

Dorota Mrożek-Budzyn^{1,2}, Agnieszka Kiełtyka¹

CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA POPRAWĘ REALIZACJI SZCZEPIEŃ
OBOWIĄZKOWYCH DZIECI NA TERENIE WOJEWÓDZTWA
MAŁOPOLSKIEGO WEDŁUG OCENY ŚWIADCZENIODAWCÓW

¹Zakład Epidemiologii

Katedra Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Kierownik Katedry: Beata Tobiasz-Adamczyk

²Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Myślenicach

Dyrektor: Dorota Mrożek-Budzyn

Wskaźniki zaszczepienia dzieci i młodzieży na terenie województwa małopolskiego uległy w ciągu kilku ostatnich lat znaczącej poprawie, średnio o kilkanaście procent. W pracy przedstawiono ocenę czynników wpływających na poprawę uodpornienia populacji dziecięcej na podstawie opinii lekarzy i pielęgniarek realizujących szczepienia ochronne.

Słowa kluczowe: szczepienia ochronne, dzieci, świadczeniodawcy, województwo małopolskie

Key words: immunization rate, children, health care providers, Malopolskie voivodeship

WSTĘP

Województwo małopolskie w początkowym okresie istnienia charakteryzowało się bardzo niskimi wskaźnikami zaszczepienia dzieci i młodzieży. Utrzymywanie się takiego stanu mogło doprowadzić do wystąpienia epidemii wyrównawczych chorób zakaźnych oraz zagrażało realizacji programów eradykacji poliomyelitis i odry (1,2).

Aby przeciwdziałać utrzymywaniu się tego niepokojącego zjawiska, na terenie województwa małopolskiego wdrożono działania mające na celu poprawę uodpornienia populacji dziecięcej; między innymi zorganizowano szkolenia lekarzy i pielęgniarek, powołano poradnie konsultacyjne do spraw szczepień, wzmożono nadzór nad szczepieniami. Jednocześnie zachodziły pewne zmiany organizacyjne związane z reformą ochrony zdrowia, następowały kolejne modyfikacje programów szczepień ochronnych, wprowadzające bezpieczniejsze preparaty do niektórych szczepień obowiązkowych oraz rozszerzające liczbę szczepień zalecanych. Ponadto zwiększała się możliwość indywidualnego stosowania alternatywnych

kalendarzy szczepień przy użyciu wcześniej niedostępnych preparatów. Podjęto również wiele akcji promocyjnych szczepień. W ciągu sześciu lat uzyskano poprawę realizacji szczepień na terenie województwa małopolskiego średnio o dwadzieścia procent (3).

Celem pracy jest ocena czynników wpływających na poprawę uodpornienia populacji dziecięcej według świadczeniodawców oraz wykorzystanie sformułowanych wniosków do kontynuacji działań zmierzających do utrwalenia pozytywnych trendów tak, aby docelowo województwo małopolskie nie odbiegało od średnich wskaźników zaszczepienia osiąganych w Polsce.

MATERIAŁ I METODY

Badania w oparciu o ustrukturyzowane kwestionariusze zostały przeprowadzone anonimowo wśród lekarzy i pielęgniarek, realizujących szczepienia ochronne w podstawowej opiece zdrowotnej. Badania przeprowadzono w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej z terenu wszystkich powiatów województwa małopolskiego, przewidzianych przez inspekcję sanitarną do planowych kontroli w III kwartale 2005 roku. Kontrole planowane były z rocznym wyprzedzeniem (bez jakiegokolwiek związku z badaniami), dlatego wybór jednostek można uznać za losowy. Wywiad przeprowadzono z tymi lekarzami i pielęgniarkami, którzy w dniu kontroli byli obecni w pracy. Liczba przebadanych osób była proporcjonalna do liczby dzieci mieszkających w powiecie. Odpowiedzi udzieliło 249 lekarzy i 253 pielęgniarki.

Kwestionariusze dla lekarzy i pielęgniarek zawierały jednakowe pytania dotyczące czynników mogących wpływać na realizację szczepień, natomiast różniły się nieco w części dotyczącej charakterystyki osób w odrębnych grupach zawodowych. Pytania dotyczyły między innymi znaczenia zmian organizacyjnych opieki zdrowotnej, wiedzy lekarzy i rodziców na temat szczepień oraz ich postaw w tym zakresie, wpływu szkoleń lekarzy i pielęgniarek oraz sympozjów naukowych dotyczących wakcynologii, zmian wprowadzanych w programach szczepień ochronnych, stosowania szczepień zalecanych, doświadczeń z niepożądanymi odczynami poszczepiennymi, bezpieczeństwa i zaufania do preparatów szczepionkowych, a także znaczenia nadzoru nad szczepieniami.

W analizie statystycznej obliczono liczbowy i procentowy udział poszczególnych odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszach. Do porównania zależności między charakterystyką osób udzielających odpowiedzi (wiek, doświadczenie zawodowe, specjalizacja, miejsce zamieszkania itp.), a oceną wpływu poszczególnych czynników na poprawę wskaźników zaszczepienia użyto testu χ^2 , a w przypadku małych liczebności testu dokładnego Fishera. Analizę statystyczną wykonano przy użyciu pakietu Stata 8.0.

WYNIKI

W grupie lekarzy przeważały kobiety (79,9%), a średni wiek wynosił $47,7 \pm 8,3$. Badane pielęgniarki to kobiety o średniej wieku $44,9 \pm 7,8$. Około 25% badanych to mieszkańcy Krakowa. Największa grupa lekarzy (41,8%) mieszka w małych miastach, natomiast pielęgniarek na wsi (47,4%). Przeciętny staż pracy na stanowisku związanym ze szczepieniami waha się od 22 lat dla lekarzy do 24 dla pielęgniarek. Połowa badanych lekarzy to pediatrzy, 15% - lekarze rodzinni, 20% ma specjalizację zarówno z pediatrii jak

i medycyny rodzinnej. Lekarze pediatry z inną wąską specjalnością stanowią 7% badanej grupy, 7% to lekarze innych specjalności, a w przypadku 4 osób (1,6%) mamy do czynienia z brakiem specjalizacji lub z brakiem danych (tab. I).

Tabela I. Charakterystyka świadczeniodawców biorących udział w badaniach
Table I. Health care providers' characteristic

Charakterystyka świadczeniodawców		Lekarze		Pielęgniarki	
		N	%	N	%
Płeć	kobiety	199	79,9	253	100
	mężczyźni	50	20,1		
Specjalizacja	pediatria	125	50,2		
	medycyna rodzinna	37	14,9		
	pediatria oraz inna wąska specjalizacja	15	6,0		
	pediatria oraz medycyna rodzinna	50	20,1		
	inne specjalizacje	18	7,2		
	brak specjalizacji	2	0,8		
	brak danych	2	0,8		
Miejsce zamieszkania	Kraków	64	25,7	65	25,7
	Tarnów, Nowy Sącz	13	5,2	13	5,1
	małe miasto	104	41,8	55	21,7
	wieś	68	27,3	120	47,4
Miejsce pracy	Kraków	59	23,7	59	23,3
	Tarnów, Nowy Sącz	15	6,0	12	4,7
	małe miasto	69	27,7	57	22,5
	wieś	106	42,6	125	49,4
		średnia	SD	średnia	SD*
Wiek (w latach)		47,7	8,3	44,9	7,8
Lata pracy w zawodzie		22,1	8,5	23,7	8,5
Lata pracy przy kwalifikowaniu do szczepień		17,8	9,5		
Lata pracy w punkcie szczepień				15,1	9,6

* SD- odchylenie standardowe

Opinie świadczeniodawców o wpływie zawartych w kwestionariuszu czynników na realizację szczepień są zróżnicowane. Najwyżej oceniane jest znaczenie szkoleń świadczeniodawców z zakresu szczepień ochronnych oraz zmiana postaw wobec szczepień nie tylko wśród lekarzy, ale przede wszystkim wśród rodziców dzieci. Poprawiło to kwalifikację dzieci do szczepień oraz współpracę lekarzy z rodzicami. Świadczeniodawcy mają też świadomość, iż rodzice darzą ich coraz większym zaufaniem. Bardzo ważnym czynnikiem jest poprawa bezpieczeństwa preparatów szczepionkowych. Jedynymi czynnikami, które

uzyskały sceptyczną lub wręcz negatywną ocenę były zmiany wynikające z wprowadzonej reformy ochrony zdrowia (tab. II).

Tabela II Ocena czynników, które wpłynęły na realizację szczepień dzieci na terenie województwa małopolskiego według opinii świadczeniodawców

Table II The assessment of factors that influenced vaccination coverage among children in Małopolska voivodeship according to opinion of health care providers

Rodzaj czynnika	Grupa zawodowa	Wpływ na wykonawstwo szczepień ochronnych,											
		negatywny		brak		pozytywny						brak opinii	
						niewielki		umiarkowany		znaczący			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Zmiany organizacyjne wynikające z reformy opieki zdrowotnej	L*	56	22,5	69	27,7	45	18,1	33	13,2	27	10,8	19	7,6
	P*	47	18,6	81	32,1	45	17,9	30	11,9	21	8,3	28	11,1
Zniesienie rejonizacji, możliwość wyboru lekarza przez pacjenta	L	39	15,7	70	28,1	50	20,1	50	20,1	34	13,6	6	2,4
	P	41	16,3	93	36,9	40	15,9	37	14,7	32	12,7	9	3,6
Wzrost konkurencji na rynku usług medycznych	L	42	16,9	83	33,3	50	20,1	31	12,4	21	8,4	22	8,8
	P	29	11,5	95	37,7	41	16,3	31	12,3	27	10,7	29	11,5
Większa wiedza i zmiana postaw lekarzy wobec szczepień	L	1	0,4	25	10,0	29	11,7	72	28,9	113	45,4	9	3,6
	P	3	1,2	18	7,1	43	17,1	63	25,0	104	41,3	21	8,3
Właściwa kwalifikacja do szczepień przez lekarzy	L	1	0,4	18	7,2	27	10,8	56	22,5	141	56,6	6	2,4
	P	3	1,2	13	5,2	38	15,1	60	23,8	131	52,0	7	2,8
Poprawa współpracy lekarzy z rodzicami, edukacja rodziców	L	0	-	14	5,6	18	7,2	69	27,7	144	57,8	4	1,6
	P	2	0,8	15	6,0	24	9,5	73	29,0	121	48,0	17	6,8
Spadek liczby długoterminowych zwolnień ze szczepień	L	3	1,20	11	4,4	37	14,9	72	28,9	123	49,4	3	1,2
	P	7	2,8	18	7,1	38	15,1	53	21,0	128	50,8	8	3,2
Szkolenia lekarzy z zakresu szczepień ochronnych	L	0	-	14	5,6	31	12,4	72	28,9	127	51,0	5	2,0
	P	0	-	20	7,9	31	12,3	56	22,2	125	49,6	20	7,9
Konferencje i sympozja naukowe	L	0	-	12	4,8	26	10,4	73	29,3	133	53,4	5	2,0
	P	0	-	20	7,9	32	12,7	54	21,4	117	46,4	29	11,5
Szkolenia pielęgniarek z zakresu szczepień ochronnych	L	1	0,4	9	3,6	23	9,3	61	24,6	149	60,1	5	2,0
	P	0	-	11	4,4	25	10,0	50	19,9	160	63,8	5	2,0
Zmiana postaw rodziców wobec szczepień dzieci	L	0	-	10	4,0	25	10,0	68	27,3	142	57,0	4	1,6
	P	0	-	4	1,6	24	9,5	57	22,6	162	64,3	5	2,0
Wzrost zaufania rodziców do wybranego dla dziecka lekarza	L	0	-	18	7,2	28	11,2	68	27,3	128	51,4	7	2,8
	P	0	-	5	2,0	37	14,7	65	25,8	139	55,2	6	2,4
Stosowanie szczepionek alternatywnych zamiast obowiązkowych	L	4	1,6	32	12,8	49	19,7	84	33,7	70	28,1	10	4,0
	P	8	3,2	33	13,1	59	23,4	61	24,2	80	31,8	11	4,4
Poprawa bezpieczeństwa preparatów szczepionkowych	L	0	-	16	6,4	25	10,0	67	26,9	136	54,6	5	2,0
	P	0	-	8	3,2	30	11,9	62	24,6	146	57,9	6	2,4
Powszechniejsze stosowanie szczepionek zalecanych	L	1	0,4	23	9,3	26	10,5	95	38,3	91	36,7	12	4,8
	P	0	-	28	11,1	47	18,6	85	33,7	77	30,6	15	6,0
Zaopatrzenie w preparaty do szczepień obowiązkowych	L	22	8,8	21	8,4	40	16,1	69	27,7	83	33,3	14	5,6
	P	15	6,0	30	12,0	28	11,2	49	19,5	109	43,4	20	8,0
Brak lub zmniejszenie poważnych niepożądanych odczynów poszczep.,l	L	1	0,4	20	8,0	36	14,5	58	23,3	126	50,6	8	3,2
	P	0	-	31	12,3	31	12,3	47	18,6	118	46,8	25	9,9
Możliwość szczepienia w poradni konsultacyjnej ds. szczepień	L	2	0,8	21	8,4	59	23,7	78	31,3	83	33,3	6	2,4
	P	1	0,4	26	10,3	50	19,8	65	25,8	84	33,3	26	10,3
Wzmocnienie nadzoru inspekcji sanitarnej nad szczepieniami	L	3	1,2	63	25,3	55	22,1	67	26,9	48	19,3	13	5,2
	P	0	-	69	27,5	52	20,7	52	20,7	59	23,5	19	7,6

Kontrole innych instytucji nadzorujących szczepienia	L	2	0,8	93	37,4	59	23,7	54	21,7	18	7,2	23	9,2
	P	1	0,4	112	44,4	49	19,4	44	17,5	20	7,9	26	10,3
Stosowanie przez inspekcję sanitarną postępowania przymuszającego	L	1	0,4	70	28,1	75	30,1	48	19,3	28	11,2	27	10,8
	P	1	0,4	55	21,8	67	26,6	55	21,8	38	15,1	36	14,3
Akcje promocyjne szczepień prowadzonych w mediach	L	1	0,4	23	9,2	56	22,5	96	38,6	58	23,3	15	6,0
	P	0	-	24	9,5	60	23,8	81	32,1	65	25,8	22	8,7

*L – lekarze, *P- pielęgniarki,

1 tylko 9% świadczeniodawców deklaruje, że miało negatywne doświadczenia ze szczepieniami w swojej praktyce

Ocena poziomu zaszczepienia jest zasadniczo pozytywna - badani przyznają, że w mniejszym lub większym stopniu sytuacja w ostatnich latach uległa poprawie. Bardziej sceptycznie zostały ocenione zmiany dotyczące zaufania i akceptacji szczepień. Większość świadczeniodawców deklaruje, że ich zaufanie do szczepień w ostatnich latach nie uległo zmianie (tab. III).

Tabela III Ocena zmian poziomu zaszczepienia oraz zaufania do szczepień przez świadczeniodawców

Table III The assessment of vaccination coverage and a confidence in vaccines among health care providers

Rodzaj zmian dotyczących szczepień ochronnych	Grupa zawodowa	Ocena zmian											
		spadek		brak zmian		nieвелиka poprawa		umiarkowana poprawa		znacząca poprawa		brak opinii	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Poziom zaszczepienia własnych pacjentów	L*	3	1,2	38	15,3	24	9,7	85	34,3	76	30,6	22	8,9
	P*	4	1,6	46	18,2	23	9,1	73	29,0	80	31,8	26	10,3
Zaufanie i akceptacja szczepień wśród świadczeniodawców	L	1	0,4	165	66,3	19	7,6	27	10,8	31	12,4	6	2,4
	P	0	-	165	65,5	6	2,4	33	13,1	35	13,9	13	5,2

* L – lekarze, *P- pielęgniarki

Mimo dużego zróżnicowania badanej populacji (tab. I) zdecydowana większość odpowiedzi na pytania dotyczące czynników, które wpłynęły na poprawę realizacji szczepień nie wykazała istotnych statystycznie różnic w zależności od charakterystyki osób uczestniczących w badaniach. Nie wykazano również istotnych różnic między opinią lekarzy i pielęgniarek.

OMÓWIENIE WYNIKÓW I DYSKUSJA

W Polsce, tak jak w innych krajach, obserwuje się występowanie okresowych lub stałych, regionalnych dysproporcji w poziomie zaszczepienia dzieci i młodzieży (4,5). Wysokie wskaźniki zaszczepienia osiągane w ostatnich latach w Polsce (jedne z najwyższych w Europie), nie mogą przesłaniać potrzeby wyrównywania różnic w tym zakresie, występu-

jących między poszczególnymi jednostkami administracyjnymi kraju (6). Wysoki poziom uodpornienia populacji nie tylko na poziomie kraju, ale przede wszystkim na poziomie lokalnym stanowi zasadniczą strategię zwalczania chorób zakaźnych. Jest też koniecznym wymogiem przy realizacji programów eradykacji tych jednostek chorobowych, w odniesieniu do, których jest to możliwe (nie można pozostawiać żadnych enklaw nie posiadających odporności zbiorowiskowej, w której istniałyby warunki do transmisji drobnoustroju) (7). Dlatego nie można było pozostawić województwa małopolskiego jako terenu, gdzie niskie wskaźniki zaszczepienia stanowiłyby przeszkodę na drodze do osiągnięcia eradykacji poliomyelitis i odry lub sytuacja zagrażałaby wystąpieniem epidemii wyrównawczych innych chorób zakaźnych. Zadanie poprawy wykonawstwa szczepień zostało podjęte kilka lat temu przez instytucje organizujące, wykonujące i nadzorujące szczepienia ochronne na terenie Małopolski.

W roku 1999 zostały przeprowadzone w wybranych rejonach województwa badania mające na celu ustalenie przyczyn niskiego wykonawstwa i opóźnień w realizacji szczepień dzieci i młodzieży. Na ich podstawie ustalono, że główną przyczyną była niewłaściwa kwalifikacja dzieci do szczepień, tzn. traktowanie jako przeciwwskazań stanów klinicznych i innych okoliczności, które nie są rzeczywistymi przeciwwskazaniami do tej metody profilaktyki (2). Problem ten nie dotyczy tylko Małopolski. W wielu krajach pojawiają się podobne trudności z powodów nie tylko zbyt szeroko traktowanych przeciwwskazań klinicznych, ale również przyczyn pozamedycznych np. religijnych, filozoficznych, czy chęci korzystania z szeroko pojmowanej sfery wolności obywatelskich gwarantowanych przez prawo, zwłaszcza w krajach, gdzie szczepienia nie są obowiązkowe (8,9).

Niewłaściwa kwalifikacja do szczepień często wynika z braku rzetelnej wiedzy lekarzy w tym zakresie, dlatego jednym z zasadniczych działań, które miały za zadanie poprawę poziomu uodpornienia populacji na terenie województwa małopolskiego było wprowadzenie szkoleń dla świadczeniodawców na temat szczepień ochronnych. W szkoleniach uczestniczyła zdecydowana większość lekarzy kwalifikujących do szczepień. Było to możliwe dzięki wykorzystaniu działalności nadzoru w celu zobligowania świadczeniodawców do udziału w szkoleniach, a także przez organizowanie ich w terenie, blisko miejsca zamieszkania lub pracy osób zainteresowanych, co wyraźnie poprawiło dostępność szkoleń. Niewątpliwie podniesienie poziomu wiedzy pomogło poprawić kwalifikację do szczepień, która została przez respondentów oceniona jako bardzo ważny czynnik, warunkujący uzyskanie wyższych wskaźników zaszczepienia. Ponad połowa świadczeniodawców przyznała, że szkolenia w formie w jakiej zostały przeprowadzone, znacząco poprawiły wskaźniki zaszczepienia (wyższą ocenę uzyskały szkolenia pielęgniarek). Podnoszenie poziomu wiedzy w tym zakresie jest doceniane również w pracach innych autorów, dyskusja odnosi się jedynie do poszukiwania najlepszych form przekazu (10,11,12).

Przeprowadzone badania potwierdzają, że bardzo ważna jest nie tylko jakość ale również dostępność sposobu przekazywania informacji (13,14). Sympozja i konferencje naukowe z zakresu wakcynologii, organizowane tradycyjnie w stolicy lub dużych miastach wojewódzkich osiągnęły niejednoznaczną ocenę. Najwyżej doceniają ich rolę lekarze z Krakowa, ponieważ stolica województwa jest często miejscem tego typu spotkań. Ograniczona dostępność tej formy przekazu dla osób mieszkających w miejscowościach odległych od Krakowa powoduje, że korzystają z niej tylko nieliczni świadczeniodawcy, najbardziej aktywni w pogłębianiu swojego rozwoju zawodowego (nie tylko w zakresie wakcynologii).

Bez względu na formę przekazu, najważniejsze jest aby do wszystkich zainteresowanych docierała rzetelna wiedza na temat szczepień, ponieważ tylko w ten sposób można obalać argumentację ruchów antyszczepionkowych i przede wszystkim wpływać na zmianę postaw świadczeniodawców, tak aby szczepili własne dzieci i potrafili oddziaływać swoim autorytetem na zmianę postaw rodziców, nieprzekonanych jeszcze do tej formy profilaktyki.

Zniesienie w 1999 roku rejonizacji niewątpliwie daje większe możliwości współpracy lekarzy z rodzicami dzieci i wykorzystanie swojego autorytetu. Rodzice mają większe zaufanie do lekarzy, których sobie sami wybrali do sprawowania opieki nad ich dzieckiem (15). Jest to czynnik bardzo wysoko oceniony przez świadczeniodawców. Daje to olbrzymie możliwości oddziaływania na rodziców w celu kształtowania ich właściwych postaw w odniesieniu do szczepień. Niestety w praktyce możliwości wyboru lekarza w mniejszych miejscowościach są ograniczone. Mimo pewnych ograniczeń jest to jedyny czynnik wynikający ze zmian wprowadzonych przez reformę ochrony zdrowia, który został przez większość świadczeniodawców oceniony jako mający znaczący wpływ na poprawę wykonawstwa szczepień. Jest to potwierdzone przez innych autorów, że tylko oddziaływanie oparte na bazie ogromnego zaufania może wpływać na zmianę postaw, a przynajmniej na zdyscyplinowanie i większą mobilizację do współpracy rodziców z lekarzem (15).

Niestety zmiany związane z reformą ochrony zdrowia tylko w kontekście wzrostu zaufania rodziców do wybranego lekarza otrzymały pozytywną ocenę, pozostałe aspekty dotyczące zmian organizacyjnych opieki zdrowotnej, zniesienia rejonizacji oraz związanej z tym konkurencji na rynku usług medycznych zostały przez połowę świadczeniodawców ocenione jako czynniki neutralne lub wręcz negatywnie wpływające na realizację szczepień. Powyższą opinię potwierdza pogorszenie wskaźników zaszczepienia dzieci i młodzieży, jakie wystąpiło w pierwszym roku funkcjonowania zreformowanej służby zdrowia nie tylko w Małopolsce, ale również w innych regionach kraju. Każda zmiana, nawet ta docelowo pozytywna, początkowo często przynosi straty i nie dla wszystkich jest jednakowo korzystna. W tym przypadku grupą zawodową, która najlepiej oceniła zmiany związane z reformą, jako czynniki wpływające na poprawę realizacji szczepień są lekarze posiadający specjalizację z medycyny rodzinnej.

Nie można budować zaufania do szczepień bez możliwości stosowania bezpiecznych preparatów szczepionkowych (16, 17). Zmiany zachodzące w tym zakresie zostały bardzo pozytywnie ocenione przez świadczeniodawców. Stopniowe wprowadzenie mniej odczynowych preparatów stosowanych w ramach obowiązkowego kalendarza szczepień oraz pojawienie się wielu wysokiej jakości szczepionek do szczepień zalecanych, jest oceniane jako czynnik bardzo istotnie wpływający na poprawę wskaźników zaszczepienia. W tym przypadku działania lokalne otrzymały bardzo dobre wsparcie na poziomie kraju, co dało łącznie bardzo dobry efekt poprawy uodpornienia na terenie województwa małopolskiego. Doprowadziło to w odczuciu świadczeniodawców, do zmniejszenia lub wręcz braku poważnych niepożądanych odczynów poszczepiennych. Zostało to wysoko ocenione ponieważ pozwala na budowanie zaufania do szczepień i wpływanie na zmianę postaw tak lekarzy jak i rodziców. Wprawdzie w ostatnich latach na terenie województwa małopolskiego nastąpił wzrost ogólnej liczby rejestrowanych niepożądanych odczynów poszczepiennych, ale prawdopodobnie wynika to z większej znajomości tej problematyki wśród świadczeniodawców oraz lepszej jakości nadzoru, a nie z faktycznego narastania tego zjawiska (6).

Bezpieczeństwo szczepień to nie tylko jakość preparatów, ale również warunki w jakich dzieci są poddawane szczepieniom, oraz kwalifikacje świadczeniodawców (18). Bardzo dobre warunki do szczepień dzieci z różnymi problemami zdrowotnymi, które nie stanowią przeciwwskazań do szczepień, zostały zapewnione w powołanych przed kilku laty poradniach konsultacyjnych do spraw szczepień. Możliwość szczepień w tych poradniach została pozytywnie oceniona przez większość świadczeniodawców, jednak dla dużej grupy ten fakt nie miał żadnego znaczenia dla poziomu uodpornienia populacji dziecięcej. To zróżnicowanie opinii wynika prawdopodobnie z ograniczonej dostępności tych usług medycznych, ponieważ na terenie województwa funkcjonują tylko dwie poradnie konsultacyjne. Dla wielu rodziców odległość do nich jest zbyt duża, aby kilkakrotnie przyjeżdżać z dzieckiem do szczepienia.

Prawidłowa realizacja szczepień wymaga właściwej jakości nadzoru nad szczepieniami na poziomie krajowym i lokalnym. W Polsce jest kilka instytucji, które mają uprawnienia kontrolne w tym zakresie, nadzorując jakość świadczeń zdrowotnych, jednak na terenie województwa małopolskiego mają one w odczuciu świadczeniodawców zdecydowanie mniejszy wpływ na poprawę wskaźników zaszczepienia w porównaniu z inspekcją sanitarną, która jest powołana do nadzoru nad szczepieniami. Wpływ wzmożonego nadzoru inspekcji sanitarnej jest przez większość świadczeniodawców oceniony pozytywnie, jednak dla dużej grupy osób nie ma on żadnego znaczenia dla realizacji szczepień.

Prowadzenie przez inspekcję sanitarną postępowania przymuszającego wobec osób uchylających się od obowiązku szczepień zostało ocenione bardzo niejednoznacznie. Jednym świadczeniodawcom taki sposób postępowania pomógł poprawić wskaźniki zaszczepienia, inni prawdopodobnie w ogóle nie potrzebowali uciekać się do takich metod, a jeszcze w innych przypadkach było to postępowanie nieskuteczne. Potwierdza to stanowisko prezentowane przez wielu innych autorów, że tego typu działania mogą mieć jedynie charakter wspomagający, często nieskuteczny, natomiast jedyną właściwą metodą jest podnoszenie poziomu wiedzy i oparta na niej zmiana postaw w odniesieniu do szczepień oraz traktowanie tego problemu nie tylko w kontekście indywidualnym ale również społecznym (18).

Większość świadczeniodawców deklaruje, że na terenie na którym pracują, w ciągu ostatnich kilku lat nastąpiła poprawa wykonawstwa szczepień. Świadomość tych zmian jest pozytywnym zjawiskiem i powinna się przekładać na motywację do kontynuacji działań jeżeli nie poprawiających wskaźników zaszczepienia, to przynajmniej utrzymujących osiągnięty już poziom. Jak świadczy bowiem przykład innych krajów, utrzymanie osiągniętych wysokich wskaźników zaszczepienia jest trudnym zadaniem (11).

Mimo wielu pozytywnych zmian i świadomości świadczeniodawców o ich korzystnym wpływie oraz mimo braku negatywnych doświadczeń ze szczepieniami, zbyt duża liczba osób deklaruje, że ich zaufanie do szczepień obowiązkowych w ostatnich latach nie uległo zmianie lub, że nie potrafią oni tego ocenić. Potwierdza to regułę, że budowanie zaufania do szczepień wymaga długoterminowych i spójnych działań. Niestety wszelkie nieodpowiedzialne akcje antyszczepionkowe mogą bardzo łatwo podważyć zaufanie do szczepień, jeżeli nie będzie ono właściwie ugruntowane (18). Sytuacja epidemiologiczna szczepień na danym terenie nie może być traktowana jako zjawisko trwałe, ponieważ oprócz pozytywnych czynników wpływających na realizację szczepień równoległe występują czynniki negatywne. Dlatego utrwalanie wysokich wskaźników zaszczepienia wymaga systematycznego kontynuowania działań, które wykazują korzystny wpływ na poziom uodpornienia populacji.

WNIOSKI

W celu utrwalania pozytywnych trendów w realizacji obowiązkowych szczepień ochronnych uzyskanych w ostatnich latach na terenie województwa małopolskiego należy:

- kontynuować kształcenie poddyplomowe lekarzy i pielęgniarek w tym zakresie,
- podejmować działania edukacyjne i promocyjne w celu kształtowania i utrwalania właściwych postaw w odniesieniu do szczepień wśród świadczeniodawców oraz rodziców dzieci,
- realizować programy szczepień ochronnych w oparciu o coraz bezpieczniejsze preparaty szczepionkowe, tak aby akceptacja szczepień ulegała systematycznej poprawie.

D Mrożek-Budzyn, A Kiełtyka

FACTORS INFLUENCING VACCINATION COVERAGE IMPROVEMENT IN
MALOPOLSKIE VOIVODESHIP ACCORDING TO OPINION OF HEALTH CARE
PROVIDERS

SUMMARY

The alarming low immunization rates in Malopolskie voivodeship in the last years of XX century required introducing a program aiming at improvement of vaccination performance in this area. The high efficacy of these, both educational and organizing, efforts were documented by increase of vaccination coverage by approximately twenty percent within six years. The study based on structured questionnaires was conducted among health care providers to identify the essential factors that had influence on improvement of vaccination coverage. The higher level of knowledge and the changing of physicians and parents attitudes to vaccinations have been revealed as a main factors contributing a better immunization rates. The conclusions of this study could be used by public health institutions to continue the efforts of achievement a high and stable level of vaccination coverage in Malopolskie voivodeship.

PIŚMIENNICTWO

1. Mrożek-Budzyn D. Przyczyny niskiego wykonawstwa i opóźnień w realizacji obowiązkowych szczepień dzieci. *Przegl Ped* 2000; 30: 283-7.
2. Mrożek-Budzyn D. Wykonawstwo szczepień przeciw odrze i poliomyelitis na terenie województwa małopolskiego w odniesieniu do założeń programów eliminacji i eradykacji tych chorób. *Przegl Epidemiol.* 2001, 55, 355-363.
3. Mrożek-Budzyn D. Realizacja szczepień ochronnych dzieci i młodzieży na terenie województwa małopolskiego w latach 1999-2004. *Przegl Epidemiol* 2005, 59, 823-832.
4. Barker L, Santoli J, McCauley. National, state and urban area vaccination coverage among children aged 19-35 months – United States, 2003. *MMWR* 2004; 53: 658-62
5. Lyons B, Stenwyck C, McCauley M. Vaccination coverage among children entering school – United States, 2003-04 school year. *JAMA* 2004; 292: 2830-2.
6. Biuletyny PZH. Szczepienia ochronne w Polsce w latach 1999-2005. www.pzh.gov.pl
7. Zieliński A. Odporność zbiorowiskowa. W: *Wakcynologia*. Red. Magdzik W, Naruszewicz-Lesiuk D, Zieliński A. Wyd. I. Bielsko-Biała: α -medica press; 2005: 46-53.
8. Chu S, Barker L, Smith P. Racial/ethnic disparities in preschool immunizations: United States, 1996-2001. *Am J Publ Health* 2004; 94: 978-85.

9. Rota J, Salmon D, Rodewald L, i in. Process for obtaining nonmedical exemptions to state immunization laws. *Am J Public Health* 2001; 91: 645-8.
10. Salmon D, Sapsin J, Teret S, i in. Public health and the politics of school immunization requirements. *Am J Publ Health* 2005; 95: 778-84.
11. Santoli J, Huel N, Smith P, i in. Insurance status and vaccination coverage among US preschool children. *Pediatrics* 2004; 113: 1959-65.
12. Salmon D, Moulton L, Omer S, i in. Knowledge, attitudes, and beliefs of school nurses and personnel and associations with nonmedical immunization exemptions. *Pediatrics* 2004; 113: 552-9.
13. Salmon D, Omer S, Moulton L, i in. Exemptions to school immunization requirements: the role of school-level requirements, policies, and procedures. *Am J Public Health* 2005; 95: 436-40.
14. Davis T, Fredrickson D, Bocchini C, i in. Improving vaccine risk/benefit communication with an immunization education package. *Ambul Pediatr* 2002; 2: 193-200.
15. Davis T, Fredrickson D, Arnold C, i in. Childhood vaccine risk/benefit in private practice office settings: a national survey. *Pediatrics* 2001; 107: 10-17.
16. Posfay-Barbe K, Heininger U, Aebi C, i in. How do physicians immunize their own children? Differences among pediatricians and nonpediatricians. *Pediatrics* 2005; 116: 623-33 Lyons B, Stenwyck C, McCauley M. Vaccination coverage among children entering school – United States, 2003-04 school year. *JAMA* 2004; 292: 2830-2.
17. Maldonado Y. Current controversies in vaccination: vaccine safety. *JAMA* 2002; 288: 3155-8.
18. Gust D, Strine T, Maurice E, i in. Underimmunization among children Averhof F, Linton L, Peddecort M, i in. A middle school immunization low rapidly and substantially increases immunization coverage among adolescents. *Am J Publ Health* 2004; 94: 978-85.

Otrzymano: 21.08.2006 r.

Adres autorki:

Dorota Mrożek-Budzyn

Zakład Epidemiologii, Katedra Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej,

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Ul. Kopernika 7, 31-034 Kraków

Tel: (12) 423-10-03

e-mail: d.budzyn@wsse.krakow.pl