



ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΓΟΝΕΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΠΑΙΔΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ
ΣΕ ΑΓΡΟΤΙΚΟ ΚΑΙ ΑΣΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΗΣ ΝΗΣΟΥ ΚΡΗΤΗΣ**



Επιβλέπων καθηγητής: Μιχαήλ Ροβίθης, επίκουρος καθηγητής

Φοιτήτριες: Μαριάμι Αμπουλάτζε (ΥΝ6916),

Ειρήνη Μπραουδάκη (ΥΝ7027),

Μέλανη Αλίμπαλη (ΥΝ6975)

Ηράκλειο Κρήτης 2020

Εγκρίθηκε σύμφωνα με την με α.π. 1717 απόφαση του Προέδρου του τμήματος από :

Ονοματεπώνυμο εισηγητή: **Ροβίθης Μιχαήλ**. Επίκουρος καθ. Τμήμα
Νοσηλευτικής ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ

Μαριάμι Αμπουλάτζε, φοιτήτρια ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ. Κρήτης

Υπογραφή:

Ειρήνη Μπραουδάκη, φοιτήτρια ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ. Κρήτης

Υπογραφή:

Μέλανη Αλίμπαλη, φοιτήτρια ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ. Κρήτης

Υπογραφή:

*Ελέγχθηκε με το πρόγραμμα λογοκλοπής Turnitin και το ποσοστό ίδιου κειμένου δεν υπερβαίνει το 20%.

Ευχαριστίες

Ευχαριστούμε θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή κ. Ροβίθη Μιχαήλ για την εμπιστοσύνη, την καθοδήγηση, την υποστήριξη και την πολύτιμη βοήθεια που μας πρόσφερε για να διεκπεραιώσουμε την πτυχιακή μας εργασία

Επιπλέον, ευχαριστούμε τους γονείς που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια και βοήθησαν να πραγματοποιήσουμε την ερευνητική μας μελέτη.

Τέλος, ευχαριστούμε όλους τους καθηγητές για τις πολύτιμες γνώσεις που μας πρόσφεραν κατά την διάρκεια της φοίτησής μας στο Α.Τ.Ε.Ι και τις οικογένειές μας για την ψυχολογική και οικονομική τους υποστήριξη.

Περιεχόμενα

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή

Κεφάλαιο 1.

- 1.1 Τι είναι ο εμβολιασμός
- 1.2 Ιστορική αναδρομή
- 1.3 Ρόλος εμβολίων
- 1.4 Είδη εμβολίων
- 1.5 Θέσεις εμβολιασμού-οδοί χορήγησης

Κεφάλαιο 2.

- 2.1 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα εμβολιασμών
- 2.2 Παρενέργειες εμβολιασμών
- 2.3 Ενδείξεις εμβολιασμών
- 2.4 Αντενδείξεις εμβολιασμών
- 2.5 Θετικά αποτελέσματα εμβολίων
- 2.6 Αμφισβήτηση των εμβολίων
- 2.7 Βασικοί κανόνες εμβολιασμού

Κεφάλαιο 3.

- 3.1 Στάσεις των γονέων για τον παιδικό εμβολιασμό
- 3.2 Αντιεμβολιαστικές πεποιθήσεις
- 3.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή
- 3.4 Εμβολιασμός και οικονομική κρίση
- 3.5 Ηθικές και νομικές διαστάσεις- νομοθεσία
- 3.6 Δράσεις για αύξηση εμβολιαστικής κάλυψης

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Υλικό και μέθοδος

- 1.1 Είδος μελέτης
- 1.2 Σκοπός έρευνας
- 1.3 Ερευνητικά ερωτήματα
- 1.4 Ερευνητικό πεδίο- χρόνος διεξαγωγής
- 1.5 Επιλογή του πληθυσμού του δείγματος
- 1.6 Δειγματοληπτική μέθοδος
- 1.7 Ερευνητικό εργαλείο
- 1.8 Δεοντολογία της έρευνας
- 1.9 Μέθοδος στατιστικής ανάλυσης- περιγραφική συγχρονική μελέτη

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή

Ο εμβολιασμός είναι ένα από τα μεγαλύτερα επιτεύγματα της Δημοσίας Υγείας για τον 20^ο αιώνα. Χάρη στα εμβόλια έχουν προληφθεί σοβαρές ασθένειες που άλλοτε μάστιζαν τη ανθρωπότητα. Η ενεργητική ανοσοποίηση των παιδιών προλαμβάνει σοβαρές ασθένειες που προκαλούν νοσηρότητα ή θνησιμότητα και παρέχουν προστασία από τον ανεμβολίαστο πληθυσμό.

Η διφθερίτιδα, ο τέτανος και ο κοκκύτης είναι ασθένειες που μπορεί να αποδειχθούν απειλητικές για την ζωή του παιδιού με την εφαρμογή όμως των εμβολίων έχει μειωθεί ο αριθμός κρουσμάτων καθώς και η θνησιμότητά τους. Παρόλα αυτά υπάρχουν γονείς κυρίως νέοι οι οποίοι αγνοούν την σοβαρότητα των συγκεκριμένων νοσημάτων. Επίσης τα τελευταία χρόνια υπήρξε άνοδος ενός αντιεμβολιαστικού κινήματος το οποίο βασιζόταν σε θρησκευτικές βάσεις. Οι γονείς ανησυχούν για τις ανεπιθύμητες ενέργειες που προκαλούν τα εμβόλια και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αμφισβητούν την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητά τους.

Η εργασία μας αρχίζει με τον ορισμό του εμβολιασμού καθώς και με τα είδη των εμβολίων. Στην συνέχεια αναφερόμαστε στα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα καθώς και στις παρενέργειες των εμβολίων. Τέλος αναφερόμαστε στις στάσεις των γονέων αγροτικού και αστικού πληθυσμού απέναντι στον εμβολιασμό και τις αντιεμβολιαστικές πεποιθήσεις. Η εργασία μας ολοκληρώνεται παραθέτοντας και τεκμηριώνοντας τα σημαντικότερα συμπεράσματα που εκμαιεύσαμε από την ερευνά μας.

Κεφάλαιο 1

1.1 Τι είναι ο εμβολιασμός

Ο παιδικός εμβολιασμός έχει αποδεχθεί ότι είναι η πιο αποτελεσματική στρατηγική για τον έλεγχο, την ασφάλεια και την προστασία της δημόσιας υγείας (Yismaw et.al., 2019). Με αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται ο έλεγχος των ασθενειών, το ποσοστό εκείνων που νοσούν και ο δείκτης θνησιμότητας. Παρατηρείται ελεγχόμενη μείωση των επιπλοκών από ορισμένες ασθένειες, η αποφυγή των μολύνσεων και εξασφαλίζεται η ασφάλεια από εκείνους που δεν είναι πλήρως εμβολιασμένοι (Τριανταφυλλίδου, 2016). Το εμβόλιο εξαλείφει και εμποδίζει τις ασθένειες που μπορούν να αποβούν μοιραίες για την ανθρώπινη ζωή. Καταφέρνει να αποτρέψει περίπου 2 με 3 εκατομμύρια θανάτου κάθε χρόνο (Yismaw et.al., 2019)

Η ανοσοποίηση θεωρείται από τους πιο αποδοτικούς τρόπους διατήρησης της ασφάλειας της δημόσιας υγείας ακόμα και σε οικονομικό επίπεδο (Yismaw et.al., 2019)

Τα προγράμματα εμβολιασμού μπορούν να επηρεάσουν έμμεσα την οικονομική ανάπτυξη λόγω της επιρροής που έχουν στον τομέα της υγείας. Αυτός είναι ένας τρόπος για να εκτιμηθεί η επένδυση που γίνεται από τις κυβερνήσεις στον τομέα της υγείας για την ασφάλεια των πολιτών τους.

Η ανοσοποίηση μπορεί να είναι πλήρης, μερική ή μπορεί ακόμα να υπάρχει και απουσία εμβολιασμού. Η πρώτη κατηγορία, ο πλήρης εμβολιασμός, αναφέρεται στην πραγματοποίηση συγκεκριμένων επαναληπτικών δόσεων ανάλογα με την ηλικία του παιδιού, σύμφωνα με το χρονοδιάγραμμα εμβολιασμών. Η δεύτερη κατηγορία, ο μερικός εμβολιασμός, αναφέρεται στο εμβόλιο που έχει επαναληπτικές δόσεις και έχει εκτελεστεί έστω και μια λιγότερη δόση από αυτές που ορίζονται από το χρονοδιάγραμμα των εμβολιασμών και σύμφωνα με την ηλικία που βρίσκεται το παιδί. Στην τρίτη και τελευταία κατηγορία ανήκουν τα παιδιά τα οποία δεν έχουν εμβολιαστεί και κάποιο συγκεκριμένο νόσημα. Ένα μεγάλο ποσοστό γονέων αποφασίζει να καθυστερήσει τον εμβολιασμό των παιδιών τους ή να κάνει κάποια εμβόλια επιλεκτικά. Κάποιοι γονείς αποφασίζουν να ακολουθήσουν κάποιο εναλλακτικό πρόγραμμα εμβολιασμού για τα παιδιά τους και οι λόγοι που τους οδηγούν εκεί

φαίνεται να είναι οι διαφορετικές ιατρικές, θρησκευτικές πεποιθήσεις ή ακόμα και οι κοινωνικοοικονομικοί λόγοι.

1.2 Ιστορική αναδρομή

Ένα από τα σημαντικότερα επιτεύγματα στο κλάδο της ιατρικής είναι τα εμβόλια. Η ανακάλυψη τους κατάφερε να μετριάσει πολλές θανατηφόρες ασθένειες καθώς και να βελτιώσει το επίπεδο ζωής. Για το λόγο αυτό θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν και ως η πιο πετυχημένη και αποτελεσματική παρέμβαση για τη δημόσια υγεία στην ανθρώπινη ιστορία.

Υπάρχουν σημαντικές αναφορές για το ρόλο τους από την αρχαιότητα, από σπουδαίους ανθρώπους. Συγκεκριμένα ο Θουκυδίδης ήταν ο πρώτος που παρατήρησε ότι όσοι κάτοικοι της αρχαίας Αθήνας επιβίωσαν και απέκτησαν ανοσία από την ευλογιά δεν ξανά νόσησαν. Οι κινέζοι θεραπευτές ανακαλύπτουν την επιτακτική ανάγκη του εμβολιασμού τον 10^ο αιώνα. Αυτοί που ήταν υγιείς εκτέθηκαν στον ιό της ευλογιάς για να αποκτήσουν ανοσία. Αυτή η διαδικασία καθιερώθηκε αργότερα στη Τουρκία ενώ στην Ευρώπη έφτασε στις αρχές του 18^ο αιώνα.

Οι ιατροί Εμμανουήλ Τιμόνης και Ιάκωβος Πυλαρινός στα τέλη του 17^ο με 18^ο αιώνα επιχείρησαν την επίτευξη ανοσίας από την ευλογιά μέσω μιας συγκεκριμένης τεχνικής. Έπαιρναν υγρά από τις φλύκταινες των ασθενών και το χορηγούσαν στο δέρμα υγιών παιδιών για να τους δημιουργήσουν ανοσία. Πράγματι κατάφεραν με αυτό το τρόπο την πλήρη ανοσία ή την πιο ομαλή και ανώδυνη μορφή της ασθένειας.

Περίπου το 1776 έγινε η πρώτη προσπάθεια από τον βρετανό Edward Jenner, ο οποίος παρατήρησε ότι οι γυναίκες που άρμεγαν αγελάδες εμφάνιζαν φυσαλίδες στα χέρια και δεν νοσούσαν από ευλογιά. Επομένως, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ευλογιά των αγελάδων αποτελούσε ένα είδος ανοσίας για τους ανθρώπους. Συγκεντρώνοντας όλες αυτές τις πληροφορίες χορήγησε το πρώτο εμβόλιο σε ένα μικρό παιδί, το οποίο αποτελούταν από υγρό από τις φλύκταινες των αγελάδων.

Τον πιο σημαντικό ρόλο στον τομέα των εμβολίων τον κατέκτησε ο Luis Pasteur στα τέλη του 19^ο αιώνα με τη δημιουργία του πρώτου εργαστηρίου εμβολίων. Εφήυρε το

εμβόλιο κατά της λύσσας το οποίο αποτελούταν από εξασθενημένους και ζωντανούς μικροοργανισμούς του ιού. Το οποίο χρησιμοποιείται ακόμη και σήμερα.

Ένας από τους μαθητές του, ο Chamberland ανακάλυψε το πρώτο εμβόλιο κατά της χολέρας το 1879. Στο πείραμα του αυτό κύριο λόγο είχαν τα κοτόπουλα. Έπαιρνε υγρό από τα μολυσμένα κοτόπουλα, το χορηγούσε στα υγιή κι έτσι αντιλήφθηκε ότι τα εμβολιασμένα δεν νόσησαν από χολέρα. Για την κυκλοφορία του εμβολίου χρειάστηκε να περάσουν 40 χρόνια. Λίγο αργότερα ο Almroth Edward Wright δημιούργησε το εμβόλιο του τυφοειδούς πυρετού και ένα χρόνο μετά ο ρώσος Woldemar Haffline εκείνο της πανώλης.

Στις αρχές του 20^ο αιώνα υπήρχε έντονη επιθυμία για την επιστημονική κοινότητα ή ανακάλυψη νέων εμβολίων για να καταπολεμηθούν οι ασθενείς της εποχής. Το 1906 ο Jules Bordet και ο Octave Gengou απομονώνουν το μικρόβιο Bordatella και έτσι ανακαλύπτουν το πρώτο εμβόλιο κατά του κοκίτη. Ο Albert Calmette και ο Camille Guerin το 1897 ξεκινούν τις προσπάθειες για τη δημιουργία του εμβολίου κατά της φυματίωσης. Κατέληξαν στη δημιουργία ενός εμβολίου που αποτελούταν από εξασθενημένους μικροοργανισμούς του βακτηριδίου που προκαλούν τη φυματίωση. Η πρώτη εφαρμογή του εμβολίου έγινε σε ένα νεογέννητο παιδί που ανήκε σε ομάδα υψηλού κινδύνου λόγω του ιστορικού φυματίωσης που υπήρχε στην οικογένεια του.

Το 1927 ο G. Raman και ο P. Descombey ανακάλυψαν το πρώτο αντιτετανικό εμβόλιο. Ο Jonas Salk χρειάστηκε μόλις 2 δεκαετίες για να ολοκληρώσει το πρώτο εμβόλιο κατά της πολιομυελίτιδας, δηλαδή το 1954.

Καθοριστικό ρόλο φαίνεται να είχε η δεκαετία του 1960 για την ιστορία των εμβολίων. Ο Maurice Hilleman δημιούργησε το εμβόλιο κατά της ιλαράς το 1963 και το εμβόλιο της παρωτίτιδας το 1967. Την ίδια χρονιά παρασκευάστηκε το εμβόλιο κατά της ερυθράς από τους Paul D. Parkman (Βανταράκη ,2017)

Το 1974 ξεκίνησε ένα πρόγραμμα το οποίο παρείχε δωρεάν εμβολιασμούς για τα παιδιά. Το Expanded Programme Immunization (EPI). Το πρόγραμμα αυτό, λειτουργώντας από τα υπουργεία υγείας με τεχνική υποστήριξη από το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), θέλει να συμβάλει στο να βελτιώσει το παγκόσμιο στόχο που είναι από 90% και πάνω των παιδιών σε κάθε χώρα να λαμβάνει την τρίτη δόση εμβολίου DTP (DTP3) και την κάλυψη του να ξεπερνά το 80% σε όλες τις περιοχές ως το 2010 (Rainey, J. J., Watkins, M., Ryman, et.al.)

1.3 Ο ρόλος των εμβολίων

Τα εμβόλια θεωρούνται ως μια από τις πιο αποδοτικές παρεμβάσεις για τη δημόσια υγεία καθώς μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά τους δραματικούς αριθμούς που απεικονίζουν τους παιδικούς θανάτους (Bustreo & Okwo-Bele, 2015). Είναι ασφαλή και αποτελεσματικά, προστατεύουν από επικίνδυνες μολυσματικές ασθένειες που πολλές φορές μπορούν να αποβούν μοιραίες για τη ζωή. Ο εμβολιασμός είναι ο λόγος που η νοσηρότητα και η θνησιμότητα πολλών ασθενειών έχει μειωθεί σημαντικά παγκοσμίως και κατά συνέπεια έχουν αποφευχθεί εκατομμύρια επιπλοκές και θάνατοι (Pezzotti, Bellino & Prestinaci, 2018) Έχει θετική επιρροή στο κοινωνικό σύνολο και όχι μόνο στο κάθε άτομο ξεχωριστά. (Βανταράκη, 2017). Επιτυγχάνει τη προστασία και τη διασφάλιση της υγείας των ατόμων με ασφαλή και οικονομικό τρόπο (Kessler & Braasch, 2019).

Το 1974 που ξεκίνησε ο ΠΟΥ το Expanded Program μέσω του εμβολιασμού επιτεύχθηκε η πρόληψη ασθενειών όπως διφθερίτιδα, ιλαρά, κοκκύτης, τέτανος, πολιομυελίτιδα και φυματίωση (Yismaw & Assimamaw, 2019).

Ο εμβολιασμός είναι σημαντικός για δύο λόγους. Όταν ένα άτομο εμβολιαστεί μειώνεται το ποσοστό της νόσου και δεύτερον όταν η πλειοψηφία της κοινωνίας αποφασίζει να εμβολιαστεί από αυτό επωφελούνται και τα μη εμβολιασμένα άτομα καθώς μειώνεται ο κίνδυνος έκθεσης σε παθογόνους μικροοργανισμούς. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να βελτιώνεται η υγεία και η ποιότητα ζωής των παιδιών και να αυξάνεται η διάρκεια ζωής τους (Ventola, 2016).

Πολλές είναι οι μελέτες που αποδεικνύουν ότι αυξάνεται ο κίνδυνος να νοσήσεις από ασθενείς που μπορούν να προληφθούν μέσω των εμβολίων όταν υπάρχει μαζική, γεωγραφική, συγκέντρωση ατόμων που αρνούνται τον εμβολιασμό (Omer & Salmon, 2009)

Όταν ένας γονέας αποφασίζει να μην εμβολιάσει το παιδί του κινδυνεύει εκτός από το ίδιο το παιδί και όλος ο κοινωνικός περίγυρος. Επομένως, οι γονείς πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους το ευρύτερο κοινωνικό, πολιτιστικό και πολιτικό πλαίσιο στο οποίο ζουν (Dube, Vivion & MacDonald, 2015).

Στις μέρες μας για τους γονείς δεν είναι εύκολη υπόθεση το να αποφασίσουν για το αν θα εμβολιάσουν τα παιδιά τους ή όχι. Ένας σημαντικός παράγοντας που τους επηρεάζει τις περισσότερες φορές αρνητικά είναι το διαδίκτυο. Ο γονέας θα πρέπει να είναι σε θέση να διαχειριστεί και να φιλτράρει τις πληροφορίες που δέχεται από το διαδίκτυο γιατί πρόκειται να πάρει μια απόφαση για τη ζωή του παιδιού του που θα έχει όμως και αντίκτυπο στο υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο. Είναι σημαντικό να γίνει αντιληπτό από τους γονείς η σημασία του εμβολιασμού διότι προστατεύει τα παιδιά και τους ενήλικες από ασθένειες που μπορούν να γίνουν απειλητικές για τη ζωή. Το να πάρει ένας γονέας την απόφαση να μην εμβολιάσει το παιδί του επηρεασμένος από τις πληροφορίες που δέχεται μέσω του διαδικτύου, οι οποίες τις περισσότερες φορές είναι ψευδείς και λανθασμένες, μπορεί να αποβεί μοιραίο για το ίδιο του το παιδί αλλά και να θέσει σε κίνδυνο έκθεσης μολυσματικών ασθενειών παιδιά που είναι ήδη εμβολιασμένα (Kessler, Braasch, 2019).

Ο ανθρώπινος οργανισμός έχει την ικανότητα να παράγει αντισώματα για να αντιμετωπίζει οποιαδήποτε εισβολή παθογόνου μικροοργανισμού στο σώμα. Η επίκτητη ανοσία διακρίνεται σε 2 κατηγορίες, ενεργητική και παθητική. Η διαφορά των δύο κατηγοριών αφορά το τρόπο που παράγονται τα αντισώματα. Μπορούν να παραχθούν από τον ίδιο τον οργανισμό με ενεργητικό τρόπο ή διαφορετικά να χορηγηθούν στο άτομο έτοιμα αντισώματα, αυτό ονομάζεται παθητική ανοσία. Όταν ο οργανισμός έρθει σε επαφή με τον παθογόνο μικροοργανισμό τότε έχουμε την ενεργητική ανοσία. Τα εμβόλια παρέχουν προστασία με τη δημιουργία ανοσολογικής μνήμης μέσω της ενεργητικής ανοσοποίησης για μεγάλο χρονικό διάστημα χωρίς το άτομο να νοσεί. Η ενεργητική ανοσοποίηση είναι σημαντική για ολόκληρη την κοινωνία. Μέσω της διαδικασίας του εμβολιασμού, εκτός από το ότι μειώνονται τα κρούσματα της συγκεκριμένης ασθένειας, τα κρούσματα καταλήγουν να είναι λιγότερο έντονα.

Βρέφη και γυναίκες που βρίσκονται σε κατάστασή εγκυμοσύνης ανήκουν στις κατηγορίες ατόμων που δεν επιτρέπει να εμβολιαστούν. Τα άτομα αυτά προστατεύονται αυτόματα από τη στιγμή που ο περίγυρος τους αποτελείται από άτομα τα οποία έχουν εμβολιαστεί. Αυτό ονομάζεται “συλλογική ανοσία” (Βανταράκη, 2017).

1.4 Είδη εμβολίων

ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β

Η ηπατίτιδα είναι μια νόσος που επιτίθεται στο ήπαρ, προκαλεί οξεία ή χρόνια προβλήματα και καταλήγει στη κίρρωση ή καρκίνο του ήπατος. Το εμβόλιο κατά της ηπατίτιδας Β αποτελείται από 3 δόσεις. Ο ΠΟΥ συμβουλεύει η πρώτη δόση να γίνεται σε όλα α βρέφη το πρώτο 24ώρο μετά τη γέννηση τους. Σε αντίθεση με το ΠΟΥ, η Ελλάδα συνιστά η πρώτη δόση του εμβολίου να γίνεται κατά το δεύτερο μήνα του βρέφους. Σε περίπτωση όπου η μητέρα είναι φορέας ηπατίτιδας Β συμβουλεύει να γίνεται εντός 12ωρων από τη στιγμή που γεννιέται το βρέφος.(Βανταράκη, Χ. 2017). Οι περισσότερες χώρες έχουν ακολουθήσει τη σύσταση του ΠΟΥ να ενσωματώσουν το εμβόλιο κατά της ηπατίτιδας Β ως αναπόσπαστο μέρος του εθνικού προγράμματος εμβολιασμού για βρέφη (Μπροτζάκη, Λάμπρου, & Κουτσούρης, 2019).

ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α

Το εμβόλιο αυτό αποτελείται από δυο δόσεις, οι οποίες χορηγούνται στο βρέφος μετά τους 12 μήνες ζωής. Η μετάδοση γίνεται μέσω της άμεσης επαφής με τον ασθενή ή με την κατάποση μολυσμένων τροφίμων και νερού (Βανταράκη, 2017).

ΑΝΕΜΟΒΛΟΓΙΑΣ (VAR)

Η ανεμοβλογιά χαρακτηρίζεται ως μια μολυσματική ασθένεια. Η μετάδοση της γίνεται μέσω σταγονιδίων από το στόμα ή με άμεση επαφή με τις υπάρχον δερματικές βλάβες. Μπορεί να προκαλέσει σοβαρές λοιμώξεις ακόμα και εγκεφαλίτιδα. Το εμβόλιο αποτελείται από 2 δόσεις όπου η πρώτη πραγματοποιείται στο βρέφος όταν είναι από 12 έως 15 μηνών και η δεύτερη στην ηλικία των 4 χρόνων (Βανταράκη, 2017).

ΙΟΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ (HPV)

Ο ιός ανθρώπινων θηλωμάτων είναι υπεύθυνος για την εμφάνιση των κονδυλωμάτων στα γεννητικά όργανα αλλά και για τον καρκίνο του τράχηλου της μήτρας. Υπάρχουν δύο διαφορετικά εμβόλια κατά του HPV που έχουν πάρει έγκριση. Το ένα είναι διδύναμο και το άλλο τετραδύναμο εμβόλιο. Οι δόσεις για το εμβόλιο αυτό είναι 2 ή 3 κ' αυτό εξαρτάται από την ηλικία που χορηγείται. Στην Ελλάδα ο εμβολιασμός κατά του HPV παρέχεται δωρεάν μέχρι την ηλικία των 26 (Βανταράκη, 2017).

Ο οργανισμός ACIP συμβουλεύει τον συγκεκριμένο εμβολιασμό για κορίτσια και για αγόρια στην ηλικία των 11-12. Στην περίπτωση όμως που υπάρχει ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης μπορεί να χορηγηθεί από την ηλικία των 9. Οι περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες αφορούν τις τοπικές αντιδράσεις αλλά και την συγκοπή. Για τον λόγο αυτό το ACIP συμβουλεύει την παρακολούθηση των εμβολιασμένων για τα επόμενα 15 λεπτά από την χορήγηση του εμβολίου (Ventola, 2016).

ΓΡΙΠΗ (INFL)

Οι ιοί της γρίπης Α κ' Β είναι αιτία για οξείες αναπνευστικές λοιμώξεις κι επιπλοκές από δευτερογενείς βακτηριακές λοιμώξεις. Το εμβόλιο κατά της γρίπης είναι τριδύναμο σε ενέσιμη μορφή (Βανταράκη, 2017). Ο ετήσιος εμβολιασμός είναι η πιο αποτελεσματική στρατηγική για την αντιμετώπιση της ,χορηγείται πριν την έναρξη της εποχικής γρίπης (Οκτώβριος ή Νοέμβριος) και δίνεται με ασφάλεια σε παιδιά άνω των 6 μηνών. Αν και τα περισσότερα παιδιά αναρρώνουν χωρίς κάποια επιπλοκή ή κάποιο πρόβλημα σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να προκληθούν σοβαρές επιπλοκές που ίσως οδηγήσουν στον θάνατο (Ventola, 2016).

ΣΥΖΕΥΓΜΕΝΟ ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΟ (PCV)

Η πνευμονιοκοκκική νόσος παραμένει η κύρια αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας σε παιδιά κι ενήλικες παγκοσμίως. Τα άτομα με αυξημένο κίνδυνο για σοβαρές πνευμονιοκοκκικές λοιμώξεις είναι βρέφη, μικρά παιδιά, ηλικιωμένοι κι άτομα με χρόνιες ασθένειες ή ανοσοανεπάρκεια (Ventola, 2016). Το εμβόλιο κατά του πνευμονιόκοκκου αποτελείται από 4 δόσεις. Η πρώτη πραγματοποιείται σε ηλικία 2 μηνών, ακολουθούν οι επόμενες στην ηλικία των 4,6 και 12 μηνών. Η κάλυψη αυτού του εμβολίου φτάνει περίπου στο 37% κ' είναι απαραίτητο καθώς προστατεύει από το βακτήριο του πνευμονιόκοκκου. Το βακτηρίδιο αυτό μπορεί να προκαλέσει λοιμώξεις όπως σηψαιμία, μηνιγγίτιδα, πνευμονία, ωτίτιδα ή ιγμορίτιδα (Βανταράκη,2017).

ΚΟΚΚΥΤΗΣ PERTUSSIS

Ο κοκκύτης είναι οξεία μικροβιακή λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος, αποτελεί σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας και κάθε 3-5 χρόνια παρουσιάζει εξάρσεις. Ιδιαίτερο κίνδυνο διατρέχουν τα βρέφη σε ηλικία 6 μηνών και κάτω. Στις ΗΠΑ το 90% των θανάτων κ' επιπλοκών του κοκκύτη εμφανίζονται σε βρέφη ηλικίας κάτω των 3 μηνών (Ventola, 2016).

Η χρήση αντιβιοτικών κι εμβολίων έχει βοηθήσει σημαντικά στην μείωση των κρουσμάτων της νόσου αλλά και της θνησιμότητας που προκαλούσε. Πριν την ανακάλυψη και την χρήση των αντιβιοτικών και των εμβολίων ο δείκτης των κρουσμάτων και της θνησιμότητας παρέμενε αρκετά υψηλός κυρίως για τα παιδιά ηλικίας άνω των 5 ετών (Βανταράκη,2017).

ΡΟΤΑΪΟΣ (RV)

Ο ροταϊός μπορεί να προκαλέσει οξεία σοβαρή διαρροϊκή νόσο. Το εμβόλιο κατά του RV που χορηγούνται στην χώρα μας είναι δύο κι αποτελούνται από ζωντανούς εξασθενημένους ιούς που διαδίδονται από το στόμα. Το πρώτο εμβόλιο είναι μονοδύναμο (RV1) πραγματοποιείται σε 2 δόσεις. Το δεύτερο εμβόλιο είναι πενταδύναμο (RV5) και χορηγείται σε 3 δόσεις. Για το RV1 το βρέφος λαμβάνει την πρώτη δόση στους 2 μήνες ζωής και την δεύτερη στους 4 μήνες ενώ για το RV5 δίνεται σε ηλικία 2,4 και 6 μηνών και χορηγείται

κι αυτό σε 3 δόσεις. Όλες οι δόσεις του εμβολίου θα πρέπει να ολοκληρωθούν μέχρι την ηλικία των 8 μηνών (Βανταράκη,2017).

ΠΟΛΥΟΜΕΛΙΤΙΔΑ

Ο ιός της πολιομυελίτιδας είναι ένας αρκετά επικίνδυνος ιός που μπορεί να εισέλθει στο νευρικό σύστημα και να προκαλέσει μέχρι και παράλυση. Αρχικά βρέθηκε το εμβόλιο salk που περιείχε τον ιό αδρανοποιημένο, στη συνέχεια ανακαλύφθηκε το εμβόλιο Sabin που αποτελούνταν από τον ιό της πολιομυελίτιδας αλλά εξασθενημένο. Τα εμβόλια αυτά συνέβαλαν στην αντιμετώπιση της μολυσματικής ιογενής ασθένειας που αποτελούσε μάστιγα (Βανταράκη,2017).

Μετά την κορύφωση της επιδημίας το 1958 το εμβόλιο IPV συνιστάται για τον πληθυσμό ηλικίας από 0 ως 20 ετών. Πριν τον καθολικό εμβολιασμό χιλιάδες περιπτώσεις μιλούσαν για οξεία παράλυση κάθε χρόνο. Μετά την εισαγωγή του εμβολίου η νοσηρότητα και η θνησιμότητα μειώθηκε δραματικά κυρίως μεταξύ των παιδιών 5 ετών και κάτω (Pezzotti, Bellino, Prestinaci 2018)

ΙΛΑΡΑ, ΕΡΥΘΡΑ ΚΑΙ ΠΑΡΩΤΥΤΙΔΑ (MMR)

Ιογενείς ασθένειες εμφανίζονται στην παιδική ηλικία κι έχουν σοβαρές επιπλοκές που μπορεί να οδηγήσουν στον θάνατο.

- Ιλαρά

Βγάζεις εξανθήματα σε όλο το σώμα και μπορεί να προκληθεί εγκεφαλίτιδα και πνευμονία.

- Παρωτίτιδα

Οδηγεί σε ορχίτιδα, κώφωση, ασηπτική μηνιγγίτιδα. Συνιστάται για τους άνδρες πριν και μετά την εφηβεία.

- Ερυθρά

Συνήθως είναι μια ήπια ασθένεια αλλά όταν προσβάλλει τα αγέννητα μωρά σε πρόωμη εγκυμοσύνη υπάρχουν πιθανότητες 80% να γεννηθεί το μωρό κωφό, τυφλό, με αδύναμη καρδιά, μικρό εγκέφαλο και νοητική καθυστέρηση (Ventola,2016).

Το εμβόλιο αποτελείται από 2 δόσεις. Η πρώτη χορηγείται όταν το παιδί βρίσκεται στην ηλικία των 12-15 μηνών και η δεύτερη στα 4 χρόνια του παιδιού. Είναι τριδύναμο και προφυλάσσει από τις ασθένειες της ιλαράς, της παρωτύτιδας και της ερυθράς. Παρόλο που υπάρχει καθολική εφαρμογή του εμβολίου αυτού, στη Ευρώπη παρατηρούνται μέχρι και σήμερα ξεσπάσματα επιδημιών, κυρίως ιλαράς κι ακολουθεί η ερυθρά με λιγότερα κρούσματα (Βανταράκη,2017).

Κεφάλαιο 2

2.1 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των εμβολιασμών

Ο Εμβολιασμός είναι μία οικονομική μέθοδος για την πρόληψη και την προστασία της δημόσιας υγείας από ασθένειες που βλάπτουν τον ανθρώπινο οργανισμό και πολλές φορές είναι και θανατηφόρες.

Έχει αποδειχθεί ότι τα εμβόλια εξαλείφουν τις ασθένειες ή προκαλούν την μείωση εμφάνισής τους καθώς τα κρούσματα της πολυομυελίτιδας μειώνονται κατά 90% κάθε χρόνο. Επομένως η ανοσοποίηση έχει σημαντικό ρόλο στο τομέα της δημόσιας υγείας αλλά και στη βελτίωση της ζωής του ανθρώπου (Immunization Newsletter Feb., 2013). Παρόλα αυτά που αναφέρθηκαν προηγουμένως υπάρχουν ορισμένοι άνθρωποι που πεθαίνουν από ασθένειες που θα μπορούσαν να είχαν προληφθεί με τα εμβόλια κυρίως στην Αφρική.

Το 2005 δημιουργήθηκε από τον ΠΟΥ με την βοήθεια της UNISEF το πρόγραμμα Παγκόσμιο Όραμα και Στρατηγική για την Ανοσοποίηση με στόχο την προφύλαξη της ανθρώπινης ζωής από ασθένειες που αντιμετωπίζονται με τον εμβολιασμό (WHO, 2005) αλλά και την ανακάλυψη νέων τεχνικών και εμβολίων (WHO, 2013).

Ο Εμβολιασμός όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως είναι μία αποδοτική μέθοδος που προσφέρει εμβολιαστική κάλυψη σε σχέση με το κόστος θεραπείας καθώς συμβάλλει στην μειωμένη χρήση αντιβιοτικών, αυξάνει το ποσοστό επιβίωσης, ασφαλέστερη μετακίνηση ενώ υπολογίζεται ότι έχει μειώσει κατά 24% ετησίως τους παιδικούς θανάτους. (Callaway.,2014) Μια υγιή κοινότητα ευημερεί καθώς δεν χάνει πολύτιμο και παραγωγικό χρόνο λόγω μιας δικής τους ή των παιδιών τους ασθένεια. Ακόμα και παιδιά που δεν έχουν εμβολιαστεί ή δεν έχουν ολοκληρώσει τα εμβόλια τους μέσα σε μια τέτοια κοινότητα θωρακίζονται εμμέσως απέναντι σε οποιαδήποτε ασθένεια και συμβάλλουν στη προστασία της (Constenla., 2015).

Επομένως η ανακάλυψη του εμβολιασμού θεωρείται ένα από τα μεγαλύτερα επιτεύγματα της ιατρικής καθώς ασθένειες που άλλοτε σκορπούσαν τον θάνατο και τον πανικό τώρα προλαμβάνονται ή έχουν εξαφανιστεί εντελώς. (Παλλίδης, 1987)

Τα εμβόλια προσφέρουν ανοσία στα παιδιά απέναντι στα λοιμώδη νοσήματα εξαλείφοντάς τα προτού προκαλέσουν προβλήματα στον οργανισμό του παιδιού δημιουργώντας έτσι μια ειδική ανοσολογική άμυνα κατά αυτών. (Litin, 2008)

Παρόλα αυτά πολλές φορές οι παρενέργειες και οι διαταραχές που προκαλούνται από τα εμβόλια διχάζουν το κοινό και το κάνουν να χάνει την εμπιστοσύνη τους σε αυτά.

Διαταραχές όπως ο αυτισμός, αλλεργίες, ΣΔ, ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι μερικές από τις οποίες σχετίζονται με τα εμβόλια. Κάτι τέτοιο όμως είναι, είναι συχνό φαινόμενο καθώς κάποιοι άνθρωποι εμφανίζουν υπερευαισθησία σε ορισμένα συστατικά του εμβολίου.(Ma et al, 2016)

Ωστόσο ο εμβολιασμός των παιδιών έχει πολλά οφέλη που μπορεί όμως να δημιουργήσουν ανεκπλήρωτες υποσχέσεις και παραπλανήσεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα και την ασφάλειά τους στους γονείς και στους επαγγελματίες υγείας όμως δεν μπορούμε να αμφισβητήσουμε την σημαντικότητα του. (Doherty et al, 2016)

2.2 Παρενέργειες των εμβολιασμών

Τα εμβόλια παρόλο που διακρίνονται για την αποτελεσματικότητα και την ασφάλειά τους εμφανίζουν σε ορισμένες περιπτώσεις παρενέργειες. (Hendry, 2016)

Οι παρενέργειες κυρίως είναι ήπιας μορφής και δεν έχουν μεγάλη χρονική διάρκεια καθώς είναι κυρίως τοπικές αντιδράσεις. Η διάρκειά τους δεν ξεπερνά το 24ωρο και δεν χρειάζεται θεραπευτική αγωγή για την αντιμετώπισή τους.

Κοινές ανεπιθύμητες παρενέργειες αποτελούν:

- Κεφαλαλγία
- Βήχας
- Πυρετός
- Ερυθρότητα
- Οίδημα
- Πόνος ή κνησμός
- Τοπική θερμότητα
- Πρήξιμο στο πρόσωπο, στα χείλη ή στη γλώσσα

Ανορεξία , πεπτικές διαταραχές, υπνηλία είναι ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορεί να διαρκέσουν μέχρι και 2-4 μέρες. Η αναπνευστική δυσχέρεια είναι μια αντίδραση που έχει ως αποτέλεσμα το αίσθημα της ζάλης και την λιποθυμία.(Gabriel et al, 2013)

Περίπου οι μισοί από τους ανθρώπους που εμβολιάζονται εμφανίζουν ήπιες παρενέργειες καθώς σοβαρότερες μορφές παρενεργειών έχουν μικρές πιθανότητες να εμφανιστούν όπως υψηλός πυρετός και επιληπτική κρίση. (Hendry, 2016)

Γενικά τα εμβόλια της εποχής μας είναι ασφαλέστερα από τα παλαιότερα και έχουν σημαντικό ρόλο τόσο στην ατομική όσο και στη δημόσια υγεία παρά τις παρενέργειες που εμφανίζουν και σε καμία περίπτωση δεν αμφισβητείται η σπουδαιότητα και η αξιοπιστία τους. (Gabriel et al, 2013)

2.3 Ενδείξεις εμβολιασμών

Η εμφάνιση ορισμένων καταστάσεων δεν αποτελεί αντένδειξη για να γίνει ένα εμβόλιο ωστόσο, η διαδικασία του εμβολιασμού θα πρέπει να τηρεί σημαντικούς κανόνες για να γίνει με αποτελεσματικότητα. Στην περίπτωση των νεογνών θα πρέπει να εμβολιάζονται σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού ωστόσο αν κάποιος γεννηθεί πρόωρα, τα εμβόλια θα γίνονται ανάλογα με την ηλικία ζωής (Geier et al 2016) και σύμφωνα με το χρονοδιάγραμμα των εμβολιασμών, όσο και ως προς την χορηγούμενη δόση. Επίσης μια χειρουργική επέμβαση δεν αποτελεί κίνδυνο στο να μη πραγματοποιηθεί ένα εμβόλιο.

Επίσης κατά την διάρκεια εγκυμοσύνης υπάρχει ελεύθερος εμβολιασμός καθώς οι ιοί των εμβολίων δεν μπορούν να προκαλέσουν νόσηση στο βρέφος. Τα εμβόλια κυρίως που συνιστώνται είναι του τετάνου – κοκκύτη και της γρίπης. (Geier et al 2016)

Επιπλέον ο εμβολιασμός ενδείκνυται σε περιπτώσεις αλλεργικού παιδιού, αποφυγή όμως κατά την διάρκεια οξείας φάσης. Ακόμα ο εμβολιασμός δεν αντενδείκνυται σε νοσήματα του κεντρικού νευρικού συστήματος όπως το οικογενειακό ιστορικό επιληψίας και το ατομικό ιστορικό σπασμών ή κάποιας άλλης νευρολογικής νόσου που βρίσκεται σε εξέλιξη. (Geier et al 2016)

Τα εμβόλια ακόμα δεν αποφεύγονται με την χορήγηση αντιβιοτικών, τοπική αντίδραση σε προηγούμενη δόση του εμβολίου και στην περίπτωση του θηλασμού.

Τέλος ενδείκνυται στις περιπτώσεις που κάποιο άτομο έρθει σε επαφή με ασθένεια, άσθματος και σε παιδιά που οργανισμός τους δεν μπορεί να δεχτεί εμβόλιο με

εξασθενημένους μικροοργανισμούς, η διαδικασία του εμβολιασμού ξεκινάει μετά από 3 μήνες διακοπής της ανοσοκατασταλτικής θεραπείας.(Wang et al 2016)

2.4 Αντενδείξεις των εμβολιασμών

Οι αντενδείξεις του εμβολιασμού αφορούν κυρίως τη διακοπή του για κάποιο χρονικό διάστημα ενώ σπάνια αντενδείκνυται πλήρως η χορήγησή του. Κυρίως αντενδείξεις αποτελούν τα χρόνια νοσήματα (αναιμία, νεφρική ανεπάρκεια, ΣΔ) ή οξύ νόσημα. Με τον όρο αντένδειξη εννοούμε την περίπτωση στην οποία τα εμβόλια είναι περισσότερο επικίνδυνα παρά ωφέλιμα για τον άνθρωπο. Πλέον δεν αποτελεί αντένδειξη ο πυρετός ή οι κοινές λοιμώξεις καθώς ο εμβολιασμός γίνεται κατά την διάρκεια της ύφεσης της νόσου κυρίως για τα εμβόλια που περιέχουν νεκρούς ή εξασθενημένους μικροοργανισμούς. Παρακάτω θα αναφερθούμε σε ορισμένα εμβόλια και τις αντενδείξεις τους ξεχωριστά.

Εμβόλιο κοκκύτη: Το εμβόλιο κυρίως προκαλεί συχνά παρενέργειες και για αυτό δε πρέπει να χορηγείται σε παιδιά άνω των 7 ετών.

Αντενδείξεις: Το συγκεκριμένο εμβόλιο δεν συνιστάται όταν το παιδί εμφανίσει πυρετό ενώ αντενδείκνυται αν μετά από μία δόση εμφανιστούν οι παρακάτω αντιδράσεις:

- Πυρετός πάνω από 40 C
- Μετά από σπασμούς τις πρώτες 3 μέρες
- Καταστάσεις υπερευαισθησίας
- Νευρολογικές ανωμαλίες (επιληψία, σπασμούς, εγκεφαλοπάθεια)
- Καταπληξία (Κρεμενόπουλος, Τσιούρης, 1983)

Εμβόλιο ιλαράς: Κυρίως το εμβόλιο μπορεί να προκαλέσει πυρετικούς σπασμούς, θρομβοκυττοπενία, αρθρίτιδα και παρωτιδική διόγκωση.

Οι περιπτώσεις στις οποίες το εμβόλιο αντενδείκνυται είναι όταν τα παιδιά έχουν υψηλό πυρετό ή έχουν λάβει αίμα. Επίσης ο εμβολιασμός απαγορεύεται στις εγκυμονούσες γυναίκες. Ακόμα δεν πρέπει να εμβολιάζονται τα παιδιά που έχουν λευχαιμία, κακοήθη νοσήματα, ακτινοθεραπεία και παιδιά που λαμβάνουν θεραπεία κορτικοστεροειδών. Τέλος σε περίπτωση αλλεργιών ήπιας μορφής ο εμβολιασμός γίνεται αλλά προσεκτικά.(Κάσιμος, Κρεμενόπουλος, Τσιούρης 1983)

Εμβόλιο φυματίωσης

Οι αντενδείξεις του εμβολίου είναι οι παρακάτω:

- Εγκυμονούσες γυναίκες
- Ανοσοκατεσταλμένα παιδιά λόγω θεραπείας ή νοσήματος
- Πρόωρα <32 εβδομάδων
- Παιδιά που λαμβάνουν κορτικοστεροειδή ή κυτταρικά(Κάσιμος, 1983)

Εμβόλιο ηπατίτιδας Α: Το εμβόλιο συνιστάται κυρίως σε όλες τις ηλικίες >12 μηνών και ο εμβολιασμός ξεκινάει τον πρώτο χρόνο. Είναι αποτελεσματικό και ασφαλές καθώς εμφανίζει ήπιες τοπικές ανεπιθύμητες ενέργειες.

Το συγκεκριμένο εμβόλιο απαγορεύεται να γίνει όταν έχουμε εμπύρετο παιδί, κατά την διάρκεια εγκυμοσύνης .Επίσης όταν υπάρχει υπερευαισθησία σε ορισμένα συστατικά του εμβολίου και σε βρέφη και παιδιά μικρότερα του ενός έτους

Εμβόλιο ηπατίτιδας Β: Το εμβόλιο δεν χορηγείται στα παιδιά που έχουν υπερευαισθησία στα συστατικά του. Επίσης αποφεύγεται κατά την διάρκεια εγκυμοσύνης αλλά και όταν οι μητέρες θηλάζουν. Σε βρέφη < 6 μηνών. Τέλος ο εμβολιασμός δεν συνιστάται σε περίπτωση που έχουμε οξέα εμπύρετα νοσήματα. (Roland, 1970)

Εμβόλιο πολιομυελίτιδας: Το εμβόλιο κυρίως που περιέχει ζωντανό τον ιό της πολιομυελίτιδας δεν αντενδείκνυται, αποφεύγεται όμως σε ασθενείς ανοσοκατεσταλμένους λόγω ενός νοσήματος ή μιας αγωγής. Όταν έχουμε έναν ανοσοκατεσταλμένο ασθενή προτιμούμε να του χορηγήσουμε το εμβόλιο που περιέχει νεκρό τον ιό. Επίσης δεν το χορηγούμε σε γυναίκες εγκυμονούσες διότι ο κίνδυνος για νόσηση είναι μεγάλος. Αν και ο ιός εξαπλώνεται από παιδί σε παιδί στο σχολικό περιβάλλον (εμβολιασμένα παιδιά) δεν απαγορεύεται η χορήγηση του εμβολίου σε παιδιά εγκύων μητέρων (Marilyn, Hockenberry, 2009).

Εμβόλιο ανεμοβλογιάς: Το εμβόλιο της ανεμοβλογιάς αντενδείκνυται σε περίπτωση που έχουμε παιδί με σοβαρό ή μέτριας βαρύτητας οξύ νόσημα με ή χωρίς πυρετό. Επίσης αποφεύγεται μετά από πρόσφατη χορήγηση, εντός 11 μηνών, αντισωμάτων που περιέχονται σε παράγωγα αίματος. Ύστερα από χορήγηση αντιικών φαρμάκων (acyclovir) <24 ώρες πριν τον εμβολιασμό. Το πιο σημαντικό είναι ότι δεν χορηγούμε το εμβόλιο σε περίπτωση που έχουμε ένα παιδί που είναι αλλεργικό σε κάποιο συστατικό του ή σε προηγούμενη δόση. Ακόμα κατά την διάρκεια κύησης και σε σοβαρή ανοσοανεπάρκεια (χημειοθεραπεία, σοβαρή ανοσοκαταστολή). (Wilson, 2009)

Εμβόλιο της γρίπης: Το αδρανοποιημένο εμβόλιο έναντι της γρίπης δεν αποτελεί αντένδειξη στην κύηση αντιθέτως είναι απαραίτητος ο εμβολιασμός κατά την διάρκειά της. Κυρίως το εμβόλιο αντενδείκνυται στις περιπτώσεις που υπάρχει αλλεργική αντίδραση από προηγούμενη δόση ή συστατικό του, σοβαρό ή μέτριας βαρύτητας οξύ νόσημα με ή χωρίς πυρετό. Επιπροσθέτως το εμβόλιο δεν συνιστάται να γίνεται όταν υπάρχει ιστορικό GBS εντός διαστήματος 6 εβδομάδων από προηγούμενο εμβολιασμό. Τέλος η αλλεργία δεν αποτελεί αντένδειξη εκτός αν υπάρχει αλλεργία στο αυγό, ακόμα ο εμβολιασμός θα πρέπει να αποφεύγεται σε άτομα με ειδικές παθήσεις στο ΚΝΣ

Εμβόλιο έναντι του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων: Το εμβόλιο κυρίως αντενδείκνυται σε αλλεργία σε κάποιο από τα συστατικά του ή σε προηγούμενη δόση του εμβολίου, κατά την διάρκεια εγκυμοσύνης, τροποποιήσεις σε σχήμα προληπτικού ελέγχου για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και τέλος σε σοβαρό ή μέτριας βαρύτητας οξύ νόσημα με ή χωρίς πυρετό.

Κυρίως τα εμβόλια είναι απαραίτητα καθώς μας προφυλάσσουν από σοβαρές ασθένειες και μας σώζουν την ζωή παρόλο που μερικές φορές αντενδείκνυνται ή εμφανίζουν παρενέργειες. Η σωστή και συνεπής διαχείριση είναι καθήκον των παιδιάτρων και των γονέων ακόμα και αν ορισμένοι αρνούνται και στερούν από τα παιδιά τους τον απαραίτητο εμβολιασμό κάτι που θεωρείται απειλή για την Δημόσια Υγεία

2.5 Θετικά αποτελέσματα εμβολίων

Στην εποχή μας τα θετικά αποτελέσματα των εμβολίων φτάνουν σε πολύ υψηλό επίπεδο καθώς τα προγράμματα των εμβολιασμών έχουν συμβάλλει σημαντικά και με επιτυχία στην μείωση της επίπτωσης πολλών και σοβαρών νοσημάτων. Τα εμβόλια προλαμβάνουν 2,5 εκατομμύρια θανάτους παιδιών ετησίως ενώ >2 εκατομμύρια παιδιά πεθαίνουν επειδή δεν έχουν εμβολιαστεί. Το ποσοστό των ατόμων ενός πληθυσμού που αν καταστεί άνοσο (με εμβολιασμό), θα σταματήσει η μετάδοση ενός νοσήματος και μακροπρόθεσμα αυτό θα εκριζωθεί, όμως νοσήματα όπως η ιλαρά, παρωτίτιδα, ερυθρά και ο αιμόφιλος μπορούν να εξαλειφθούν τοπικά αλλά όχι να εκριζωθούν παγκοσμίως. Το εμβόλιο κατά της ιλαράς προστατεύει τα παιδιά από πολλές επιπλοκές όπως βακτηριακή πνευμονία και δυστροφία. Τα εμβόλια μπορεί να αυξήσουν το προσδόκιμο επιβίωσης προστατεύοντας έναντι νοσημάτων έναντι των οποίων αναμένεται όφελος. Επίσης το εμβόλιο της ιλαράς, της παρωτίτιδας και της ερυθράς (MMR) είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικό για την πρόληψη των ασθενειών αυτών. Συνήθως τα συγκεκριμένα εμβόλια παρέχουν προστασία δια βίου και είναι αποτελεσματικά σε ποσοστό 97-99% στα υγιή παιδιά.

. Το εμβόλιο κυρίως περιέχει νεκρούς ή εξασθενημένους μικροοργανισμούς οι οποίοι μόλις χορηγηθούν στον οργανισμό ξεκινάει η παραγωγή αντισωμάτων κατά του ιού, αυτό έχει ως αποτέλεσμα την άμεση παραγωγή αντισωμάτων που είναι αρκετή για την εξουδετέρωσή του. Αργότερα μόλις το άτομο έρθει σε επαφή με τον πραγματικό λοιμογόνο παράγοντα ξεκινάει άμεσα η ανοσοποίηση καθώς ο οργανισμός το θυμάται και έτσι το παιδί προστατεύεται και δεν νοσεί (Castro,&Cheryl, 2005). Η ανοσοποίηση διαρκεί για πολλά χρόνια αλλά και κάποιες φορές για όλη τη ζωή του ατόμου αυτό όμως εξαρτάται από την δόση και το εμβόλιο.

Η ανοσία ενός εμβολίου δεν προστατεύει μόνο το εμβολιασμένο παιδί ή ενήλικα αλλά και τα άτομα που δεν έχουν εμβολιαστεί κυρίως τα βρέφη μιας κοινότητας, αυτό όμως για να είναι αποτελεσματικό χρειάζεται να έχει εμβολιαστεί μεγάλος αριθμός ατόμων. Ο εμβολιασμός δεν θέτει τον οργανισμό σε κίνδυνο αντιθέτως τον βάζει στη διαδικασία να θυμάται την πραγματική νόσο και να είναι έτοιμος να παράγει άμεσα αντισώματα για την εξουδετέρωσή της. Χάρη στα

εμβόλια προλαμβάνονται πολλά σοβαρά προβλήματα υγείας και πολλές μεταδοτικές ασθένειες είναι σπάνιες στην εποχή μας. Εάν οι άνθρωποι σταματήσουν να εμβολιάζονται πολλές ασθένειες και οι εστίες τους θα κάνουν την εμφάνισή τους.

Ο Εμβολιασμός μεγάλου ποσοστού του πληθυσμού επιφέρει πολλά οφέλη κυρίως σε ασθενείς που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις, για παράδειγμα το αντιγριπικό εμβόλιο μειώνει κατά 50% την εμφάνιση καρδιακών προσβολών. Τα εμβόλια μειώνουν την χρήση των αντιβιοτικών όπως στην χρήση του εμβολίου έναντι την πνευμονιοκοκκικής νόσου. Ο εμβολιασμός είναι ατομική πράξη του καθενός όμως επιφέρει πολλά κοινωνικά και οικονομικά οφέλη. Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως η εμβολιαστική κάλυψη όλων των ηλικιακών ομάδων ενός πληθυσμού προστατεύει και τα μη εμβολιασμένα άτομα λόγω της μειωμένης μετάδοσης παθογόνων μικροοργανισμών εν μέσω του υγιή πληθυσμού.

Ειδικότερα, προσφέρει προστασία στις ευάλωτες ομάδες που αντενδείκνυται η χορήγηση εμβολίων όπως οι εγκυμονούσες, οι ανοσοκατασταλμένοι και τα νεογνά. Τέλος με τον εμβολιασμό επιτυγχάνεται η εξοικονόμηση πόρων στο σύστημα υγείας.

2.6 Αμφισβήτηση των εμβολίων

Στις αρχές της δεκαετίας του 2000, πολλοί γονείς άρχισαν να αμφισβητούν την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια των εμβολίων στις ανεπτυγμένες χώρες. Αυτή η τάση ξεκίνησε όχι γιατί οι γονείς δεν ήταν ενημερωμένοι αλλά λόγω της καθημερινής τους εμπειρίας πλέον γνωρίζουν τι σημαίνει λοιμώδες νόσημα. Με τη σειρά του αυτό οδηγεί τους γονείς στο να αποφεύγουν να κάνουν τα εμβόλια στα παιδιά τους. Η άρνηση των γονιών για την εμβολιαστική κάλυψη των παιδιών τους μπορεί να είναι ατομική επιλογή αλλά βλάπτει άμεσα το δημόσιο σύστημα υγείας. Συγκεκριμένα στην Ελλάδα συνεχώς αυξάνεται το ποσοστό

άρνησης των εμβολίων κάτι που επιβεβαιώνεται και από τους παιδίατρος οι οποίοι δεν σταματούν να ενημερώνουν τους γονείς για την αναγκαιότητα και την ασφάλεια των εμβολίων.

Τα αίτια που οδηγούν τους γονείς στην αμφισβήτηση και την άρνηση της χορήγησης τους στα παιδιά είναι πολλά. (Maltezos, et al., 2007)

- Στις ανεπτυγμένες χώρες τα επικίνδυνα λοιμώδη νοσήματα έχουν εξαλειφθεί και πλέον αποτελούν ανάμνηση κάτι που δημιουργεί στους γονείς την ψευδαίσθηση ότι δεν κινδυνεύουν πια αλλά και στην υποτίμησή τους.
- Η αστραπιαία διάδοση μέσω του Διαδικτύου αβάσιμων και αφιltrάριστων πληροφοριών γύρω από την ασφάλεια και τις παρενέργειες των εμβολίων οδηγεί δυστυχώς τους γονείς στην υιοθέτηση αυτών των πληροφοριών που τις επεξεργάζονται με το συναίσθημα και όχι με τη λογική.
- Επίσης οι άνθρωποι πλέον αρχίζουν να βασίζονται στις εναλλακτικές θεραπείες όπως στην ομοιοπαθητική, τη φυσική ίαση και νόσηση του παιδιού επηρεάζοντας την στάση ζωής δημιουργώντας αντιεμβολιαστική στάση.
- Η αύξηση του ποσοστού των εμβολίων δημιουργεί στους γονείς τον φόβο οικονομικής εκμετάλλευσης από τις φαρμακευτικές εταιρίες.
- Τέλος λόγω της ενημέρωσης των γονέων σχετικά με τα νοσήματα και τα εμβόλια οδηγεί τους γονείς στη άρνηση χορήγησης του εμβολίου στο παιδί τους αλλά και στους ίδιους.

Τέλος η ανακάλυψη των εμβολίων είναι ένα από τα μεγαλύτερα ανθρωπινά επιτεύγματα διότι μας προφυλάσσουν από πολλά θανατηφόρα νοσήματα. Από την άλλη μεριά το αντιεμβολιαστικό κίνημα δημιουργεί ψευδείς εντυπώσεις που μεταδίδονται παντού και γρήγορα λόγω τεχνολογίας. Απαραίτητη προϋπόθεσή για την εξάλειψη του κινήματος είναι η

πλήρη συμφωνία όλων μας για το όφελός των εμβολίων στον επιστημονικό κόσμο και η εμπιστοσύνη μας στους επαγγελματίες υγείας. (Blume, 2006)

2.7 Βασικοί κανόνες εμβολιασμού

Για να είναι σωστή και αποτελεσματική η χορήγηση των εμβολίων ο παιδίατρος θα πρέπει να λάβει υπόψιν όλες τις ανεπιθύμητες παρενέργειες και τους βασικούς κανόνες εμβολιασμού.

Πιο συγκεκριμένα θα πρέπει να προσέχει:

- Το είδος του εμβολίου που θα πρέπει να χορηγήσει
- Τυχόν αντενδείξεις του εμβολίου
- Καλή συντήρηση του εμβολίου
- Ημερομηνία λήξεως του εμβολίου
- Χρώμα του εμβολίου
- Την θέση της ένεσης
- Την ηλικία του παιδιού
- Σωστά και απαραίτητα έγγραφα (Center for Disease Control and Prevention, 2012)

Συγκεκριμένα όλα τα εμβόλια θα πρέπει να μεταφέρονται και να διατηρούνται σε θερμοκρασία χαμηλή κυρίως 2-8 βαθμού Κελσίου από τον τόπο παραγωγής μέχρι και το σημείο της χορήγησης (Παιδιατρική κλινική Αθηνών, 1991). Καθώς τότε έχουμε ένα εμβόλιο ασφαλές με πλήρη αντιγονότητα. Επίσης ένα εμβόλιο δεν θα πρέπει να βρίσκεται στο ψυγείο με τα τρόφιμα , να μην ανοιγοκλείνει συνεχώς η πόρτα του ψυγείου, να μην υπάρχουν πολλά εμβόλια μαζί και να μην καταψύχετε ένα εμβόλιο καθώς ούτε και τα διαλυτικά του. Ακόμα οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει πάντα πριν την χορήγηση του εμβολίου να φοράνε γάντια και να κάνουν καλό πλύσιμο χεριών. Επίσης ο παιδίατρος θα πρέπει να ελέγχει την συχνότητα και την ποσότητα χορήγησης καθώς και το χρονικό διάστημα από την χορήγηση μέχρι την επόμενη.

Τέλος η χορήγηση εμβολίων θα πρέπει να γίνεται σύμφωνα με τα συνιστάμενα σχήματα εμβολιασμών και η αφοσίωσή τους σε αυτά είναι καθήκον και ανάγκη όλων των επαγγελματιών υγείας που τα χορηγούν. Μόνο έτσι τα εμβόλια είναι αποτελεσματικά για όσους θα τα λάβουν. Επίσης για την χορήγηση διαφορετικού εμβολίου είναι απαραίτητο να χρησιμοποιείται άλλη σύριγγα και βελόνα (Shankar et. al., 2016). Ο παιδίατρος θα πρέπει να πάρει όλα τα απαραίτητα και ασφαλή μέτρα για τυχόν αλλεργίες που θα προκαλούσαν εξανθήματα, ερυθρότητα, οίδημα κ.α. Απαγορεύεται ο εμβολιασμός κατά τη διάρκεια οξείας φάσης της αλλεργίας και ο παιδίατρος θα πρέπει να ελέγξει και να δώσει μεγάλη προσοχή στο αντιβιοτικό του εμβολίου και να εκτιμήσει την ευαισθησία του παιδιού στο συγκεκριμένο διάλυμα (Center For Disease Control And Prevetion, CDC, 2012).

Κεφάλαιο 3

3.1 Στάσεις των γονέων για τον παιδικό εμβολιασμό

Η ανοσοποίηση είναι ένα από τα πιο αξιοσημείωτα επιτεύγματα της δημόσιας υγείας. Μολονότι, ο εμβολιασμός αναγνωρίζεται συχνά ως τον αποτελεσματικότερο τρόπο ελέγχου των μολυσματικών ασθενειών, υπάρχουν διάφορες ομάδες και άτομα που αμφισβητούν τον ρόλο και την ασφάλεια του εμβολίου επιλέγοντας την καθυστέρηση του εμβολιασμού ή την απόρριψη του παρά την διαθεσιμότητα υπηρεσιών εμβολιασμού. Αυτό, σχετίζεται με ποικίλους λόγους και παράγοντες όπως: επιστημονικοί, θρησκευτικοί και πολιτικοί (Wolfe & Sharp, 2002; Durbach, et. al., 2000).

Τα τελευταία χρόνια αναφέρεται ότι έχουν γίνει πολλές μελέτες για την διστακτικότητα του εμβολίου λόγω, των ανησυχιών του κοινού, της έλλειψης εμπιστοσύνης και της αβεβαιότητας που νιώθουν πολλοί γονείς γύρω από τα εμβόλια καθώς επηρεάζεται σημαντικά από την ταχύτατη ανταλλαγή πληροφοριών σε παγκόσμιο επίπεδο. Τα παραπάνω έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού των ανθρώπων που διακατέχονται από αμφιβολίες αναζητώντας εναλλακτικά προγράμματα θεραπείας (Larson, et. al., 2011).

Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες, η στάση αυτή ορισμένων γονέων κυρίως οφείλεται στην υποψία τους ότι τα παιδιά κινδυνεύουν από ανεπιθύμητες ενέργειες, αμφισβητώντας με αυτόν τον τρόπο την ασφάλεια του εμβολίου (Chow, et. al., 2017).

Η εμβολιαστική κάλυψη είναι χαμηλότερη σε μειονοτικές ομάδες του πληθυσμού όπως για παράδειγμα τους μετανάστες, καθώς η κάλυψη βασικών και καθημερινών αναγκών ίσως να είναι μεγαλύτερης σημασίας και προτεραιότητας από την απόκτηση προληπτικών μέτρων (Theeten, et. al., 2007).

Ορισμένοι γονείς επιλέγουν να μην εμβολιάσουν τα παιδιά τους ή να καθυστερούν τον εμβολιασμό έχοντας πλήρη γνώση των συνεπειών. Μερικοί λόγοι για την διστακτικότητα των γονέων ως προς τον εμβολιασμό είναι, η μείωση των περισσότερων ασθενειών που μπορούν να προληφθούν με εμβολιασμό εξ αιτίας υψηλών ποσοστών ανοσοποίησης, η έλλειψη, διαθέσιμου χρόνου για μεταφορά σε περίπτωση μεγάλης απόστασης των κέντρων εμβολιασμού, από την μικρή ηλικία των μητέρων, την χαμηλή παιδική εκπαίδευση και από την λανθασμένη αντίληψη ότι η φυσική ασθένεια είναι προτιμότερη από τον εμβολιασμό. Αυτό

έχει ως αποτέλεσμα, οι νεότεροι γονείς να αγνοούν ή να μην αντιλαμβάνονται τον κίνδυνο και την απειλή των μεταδοτικών λοιμώξεων που πέρασαν οι προηγούμενες γενιές (Temoka, et. al., 2013). Έτσι, καθίσταται επιτακτική η ανάγκη ενημέρωσης από τους επαγγελματίες υγείας για την σημασία του εμβολιασμού (Sharts – Horoko, 2009).

Ακόμη, κάποιοι γονείς που είναι αρνητικοί στον εμβολιασμό των παιδιών τους μπορεί επίσης να πιστεύουν ότι οι ασθένειες που προλαμβάνονται από τον εμβολιασμό, εξαφανίζονταν πριν από την χρήση εμβολίων. Οι γονείς εκείνοι, ίσως πιστεύουν και ότι μπορούν να ελέγχουν το παιδί τους και την λοίμωξη ή ότι το παιδί τους είναι προστατευμένο λόγω ανοσίας αγέλης ή ενδεχομένως να μην πείθονται με τις πληροφορίες σχετικά με τον εμβολιασμό (Anderson, 2014).

Υπάρχει μια γενική δυσπιστία για την ιατρική κοινότητα. Άτομα που πιστεύουν ότι πίσω από τον παιδικό εμβολιασμό κρύβονται θεωρίες συνωμοσίας είναι λιγότερο πιθανό να εμβολιάσουν τα παιδιά τους και παράλληλα να δουν τα εμβόλια ως επικίνδυνα, αναζητώντας εναλλακτικά προγράμματα εμβολιασμού αποτρέποντας τα παιδιά τους από τον «κίνδυνο» (Jolley and Douglas, 2014).

Επιπλέον, οι γονείς που φοβούνται τις βελόνες και έχουν κακή εμπειρία από την παιδική τους ηλικία είναι πιθανότερο να καθυστερήσουν ή να αποφύγουν τον εμβολιασμό. Είναι αξιοσημείωτο ότι, η θρησκευτικότητα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην καθυστέρηση ή απόρριψη του εμβολιαστικού προγράμματος καθώς και η πίστη ότι τα παιδιά είναι πολύ μικρά και συνεπώς είναι νωρίς για να εμβολιαστούν (Taddio et. al., 2012; Wright et. al., 2009; Woodin et. al., 1995).

Επίσης, υπάρχει η πεποίθηση ότι η νόσος για την οποία προορίζεται το εμβόλιο δεν αποτελεί κίνδυνο για την υγεία καθώς και ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν κατανοούν τις δυσμενείς επιπτώσεις που σχετίζονται με τον εμβολιασμό, φανερώνοντας έτσι την έλλειψη εμπιστοσύνης τους προς την ιατρική κοινότητα (Bond et. al., 1998).

Σύμφωνα με μελέτες, υπήρχαν αρκετοί γονείς που ήθελαν να ενημερωθούν σχετικά με τον παιδικό εμβολιασμό και τα νέα εμβόλια που εισάγονται στο πρόγραμμα εμβολιασμού. Αυτό, κυρίως συμβαίνει νωρίτερα λόγω μειωμένου χρόνου και υπερκόπωσης μετά την γέννηση του μωρού καθώς και λόγω χαμηλής εμπιστοσύνης – ανησυχίας για το παιδί τους (Saada, 2015; Barbieri, 2015; Miller, 2008; Tickner, 2007; Benin, 2006).

Ο Μπενίν το 2006 διαπίστωσε ότι, οι γονείς που δέχτηκαν τον εμβολιασμό χωρίς ανασφάλειες και αμφιβολίες, η απόφασή τους λήφθηκε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Υπήρχαν μελέτες στις οποίες διαπιστώθηκε ότι, οι γονείς δεν συμφωνούσαν με την πληροφόρηση – ενημέρωσή τους κατά την διάρκεια του ραντεβού για εμβολιασμό διότι είχαν περιορισμένο χρόνο να επεξεργαστούν τις πληροφορίες ή ήταν εξαντλημένοι με συνέπεια την αδυναμία εστίασης προσοχής στην λήψη πληροφοριών (Austroll – Dahlgren, 2010; Shui, 2005).

Από άλλες μελέτες διαπιστώθηκε ότι ο εντοπισμός πληροφοριών για κάποιους γονείς ήταν αδύνατο, αναζητώντας έτσι βοήθεια από τους επαγγελματίες υγείας για αξιόπιστες πηγές και ιστότοπους (Fadda, 2016; Miller, 2008).

Άλλο ένα γεγονός που αποτελεί εμπόδιο στον παιδικό εμβολιασμό είναι η μετανάστευση των γονέων σε άλλη χώρα. Συνεπώς, οι γονείς εκείνοι δυσκολεύτηκαν σημαντικά με την προσβασιμότητα σε νέα συστήματα υγείας, την κατανόηση του τρόπου λειτουργίας τους και των πολιτικών σε σχέση με την χώρα προέλευσής τους. Έτσι, η έλλειψη δικτύου υποστήριξης και πληροφόρησης έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση αμφιβολιών – ανησυχιών σχετικά με τον εμβολιασμό και την προαγωγή υγείας (Kowal, 2015; Harmsen, 2015; Tomlinson, 2013).

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι, παρόλο που οι περισσότεροι γονείς δεν φαίνονται να ανησυχούν για τις παρενέργειες και τις αντενδείξεις της ανοσοποίησης σύμφωνα με μελέτες, στην πραγματικότητα στους κυριότερους λόγους καθυστέρησης ή άρνησης παιδικών εμβολίων οφείλονται οι ανησυχίες σχετικά με τα ανεπιθύμητα συμπτώματα, την ασφάλεια του εμβολίου και τις σοβαρές παρενέργειες που μπορεί να προκαλέσει (Williams, 2014; Georgakopoulou et. al., 2006; Ramsay et. al., 2002; Panagiotopoulos et. al., 1999; Prislin et. al., 1998; Brody, 1993).

Συγκεκριμένα, ο συχνότερος λόγος αποφυγής εμβολιασμού που αναφέρθηκε από το 69% των γονέων, ήταν η ανησυχία ότι μπορεί να προκαλέσει βλάβη (Salmon et. al., 2005).

Εν κατακλείδι, δεδομένου ότι υπάρχουν μεγάλα ποσοστά των γονέων που αρνήθηκαν ή καθυστέρησαν έστω μια δόση εμβολίου για το παιδί τους, προκαλείται ανησυχία και αυξάνεται σημαντικά ο κίνδυνος εμφάνισης ασθενειών που μπορούν να προληφθούν με την ανοσοποίηση (Ajzen, Brown & Carvajal, 2004).

3.2 Αντιεμβολιαστικές πεποιθήσεις

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο εμβολιασμός είναι μέγιστης σημασίας για την πρόληψη ασθενειών, την προαγωγή υγείας, την προστασία της δημόσιας υγείας και την ασφάλεια της ζωής. Παρόλα αυτά, μεγάλη ανησυχία προκαλεί η επιρροή του κινήματος κατά του εμβολιασμού, τόσο στα κοινωνικά μέσα όσο και στο διαδίκτυο γενικότερα (Gilroy, 2019).

Θεωρίες κατά του εμβολιασμού «δηλώνουν το παρόν τους» από τον 18^ο αιώνα λόγω των θεολογικών επιχειρημάτων και ερμηνειών (Massey, 1722).

Οι αντιεμβολιαστές αρνούνται όλα τα είδη εμβολίων πιστεύοντας ότι είναι βλαβερά για την υγεία. Είναι ευρέως γνωστό ότι, χρησιμοποιούν τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης (πχ. Facebook, Twitter κλπ.) για την ενίσχυση του κινήματός τους (Diresta & Lotan, 2015).

Η ανοσοποίηση είναι μέτρο ζωτικής σημασίας για την δημόσια υγεία και ασφάλεια, προλαμβάνει σημαντικές και επικίνδυνες ασθένειες και λοιμώξεις που παλαιότερα υπήρξαν θανατηφόρες (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 1999).

Οι βασικές δυσκολίες που αποτελούν ανασταλτικούς παράγοντες στον εμβολιασμό αποτελούν οι λανθασμένες απόψεις, η ελλιπής ενημέρωση και η κακή αφομοίωση των πληροφοριών από τους γονείς όσον αφορά τον εμβολιασμό (Ehregut, 1985).

Είναι ευρέως γνωστό ότι, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης έχουν διαδραματίσει μεγάλο ρόλο στην έλλειψη εμπιστοσύνης των γονέων και στην αύξηση των αμφιβολιών σχετικά με τον εμβολιασμό με την διάδοση ψευδών ειδήσεων και μηνυμάτων. Επιπλέον, με την εξάλειψη μεταδοτικών ασθενειών μέσω της ανοσοποίησης, οι πλειοψηφία των γονέων δεν κατανοεί τον κίνδυνο που μπορούν να προκαλέσουν με την απόρριψη των προγραμμάτων εμβολιασμού (Ehregut, 1985; Sabra et. al., 1998; Wakefield et. al., 2002).

Είναι χαρακτηριστικό ότι, οι αντιεμβολιαστικές πεποιθήσεις έχουν σημειώσει σημαντική αύξηση τις δυο τελευταίες δεκαετίες, διαδραματίζοντας σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη αυτή το διαδίκτυο και η εναλλακτική ιατρική. Σπάνια τα Μ.Μ.Ε δίνουν αξιόπιστη ενημέρωση χωρίς προπαγάνδες (Kata, 2012; Poland & Jacobson et. al., 2011).

Με λίγα λόγια, έχουν δημιουργηθεί ψευδείς αντιλήψεις στο θέμα του εμβολιασμού τόσο από την συμβολή των Μ.Μ.Ε., όσο και από τα social media που χρησιμοποιούν εκτενώς οι γονείς. Τα παραπάνω έχουν ως συνέπεια, ο αριθμός των γονέων που αρνούνται ή καθυστερούν τον

εμβολιασμό να αυξάνεται όλο ένα και περισσότερο, ενισχύοντας έτσι τα αντιεμβολιαστικά κινήματα (Παπάζογλου και συν., 2012).

Σύμφωνα με μελέτες, ακόμη και αν τα δίκτυα κατά του εμβολιασμού είναι πιο «χαλαρά», παίρνοντας μέρος σε μια κοινότητα με όμοιες ιδέες είναι δυνατόν να ενισχυθούν και να αυξηθούν οι πεποιθήσεις κατά του εμβολιασμού (Medved, 2016).

Το κίνημα κατά του εμβολιασμού έχει επωφεληθεί με την ταχύτατη αύξηση χρήσης κοινωνικών μέσων δικτύωσης όντας οι κυριότερες πηγές παραπληροφόρησης και επηρεάζοντας σημαντικά την στάση και την άποψη των γονέων σχετικά με την ανοσοποίηση (Hviid et. al., 2019).

Συγκεκριμένα, δημιουργούν την λανθασμένη άποψη ότι η ανοσοποίηση είναι περισσότερο επιβλαβές παρά ευεργετικό για την υγεία των παιδιών που την λαμβάνουν. Άλλοι λόγοι απόρριψης εμβολίων από τους γονείς είναι διάφοροι όπως κοσμικές ή θρησκευτικές πεποιθήσεις (Anderson, 1999).

Η μείωση του ποσοστού των εμβολιασμών οδηγεί σε μεγάλο κίνδυνο εμφάνισης ασθενειών που θεωρήθηκαν ότι έχουν «εξαλειφθεί» καθώς κάποτε υπήρξαν θανατηφόρες για τις ζωές των προγόνων μας (Plans – Rubio, 2012).

Άλλος ένας λόγος απόρριψης εμβολιασμού είναι η αντίληψη ότι οι φαρμακευτικές εταιρίες επωφελούνται οικονομικά από τους παιδικούς εμβολιασμούς (Kata, 2012).

Επιπλέον πολλοί γονείς επηρεάζονται από επιστήμονες (επαγγελματίες υγείας) που εναντιώνονται στην βίο-ιατρική και αναδεικνύουν περισσότερο «φυσικές λύσεις» σαν εναλλακτική του εμβολιασμού (Kata, 2010).

Ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, με την διευκόλυνση προσβασιμότητας σε ιατρικές πληροφορίες σε διάφορες πλατφόρμες διαδικτύου, οι ασθενείς έχουν «αναλάβει» τον ρόλο του γιατρού, αμφισβητώντας την ιατρική κοινότητα (Forkner-Dunn, 2003).

Είναι χαρακτηριστικό ότι, η πρόσβαση σε ανακριβείς πληροφορίες που βρίσκονται στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης αποτελούν απειλή για την δημόσια υγεία των ανθρώπων, διότι οδηγούν τους γονείς στην απόρριψη του εμβολιασμού των παιδιών τους (Keelan et. al., 2007).

Είναι σημαντικό να κατανοηθούν οι αιτίες απόρριψης του εμβολιασμού ώστε να διαχειριστεί κατάλληλα και με δραστικές ενέργειες καθώς λαμβάνει όλο και μεγαλύτερη διάσταση (Maltezou et. al., 2011; Poland, 2010).

Κάποιοι από τους τρόπου αντιμετώπισης αυτού του φαινομένου είναι η σωστή πληροφόρηση των επαγγελματιών υγείας και των εκπαιδευτικών έτσι ώστε να παρέχουν στους γονείς έγκυρη ενημέρωση για τα πλεονεκτήματα και την χρησιμότητα των εμβολίων. Επομένως, είναι ζωτικής σημασίας η αντιμετώπιση των κινημάτων κατά του εμβολιασμού, η ανάπτυξη εμπιστοσύνης στους εργαζόμενους στον τομέα υγείας ή ακόμη και θέσπιση του νόμου, εκπαίδευση της κοινότητας, περιορίζοντας με αυτούς τους τρόπους την επιρροή που ασκούν τα αντιεμβολιαστικά κινήματα στις στάσεις και απόψεις των γονέων για τον εμβολιασμό (Reiter et. al., 2011).

3.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή

Υπάρχουν εμπόδια στον έγκαιρο παιδικό εμβολιασμό, κάποια από τα οποία αντιμετωπίζονται πιο εύκολα από άλλα. Στην δράση αυτή, σημαντικό ρόλο παίζουν οι νοσηλευτές ως επαγγελματίες υγείας. Κάποιοι από τους τρόπους ενίσχυσης του νοσηλευτικού ρόλου είναι η σωστή μόρφωση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τον τρόπο οργάνωσης ενημερώσεων τόσο για τους εκπαιδευτικούς όσο και για τους γονείς για τα οφέλη του εμβολιασμού. Οι παραπάνω δράσεις πραγματοποιούνται με προγράμματα πληροφόρησης σε δήμους, σχολεία αλλά και μέσω διαφημίσεων – φυλλαδίων. Στη συνέχεια, είναι σημαντικό να ελέγχεται η αποτελεσματικότητα αυτών των δράσεων (WHO, 2014).

Επιπροσθέτως, είναι σημαντικό οι γονείς να γνωρίζουν ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν οικονομικό όφελος για την προώθηση εμβολιασμών (Danchin et. al., 2018).

Είναι ευρέως γνωστό ότι, οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν την πιο αξιόπιστη πηγή ενημέρωσης σχετικά με τον παιδικό εμβολιασμό. Γι' αυτό τον λόγο είναι σημαντικό να λάβουν δράση και να συμβάλουν στην ορθή ενημέρωση των γονέων σχετικά με τα προγράμματα εμβολιασμών και τα πλεονεκτήματά τους, την πρόληψη που προσφέρουν σε επικίνδυνες ασθένειες καθώς και για τυχόν παρενέργειες τους. Τα παραπάνω θα ήταν χρήσιμα και επομένως αποτελεσματικά για την βελτίωση της εμβολιαστικής κάλυψης (Stefanoff et. al., 2010).

3.4 Εμβολιασμός και οικονομική κρίση

Στην διάρκεια της οικονομικής κρίσης της χώρας, εμφανίστηκαν προβλήματα έχοντας σημαντικό αντίκτυπο στην πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, αφήνοντας όμως ανεπηρέαστα τα ποσοστά των εμβολιασμών (OECD, 2015).

Με την παρουσία της οικονομικής κρίσης έγιναν σημαντικές περικοπές στον τομέα της δαπάνης για την υγεία. Παρόλα αυτά, με τους Έλληνες γονείς το ποσοστό του εμβολιασμού παρέμεινε σταθερό ακόμη και σε συνθήκες οικονομικής κρίσης. Είναι χαρακτηριστικό ότι, με αυτή την στάση έδειξαν ότι μεριμνούν για την προληπτική αγωγή υγείας των παιδιών (Panagiotopoulos et. al., 2015).

3.5 Ηθικές και νομικές διαστάσεις – νομοθεσία

Η συνειδητή επιλογή μερικών γονέων να μην εμβολιάζουν τα παιδιά τους ή να το καθυστερούν προκαλεί φόβο στους ειδικούς της δημόσιας υγείας. Το παραπάνω συμβαίνει διότι, παρόλο που η ανοσοποίηση (εμβολιασμός) είναι υποχρεωτική για παιδιά σχολικής ηλικίας, επωφελούνται από την δυνατότητα διεκδίκησης της απαλλαγής – εξαίρεσης από τον εμβολιασμό (Oldfield et al., 2016; Temoka, 2013; Sharts – Hopko 2009).

Συγκεκριμένα, κάποιες εξαιρέσεις που επιτρέπονται είναι θρησκευτικοί, φιλοσοφικοί και ιατρικοί λόγοι. Ωστόσο, ακόμη και αν το ποσοστό των παιδιών που εξαιρούνται από τον εμβολιασμό είναι μικρό, υπάρχει σημαντικός κίνδυνος εκδήλωσης νόσων στα σχολεία (Salmon; Haber; Gangarosa et al., 1999).

Οι επαγγελματίες υγείας έχουν το καθήκον να τηρούν έναν κώδικα βιοηθικής που υποστηρίζει την μη κακοποίηση, την δικαιοσύνη, την αυτονομία και ευεργεσία (Cooper, 2012).

3.6 Δράσεις για αύξηση εμβολιαστικής κάλυψης

Σημαντικός παράγοντας για την αμφισβήτηση των εμβολίων από τους γονείς είναι η ανεπαρκής πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη λόγω κοινωνικοοικονομικών λόγων αλλά και άλλων παραγόντων. Πολλοί γονείς, περνούν δύσκολες καταστάσεις μέσα στην οικογένειά τους και άλλοι δεν είναι σε θέση να εμβολιάσουν τα παιδιά τους λόγω έλλειψης εμπιστοσύνης, εργασίας, γνώσεων ή δυσκολία στην κράτηση ραντεβού (Sharts -Hopko, 2009). Το μεγαλύτερο ποσοστό

των παιδιών που δεν εμβολιάζεται προέρχεται από φτωχές χώρες με το μεγαλύτερο ποσοστό να αφορά στα εμβόλια Hib, PCV και RV για τα λευκά παιδιά (Temoka, 2013). Οι γονείς έχουν άγνοια για το πόσο μια ασθένεια μπορεί να είναι απειλητική για το παιδί ή από την άλλη μεριά δεν γνωρίζουν πόσο ασφαλή και αποτελεσματικά είναι τα εμβόλια για τις ασθένειες (Kao, Schneyer et al, 2014).

Οι ειδικοί επιστήμονες του CDC προτείνουν 3 βασικές παρεμβάσεις για να μειωθούν οι προκαταλήψεις και η ανασφάλεια που υπάρχει για τα εμβόλια. Πιο συγκεκριμένα, για τη μείωση της συμμόρφωσης στα εμβόλια θα πρέπει να αυξηθεί η ζήτηση της κοινότητας για τα εμβόλια, επίσης να υπάρξει ενίσχυση στην πρόσβαση των γονιών στις υπηρεσίες εμβολιασμού αλλά και στις παρεμβάσεις που στηρίζονται στους παρόχους υγειονομικής φροντίδας (Sharts -Horpko, 2009). Μια ισχυρή παρέμβαση για τη συμμόρφωση στα εμβόλια είναι, η βελτίωση των παροχών υγειονομικής φροντίδας και οι μέθοδοι επικοινωνίας για τα εμβόλια που σχετίζονται με τους εφήβους όπως του εμβολίου κατά του ιού HPV παρέχοντάς τους τη κατάλληλη εκπαίδευση και τις γνώσεις για την αποτελεσματικότητα του εμβολίου στην πρόληψη του καρκίνου της μήτρας (Kao, Schneyer, 2014). Επιπρόσθετα, για την ενίσχυση του εμβολιασμού σημαντικό ρόλο έχουν οι συνεντεύξεις και τα προγράμματα εκπαίδευσης (Dempsey, Zimel, 2015).

Ακόμα, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να έχουν τεκμηριωμένες πληροφορίες σχετικά με τα εμβόλια ώστε να μην υπάρχει περιθώριο αμφισβήτησης τους από τους γονείς. Σημαντικό επίσης είναι να δίνεται αρκετός χρόνος συζήτησης στους γονείς για να εκφράσουν τις αμφιβολίες και τους προβληματισμούς τους σχετικά με τα εμβόλια στους παιδίατρος τους (Aderson, 2014). Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να παρέχουν πληροφορίες σχετικά με την ανοσοποίηση που προσφέρουν τα εμβόλια πριν από κάθε επίσκεψη του γονέα ώστε να κατανοήσουν την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα του εμβολιασμού (Sharts-Horpko, 2009). Το CDC μέσω της ιστοσελίδας του δίνει την δυνατότητα σε γονείς να αποκτήσουν πρόσβαση σε πολυάριθμες πληροφορίες για τα οφέλη των εμβολίων (Temoka, 2013). Οι γονείς επίσης λαμβάνουν γράμμα ή τηλεφωνική κλήση όταν πλησιάζει η προγραμματισμένη ημερομηνία εμβολιασμού. Με αυτόν τον τρόπο, ο γονέας είναι ενημερωμένος για τα πλεονεκτήματα για τα εμβόλια και δεν ξεχνάει το ραντεβού του (Oldfield, 2016). Τέλος, οι παιδίατροι μετά από κάθε επίσκεψη πρέπει να προγραμματίζουν

και τις επόμενες ώστε οι γονείς να είναι πλήρως ενημερωμένοι για όλες τις δόσεις του εμβολίου του παιδιού τους (Dempsey, 2015)

Εν κατακλείδι, η κυβέρνηση και η κοινότητα για να αυξήσει το ποσοστό εμβολιαστικής κάλυψης είναι σημαντικό να διοργανώνει προγράμματα που προσφέρουν εκπαίδευση, γνώσεις και τεκμηριωμένη ενημέρωση στους γονείς για τα εμβόλια (Kao, Schneyer, 2014). Έχει όμως, αποδειχθεί ότι αυτά τα προγράμματα είναι περισσότερο αποτελεσματικά όταν συνδυάζονται με μέτρα από την κυβέρνηση και χρησιμοποιούνται νεότερες μορφές εκπαίδευσης όπως το διαδίκτυο που προσφέρει άμεση ενημέρωση (Dempsey, Zimel, 2015).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Υλικό και μέθοδος:

1.1 Είδος μελέτης

Το είδος μελέτης που εφαρμόστηκε στην παρούσα πτυχιακή εργασία, είναι η περιγραφική, συγχρονική, μελέτη συγκριτική με μερικές συσχετίσεις. Σύμφωνα με το Μερκούρη (2008): *«Γίνεται περιγραφή της συχνότητας κάποιων μεταβλητών, αλλά και (δευτερευόντως) διερεύνηση της συσχέτισής τους με άλλους παράγοντες (γι' αυτό και συχνά αναφέρονται ως περιγραφικές – διερευνητικές).»* (Μερκούρης σελ. 23.). Ο σχεδιασμός αυτός, οδηγεί σε αναγνώριση και ανάδειξη προβλημάτων ή/και δίνει υλικό που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για περαιτέρω έρευνα.

1.2 Σκοπός έρευνας

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η διερεύνηση του επιπέδου γνώσεων και στάσεων των γονέων σχετικά με το θέμα του παιδικού εμβολιασμού συγκριτικά σε αστικό και αγροτικό πληθυσμό.

1.3 Ερευνητικά ερωτήματα

1. Ποιες είναι οι στάσεις των γονέων για τον παιδικό εμβολιασμό σε αστικό πληθυσμό;
2. Ποιες είναι οι γνώσεις των γονέων για τον παιδικό εμβολιασμό σε αστικό πληθυσμό;
3. Ποιες είναι οι στάσεις των γονέων για τον παιδικό εμβολιασμό σε αγροτικό πληθυσμό;
4. Ποιες είναι οι γνώσεις των γονέων για τον παιδικό εμβολιασμό σε αγροτικό πληθυσμό;

1.4. Ερευνητικό πεδίο – Χρόνος διεξαγωγής

Η έρευνα διεξήχθη σε αγροτικό και αστικό πληθυσμό της νήσου Κρήτης. Συμμετείχαν γονείς οι οποίοι ενημερώθηκαν για το είδος του ερωτηματολογίου καθώς επίσης και πως θα είναι ανώνυμα. Η συλλογή των δεδομένων διήρκησε 5 μήνες από τον Απρίλιο του 2020 έως τον Αύγουστο του 2020.

1.5. Επιλογή του πληθυσμού δείγματος

Το δείγμα στην συγκεκριμένη μελέτη αποτέλεσαν 160 άτομα (άντρες - γυναίκες). Η μελέτη διεξήχθη σε γονείς της νήσου Κρήτης, οι οποίοι κατοικούν σε αγροτικό ή αστικό πληθυσμό. Συγκεκριμένα η μελέτη πραγματοποιήθηκε ως προς την διάκριση της μόνιμης κατοικίας τους

1.6 Δείγμα-Δειγματοληπτική Μέθοδος

Πληθυσμό στόχο αποτέλεσε ο αγροτικός και αστικός πληθυσμός της νήσου Κρήτης. Για τη συλλογή του δείγματος εφαρμόστηκε η μέθοδος της μη τυχαίας δειγματοληψίας (non probability sampling) και πιο συγκεκριμένα η δειγματοληψία ευκολίας (convenience sampling) (Μερκούρης, 2008). Η δειγματοληψία ευκολίας, επιτρέπει τη χρησιμοποίηση οποιασδήποτε διαθέσιμης ομάδας μελών ή στοιχείων του πληθυσμού της έρευνας. Η επιλογή της συγκεκριμένης δειγματοληπτικής μεθόδου έγινε με βάση τα εξής κριτήρια: είναι γρήγορη, οικονομική και πραγματοποιείται σε σύντομο χρονικό διάστημα (Μερκούρης, 2008). Η δειγματοληψία ευκολίας θεωρείται «φτωχή» ερευνητική μέθοδος προσέγγισης του δείγματος, διότι ο ερευνητής δεν είναι σε θέση να εξασφαλίσει την αντικειμενικότητα των επιλογών των ατόμων και να εξαλείψει τις προκαταλήψεις με αποτέλεσμα να μειώνεται η αξιοπιστία της έρευνας και να υπάρχει η πιθανότητα το δείγμα να μην θεωρείται αντιπροσωπευτικό.

Παρ' όλα αυτά η συγκεκριμένη μέθοδος επιλέχθηκε με βάση το σκοπό της μελέτης την ευκολία πρόσβασης στο δείγμα, το χαμηλό οικονομικό κόστος κατά την διαδικασία συγκέντρωσης των πληροφοριών και τη μειωμένη χρονική διάρκεια που απορρέει από αυτόν τον τύπο δειγματοληψίας.

1.7 Ερευνητικό εργαλείο

Ως ιδανικό εργαλείο για την διεκπεραίωση της μελέτης και για να απαντηθούν τα ερωτήματα που θέτει κατά τρόπο έγκυρο και αξιόπιστο, επιλέχθηκε ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο. Η μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας, το είδος της μελέτης και ο σκοπός της καθόρισαν και υπέδειξαν την ανάγκη για χρήση του συγκεκριμένου ερευνητικού εργαλείου. Το ερωτηματολόγιο βασίστηκε σε σχετικές μελέτες (Παπάζογλου 2012, Ρόμπολας 2017, Βανταράκη 2017, Γιαλυπού & Μπράτσικα 2018), και αποτελείται από τρεις ενότητες. Η πρώτη ενότητα περιλαμβάνει ερωτήσεις (ανοιχτού, κλειστού τύπου και πολλαπλών επιλογών) για την καταγραφή των γνώσεων των γονέων σχετικά με τον παιδικό εμβολιασμό. Η δεύτερη ενότητα, περιλαμβάνει ερωτήσεις για την διερεύνηση των στάσεων των γονέων σχετικά με τον παιδικό εμβολιασμό και η τρίτη ενότητα περιλαμβάνει ερωτήσεις για τη συγκέντρωση δεδομένων σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

1.8 Δεοντολογία της έρευνας

Η διατήρηση της δεοντολογίας στην έρευνα γίνεται από άτομα που έχουν αναλάβει να κάνουν έρευνα και συμβάλει στην διασφάλιση, κυρίως της αξιοπρέπειας καθώς και άλλων θεμελιωδών δικαιωμάτων όπως την ασφάλεια των προσωπικών δεδομένων. Επιπλέον, με την δεοντολογία στην έρευνα επιτυγχάνεται ο σεβασμός, η προστασία των ατομικών δικαιωμάτων και η εμπιστευτικότητα μεταξύ ερευνητή-συμμετέχοντα. Η συμμετοχή ανθρώπων στην επιστημονική έρευνα διέπεται από ένα εκτεταμένο νομοθετικό και δεοντολογικό πλαίσιο, στόχος του οποίου είναι η όσο το δυνατόν πληρέστερη προστασία των εν γένει δικαιωμάτων των ατόμων που συμμετέχουν στην έρευνα, και ειδικότερα της ζωής, της σωματικής ακεραιότητας και της αξιοπρέπειάς τους, αλλά και η προστασία της ίδιας της ερευνητικής δραστηριότητας ως απαραίτητου εργαλείου ανάπτυξης, κοινωνικής ευημερίας και καινοτομίας στις σύγχρονες κοινωνίες και ως δημόσιου αγαθού που υλοποιείται σε συνθήκες διαφάνειας από τον επιστήμονα-ερευνητή (Γκαρρανή - Παπαδάτου, 2011).

Η συμμετοχή φυσικών προσώπων στην έρευνα, είναι εθελοντική αλλά αναγκαία. Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και δεν περιείχε προσωπικά στοιχεία ασθενών η φυσικών προσώπων από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί κατά οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις ήταν απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας είχαν πρόσβαση σε αυτές. Οι απαντήσεις χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα έτυχαν ποσοτικής επεξεργασίας συνολικά. Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε οργανισμό ή φυσικό πρόσωπο δεν δημοσιεύτηκε παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο τηρήθηκε στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής και δεσμεύει τα μέλη της ερευνητικής ομάδας.

1.9 Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας έγινε με τη βοήθεια του προγράμματος IBM SPSS 26.0. Εκτιμήθηκαν κατανομές συχνοτήτων των βασικών περιγραφικών χαρακτηριστικών των 160 συμμετεχόντων γονέων στην έρευνα. Στον έλεγχο διαφοράς και συγκρίσεων στις κατανομές απαντήσεων σε σχετικές ερωτήσεις, υπολογίστηκαν κατά περίπτωση με την μέθοδο χ^2 , δυνωμικής κατανομής ή με τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης. Η σύγκριση της βαθμολογίας γνώσεων ως προς την περιοχή κατοικίας των γονέων έγινε με τη μέθοδο Student αφού προηγήθηκε έλεγχος κανονικότητας της βαθμολογίας Γνώσεων με τη μέθοδο κατά Blomm (QQ plot). Τέλος για τη συσχέτιση της με τα βασικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης κατά Pearson. Ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας επιλέχθηκε το 5%.

Μεθοδολογικές σημειώσεις - διευκρινήσεις

Δεν υπήρχαν ελλείπουσες αποκρίσεις (missing values) στο ερωτηματολόγιο της μελέτης, είτε στο μέρος των γνώσεων είτε σε εκείνων των στάσεων για τον εμβολιασμό. Ως ερωτήσεις Γνώσεων καθορίστηκαν 11 ερωτήσεις εκ των 5 ήταν πολλαπλής ανταπόκρισης. Συνολικά 28 υποερωτήματα καθόριζαν τις ερωτήσεις Γνώσεων όπου η τελευταία (αα 12 του Ερωτηματολογίου) συμπτύχθηκε από 4 σε ένα. Τελικά 25 ερωτήματα καθόρισαν τις Γνώσεις όπου η ορθή απόκρισή τους παρουσιάζεται στον πίνακα 3 (με γκρι κελιά). Στα πολλαπλά ερωτήματα ή και υποερωτήματα, τα διασταυρούμενα ή μικτά εντός γενικών ερωτήσεων αφορούσαν τη διασφάλιση της εγκυρότητας αποκρίσεων. Οι αποκρίσεις επανακωδικοποιήθηκαν σε διακριτή κλίμακα (λάθος/ορθή απόκριση) με τις ορθές αποκρίσεις τους να ήταν αμοιβαία αποκλειόμενες. Ακολούθησε άθροισή τους και αναγωγή βαθμολογίας (ή composite score) Γνώσεων και τέλος μετασχηματισμός των τιμών τους στην κλίμακα 0-100 για λόγους κατανόησης, όπου υψηλές τιμές υποδηλώνουν καλές γνώσεις σε θέματα παιδικού εμβολιασμού.

Αποτελέσματα

Το δείγμα της μελέτης ήταν 160 γονείς εκ των οποίων οι 45 (ποσοστό 28,7%) ήταν άνδρες και 115 (ποσοστό 71,9%) ήταν γυναίκες με μέση ηλικία 44,2 ποσοστό 25,6%. Η πλειοψηφία των γονέων ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης με ποσοστό 48,7%, και απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης με ποσοστό 26,9%. 144 γονείς δήλωσαν ότι εργάζονται σε ποσοστό 90% ενώ 16 δήλωσαν άνεργοι ή συνταξιούχοι με το 95% να δηλώνει ότι ήταν ασφαλισμένοι. Το 80% των ερωτηθέντων γονέων κατοικούσε σε αστική περιοχή και το υπόλοιπο 80% σε αγροτική περιοχή με το μεγαλύτερο ποσοστό γονέων 96,2% να δηλώνει ελληνική εθνικότητα. Οι περισσότεροι γονείς 88 άτομα με ποσοστό 55% δήλωσαν ότι ήταν γονείς 2 παιδιών (βλέπε Πίνακα 1).

Πίνακας 1. Γενικά περιγραφικά χαρακτηριστικά 160 συμμετεχόντων γονέων της έρευνας.

		v	%
Φύλο	<i>άνδρας</i>	45	28,1
	<i>γυναίκα</i>	115	71,9
Ηλικία	<i>μέση ηλικία±τυπ. απόκλ. (ελαχ., μεγ.)</i>	44,2±8,5 (25, 62)	
Οικογενειακή κατάσταση	<i>έγγαμος/η</i>	136	85,0
	<i>διαζευγμένος/η, χήρος/α</i>	24	15,0
Αριθμός παιδιών	<i>1</i>	39	24,4
	<i>2</i>	88	55,0
	<i>3</i>	31	19,4
	<i>4</i>	2	1,3
Απασχόληση	<i>εργαζόμενοι</i>	144	90,0
	<i>συνταξιούχοι, οικιακά</i>	16	10,0
Ασφάλιση	<i>ναι</i>	152	95,0
	<i>όχι</i>	8	5,0
Περιοχή μόνιμης κατοικίας	<i>αστική</i>	80	50,0
	<i>αγροτική</i>	80	50,0
Εκπαίδευση	<i>A'βάθμια</i>	8	5,0
	<i>B'βάθμια</i>	43	26,9
	<i>Τεχνικές σχολές</i>	11	6,9
	<i>Γ'βάθμια – 1^{ος} κύκλος σπουδών</i>	78	48,7
	<i>Γ'βάθμια – 2^{ος} & 3^{ος} κύκλος σπουδών</i>	20	12,5
Εθνικότητα	<i>Ελληνική</i>	154	96,2
	<i>Άλλη</i>	6	3,8

Ως προς την διάκριση της μόνιμης κατοικίας τους, στη μελέτη συμμετείχαν 80 άτομα από αστική περιοχή και 80 από αγροτική, με μέση ηλικία $44,8 \pm 8,5$ και $43,7 \pm 8,6$ αντίστοιχα. Και στις δύο κατηγορίες (αστική/αγροτική) ποσοστό 85% ήταν έγγαμοι και ποσοστό 15% ήταν διαζευγμένοι ή χήροι. Οι διαφορές είναι μικρές ως προς την απασχόληση όπου 76 γονείς (ποσοστό 97,5%) διέμεναν σε αστική περιοχή και δήλωσαν ότι εργάζονται ενώ 68 γονείς με ποσοστό 85% διέμεναν σε αγροτική περιοχή και δήλωσαν ότι εργάζονται (βλέπε Πίνακα 2).

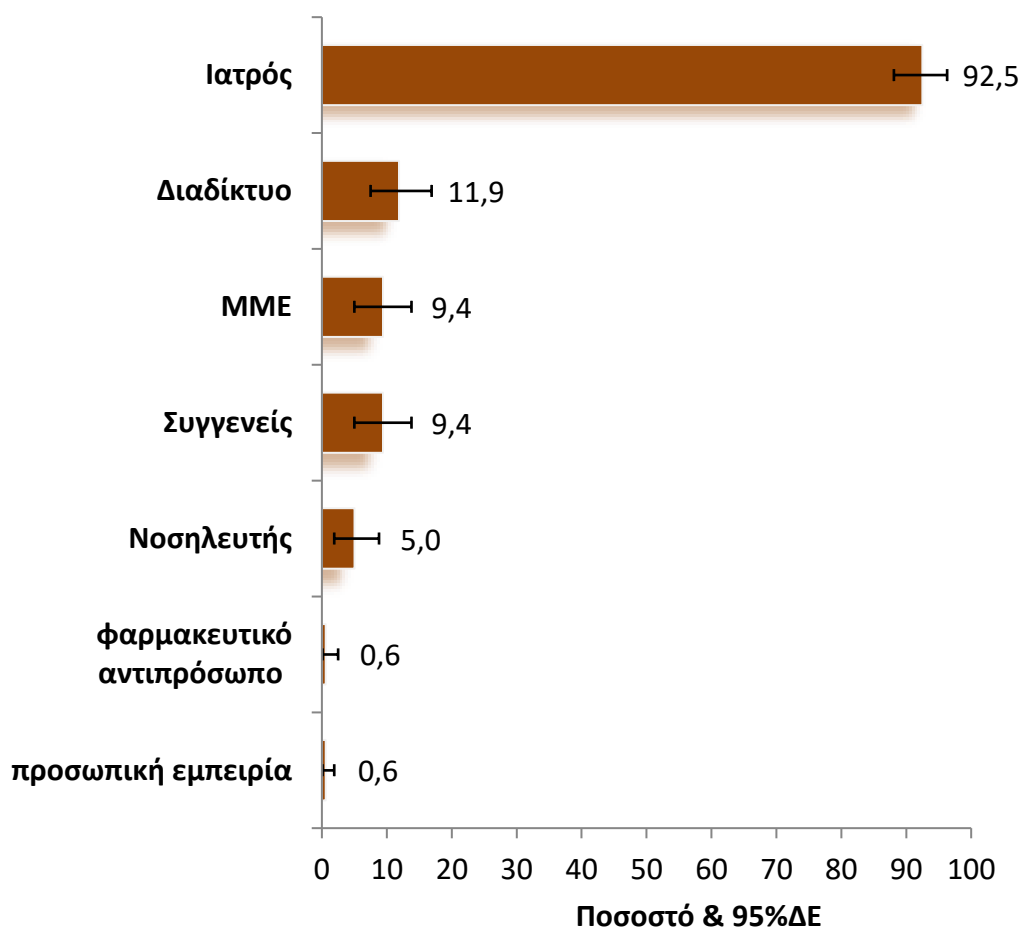
Πίνακας 2. Γενικά περιγραφικά χαρακτηριστικά 160 συμμετεχόντων γονέων της έρευνας ως προς τη διάκριση της περιοχής μόνιμης κατοικίας τους.

		Περιοχή μόνιμης κατοικίας		p-value
		αστική	αγροτική	
		n (%)		
Φύλο	<i>άνδρας</i>	22 (27,5)	23 (28,8)	0,860
	<i>γυναίκα</i>	58 (72,5)	57 (71,3)	
Ηλικία	<i>μέση ηλικία ± τυπ. απόκλ.</i>	44,8 ± 8,5	43,7 ± 8,6	0,442
Οικογενειακή κατάσταση	<i>έγγαμος/η</i>	68 (85,0)	68 (85,0)	--
	<i>διαζευγμένος/η, χήρος/α</i>	12 (15,0)	12 (15,0)	
Αριθμός παιδιών	<i>1</i>	25 (31,3)	14 (17,5)	0,016
	<i>2</i>	45 (56,3)	43 (53,8)	
	<i>3+</i>	10 (12,5)	23 (28,8)	
Απασχόληση	<i>εργαζόμενοι</i>	76 (95,0)	68 (85,0)	0,035
	<i>συνταξιούχοι, οικιακά</i>	4 (5,0)	12 (15,0)	
Ασφάλιση	<i>ναι</i>	78 (97,5)	74 (92,5)	0,147
	<i>όχι</i>	2 (2,5)	6 (7,5)	
Εκπαίδευση	<i>A'βάθμια</i>	1 (1,3)	7 (8,8)	<0,001
	<i>B'βάθμια</i>	16 (20,0)	27 (33,8)	
	<i>Τεχνικές σχολές</i>	4 (5,0)	7 (8,8)	
	<i>Γ'βάθμια – 1^{ος} κύκλος σπουδών</i>	40 (50,0)	38 (47,5)	
	<i>Γ'βάθμια – 2^{ος} & 3^{ος} κύκλος σπουδών</i>	19 (23,8)	1 (1,3)	
Εθνικότητα	<i>Ελληνική</i>	78 (97,5)	76 (95,0)	0,405
	<i>Άλλη</i>	2 (2,5)	4 (5,0)	

Έλεγχοι χ^2 & Student t

Όσον αφορά την πηγή ενημέρωσης σχετικά με τα απαιτούμενα εμβόλια, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων γονέων σε ποσοστό 92,5% αστικής και αγροτικής περιοχής ενημερώνονται για τα εμβόλια από τον γιατρό τους ενώ ένα μικρό ποσοστό 11,9% ενημερώνονται από το διαδίκτυο. Επίσης παρατηρούμε πως το 9,4% των γονέων είναι ενημερωμένοι από τα ΜΜΕ και τους συγγενείς και ένα μικρό ποσοστό του δείγματος δήλωσε πως ενημερώνεται από τους νοσηλευτές (5%).

Σχήμα 1. Απαντήσεις στην ερώτηση «Από πού έχετε ενημερωθεί για τα εμβόλια; (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις)».



Όσον αφορά τις ποσοστιαίες συχνότητες αποκρίσεων σχετικά με τις γνώσεις των 1690 συμμετεχόντων γονέων για τον εμβολιασμό, στη ερώτηση ποια πιστεύετε ότι είναι η αρχή των εμβολίων το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε 2 έως 3 μηνών (41,8%) (λάθος απάντηση). Επιπρόσθετα στη ερώτηση γνωρίζετε ότι υπάρχουν πολυδύναμα εμβόλια που μειώνουν τις δόσεις και διευκολύνουν την τήρηση του χρονοδιαγράμματος του εμβολιασμού το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε 51,2% πως δεν γνώριζε ότι υπάρχουν. Στην ερώτηση γνωρίζετε το κόστος των εμβολίων το μεγαλύτερο ποσοστό 52,5% απάντησε αρνητικά και στην ερώτηση γνωρίζετε αν τα καλύπτει η ασφάλειά σας το μεγαλύτερο ποσοστό 80% απάντησε θετικά. Επίσης στην ερώτηση θα εμβολιάζατε τα παιδιά σας ενώ είναι κρυωμένα το μεγαλύτερο ποσοστό 86,3% απάντησε αρνητικά (ορθή απάντηση) και στη ερώτηση θα εμβολιάζατε τα παιδιά σας με πυρετό πάνω από 38 βαθμούς Κελσίου το 90% απάντησε αρνητικά (ορθή απάντηση). Στην ερώτηση υπάρχουν αναμνηστικές δόσεις των εμβολίων το μεγαλύτερο ποσοστό 60% απάντησε θετικά (ορθή απάντηση). Επιπλέον στην ερώτηση ποια από τα παρακάτω εμβόλια μπορούν να παρουσιάσουν την ίδια συμπτωματολογία σε ήπια μορφή με την ίδια την ασθένεια το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε 96,9% το εμβόλιο της πολιομυελίτιδας και του μηνιγγιτιδόκοκκου. Στην ερώτηση ποιες πιστεύετε πως είναι οι απόλυτες αντενδείξεις για την χορήγηση των εμβολίων το μεγαλύτερο ποσοστό 90,6% απάντησε την διανοητική στέρηση. Στην ερώτηση ποιες πιστεύετε ότι μπορεί να είναι οι ανεπιθύμητες αντιδράσεις και ενέργειες των εμβολίων το 71,3% απάντησε τον πυρετό και το 55,6 τις τοπικές αντιδράσεις (ορθές απαντήσεις). Τέλος στην ερώτηση σε ποιο σημείο του σώματος δεν επιτρέπεται ο εμβολιασμός στα παιδιά το 24,4% απάντησε τους γλουτούς (ορθή απάντηση) (βλέπε Πίνακα 3).

Πίνακας 3. Ποσοστιαίες συχνότητες αποκρίσεων 160 συμμετεχόντων γονέων σε ερωτήσεις Γνώσεων για τον παιδικό εμβολιασμό.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΑΠΟΚΡΙΣΕΙΣ			
	< 1 μήνα	2 μηνών - 3 μηνών	4 μηνών - 1 έτους	Δεν γνωρίζω
2. Ποια πιστεύετε είναι η αρχή της ηλικίας των παιδικών εμβολίων;	41,3*	41,8	12,5	4,4
	ναι	όχι		
3. Γνωρίζετε ότι υπάρχουν πολυδύναμα εμβόλια που μειώνουν τις δόσεις και διευκολύνουν την τήρηση του χρονοδιαγράμματος εμβολιασμού;	48,8	51,2		
4. Γνωρίζετε το κόστος των εμβολίων;	47,5	52,5		
	ναι	όχι	δεν γνωρίζω	
5. Γνωρίζετε αν τα καλύπτει η ασφάλειά σας;	80,0*	7,5	12,5	
6. Θα εμβολιάζατε τα παιδιά σας ενώ είναι κρυωμένα;	8,1*	86,3	5,6	
7. Θα εμβολιάζατε τα παιδιά σας με πυρετό πάνω από 38 ⁰ C;	3,8*	90,0	6,2	
8. Υπάρχουν αναμνηστικές δόσεις στα εμβόλια;	60,0*	8,7	31,3	
	όχι	ναι		
9. Γνωρίζετε ποια από τα παρακάτω εμβόλια μπορούν να παρουσιάσουν την ίδια συμπτωματολογία, σε ήπια μορφή, με την ίδια την ασθένεια;				
	Ιλαρά - Ερυθρά - Παρωτίτιδα (MMR)	71,9*	28,1	
	Πολιομυελίτιδας (IPV)	96,9*	3,1	
	Μηνιγγιτιδόκοκκος (MCC)	96,9*	3,1	
	Δε γνωρίζω	31,3*	68,8	
10. Ποιες πιστεύετε πως είναι οι απόλυτες αντενδείξεις για την χορήγηση των εμβολίων;				
	Κάθε οξύ εμπύρετο νόσημα	31,3*	68,7	
	Πρόσφατη χορήγηση αίματος	89,4*	10,6	
	Κινητική αναπηρία	89,4*	10,6	
	Διανοητική υστέρηση	90,6*	9,4	
	Κακοήθη νοσήματα	90,0*	10,0	
	Αλλεργικές αντιδράσεις	54,4	45,6	
11. Ποιες πιστεύετε ότι μπορεί να είναι οι ανεπιθύμητες αντιδράσεις και ενέργειες των εμβολιασμών;				
	Εγκεφαλίτιδα	88,1*	11,9	
	Λιποθυμίες	88,7*	11,3	
	Αλλεργικές αντιδράσεις	36,9*	63,1	
	Υδαρής κενώσεις	75,0*	25,0	
	Πυρετός - Κακουχία	28,7*	71,3	
	Εμετοί	69,4*	30,6	
	Τοπικές αντιδράσεις (ερυθρότητα, διόγκωση)	44,4	55,6	
12. Σε ποιο σημείο του σώματος δεν επιτρέπεται ο εμβολιασμός στα παιδιά;				
	Μπράτσο	97,5*	2,5	
	Μηρός	73,7*	26,3	
	Γλουτοί	75,6*	24,4	
	Δε γνωρίζω	52,5	47,5	

Με γκρι κελιά εμφανίζονται οι ορθές αποκρίσεις γνώσεων ή και ότι γνωρίζουν (απαντούν «όχι» στο «δεν γνωρίζω»). Έλεγχος χ^2 & Διωνομικοί. Διαπιστώθηκε σημαντική (* $p < 0,05$) διαφοροποίηση σε όλες τις αποκρίσεις.

Όπως φαίνεται και από το δείγμα της έρευνας μας, το ποσοστό των ερωτηθέντων γονέων που γνώριζαν ότι τα εμβόλια καλύπτονται από την ασφάλεια τους είναι πιο υψηλό στην πόλη 86,3% από ότι στο χωριό όπου το ποσοστό ανέρχεται στο 73,8%. Επίσης παρατηρούμε στις ερωτήσεις 10,11 ότι οι γονείς που κατοικούν στην πόλη είναι ελάχιστα πιο πολύ ενημερωμένοι 88,8% από τους γονείς αγροτικής περιοχής 97,5% ως

προς τις αντενδείξεις και τις παρενέργειες των εμβολίων. Αξίζει να σημειωθεί από τα παραπάνω αποτελέσματα της έρευνας πως δεν υπάρχουν αρκετές διαφορές στις γνώσεις μεταξύ των γονέων της πόλης και του χωριού (βλέπε Πίνακα 4).

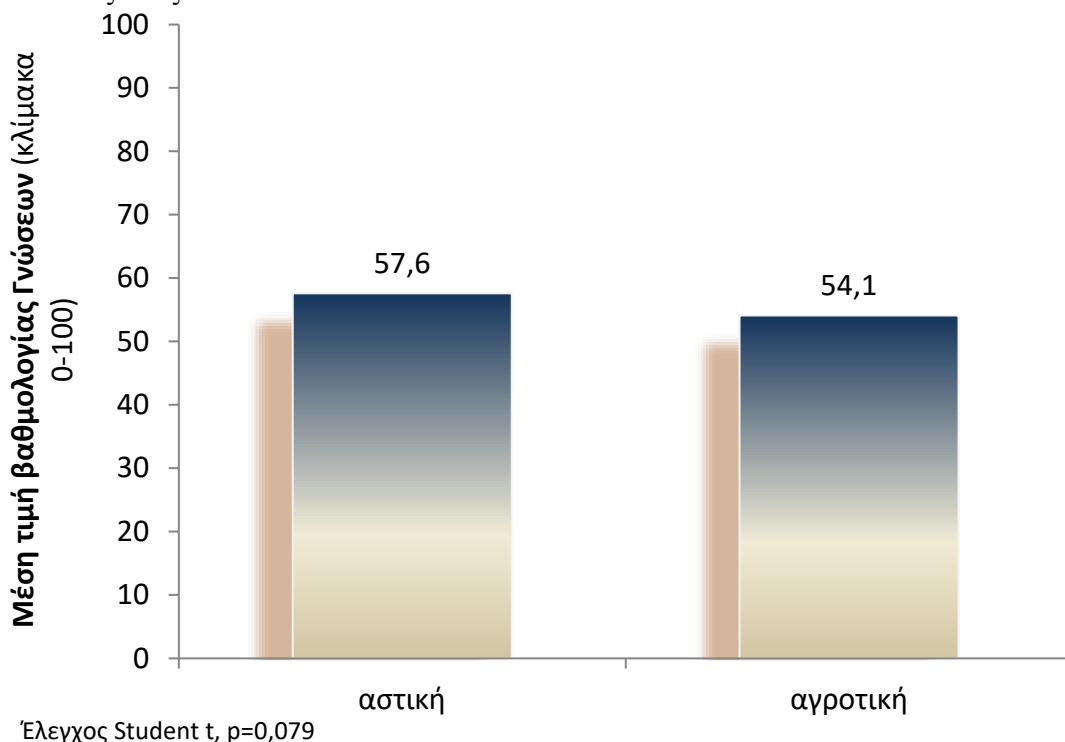
Πίνακας 4. Ποσοστιαίες συχνότητες **ορθών** αποκρίσεων 160 συμμετεχόντων γονέων σε ερωτήσεις Γνώσεων για τον παιδικό εμβολιασμό ως προς τη διάκριση της περιοχής μόνιμης κατοικίας τους.

<i>Ερωτήσεις [ορθή απόκριση]</i>	Περιοχή μόνιμης κατοικίας		p-value	
	αστική	αγροτική		
	%			
2. Ποια πιστεύετε είναι η αρχή της ηλικίας των παιδικών εμβολίων; [<i><1 μήνα</i>]	42,5	40,0	0,748	
3. Γνωρίζετε ότι υπάρχουν πολυδύναμα εμβόλια που μειώνουν τις δόσεις και διευκολύνουν την τήρηση του χρονοδιαγράμματος εμβολιασμού; [<i>ναι</i>]	57,5	40,0	0,027	
4. Γνωρίζετε το κόστος των εμβολίων; [<i>ναι</i>]	58,8	36,3	0,004	
5. Γνωρίζετε αν τα καλύπτει η ασφάλειά σας; [<i>ναι</i>]	86,3	73,8	0,048	
6. Θα εμβολιάζατε τα παιδιά σας ενώ είναι κρυωμένα; [<i>ναι</i>]	11,3	5,0	0,148	
7. Θα εμβολιάζατε τα παιδιά σας με πυρετό πάνω από 38 ⁰ C; [<i>όχι</i>]	88,8	91,3	0,598	
8. Υπάρχουν αναμνηστικές δόσεις στα εμβόλια; [<i>ναι</i>]	57,5	62,5	0,519	
9. Γνωρίζετε ποια από τα παρακάτω εμβόλια μπορούν να παρουσιάσουν την ίδια συμπτωματολογία, σε ήπια μορφή, με την ίδια την ασθένεια;	<i>Ιλαρά - Ερυθρά - Παρωτίτιδα (MMR) [ναι]</i>	31,3	25,0	0,379
	<i>Πολιομυελίτιδας (IPV) [όχι]</i>	32,5	23,8	0,218
	<i>Μηνιγγιτιδόκοκκος (MCC) [όχι]</i>	31,3	25,0	0,379
	<i>Δε γνωρίζω [όχι]</i>	33,8	26,3	0,301
10. Ποιες πιστεύετε πως είναι οι απόλυτες αντενδείξεις για την χορήγηση των εμβολίων;	<i>Κάθε οξύ εμπύρετο νόσημα [όχι]</i>	27,5	35,0	0,306
	<i>Πρόσφατη χορήγηση αίματος [όχι]</i>	93,8	85,0	0,073
	<i>Κινητική αναπηρία [όχι]</i>	93,8	85,0	0,073
	<i>Διανοητική υστέρηση [όχι]</i>	83,8	97,5	0,003
	<i>Κακοήθη νοσήματα [όχι]</i>	86,3	93,8	0,114
	<i>Αλλεργικές αντιδράσεις [ναι]</i>	52,5	38,8	0,081
11. Ποιες πιστεύετε ότι μπορεί να είναι οι ανεπιθύμητες αντιδράσεις και ενέργειες των εμβολιασμών;	<i>Εγκεφαλίτιδα [όχι]</i>	85,0	91,3	0,222
	<i>Λιποθυμίες [όχι]</i>	83,8	93,8	0,045
	<i>Αλλεργικές αντιδράσεις [όχι]</i>	37,5	36,3	0,870
	<i>Υδαρής κενώσεις [όχι]</i>	61,3	88,8	<0,001
	<i>Πυρετός - Κακουχία [ναι]</i>	77,5	65,0	0,081
	<i>Εμετοί [ναι]</i>	35,0	26,3	0,230
	<i>Τοπικές αντιδράσεις (ερυθρότητα, διόγκωση) [ναι]</i>	62,5	48,8	0,080
12. Σε ποιο σημείο του σώματος δεν επιτρέπεται ο εμβολιασμός στα παιδιά;	<i>Μπράτσο [όχι], Μηρός [όχι], Γλουτοί [ναι], Δε γνωρίζω [όχι]</i>	28,7	18,8	0,137

Έλεγχος χ^2 . Με έντονα εμφανίζονται οι σημαντικά υψηλότερες συχνότητες μεταξύ των δυο ομάδων γονέων.

Στο σχήμα 2 που ακολουθεί, παρουσιάζεται η κατανομή διαβάθμισης της συνολικής βαθμολογίας της Κλίμακας των 160 συμμετεχόντων γονέων της έρευνας. Διακρίνεται ότι δεν διαφέρουν οι γνώσεις μεταξύ των γονέων και των 2 πληθυσμών. Ωστόσο σημαντικά υψηλό ποσοστό 50% βρέθηκε με μέτρια επίπεδα γνώσεων($p=0,079$).

Σχήμα 2. Επίπεδα βαθμολογίας (score) 160 συμμετεχόντων γονέων σε ερωτήσεις Γνώσεων για τον παιδικό εμβολιασμό ως προς τη διάκριση της περιοχής μόνιμης κατοικίας τους.



Σε σχέση με τις στάσεις και πεποιθήσεις των συμμετεχόντων γονέων σχετικά με τον παιδικό εμβολιασμό, ποσοστό 91,9% δήλωσε ότι τα εμβόλια είναι απαραίτητα και ότι τα παιδιά πρέπει να εμβολιάζονται (93,1%) γιατί ο εμβολιασμός προλαμβάνει την εξάπλωση ασθενειών στην κοινότητα (ποσοστό 91,9%). Επιπρόσθετα ένα ποσοστό 90,6% έχει ολοκληρώσει το πρόγραμμα βασικού εμβολιασμού ενώ ένα ποσοστό 46,7 δεν το ολοκλήρωσε θεωρώντας ότι ο εμβολιασμός προκαλεί παρενέργειες και

ακολουθεί ένα ποσοστό 33,3% που αναφέρει ότι επιθυμεί το παιδί τους να αποκτήσει φυσική ανοσία ενώ ακολουθούν με μικρότερα ποσοστά άλλοι λόγοι. Οι ίδιοι επίσης αναφέρουν ως ανασταλτικούς παράγοντες εμβολιασμού τις επιπλοκές σε ποσοστό 58,7%, το κόστος (ποσοστό 38,1%) και ακολουθούν με μικρότερα ποσοστά οι εναλλακτικές θεραπείες (26,3%), τα πολλά εμβόλια σε μία δόση (6,9%), και σε πολύ μικρότερα ποσοστά άλλοι λόγοι (βλέπε Πίνακα 5).

Πίνακας 5. Ποσοστιαίες συχνότητες αποκρίσεων 160 συμμετεχόντων γονέων σε ερωτήσεις που αφορούν τις Στάσεις/Πεποιθήσεις για τον παιδικό εμβολιασμό.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΑΠΟΚΡΙΣΕΙΣ		p-value
	ναι	όχι	
	%		
1. Πιστεύετε ότι είναι απαραίτητα τα εμβόλια;	91,9	8,1	<0,001
2. Πιστεύετε ότι πρέπει να εμβολιάζονται τα παιδιά;	93,1	6,9	<0,001
3. Ο εμβολιασμός του παιδιού σας/ων σας προλαμβάνει την εξάπλωση ασθενειών στην κοινότητα σας;	91,9	8,1	<0,001
4. Έχετε ολοκληρώσει το πρόγραμμα βασικού εμβολιασμού για το παιδί σας/παιδιά σας;	90,6	9,4	<0,001
Αν όχι για ποιους λόγους; (n=15)			--
<i>Προκαλεί παρενέργειες</i>	46,7	53,5	
<i>Δεν χορηγείται σωστά από τους επαγγελματίες υγείας</i>	6,7	93,3	0,001
<i>Προκαλεί αυτισμό ή άλλες παθήσεις</i>	20,0	80,0	0,302
<i>Επιθυμώ το παιδί μου να αποκτήσει φυσική ανοσία</i>	33,3	66,7	0,035
<i>Δεν μπορώ να τηρήσω το χρονοδιάγραμμα εμβολιασμών</i>	6,7	93,3	0,001
<i>Δεν έχω ασφάλεια</i>	13,3	86,7	0,007
<i>Μικρά σε ηλικία</i>	6,7	93,3	0,001
<i>Κόστος</i>	38,1	61,9	0,003
5. Ποιοι πιστεύετε ότι είναι ανασταλτικοί παράγοντες για τους εμβολιασμούς;			
<i>Επιπλοκές</i>	58,7	41,3	0,032
<i>Άλλες εναλλακτικές θεραπείες</i>	26,3	73,7	<0,001
<i>Πολλά εμβόλια σε μία δόση</i>	6,9	93,1	<0,001
<i>Αμάθεια για τα εμβόλια</i>	2,5	97,5	<0,001
<i>Εξυπηρέτηση συμφερόντων των γιατρών</i>	0,6	99,4	<0,001
<i>Κανένας</i>	2,5	97,5	<0,001
6. Το εμβόλιο κατά τον καρκίνο της μήτρας έχει ενταχθεί στο εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών. Θα κάνατε αυτό το εμβόλιο στο παιδί σας;	77,5	22,5	<0,001
7. Με ποια κριτήρια αποφασίζετε αν θα κάνατε ένα εμβόλιο στο παιδί σας;			
<i>Αν το προτείνει ο ιατρός που το παρακολουθεί</i>	76,9	23,1	<0,001
<i>Εάν είναι στο Εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών</i>	36,3	63,7	0,001
<i>Αν είναι δωρεάν</i>	3,8	96,2	<0,001
<i>Αν το έχουν κάνει και άλλοι γονείς στα παιδιά τους</i>	8,8	91,2	<0,001
<i>Αν δεν έχω ακούσει ότι υπάρχει θέμα παρενεργειών</i>	16,9	83,1	<0,001
<i>Δεν θα έκανε (άρνηση)</i>	1,3	98,7	<0,001

Διωνυμικοί έλεγχοι.

Αναφορικά με τις στάσεις και πεποιθήσεις των γονέων που συμμετείχαν στην μελέτη σε σχέση με τον τόπο διαμονής (αστική/αγροτική περιοχή), φαίνεται ότι μεταξύ γονέων από αστικές και αγροτικές περιοχές δεν υπάρχουν συστηματικές σημαντικές διαφορές στις γνώσεις και στάσεις τους σε θέματα εμβολιασμών. Οπότε συνολικά μπορεί να υπολογιστούν οι παρακάτω συσχετίσεις που περιλαμβάνουν τις περιοχές κατοικίας (βλέπε Πίνακα 6).

Πίνακας 6. Ποσοστιαίες συχνότητες αποκρίσεων 160 συμμετεχόντων γονέων σε ερωτήσεις που αφορούν τις Στάσεις/Πεποιθήσεις για τον παιδικό εμβολιασμό ως προς τη διάκριση της περιοχής μόνιμης κατοικίας τους.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	Περιοχή μόνιμης κατοικίας		p-value
	αστική	αστική	
	%	%	
1. Πιστεύετε ότι είναι απαραίτητα τα εμβόλια; [ναι]	92,5	91,3	0,772
2. Πιστεύετε ότι πρέπει να εμβολιάζονται τα παιδιά; [ναι]	93,8	92,5	0,755
3. Ο εμβολιασμός του παιδιού σας/ων σας προλαμβάνει την εξάπλωση ασθενειών στην κοινότητα σας; [ναι]	88,8	95,0	0,148
4. Έχετε ολοκληρώσει το πρόγραμμα βασικού εμβολιασμού για το παιδί σας/παιδιά σας; [ναι]	85,0	96,3	0,015
Αν όχι για ποιους λόγους; (n=15)			
<i>Προκαλεί παρενέργειες [ναι]</i>	33,3	100,0	0,077
<i>Δεν χορηγείται σωστά από τους επαγγελματίες υγείας [ναι]</i>	8,3	0,0	--
<i>Προκαλεί αυτισμό ή άλλες παθήσεις [ναι]</i>	25,0	0,0	--
<i>Επιθυμώ το παιδί μου να αποκτήσει φυσική ανοσία [ναι]</i>	33,3	33,3	--
<i>Δεν μπορώ να τηρήσω το χρονοδιάγραμμα εμβολιασμών [ναι]</i>	8,3	0,0	--
<i>Δεν έχω ασφάλεια [ναι]</i>	8,3	33,3	0,371
<i>Μικρά σε ηλικία [ναι]</i>	8,3	0,0	--
5. Ποιοι πιστεύετε ότι είναι ανασταλτικοί παράγοντες για τους εμβολιασμούς;			
<i>Κόστος [ναι]</i>	36,3	40,0	0,625
<i>Επιπλοκές [ναι]</i>	58,8	58,8	--
<i>Άλλες εναλλακτικές θεραπείες [ναι]</i>	25,0	27,5	0,719
<i>Πολλά εμβόλια σε μία δόση [ναι]</i>	10,0	3,8	0,118
<i>Αμάθεια για τα εμβόλια [ναι]</i>	1,3	3,8	0,311
<i>Εξυπηρέτηση συμφερόντων των γιατρών [ναι]</i>	1,3	0,0	--
<i>Κανένας [ναι]</i>	3,8	1,3	0,311
6. Το εμβόλιο κατά του καρκίνου της μήτρας έχει ενταχθεί στο εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών. Θα κάνατε αυτό το εμβόλιο στο παιδί σας; [ναι]	23,8	21,3	0,705
7. Με ποια κριτήρια αποφασίζετε αν θα κάνατε ένα εμβόλιο στο παιδί σας;			
<i>Αν το προτείνει ο ιατρός που το παρακολουθεί [ναι]</i>	70,0	83,8	0,039
<i>Εάν είναι στο Εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών [ναι]</i>	42,5	30,0	0,100
<i>Αν είναι δωρεάν [ναι]</i>	3,8	3,8	--
<i>Αν το έχουν κάνει και άλλοι γονείς στα παιδιά τους [ναι]</i>	5,0	12,5	0,093
<i>Αν δεν έχω ακούσει ότι υπάρχει θέμα παρενεργειών [ναι]</i>	23,8	10,0	0,020
<i>Δεν θα έκανε (άρνηση) [ναι]</i>	2,5	0,0	--

Διωνυμικοί έλεγχοι.

Συνολικά μπορεί να υπολογιστούν οι παρακάτω συσχετίσεις (Πίνακας 7) που περιλαμβάνουν τις περιοχές κατοικίας. Στον Πίνακα 7 δεν παρατηρούνται σημαντικές συσχετίσεις των γνώσεων με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του συνόλου των συμμετεχόντων με εξαίρεση την απασχόληση όπου οι απασχολούμενοι φαίνεται να σχετίζονται με σημαντικά υψηλότερα επίπεδα ($r=-0,155$, $p=0,050$). Σημειώνεται πως και η μικρότερη ηλικία των συμμετεχόντων σχετίζεται οριακά μη σημαντικά με υψηλότερα επίπεδα γνώσεων ($r=-0,147$, $p=0,064$).

Πίνακας 7. Συντελεστές συσχέτισης της βαθμολογίας (score) σε ερωτήσεις Γνώσεων για τον παιδικό εμβολιασμό, ως προς τα βασικά χαρακτηριστικά των 160 συμμετεχόντων.

	Βαθμολογία (score) Γνώσεων	
	r-Pearson	p-value
Φύλο (1:άνδρες, 2:γυναίκες)	0,117	0,142
Ηλικία (χρόνια)	-0,147	0,064
Οικογενειακή κατάσταση (1:έγγαμος/η, 2:διαζευγμένος/η, χήρος/α)	-0,146	0,066
Αριθμός παιδιών (1:ένα, 2:δυο, 3:τρία ή περισσότερα)	-0,138	0,083
Απασχόληση (1:εργαζόμενος/η, 2: οικιακά, συνταξιούχος)	-0,155	0,050
Περιοχή μόνιμης κατοικίας (1:αστική, 2:αγροτική)	-0,139	0,079
Εκπαίδευση (1:Α΄βάθμια, 2:Β΄βάθμια, 3: Τεχνικές σχολές, 3:Γ΄βάθμια-1 ^{ος} κύκλος, 4:Γ΄βάθμια-2 ^{ος} & 3 ^{ος} κύκλος)	0,092	0,246

Συζήτηση

Στην παρούσα έρευνα, τα αποτελέσματα που προέκυψαν, δεν διέφεραν σημαντικά οι γνώσεις μεταξύ των γονέων από αστικές και αγροτικές περιοχές, ωστόσο και στις δυο ομάδες γενικότερα, οι γνώσεις τους καταγράφηκαν σε μέτρια επίπεδα (κοντά στο 50% της κλίμακας). Αντίθετα αποτελέσματα διαπιστώθηκαν στην έρευνα των Παπάζογλου και συν. (2012) η οποία έλαβε μέρος σε παιδικούς σταθμούς της Αθήνας καθώς και στον παιδικό σταθμό ενός νοσοκομείου των Αθηνών σε ένα δείγμα 1.044 γονέων. Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα σε αυτή την έρευνα έδειξαν ένα καλό επίπεδο γνώσεων στους ερωτηθέντες γονείς παρόλο που υπήρξαν αρκετές λανθασμένες απαντήσεις στις ερωτήσεις.

Επιπλέον, σχετικά με τις στάσεις των γονέων απέναντι στα εμβόλια, διακρίνεται πως το μεγαλύτερο ποσοστό των γονέων αναγνωρίζουν την συμβολή των εμβολίων στην υγεία των παιδιών, κρατώντας θετική στάση όσον αφορά τον παιδικό εμβολιασμό. Ακόμη και οι γονείς που είναι θετικοί έχουν κάποιες αμφιβολίες σχετικά με την αποτελεσματικότητα του εμβολιασμού και τις ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορεί να προκαλέσουν. Παρόμοιο αποτέλεσμα προκύπτει και από την έρευνα των Παπάζογλου και συν (2012), με τους γονείς να κρατούν την ίδια θετική στάση καθώς οι περισσότεροι γονείς επέλεξαν τον ιατρό ως κύρια πηγή ενημέρωσης και αμέσως μετά το διαδίκτυο και τα ΜΜΕ. Βέβαια αξίζει να επισημανθεί ότι, με την άμεση πρόσβαση σε μη αξιόπιστες πηγές του διαδικτύου τα τελευταία χρόνια η παραπληροφόρηση των γονέων έχει αυξηθεί σημαντικά.

Η γνώση και η αξιόπιστη ενημέρωση των γονέων είναι ζωτικής σημασίας για την μείωση ανησυχίας, προβληματισμού και αμφισβήτησης σχετικά με τον εμβολιασμό από τους επιστήμονες.

Συνεχίζοντας την ανάλυση των αποτελεσμάτων, οι περισσότεροι γονείς με καλό επίπεδο γνώσεων σχετικά με τα εμβόλια έχουν ενημερωθεί από παιδίατρος καθώς είναι εκείνοι που εμβολιάζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό τα παιδιά τους. Αντίθετα, χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης / γνώσεων καταγράφεται στη μελέτη του Παπάζογλου και συν. (2012), σε γονείς που ανέφεραν ότι ενημερώνονται από ΜΜΕ και διαδίκτυο και κατ' επέκταση δήλωσαν και χαμηλά ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης.

Επιπρόσθετα στη έρευνα των Bianco, Mascaro et all, 2018 όπου συμμετείχαν 575 γονείς φάνηκε πως ένα σημαντικό ποσοστό(33,9%) των γονέων αρνήθηκαν την εφαρμογή του εμβολιασμού στο παιδί τους λόγω των ανεπιθύμητων ενεργειών που προκαλεί η δόση του εμβολίου. Επίσης στη συγκεκριμένη έρευνα ορισμένοι γονείς δήλωσαν πως ο παιδίατρός τους δεν τους παρείχε επαρκείς πληροφορίες σχετικά με τα εμβόλια και ορισμένοι ανέφεραν και έλλειψη εμπιστοσύνης ως αυτές που τους είχαν δοθεί. Με αυτόν τον τρόπο οι γονείς έχουν αποθαρρυνθεί κάτι που τους οδηγεί στο να γίνονται ολοένα και πιο διστακτικοί στον εμβολιασμό του παιδιού τους . Αντίθετα με τη έρευνα μας πρέπει να τονιστεί ότι στην έρευνα των Bianco, Mascaro et all ένα ποσοστό γονέων δεν πιστεύει ότι ο μαζικός εμβολιασμός προστατεύει τον ανεμβολίαστο πληθυσμό και διαφωνούν με τον υποχρεωτικό εμβολιασμό στα παιδιά τους.

Στην συγκεκριμένη έρευνα ακόμα η διστακτικότητα των γονέων απέναντι στα εμβόλια είναι περίπλοκη καθώς πέρα από τους γνωστικούς παράγοντες συμπεριλαμβάνονται και οι συναισθηματικοί, πολιτικοί, θρησκευτικοί και οι κοινωνικοί παράγοντες (Esposito, Principi et all, 2014).

Σύμφωνα με την μελέτη μας, ένας σημαντικός αριθμός γονέων (46,7%) που δεν έχουν ολοκληρώσει το πρόγραμμα βασικού εμβολιασμού για το παιδί τους απάντησαν ότι ήταν λόγω της ανησυχίας τους για εμφάνιση παρενεργειών και επιπλοκών. Παρόμοιο αποτέλεσμα προέκυψε και από μια μελέτη σε Αμερικανές μητέρες μικρών παιδιών στο Δέλτα του Ορίνοκο στη Βενεζουέλα. στην οποία οι συμμετέχοντες ισχυρίστηκαν ότι λόγοι για τους οποίους καθυστέρησαν ή απέρριψαν τον εμβολιασμό των παιδιών τους ήταν η ανησυχία τους σχετικά με την ασφάλεια του εμβολίου και τις πιθανές σοβαρές παρενέργειες του (Williams, 2014).

Επίσης στην έρευνα του Callaghan, Motta et all όπου συμμετείχαν 7019 γονείς οι περισσότεροι ήταν υπέρ των εμβολίων και ένα σημαντικό ποσοστό είχε εμβολιάσει το παιδί τους προκειμένου να προστατευτεί στο σχολείο. Ένα μικρό ποσοστό είχε εμβολιάσει το παιδί τους ύστερα από τη παρότρυνση του παιδίατρου τους. Αξίζει να σημειωθεί ότι στη συγκεκριμένη έρευνα ένα ποσοστό 18% προτίμησε να μεταφέρει τα παιδιά τους σε άλλα σχολεία όπου δεν θα ήταν απαραίτητος ο υποχρεωτικός εμβολιασμός. Τέλος ορισμένοι Αμερικανοί γονείς καθώς η έρευνα πραγματοποιήθηκε στην Αμερική πιστεύουν ότι η κυβέρνηση και οι φαρμακευτικές εταιρίες

συγκαλύπτουν ένα εμβόλιο όταν είναι επιβλαβές για την κοινότητα και δεν προβαίνουν στο να το διορθώσουν. (Jolley, Douglas, 2014)

Όσον αφορά την συσχέτιση των γνώσεων μεταξύ των γονέων που διέμεναν σε αστική και των γονέων που διέμεναν σε αγροτική περιοχή δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Οι γονείς από αστικές περιοχές (χωρίς να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά) φάνηκε να έχουν περισσότερες γνώσεις και απάντησαν σε μεγαλύτερο ποσοστό θετικά στην ερώτηση αν είναι απαραίτητα τα εμβόλια. Σε αντίθεση έρχονται τα ευρήματα της μελέτης μας σε σχέση με την έρευνα των Παπάζογλου και συν (2012), στην οποία όσοι ήταν θετικοί με τον εμβολιασμό έχουν καλό επίπεδο γνώσεων και όσοι ήταν αρνητικοί έχουν χαμηλό επίπεδο γνώσεων.

Συμπεράσματα- Προτάσεις

Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης φαίνεται πως η πλειοψηφία των γονέων δήλωσε ότι τα εμβόλια είναι απαραίτητα και τα παιδιά πρέπει να εμβολιάζονται γιατί ο εμβολιασμός προλαμβάνει την εξάπλωση των ασθενειών στην κοινότητα. Όπως φαίνεται και στην έρευνά μας οι περισσότεροι γονείς έχουν ολοκληρώσει το πρόγραμμα εμβολιασμού στο παιδί τους ωστόσο ένα μικρό ποσοστό γονέων έχει αμφιβολίες για τα εμβόλια και δεν έχει ολοκληρώσει το πρόγραμμά εμβολιασμού στο παιδί τους. Αυτός ο αρνητισμός των γονέων απέναντι στα εμβόλια οφείλεται στις παρενέργειες που προκαλούν και στο ότι το παιδί τους θα πρέπει να αποκτήσει φυσική ανοσία. Ένα ακόμα εμπόδιο των γονέων για τα εμβόλια είναι οι επιπλοκές, το κόστος κ.α. Στην μελέτη μας παρατηρήθηκαν επίσης μέτρια επίπεδα γνώσεων στους γονείς αγροτικής και αστικής περιοχής, υποδηλώνοντας ότι χρειάζονται περισσότερο ενημέρωση σχετικά με τα εμβόλια από τον γιατρό τους και από τους επαγγελματίες υγείας.

Στην Ελλάδα οι εμβολιασμοί γίνονται σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμά Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων και είναι υποχρεωτικοί για την μη διάδοση ασθενειών. Ωστόσο τα αντιεμβολιαστικά κινήματα που έχουν δημιουργηθεί λόγω της αρνητικής διαφήμισης των ΜΜΕ έχουν επηρεάσει αρκετά την στάση των γονέων απέναντι στα εμβόλια (Pearce, Law et al, 2011). Οι λόγοι είναι πολλοί όπως ο φόβος των γονέων για τις ανεπιθύμητες παρενέργειες που προκαλούν τα εμβόλια, η έλλειψη

εμπιστοσύνης των γονέων στους παιδίατρος τους (Υφαντής, Γκέρτσιος και άλλοι, 2013) κάτι που τους οδηγεί στην καθυστέρηση των δόσεων του εμβολίου (Rainey, Watkins et al, 2008).

Όπως φαίνεται και στη ερευνά μας το μεγαλύτερο ποσοστό των γονέων ενημερώνεται για τα εμβόλια από τους παιδίατρος και τους επαγγελματίες υγείας, έτσι θα πρέπει τόσο οι γιατροί όσο και οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας να είναι πλήρως ενημερωμένοι και εκπαιδευμένοι για τα σχήματα των εμβολιασμών ώστε να αποπνέουν εμπιστοσύνη και να παροτρύνουν συνεχώς τους γονείς να προβαίνουν στην πραγματοποίηση του εμβολιασμού. Επίσης η εφαρμογή προγραμμάτων προαγωγής υγείας σε σχολεία είναι ιδιαίτερα σημαντικό γιατί μέσω αυτών οι γονείς αλλά και τα παιδιά ενημερώνονται και αποβάλλουν τις προκαταλήψεις από τις οποίες διακατέχονται σχετικά με τα εμβόλια.

Επιπρόσθετα μια αποτελεσματική λύση θα ήταν μέσω των ΜΜΕ αλλά και των υπόλοιπων μέσων επικοινωνίας να δημιουργηθεί ένας ουσιαστικός διάλογος που θα μειώσει την ανασφάλεια, τις ανησυχίες, τους φόβους και την αμφισβήτηση των γονέων και θα καλύψει κάθε κενό ενημέρωσης τους για τα εμβόλια που θα στηρίζεται όμως σε τεκμηριωμένες πληροφορίες και με βάση τις αρχές της ιατρικής τεκμηρίωσής.

Τέλος, να υπάρξει ενίσχυση των δημόσιων εμβολιαστικών κέντρων αλλά και των παιδίατρων ώστε να παρέχονται δωρεάν οι εμβολιασμοί του ΕΠΕ χωρίς να επιβαρύνονται οικονομικά οι γονείς από την ιατρική επίσκεψη. Με την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών(θέματα οργάνωσης και προσωπικού) που προσφέρουν τα δημόσια εμβολιαστικά κέντρα, θα αυξάνεται και το ποσοστό εμβολιαστικής κάλυψης των παιδιών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ajzen, I., Brown, T. C., & Carvajal, F. (2004). Explaining the discrepancy between intentions and actions: The case of hypothetical bias in contingent valuation. *Personality and social psychology bulletin*, 30(9), 1108-1121.

Anderson, E. L. (2014). Recommended solutions to the barriers to immunization in children and adults. *Missouri medicine*, 111(4), 344.

Anderson, P. (1999). Another media scare about MMR vaccine hits Britain.

Austvoll-Dahlgren, A., & Helseth, S. (2010). What informs parents' decision-making about childhood vaccinations?. *Journal of advanced nursing*, 66(11), 2421-2430.

Barbieri, C. L. A., & Couto, M. T. (2015). Decision-making on childhood vaccination by highly educated parents. *Revista de saude publica*, 49, 18.

Bates, A. S., & Wolinsky, F. D. (1998). Personal, financial, and structural barriers to immunization in socioeconomically disadvantaged urban children. *Pediatrics*, 101(4), 591-596.

Benin, A. L., Wisler-Scher, D. J., Colson, E., Shapiro, E. D., & Holmboe, E. S. (2006). Qualitative analysis of mothers' decision-making about vaccines for infants: the importance of trust. *Pediatrics*, 117(5), 1532-1541.

Blume, S., & Zanders, M. (2006). Vaccine independence, local competences and globalisation: Lessons from the history of pertussis vaccines. *Social Science & Medicine*, 63(7), 1825-1835.

Bond, L., Nolan, T., Pattison, P., & Carlin, J. (1998). Vaccine preventable diseases and immunisations: a qualitative study of mothers? Perceptions of severity, susceptibility, benefits and barriers. *Australian and New Zealand journal of public health*, 22(4), 441-446.

Brody, J. E. (1993). Skipping vaccinations puts children at risk, vol. 11. *New York Times* (August).

Busse, J. W., Walji, R., & Wilson, K. (2011). Parents' experiences discussing pediatric vaccination with healthcare providers: A survey of Canadian naturopathic patients. *PloS one*, 6(8).

Bustreo, F., Okwo-Bele, J. M., & Kamara, L. (2015). World Health Organization perspectives on the contribution of the Global Alliance for Vaccines and Immunization on reducing child mortality. *Archives of disease in childhood*, 100(Suppl 1), S34-S37.

Callaway, E. (2014). Ebola vaccine race begins: with trials under way, scientists are working out how to give vaccines in affected regions. *Nature*, 516(7529), 15-17.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC. (1999). Impact of vaccines universally recommended for children--United States, 1990-1998. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 48(12), 243.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC. (1999). Impact of vaccines universally recommended for children--United States, 1990-1998. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 48(12), 243.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC. (2013). Prevention and control of seasonal influenza with vaccines. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices--United States, 2013-2014. *MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports*, 62(RR-07), 1

Chow, M. Y. K., Danchin, M., Willaby, H. W., Pemberton, S., & Leask, J. (2017). Parental attitudes, beliefs, behaviours and concerns towards childhood vaccinations in Australia: a national online survey. *Australian family physician*, 46(3), 145.

Clarke, D. K., Hendry, R. M., Singh, V., Rose, J. K., Seligman, S. J., Klug, B., ... & Brighton Collaboration Viral Vector Vaccines Safety Working Group. (2016). Live virus vaccines based on a vesicular stomatitis virus (VSV) backbone: standardized template with key considerations for a risk/benefit assessment. *Vaccine*, 34(51), 6597-6609.

Constenla, D. (2015). Assessing the economic benefits of vaccines based on the health investment life course framework: a review of a broader approach to evaluate malaria vaccination. *Vaccine*, 33(13), 1527-1540.

Cooper, T. L. (2012). *The responsible administrator: An approach to ethics for the administrative role*. John Wiley & Sons.

Danchin, M. H., Costa-Pinto, J., Attwell, K., Willaby, H., Wiley, K., Hoq, M., ... & Marshall, H. (2018). Vaccine decision-making begins in pregnancy: Correlation between vaccine concerns, intentions and maternal vaccination with subsequent childhood vaccine uptake. *Vaccine*, 36(44), 6473-6479.

de Castro, A. B., & Peterson, C. (2005). Health & Safety: Preventing Exposure to Influenza. *The American Journal of Nursing*, 105(1), 112-112.

Dempsey, A. F., & Zimet, G. D. (2015). Interventions to improve adolescent vaccination: what may work and what still needs to be tested. *Vaccine*, 33, D106-D113.

Diresta, R., & Lotan, G. (2015). Anti-vaxxers are using Twitter to manipulate a vaccine bill. *Wired*.

Doherty, M., Schmidt-Ott, R., Santos, J. I., Stanberry, L. R., Hofstetter, A. M., Rosenthal, S. L., & Cunningham, A. L. (2016). Vaccination of special populations: protecting the vulnerable. *Vaccine*, 34(52), 6681-6690.

Dube, E., Vivion, M., & MacDonald, N. E. (2015). Vaccine hesitancy, vaccine refusal and the anti-vaccine movement: influence, impact and implications. *Expert review of vaccines*, 14(1), 99-117.

Durbach, N. (2000). 'They might as well brand us': working-class resistance to compulsory vaccination in Victorian England. *Social History of Medicine*, 13(1), 45-63

Ehregut, W. (1985). Adverse effects of pertussis vaccination in West Germany (1970-1978). *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)*, 110(24), 974.

Ernst, E. (2001). Rise in popularity of complementary and alternative medicine: reasons and consequences for vaccination. *Vaccine*, 20, S90-S93.

Fadda, M., Galimberti, E., Carraro, V., & Schulz, P. J. (2016). What are parents' perspectives on psychological empowerment in the MMR vaccination decision? A focus group study. *BMJ open*, 6(4), e010773.

Forkner-Dunn, J. (2003). Internet-based patient self-care: the next generation of health care delivery. *Journal of Medical Internet Research*, 5(2), e8.

Gabriel, M., et al (2013) HPV and HPV vaccines: the knowledge levels, opinions, and behavior of parents. *J. Community Health*.

Geier, D. A., Hooker, B. S., Kern, J. K., King, P. G., Sykes, L. K., & Geier, M. R. (2013). A two-phase study evaluating the relationship between Thimerosal-containing vaccine administration and the risk for an autism spectrum disorder diagnosis in the United States. *Translational Neurodegeneration*, 2(1), 25.

Georgakopoulou, T., Grylli, C., Kalamara, E., Katerelos, P., & Spala, G. (2006). Current measles outbreak in Greece. *Euro surveillance*, 11(1-3), 70-71.

Gilroy, R. (2019). The anti-vaccination movement: a concern for public health. *Practice Nursing*, 30(5), 248-249.

Harmsen, I. A., Bos, H., Ruiter, R. A., Paulussen, T. G., Kok, G., De Melker, H. E., & Mollema, L. (2015). Vaccination decision-making of immigrant parents in the Netherlands; a focus group study. *BMC public health*, 15(1), 1229.

Honecberry, M. Wilson, D, Παιδιατρική Νοσηλευτική.Αθήνα:ΒΗΤΑ

https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/275519/3rd-Meeting-European-RVC-Measles-Rubella-Elimination.pdf

Hviid, A., Hansen, J. V., Frisch, M., & Melbye, M. (2019). Measles, mumps, rubella vaccination and autism: a nationwide cohort study. *Annals of internal medicine*, 170(8), 513-520.

Jolley, D. Douglas K.(2014b). *The effects of anti-vaccine conspiracy theories on vaccination intentions. PLoS ONE*, 9, e89177.

Jolley, D., & Douglas, K. M. (2014). The effects of anti-vaccine conspiracy theories on vaccination intentions. *PloS one*, 9(2).

Kao, C. M., Schneyer, R. J., & Bocchini Jr, J. A. (2014). Child and adolescent immunizations: selected review of recent US recommendations and literature. *Current opinion in pediatrics*, 26(3), 383-395.

Kata, A. (2010). A postmodern Pandora's box: anti-vaccination misinformation on the Internet. *Vaccine*, 28(7), 1709-1716.

Kata, A. (2012). Anti-vaccine activists, Web 2.0, and the postmodern paradigm—An overview of tactics and tropes used online by the anti-vaccination movement. *Vaccine*, 30(25), 3778-3789.

Keelan, J., Pavri-Garcia, V., Tomlinson, G., & Wilson, K. (2007). YouTube as a source of information on immunization: a content analysis. *Jama*, 298(21), 2482-2484.

Kessler, E. D., Braasch, J. L., & Kardash, C. M. (2019). Individual Differences in Revising (and Maintaining) Accurate and Inaccurate Beliefs About Childhood Vaccinations. *Discourse Processes*, 56(5-6), 415-428.

Kessler, E. D., Braasch, J. L., & Kardash, C. M. (2019). Individual Differences in Revising (and Maintaining) Accurate and Inaccurate Beliefs About Childhood Vaccinations. *Discourse Processes*, 56(5-6), 415-428.

Kim, S. S., Frimpong, J. A., Rivers, P. A., & Kronenfeld, J. J. (2007). Effects of maternal and provider characteristics on up-to-date immunization status of children aged 19 to 35 months. *American journal of public health*, 97(2), 259-266.

Kowal, S. P., Jardine, C. G., & Bubela, T. M. (2015). “If they tell me to get it, I’ll get it. If they don’t...”: Immunization decision-making processes of immigrant mothers. *Canadian Journal of Public Health*, 106(4), e230-e235.

Kyrozis, A., Psaltopoulou, T., Stathopoulos, P., Trichopoulos, D., Vassilopoulos, D., & Trichopoulou, A. (2009). Dietary lipids and geriatric depression scale score among elders: the EPIC-Greece cohort. *Journal of psychiatric research*, 43(8), 763-769.

Larson, H. J., Cooper, L. Z., Eskola, J., Katz, S. L., & Ratzan, S. (2011). Addressing the vaccine confidence gap. *The Lancet*, 378(9790), 526-535.

Leask, J., Chapman, S., & Robbins, S. C. C. (2010). "All manner of ills": The features of serious diseases attributed to vaccination. *Vaccine*, 28(17), 3066-3070.

Leib, S., Liberatos, P., & Edwards, K. (2011). Pediatricians' experience with and response to parental vaccine safety concerns and vaccine refusals: a survey of Connecticut pediatricians. *Public Health Reports*, 126(2_suppl), 13-23.

Li, R., Liu, L., Mo, Z., Wang, X., Xia, J., Liang, Z., ... & Jiang, L. (2014). An inactivated enterovirus 71 vaccine in healthy children. *New England Journal of Medicine*, 370(9), 829-837.

Luman, E. T., McCauley, M. M., Shefer, A., & Chu, S. Y. (2003). Maternal characteristics associated with vaccination of young children. *Pediatrics*, 111(Supplement 1), 1215-1218.

Maltezou, H. C., & Poland, G. A. (2014). Vaccination policies for healthcare workers in Europe. *Vaccine*, 32(38), 4876-4880.

Maltezou, H. C., Fotiou, A., Antonakopoulos, N., Kallogriopoulou, C., Katerelos, P., Dimopoulou, A., ... & Papantoniou, N. (2013). Impact of postpartum influenza vaccination of mothers and household contacts in preventing febrile episodes, influenza-like illness, healthcare seeking, and administration of antibiotics in young infants during the 2012–2013 influenza season. *Clinical infectious diseases*, 57(11), 1520-1526.

Maltezou, H. C., Gkentzi, D., Grivea, I., Chaliasos, N., Galanakis, E., Pavli, A., ... & Theodoridou, M. (2015). Experience with parental vaccination refusal and attitudes about vaccinations of pediatricians in Greece. *Journal of Advances in Medicine and Medical Research*, 971-977.

Maltezou, H. C., Katerelos, P., Mavrouli, M., Lourida, A., Routsias, J. G., Spanakis, N., ... & Mantagos, S. (2011). Seroepidemiological study of pandemic influenza H1N1 following the 2009–2010 wave in Greece. *Vaccine*, 29(38), 6664-6669.

Massey, E. (1722). *A sermon against the dangerous and sinful practice of inoculation..* William Meadows.

Medved, C. E. (2016). Stay-at-home fathering as a feminist opportunity: Perpetuating, resisting, and transforming gender relations of caring and earning. *Journal of Family Communication*, 16(1), 16-31.

Miller, N. K., Verhoef, M., & Cardwell, K. (2008). Rural parents' perspectives about information on child immunization. *Rural & Remote Health*, 8(1).

OECD, O. (2015). Organisation for Economic Co-operation and Development 2013. Inventory of Estimated Budgetary Support and Tax Expenditures for Fossil Fuels

Oldfield, B. J., & Stewart, R. W. (2016). Common Misconceptions, Advancements, and Updates in Pediatric Vaccination Administration. *Southern medical journal*, 109(1), 38.

Oldfield, B. J., & Stewart, R. W. (2016). Common Misconceptions, Advancements, and Updates in Pediatric Vaccination Administration. *Southern medical journal*, 109(1), 38.

Omer, S. B., Salmon, D. A., Orenstein, W. A., Dehart, M. P., & Halsey, N. (2009). Vaccine refusal, mandatory immunization, and the risks of vaccine-preventable diseases. *New England Journal of Medicine*, 360(19), 1981-1988.

Panagiotopoulos, T. (1999). Methodological problems in research on immunization coverage in Greece: a systematic review of studies, 1970–1995. *Paediatrici*, 62, 116-130.

Panagiotopoulos, T., Berger, A., & Valassi-Adam, E. (1999). Increase in congenital rubella occurrence after immunisation in Greece: retrospective survey and systematic review. *How does herd immunity work?. Bmj*, 319(7223), 1462-1467.

Panagiotopoulos, T., Berger, A., & Valassi-Adam, E. (1999). Increase in congenital rubella occurrence after immunisation in Greece: retrospective survey and systematic review. *How does herd immunity work?. Bmj*, 319(7223), 1462-1467.

Panagiotopoulos, T., Valassi-Adam, E., Sarafidou, E., Mandeki, A., Stratiki, Z., Benos, A., ... & Lionis, C. (1999). National vaccination coverage survey. *Arch Greek Med*, 16, 154-62.

Pearce, A., Law, C., Elliman, D., Cole, T. J., & Bedford, H. (2008). Factors associated with uptake of measles, mumps, and rubella vaccine (MMR) and use of single antigen vaccines in a contemporary UK cohort: prospective cohort study. *bmj*, 336(7647), 754-757.

Pezzotti, P., Bellino, S., Prestinaci, F., Iacchini, S., Lucaroni, F., Camoni, L., ... & Rezza, G. (2018). The impact of immunization programs on 10 vaccine preventable diseases in Italy: 1900–2015. *Vaccine*, 36(11), 1435-1443.

Pezzotti, P., Bellino, S., Prestinaci, F., Iacchini, S., Lucaroni, F., Camoni, L., ... & Rezza, G. (2018). The impact of immunization programs on 10 vaccine preventable diseases in Italy: 1900–2015. *Vaccine*, 36(11), 1435-1443.

Plans-Rubió, P. (2012). Evaluation of the establishment of herd immunity in the population by means of serological surveys and vaccination coverage. *Human vaccines & immunotherapeutics*, 8(2), 184-188.

Poland, G. A. (2010). The 2009–2010 influenza pandemic: effects on pandemic and seasonal vaccine uptake and lessons learned for seasonal vaccination campaigns. *Vaccine*, 28, D3-D13.

Poland, G. A., & Jacobson, R. M. (2011). The age-old struggle against the antivaccinationists. *N Engl J Med*, 364(2), 97-9.

Poland, G. A., & Jacobson, R. M. (2012). The clinician's guide to the anti-vaccinationists' galaxy. *Human immunology*, 73(8), 859-866.

Porter, D., & Porter, R. (1988). The politics of prevention: anti-vaccinationism and public health in nineteenth-century England. *Medical history*, 32(3), 231-252

Principi, N., Esposito, S., Blasi, F., Allegra, L., & Mowgli Study Group. (2001). Role of *Mycoplasma pneumoniae* and *Chlamydia pneumoniae* in children with community-acquired lower respiratory tract infections. *Clinical Infectious Diseases*, 32(9), 1281-1289

Prislin, R., Dyer, J. A., Blakely, C. H., & Johnson, C. D. (1998). Immunization status and sociodemographic characteristics: the mediating role of beliefs, attitudes, and perceived control. *American Journal of Public Health*, 88(12), 1821-1826.

Rainey, J. J., Watkins, M., Ryman, T. K., Sandhu, P., Bo, A., & Banerjee, K. (2011). Reasons related to non-vaccination and under-vaccination of children in low and middle income countries: findings from a systematic review of the published literature, 1999–2009. *Vaccine*, 29(46), 8215-8221.

Rainey, J. J., Watkins, M., Ryman, T. K., Sandhu, P., Bo, A., & Banerjee, K. (2011). Reasons related to non-vaccination and under-vaccination of children in low and middle income countries: findings from a systematic review of the published literature, 1999–2009. *Vaccine*, 29(46), 8215-8221.

Ramsay, M. E., Yarwood, J., Lewis, D., Campbell, H., & White, J. M. (2002). Parental confidence in measles, mumps and rubella vaccine: evidence from vaccine coverage and attitudinal surveys. *Br J Gen Pract*, 52(484), 912-916.

Reiter, P. L., Stubbs, B., Panozzo, C. A., Whitesell, D., & Brewer, N. T. (2011). HPV and HPV vaccine education intervention: effects on parents, healthcare staff, and school staff. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 20(11), 2354-2361.

Rodewald, L. E., Szilagyi, P. G., Shih, T., Humiston, S. G., LeBaron, C., & Hall, C. B. (1995). Is underimmunization a marker for insufficient utilization of preventive and primary care?. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 149(4), 393-397.

ROLAND S., I 1970 TO ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΙΔΙ. ΑΘΗΝΑ: Κ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ

Saada, A., Lieu, T. A., Morain, S. R., Zikmund-Fisher, B. J., & Wittenberg, E. (2015). Parents' choices and rationales for alternative vaccination schedules: A qualitative study. *Clinical pediatrics*, 54(3), 236-243.

Sabra, A., Bellanti, J. A., & Colón, A. R. (1998). Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. *The Lancet*, 352(9123), 234-235.

Salmon, D. A., Haber, M., Gangarosa, E. J., Phillips, L., Smith, N. J., & Chen, R. T. (1999). Health consequences of religious and philosophical exemptions from immunization laws: individual and societal risk of measles. *Jama*, 282(1), 47-53.

Salmon, D. A., Moulton, L. H., Omer, S. B., DeHart, M. P., Stokley, S., & Halsey, N. A. (2005). Factors associated with refusal of childhood vaccines among parents of school-aged children: a case-control study. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 159(5), 470-476.

Schmitt, H. J., Booy, R., Aston, R., Van Damme, P., Schumacher, R. F., Campins, M., ... & Olcén, P. (2007). How to optimise the coverage rate of infant and adult immunisations in Europe. *BMC medicine*, 5(1), 11.

Sharts-Hopko, N. C. (2009). Issues in pediatric immunization. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 34(2), 80-88.

Sharts-Hopko, N. C. (2009). Issues in pediatric immunization. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 34(2), 80-88.

Sharts-Hopko, N. C. (2009). Issues in pediatric immunization. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 34(2), 80-88.

Shui, I., Kennedy, A., Wooten, K., Schwartz, B., & Gust, D. (2005). Factors influencing African-American mothers' concerns about immunization safety: a summary of focus group findings. *Journal of the National Medical Association*, 97(5), 657.

Srivastava, S., Shankar, P., Mishra, J., & Singh, S. (2016). Possibilities and challenges for developing a successful vaccine for leishmaniasis. *Parasites & vectors*, 9(1), 277.

Stefanoff, P., Mamelund, S. E., Robinson, M., Netterlid, E., Tuells, J., Bergsaker, M. A. R., ... & VACSATC Working Group on Standardization of Attitudinal Studies in Europe. (2010). Tracking parental attitudes on vaccination across European countries: the Vaccine Safety, Attitudes, Training and Communication Project (VACSATC). *Vaccine*, 28(35), 5731-5737.

Taddio, A., Ipp, M., Thivakaran, S., Jamal, A., Parikh, C., Smart, S., ... & Katz, J. (2012). Survey of the prevalence of immunization non-

compliance due to needle fears in children and adults. *Vaccine*, 30(32), 4807-4812.

Temoka, E. (2013). Becoming a vaccine champion: evidence-based interventions to address the challenges of vaccination. *South Dakota Medicine*.

Theeten, H., Hens, N., Vandermeulen, C., Depoorter, A. M., Roelants, M., Aerts, M., ... & Van Damme, P. (2007). Infant vaccination coverage in 2005 and predictive factors for complete or valid vaccination in Flanders, Belgium: an EPI-survey. *Vaccine*, 25(26), 4940-4948.

Tickner, S., Leman, P. J., & Woodcock, A. (2010). Parents' views about pre-school immunization: an interview study in southern England. *Child: care, health and development*, 36(2), 190-197.

Tomlinson, N., & Redwood, S. (2013). Health beliefs about preschool immunisations: an exploration of the views of Somali women resident in the UK. *Diversity in Health and Care*, 10(2), 101-113.

Ventola, C. L. (2016). Immunization in the United States: recommendations, barriers, and measures to improve compliance: part 1: childhood vaccinations. *Pharmacy and Therapeutics*, 41(7), 426.

Ventola, C. L. (2016). Immunization in the United States: recommendations, barriers, and measures to improve compliance: part 1: childhood vaccinations. *Pharmacy and Therapeutics*, 41(7), 426.

Ventola, C. L. (2016). Immunization in the United States: recommendations, barriers, and measures to improve compliance: part 1: childhood vaccinations. *Pharmacy and Therapeutics*, 41(7), 426

Ventola, C. L. (2016). Immunization in the United States: recommendations, barriers, and measures to improve compliance: part 1: childhood vaccinations. *Pharmacy and Therapeutics*, 41(7), 426

Ventola, C. L. (2016). Immunization in the United States: recommendations, barriers, and measures to improve compliance: part 1: childhood vaccinations. *Pharmacy and Therapeutics*, 41(7), 426.

Wakefield, A. J., Puleston, J. M., Montgomery, S. M., Anthony, A., O'leary, J. J., & Murch, S. H. (2002). The concept of entero-colonic

encephalopathy, autism and opioid receptor ligands. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 16(4), 663-674.

Williams, S. E. (2014). What are the factors that contribute to parental vaccine-hesitancy and what can we do about it?. *Human vaccines & immunotherapeutics*, 10(9), 2584-2596.

Williams, S. E. (2014). What are the factors that contribute to parental vaccine-hesitancy and what can we do about it?. *Human vaccines & immunotherapeutics*, 10(9), 2584-2596.

Winston, R. (1970). Light collection within the framework of geometrical optics. *Josa*, 60(2), 245-247.

Wolfe, R. M., & Sharp, L. K. (2002). Anti-vaccinationists past and present. *Bmj*, 325(7361), 430-432.

Wood, D., Donald-Sherbourne, C., Halfon, N., Tucker, M. B., Ortiz, V., Hamlin, J. S., ... & Freeman, H. (1995). Factors related to immunization status among inner-city Latino and African-American preschoolers. *Pediatrics-English Edition*, 96(2), 295-301.

Woodin, K. A., Rodewald, L. E., Humiston, S. G., Carges, M. S., Schaffer, S. J., & Szilagyi, P. G. (1995). Physician and parent opinions: are children becoming pincushions from immunizations?. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 149(8), 845-849.

World Health Organization (WHO) (2004) Initiative for vaccine Research: Strategic plan 2004-2005, Geneva

Wright, S., Yelland, M., Heathcote, K., Ng, S. K., & Wright, G. (2009). Fear of needles-nature and prevalence in general practice. *Australian family physician*, 38(3), 172.

Yismaw, A. E., Assimamaw, N. T., Bayu, N. H., & Mekonen, S. S. (2019). Incomplete childhood vaccination and associated factors among children aged 12–23 months in Gondar city administration, Northwest, Ethiopia 2018. *BMC research notes*, 12(1), 241.

Yismaw, A. E., Assimamaw, N. T., Bayu, N. H., & Mekonen, S. S. (2019). Incomplete childhood vaccination and associated factors among children aged 12–23

months in Gondar city administration, Northwest, Ethiopia 2018. BMC research notes, 12(1), 241.

Βανταράκη, Χ. (2017). Θέση και στάση των γονέων απέναντι στους εμβολιασμούς των παιδιών τους (Doctoral dissertation).

Βανταράκη, Χ. (2017). Θέση και στάση των γονέων απέναντι στους εμβολιασμούς των παιδιών τους (Doctoral dissertation).

Βανταράκη, Χ. (2017). Θέση και στάση των γονέων απέναντι στους εμβολιασμούς των παιδιών τους (Doctoral dissertation).

Βανταράκη, Χ. (2017). Θέση και στάση των γονέων απέναντι στους εμβολιασμούς των παιδιών τους (Doctoral dissertation).

Βανταράκη, Χ. (2017). Θέση και στάση των γονέων απέναντι στους εμβολιασμούς των παιδιών τους (Doctoral dissertation).

Βανταράκη, Χ. (2017). Θέση και στάση των γονέων απέναντι στους εμβολιασμούς των παιδιών τους (Doctoral dissertation).

Βανταράκη, Χ. (2017). Θέση και στάση των γονέων απέναντι στους εμβολιασμούς των παιδιών τους (Doctoral dissertation)

Βανταράκη, Χ. (2017). Θέση και στάση των γονέων απέναντι στους εμβολιασμούς των παιδιών τους (Doctoral dissertation)

Βανταράκη, Χ. (2017). Θέση και στάση των γονέων απέναντι στους εμβολιασμούς των παιδιών τους (Doctoral dissertation)

Βανταράκη, Χ. (2017). Θέση και στάση των γονέων απέναντι στους εμβολιασμούς των παιδιών τους (Doctoral dissertation)

Βανταράκη, Χ. (2017). Θέση και στάση των γονέων απέναντι στους εμβολιασμούς των παιδιών τους (Doctoral dissertation)

Βανταράκη, Χ. (2017). Θέση και στάση των γονέων απέναντι στους εμβολιασμούς των παιδιών τους (Doctoral dissertation)

Κασίμος, Χ. (1981). Πρακτική παιδιατρική.

ΚΑΣΙΜΟΣ Χ., ΚΡΕΜΕΝΟΠΟΥΛΟΣ Γ., ΤΣΙΟΥΡΗΣ. (1983). ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: UNIVERSITY STUDIO PRESS

Μπροτζάκη, Ε., Λάμπρου, Γ. Ι., & Κουτσούρης, Δ. (2019). Εμβολιασμοί και πολιτικές δημόσιας υγείας Η ελληνική πραγματικότητα. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 36(6).

Μπροτζάκη, Ε., Λάμπρου, Γ. Ι., & Κουτσούρης, Δ. (2019). Εμβολιασμοί και πολιτικές δημόσιας υγείας Η ελληνική πραγματικότητα. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 36(6).

Παπάζογλου, Α., Παπαδελλής Τσίφτης, Γ., Παυλοπούλου, Ι., Κρητικός, Κ., & Τσουμακας, Κ. (2012). Οι στάσεις των γονέων στους εμβολιασμούς των παιδιών. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(4), 463.

Τριανταφυλλίδου, Μ. (2016). Πλαίσιο βελτίωσης της εμβολιαστικής κάλυψης για τα εμβόλια MMR και HPV στην 5η υγειονομική περιφέρεια. *Βήμα του Ασκληπιού*, 15(4), 328-330.

Υφαντή, Ε., Γκέτσιος, Ι., Γραμματικού, Μ., Γουρδούμπα, Α., Υφαντής, Α., Τηνιακού, Ι., ... & Καλαντζής, Α. (2013). Ιός HPV και εμβολιαστική κάλυψη εφήβων

Παράρτημα Ι – Άδεια εκπόνησης πτυχιακής εργασίας

ΑΤΕΛΩΣ
(άρθρο 13 Ν.2579/98)

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

Σχολή Επιστημών Υγείας

Ηράκλειο, 15/1/2020

Τμήμα Νοσηλευτικής

Πληροφ. : Ευαγγ. Γωνιανάκη-Χρονάκη τηλέφ. : 2810379538 Αρ. Πρωτ. : 1717

ΠΡΟΣ:

ΑΜΠΟΥΛΑΤΖΕ ΜΑΡΙΑΜΙ

ΑΛΙΜΠΑΛΗ ΜΕΛΑΝΗ

ΜΠΡΑΟΥΔΑΚΗ ΕΙΡΗΝΗ

Κοιν.:Επιβλέπων καθηγητής Ροβίθης Μιχαήλ

ΘΕΜΑ: Ανάθεση εκπόνηση Πτυχιακής Εργασίας

Ανατίθεται κατόπιν πρότασης της Προέδρου του Τμήματος Νοσηλευτικής η εκπόνηση Πτυχιακής εργασίας, στους:

ΥΝ6916 ΑΜΠΟΥΛΑΤΖΕ ΜΑΡΙΑΜΙ

ΥΝ6975 ΑΛΙΜΠΑΛΗ ΜΕΛΑΝΗ

ΥΝ7027 ΜΠΡΑΟΥΔΑΚΗ ΕΙΡΗΝΗ

με θέμα: «Στάσεις και γνώσεις των γονέων σχετικά με τον παιδικό εμβολισμό σε αγροτικό και αστικό πληθυσμό της νήσου Κρήτης».

Ο εκπαιδευτικός που θα επιβλέπει την Πτυχιακή Εργασία ονομάζεται : Ροβίθης Μιχαήλ

Παρατηρήσεις:

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η υποβολή της Πτυχιακής Εργασίας πρέπει να γίνεται στις καθορισμένες από το Τμήμα ημ/νίες. Η παρουσίαση της Π.Ε θα γίνεται σε προφορική περίληψη & ΟΧΙ ανάγνωση. Η αίτηση για την υποβολή της Π.Ε. πρέπει να συνοδεύεται από 1 αντίτυπο, 2 CD & από την απόφαση για ανάθεση εκπόνησης Π.Ε.



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ



**ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Στάσεις και γνώσεις των γονέων σχετικά με τον παιδικό
εμβολιασμό σε αγροτικό και αστικό πληθυσμό της
νήσου Κρήτης.

Κατατίθεται για έγκριση στο

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Φοιτήτριες: Αμπουλάτζε Μαριάμι , Μπραουδάκη Ειρήνη, Αλίμπαλη
Μέλανη

Επιβλέπων Καθηγητής: Ροβίθης Μιχαήλ, Επίκουρος καθηγητής,
τμήματος Νοσηλευτικής, ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ.

Ηράκλειο Ιανουάριος 2020

Εισαγωγή

Οι εμβολιασμοί είναι ένα από τα πιο αποτελεσματικά και οικονομικά μέτρα για την προαγωγή υγείας και την πρόληψη ασθένειας, τόσο στα παιδιά, όσο και στους ενήλικες.

Τα εμβόλια παρέχουν προστασία στους ανθρώπους από σοβαρές μολυσματικές ασθένειες, γι' αυτό προτρέπονται να γίνονται στην παιδική ηλικία, από την στιγμή δηλαδή που ξεκινάει η ανοσοποίηση του ανθρώπου. Οι μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχουν πολλοί λόγοι, όσον αφορά τους γονείς, που τα παιδιά δεν λαμβάνουν όλα τα απαραίτητα εμβόλια (Παπάζογλου, και συν, 2012). Συγκεκριμένα ως λόγοι αναφέρονται:

- ✓ η έλλειψη χρημάτων και μεγάλων αποστάσεων
- ✓ η κακή ποιότητα υπηρεσιών υγείας
- ✓ η έλλειψη εμπιστοσύνης στα εμβόλια και στους επαγγελματίες υγείας
- ✓ η έλλειψη κατανόησης της ανάγκης του εμβολιασμού εξαιτίας της παραπληροφόρησης σχετικά με την δράση των εμβολίων (Ames, et.al.,2017)

Ορισμός

Ο εμβολιασμός είναι η διαδικασία κατά την οποία εισέρχεται στον οργανισμό τεχνητά το εμβόλιο, προκειμένου να δημιουργήσει ειδική ανοσολογική άμυνα κατά συγκεκριμένης νόσου (Boller, 1978).

Το εμβόλιο παρασκευάζεται από εξασθενημένους ιούς ή βακτηρίδια, αδρανοποιημένους ιούς και βακτήρια, αντιβιοτικά, εξωτοξίνες μικροοργανισμών κ.α. (Litin, 2008).

Τα πιο σημαντικά εμβόλια της παιδικής ηλικίας

- Διφθερίτιδας – Τετάνου – Κοκκύτη
- Πολυομελίτιδας
- Ανεμοβλογιάς
- Ιλαράς
- Φυματίωσης
- Γρίπης
- Ηπατίτιδας Α και Β
-

Ο ρόλος του νοσηλευτή στον εμβολιασμό

Οι νοσηλευτές παίζουν καθοριστικό ρόλο στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ο εμβολιασμός των παιδιών, που οφείλουν οι γονείς να είναι ενημερωμένοι από τους λειτουργούς υγείας όσον αφορά τις παρενέργειες, την ασφάλεια και τα χαρακτηριστικά των εμβολίων. Αυτό προϋποθέτει την σωστή εκπαίδευση και ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού. Αξίζει να σημειωθεί ότι το υγειονομικό προσωπικό πρέπει να πράττει ανάλογα με τις στάσεις και τις απόψεις του γονέα (Leask et.al 2012). Τα παραπάνω έχουν αντίκτυπο στην προαγωγή υγείας του πληθυσμού (Martinez-Diz et.al 2014).

Στάσεις και αντιλήψεις γονέων σχετικά με τον παιδικό εμβολιασμό

Σε πρόσφατες μελέτες έχει παρατηρηθεί ότι ένα μεγάλο ποσοστό γονέων έχουν θετική στάση απέναντι στα εμβόλια. Ωστόσο σε ορισμένους γονείς φαίνεται να δημιουργείται μια σύγχυση καθώς οι απόψεις των ιατρών δίστανται (Ντάνης, 2013)

Σύμφωνα με τον Ντάνη (2013), υπάρχει ένα υπολογίσιμο ποσοστό γονέων που υποστηρίζει ότι το παιδί πρέπει να νοσήσει θεωρώντας ότι αυτό είναι το φυσιολογικό, μη κατανοώντας τη σημαντικότητα της πρόληψης.

Ανησυχίες των γονέων για την συσχέτιση εμβολιασμού ασθένειας

Σχετικές μελέτες δείχνουν την ανησυχία των γονέων για την εμφάνιση ασθενειών, όπως την σκλήρυνση κατά πλάκας, περιφερική πολυνευροπάθεια, τον αυτισμό, την εμφάνιση αλλεργιών ως αποτέλεσμα των παρενεργειών του εμβολιασμού (Παπάζογλου, και συν, 2012). Συγκεκριμένα η μελέτη που δείχνει τη συσχέτιση του εμβολίου MMR (ιλαρά, ερυθρά, παρωτίτιδα) με τον αυτισμό πραγματοποιήθηκε από τους Wakefield et.al.,(1998), η οποία εκτιμήθηκε ελλιπής κυρίως λόγω της ανεπαρκούς δειγματοληψίας.

Ανεπιθύμητες ενέργειες εμβολίων

Η πλειοψηφία των εμβολίων είναι αποδεκτή από τον ελληνικό και ευρωπαϊκό πληθυσμό με ελάχιστες παρενέργειες. Κάποιες από αυτές που χρήζουν επείγουσα ιατρική αντιμετώπιση είναι:

- Υψηλός πυρετός
- Απόφραξη εντέρου
- Αλλεργική αντίδραση
- Φλεγμονή κάποιων νεύρων του βραχίονα
- Σύνδρομο Guillain-Barre, αυτοάνοσο νόσημα (ΚΕΕΛΠΝΟ)

Η σημασία του εμβολιασμού

Στις μέρες μας, η ανησυχία για τις παρενέργειες των εμβολίων και η παραπληροφόρηση έχει ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη μιας βλαβερής αντιεμβολιαστικής κουλτούρας (Κυριαζής και συν, 2009). Η επίπτωση του αντιεμβολιαστικού κινήματος οδηγεί σε ασθένειες, αναπηρίες και θανάτους στον πληθυσμό της Ευρώπης. Τέλος, σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι τα ποσοστά επιδημιολογίας στην Ευρώπη δεν διαφέρουν πολύ από τις χώρες της Αφρικής (Wicker,et al.,2012).

Εμβολιασμός και δημόσια υγεία

Στις δυτικές χώρες έχει παρατηρηθεί αξιοσημείωτη μείωση στην μετάδοση ασθενειών που προκαλούν νοσηρότητα και θνησιμότητα εξαιτίας των εθνικών μέτρων ανοσοποίησης που απευθύνεται σε βρέφη και σε παιδιά (Esposito, et. al. 2014).

Η ανοσοποίηση έχει σημαντικά αποτελέσματα ως επί τον πλείστον για δύο λόγους αρχικά, από την στιγμή που το άτομο εμβολιάζεται για έναν παθογόνο μικροοργανισμό, τα συμπτωματικά αλλά και ο βαθμός αυτής της ασθένειας εξαλείφονται (Temoka, 2013). Επιπλέον όταν η πλειοψηφία των ατόμων είναι εμβολιασμένη, τότε εκείνοι που δεν είναι ανοσοποιημένοι ευεργετούνται διότι οι πιθανότητες να έρθουν σε επαφή με παθογόνους μικροοργανισμούς είναι ελάχιστες (Temoka, 2013). Συμπερασματικά, έχει παρατηρηθεί μεγάλη πρόοδο στην υγεία, στη ποιότητα καθώς και στη έκταση της ζωής (Esposito, et. al., 2014).

Η Επίδραση της τεχνολογίας στο αντί-εμβολιαστικό κίνημα

Έχει παρατηρηθεί ότι η τεχνολογία έχει ενισχύσει το αντί-εμβολιαστικό κίνημα εξαιτίας της άμεσης προσβασιμότητας σε ιατρικές πηγές . Το παραπάνω έχει ως αποτέλεσμα τη αρνητική επίδραση στην ισχύ της υγειονομικής περίθαλψης , στην βιομηχανία και στην σχέση μεταξύ ασθενούς –γιατρού(Forkner-Dunn, 2003). Απ' την μια μεριά, ενώ αυτό φαίνεται ευεργετικό, στην πραγματικότητα το διαδίκτυο είναι μεγάλη πηγή παραπληροφόρησης , το οποίο έχει ως αποτέλεσμα την αρνητική στάση των γονέων σχετικά με τον παιδικό εμβολιασμό(Keelan, et. al., 2007). Αξίζει να σημειωθεί ότι, τα ποσοστά που υποστηρίζουν τον αντιεμβολιασμό στις ηλεκτρονικές πλατφόρμες είναι δραματικά μεγάλα (Keelan, et. al., 2010). Σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε, 10 λ. παραμονής σε αντί- εμβολιαστικό ιστότοπο έχει ως συνέπεια να πείθεται η κοινή γνώμη ότι ο κίνδυνος ανοσοποίησης είναι μεγαλύτερος από τους κινδύνους που επιφέρει η παράβλεψη του εμβολιασμού (Betsch, 2010).

Σημαντικότητα του θέματος

Είναι σημαντικό να γίνει αντιληπτό από όλη την κοινωνία το πρόβλημα της εμφάνισης του αντιεμβολιαστικού κινήματος, το οποίο αποτελεί δυσάρεστη και επικίνδυνη πραγματικότητα με άμεσες συνέπειες στην δημόσια υγεία τόσο σε αστικούς πληθυσμούς, όσο και σε αγροτικούς λόγω της μετάδοσης νοσημάτων και της πρόκλησης επιδημιών. Αξίζει να σημειωθεί ότι, η ενημέρωση σχετικά με τους εμβολιασμούς κατά την παιδική ηλικία είναι ένας τρόπος αντιμετώπισης της άγνοιας και παραπληροφόρησης των γονέων (Ames, et.al., 2017). Οι νοσηλευτές/τριες έχουν σημαντικό λόγο και διαθέτουν την επιστημονική κατάρτιση για να ενημερώσουν τους γονείς, σχετικά με τον παιδικό εμβολιασμό και τις επιπτώσεις από τη μη εφαρμογή του στη συνολική υγεία του γενικού πληθυσμού. Για τους παραπάνω λόγους αποφασίσαμε να εκπονήσουμε τη συγκεκριμένη έρευνα στα πλαίσια της Πτυχιακής μας εργασίας.

Ειδικό Μέρος

Σχεδιασμός της μελέτης

Είδος μελέτης

Το είδος μελέτης που θα εφαρμοστεί στην παρούσα πτυχιακή εργασία, θα είναι η περιγραφική, συγχρονική, μελέτη συγκριτική με μερικές συσχετίσεις. Σύμφωνα με το Μερκούρη (2008): *«Γίνεται περιγραφή της συχνότητας κάποιων μεταβλητών, αλλά και (δευτερευόντως) διερεύνηση της συσχέτισής τους με άλλους παράγοντες (γι' αυτό και συχνά αναφέρονται ως περιγραφικές – διερευνητικές).»* (Μερκούρης σελ 23.). Ο σχεδιασμός αυτός, οδηγεί σε αναγνώριση και ανάδειξη προβλημάτων ή/και δίνει υλικό που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για περαιτέρω έρευνα.

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η διερεύνηση του επιπέδου γνώσεων και στάσεων των γονέων σχετικά με το θέμα του παιδικού εμβολιασμού συγκριτικά σε αστικό και αγροτικό πληθυσμό.

Ερευνητικά ερωτήματα

1. Ποιες είναι οι στάσεις των γονέων για τον παιδικό εμβολιασμό σε αστικό πληθυσμό;
2. Ποιες είναι οι γνώσεις των γονέων για τον παιδικό εμβολιασμό σε αστικό πληθυσμό;
3. Ποιες είναι οι στάσεις των γονέων για τον παιδικό εμβολιασμό σε αγροτικό πληθυσμό;
4. Ποιες είναι οι γνώσεις των γονέων για τον παιδικό εμβολιασμό σε αγροτικό πληθυσμό;

Δείγμα-Δειγματοληπτική Μέθοδος

Πληθυσμό στόχο θα αποτελέσει ο αγροτικός και αστικός πληθυσμός της νήσου Κρήτης. Για τη συλλογή του δείγματος θα εφαρμοστεί η μέθοδος της μη τυχαίας δειγματοληψίας (non probability sampling) και πιο συγκεκριμένα η δειγματοληψία ευκολίας (convenience sampling) (Μερκούρης, 2008). Η δειγματοληψία ευκολίας, επιτρέπει τη χρησιμοποίηση οποιασδήποτε διαθέσιμης ομάδας μελών ή στοιχείων του πληθυσμού της έρευνας. Η επιλογή της συγκεκριμένης δειγματοληπτικής μεθόδου έγινε με βάση τα εξής κριτήρια: είναι γρήγορη, οικονομική και πραγματοποιείται σε σύντομο χρονικό διάστημα (Μερκούρης, 2008). Η δειγματοληψία ευκολίας θεωρείται «φτωχή» ερευνητική μέθοδος προσέγγισης του δείγματος, διότι ο ερευνητής δεν είναι σε θέση να εξασφαλίσει την αντικειμενικότητα των επιλογών των ατόμων και να εξαλείψει τις προκαταλήψεις με αποτέλεσμα να μειώνεται η αξιοπιστία της έρευνας και να υπάρχει η πιθανότητα το δείγμα να μην θεωρείται αντιπροσωπευτικό.

Παρ' όλα αυτά η συγκεκριμένη μέθοδος επιλέχθηκε με βάση το σκοπό της μελέτης την ευκολία πρόσβασης στο δείγμα, το χαμηλό οικονομικό κόστος κατά την διαδικασία συγκέντρωσης των πληροφοριών και τη μειωμένη χρονική διάρκεια που απορρέει από αυτόν τον τύπο δειγματοληψίας.

Ερευνητικό εργαλείο

Ως ιδανικό εργαλείο για την διεκπεραίωση της μελέτης και για να απαντηθούν τα ερωτήματα που θέτει κατά τρόπο έγκυρο και αξιόπιστο, επιλέχθηκε ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο. Η μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας, το είδος της μελέτης και ο σκοπός της καθόρισαν και υπέδειξαν την ανάγκη για χρήση του συγκεκριμένου ερευνητικού εργαλείου. Το ερωτηματολόγιο βασίστηκε σε σχετικές μελέτες (Παπάζογλου 2012, Ρόμπολας 2017, Βανταράκη 2017, Γιαλυπού & Μπράτσικα 2018), και αποτελείται από τρεις ενότητες. Η πρώτη ενότητα περιλαμβάνει ερωτήσεις (ανοιχτού, κλειστού τύπου και πολλαπλών επιλογών) για την καταγραφή των γνώσεων των γονέων σχετικά με τον παιδικό εμβολιασμό. Η δεύτερη ενότητα, περιλαμβάνει ερωτήσεις για την διερεύνηση των στάσεων των γονέων σχετικά με τον παιδικό εμβολιασμό και η τρίτη ενότητα περιλαμβάνει ερωτήσεις για τη συγκέντρωση δεδομένων σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Αρχές βιοηθικής

Η βιοηθική στην έρευνα γίνεται από άτομα που έχουν αναλάβει να κάνουν έρευνα και συμβάλει στην διασφάλιση, κυρίως της αξιοπρέπειας καθώς και άλλων θεμελιωδών δικαιωμάτων όπως την ασφάλεια των προσωπικών δεδομένων. Επιπλέον, με την βιοηθική στην έρευνα επιτυγχάνεται ο σεβασμός, η προστασία των ατομικών δικαιωμάτων και η εμπιστευτικότητα μεταξύ ερευνητή- συμμετέχοντα. Η συμμετοχή ανθρώπων στην επιστημονική έρευνα διέπεται από ένα εκτεταμένο νομοθετικό και δεοντολογικό πλαίσιο, στόχος του οποίου είναι η όσο το δυνατόν πληρέστερη προστασία των εν γένει δικαιωμάτων των ατόμων που συμμετέχουν στην έρευνα, και ειδικότερα της ζωής, της σωματικής ακεραιότητας και της αξιοπρέπειάς τους, αλλά και η προστασία της ίδιας της ερευνητικής δραστηριότητας ως απαραίτητου εργαλείου ανάπτυξης, κοινωνικής ευημερίας και καινοτομίας στις σύγχρονες κοινωνίες και ως δημόσιου αγαθού που υλοποιείται σε συνθήκες διαφάνειας από τον επιστήμονα-ερευνητή (Γκαρρανή - Παπαδάτου, 2011)

συμμετοχή φυσικών προσώπων στην έρευνα, είναι εθελοντική αλλά αναγκαία. Το ερωτηματολόγιο θα είναι ανώνυμο και δεν θα περιέχει προσωπικά στοιχεία ασθενών ή φυσικών προσώπων από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί κατά οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις θα είναι απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας θα έχουν πρόσβαση σε αυτές. Οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα θα τύχουν ποσοτικής επεξεργασίας συνολικά. Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε οργανισμό ή φυσικό πρόσωπο δεν θα δημοσιευτεί παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο θα τηρηθεί στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής και δεσμεύει τα μέλη της ερευνητικής ομάδας.

Στατιστική Ανάλυση

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων θα χρησιμοποιηθεί το πρόγραμμα IBM SPSS 24.0. Υπολογίστηκαν κατανομές συχνοτήτων των βασικών χαρακτηριστικών του δείγματος ελέγχοντας για τυχόν διαφορές μέσω της μεθόδου χ^2 . Στις κατανομές θα εκτιμηθούν επίσης για σύγκριση τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης μέσω τεχνικών bootstrap. Ως προς την επίδραση των διαφόρων χαρακτηριστικών στις στάσεις και τις γνώσεις των γονέων που θα συμμετέχουν στην έρευνα θα γίνει συσχέτιση μέσω πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης.

Βιβλιογραφία

Ames, H. M., Glenton, C., & Lowing, S. (2017). Parents' and informal caregivers' views and experiences of communication about routine childhood vaccination: a synthesis of qualitative evidence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).

Βανταράκη (2017). Θέση και στάση των γονέων απέναντι στους εμβολιασμούς των παιδιών τους. Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Πατρών, ΠΜΣ Δημόσια Υγεία

Betsch, C., Renkewitz, F., Betsch, T., & Ulshöfer, C. (2010). The influence of vaccine-critical websites on perceiving vaccination risks. *Journal of Health Psychology*, 15(3), 446-455.

Γιαλυπού, Α., & Μπράτσικα, Α. (2018). Στάσεις και απόψεις των γονέων για τους εμβολιασμούς στην παιδική ηλικία. Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος, Σχολή ΣΕΥΠ, τμήμα Νοσηλευτικής

Γκαρρανή - Παπαδάτου, Τ. (2011). Ηθική και δεοντολογία της επιστημονικής έρευνας. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας-Εμπειρογμώνων. European Commission Directorate for Research and Innovation, Ethics Sector.

Esposito, S., Durando, P., Bosis, S., Ansaldi, F., Tagliabue, C., Icardi, G., & ESCMID Vaccine Study Group. (2014). Vaccine-preventable diseases: from paediatric to adult targets. *European journal of internal medicine*, 25(3), 203-212.

Forkner-Dunn, J. (2003). Internet-based patient self-care: the next generation of health care delivery. *Journal of Medical Internet Research*, 5(2), e8.

Jenkinson, C. (1994). *Measuring health and medical outcomes*. UCL Press Limited. University College London. Available at: <http://www.springerlink.com/content/g85514413lxu5311/>. [Accessed: 20/9/2018]

Keelan, J., Pavri-Garcia, V., Tomlinson, G., & Wilson, K. (2007). YouTube as a source of information on immunization: a content analysis. *jama*, 298(21), 2482-2484.

Keelan, J., Pavri, V., Balakrishnan, R., & Wilson, K. (2010). An analysis of the Human Papilloma Virus vaccine debate on MySpace blogs. *Vaccine*, 28(6), 1535-1540.

Κυριαζής, Ι., Σαρίδη, Μ., Μπόμπολας, Π., Ζέρβας, Ε., & Μενδρινός, Δ. Ν. (2015). Μελέτη συμμόρφωσης στους κανόνες προληπτικού εμβολιασμού στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό γενικού νοσοκομείου.

Leask, J., Kinnersley, P., Jackson, C., Cheater, F., Bedford, H., & Rowles, G. (2012). Communicating with parents about vaccination: a framework for health professionals. *BMC pediatrics*, 12(1), 154.

Martinez-Diz, S., Romero, M. M., Fernandez-Prada, M., Piqueras, M. C., Ruano, R. M., & Sierra, M. F. (2014). Demands and expectations of parents who refuse vaccinations and perspective of health professional on the refusal to vaccinate. *Anales de Pediatría (English Edition)*, 80(6), 370-378.

Μερκούρης Α.2008. Μεθοδολογία Νοσηλευτικής Έρευνας, Επιστημονικές εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», Αθήνα, σελ.112,169

Ντάνης, Κ. (2013). Παρακολούθηση της εμβολιαστικής κάλυψης των παιδιών και των στάσεων των γονέων στην Ελλάδα (Doctoral dissertation, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Ιατρικής. Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Ψυχιατρικής και Νευρολογίας. Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής).

Παπάζογλου, Α., Παπαδελλής Τσίφτης, Γ., Παυλοπουλου, Ι., Κρητικος, Κ., & Τσουμακας, Κ. (2012). Οι στάσεις των γονέων στους εμβολιασμούς των παιδιών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(4), 463.

Ρόμπολας Π., (2017). Στάσεις και απόψεις των γονέων απέναντι στον παιδικό εμβολιασμό. Πτυχιακή εργασία, ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος, Σχολή ΣΕΥΠ, τμήμα Νοσηλευτικής.

Temoka, E. (2013). Becoming a vaccine champion: evidence-based interventions to address the challenges of vaccination. *South Dakota Medicine*.

Wakefield, A. J., Murch, S. H., Anthony, A., Linnell, J., Casson, D. M., Malik, M., ... & Valentine, A. (1998). **RETRACTED:** Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children.

Wicker, S., Rabenau, H. F., Betz, W., & Lauer, H. C. (2012). Attitudes of dental healthcare workers towards the influenza vaccination. *International journal of hygiene and environmental health*, 215(4), 482-486.

Παράρτημα II –Χρονοδιάγραμμα Πτυχιακής Εργασίας

ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ						
2020						
ΣΤΑΔΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΙΑΝ	ΦΕΒ	ΜΑΡΤ	ΑΠΡ	ΜΑΙΟΣ	ΙΟΥΝΙΟΣ
Αναζήτηση Βιβλιογραφίας						
Συγγραφή βιβλιογραφικής ανασκόπησης						
Συλλογή δεδομένων						
Κωδικοποίηση- ανάλυση δεδομένων						
Συγγραφή αποτελεσμάτων						
Συγγραφή συζήτησης						
Συγγραφή συμπερασμάτων – προτάσεων						
Τελική αξιολόγηση συγγράμματος						
Προετοιμασία παρουσίασης						
Παρουσίαση πτυχιακής						

Ερωτηματολόγιο

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΓΝΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΠΑΙΔΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ

Σας διαβεβαιώνουμε ότι θα μεταχειριστούμε τις απαντήσεις σας με πλήρη εχεμύθεια. Ενδιαφερόμαστε μόνο για την καλύτερη κρίση σας. Οι πληροφορίες που θα συγκεντρωθούν, θα αφορούν αποκλειστικά τους σκοπούς της έρευνας. Τα δεδομένα θα διαφυλαχθούν με κάθε ευσυνειδησία και θα τα χειριστούμε ως αυστηρώς εμπιστευτικά. Δε θα γίνει δε, καμία αναφορά που να διευκολύνει την αναγνώριση προσώπων ή οργανισμών σε καμία από τις εκθέσεις που θα προκύψουν από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Συνήθης χρόνος συμπλήρωσης Ερωτηματολογίου:: 8 λεπτά

Φοιτήτριες: Αλίμπαλη Μέλανη, Αμπουλάτζε Μαριάμι, Μπραουδάκη Ειρήνη

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Ροβίθης Μιχαήλ

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΝΩΣΕΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΠΑΙΔΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ

1. Από πού έχετε ενημερωθεί για τα εμβόλια; (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις)

- Ιατρός Νοσηλεύτης
 Συγγενείς ΜΜΕ
 Διαδίκτυο Άλλο.....

2. Ποια πιστεύετε είναι η αρχή της ηλικίας των παιδικών εμβολίων;

- 40 ημερών - 1 μηνός 2 μηνών - 3 μηνών
 4 μηνών - 1 έτους Δε γνωρίζω

3. Γνωρίζετε ότι υπάρχουν πολυδύναμα εμβόλια που μειώνουν τις δόσεις και διευκολύνουν την τήρηση του χρονοδιαγράμματος εμβολιασμού;

- Ναι Όχι

4. Γνωρίζετε το κόστος των εμβολίων;

- Ναι Όχι

5. Γνωρίζετε αν τα καλύπτει η ασφάλειά σας;

- Ναι Όχι Δε γνωρίζω

6.Θα εμβολιάζατε τα παιδιά σας ενώ είναι κρυωμένα;

- Ναι Όχι Δε γνωρίζω

7.Θα εμβολιάζατε τα παιδιά σας με πυρετό πάνω από 38 ° C ;

- Ναι Όχι Δε γνωρίζω

8.Υπάρχουν αναμνηστικές δόσεις στα εμβόλια;

- Ναι Όχι Δε γνωρίζω

9.Γνωρίζετε ποια από τα παρακάτω εμβόλια μπορούν να παρουσιάσουν την ίδια συμπτωματολογία, σε ήπια μορφή, με την ίδια την ασθένεια;

- Ιλαρά - Ερυθρά - Παρωτίτιδα (MMR) Πολιομυελίτιδας (IPV)
 Μηνιγγοτιδόκοκκος(MCC) Δε γνωρίζω

10.Ποιες πιστεύετε πως είναι οι απόλυτες αντενδείξεις για την χορήγηση των εμβολίων; (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις)

- Κάθε οξύ εμπύρετο νόσημα Πρόσφατη χορήγηση αίματος
 Κινητική αναπηρία Διανοητική υστέρηση Κακοήθη νοσήματα
 Αλλεργικές αντιδράσεις

11.Ποιες πιστεύετε ότι μπορεί να είναι οι ανεπιθύμητες αντιδράσεις και ενέργειες των εμβολιασμών; (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις)

- Εγκεφαλίτιδα Λιποθυμίες Αλλεργικές αντιδράσεις
 Υδαρής κενώσεις Πυρετός - Κακουχία
 Εμετοί Τοπικές αντιδράσεις (ερυθρότητα, διόγκωση)

12.Σε ποιο σημείο του σώματος δεν επιτρέπεται ο εμβολιασμός στα παιδιά;

- Μπράτσο Μηρός Γλουτοί Δε γνωρίζω

ΣΤΑΣΕΙΣ ΓΟΝΕΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΠΑΙΔΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ

1. Πιστεύετε ότι είναι απαραίτητα τα εμβόλια; Ναι Όχι
2. Πιστεύετε ότι πρέπει να εμβολιάζονται τα παιδιά; Ναι Όχι
3. Ο εμβολιασμός του παιδιού σας/ων σας προλαμβάνει την εξάπλωση ασθενειών στην κοινότητα σας; Ναι Όχι
4. Έχετε ολοκληρώσει το πρόγραμμα βασικού εμβολιασμού για το παιδί σας/παιδιά σας; Ναι Όχι

Αν όχι για ποιους λόγους; (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις):

- Προκαλεί παρενέργειες
- Δεν χορηγείται σωστά από τους επαγγελματίες υγείας
- Προκαλεί αυτισμό ή άλλες παθήσεις
- Επιθυμώ το παιδί μου να αποκτήσει φυσική ανοσία
- Δεν μπορώ να τηρήσω το χρονοδιάγραμμα εμβολιασμών
- Δεν έχω ασφάλεια
- Άλλος λόγος.....

5. Ποιοι πιστεύετε ότι είναι ανασταλτικοί παράγοντες για τους εμβολιασμούς; (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις)

- Κόστος Επιπλοκές Άλλες εναλλακτικές θεραπείες
- Πολλά εμβόλια σε μία δόση
- Άλλος λόγος.....

6. Το εμβόλιο κατά του καρκίνου της μήτρας έχει ενταχθεί στο εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών. Θα κάνατε αυτό το εμβόλιο στο παιδί σας;

- Ναι Όχι

7. Με ποια κριτήρια αποφασίζετε αν θα κάνατε ένα εμβόλιο στο παιδί σας;

- Αν το προτείνει ο ιατρός που το παρακολουθεί
- Εάν είναι στο Εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών
- Αν είναι δωρεάν
- Αν το έχουν κάνει και άλλοι γονείς στα παιδιά τους
- Αν δεν έχω ακούσει ότι υπάρχει θέμα παρενεργειών
- Άλλο:.....

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Φύλο

Ηλικία:

- Άντρας Γυναίκα

Οικογενειακή κατάσταση:

- Παντρεμένος/η Διαζευγμένος/η Χήρος/α

Επάγγελμα:

Αριθμός παιδιών:.....

Περιοχή μόνιμης κατοικίας

- Πόλη Χωριό

Εκπαιδευτικό επίπεδο

- Πρωτοβάθμια εκπαίδευση Δευτεροβάθμια εκπαίδευση Τριτοβάθμια εκπαίδευση
 Τεχνικές σχολές Μεταπτυχιακή - Διδακτορική εκπαίδευση
 Χωρίς εκπαίδευση

Εργάζεστε; Ναι Όχι

Έχετε ασφάλιση; Ναι Όχι

7. Εθνικότητα

- Ελληνική Αλβανική Βουλγάρικη
 Ρομά Άλλη.....