu na postawy związane ze szczepionkami⁶⁴.

Technika inokulacji, czyli technika ochrony przed wpływem społecznym, polegająca na zapoznaniu wybranej grupy osób z próbką antyszczepionkowych argumentów wraz z kontrargumentami, które będą w stanie zapobiec późniejszemu wpływom antyszczepionkowego przekazu nie została w pełni potwierdzona, ale też nie zanegowano jej znaczenia. Autorzy zwracają uwagę, że być może zmiana niektórych warunków badania, w tym liczebności badanych osób badanych i możliwości wykrywania niewielkich efektów eksperymentalnej manipulacji mogłaby dokładniej ocenić przydatność i skuteczność tej metody.

Drugą analizowaną metodą było stworzenie cyfrowego, angażującego medium (gry komputerowej), które miało w humorystyczny i metaforyczny sposób ukazać mechanizmy tworzenia dezinformacji w obszarze szczepień. Wyniki tego badania z jednej strony ukazały możliwy wpływ takiego medium na wahania dotyczące szczepień oraz rozpoznawanie fakenewsów, jednak z drugiej strony analizy eksploracyjne wykazały, że grupy, którym udostępniono 2 wersje gry obejmowały osoby różniące się wiekiem oraz wykształceniem, a obie te zmienne okazały się wiązać zarówno ze stosunkiem do szczepień, jak i z wiarą w fake newsy. Skądinąd potwierdza to tylko konieczność dostosowania przekazu dotyczącego szczepień do wieku, wykształcenia i możliwości odbioru grupy docelowej. Warto podkreślić, że w grupie eksperymentalnej w tym badaniu zaobserwowano pozytywne tendencje dotyczące pozytywnej postawy wobec szczepień i braku wiary w fake newsy u najmłodszych uczestników (do 30 r.ż. włącznie), jednak mała liczebność tej grupy wymaga potwierdzenia tych obserwacji.

Autorzy raportu nie formułują w tym miejscu określonych wniosków, podkreślają jednak, że poznanie perspektywy osób sceptycznie nastawionych do szczepień umożliwia nie tylko planowanie kolejnych badań, ale też pomaga w istotnym stopniu w przygotowaniu odpowiedniego przekazu zawierającego dobrze dobrane argumenty. Wobec przytoczonych wyżej wniosków z wywiadów pogłębionych z rodzicami potwierdza to tylko konieczność wysłuchania obaw i zastrzeżeń rodziców, aby móc się do nich odnieść i przedstawić stosowane kontrargumenty.

W ramach projektu „Budowanie zaufania do szczepień ochronnych z wykorzystaniem najnowszych narzędzi komunikacji i wpływu społecznego” przeprowadzono jeszcze kilka innych badań, uwzględniających m.in. aspekty moralne związane ze szczepieniami, różnice poznawcze wynikające ze zróżnicowania badanych grup oraz form przekazu, a także szczególne podkreślenie korzyści i zagrożeń związanych ze szczepieniami. Wyniki wszystkich tych badań były niejednoznaczne. Z jednej strony wykazano tendencję do bardziej pozytywnych postaw wobec szczepień, z drugiej jednak strony takie strategie przekazu miały też wpływ na przeciwników szczepionek, wzmacniając i nasilając siłę ich przekazu.

Uzyskane obserwacje potwierdzają, że obszar, który w niniejszym raporcie określono jako „stosunek do szczepień ochronnych”, obejmuje niezwykle wrażliwą materię, trudno poddającą się jednoznacznym ocenom i definicjom. Zróżnicowanie wpływu różnych form przekazu od wieku, poziomu wykształcenia, postawy wyjściowej, nastawienia, możliwości poznawczych i wielu innych czynników potwierdza też, że nie ma uniwersalnych rozwiązań.

63 Akademia Leona Koźmińskiego. Raport..., op. cit.

64 Uniwersytet SWPS. Raport..., op. cit.

Podsumowanie i zalecenia

Na podstawie przytoczonych wyników badań i publikowanych prac można sformułować następujące wnioski:

1. Postawy rodziców wobec szczepień ochronnych u dzieci są zróżnicowane, w zależności od wielu czynników, w tym wieku rodziców, wykształcenia, podatności na wpływ dezinformacji i fake newsów, możliwości poznawczych, osobistych doświadczeń, w tym dotyczących kontaktu z lekarzami i innymi przedstawicielami służby zdrowia.
2. Odsetek rodziców odmawiających szczepień zwiększa się. Dotyczy to nie tylko szczepień przeciw COVID-19, które wzbudziły wiele emocji i dyskusji, czy też szczepień zalecanych, budzących różne kontrowersje, w tym etyczno-moralne, jak szczepienie przeciw HPV, ale także szczepień obowiązkowych z założenia, przeciw powszechnym chorobom zakaźnym.
3. Jednym z podstawowych czynników wpływających na skuteczność przekazu dotyczącego szczepień jest rozpoznanie argumentów i przesłanek formułowanych przez grupę rodziców odmawiających szczepień, ale – co równie ważne, lub nawet ważniejsze – rodziców wahających się, czy szczepić swoje dzieci.
4. Skuteczny przekaz do rodziców powinien opierać się na zaufaniu do lekarzy i pracowników służby zdrowia, nadającym temu przekazowi wiarygodności. Zaufanie to z kolei wymaga empatycznych postaw, otwartości, przestrzeni i czasu na rozmowę oraz często własnego przykładu i doświadczenia.
5. Zróżnicowanie postaw rodziców oraz przesłanek i argumentów leżących u ich podstawy wymaga znacznej indywidualizacji form przekazu. Potrzebne są tzw. tradycyjne nośniki i media, jak materiały piśmienne w formie broszur, ulotek, informatorów, ale także obejmujące inne, „niestandardowe” formy, takie jak gry planszowe czy komputerowe, komiksy, materiały dla młodszych dzieci.
6. Siła i skuteczność przekazu z użyciem różnych form i treści wymaga jeszcze wielu badań obejmujących funkcje poznawcze, tak aby wybrać takie możliwości przekazu, które okażą się najbardziej efektywne nie tylko w pozytywnym znaczeniu budowania pożądanych opinii i postaw, ale też w obszarze neutralizowania nieprawdziwych czy fałszywych przekazów i argumentów przeciwników szczepionek.

3. Rola nauczycieli w popularyzacji wiedzy dotyczącej szczepień

Wiedza i postawy nauczycieli wobec szczepień ochronnych

W wielu opracowaniach dotyczących szczepień i ich roli w profilaktyce zdrowia jednostek i społeczeństw podkreśla się znaczenie edukacji. Naturalnym środowiskiem edukacji wydaje się szkoła, dlatego nie można pominąć roli nauczycieli i wychowawców w tym procesie.

W raporcie Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego⁶⁵ analizowano działania edukacyjne prowadzone w ramach programów polityki zdrowotnej (PPZ). Wyniki wskazują, iż mniej niż połowa PPZ obejmowała działania o charakterze edukacyjnym. Co więcej, nie zakładały one też wywołania prozdrowotnej zmiany w zachowaniach pacjenta (innej niż ewentualne przyjęcie kolejnej dawki szczepionki). Brak działań edukacyjnych (przekazania wiedzy, kompetencji i umiejętności zadbania o własne zdrowie) może skutkować nieuzasadnionym przekonaniem, że otrzymane szczepienie stanowi pełne i wystarczające zabezpieczenie przed chorobą i jej ewentualnymi powikłaniami, a nawet prowadzić do podejmowania zachowań ryzykownych (np. spotkanie się z osobami chorymi po zaszczepieniu przeciwko grypie). Pomimo faktu, że pewnym wyjątkiem okazała się większość PPZ z zakresu szczepień przeciwko HPV oraz niektóre programy szczepień przeciwko grypie, przytoczone przykłady wskazują, że rola nauczycieli i wychowawców w procesie szeroko rozumianej profilaktyki zdrowotnej, w tym szczepień ochronnych jest nie tylko niedoceniana, ale też potencjał, jaki tkwi w działaniach tej grupy zawodowej, pozostaje niewykorzystany. Nie można jednak zapomnieć o postawach nauczycieli, którzy często wyrażają obawy i wahania wobec szczepień, co również wymaga uwzględnienia w podejmowanych działaniach.

W raporcie badaczy Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego⁶⁶ sporo miejsca poświęcono nauczycielom i ich roli w zwiększeniu wyszczepialności. Raport Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego uszczegóławia te obszary⁶⁷, podejmując działania badawcze w tej grupie osób. Z uwagi na zróżnicowaną charakterystykę pracy oraz kontakt z uczniami z różnych grup wiekowych (w tym niepełnoletnich i pełnoletnich) tę grupę zawodową podzielono na nauczycieli pracujących w żłobku, przedszkolu, szkole podstawowej oraz nauczycieli szkół średnich oraz uczelni wyższych. W badaniu dotyczącym nauczycieli żłobków, przedszkoli i szkół podstawowych uwzględniono 10 nauczycieli (3 pracujących w żłobkach, 2 w przedszkolach i 5 w szkołach podstawowych) w średnim wieku 36,3 lat, z których większość stanowiły kobiety. Wyniki wskazują, że zdecydowana większość nauczycieli nie interesuje się tematyką szczepień ochronnych i nie prowadzi rozmów na ten temat w miejscu pracy z wyjątkiem szczepień przeciw COVID-19. Większość z nich nigdy nie szczepiła się przeciw grypie i nie ma wyrobionej opinii odnośnie do szczepień w przyszłości, a szczepienia te nigdy nie były promowane w miejscu pracy większości nauczycieli. Niemniej nauczyciele uważają,

że szczepienia są ważne, a dzieci uczęszczające do żłobków, przedszkoli i szkół podstawowych powinny być objęte szczepieniami obowiązkowymi. Źródłem informacji na temat szczepień dla większości respondentów jest Internet (głównie media społecznościowe oraz fora internetowe). Badani nauczyciele spotykali się w swoim środowisku z negatywnym stosunkiem wobec szczepień i uważają, że są one wynikiem uzyskiwania informacji z niewiarygodnych źródeł informacji. Nauczyciele posiadający dzieci szczepią je zgodnie z kalendarzem szczepień obowiązkowych, a nieliczni według kalendarza szczepień zalecanych. Lekarze pediatrzy nie stanowią źródła wiedzy na temat szczepień ochronnych w grupie badanej. Podkreślano konieczność indywidualnego podejścia do każdego dziecka w trakcie klasyfikacji do szczepienia. Wszyscy respondenci ogólnie popierają szczepienia ochronne i uważają je za skuteczne i bezpieczne. Obawiają się jednak wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych. Wszyscy uważają, że należy zwiększyć zaufanie społeczeństwa wobec szczepień ochronnych przy użyciu środków masowego przekazu czy kursów edukacyjnych

W grupie obejmującej nauczycieli szkół średnich i wyższych wykazano, że posiadana wiedza na temat szczepień nie ma wpływu na gotowość podejmowania dyskusji na temat szczepień. W miejscu pracy nauczycieli z tej grupy nie prowadzono rozmów dotyczących szczepień w okresie przed pandemią, a pracodawcy nie zachęcali pracowników do skorzystania z możliwości zaszczepienia się przeciw grypie. Temat szczepień zaczął być częściej poruszany wraz z wprowadzeniem szczepień przeciw COVID-19, również z uczniami. Nauczyciele poruszają czasami w rozmowach ze współpracownikami temat szczepień dzieci, szczepienia przeciw grypie, również szczepienia przeciw COVID-19. Niestety, nie zawsze czerpią wiedzę z rzetelnych źródeł i zdarza się, że nie potrafią zweryfikować prawdziwości określonej informacji. Niepokojącą obserwacją z badania jest fakt, że wśród nauczycieli obserwuje się postawy zarówno proszczepienne, jak i przeciwnie szczepieniom, przy czym osoby pozytywnie ustosunkowane do szczepień nie potrafią i/lub nie chcą dyskutować z osobami przeciwnymi szczepieniom. Nauczyciele przytaczali opisy niepożądanych odczynów poszczepiennych i wskazywali na możliwość niedostatecznych badań nad szczepionką przeciw COVID-19.

Żaden z badanych nauczycieli nie identyfikował się z ruchami antyszczepionkowymi, jednak niektórzy obok poglądów przychylnych szczepieniom wyrażają poglądy charakterystyczne dla osób nie w pełni przekonanych do szczepień ochronnych. W podsumowaniu stwierdzono, że wiedza nauczycieli na temat szczepień oraz zaufanie do szczepień są niewystarczające. Część nauczycieli nie potrafi odróżnić informacji fałszywych od prawdziwych. Nauczyciele zwracają uwagę na chaos informacyjny w mediach, brak spójnego przekazu dotyczącego szczepień, a nawet na brak możliwości przeciwdziałania fake newsom. Zauważono, że podejmowane działania w celu zwiększenia zaufania społeczeństwa do szczepień są niewystarczające, a w przestrzeni publicznej występuje niedostateczna ilość rzetelnych informacji na temat szczepień w krótkiej, przystępnej formie.

W Niemczech w kwietniu 2021 roku przeprowadzono anonimową, przekrojową ankietę internetową, której celem było określenie obaw nauczycieli przed zarażeniem SARS-CoV-2, ich postrzegania ryzyka, zamiaru przyjęcia szczepionki przeciwko COVID-19 oraz opinii na temat środków ostrożności związanych z COVID-19⁶⁸.

Ankietę wypełniło 6753 nauczycieli z medianą wieku 43 lata, z któ-

65 Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Szczepienia w Polsce..., op. cit.

66 Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Szczepienia w Polsce..., op. cit.

67 Warszawski Uniwersytet Medyczny. Raport..., op. cit.

68 Weinert S, Thronicke A, Hinse M, et al. School Teachers' Self-Reported Fear and Risk Perception during the COVID-19 Pandemic—A Nationwide Survey in Germany. Int. J. Environ Res. Public Health 2021;18:9218.

rych 77% stanowiły kobiety. Większość uczestników badania pracowała w liceach (29%) i szkołach podstawowych (26%), a 7% uczyło w szkołach prywatnych. Większość uczestniczących nauczycieli (40%) uczyła uczniów klas 7-13, głównie języka niemieckiego (49%) i matematyki (42%). Wielu nauczycieli (64%) miało dzieci. W badaniu tym większość nauczycieli (47%) pytanych o możliwe konflikty z opiniami rodziców na temat środków ostrożności związanych z COVID-19 uważała, że rodzice byli zbyt nieostrożni w kwestii SARS-CoV-2 i myśleli przede wszystkim o sobie i opiece nad dziećmi. Większość nauczycieli (58%) odczuwała presję, aby wdrożyć wytyczne dotyczące środków ostrożności w związku z COVID-19, a 49% uważało, że nie spełniło oczekiwań rodziców i państwa dotyczących wdrożenia środków ostrożności związanych z COVID-19 przy jednoczesnym kontynuowaniu nauczania dzieci w sposób przyjazny i na wysokim poziomie. Wielu nauczycieli (45%) poddało się w pewnym momencie naleganiom rodziców na zastosowanie dodatkowych środków ostrożności w związku z COVID-19. W czasie przeprowadzania ankiety tylko niewielka część nauczycieli biorących udział w badaniu (16%) otrzymała szczepionkę przeciwko COVID-19, jednak większość nauczycieli (77%) zamierzała się zaszczepić. Tylko 6% nie było pewnych co do szczepienia na COVID-19. Główne powody, dla których większość uczestników zaszczepiła się, obejmowały: ochronę własnej osoby przed zachorowaniem na COVID-19 (97%) oraz ochronę rodziny, przyjaciół, dzieci i innych osób (odpowiednio 92%, 75% i 78%). Tylko 26% nauczycieli jako powód do zaszczepienia podało szybki powrót do szkoły. Z kolei nauczyciele powstrzymujący się od szczepień przeciwko COVID-19 jako powody podawali: nieznane długoterminowe następstwa (87%), brak odpowiednich badań szczepionek (78%) oraz obawy dotyczące zdarzeń niepożądanych (76%). Z badań przeprowadzonych w grupie zawodowej nauczycieli wynika, iż nauczyciele nie wyrażają zainteresowania tematem szczepień ochronnych. Szczególnej uwagi wymaga wniosek dotyczący ambiwalentnego stosunku tej grupy zawodowej do szczepień, co wykazano na przykładzie szczepień przeciw grypie i COVID-19. Źródłem wiedzy na temat szczepień ochronnych w grupie nauczycieli jest Internet, a dokładnie fora internetowe i media społecznościowe, a dodatkowo nauczyciele uważają, że zwalczanie fake newsów w Internecie jest niemal niemożliwe⁶⁹.

Uzyskane obserwacje jednoznacznie wskazują na potrzebę edukacji w grupie nauczycieli i to niezależnie od poziomu edukacji, tzn. od nauczycieli pracujących w żłobkach do pracujących w szkołach wyższych. Nauczyciele wymagają wskazania źródeł wiarygodnych informacji, a także przekazywania im rzetelnej wiedzy na temat szczepień w postaci szkoleń, kursów i pogadarek. Wydaje się, że na stan wiedzy i postaw wobec szczepionek pozytywnie wpłynęłoby większe zaangażowanie zakładów pracy w promowanie, ułatwianie i organizowanie akcji szczepień, np. bezpłatnych szczepień przeciw grypie. Nauczyciele wymagają rzetelnej wiedzy na temat przyczyn, epidemiologii i sposobów postępowania w przypadku NOP. Do pracodawców oraz pracowników sektora edukacji należy skierować zachęty do udziału w szkoleniach na temat szczepień. Nauczycielom należy zapewnić możliwość darmowego udziału w szkoleniach dotyczących sprawdzania wiarygodności źródeł informacji.

Istnieje potrzeba podwyższenia kompetencji nauczycieli w zakresie skutecznej komunikacji z uczniem/studentem wyrażającym nienaukowe poglądy. Pojawiające się w społeczności nauczycielskiej obawy

dotyczące przymusu szczepień wiążą się ze strachem przed utratą zdrowia i strachem przed utratą wolności wyboru. Komunikaty dotyczące szczepień wydawane przez instytucje rządowe (np. Ministerstwo Edukacji i Nauki, MEiN) są odbierane przez społeczność nauczycieli mniej przychylnie od komunikatów wydawanych przez instytucje naukowe.

Edukacja zdrowotna jest ważnym narzędziem, za pomocą której można wywoływać zmiany, podkreślać znaczenie otrzymanych informacji, określać kanały komunikacji oraz wzmacniać jednostki i społeczności. Jej ostatecznym celem jest zmiana szkodliwych zachowań i wzmacnianie tych odpowiednich, a podstawą jest komunikacja obejmująca aspekty związane z edukacją, szkoleniem, badaniami, legislacją, koordynacją polityki i rozwojem komunikacyjnym⁷⁰. Edukacji nie można jednak opierać na tych samych narzędziach co w XX wieku, z uwagi na nowe praktyki, formy interakcji i komunikacji. Tym samym niezbędne jest, by nauczyciele na wszystkich poziomach nauczania przeszli szkolenia wstępne w zakresie edukacji zdrowotnej i szczepień, aby sprostać nowym wyzwaniom, jakie stawia metodyka edukacji zdrowotnej.

Kształcenie dzieci i młodzieży w zakresie szczepień ochronnych

Dzieci i młodzież stanowią szczególną grupę społeczną w kontekście szczepień ochronnych z co najmniej kilku powodów:

- dzieci i młodzież podlegają obowiązkowi podawania szczepień ochronnych,
- najwięcej szczepień ochronnych podaje się właśnie w tej grupie wiekowej,
- wyszczepialność dzieci może być wiarygodnym wskaźnikiem postaw i poglądów wobec szczepień prezentowanych w całym społeczeństwie,
- do 18. roku życia to rodzice lub opiekunowie prawni podejmują decyzje dotyczące szczepień u dzieci i niepełnoletniej młodzieży, dlatego postawy i poglądy rodziców i opiekunów w dużej mierze wpływają na wyszczepialność, a także poglądy dzieci,
- dzieci i młodzież są szczególnymi użytkownikami Internetu, brak rzetelnej wiedzy oraz umiejętności różnicowania prawdziwych i nieprawdziwych informacji czyni je szczególnie podatnymi na fałszywy przekaz,
- poglądy uczniów na temat szczepień nierzadko stanowią odzwierciedlenie poglądów i postaw ich rodziców,
- uczniowie, którzy spotkali się z tematyką szczepień podczas lekcji, mają większe zaufanie do szczepień.

W ostatnich latach dzieci nie są jednak systematycznie i kompleksowo edukowane w szkołach na temat szczepień⁷¹. Z tego względu, jako rodzice i dorośli mogą nie rozumieć lub nie doceniać ryzyka chorób, którym można zapobiegać poprzez szczepienia, oraz korzyści płynących ze szczepień dla zdrowia jednostek i społeczności. Obecnie większość chorób, którym można zapobiegać poprzez szczepienia, stała się znacznie mniej powszechna, a zmniejszenie zachorowalności oraz liczby powikłań chorób zakaźnych w wyniku powszechnego stosowania szczepionek wpłynęło paradoksalnie na zmniejszenie poczucia konieczności edukacji w tym zakresie.

Z opisanych wyżej względów uważa się, że dzieci i młodzież są waż-

69 Warszawski Uniwersytet Medyczny. Raport..., op.cit.

70 García-Toledano E, López-Parra E, Cebrían-Martínez A, Palomares-Ruiz A. The Need for Health Education and Vaccination—Importance of Teacher Training and Family Involvement. *Healthcare* 2022;10:110.

71 Nowak GJ, Gellin BG, MacDonald NE. Addressing vaccine hesitancy: The potential value of commercial and social marketing principles and practices. *Vaccine* 2015;33: 4204-4211.

na grupą odbiorców informacji dotyczących szczepionek. Zapewnienie edukacji i rozpowszechniania wiedzy na temat szczepień wśród dzieci, młodzieży i młodych dorosłych – w tym poprzez programy szkolne – może być dobrą okazją do wspierania akceptacji rodziców, a także kształtowania przyszłych zachowań rodziców i innych osób dorosłych w zakresie akceptacji szczepionek. Wysoki poziom korzystania z mediów społecznościowych wśród dzieci oznacza również możliwość dotarcia do nich i wywarcia na nich wpływu poza szkołami. Dostarczanie lub dzielenie się informacjami przez grupy rówieśnicze jest zarówno powszechne, jak i wpływowe, a znalezienie sposobów wykorzystania tych kanałów do edukowania młodych ludzi na temat chorób, którym można zapobiegać poprzez szczepienia i znaczenie szczepionek, może zapewnić dodatkowe możliwości kształtowania przyszłych przekonań i zachowań związanych ze szczepionkami.

Programy kształcenia dotyczące szczepień kierowane do dzieci i młodzieży powinny koniecznie uwzględniać nowoczesne formy kształcenia, a elementy popularyzacji wiedzy o szczepieniach mogą się znaleźć w zakresie nauczania różnych przedmiotów, również takich jak historia czy matematyka. Powszechność wykorzystywania Internetu do kontaktów społecznych w tej grupie wiekowej oraz jako najłatwiej dostępnego źródła wiedzy wskazuje na konieczność edukacji w zakresie rozpoznawania fake newsów i poszukiwania rzetelnych informacji naukowych.

Szczególne znaczenie ma etyka nauczycieli, ich wiedza, postawa, wyrażane poglądy, a także przykład osobisty.

Badacze z Emory University, USA przedstawili⁷² wyniki projektu, którego celem było określenie skuteczności dwóch interwencji mających na celu zwiększenie wskaźników szczepień młodzieży wśród nastolatków uczęszczających do gimnazjów lub szkół średnich w stanie Georgia⁷³. Analiza dotyczyła szczepień przeciw tężcowi, błonicy, krztuścowi, chorobie meningokokowej, grypie i wirusowi brodawczaka ludzkiego. W randomizowanym, trójramiennym badaniu wykorzystano (a) broszurę edukacyjną skierowaną do rodziców, (b) broszurę dla rodziców i interwencję skierowaną do uczniów przez nauczycieli przedmiotów ścisłych; a (c) w ramieniu kontrolnym nie stosowano żadnej interwencji. Każde ramię interwencyjne obejmowało uczniów z dwóch gimnazjów i dwóch szkół ponadgimnazjalnych, a ramię kontrolne z dwóch gimnazjów i jednego liceum.

Wybór wschodniej części stanu Georgia wynikał ze stosunkowo dużej populacji, dużej liczby szkół miejskich i wiejskich oraz dużej populacji o niskich dochodach i należącej do mniejszości. Zbliżało to badaną populację do warunków spotykanych nie tylko w wielu stanach w USA, ale także w wielu regionach geograficznych na całym świecie. Łącznie na obszarze objętym badaniem było 5734 uczniów gimnazjów i 8586 uczniów szkół średnich. Analizując efekty programu nauczania dla młodzieży realizowanego przez nauczyciela przeprowadzono test wstępny i końcowy, oceniający zmiany w wiedzy i postawach uczniów po udziale w programie nauczania. Wśród gimnazjalistów wykazano statystycznie istotne zwiększenie wiedzy na temat produkcji szczepionek (z 14% do 25,3% w teście początkowym i końcowym). Odnotowano też statystycznie istotne zwiększenie wiedzy na temat czterech zalecanych szczepionek dla nastolatków zarówno dla uczniów szkół średnich (21% do 66,4%), jak i szkół średnich (38,7% do 67,6%). Nastąpiło statystycznie istotne zwiększenie świadomości, że dzięki szczepieniu mogą chronić innych. W teście początkowym wysoki odsetek uczniów gimnazjów i liceów deklarował pozytywne nastawienie

do szczepionek. Wśród gimnazjalistów statystycznie istotnie wzrosło przekonanie, że szczepionki mogą uchronić ludzi przed zachorowaniem. W teście końcowym odnotowano niewielkie zwiększenie liczby uczniów gimnazjów i liceów, którzy odpowiedzieli, że szczepionki mogą wywołać u nich chorobę. Co ważne, statystycznie istotnie zwiększył się odsetek uczniów gimnazjów i liceów, którzy byli zainteresowani przyjęciem szczepionek przeznaczonych dla nastolatków.

Wprowadzanie nowych szczepionek przeznaczonych dla młodzieży, ale też szczepionek w ogóle, co wynika z takich doraźnych potrzeb jak np. lokalne epidemie, czy pandemia, wymaga więc odpowiednich działań edukacyjnych i promocyjnych. Wykazywana jest duża skuteczność programów edukacyjnych prowadzonych przez nauczycieli. Zważywszy na fakt, że populacja młodzieży jest dość mocno zróżnicowana, wydaje się że nauczyciele mogą odegrać bardzo istotną rolę w zwiększaniu świadomości i wiedzy na temat szczepionek, ale i w praktyce w poprawie wyszczepialności.

Nauczyciele i pracownicy systemu edukacji zwracają uwagę na konieczność podejmowania działań systemowych obejmujących szkolenia podnoszące ich wiedzę na temat szczepień ochronnych oraz rozwijające kompetencje w zakresie skutecznej komunikacji z uczniem/studentem wyrażającym nienaukowe poglądy na temat szczepień.

Ministerstwo Edukacji i Nauki oraz Ośrodek Rozwoju Edukacji przygotowały materiał „Profilaktyka chorób zakaźnych – szczepienia” jako propozycję dla dyrektorów i nauczycieli na różnych poziomach edukacji⁷⁴. Jest to pakiet podstawowych informacji na temat szczepień, obejmujących historię szczepień, rolę szczepień ochronnych w zwalczaniu chorób zakaźnych, zasady działania szczepionek, skuteczność szczepionek, charakterystykę wirusów i chorób zakaźnych, a także szczepienia przeciwko COVID-19. Scenariusze zajęć zawarte w tym materiale uwzględniają specyfikę poszczególnych grup wiekowych dzieci i młodzieży i dostosowują do niej zarówno przekazywane treści, jak i proponowane formy zajęć.

Treści skierowane do dzieci w wieku 5-6 lat służą kształtowaniu zachowań prozdrowotnych, a także postaw odpowiedzialności za swoje zdrowie oraz osób z najbliższego środowiska dziecka. Ich celem jest zwiększenie świadomości najmłodszych na temat dróg rozprzestrzeniania się wirusów oraz sposobów zapobiegania infekcjom. W założeniu scenariusze stanowią całość, ale mogą być również realizowane w dolnej kolejności z wykorzystaniem dodatkowych elementów, którymi dysponuje nauczyciel, np. pomocy edukacyjnych, zabaw ruchowych. Mogą także być zmodyfikowane zgodnie z potrzebami i możliwościami odbiorców w taki sposób, by główne cele zajęć zostały zachowane.

Działania profilaktyczne w przedszkolach powinny być podejmowane wspólnie z rodzicami dzieci. Ważne jest, aby nauczyciel przekazał rodzicom informacje o celach zajęć i wspólnie z nimi podejmował działania prozdrowotne. Przygotowano też odpowiednie materiały, będące wsparciem merytorycznym dla nauczyciela w zrealizowaniu zajęć.

W odniesieniu do starszych dzieci proponuje się zorganizowanie w szkołach tzw. tygodnia informacyjnego, polegającego na zorganizowaniu spotkań informacyjnych z rodzicami dotyczących szczepień dzieci od 12. roku życia oraz lekcji, nie tylko wychowawczych, związanych z tym tematem.

Przygotowany dla nauczycieli pakiet informacyjny obejmuje:

- **filmy edukacyjne** dla starszych uczniów szkół podstawowych oraz dla młodzieży ze szkół ponadpodstawowych – filmy

72 Gargano LM, Herbert NL, Painter JE, et al. Development, Theoretical Framework, and Evaluation of a Parent and Teacher-Delivered Intervention on Adolescent Vaccination. *Health Promotion Practice* 2014;15:556-567.

73 Gargano LM, Herbert NL, Painter JE, et al. Development, Theoretical Framework..., op. cit.

74 Ministerstwo Edukacji i Nauki. Ośrodek Rozwoju Edukacji. Profilaktyka chorób zakaźnych – szczepienia. Przykładowe scenariusze zajęć edukacyjnych dla nauczycieli wychowania przedszkolnego. Warszawa 2021.

w atrakcyjny sposób przybliżają historię wynalezienia szczepionki, istotę jej działania oraz wpływ na choroby zakaźne, które mogą być zwalczane dzięki szczepieniom; dzięki filmom uczniowie poznają też konsekwencje związane z brakiem szczepień;

- **scenariusze lekcji** do wykorzystania na lekcjach lub zajęciach z wychowawcą – treści są skoncentrowane na społecznej odpowiedzialności i konkretnych działaniach, które mogą zrealizować uczniowie, żeby chronić się przed chorobami;
- **materiały edukacyjne** przygotowane przez specjalistów (profesorów wirusologii i epidemiologii) – aktualne informacje na temat roli szczepień w zapobieganiu epidemii; materiały odnoszą się do najczęściej pojawiających się pytań i wątpliwości związanych ze szczepieniami przeciwko COVID-19.

Inny materiał przygotowany przez MNiE obejmuje trzy scenariusze zajęć:

- Scenariusz zajęć edukacyjnych dla uczniów szkoły podstawowej (klasy I-III): Temat zajęć: Szczepienia – tajna broń superbohaterów
- Scenariusz zajęć edukacyjnych dla uczniów szkoły podstawowej (klasy IV-VIII): Temat zajęć: Zараżaj odpowiedzialnością
- Scenariusz zajęć edukacyjnych dla uczniów szkoły ponadpodstawowej: Temat zajęć: Zaszczep się wiedzą

Międzynarodowe organizacje zdrowotne takie jak WHO i ECDC regularnie publikują również zestawy dobrych praktyk w zakresie budowy zaufania do szczepień ochronnych. Większość publikacji powstała w ciągu ostatnich 5 lat, zapewne jako odpowiedź na rosnącą liczbę fake newsów i dezinformacji na temat szczepień w Internecie. Za najważniejsze działania w zakresie budowy zaufania do szczepień realizowane na szczeblu międzynarodowym należy uznać dwie inicjatywy WHO: działalność Strategicznej Grupy Doradczej Ekspertów WHO ds. Szczepień Ochronnych (SAGE) oraz działalność sieci Vaccine Safety Net.

Wytyczne dotyczące komunikacji często mają charakter ogólnych zaleceń, a ich implementacja wymaga precyzyjnego uwzględnienia kontekstu społecznego, kulturowego, historycznego i śro-

dowiskowego obecnego w danym kraju. Niemniej większość dokumentów publikowanych w ostatnich latach przez WHO i ECDC jednoznacznie podkreśla rolę mediów społecznościowych i Internetu, w propagowaniu treści podważających zaufanie do szczepień ochronnych. Co istotne, obie organizacje wskazują na konieczność opracowania przez krajowe instytucje zdrowia publicznego szczegółowego planu komunikacji w zakresie szczepień ochronnych oraz przygotowanie strategii komunikacji kryzysowej na wypadek zdarzeń mogących negatywnie wpływać na budowę zaufania do szczepień ochronnych.

Skuteczna komunikacja na temat szczepień i szczepionek wymaga spersonalizowanego przekazu dostosowanego do poziomu kompetencji zdrowotnych odbiorców, która w jasny sposób objaśnia socjotechniki używane przez przeciwników szczepień i w sposób merytoryczny demontuje argumenty używane w debacie publicznej.

Wydaje się, że istotną rolę w przeciwdziałaniu dezinformacji na temat szczepień odgrywają przedstawiciele mediów, którzy poprzez wyposażenie w podstawowe narzędzia umożliwiające identyfikację szczepionkowych fake newsów, mogą znacząco przyczynić się do ograniczenia rozpowszechniania treści antyszczepionkowych niemających podstaw merytorycznych w danych naukowych.

Podsumowanie i zalecenia

Podsumowując rolę nauczycieli w popularyzacji wiedzy dotyczącej szczepień, wysunąć można następujące wnioski:

1. Szkoła i placówki oświatowe są naturalnym środowiskiem prowadzenia działań edukacyjnych.
2. Niewiele jest badań i analiz oceniających skuteczność różnych metod oddziaływania nauczycieli na dzieci i młodzież.
3. Działania skierowane przez nauczycieli do dzieci i młodzieży mogą również wpływać na kształtowanie postaw i opinii ich rodziców.
4. Zaniepokojenie budzą ambiwalentne postawy nauczycieli wobec szczepień. Wskazuje to na konieczność prowadzenia edukacji w tej grupie zawodowej.

4. Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży w zakresie szczepień ochronnych

Budowanie świadomości zdrowotnej

Elementy wiedzy dotyczącej zdrowia wprowadzane są już od najmłodszych lat dzieci w ramach zajęć na wszystkich etapach edukacji. Edukacja w tym zakresie obejmuje szerokie pojęcie „zdrowego stylu życia” i wskazuje na poszczególne jego elementy, takie jak higiena ogólna, higiena jamy ustnej, dbałość o zęby, dieta, ruch itp. Porusza się także tematy dotyczące zapobiegania chorobom „przenoszonym przez zarazki”, niestety najczęściej brak tutaj informacji dotyczących szczepień ochronnych⁷⁵.

Oczywiście wszystkie decyzje zdrowotne u dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia podejmują rodzice czy opiekunowie prawni, niemniej wiedza przekazana dzieciom może też wpływać na postawy i zachowania rodziców. Poza tym – jak już stwierdzono – uczniowie uczestniczący w zajęciach dotyczących szczepień, a także poruszający między sobą te tematy są bardziej przekonani o skuteczności, a przede wszystkim znaczeniu szczepień dla ich własnego zdrowia oraz zdrowia grup społecznych, poprzez zahamowanie przenoszenia drobnoustrojów i związanych z nimi chorób. Niezbędne jest więc stosowanie adekwatnych metod nauczania, w tym kombinacji różnych metod, bowiem pojedyncze interwencje mogą nie okazać się wystarczająco skuteczne⁷⁶. Na przykład, masowe kampanie promujące szczepionki mogą wzmacniać pozytywne nastawienie do szczepień, a ostatecznie zwiększać wyszczepialność, jednak interwencje z wykorzystaniem środków masowego przekazu są trudne do oceny. Często zaleca się korzystanie z Internetu i mediów społecznościowych podczas opracowywania interwencji komunikacyjnych w celu rozwiązania problemu wahania się ze szczepieniami, ale z drugiej strony nie wiadomo dokładnie w jaki sposób media społecznościowe mogą wpływać na procesy decyzyjne konkretnych grup odbiorców.

Cechy skutecznych komunikatów kierowanych do dzieci i młodzieży

W odniesieniu do populacji dzieci i młodzieży istnieją ogólne wytyczne budowania komunikacji, oparte na zasadach pedagogiki i praktyki edukacyjnej. W części dotyczącej roli nauczycieli opisano szczegółowo scenariusze zająć dotyczących szczepień przeznaczonych dla różnych grup wiekowych. Niemniej nauczyciele zwracali uwagę na konieczność edukacji w zakresie budowania skutecznego przekazu do osób wahających się czy poddać się szczepieniom.

We wcześniejszych częściach raportu zwracano uwagę na znaczenie nowoczesnych form komunikacji, zwłaszcza opartych na Internecie, mediach społecznościowych i narzędziach elektronicznych. Wydaje się, że smartfony ze stałym dostępem do Internetu są obecnie jednym z głównych narzędzi używanych przez młode osoby do komunikacji, poszukiwania rozrywki, informacji, a także do dzielenia się swoimi przeżyciami.

Niemniej, w odniesieniu do przekazywania wiedzy dotyczącej szczepień nie opracowano dotychczas skutecznych metod, które odnosiłyby pożądaną efekt. Postawy wobec szczepień uwarunkowane są wieloma czynnikami, z których za najważniejsze uważa się wiek i poziom wykształcenia, ale obejmującymi także pochodzenie etniczne, zawód, region zamieszkania, własne doświadczenia i wiele innych. Stąd tak trudno określić metody, które uwzględniałyby maksymalnie wiele tych czynników. Dotyczy to także młodych użytkowników Internetu i narzędzi elektronicznych, czego przykładem mogą być niejednoznaczne wyniki oceny możliwości zastosowania gry komputerowej w edukacji dotyczącej szczepień, opisane w części dotyczącej roli rodziców.

W odniesieniu do najmłodszych grup wiekowych podkreśla się też rolę znanych osób, tzw. influencerów, działających w mediach społecznościowych.

W pracy Nowak i wsp.⁷⁷ przedstawiono jedną ze strategii postępowania, tzw. Tailoring Immunization Programs (TIP) opracowany przez Regionalne Biuro WHO dla Europy, która opiera się na zasadach marketingu społecznego i metodologii behawioralnej. Potencjalną wartość marketingu społecznego już wcześniej uznano w ramach programów szczepień i możliwych działań odpowiadających na wahania się przed szczepieniami. Zgodnie z definicją American Marketing Association, „marketing” to działalność, zestaw instytucji i procesów tworzenia, komunikowania się, dostarczania i wymiany ofert, które mają wartość dla klientów, partnerów i ogółu społeczeństwa. Marketing opiera się na założeniu, że produkty i usługi mają największe szanse na sukces – tj. zakup lub podjęcie – jeśli są ukierunkowane na identyfikację, adresowanie i zaspokajanie potrzeb obecnych i potencjalnych klientów. Marketing społeczny przejmując zasady marketingu komercyjnego i wykorzystuje je do wpływu na zachowania odbiorców docelowych, które przyniosą korzyści jednostce i społeczeństwu, tj. jego głównym celem jest dobro publiczne. Podjęcie działań odpowiadających na wahania dotyczące szczepień w kraju lub podgrupie wymaga zrozumienia skali i kontekstu wahań, opracowania i walidacji wskaźników, które umożliwiają monitorowanie trendów w czasie, diagnozy pierwotnej przyczyny lub przyczyn, dostosowanych strategii opartych na dowodach w celu zajęcia się przyczynami oraz oceny skutków i wpływu interwencji. Marketing społeczny zapewnia podstawę do tych działań, ponieważ koncentruje się na tworzeniu, komunikowaniu, dostarczaniu i wymianie ofert, które mają pozytywną wartość dla segmentowanych, docelowych odbiorców i partnerów oraz często kładą nacisk na tworzenie lub wspieranie łatwego, wygodnego dostępu do sprzedawanych produktów, usług lub rzeczy, które umożliwiają przyjęcie zalecanych zachowań.

W marketingu społecznym produktem jest często zachowanie, które jest propagowane, podczas gdy cena może obejmować inwestycję w czas i/lub wysiłek w podejmowaniu decyzji skutkującej pożądanym zachowaniem, społeczną wartością podążania za postrzeganym konsensusem społeczności (lub odwrotnie, społeczne koszty nieprzestrzegania postrzeganej normy), a także udzielanie subsydiów pieniężnych sprzyjających przyjęciu zalecanych zachowań. Elementy zarówno marketingu, jak i marketingu społecznego łączą się w „mix marketingowy” lub kompleksową strategię, która wykorzystuje wszystkie główne kategorie w celu poinformowania o decyzji, która wpływa na dobrowolne zachowanie lub zmianę zachowania. Konkretnie działania opierają się zwykle również na: (1) analizie sytuacji, która zapewnia ocenę kontekstu, w jakim kampania lub interwencja

75 Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Szczepienia w Polsce..., op. cit.

76 Dubé E, Gagnon D. Strategies intended to address vaccine hesitancy: Review of published reviews. *Vaccine* 2015;33:4191-4203.

77 Nowak GJ, Gellin BG, MacDonald NE. Addressing vaccine hesitancy..., op. cit.

ma zostać uruchomiona; (2) badaniach pomagających zidentyfikować różne grupy lub segmenty populacji, w tym kognitywne i behawioralne determinanty działania lub braku działania związane z każdym z nich; (3) zaangażowaniu interesariuszy i organizacji partnerskich, takich jak zaangażowane w dostarczanie lub świadczenie usługi; oraz (4) strategiach i komunikatach promocyjnych opartych na spostrzeżeniach uzyskanych z badania odbiorców, informacji zwrotnych lub zaangażowania.

Marketing społeczny nie tylko pomaga programom szczepień zidentyfikować i zrozumieć fizyczne, społeczne i ekonomiczne czynniki środowiskowe, które odgrywają główną rolę w określaniu akceptacji szczepionki; zwraca również uwagę na potrzebę zbadania wyгоды szczepień. Marketing społeczny zachęca do rozważenia alternatywnych metod i sposobów dotarcia do docelowych populacji, zgodnie z ich profilami. Jest to szczególnie ważne w przypadku wahania się co do szczepień, gdy większość osób lub rodziców w populacji już zachowuje się w pożądanym sposób, tj. przyjmuje szczepionki zgodnie z harmonogramem. Dla tych, którzy nie zachowują się zgodnie z pożądanym zachowaniem, kluczowe pytania brzmią: „Czy istnieją metody, które mogą zachęcić ich do przyjęcia szczepionki?” Czy „sprzedaż” korzyści długoterminowych czy krótkoterminowych jest najbardziej korzystna? Czy skuteczniejsze byłoby podkreślanie bezpośrednich korzyści płynących ze szczepienia, takich jak poczucie bezpieczeństwa i bycie dobrym rodzicem, niż długoterminowe korzyści wynikające z braku zarażenia się chorobą? Jakie czynniki mogą pomóc wahać się dołączyć do grupy akceptacji? Tak więc marketing społeczny zastosowany do szczepień koncentruje się na dobru publicznym i indywidualnym, i jest ukierunkowany na użytkownika końcowego.

Zasady marketingu i marketingu społecznego zostały wykorzystane lub włączone do działań mających na celu wspieranie akceptacji szczepień. Dobrym przykładem jest społeczna kampania marketingowa zdrowia publicznego „Immunize Australia” podjęta w 1997 roku przez rząd Australii w odpowiedzi na badanie z 1995 roku⁷⁸, które wykazało, że tylko 33 procent australijskich dzieci w wieku do 6 lat zostało w pełni zaszczepionych zgodnie z zalecanym wówczas harmonogramem. Wdrożono szereg inicjatyw, w tym strategię marketingu społecznego, która obejmowała badania formatywne (komunikacyjne) z rodzicami; wykorzystywanie badań do identyfikowania różnych grup macierzystych lub segmentów (tj. jako podstawa strategii segmentacji); oparcie strategii komunikacyjnej zarówno na badaniach, jak i ramach teoretycznych; oraz działania skierowane do podmiotów świadczących usługi w zakresie szczepień w celu zwiększenia i wzmocnienia ich poziomu wiedzy oraz wsparcia w zakresie szczepień.

Przykłady wykorzystania marketingu społecznego w obszarze szczepień obejmują szczepienia przeciw HPV, wirusowi polio, *Haemophilus influenzae* typu b oraz grypie. Grupy i osoby, które z różnych powodów sprzeciwiały się szczepieniom przeciw HPV, często działały w kierunku przeniesienia punktu ciężkości dyskusji z profilaktyki nowotworu na bezpieczeństwo szczepionek, seksualność nastolatków i prawa rodziców. Przyjęcie szczepionki było najbardziej prawdopodobne tam, gdzie profilaktyka raka szyjki macicy była dominującym i najbardziej akceptowanym celem, w tym w krajach afrykańskich. Wysiłki mające na celu zidentyfikowanie osób ułatwiających szczepienie przeciwko HPV podkreśliły również znaczenie dobrze poinformowanych lekarzy i pracowników służby zdrowia. Badania nie tylko udokumentowały wartość i potrzebę silnej rekomendacji świadcze-

niodawcy w celu przezwyciężenia wahań rodziców, ale także konsekwencje niechęci samych świadczeniodawców wobec szczepionki. McRee i in. stwierdzili, że jeśli pracownicy służby zdrowia zauważyli dużą liczbę rodziców wahać się co do szczepionki HPV, byli mniej skłonni do zalecania szczepienia przeciwko HPV⁷⁹. Stało się tak albo dlatego, że niechętnie podejmowali rozmowę na temat zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego z rodzicem młodego nastolatka, albo wierzyli, że nie będą w stanie zmienić zdania rodziców z różnych powodów, m.in. umiejętności, aby to zrobić. Tak więc, zgodnie z praktykami i zasadami marketingu i marketingu społecznego, często zdarza się, że działania interwencyjne (np. społeczna kampania marketingowa) muszą obejmować zapewnienie osobom odpowiedzialnym za świadczenie usługi (np. lekarzom i pielęgniarkom) środków komunikacyjnych i szkoleń wskazujących, że muszą być w stanie wspierać akceptację w populacji docelowej (np. wskazówki i materiały do skutecznych rozmów z niezdecydowanymi rodzicami).

W przypadku szczepionki przeciw wirusowi polio zasady marketingu społecznego z powodzeniem zastosowano w krajach o średnich i niskich dochodach, np. w Pakistanie. Również w przypadku szczepionki przeciw *Haemophilus influenzae* typ b (Hib) określono czynniki, które ułatwiły wprowadzenie zasad marketingowych i komunikacyjnych, prowadzących do zwiększenia i poprawy akceptacji szczepień. Obejmowały one strategie komunikacyjne, które zapewniały decydom i innym zainteresowanym stronom szybki dostęp do istotnych i zrozumiałych informacji o chorobie Hib; szeroko zakrojone działania komunikacyjne i orzecznicze, które zwiększyły świadomość pracowników służby zdrowia i opinii publicznej na temat znaczenia choroby Hib i szczepionki przeciwko Hib dla zdrowia publicznego; szeroko zakrojona współpraca z pracownikami służby zdrowia w celu informowania o rozwoju komunikatów Hib; oraz przedstawienia szczepionki Hib jako ważnego narzędzia ogólnej profilaktyki zapalenia płuc.

Praktyki i zasady marketingu i marketingu społecznego wykorzystano też w celu rozwiązania problemu wahań i zwiększenia akceptacji szczepionek zalecanych od dawna, zwłaszcza tych, których absorpcja jest znacznie niższa niż konieczna i pożądana, jak na przykład szczepionka przeciw grypie. Jedną z najczęściej stosowanych praktyk są badania jakościowe, w tym dyskusje w grupach fokusowych, określające różnice między osobami, które odmawiają szczepienia przeciw grypie, a osobami, które rutynowo poddają się szczepieniu przeciw grypie sezonowej. W badaniach wykazano, że obawy związane z niepożądanymi skutkami szczepionki, sceptycyzm co do skuteczności szczepionki i brak zaufania do osób zalecających szczepienie przeciwko grypie sprzyjały wahaniu, szczególnie wśród rodziców. I odwrotnie, rodzice, którzy zaszczepili swoje dzieci, byli motywowani chęcią zapobieżenia grypie, w tym przeniesienia jej na inne osoby. Najważniejsze wnioski z badań dotyczących zastosowania zasad marketingu i marketingu społecznego wskazują, że:

- działania w ramach marketingu i marketingu społecznego mogą być skuteczne, ale skuteczność jest różna i nie jest gwarantowana;
- istotne znaczenie ma kontekst, ponieważ wiele czynników zwykle decyduje o powodzeniu działań mających na celu wywarciu wpływu na zachowanie konsumentów lub ich kształtowanie;
- taktyka przekazywania wiadomości ma często znaczący wpływ na intencje dotyczące zaleceń zdrowotnych;
- kampanie, komunikaty i materiały powinny być kierowane i dostosowywane do docelowych populacji lub osób;
- praktyki i zasady dotyczące marketingu, marketingu społecznego

78 Pearce A, Marshall H, Bedford H, Lynch J. Barriers to childhood immunisation: Findings from the Longitudinal Study of Australian Children. *Vaccine*. 2015 Jun 26;33(29):3377-83.

79 McRee AL, Gilkey MB, Dempsey AF. HPV vaccine hesitancy: findings from a statewide survey of healthcare providers. *J Pediatr Health Care* 2014;28:541-549.

nego i komunikacji w sektorze komercyjnym mogą zwiększyć prawdopodobieństwo uzyskania pozytywnych rezultatów poznawczych i behawioralnych, ale także zwiększyć zapotrzebowanie na zasoby⁸⁰.

Przez wiele lat dzieci nie były systematycznie edukowane w szkołach na temat szczepionek, co może później skutkować tym, że rodzice i dorośli nie rozumieją lub nie doceniają ryzyka chorób, którym można zapobiegać poprzez szczepienia, oraz korzyści płynących ze szczepień dla zdrowia i społeczności, a także jednostek. Obecnie, kiedy zachorowalność na większość chorób, którym można zapobiegać poprzez szczepienia znacznie zmniejszyła się w wyniku powszechnego stosowania szczepionek, wysiłki edukacyjne w zakresie szczepień stały się ważnymi substytutami osobistych doświadczeń. Zapewnienie edukacji i rozpowszechniania wiedzy na temat szczepionek wśród dzieci, młodzieży i młodych dorosłych – w tym poprzez programy szkolne – może być dobrą okazją do wspierania akceptacji rodziców, a także kształtowania przyszłych zachowań rodziców i innych osób dorosłych w zakresie akceptacji szczepionek. Z kolei dostarczanie lub dzielenie się informacjami przez grupy rówieśnicze jest powszechne i wpływowe, a znalezienie sposobów wykorzystania tych kanałów do edukowania młodych ludzi na temat chorób, którym można zapobiegać poprzez szczepienia i znaczenia szczepionek, może zapewnić dodatkowe możliwości kształtowania przyszłych przekonań i zachowań związanych ze szczepionkami.

Przykładem dobrych praktyk stosowanych w Polsce są omawiane już wcześniej materiały edukacyjne przygotowane dla nauczycieli, w postaci gotowych scenariuszy zajęć dla dzieci i młodzieży na różnych poziomach edukacji.

Warto też przytoczyć przykład Irlandii, w której w celu budowy i zwiększania zaufania młodzieży do bezpieczeństwa szczepionek i systemu opieki zdrowotnej podjęto inicjatywę SciComm. Wykorzystuje ona sieć popularyzatorów nauki, w celu nawiązania dialogu i udzielenia odpowiedzi na pytania oraz wątpliwości młodych ludzi. Sieć została stworzona przez Ministerstwo Zdrowia, poprzez rozesłanie zapytania do absolwentów zajmujących się naukami o zdrowiu i komunikacją naukową. Sieć popularyzatorów nauki spotyka się co dwa miesiące z urzędnikami Ministerstwa Zdrowia, aby odpowiedzieć na ich własne pytania, a następnie opracowuje cotygodniowe komunikaty w oparciu o obawy zgłaszane przez młodych ludzi (sformułowane przez Ministerstwo Zdrowia przy użyciu grup dyskusyjnych i kwestionariuszy), jak również o bieżące osiągnięcia naukowe. Sieć aktywnie publikuje treści i wchodzi w interakcje w mediach społecznościowych (Facebook, Instagram, Tik Tok), angażując w ten sposób młodych ludzi w całym kraju, dzieląc się doświadczeniami, odpowiadając na pytania i reagując na wprowadzanie w błąd i dezinformację dotyczącą szczepień przeciw COVID-19.

Ważną i rozwijającą się dziedziną jest komunikacja zdrowotna, która przesunęła punkt ciężkości z edukacji zdrowotnej w kierunku zachowania i zmian społecznych. Może pomóc w przyjęciu pozytywnych zachowań zdrowotnych i stworzeniu zapotrzebowania na usługi profilaktyczne i lecznicze. Dziedzina ta rozwinęła się szczególnie w trakcie epidemii AIDS, kiedy nie było leczenia antyretrowirusowego, a jedynym narzędziem zapobiegania była zmiana społeczna i behawioralna⁸¹. W 2013 roku Schiavo zdefiniowała komunikację

zdrowotną jako „wielopłaszczyznową i wielodyscyplinarną dziedzinę badań, teorii i praktyki zajmującą się dotarciem do różnych populacji i grup w celu wymiany informacji, pomysłów i metod związanych ze zdrowiem w celu wywierania wpływu, angażowania, wzmacniania i wspierania jednostek, społeczności, pracowników służby zdrowia, pacjentów, decydentów, organizacji, specjalnych grup i całego społeczeństwa, aby stali się orędownikami, wprowadzali, przyjmowali lub podtrzymywali zdrowotne lub społeczne zachowania, praktyki lub politykę, które ostatecznie poprawią wyniki w zakresie zdrowia jednostki, społeczności i zdrowia publicznego”⁸².

W ciągu ostatnich dwudziestu lat na podstawie wniosków dotyczących skutecznej komunikacji zdrowotnej w innych dziedzinach, ale i w doniesieniu do szczepień, zwrócono uwagę na punkty ostrzegawcze, które należy wziąć pod uwagę podczas formułowania planów komunikacji dotyczących szczepień i wahania się przed szczepieniami.

Po pierwsze, konieczne jest proaktywne podejście. Strategia komunikacji powinna być włączona w planowanie każdego programu szczepień od samego początku. Planowanie komunikacji w ostatniej chwili obniża jakość komunikacji, interwencji szczepień i jej wpływ. Brak komunikacji od samego początku może prowadzić do poważnych problemów z realizacją programu i pozostawia otwartą przestrzeń dla komunikacji osób i organizacji o żywotnych interesach lub przekonaniach religijnych antyszczepionkowych.

Po drugie, komunikacja jest procesem dwukierunkowym. Jest to w równej mierze proces słuchania i mówienia. Zrozumienie perspektywy osób, dla których przeznaczone są usługi szczepień, oraz ich zaangażowania w ten problem, jest równie ważne, jak informacje, które eksperci chcą przekazać.

Po trzecie, wiedza jest ważna, ale niewystarczająca do zmiany zachowań zdrowotnych lub zapewnienia ich przyjęcia. Opracowano i zweryfikowano różne modele zmian, które mogą być odpowiednie w różnych kontekstach.

Po czwarte, dostępnych jest wiele narzędzi komunikacyjnych. Obejmują one masowe media elektroniczne, media cyfrowe, media drukowane, mobilizację społeczną, technologię mobilną i komunikację opartą na usługach. Narzędzia te można wybrać i twórczo wykorzystać, aby zaangażować grupy docelowe w dialog. Właściwy mix mediów i narzędzi powinien być określony na podstawie dokładnej analizy wzorców medialnych. Wszystkie narzędzia muszą być używane w sposób przemyślany, monitorowane pod kątem ich wpływu, stale doskonalone i odrzucane, jeśli nie osiągają swoich celów.

Komunikacja może być więc skutecznym narzędziem, jeśli zostanie wykorzystana w zaplanowanej i zintegrowanej strategii, aby znacząco zmienić zachowania jednostek i populacji w wielu kwestiach zdrowotnych, w tym akceptacji szczepień. Starannie opracowana strategia komunikacji powinna być integralną częścią każdego programu szczepień, uwzględniającą specyficzne czynniki wpływające na przyjmowanie szczepionek w docelowej populacji. Włączenie i wdrożenie dobrze przemyślanego planu komunikacji na temat szczepień powinno być stałą – i nierozdzielną – częścią praktyki dobrego programu szczepień. Strategie komunikacji mogą i powinny być wykorzystywane do szczepień jako sposób przeciwdziałania wahaniom w zakresie szczepień i promowania optymalnego przyjmowania szczepionek.

80 Nowak GJ, Gellin BG, MacDonald NE. Addressing vaccine hesitancy.... op. cit.

81 Goldstein S, MacDonald NE, Guirguis S, et al. Health communication and vaccine hesitancy. *Vaccine* 2015;33:4212–4214.

82 Schiavo R. *Health communication: From theory to practice*, 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2014.

Podsumowanie i zalecenia

Biorąc pod uwagę powyższe rozważania, edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży w zakresie szczepień ochronnych kreowana powinna być z uwzględnieniem następujących elementów:

1. Dzieci i młodzież stanowią szczególną grupę docelową wszelkich działań dotyczących szczepień: ich podawania, kontroli oraz edukowania na ich temat.
2. Z uwagi na specyfikę tej grupy (poziomy edukacji, wiek, percepcja, pełnoletność) – podejmowane działania muszą być dostosowane do odbiorców.
3. We wszystkie działania dotyczące dzieci i młodzieży muszą być włączeni rodzice lub prawni opiekunowie. Należy też pamiętać o istotnym postulatcie rodziców, aby współdecydować o wszystkich działaniach dotyczących zdrowia ich dzieci.
4. W działaniach podejmowanych wobec dzieci i młodzieży szczególną uwagę należy też zwrócić na formy, które powinny obejmować nowoczesne formy przekazu, wykorzystujące Internet i media społecznościowe.
5. Zasadne i skuteczne wydaje się zaangażowanie influencerów działających w mediach społecznościowych.

5. Rola instytucji i postulaty zmian systemowych

Organizacja systemu szczepień ochronnych

Jak wskazują raporty przygotowane przez agendy Unii Europejskiej, wiele krajów doświadczyło poważnych kryzysów zaufania do szczepień w ciągu ostatnich 20 lat, które częściowo doprowadziły np. do zwiększenia zachorowalności na odrę. Większość obywateli w UE nadal wierzy w znaczenie, skuteczność i bezpieczeństwo szczepionek, jednak znaczny spadek zaufania do nich w niektórych krajach jest wyraźnie widoczny, np. w Szwecji i Polsce. Badania potwierdziły, że sytuacje dotyczące zaufania do szczepień i wyszczepialności w krajach europejskich są bardzo zróżnicowane i mają ważne konteksty historyczne i polityczne.

Przykładem wahań dotyczących szczepień jest pandemia grypy A(H1N1) w 2009 roku, kiedy to wiele krajów obu Ameryk z powodzeniem wprowadziło szczepionkę przeciw grypie w całym społeczeństwie, jednak wiele z nich miało trudności z przekonaniem kobiet w ciąży do przyjęcia szczepionki. Pomimo mocnych dowodów na zwiększoną zachorowalność i śmiertelność spowodowaną grypą, wiele kobiet w ciąży wahało się przed szczepieniem przeciwko grypie pandemicznej. Inne niedawne przykłady wahań przed szczepieniami obejmują niechęć do przyjęcia szczepionki przeciwko odrze w niektórych częściach Europy, szczepionki przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) w Japonii i Indiach oraz szczepionki przeciw polio w niektórych częściach Nigerii i Pakistanu⁸³.

Wskazuje to m.in. na istotną rolę instytucji ochrony zdrowia oraz uwarunkowań systemowych, obejmujących uwarunkowania prawne, sposób dystrybucji szczepionek, ich finansowania oraz tworzenia i realizacji kalendarza szczepień obowiązkowych i zalecanych.

Wykonywanie szczepień w Polsce podlega wielu przepisom i regulacjom będącym elementem realizacji polityki zdrowotnej oraz czynnikom politycznym, społecznym, kulturowym i religijnym.

System prowadzenia szczepień profilaktycznych w Polsce organizuje Ministerstwo Zdrowia i podległe mu instytucje. Poszczególne przepisy wydawane w formie ustaw i zarządzeń regulują m.in. sposoby realizacji szczepień ochronnych obowiązkowych i zalecanych, sposób tworzenia i realizacji kalendarza szczepień, zasady dokumentowania wykonywanych szczepień i organizację systemu nadzoru nad niepożądanymi odczynami poszczeniennymi.

Zalecenia dotyczące realizacji szczepień ochronnych w Polsce opracowują:

1. Pediatriczny Zespół Ekspertów ds. Programu Szczepień Ochronnych przy Ministerstwie Zdrowia oraz
2. Zespół Sanitarno-Epidemiologiczny przy Głównym Inspektoracie Sanitarnym.

Zalecenia wynikają z analizy krajowych danych dotyczących zachorowalności na określone choroby zakaźne i zakażenia. Uwzględniają one również zalecenia i raporty Komitetu Doradczego ds. Szczepień Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) oraz zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Podmioty wykonujące szczepienia prowadzą dokumentację medyczną dotyczącą szczepień obowiązkowych, w tym przechowują karty szczepień i dokonują wpisów potwierdzających szczepienie oraz sporządzają

protokoły szczepień obowiązkowych oraz sprawozdania o stanie szczepień osób objętych profilaktyczną opieką zdrowotną, którą przekazują powiatowemu inspektorowi sanitarnemu, a Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH) przygotowuje coroczne raporty.

Rozwój systemów informatycznych w ochronie zdrowia umożliwił stworzenie platformy umożliwiającej zarządzanie systemem podawania szczepień i gromadzenie danych o wykonanych szczepieniach. W ramach Narodowego Programu Szczepień (NPS) przeciw COVID-19 po raz pierwszy zastosowano e-skierowania i e-Kartę Szczepień, które w przyszłości mogą być integralnym elementem programów immunizacji. Dodatkowo, po raz pierwszy dopuszczono do realizacji programu szczepień inne zawody medyczne, choć nie wiadomo, na ile będzie to możliwe w odniesieniu do wykonywania innych szczepień w przyszłości.

W Polsce szczepienia przeprowadzane są w podmiotach leczniczych przez lekarzy w indywidualnych praktykach lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktykach lekarskich lub grupowych praktykach lekarskich albo przez pielęgniarki i położne w indywidualnych praktykach lekarskich, indywidualnych praktykach specjalistycznych lub grupowych praktykach pielęgniarek i położnych.

Szczepienia obowiązkowe wykonywane są wyłącznie przez świadczeniodawców na podstawie zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia umów o świadczenie podstawowej opieki zdrowotnej lub innego zakresu świadczeń, jeżeli umowa tak przewiduje. W realizacji programów szczepień obowiązkowych i zalecanych mogą być stosowane wyłącznie preparaty szczepionkowe zarejestrowane i dostępne na polskim rynku. Przestrzeganie zakresu świadczeń i terminów szczepień nadzoruje Państwowa Inspekcja Sanitarna.

Podstawowym źródłem informacji o szczepieniach są lekarze podstawowej opieki zdrowotnej. Placówki Państwowej Inspekcji Sanitarnej są w stałym kontakcie z punktami szczepień, dostarczając im szczepionki refundowane, monitorując raportowanie i publikując materiały informacyjne na stronach internetowych. Brakuje jednak standardowych procedur w tym zakresie, a jakość informacji dostępnych w poszczególnych placówkach jest bardzo zróżnicowana.

Szczepionki wymienione jako obowiązkowe są opłacane przez Ministerstwo Zdrowia, a koszty szczepień pokrywa Narodowy Fundusz Zdrowia. Szczepionki obowiązkowe podawane są w gabinetach/szpitalach/przychodniach, które mają umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia. Szczepionki zalecane muszą być jednak opłacane indywidualnie przez pacjentów, pracodawców lub w ramach prywatnych funduszy ubezpieczeniowych. Szczepionki są również dostępne w placówkach prywatnych, gdzie koszty w całości pokrywają pacjenci. Stacje sanitarno-epidemiologiczne ustalają roczne zapotrzebowanie na szczepionki, przechowują szczepionki i dostarczają je podmiotom świadczącym usługi szczepień.

Sposoby finansowania szczepień są zróżnicowane w poszczególnych krajach europejskich. Koszty szczepienia mogą być bowiem w całości lub w części refundowane przez państwo, finansowane przez pracodawcę lub z ubezpieczenia albo pokrywane przez samych pacjentów. Nie ulega przy tym wątpliwości, że różnego rodzaju bariery finansowe mogą wpływać na poziom zaszczepienia i rezygnację ze szczepień przez osoby mniej zamożne, a szczepienia zalecane (rekomendowane), które nie są finansowane ze środków publicznych, mogą nie osiągać docelowych poziomów rozpowszechnienia w populacji. W związku z tym koszt szczepienia powinien być zredukowany do minimum, tak aby zarówno szczepionka, jak i jej podanie były bezpłatne.

ne. Według autorów raportu „The organization and delivery of vaccination services in the European Union”⁸⁴ w 9 krajach europejskich konieczność dokonywania przez pacjentów płatności za szczepienia przeciwko grypie stanowi barierę utrudniającą osiągnięcie wysokiego poziomu wyszczepienia. Z kwestią finansowania szczepień związana jest również możliwość wdrażania i wykorzystywania różnego rodzaju zachęt finansowych w celu zwiększenia poziomu wyszczepialności, choć wyniki tego typu interwencji są niejednoznaczne, również z etycznego punktu widzenia.

W raporcie *Countering online vaccine misinformation in the EU/EEA*⁸⁵, wskazującym na kierunki i metody przeciwdziałania dezinformacji na temat szczepionek zidentyfikowano następujące kluczowe obszary do rozważenia przez krajowe organy ds. zdrowia w ich wysiłkach na rzecz przeciwdziałania dezinformacji o szczepionkach w Internecie:

- monitorowanie lokalnych mediów społecznościowych, aby zrozumieć potrzeby informacyjne i obawy opinii publicznej, oraz przeznaczyć specjalne zasoby (ludzkie, techniczne, finansowe) na wdrożenie systemów monitorowania i przeciwdziałania dezinformacji;
- zaangażowanie w proaktywną komunikację dotyczącą szczepionek w mediach społecznościowych;
- wykorzystanie wiedzy specjalistycznej, w tym ekspertów ds. zdrowia publicznego, analityków dużych zbiorów danych, ekspertów ds. zdrowia cyfrowego, psychologów behawioralnych i specjalistów ds. komunikacji – w celu zintensyfikowania wysiłków na rzecz przeciwdziałania dezinformacji;
- zastosowanie bardziej strategicznego podejścia do komunikacji dotyczącej szczepionek w ogóle, a w szczególności do reagowania na dezinformację dotyczącą szczepionek w Internecie z ujednoczeniem przekazu przez różne podmioty;
- wypracowanie i zastosowanie skutecznych technik komunikacji;
- opracować metod, form i systemu edukacji pracowników służby zdrowia i ekspertów ds. komunikacji zdrowotnej w zakresie skutecznych technik i narzędzi przeciwdziałania dezinformacji;
- organizacja szkolenia w zakresie komunikacji i mediów społecznościowych dla pracowników służby zdrowia publicznego, które umożliwią im skuteczne działanie w ciągle zmieniającym się i złożonym środowisku medialnym;
- poszukiwanie partnerstw, np. z mediami tradycyjnymi, platformami internetowymi i zainteresowanymi stronami w dziedzinie edukacji i szkoleń, w celu zwiększenia świadomości społeczeństwa w zakresie technologii cyfrowych i zdrowia w perspektywie średnio – i długoterminowej.

W sprawozdaniu technicznym ECDC „Działania zmierzające do zwiększenia akceptacji szczepienia przeciw COVID-19 i zwiększenia wyszczepienia w UE/EOG”⁸⁶ przedstawiono różne strategie mające na celu zwiększenie akceptacji szczepienia przeciw COVID-19 i zwiększenie wyszczepialności. Opierają się one na Modelu 5C – *Confidence* (zaufanie), *Constraints* (ograniczenia), *Complacency* (nieuzasadnione faktami poczucie bezpieczeństwa), *Calculation* (kalkulacja) i *Collective responsibility* (odpowiedzialność zbiorowa) – i odnoszą do poszczególnych jego elementów. Wydaje się, że możliwe byłoby ich wykorzystanie w odniesieniu do innych szczepień. Poniżej przedstawiono charakterystykę modelu 5C.

Zaufanie: Strategie związane są z budowaniem zaufania do syste-

mu opieki zdrowotnej dostarczającego szczepionkę, do decydentów podejmujących decyzje o szczepionce oraz do bezpieczeństwa i skuteczności samej szczepionki.

Przykładem takich rozwiązań może być inicjatywa irlandzka przedstawiona w części dotyczącej edukacji dzieci i młodzieży. Działania uwzględniające ten czynnik podjęto także w Belgii, Niderlandach i Wielkiej Brytanii, w której we współpracy Uniwersytetu w Nottingham, w Southampton oraz King’s College London oraz Narodowego Instytutu Badań nad Zdrowiem (National Institute of Health Research), stworzono chat bota umożliwiającego prowadzenie dyskusji i dialogu z osobami na temat ich obaw związanych ze szczepieniem przeciw COVID-19. Chat bot zadaje kilka wstępnych pytań dotyczących obaw danej osoby, a na podstawie odpowiedzi przedstawia dowody naukowe w sposób wolny od osądów. Chat bot odpowiada na wątpliwości dotyczące szczepień, korzystając z zaprogramowanych odpowiedzi.

Ograniczenia: Strategie skierowane na ograniczenia zazwyczaj koncentrują się na zwiększaniu dostępności, zdolności ludzi do rozumienia informacji (kompetencje zdrowotne i językowe), atrakcyjności usług szczepień ochronnych oraz rozwiązywaniu postrzeganych lub rzeczywistych barier dotyczących przystępności cenowej.

Przykładem takich działań może być program czeski, w ramach którego lokalne samorządy dysponują mobilnymi zespołami, które docierają do osób o ograniczonej mobilności, a także do społeczności mających trudności z dotarciem do punktów szczepień. Działania uwzględniające ten czynnik podjęto także w Norwegii, Włoszech, Niemczech i Hiszpanii.

Nieuzasadnione faktami poczucie bezpieczeństwa: wiąże się z niskim postrzeganym ryzykiem zachorowania, co może utrudniać motywację jednostki do szczepienia.

Działania w tym zakresie podjęto w Niderlandach i Niemczech, gdzie Instytut Roberta Kocha publikuje cotygodniowy zestaw pytań i odpowiedzi w oparciu o pytania i wątpliwości pojawiające się w regularnej ankiecie dotyczącej COVID-19. W pytaniach i odpowiedziach zastosowano podejście oparte na informowaniu o ryzyku, podkreślając zagrożenia związane z zachorowaniem i korzyści wynikające ze szczepień. Uwzględniono również pytania dla grup szczególnie narażonych (np. kobiet w ciąży) lub grup interesu (np. dzieci). Odpowiedzi zawierają linki do dalszych informacji.

W Polsce Narodowy Fundusz Zdrowia powołał zespół, który miał za zadanie zadzwonić do osób, które nie zostały jeszcze zaszczepione, zidentyfikowanych na podstawie dokumentacji medycznej. Osoby te pytano, dlaczego nie zostały zaszczepione i podejmowano z nimi rozmowa na temat ryzyka związanego z zachorowaniem i korzyści płynących z zaszczepienia.

Kalkulacja: odnosi się do analizy postrzeganego przez daną osobę ryzyka związanego z zachorowaniem i korzyści wynikających ze szczepienia. Strategie skierowane na kalkulacje mogą mieć na celu dostarczenie dokładnych informacji dotyczących źródeł istotnych dla szczepień, w tym wprowadzających w błąd informacji i dezinformacji, oraz podkreślenie zasadności i znaczenia szczepień.

W Hiszpanii przeprowadzono kilka kampanii w środkach masowego przekazu w celu rozpowszechnienia informacji o korzyściach wynikających ze szczepienia przeciw COVID-19, które to kampanie dotyczyły również powszechnych obaw. Podobne działania prowadzono w Austrii i Holandii.

84 WHO. The organization and delivery of vaccination..., op. cit.

85 ECDC. Countering online vaccine misinformation..., op. cit.

86 ECDC. Działania zmierzające do..., op. cit.

Odpowiedzialność zbiorowa: Strategie skierowane na odpowiedzialność zbiorową mogłyby obejmować kampanie informacyjne dotyczące szczepień przeciw COVID-19, które uwzględniałyby czynniki psychospołeczne związane z zamiarem poddania się szczepieniom, takie jak przekonanie, że osobiste szczepienie ochroni innych (promując w ten sposób poczucie moralnego obowiązku), oraz że szczepienie jest kluczem do ponownego otwarcia społeczeństwa.

Przykładowo, szwedzki urząd zdrowia publicznego na początku wprowadzania szczepionki rozpoczął wraz z innymi organizacjami kampanię informacyjną prowadzoną w różnych mediach pod hasłem „Chroń siebie i innych”. Informacje te zostały również przetłumaczone na kilka języków. Kolejna kampania z filmami wideo i plakatami przetłumaczonymi na kilka języków zawierała przesłanie „Razem ku lepszym czasom” (np. radość z ponownego spotkania z przyjaciółmi i rodziną). Informowanie o społecznych korzyściach płynących ze szczepień może prowadzić do zwiększenia chęci zaszczepienia się. Badania na ten temat podkreślają jednak kilka czynników, które mogą wpływać na skuteczność takich przekazów: kontekst kulturowy i społeczny (w niektórych społeczeństwach szczepienia są już postrzegane jako zbiorowy obowiązek); prospołeczne wartości osób odbierających przekaz; wykorzystywane formy i kanały komunikacji (np. pokazanie, jak działa ochrona społeczności lokalnej za pomocą interaktywnej symulacji może być bardziej skuteczne niż krótki tekst) oraz poziom oporu poszczególnych osób.

Dodatkowe strategie odnoszą się do zachęt, zaświadczeń i nakazów. Działania w tym zakresie podjęto w Belgii, Włoszech i Polsce, gdzie lipcu 2021 roku uruchomiono loterię z nagrodami rzeczowymi i pieniężnymi dla osób, które się zaszczepią. O osiągnięcie najwyższych wskaźników wyszczepienia rywalizowały również gminy, które mogły otrzymać nagrody pieniężne za zaszczepienie określonego odsetka mieszkańców.

Rola samorządów i świadczeniodawców

W kontekście roli instytucji, należy również podkreślić rolę samorządów. Autorzy raportu „Razem przeciw chorobom zakaźnym”⁸⁷ zwrócili uwagę na pozytywne wyniki samorządowych programów szczepień prowadzonych w Polsce. Przykładem może być prowadzony już od 2008 roku, a więc dużo wcześniej niż w całym kraju, „**Program polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV**”, finansowany wyłącznie ze środków budżetowych powiatu poznańskiego. Na stronie internetowej dotyczącej tego programu znajdują się linki do prezentacji dla rodziców i młodzieży, które przedstawiają podstawowe informacje dotyczące wirusa i wywołanych nim zakażeń, co wprowadza również istotny element edukacyjny. Zgodnie z informacjami, wyszczepialność dziewcząt sięga w tym rejonie 80%, co jest wartością wyższą od średniej europejskiej (nieco mniej szczepi się chłopców).

Kolejną grupą liderów promujących szczepienia są pracodawcy i to nie tylko w zakładach ochrony zdrowia, ale w różnych grupach zawodowych. Niezwykle ważną grupą są świadczeniodawcy. Kadra zarządzająca placówkami ma możliwości stworzenia warunków dla popularyzacji immunizacji w ramach codziennej działalności.

Analiza sytuacji w krajach europejskich wskazuje, że w 11 krajach wprowadzono obowiązek szczepień ochronnych (Belgia, Bułgaria,

Chorwacja, Republika Czeska, Francja, Węgry, Włochy, Łotwa, Malta, Polska oraz Słowacja), a w 19 krajach szczepienia ochronne są dobrowolne, a władze publiczne jedynie rekomendują określone szczepienia, bez obowiązku ich realizacji przez osoby zamieszkujące terytorium danego kraju (Austria, Cypr, Dania, Estonia, Finlandia, Niemcy, Grecja, Islandia, Irlandia, Lichtenstein, Litwa, Luksemburg, Holandia, Norwegia, Portugalia, Rumunia, Słowenia, Hiszpania oraz Szwecja). Krajem z największą liczbą wymaganych szczepień ochronnych jest Łotwa (14 chorób zakaźnych objętych obowiązkiem szczepień), natomiast z najmniejszą – Belgia⁸⁸.

Pomimo zróżnicowanego podejścia do polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych, we wszystkich krajach członkowskich Unii Europejskiej wprowadzono programy szczepień ochronnych dzieci, mające na celu przeciwdziałanie rozprzestrzenieniu się chorób zakaźnych oraz ochronę zdrowia publicznego. Dotychczas stosowane rozwiązania stają się jednak nieskuteczne wobec rosnącego braku zaufania wobec szczepień i podważania bezpieczeństwa szczepionek.

Działająca w ramach WHO Grupa Robocza SAGE opracowała i wydała w październiku 2014 roku zalecenia dotyczące sposobu rozwiązania problemu wahania się przed szczepieniami i jego uwarunkowań. Zalecenia te obejmują trzy kategorie⁸⁹:

1. Konieczność lepszego zrozumienia zjawiska, jakim jest wahanie przed przyjęciem szczepionek oraz jego szybko zmieniających się uwarunkowań. Autorzy zaleceń wskazują, że nie ma jednej strategii interwencji, która mogłaby rozwiązać wszystkie przypadki wahań dotyczących szczepień. Rozwiązanie tego problemu w kraju i/lub określonej subpopulacji wymaga najpierw zrozumienia jego skali, kontekstu i przyczyn. Wybrane strategie muszą być dostosowane do sytuacji, wymagają też określenia wpływu wybranych interwencji i monitorowania ich skuteczności w odniesieniu do poprawy akceptacji szczepionek. Nawet jeśli podjęte działania okażą się skuteczne, należy prowadzić stałą obserwację w celu szybkiego wykrycia ewentualnego nawrotu problemu.
2. Integracja umiejętności i wiedzy socjologów, psychologów behawioralnych, antropologów, ekspertów w dziedzinie marketingu społecznego i komunikacji, a także ekspertów w zakresie określonych chorób. Zaangażowanie partnerów, w tym organizacji społeczeństwa obywatelskiego, na poziomie globalnym, regionalnym i krajowym. Grupa Robocza zaleca też zachęcanie Funduszu Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci (ang. the United Nations International Children's Emergency Fund, UNICEF) do współpracy z państwami członkowskimi i wzmacniania kompetencji w dziedzinie szczepionek. Najwięcej uwagi poświęca się doświadczeniom krajów o niskich dochodach, które powinny dzielić się swoimi doświadczeniami z krajami o wysokich i średnich dochodach. Jako godny uwagi przykład podano doświadczenia zdobyte w przewyciężaniu wahań w odniesieniu do szczepień przeciwko polio.
3. Regularne aktualizowanie i rozpowszechnianie najlepszych praktyk i wyciągniętych wniosków. Obejmuje to regularną syntezę, przegląd i dzielenie się najlepszymi praktykami w zakresie monitorowania, interwencji i profilaktyki uchylania się od szczepień, a także promowanie szkoleń i udostępnianie wyników badań na poziomie globalnym i regionalnym.

Jednym z potencjalnie użytecznych narzędzi do przeciwdziałania niechęci do szczepień jest model Tailoring Immunization Programs

87 Raport „Razem przeciw chorobom zakaźnym...”, op cit.

88 Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Szczepienia w Polsce..., op. cit.

89 Summary WHO SAGE conclusions and recommendations on Vaccine Hesitancy. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/demand/summary-of-sage-vaccinehesitancy-en.pdf?sfvrsn=abfb05c8_2, 16.08.2023.

(TIP)⁹⁰, opracowany przez WHO/EURO, który powinien zostać poddany walidacji w różnych grupach populacji i regionach, a następnie dostosowany do stosowania na całym świecie. Poszczególne kraje powinny być wspierane w stosowaniu TIP i dzieleniu się doświadczeniami w zakresie jego skuteczności poprzez monitorowanie i ocenę wyników, zwłaszcza w krajach o niskich i średnich dochodach⁹¹.

WHO/EURO opracowała TIP w związku z rosnącymi obawami dotyczącymi niechęci do szczepień w regionie na wniosek Europejskiej Technicznej Grupy Doradczej Ekspertów ds. Szczepień (ang. European Technical Advisory Group of Experts on Immunization, ETAGE). Ostatecznie program opracowano w 2013 roku w oparciu o pionierskie prace w dziedzinie wakcynologii, po szeroko zakrojonych konsultacjach.

TIP opracowano „w celu zapewnienia sprawdzonych metod i narzędzi, które mogą pomóc krajowym programom szczepień w opracowaniu ukierunkowanych strategii, które prowadzą do zwiększenia liczby szczepień niemowląt i dzieci, zwiększając w ten sposób wskaźniki szczepień i ograniczając ryzyko chorób, którym można zapobiegać poprzez szczepienia w regionie”. TIP opiera się na behawioralnych metodach wglądu, modelach marketingu społecznościowego oraz opartym na dowodach procesie Delta Social Marketing Process 7 Steps, który okazał się skuteczny w osiągnięciu zmiany zachowań w wielu krajach o niskich dochodach w obszarach zdrowotnych, takich jak używanie prezerwatyw i opieka nad dziećmi (Tabela 3.).

TIP zapewnia narzędzia do (1) identyfikacji i priorytetyzacji populacji i podgrup wahających się przed przyjęciem szczepień, (2) określenia barier istniejących po stronie popytu i podaży oraz czynników umożliwiających szczepienia w tych populacjach oraz (3) planowania opartych na dowodach reakcji na wahania dotyczące szczepionek, odpowiednich do otoczenia, kontekstu i populacji. TIP nie jest narzędziem komunikacyjnym, ale raczej przewodnikiem diagnostycznym służącym do definiowania i diagnozowania behawioralnych uwarunkowań niezdecydowania oraz proponowania odpowiednich interwencji.

W Europejskim Regionie WHO, TIP z powodzeniem zastosowano w Bułgarii, Szwecji i Wielkiej Brytanii. W Bułgarii w latach 2009-2011 wystąpiła poważna epidemia odry, w trakcie której odnotowano 24 zgony i 24364 zachorowania, w tym wiele wśród nieszczepionych dzieci romskich. Diagnostyka podjęta na podstawie TIP wykazała, że w populacji romskiej kontynuowanie interwencji polegającej na nasilaniu kampanii informacyjnych dotyczących programu szczepień prawdopodobnie nie poprawi przyjmowania szczepionek. W oparciu o TIP opracowano trzy dostosowane strategiczne rozwiązania: (1) wzmocnienie liczby, roli, zasięgu i zdolności mediatorów ds. zdrowia; (2) dostarczanie większej liczby dokładnych, wiarygodnych informacji na temat szczepień dzieci i chorób, którym można zapobiegać poprzez szczepienia skierowanych do rodziców/opiekunów oraz (3) poprawa jakości kontaktu pracowników służby zdrowia z rodzicami/opiekunami.

W Szwecji z kolei narzędzie diagnostyczne TIP zastosowano do (a) somalijskich imigrantów, (b) zwolenników medycyny antropozoficznej i (c) niezarejestrowanych społeczności migrantów. Pomogło to lepiej określić priorytety i potrzeby programu szczepień w każdej społeczności, zapewniając lepszy wgląd w ich preferencje i wymagania. W Wielkiej Brytanii projekt TIP zastosowano w celu rozwiązania problemu wahania się przed przyjęciem szczepień w ortodoksyjnych społecznościach żydowskich w Londynie.

W celu przeciwdziałania tym negatywnym zjawiskom Rada Unii Europejskiej 7 grudnia 2018 roku przyjęła zalecenia w sprawie ściślejszej współpracy w zakresie przeciwdziałania chorobom zwalczanym drogą szczepień, w których wskazywała na konieczność wdrożenia nowych rozwiązań i zintensyfikowania współpracy w celu przeciwdziałaniu niechęci wobec szczepień, a także uchylaniu się od szczepień i spadku ich liczby w Europie.

Zarówno dane epidemiologiczne, jak i badania opinii publicznej jednoznacznie potwierdzają, że konieczne oraz zasadne jest podejmowanie w Polsce dalszych działań na rzecz zwiększa-

Tabela 3. Proces planowania Delta Social Marketing Process 7 Steps leżącego u podstawy TIP

1. Analiza Sytuacyjna – określenie kontekstu, w jakim stosuje się interwencję, aby zapewnić wybór najbardziej odpowiedniej grupy docelowej i zachowania oraz określić strategiczne priorytety planu marketingowego.
2. Audience Insight – poznanie grupy docelowej jako realnej osoby – takiej, która ma twarz i nazwisko – oraz takiej, która ma aspiracje i pragnienia, a nie tylko zbiór danych demograficznych. Tworzenie takich profili jest techniką stosowaną z powodzeniem przez gigantów sektora komercyjnego, takich jak Procter and Gamble.
3. Pozycjonowanie marki – identyfikacja i promocja najważniejszej i unikalnej korzyści, jaką produkt/usługa/zachowanie oznacza w świadomości grupy docelowej. Jest to emocjonalny „haczyk”, na którym można zawiesić strategię marketingową.
4. Cele marketingowe – określają, co chce się osiągnąć podczas planu marketingowego, upewniając się, że jest on skoncentrowany i zgodny z dowodami. Ułatwia to również monitorowanie postępów interwencji.
5. Cztery marketingowe „P” – Produkt, Cena, Miejsce i Promocja (ang. Product, Price, Place, Promotion), które określają, jakich strategii użyć, aby osiągnąć cele marketingowe.
6. Plan badawczy – określa, w jaki sposób interwencja będzie monitorować i oceniać wdrażanie planu, a także identyfikować i ustalać priorytety wszelkich braków informacyjnych na temat grupy docelowej oraz sposobu jej badania.
7. Zintegrowany budżet i plan pracy – określają, w jaki sposób zasoby finansowe zostaną przydzielone w zakresie 4P i pomagają w alokacji zasobów ludzkich i innych, a także w monitorowaniu wdrażania programu.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Butler R, MacDonald NE. SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy Diagnosing the determinants of vaccine hesitancy in specific subgroups: The Guide to Tailoring Immunization Programmes (TIP). Vaccine 2015;33:4176-4179 oraz WHO. Tailoring Immunization Programmes (TIP). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019.

90 WHO. Tailoring Immunization Programmes (TIP). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019.

91 Butler R, MacDonald NE. SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy Diagnosing the determinants of vaccine hesitancy in specific subgroups: The Guide to Tailoring Immunization Programmes (TIP). Vaccine 2015;33:4176-4179.

nia poziomu zaufania społeczeństwa do szczepień ochronnych oraz zapewnienia odpowiedniego poziomu zaszczepienia na poszczególne choroby zakaźne, którym można zapobiegać poprzez szczepienia. Główny Inspektor Sanitarny prowadzi kampanię „Zaszczep w sobie szczepienia”, a od 2015 roku prowadzona jest ogólnopolska kampania „Zaszczep się wiedzą!” promująca rzetelne informacje i źródła informacji o szczepieniach. Kampania podkreśla potrzebę odpowiedzialnego podejścia do idei szczepień. Głównym narzędziem jest strona www.zaszczepsiewiedza.pl, gdzie osoby poszukujące odpowiedzi na pytanie „dlaczego warto się szczepić?” znajdują najważniejsze informacje. Innym ważnym źródłem informacji jest powstały w 2007 roku portal szczepienia.info, prowadzony przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Badawczy, który posiada akredytację Vaccine Safety Net WHO.

Podsumowanie i zalecenia

W budowaniu zaufania do szczepień ochronnych należy podkreślić rolę instytucji i zmian systemowych. Podsumowując:

1. Polska należy do krajów, w których odnotowano znaczne zmniejszenie zaufania do skuteczności i bezpieczeństwa szczepień, dlatego należy wprowadzić zmiany systemowe, które powinny odpowiadać zmieniającym się wyzwaniom i stwarzać podstawy do wprowadzania działań mających na celu zatrzymanie tej tendencji.
2. Organizacja systemu ochrony zdrowia, poparta stosownymi aktami prawnymi stanowi ramy funkcjonowania systemu szczepień.
3. Działania systemowe obejmują nie tylko regulacje prawne regulujące obszar szczepień, ale także działania polityków, przedsiębiorców i świadczeniodawców.
4. Działania i strategie organizacyjne podejmowane na poziomie krajowym powinny być przygotowywane we współpracy z organizacjami globalnymi, takimi jak WHO czy UNICEF.
5. Należy podjąć wysiłki, aby dostosować podejmowane strategie i interwencje do kontekstu, warunków, oczekiwań i preferencji populacji docelowych.
6. W ocenie złożonych i szybko zmieniających się uwarunkowań można wykorzystać przygotowane i oparte na dowodach narzędzia, takie jak macierze czy programy, które ułatwiają dobranie najbardziej skutecznych metod.

Wnioski i rekomendacje

1. Edukacja społeczeństwa oraz budowanie zaufania do szczepień powinny obejmować wielowymiarowe działania, kierowane do różnych grup, w tym zarówno do rodziców, dzieci i młodzieży, ale również nauczycieli czy personelu medycznego. Skoordynowane, długofalowe inicjatywy mogą bowiem w największym stopniu wpłynąć na świadomość pacjentów i podejmowane przez nich decyzje.
2. Personel medyczny pozostaje najbardziej zaufanym doradcą, mającym wpływ na decyzje dotyczące szczepień. Potrzebują jednak większego wsparcia, aby odpowiedzieć na potrzeby zmieniającego się społeczeństwa oraz środowiska, w którym realizuje się program szczepień ochronnych.
3. Istotną rolę w edukacji i działaniach dotyczących szczepień mogą pełnić farmaceuci. Ze względu na posiadaną wiedzę ekspercką na temat leków farmaceuci powinni zasiadać w najważniejszych komitetach i grupach doradczych funkcjonujących w ramach formalnego systemu ochrony zdrowia.
4. Ważne miejsce zajmuje edukacja oraz poszerzanie kompetencji innych fachowych pracowników służby zdrowia (lekarzy specjalistów, ginekologów i położników, położnych, fizjoterapeutów, ratowników medycznych, higienistek, stomatologów) w zakresie nie tylko upowszechniania wiedzy i jej dostarczania na temat szczepionek, ale także identyfikacji grup szczególnie narażonych na choroby zakaźne i przez to wymagających szczepień.
5. Należy opracować różnorodny pod względem formy, treści i języka zasób przydatnych materiałów, skierowanych do różnych grup społecznych i zawodowych.
6. W działaniach dotyczących promocji zdrowia konieczne jest stosowanie spersonalizowanej komunikacji dostosowanej do indywidualnych potrzeb poszczególnych grup docelowych.
7. Programy Polityki Zdrowotnej powinny obejmować kilkuletnią perspektywę i w jej ramach przewidywać kontynuację oddziaływań wobec grupy docelowej.
8. W podejmowanych działaniach należy zastosować odpowiednie miary efektów zdrowotnych, a wskaźniki przebiegu procesu powinny być wykorzystywane przede wszystkim do bieżącego monitoringu realizacji zadań.
9. Należy wykorzystać efekt synergii przez powiązanie działań podejmowanych w ramach programów polityki zdrowotnej z innymi formami oddziaływania na grupę docelową.
10. Należy dostrzec istotną rolę mediów społecznościowych i Internetu w propagowaniu treści podważających zaufanie do szczepień ochronnych oraz opracować strategię komunikacji kryzysowej na wypadek zdarzeń mogących negatywnie wpływać na budowę zaufania do szczepień ochronnych.
11. Skuteczna komunikacja na temat szczepionek i szczepień wymaga spersonalizowanego przekazu dostosowanego do poziomu kompetencji zdrowotnych odbiorców.
12. Istotną rolę w przeciwdziałaniu dezinformacji na temat szczepionek i szczepień odgrywają przedstawiciele mediów, którzy mogą znacząco przyczynić się do ograniczania rozpowszechniania treści antyszczepionkowych niemających podstaw merytorycznych w danych naukowych.
13. Postawy rodziców wobec szczepień ochronnych u dzieci są zróżnicowane, w zależności od wieku rodziców, wykształcenia, podatności na wpływ dezinformacji, osobistych doświadczeń, w tym dotyczących kontaktu z lekarzami i innymi przedstawicielami służby zdrowia.
14. Odsetek rodziców odmawiających szczepień zwiększa się. Dotyczy to nie tylko szczepień przeciw COVID-19, które wzbudziły wiele emocji i dyskusji, czy też szczepień zalecanych, budzących różne kontrowersje, w tym etycznie-moralne, jak szczepienie przeciw HPV, ale także szczepień obowiązkowych (z zakażenia), przeciw powszechnym chorobom zakaźnym.
15. Jednym z podstawowych czynników wpływających na skuteczność przekazu dotyczącego szczepień jest rozpoznanie argumentów i przesłanek formułowanych przez grupę rodziców odmawiających szczepień, ale – co równie ważne, lub nawet ważniejsze – rodziców wahających się, czy szczepić swoje dzieci.
16. Skuteczny przekaz do rodziców powinien opierać się na zaufaniu do lekarzy i pracowników służby zdrowia, nadającym temu przekazowi wiarygodności. Zaufanie to z kolei wymaga empatycznych postaw, otwartości, przestrzeni i czasu na rozmowę oraz często własnego przykładu i doświadczenia.
17. Zróżnicowanie postaw rodziców oraz przesłanek i argumentów leżących u ich podstawy wymagają znacznej indywidualizacji form przekazu. Potrzebne są tzw. tradycyjne nośniki i media, jak materiały piśmienne w formie broszur, ulotek, informatorów, ale także obejmujące inne, „niestandardowe” formy, takie jak gry planszowe czy komputerowe, komiksy, materiały dla młodszych dzieci.
18. Szkoła i placówki oświatowe są naturalnym środowiskiem prowadzenia działań edukacyjnych, jednak niewiele jest badań i analiz oceniających skuteczność różnych metod oddziaływania nauczycieli na dzieci i młodzież, a przez to również na kształtowanie postaw i opinii ich rodziców.
19. Zaniepokojenie budzą ambiwalentne postawy nauczycieli wobec szczepień. Wskazuje to na konieczności prowadzenia edukacji w tej grupie zawodowej.
20. Dzieci i młodzież stanowią szczególną grupę docelową wszelkich działań dotyczących szczepień: ich podawania, kontroli oraz edukowania na ich temat, a z uwagi na zróżnicowanie tej grupy podejmowane działania muszą być dostosowane do odbiorców.
21. We wszystkie działania dotyczące dzieci i młodzieży muszą być włączeni rodzice lub prawni opiekunowie. Należy też pamiętać o istotnym postulatcie rodziców, aby współdecydować o wszystkich działaniach dotyczących zdrowia ich dzieci.
22. W działaniach podejmowanych wobec dzieci i młodzieży szczególną uwagę należy też zwrócić na metody, które powinny obejmować nowoczesne formy przekazu, wykorzystujące Internet i media społecznościowe. Zasadne i skuteczne wydaje się zaangażowanie influencerów działających w mediach społecznościowych.
23. Polska należy do krajów, w których odnotowano znaczne zmniejszenie zaufania do skuteczności i bezpieczeństwa szczepień, dlatego należy wprowadzić zmiany systemowe, które powinny odpowiadać zmieniającym się wyzwaniom i stwarzać podstawy do wprowadzania innych działań, przedstawionych w poprzednich rozdziałach raportu.
24. Organizacja systemu ochrony zdrowia, poparta stosownymi aktami prawnymi stanowi ramy funkcjonowania systemu szczepień.
25. Działania systemowe obejmują nie tylko akty prawne regulujące obszar szczepień, ale także działania polityków, przedsiębiorców i świadczeniodawców.

Piśmiennictwo

- Ahmed N, Quinn SC, Hancock GR, et al. Social media use and influenza vaccine uptake among White and African American adults. *Vaccine*. 2018 Nov 26;36(49):7556-7561.
- Akademia Leona Koźmińskiego. Raport „Badania jakościowe na temat postaw rodziców mających wątpliwości czy szczepić swoje dzieci oraz postaw antyszczepionkowych w Internecie. <https://medfake.pl/news/raport-z-badan-jakosciowych/>, 14.07.2023.
- Bednarek A, Zarzycka D. Potrzeba i założenia nowoczesnej edukacji na przykładzie szczepień ochronnych. *Probl Hig Epidemiol* 2015;96(1):1-7.
- Braczkowska B, Kowalska M, Barański K, et al. Parental Opinions and Attitudes about Children's Vaccination Safety in Silesian Voivodeship, Poland. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Apr 15;15(4):756.
- Braczkowska B, Kowalska M, Braczkowski R, Barański K. Determinants of vaccine hesitancy. *Przegl Epidemiol*. 2017;71(2):227-236.
- Butler R, MacDonald NE. SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy Diagnosing the determinants of vaccine hesitancy in specific subgroups: The Guide to Tailoring Immunization Programmes (TIP). *Vaccine* 2015;33:4176-4179.
- Catalan-Matamoros D, Peñafiel-Saiz C. Exploring the relationship between newspaper coverage of vaccines and childhood vaccination rates in Spain. *Human Vaccines & Immunotherapeutics* 2020;16:1055-1061.
- Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Szczepienia w Polsce w ujęciu zdrowotnym, społecznym i ekonomicznym. Warszawa 2022. <https://medfake.pl/ebook/wstep/>, 25.09.2023.
- Dubé E, Gagnon D. Strategies intended to address vaccine hesitancy: Review of published reviews. *Vaccine* 2015;33:4191-4203.
- Durach F, Buturoiu R, Craiu D, et al. Crisis of confidence in vaccination and the role of social media. *Eur J Paediatr Neurol*. 2022 Jan;36:84-92.
- ECDC. Countering online vaccine misinformation in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2021.
- ECDC. Działania zmierzające do zwiększenia akceptacji szczepienia i zwiększenia wyszczepienia w UE/EOG. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Facilitating-vaccination-uptake-in-the-EU-EEA-final_PL.pdf, 15.10.2023.
- Eskola J, Duclos P, Schuster M, et al. How to deal with vaccine hesitancy? *Vaccine* 2015;33:4215-4217.
- Esteban-Vasallo MD, López de Andrés A, Bayón M, et al. Adequacy of information provided by healthcare professionals on vaccines: Results of a population survey in Spain. *Patient Educ Couns*. 2018 Jul;101(7):1240-1247.
- European Vaccination Information Portal, <https://vaccination-info.europa.eu/en>, 10.07.2023.
- Finney Rutten LJ, Zhu X, Leppin AL, et al. Evidence-Based Strategies for Clinical Organizations to Address COVID-19 Vaccine Hesitancy. *Mayo Clin Proc* 2021;96(3):699-707.
- FIP. Podręcznik szczepień dla farmaceutów. https://www.nia.org.pl/wp-content/uploads/2022/02/FIP_Vaccination_Handbook_POLISH_FinalVersion.pdf, 24.09.2023.
- García-Toledano E, López-Parra E, Cebrián-Martínez A, Palomares-Ruiz A. The Need for Health Education and Vaccination—Importance of Teacher Training and Family Involvement. *Healthcare* 2022;10:110.
- Gargano LM, Herbert NL, Painter JE, et al. Development, Theoretical Framework, and Evaluation of a Parent and Teacher-Delivered Intervention on Adolescent Vaccination. *Health Promotion Practice* 2014;15:556-567.
- Główny Inspektorat Sanitarny. Stan Sanitarny Kraju. <https://www.gov.pl/web/gis/raport--stan-sanitarny-kraju>, 18.09.2023.
- Goldstein S, MacDonald NE, Guirguis S, et al. Health communication and vaccine hesitancy. *Vaccine* 2015;33:4212-4214.
- Jamieson, D. J. H1N1 2009 influenza virus infection during pregnancy in the USA. *The Lancet* 2009;374:451-458.
- Kuchar E, Ludwikowska K, Szenborn L, et al. Knowledge Regarding Influenza and Influenza Vaccination in General Population: Results of a National Survey in Poland. *Adv Exp Med Biol*. 2018;1108:55-61.
- Larson HJ, Jarrett C, Schulz WS, et al. Measuring vaccine hesitancy: The development of a survey tool. *Vaccine* 2015;33:4165-4175.
- Lewandowsky S, Cook J, Ecker U, et al. Debunking Handbook 2020. <https://sks.to/db2020>, 18.08.2023.
- Lucero-Prisno DE, Kouwenhoven MBN, Adebisi YA, et al. Top ten public health challenges to track in 2022. *Public Health Chall*. 2022;1:e21.
- MacDonald NE, the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy definition, scope and determinants. *Vaccine* 2015;33(34):4161-4.
- McRee AL, Gilkey MB, Dempsey AF. HPV vaccine hesitancy: findings from a statewide survey of healthcare providers. *J Pediatr Health Care* 2014;28:541-549.
- Medycyna Praktyczna. Komunikacja lekarza z pacjentem. https://www.mp.pl/szczepienia/praktyka/komunikacja_17_09_2023
- Ministerstwo Edukacji i Nauki. Ośrodek Rozwoju Edukacji. Profilaktyka chorób zakaźnych – szczepienia. Przykładowe scenariusze zajęć edukacyjnych dla nauczycieli wychowania przedszkolnego. Warszawa 2021.
- NIZP-PIB. Szczepienia ochronne w Polsce w 2021 roku. Warszawa: NIZP-PZH; 2021.
- Nowak GJ, Gellin BG, MacDonald NE. Addressing vaccine hesitancy: The potential value of commercial and social marketing principles and practices. *Vaccine* 2015;33: 4204-4211.
- Paterson P, Meurice F, Stanberry LR, et al. Vaccine hesitancy and healthcare providers. *Vaccine* 2016;34:6700-6706.
- Pearce A, Marshall H, Bedford H, Lynch J. Barriers to childhood immunisation: Findings from the Longitudinal Study of Australian Children. *Vaccine*. 2015 Jun 26;33(29):3377-83.
- Plans-Rubió P. Strategies to Increase the Percentages of Vaccination Coverage. *Vaccines* 2022;10:2103
- Raport „Fake news – dezinformacja online. Próby przeciwdziałania tym zjawiskom z perspektywy instytucji międzynarodowych oraz wybranych państw UE, w tym Polski.” KRRiT: Warszawa; 2020.
- Raport „Razem przeciw chorobom zakaźnym. Strategia na rzecz podniesienia poziomu wyszczepialności”. Fundacja Nadzieja dla Zdrowia. Warszawa 2021.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 2019 poz. 2335).
- Schiavo R. Health communication: From theory to practice, 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2014.
- Sim J. Out of two bad choices, I took the slightly better one: Vaccination dilemmas for Scottish and Polish migrant women during the H1N1 influenza pandemic. *Public Health* 2011;505-511.

41. State of vaccine confidence in the EU 2018. A report for the European Commission. https://health.ec.europa.eu/system/files/2018-11/2018_vaccine_confidence_en_0.pdf, 23.08.2023.
42. Stefanoff P, Mamelund SE, Robinson M, et al. VACSATC working group on standardization of attitudinal studies in Europe. Tracking parental attitudes on vaccination across European countries: The Vaccine Safety, Attitudes, Training and Communication Project (VACSATC). *Vaccine*. 2010 Aug 9;28(35):5731-5737.
43. Strategies For Addressing Vaccine Hesitancy – a Systematic Review. WHO SAGE working group dealing with vaccine hesitancy. WHO 2014.
44. Summary WHO SAGE conclusions and recommendations on Vaccine Hesitancy. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/demand/summary-of-sage-vaccinehesitancy-en.pdf?sfvrsn=abbfd5c8_2, 16.08.2023.
45. Troiano G, Nardi A. Vaccine hesitancy in the era of COVID-19. *Public Health* 2021;194:245-251.
46. Uniwersytet SWPS. Analiza i badanie mechanizmów psychospołecznych determinujących podejmowanie decyzji na temat szczepień. Warszawa 2022. <https://medfake.pl/news/analiza-i-badanie-mechanizmow-psychospolecznych-determinujacych-podejmowanie-decyzji-na-temat-szczepien-raport-z-badan-uswps-3/>, 26.09.2023.
47. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 Nr 112 poz. 654 ze zm.).
48. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 2008 Nr 234 poz. 1570 ze zm.).
49. Verger P, Fressard L, Collange F, et al. Vaccine Hesitancy Among General Practitioners and Its Determinants During Controversies: A National Cross-sectional Survey in France. *EBioMedicine* 2015;2:891-897.
50. Warszawski Uniwersytet Medyczny. Raport „Stosunek mieszkańców Polski do szczepień ochronnych z uwzględnieniem podziałów ekonomicznych, społecznych i gospodarczych”. Warszawa 2022. <https://medfake.pl/app/uploads/2023/01/Stosunek-mieszkanow-Polski-do-szczepien-ochronnych-raport-z-badan-WUM.pdf>, 05.07.2023.
51. Weinert S, Thronicke A, Hinse M, et al. School Teachers' Self-Reported Fear and Risk Perception during the COVID-19 Pandemic—A Nationwide Survey in Germany. *Int. J. Environ Res. Public Health* 2021;18:9218.
52. WHO. Global framework for immunization monitoring and surveillance. Genewa: World Health Organization; 2007.
53. WHO. Immunization. <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/immunization>, 07.07.2023.
54. WHO. Tailoring Immunization Programmes (TIP). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019.
55. WHO. Ten threats to global health in 2019. Genewa: World Health Organization; 2019.
56. WHO. The organization and delivery of vaccination services in the European Union. https://health.ec.europa.eu/system/files/2018-11/2018_vaccine_services_en_0.pdf, 14.09.2023.
57. Zalecenie Rady z dnia 7 grudnia 2018 r. w sprawie ściślejszej współpracy w zakresie przeciwdziałania chorobom zwalczanym drogą szczepień (2018/C 466/01).