



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ –
ΣΧΟΛΙΚΗ ΥΓΕΙΑ
ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ: 2021-2023

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Το φαινόμενο της διστακτικότητας απέναντι στα εμβόλια (vaccine hesitancy) την περίοδο πριν την πανδημία COVID-19. Ιστορική αναδρομή, επιδημιολογικά δεδομένα και στρατηγικές αντιμετώπισης.

Ακριβή Ανδρούτσου

AM: mdy21050

Επιβλέπων: Δημήτριος Παπαμιχαήλ, PhD, Ε.ΔΙ.Π.

Αθήνα, Σεπτέμβριος 2024



**UNIVERSITY OF WEST ATTICA
SCHOOL OF PUBLIC HEALTH
DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH POLICY**

**POSTGRADUATE PROGRAM IN PUBLIC HEALTH (MSc)
SPECIALIZATION: HEALTH PROMOTION OF CHILDREN AND
ADOLESCENTS – SCHOOL HEALTH
ACADEMIC YEAR: 2021-2023**

Master Thesis

**The phenomenon of vaccine hesitancy prior to the COVID-19
pandemic. Historical review, epidemiological data and coping
strategies.**

Akrivi Androutsou

AM: mdy21050

Supervisor: Dimitrios Papamichail, PhD, Lecturer

Athens, September 2024



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ –
ΣΧΟΛΙΚΗ ΥΓΕΙΑ
ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ: 2021-2023

Το φαινόμενο της διστακτικότητας απέναντι στα εμβόλια (vaccine hesitancy) την περίοδο πριν την πανδημία COVID-19. Ιστορική αναδρομή, επιδημιολογικά δεδομένα και στρατηγικές αντιμετώπισης.

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Επιβλέποντα

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

A/a	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΑΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	Δημήτρης Παπαμιχαήλ	ΕΔΙΠ, PhD	
2	Ελένη Κορνάρου	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια	
3	Τάκης Παναγιωτόπουλος	Ομότιμος Καθηγητής	

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ
ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Η κάτωθι υπογεγραμμένη *Ακριβή Ανδρούτσου* του *Αριστείδη*, με αριθμό μητρώου mdy21050 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Δημόσια Υγεία του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Copyright © , <ΑΚΡΙΒΗ ΑΝΔΡΟΥΤΣΟΥ>, <2024>

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Δημόσια Υγεία του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα Διπλωματική Εργασία είναι αποτέλεσμα προσωπικής μου εργασίας και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά όπου απαιτείται και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο σχετικό τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή:.....

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η διστακτικότητα στον εμβολιασμό είναι ένα φαινόμενο που προϋπήρχε της πανδημίας COVID-19 και ορίζεται ως η καθυστέρηση στην αποδοχή ή την άρνηση των εμβολίων ακόμη και όταν είναι διαθέσιμα. Το φαινόμενο έχει συνδεθεί με σημαντικά κρούσματα ασθενειών που μπορούν να προληφθούν, με αποτέλεσμα την αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας. Στην παρούσα εργασία αναδεικνύονται οι παράγοντες που συμβάλλουν στη διστακτικότητα των εμβολίων και οι συνέπειες της διστακτικότητας που συχνά οδηγούν σε εστίες ασθενειών, μειωμένη ποιότητα ζωής για τους ασθενείς, μείωση της συλλογικής ανοσίας και αύξηση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης. Αναδεικνύεται το πρόβλημα της διστακτικότητας ως σημαντική παγκόσμια πρόκληση ενώ καταγράφονται προτάσεις για στοχευμένες στρατηγικές αντιμετώπισής του.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας είναι η μελέτη της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με το φαινόμενο της διστακτικότητας απέναντι στα εμβόλια την περίοδο πριν την πανδημία COVID-19 με έμφαση στην ιστορική αναδρομή, την αποτύπωση των επιδημιολογικών δεδομένων και των στρατηγικών αντιμετώπισης.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με την διστακτικότητα στα εμβόλια. Αναζητήθηκαν άρθρα στο MEDLINE/PubMed καθώς και πληροφορίες σε ιστοσελίδες του ΠΟΥ, του CDC και του Υπουργείου Υγείας τα οποία είχαν δημοσιευθεί έως 31/12/2019 και δεν αφορούσαν την περίοδο της πανδημίας COVID-19.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εξετάστηκε η διστακτικότητα στα εμβόλια, με την ανάλυση ενός αριθμού παραγόντων που συμβάλλουν στο φαινόμενο για διάφορους πληθυσμούς, συμπεριλαμβανομένων των επαγγελματιών υγείας, των γονέων και των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων. Η παρούσα έρευνα στηρίχθηκε σε μια σειρά μελετών, κυρίως από την Ευρώπη όπου ο σκεπτικισμός λαμβάνει ιδιαίτερα υψηλές τιμές. Καταγράφηκαν οι υπάρχουσες στρατηγικές για την αντιμετώπιση των ανησυχιών του κοινού καθώς και συγκεκριμένες επικοινωνιακές προσεγγίσεις προσαρμοσμένες στις ανάγκες και πεποιθήσεις διαφορετικών ομάδων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ: Επιβεβαιώθηκε η διαχρονικότητα και η σημαντικότητα του φαινομένου. Για την αντιμετώπισή της απαιτούνται στοχευμένες στρατηγικές. Παρουσιάζονται προτάσεις για την αντιμετώπιση της διστακτικότητας όπως η

ενίσχυση των επικοινωνιακών στρατηγικών για τη δημόσια υγεία, η προώθηση της εμπιστοσύνης στους θεσμούς, η εφαρμογή στοχευμένων προσπαθειών κατά της παραπληροφόρησης, η βελτίωση της προσβασιμότητας στα εμβόλια, η προσφορά κινήτρων και η εκπαίδευση σχετικά με τις παρενέργειες και τους κινδύνους εμβολίων.

ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ: εμβολιασμός, διστακτικότητα, καθυστέρηση ή άρνηση εμβολιασμών, στρατηγικές

ABSTRACT

INTRODUCTION: Vaccination hesitancy is a phenomenon that predates the COVID-19 pandemic and is defined as the delay of vaccines acceptance or refusal even when they are available. The phenomenon has been correlated to significant outbreaks of preventable diseases, resulting in increased morbidity and mortality. This paper highlights the factors that contribute to vaccine hesitancy and the consequences of hesitancy that often lead to disease outbreaks, reduced quality of life for patients, reduced herd immunity and increased healthcare costs. The problem of hesitancy is highlighted as an important global challenge while proposals for targeted strategies to deal with it are recorded.

AIM: The aim of the current Master's Thesis is to study the Greek and international literature on the phenomenon of hesitancy towards vaccines in the period before the COVID-19 pandemic with an emphasis on historical retrospection, the recording of epidemiological data and coping strategies.

METHODOLOGY: A literature review was conducted on vaccine hesitancy. We searched MEDLINE/PubMed articles as well as information on WHO, CDC and Ministry of Health websites that were published up to Dec 31, 2019 not related to the period of the COVID-19 pandemic.

RESULTS: Vaccine hesitancy was examined, analyzing a number of factors that contribute to the phenomenon for various populations that include health professionals, parents and vulnerable social groups. The present research was based on a series of studies, mainly in Europe where skepticism has particularly high values. Existing strategies for addressing public concerns as well as specific communication approaches customized to the needs and the beliefs of different groups were recorded.

CONCLUSIONS - SUGGESTIONS: The timelessness and the importance of the phenomenon were confirmed. Targeted strategies are required. Suggestions are given in order to address the reluctance to vaccine hesitancy. These include the strengthening of public health communication, the promotion of the trust between the people and the health authorities, the implementation of targeted efforts against misinformation, the improvement of vaccine accessibility, the offer of incentives, and the education about vaccine side effects and risks.

KEYWORDS: vaccination, vaccine hesitancy, vaccine delay, vaccine refusal, strategies

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	VII
ABSTRACT	IX
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	XII
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	XIII
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	2
A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – Εμβόλια	4
1.1 Ο Ορισμός των Εμβολίων.....	4
1.2 Ιστορική αναδρομή.....	5
1.3 Είδη εμβολίων και Εθνικά Προγράμματα.....	9
1.4 Συλλογική Ανοσία.....	13
1.5 Η Σημασία των Εμβολιασμών.....	14
1.6 Ανεπιθύμητες Ενέργειες Εμβολίων.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – Διστακτικότητα στα εμβόλια	18
2.1 Ορισμός της διστακτικότητας απέναντι στα εμβόλια.....	18
2.2 Η διστακτικότητα από τον 19ο αιώνα στη σύγχρονη εποχή.....	19
2.3 Αιτίες διστακτικότητας.....	27
2.4 Αιτίες καθυστέρησης και άρνησης των εμβολίων.....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 – Παράγοντες που προσδιορίζουν τη διστακτικότητα και στρατηγικές αντιμετώπισης	34
3.1 Προσδιοριστικοί παράγοντες του φαινομένου της διστακτικότητας στα εμβόλια.....	34
3.2. Στρατηγικές αντιμετώπισης του φαινομένου της διστακτικότητας στα εμβόλια σε διεθνές, ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο.....	38
3.2.1 Σε Διεθνές Επίπεδο.....	39
3.2.2 Σε Ευρωπαϊκό Επίπεδο.....	40
3.2.3 Το μοντέλο διστακτικότητας εμβολίου 4C.....	42
3.2.4 Σε Εθνικό Επίπεδο.....	43
B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ	45
4.1. Σκοπός.....	45
4.2. Στόχοι.....	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	47
6.1 Επιδημιολογικά ποσοτικά δεδομένα.....	48

6.1.1 Σε Διεθνές Επίπεδο	48
6.1.2 Σε Ευρωπαϊκό Επίπεδο	52
6.1.3 Σε Εθνικό Επίπεδο	57
6.2 Πεποιθήσεις και συμπεριφορές γονέων για τον εμβολιασμό των παιδιών τους.....	59
6.3 Πεποιθήσεις και συμπεριφορές ευάλωτων κοινωνικών ομάδων.....	65
6.4 Πεποιθήσεις και συμπεριφορές ατόμων που ανήκουν στον τομέα της υγείας.....	67
6.5 Στρατηγικές για την αντιμετώπιση της διστακτικότητας στα εμβόλια.....	72
6.5.1 Εκπαιδευτικές πρωτοβουλίες.....	72
6.5.2 Κοινωνικοί κανόνες και κοινωνικά δίκτυα.....	73
6.5.3 Άλλες παρεμβάσεις στην κοινότητα.....	73
6.5.4 Εκστρατείες ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του κοινού.....	74
6.5.5 Αλληλεπίδραση με τους επαγγελματίες υγείας.....	75
6.5.6 Αποτελεσματικές τεχνικές επικοινωνίας	76
6.5.7 Μαζικές εκστρατείες εμβολιασμού.....	77
6.5.8 Πολιτική και νομοθετική προσέγγιση.....	78
6.5.9 Προσεγγίσεις που βασίζονται σε κίνητρα.....	79
6.5.10 Στρατηγικές που βασίζονται στην υπενθύμιση.....	79
6.5.11 Διεθνής συνεργασία και υποστήριξη	80
6.5.12 Μακροπρόθεσμη προσέγγιση και συνεχής αξιολόγηση	80
6.5.13 Αξιολόγηση Στρατηγικών.....	80
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΖΗΤΗΣΗ	82
7.1 Η νόσος COVID-19	86
7.2 Η διστακτικότητα κατά την πρώτη φάση του εμβολιασμού για την COVID-19.....	88
7.2.1 Σε Διεθνές Επίπεδο	88
7.2.3 Σε Ευρωπαϊκό Επίπεδο	91
7.2.3 Σε Εθνικό Επίπεδο	94
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	97
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	101

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

		Σελίδα
Πίνακας 1.1	Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων	13
Πίνακας 2.1	Χρονοδιάγραμμα του σκεπτικισμού για τα εμβόλια	25
Πίνακας 2.2	Χρονοδιάγραμμα των βασικών γεγονότων που προωθούν τη διστακτικότητα των εμβολίων με ορόσημο την επέκταση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης και της ψηφιακής τεχνολογίας	26
Πίνακας 3.1	Μοντέλο για την κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη διστακτικότητα στα εμβόλια με βάση την επιδημιολογική τριάδα	34
Πίνακας 6.1	Πίνακας των άρθρων που ανασκοπήθηκαν	47
Πίνακας 6.2	Ποσοστά σκεπτικισμού για τα εμβόλια παγκοσμίως (2016)	49
Πίνακας 6.3	Ποσοστά διστακτικότητας ανά περιφέρεια ΠΟΥ	50
Πίνακας 6.4	Ποσοστά διστακτικότητας ανάλογα με το επίπεδο εισοδήματος της χώρας	50
Πίνακας 6.5	Ποσοστά διστακτικότητας ανά χώρα	51
Πίνακας 6.6	Βασικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην μελέτη	55
Πίνακας 6.7	Ανησυχίες σχετικά με τον εμβολιασμό και τις ασθένειες που μπορούν να προληφθούν	56
Πίνακας 6.8	Εμπιστοσύνη και δυσπιστία γύρω από τον εμβολιασμό	56
Πίνακας 6.9	Εμπιστοσύνη στην αντιμετώπιση της διστακτικότητας των ασθενών	56
Πίνακας 6.10	Ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης μαθητών στη Δυτική Ελλάδα (2016-2019)	59
Πίνακας 7.1	Ποσοστά διστακτικότητας εμβολιασμού σε διάφορες χώρες του κόσμου κατά της COVID-19	89
Πίνακας 7.2	Ποσοστά επιφυλακτικότητας στον εμβολιασμό κατά της COVID-19 σε οκτώ ευρωπαϊκές χώρες	91
Πίνακας 7.3	Ποσοστά διστακτικότητας στην Ελλάδα στον εμβολιασμό κατά της COVID-19	94

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΕΟΔΥ	Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
ΚΕΕΛΠΝΟ	Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΑΑΑΑΙ	Αμερικανική Ακαδημία Αλλεργίας, Άσθματος και Ανοσολογίας
ΑCΑΑΙ	Αμερικανικό Κολλέγιο Αλλεργίας, Άσθματος και Ανοσολογίας
BCG	Εμβόλιο φυματίωσης (Bacille Calmette-Guérin)
CDC	Centers for Disease Control and Prevention / Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων των ΗΠΑ
COVID-19	COronaVIrus Disease of 2019
DTaP	Εμβόλιο διφθερίτιδας, τετάνου
DTP ή DTP	Εμβόλιο διφθερίτιδας, τετάνου και κοκκύτη
EAACI	Ευρωπαϊκή Ακαδημία Αλλεργίας και Κλινικής Ανοσολογίας
GBS	Σύνδρομο Guillain–Barré
HepA	Εμβόλιο ηπατίτιδας Α
HepB	Εμβόλιο ηπατίτιδας Β
Hib	Εμβόλιο αιμόφιλου ινφλουέντζας τύπου b
HPV	Ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων
IgE	Ανοσοσφαιρίνη Ε
IPV	Εμβόλιο πολιομυελίτιδας
JCVI	Κοινή Επιτροπή Εμβολιασμών και Ανοσοποίησης
MCC	Εμβόλιο μηνιγγιτιδόκοκκου, συζευγμένο μονοδύναμο ορομάδας C
MenACWY	Εμβόλιο μηνιγγιτιδόκοκκου, τετραδύναμο ορομάδων A,C,W135,Y
MMR	Εμβόλιο ιλαράς-ερυθράς-παρωτίτιδας
PACV	Parent Attitudes About Childhood Vaccines
PAHO	Pan American Health Organization
PCV	Εμβόλιο πνευμονιόκοκκου
PPSV23	Εμβόλιο πνευμονιόκοκκου
RTS/S	Εμβόλιο ελονοσίας

RV	Εμβόλιο ρότα ιού
SAGE	Στρατηγική Συμβουλευτική Ομάδα Εμπειρογνομόνων του ΠΟΥ
TRA	Theory of Reasoned Action – Θεωρία της αιτιολογημένης δράσης
TPB	Theory of Planned Behavior - Θεωρία της προγραμματισμένης συμπεριφοράς
VAR	Εμβόλιο ανεμευλογιάς
VPD	Vaccine-preventable diseases - ασθένειες που προλαμβάνονται με εμβολιασμό
WAO	Παγκόσμιος Οργανισμός Αλλεργίας
WHO	World Health Organization

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η επιλογή του θέματος της παρούσας διπλωματικής εργασίας, σχετικά με το φαινόμενο της διστακτικότητας απέναντι στα εμβόλια, έγινε με γνώμονα την σημαντικότητα του ζητήματος για τη δημόσια υγεία καθώς και το γεγονός της άμεσης επίδρασής του στις παγκόσμιες προσπάθειες για την καταπολέμηση των μολυσματικών ασθενειών.

Η κατανόηση των κοινωνικών, πολιτιστικών και ψυχολογικών παραγόντων πίσω από τη διστακτικότητα στα εμβόλια, είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση της εξάπλωσης ασθενειών οι οποίες μπορούν να προληφθούν.

Η ανάλυση είχε ως στόχο την κατά το δυνατό συνεισφορά στον αυξανόμενο κύκλο γνώσεων που ενισχύει τους υπεύθυνους χάραξης των πολιτικών και τους επαγγελματίες υγείας στην κατανόηση των αιτιών της διστακτικότητας, της καθυστέρησης ή της άρνησης των εμβολιασμών καθώς και στην αναγνώριση των πεποιθήσεων που υπάρχουν ανάμεσα στους γονείς, τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες και τους επαγγελματίες υγείας, με στόχο την εφαρμογή στρατηγικών επικοινωνίας που θα μπορούσαν να είναι πιο αποτελεσματικές από τις προϋπάρχουσες.

Καθώς η παρούσα ανάλυση εξέτασε αποκλειστικά τη διστακτικότητα στην προ COVID-19 εποχή, δεν μπορεί παρά να τονισθεί ότι η πανδημία ενίσχυσε ακόμα περαιτέρω την επείγουσα ανάγκη για έρευνα σχετικά με τις αντιλήψεις για τα εμβόλια και την εμπιστοσύνη του κοινού στην επιστήμη.

Με την ευκαιρία θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα της διπλωματικής μου Δρ. Δημήτρη Παπαμιχαήλ για την εμπιστοσύνη, την ενθάρρυνση, και την ουσιαστική βοήθεια που μου προσέφερε σε όλη την πορεία υλοποίησης της εργασίας.

Τέλος, ευχαριστώ το μόνιμο στήριγμα και βοηθό μου, τον πατέρα μου, τον σύζυγό μου και όλη μου την οικογένεια για την υποστήριξή τους.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η διστακτικότητα στον εμβολιασμό είναι ένα φαινόμενο σύνθετο και πολύπλευρο αλλά όχι πρόσφατο καθώς είναι παρόν εδώ και δεκαετίες, πολύ πριν από την εμφάνιση της πανδημίας του COVID-19. Σε μια πρόσφατη έκθεση για την ανοσοποίηση, που παρουσιάστηκε από τη Στρατηγική Συμβουλευτική Ομάδα Εμπειρογνομόνων (SAGE) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), ως διστακτικότητα στα εμβόλια ορίζεται η καθυστέρηση στην αποδοχή ή η άρνηση της χρήσης των εμβολίων παρά την διαθεσιμότητα των υπηρεσιών εμβολιασμού (Salmon *et al.*, 2015). Το φαινόμενο της διστακτικότητας έχει παρατηρηθεί σε πολλές χώρες και έχει οδηγήσει στην εμφάνιση κρουσμάτων ασθενειών που θα μπορούσαν να έχουν προληφθεί με τον εμβολιασμό, προκαλώντας στους πληθυσμούς αυτούς αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα (Larson *et al.*, 2014).

Μια πιθανή αποτυχία αντιμετώπισης της διστακτικότητας απέναντι στον εμβολιασμό έχει ευρύτερες επιπτώσεις στη δημόσια υγεία. Απαιτείται ισχυρή πολιτική βούληση για την καταπολέμηση του ζητήματος, με προτάσεις για μεγαλύτερη συνεργασία με τις οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών και ενίσχυση των προσπαθειών επικοινωνίας με το κοινό. Ο SAGE υποδεικνύει ότι χωρίς αυτές τις προσπάθειες, ο κίνδυνος δεν είναι μόνο η απώλεια των στόχων ανοσοποίησης, αλλά και η υπονόμευση των ευρύτερων στόχων του Παγκόσμιου Σχεδίου Δράσης για τα Εμβόλια (*Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization, October 2014: conclusions and recommendations*, 2014)

Η διστακτικότητα στα εμβόλια επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, μεταξύ των οποίων συμπεριλαμβάνονται οι ατομικές πεποιθήσεις, οι κοινωνικοί κανόνες, η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και οι ανησυχίες για την ασφάλεια των εμβολίων. Μία από τις κύριες αιτίες της διστακτικότητας είναι η έλλειψη εμπιστοσύνης στη φαρμακοβιομηχανία και στα εμβόλια που παρασκευάζει. Στην έλλειψη εμπιστοσύνης συντελούν τόσο η παραπληροφόρηση όσο και οι θεωρίες συνωμοσίας που συχνά διαδίδονται από τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης ή/και άλλες διαδικτυακές πλατφόρμες (Lafnitzegger and Gavidia-Agudelo, 2022). Ως αιτία δισταγμού αναφέρεται επίσης η σχετικά διαδεδομένη πεποίθηση ότι τα εμβόλια δεν είναι απαραίτητα, ιδιαίτερα όταν αφορούν σε ασθένειες που θεωρούνται χαμηλού κινδύνου ή έχουν σχεδόν εξαλειφθεί (Lafnitzegger and Gavidia-Agudelo, 2022). Παράλληλα, κάποιιοι προτιμούν την φυσική ανοσία έναντι του εμβολιασμού καθώς εκτιμούν ότι οι εμβολιασμοί είναι λιγότερο αποτελεσματικοί και διαταράσσουν το ανοσοποιητικό σύστημα αντί να το ενισχύουν (Dubé *et al.*, 2013).

Η διστακτικότητα στον εμβολιασμό έχει δείχθει ότι προκαλεί σημαντικές συνέπειες. Μεταξύ αυτών αναφέρονται οι επιδημίες ασθενειών που θα μπορούσαν να έχουν προληφθεί με τα εμβόλια και η μειωμένη ποιότητα ζωής για τους ασθενείς (Betsch *et al.*, 2018). Επιπλέον, η διστακτικότητα μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της συλλογικής ανοσίας, η οποία με τη σειρά της διευκολύνει την εξάπλωση της νόσου στους ευάλωτους πληθυσμούς όπως είναι τα βρέφη, οι ηλικιωμένοι και τα ανοσοκατεσταλμένα άτομα. Τέλος, η διστακτικότητα στον εμβολιασμό μπορεί να οδηγήσει και σε αυξημένο κόστος υγειονομικής περίθαλψης, καθώς η θεραπεία των ασθενειών που μπορούν να προληφθούν από τα εμβόλια είναι συχνά πολύ πιο δαπανηρές από τον ίδιο τον εμβολιασμό (Larson *et al.*, 2014).

Αρκετές μελέτες έχουν περιγράψει μέχρι σήμερα την πολυπλοκότητα της λήψης αποφάσεων από τους γονείς σχετικά με τους εμβολιασμούς. Ο φόβος και η δυσπιστία υπάρχουν από τότε που πρωτοξεκίνησαν οι εμβολιασμοί και μοιάζει να αυξάνονται μεταξύ των γονέων ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια (Lafnitzegger and Gavidia-Agudelo, 2022).

Ως προς τα τεκταινόμενα στον ελληνικό χώρο η εμβολιαστική κάλυψη πριν τουλάχιστον την εμφάνιση της COVID-19 παρουσιαζόταν ως υψηλή σύμφωνα και με την Εθνική μελέτη κατάστασης εμβολιασμού των παιδιών στην Ελλάδα του 2012. Στην μελέτη αυτή διαπιστώθηκε βελτίωση της κάλυψης σε σύγκριση με τη αντίστοιχη μελέτη του 2006, παρά τα προβλήματα που υπήρχαν στον εμβολιασμό συγκεκριμένων ομάδων του πληθυσμού. Επίσης, χαρακτηριστικό αποτελεί το γεγονός ότι αρκετοί γονείς δήλωσαν πως μετά την πανδημική γρίπη του 2009 έγιναν πιο διστακτικοί απέναντι στα εμβόλια (Παναγιωτόπουλος, *et al.*, 2013).

Η τρέχουσα κατάσταση εμβολιασμού των παιδιών διεθνώς και η αντίστοιχη διστακτικότητα φαίνεται ότι έχουν επηρεασθεί από την πανδημία COVID-19 (*Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης*, 2022). Για το λόγο αυτό η αποτύπωση της συνολικής εικόνας του φαινομένου την περίοδο προ της πανδημίας είναι απαραίτητη για τη σύγκριση με το σήμερα. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης αναμένονται να δώσουν την απαραίτητη τεκμηρίωση καθώς και πιθανές προτάσεις ως προς τις μελλοντικές στρατηγικές αντιμετώπισης.

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – Εμβόλια

1.1 Ο Ορισμός των Εμβολίων

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2021) ο εμβολιασμός *«Είναι ένας απλός, ασφαλής και αποτελεσματικός τρόπος προστασίας από επιβλαβείς ασθένειες, πριν την επαφή με αυτές. Χρησιμοποιεί τις φυσικές άμυνες του οργανισμού για τη δημιουργία αντίστασης σε συγκεκριμένες λοιμώξεις και κάνει το ανοσοποιητικό σύστημα ισχυρότερο»*.

Τα εμβόλια χορηγούνται κυρίως ενέσιμα ή από το στόμα. Αυτά εκπαιδεύουν το ανοσοποιητικό σύστημα στο να δημιουργεί αντισώματα, όπως ακριβώς συμβαίνει όταν ο οργανισμός εκτίθεται σε μια νόσο. Ωστόσο, επειδή τα εμβόλια περιέχουν κυρίως αδρανοποιημένους μικροοργανισμούς ή ζώντες εξασθενημένους μικροοργανισμούς ή τμήματα αυτών, δεν προκαλούν ασθένειες ούτε θέτουν τον άνθρωπο σε κίνδυνο λόγω των επιπλοκών τους.

Ως προς τον τρόπο που λειτουργεί ένα εμβόλιο για να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης μιας ασθένειας αυτό γίνεται μέσω της συνεργασίας με τις φυσικές άμυνες του οργανισμού για την οικοδόμηση προστασίας και απόκτησης ανοσίας. Όταν κάποιος λαμβάνει ένα εμβόλιο, το ανοσοποιητικό του σύστημα ανταποκρίνεται με την ακόλουθη διαδικασία: Αρχικά αναγνωρίζει τον “εισβολέα” (ιό ή βακτήριο) και παράγει αντισώματα ή ευαισθητοποιημένα T-λεμφοκύτταρα μέσω του ανοσοποιητικού συστήματος για την καταπολέμηση των ασθενειών. Με τον τρόπο αυτό το άτομο αποκτά ενεργητική ανοσία χωρίς το ίδιο να νοσήσει και να εκτεθεί σε πιθανό κίνδυνο επιπλοκών της νόσου.

Αυτό συμβαίνει γιατί το ανοσοποιητικό σύστημα είναι σχεδιασμένο να θυμάται κι έτσι όταν το άτομο εκτεθεί σε μία ή περισσότερες δόσεις ενός εμβολίου διατηρεί ανοσία έναντι των ασθενειών για χρόνια, δεκαετίες ή ακόμα και για όλη του τη ζωή. Συνεπώς ο εμβολιασμός είναι ένας ασφαλής και έξυπνος τρόπος για την παραγωγή ανοσολογικής απόκρισης στον οργανισμό, χωρίς να προκαλείται νόσος (Melief *et al.*, 2015).

Τέλος, για την καλύτερη και πιο πλήρη τεκμηρίωση της παρούσας μελέτης παρατίθενται και οι ακόλουθοι ορισμοί, όπως δίδονται από το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων στις Η.Π.Α. (CDC - Centers for Disease Control and Prevention (*Immunization Basics / CDC*, 2022) των ΗΠΑ:

- **Ανοσία** είναι η προστασία από μια μολυσματική νόσου η δυνατότητα δηλαδή της έκθεσης σε μια νόσο χωρίς μόλυνση.
- **Εμβόλιο** είναι το παρασκεύασμα που χρησιμοποιείται για τη διέγερση της ανοσολογικής αντίδρασης του οργανισμού έναντι ασθενειών.
- **Εμβολιασμός** είναι η πράξη της εισαγωγής ενός εμβολίου στον οργανισμό για την παραγωγή προστασίας από μια συγκεκριμένη νόσο.
- **Ανοσοποίηση** είναι μια διαδικασία με την οποία ένα άτομο προστατεύεται από μια νόσο μέσω του εμβολιασμού, όρος που είναι συνυφασμένος με τον εμβολιασμό.

1.2 Ιστορική αναδρομή

Για αιώνες, οι άνθρωποι αναζήτησαν τρόπους για να προστατευθούν από θανατηφόρες ασθένειες. Αυτό σήμερα γίνεται μέσω του εμβολιασμού που στην μακρά ιστορία του, έχει σώσει περισσότερες ανθρώπινες ζωές από οποιαδήποτε άλλη ιατρική ανακάλυψη ή εφεύρεση. Πηγές αναφέρουν ότι πρακτικές σκόπιμης έκθεσης υγιών ανθρώπων σε μεταδοτικές ασθένειες με σκοπό την πρόκληση ανοσίας από μία ασθενή μορφή μιας ασθένειας ως προς την ασθένεια αυτή πραγματοποιούνταν από το 200 π.Χ. (*A Brief History of Vaccination*, 2024).

Ήδη από τον 15ο αιώνα, άνθρωποι σε διάφορα μέρη του κόσμου προσπάθησαν να εφαρμόσουν μια πρακτική που έγινε γνωστή ως ευλογιασμός (variolation, από το όνομα του ιού της ευλογιάς Variola). Πρόκειται για παλαιά τεχνική η οποία χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά μάλλον στην Κίνα με υλικό που λαμβάνονταν από έναν ασθενή με ευλογιά, ή από άτομο που είχε νοσήσει από ευλογιά, με την ελπίδα ότι θα νοσούσε με πολύ πιο ήπια συμπτώματα. Η διαδικασία αυτής της ανοσοποίησης περιλάμβανε τρίψιμο κονιορτοειδούς κηλίδας ευλογιάς ή συλλογή υγρού από φλύκταινες σε επιφανειακές γρατζουνιές πάνω στο δέρμα. Ο ασθενής συνήθως νοσούσε και μετά από περίπου 2-4 εβδομάδες, όταν τα συμπτώματα υποχωρούσαν παρουσίαζε μια επιτυχημένη ανάρρωση και ανοσία. Η τεχνική αυτή δεν χρησιμοποιείται σήμερα καθώς αντικαταστάθηκε από το εμβόλιο της ευλογιάς. Η λαίδη Mary Wortley Montague, ποιήτρια και σύζυγος του Άγγλου πρέσβη στην Κωνσταντινούπολη, ήταν η πρώτη που εισηγήθηκε και εισήγαγε τον εμβολιασμό της ευλογιάς στην Αγγλία και γενικά στην Ευρώπη φέρνοντας μια πρακτική που ήταν ήδη γνωστή στην Τουρκία. Το 1721 εμβολίασε τον γιό της, αφού πρώτα ενημερώθηκε για τον

εμβολιασμό από τον Εμμανουήλ Τιμόνη που διετέλεσε προσωπικός γιατρός του σουλτάνου. Οι Έλληνες ιατροί Εμμανουήλ Τιμόνης (1669-1720), από τη Χίο και Ιάκωβος Πυλαρινός (1659-1718), από την Κεφαλονιά ήταν οι πρώτοι που δημοσίευσαν το 1714 στο Αγγλικό περιοδικό *Philosophical Transactions*, επιστημονική κλινική εφαρμογή του εμβολιασμού (Καμπερόπουλος, 2006).

Αργότερα, ένας αγρότης από το Dorchester της Αγγλίας, ο Benjamin Jesty, ήταν το πρώτο άτομο που, κατά τη διάρκεια μιας επιδημίας ευλογιάς στο χωριό του το 1774, δοκίμασε να προστατεύσει τη γυναίκα και τα παιδιά του από την ευλογιά μέσω μόλυνσης από ευλογιά των αγελάδων, ξύνοντας τα χέρια τους με ύλη από φλύκταινες στο μαστό μιας αγελάδας νοσούσας με ευλογιά. Η τοπική κριτική όμως ήταν τόσο έντονη που δεν δημοσιοποίησε την πραγματική επιτυχία της διαδικασίας για την προστασία της οικογένειάς του από την ευλογιά. Το 1796, ο Άγγλος γιατρός Edward Jenner είχε αναφορές από την περιοχή του Gloucester, ότι όποιος είχε μολυνθεί από δαμαλίτιδα (cowpox) - μια σχετικά ήπια ασθένεια από τα βοοειδή, δεν μπορούσε να μολυνθεί από ευλογιά (smallpox). Το φαινόμενο παρατηρήθηκε στις εργάτριες γαλακτοπαραγωγής που αναπόφευκτα νόσησαν με δαμαλίτιδα από την έκθεσή τους στα ζώα αλλά δεν φαινόταν να κολλούν ευλογιά. Ο Jenner κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ευλογιά των αγελάδων όχι μόνο προστατεύει από την ευλογιά αλλά μπορεί να μεταδοθεί από ένα άτομο σε άλλο (Willis, 1997).

Έτσι ο Edward Jenner εμβολίασε έναν 8χρονο με υλικό από ανθρώπινη πληγή ευλογιάς. Ο Jenner, παρότι αρχικά αμφισβητήθηκε, αργότερα έλαβε παγκόσμια αναγνώριση και πολλές διακρίσεις και σήμερα θεωρείται ως ο «πατέρας της ανοσολογίας». Ο όρος «εμβόλιο» (vaccine) επινοήθηκε αργότερα και προέρχεται από την λέξη vacca που στα λατινικά σημαίνει αγελάδα (Περσιάνης, 2011).

Το 1879, ο Chamberland, βοηθός του Pasteur, ανακάλυψε τυχαία το εμβόλιο κατά της χολέρας. Το παρασκεύασε από καλλιέργεια υλικού από κοτόπουλα που έπασχαν από χολέρα. Εμβολίασε υγιή κοτόπουλα και διαπίστωσε ότι τα εμβολιασμένα κοτόπουλα δε νοσούσαν. Είναι το πρώτο εμβόλιο που παράγεται σε εργαστήριο. Παρ' όλα αυτά, τα πρώτα εμβόλια κατά της χολέρας κυκλοφόρησαν ευρέως το 1917. Από το 1918 έως το 1919, η πανδημία της ισπανικής γρίπης σκοτώνει εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως με το εμβόλιο της γρίπης να γίνεται στρατιωτική προτεραιότητα για τις ΗΠΑ. Το 1918, η Ιατρική Σχολή του Στρατού των ΗΠΑ δοκιμάζει σε πρώιμα πειράματα εμβόλια γρίπης με 2 εκατομμύρια δόσεις. Τα αποτελέσματα όμως ήταν ασαφή (Περσιάνης, 2011).

Το 1937 ο Max Theiler, που αργότερα του απονέμεται το βραβείο Νόμπελ, μαζί με τους Hugh Smith και Eugen Haagen ανέπτυξαν το εμβόλιο κατά του κίτρινου πυρετού. Το εμβόλιο εγκρίθηκε το 1938 με ένα εκατομμύριο άνθρωποι να το λαμβάνουν το ίδιο έτος. Το 1939 οι βακτηριολόγοι Pearl Kendrick και Grace Eldering επιδεικνύουν την αποτελεσματικότητα του εμβολίου κατά του κοκκύτη.

Το πρώτο εμβόλιο της γρίπης εγκρίθηκε για κοινή χρήση το 1946. Η έρευνα διευθύνεται από τους γιατρούς Thomas Francis Jr και Jonas Salk, οι οποίοι συνδέονται στενά και με το εμβόλιο κατά της πολιομυελίτιδας. Το πρώτο αποτελεσματικό εμβόλιο πολιομυελίτιδας αναπτύχθηκε από τον Jonas Salk και το 1954 πραγματοποιούνται μαζικές δοκιμές σε περισσότερα από 1,3 εκατομμύρια παιδιά ενώ ένας δεύτερος τύπος εμβολίου πολιομυελίτιδας αναπτύχθηκε από τον Albert Sabin και εγκρίθηκε για χρήση το 1960. Το εμβόλιο του Sabin ήταν ζωντανό εξασθενημένο και μπορούσε να χορηγηθεί από το στόμα, ως σταγόνες ή σε κύβο ζάχαρης.

Το 1967 συνέβη η τελευταία επιδημία ευλογιάς με 15 εκατομμύρια ασθενείς και 2 εκατομμύρια θανάτους. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) ανακοινώνει Πρόγραμμα Ενισχυμένης Εξάλειψης της Ευλογιάς που στοχεύει στην εκρίζωση της ευλογιάς σε περισσότερες από 30 χώρες μέσω επιτήρησης και εμβολιασμού. Ως εκρίζωση ορίζει *«τη μόνιμη μείωση στο μηδέν ενός συγκεκριμένου παθογόνου, ως αποτέλεσμα σκόπιμων προσπαθειών, χωρίς κίνδυνο επανεισαγωγής»*.

Οι μαζικοί εμβολιασμοί ήταν πολύ αποτελεσματικοί με το τελευταίο κρούσμα να σημειώνεται είκοσι χρόνια αργότερα, το 1977 στη Σομαλία παρόλο που ο τελευταίος θάνατος συνέβη στις 11 Σεπτεμβρίου του 1978 σε ένα εργαστήριο στο Birmingham λόγω τυχαίας επιμόλυνσης. Στις 8 Μαΐου του 1980 στη Γενεύη ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ανακοινώνει την πλήρη εξάλειψη της ευλογιάς σε όλο τον κόσμο (Περσιάνης, 2011).

Το 1969, ο Δρ Baruch Blumberg, που ανακάλυψε τον ιό της ηπατίτιδας Β, συνεργάστηκε με τον Irving Millman για να αναπτύξουν το πρώτο εμβόλιο ηπατίτιδας Β χρησιμοποιώντας μια θερμικά επεξεργασμένη μορφή του ιού. Ένα αδρανοποιημένο εμβόλιο εγκρίθηκε για εμπορική χρήση από το 1981 έως το 1990 και ένα εμβόλιο γενετικά τροποποιημένο (με ανασυνδυασμένο DNA), που αναπτύχθηκε το 1986, εξακολουθεί να χρησιμοποιείται μέχρι και σήμερα. Το 1971 το εμβόλιο ιλαράς συνδυάζεται από τον Δρ Maurice Hilleman με εμβόλια κατά της παρωτίτιδας (1967) και της ερυθράς (1969) σε έναν μόνο εμβολιασμό (MMR). Το 1974 ιδρύθηκε το διευρυμένο πρόγραμμα ανοσοποίησης από τον WHO για την

ανάπτυξη προγραμμάτων ανοσοποίησης σε όλο τον κόσμο που στοχεύει στη διφθερίτιδα, την ιλαρά, την πολιομυελίτιδα, τον τέτανο, την φυματίωση και τον κοκκύτη. Στις δεκαετίες του 1970 και του 1980, τα κρούσματα κοκκύτη στις ΗΠΑ έφτασαν σε ιστορικό χαμηλό. Το 1988 ο WHO θέτει το βλέμμα του στην πολιομυελίτιδα, ξεκινώντας μια παγκόσμια πρωτοβουλία για την εξάλειψή της (*A Brief History of Vaccination*, 2024).

Τη δεκαετία του 1990, στη Γαλλία, υπήρχε η εικαζόμενη συσχέτιση μεταξύ του εμβολίου ηπατίτιδας Β και της σκλήρυνσης κατά πλάκας που οδήγησε στην αναστολή του καθολικού προγράμματος εμβολιασμού, παρά το γεγονός ότι οι μελέτες δεν βρήκαν στοιχεία για μια τέτοια συσχέτιση (Dubé *et al.*, 2013). Μέχρι το 1994, η πολιομυελίτιδα έχει εξαλειφθεί από την Αμερική, ακολουθούμενη από την Ευρώπη το 2002 ενώ μέχρι το 2003 η ασθένεια είναι ενδημική σε μόλις 6 χώρες (*A Brief History of Vaccination*, 2024).

Το 1995 η Anne Szarewski ηγείται μιας ομάδας που σκιαγραφεί τον ρόλο του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) στην ανίχνευση και τον έλεγχο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και ξεκινά την εργασία για ένα εμβόλιο HPV. Το πρώτο εμβόλιο για τον ιό των HPV εγκρίθηκε το 2006 οπότε ο εμβολιασμός κατά του HPV γίνεται βασικό μέρος της προσπάθειας εξάλειψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Το 1999 το πρώτο εμβόλιο κατά του ροταϊού, της πιο κοινής αιτίας σοβαρής διαρροϊκής νόσου στα μικρά παιδιά, αποσύρεται μόνο ένα χρόνο μετά την έγκρισή του. Μια έκδοση χαμηλότερου κινδύνου παρουσιάζεται το 2006. Χρειάζεται όμως να φτάσουμε ως το 2019 για να χρησιμοποιηθεί σε περισσότερες από 100 χώρες.

Το 2016 το εμβόλιο κατά της Μηνιγγίτιδας έχει σχεδόν εξαλείψει τη μηνιγγιτιδοκοκκική νόσο της οροομάδας Α σε χώρες της ζώνης μηνιγγίτιδας της Αφρικής και ενσωματώνεται σε εθνικά προγράμματα ρουτίνας ανοσοποίησης. Μετά από χρόνια εμβολιασμών, η περιοχή της Αμερικής κηρύχθηκε απαλλαγμένη από ενδημική ιλαρά. Όμως τα κρούσματα σε αρκετές χώρες, που προκαλούνται από κενά στην εμβολιαστική κάλυψη, κάνουν την ασθένεια να αρχίζει να επανεμφανίζεται το 2018. Ο WHO και ο PAHO (Pan American Health Organization) αυξάνουν την επιτήρηση και ξεκινούν εκστρατείες εμβολιασμού. Το 2019, ξεκίνησε πιλοτική εφαρμογή του εμβολίου κατά της ελονοσίας σε Γκάνα, Μαλάουι και Κένυα. Το εμβόλιο RTS/S είναι το πρώτο εμβόλιο που μπορεί να μειώσει σημαντικά το πιο θανατηφόρο και επικρατέστερο στέλεχος της ελονοσίας στα μικρά παιδιά, την ομάδα που διατρέχει τον υψηλότερο κίνδυνο θανάτου από τη νόσο. Ο WHO προτείνει ένα εμβόλιο κατά του Έμπολα για χρήση σε χώρες υψηλού κινδύνου. Το 2021 δημιουργείται παγκόσμιο απόθεμα εμβολίων για να διασφαλιστεί η αντιμετώπιση της επιδημίας. Στις 30 Ιανουαρίου

2020, κηρύσσεται η επιδημία του νέου κορονοϊού 2019 (SARS-CoV-2) ως παγκόσμιος κίνδυνος για τη δημόσια υγεία. Στις 11 Μαρτίου, ο WHO επιβεβαιώνει ότι ο COVID-19 είναι πανδημία. Αποτελεσματικά εμβόλια για τον COVID-19 αναπτύσσονται, παράγονται και διανέμονται με πρωτοφανή ταχύτητα, μερικά χρησιμοποιώντας νέα τεχνολογία mRNA. Τον Δεκέμβριο του 2020, μόλις 1 χρόνο μετά την ανίχνευση του πρώτου κρούσματος COVID-19, χορηγούνται οι πρώτες δόσεις εμβολίου COVID-19. Το 2021 η κυκλοφορία του εμβολίου για τον COVID-19 συνεχίστηκε, με δόσεις να χορηγούνται σε όλες τις ηπείρους (*A Brief History of Vaccination*, 2024).

1.3 Είδη εμβολίων και Εθνικά Προγράμματα

Υπάρχουν διάφοροι τύποι εμβολίων. Αυτά τα εμβόλια μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε κλασικά εμβόλια και σε σύγχρονα εμβόλια που λαμβάνονται μέσω τεχνολογιών γενετικής ή χημικής μηχανικής (CDC, 2024a).

1. Κλασικά εμβόλια:

α) Ζώντες εξασθενημένοι μικροοργανισμοί:

Αυτά τα εμβόλια περιέχουν εξασθενημένες μορφές του παθογόνου που μπορούν να αναπαραχθούν εντός του σώματος, αλλά χωρίς να προκαλούν νόσο (εμβόλιο ιλαράς, παρωτίτιδας και ερυθράς (MMR) και το πόσιμο εμβόλιο πολιομυελίτιδας).

β) Μη ζωντανά εμβόλια:

i) Αδρανοποιημένα εμβόλια ολόκληρου του οργανισμού: Τα εμβόλια αυτά περιέχουν «νεκρωμένα» ή αδρανοποιημένες μορφές ολόκληρου του μικροοργανισμού (αδρανοποιημένο εμβόλιο πολιομυελίτιδας και το αδρανοποιημένο εμβόλιο γρίπης).

ii) Εμβόλια υπομονάδων: Τα εμβόλια αυτά περιέχουν νεκρά αντιγόνα ή συστατικά του παθογόνου (εμβόλιο ηπατίτιδα Β, HPV).

iii) Πολυδύναμα πολυσακχαριδικά εμβόλια: Αυτά τα εμβόλια αποτελούνται από μείγμα πολυσακχαριτών που προέρχονται από διαφορετικά στελέχη ενός συγκεκριμένου βακτηρίου (πολυσακχαριδικό εμβόλιο του πνευμονιόκοκκου, πολυσακχαριδικό εμβόλιο του μηνιγγιτιδόκοκκου).

2. Εμβόλια βάσει νέων τεχνολογιών

- α) Γενετικά εξασθενημένοι μικροοργανισμοί:
δημιουργούνται με την τροποποίηση του DNA του παθογόνου για τη μείωση της ικότητας του (εμβόλιο Bacille Calmette-Guerin (BCG)).
- β) Ζωντανά εμβόλια (Live vectored vaccines):
χρησιμοποιούν έναν αβλαβή ιό ή βακτήριο ως φορέα για να μεταφέρουν γονίδια που κωδικοποιούν αντιγόνα από το παθογόνο-στόχο (Εμπολα που βασίζεται σε φορέα και το εμβόλιο COVID-19 που βασίζεται σε αδενοϊό).
- γ) Εμβόλια ανασυνδυασμένων πρωτεϊνών:
περιλαμβάνουν την παραγωγή συγκεκριμένων αντιγόνων ή πρωτεϊνών του παθογόνου με τη χρήση τεχνολογίας ανασυνδυασμένου DNA (εμβόλιο κατά της ηπατίτιδας Β, ανασυνδυασμένο εμβόλιο κατά της γρίπης).
- δ) Εμβόλια με βάση συνθετικά πεπτίδια:
χρησιμοποιούν ειδικά σχεδιασμένα πεπτίδια που μιμούνται συγκεκριμένους επιτόπους του παθογόνου, δηλαδή μπορούν να προσαρμοστούν ώστε να ενεργοποιούν συγκεκριμένες ανοσολογικές αποκρίσεις. Ακόμα δεν υπάρχουν διαθέσιμα εγκεκριμένα εμβόλια με βάση τα πεπτίδια.
- ε) Εμβόλια νουκλεϊκών οξέων:
χρησιμοποιούν πλασμιδιακό DNA ή αγγελιοφόρο mRNA για την εισαγωγή γενετικού υλικού που κωδικοποιεί αντιγόνα σε κύτταρα ξενιστών, διεγείροντας την ανοσολογική απόκριση (εμβόλια Pfizer-BioNTech και Moderna COVID-19).
- στ) Αντίστροφη εμβολιολογία:
περιλαμβάνει την ανάλυση των γονιδιωματικών πληροφοριών ενός παθογόνου για τον εντοπισμό πιθανών αντιγόνων χωρίς να απαιτείται η καλλιέργεια του παθογόνου (εμβόλιο κατά του μηνιγγιτιδόκοκκου της ορομάδας Β).
- ζ) Θεραπευτικά εμβόλια:
έχουν σχεδιαστεί για τη θεραπεία καθιερωμένων ασθενειών και όχι για την πρόληψή τους. Τα θεραπευτικά εμβόλια κατά του καρκίνου, για παράδειγμα, αποσκοπούν στη διέγερση μιας ανοσολογικής απάντησης κατά των καρκινικών κυττάρων.

Η ανάπτυξη των εμβολίων έχει εξελιχθεί από τα παραδοσιακά εμβόλια σε πιο σύγχρονες τεχνολογίες οι οποίες επιτρέπουν ακριβέστερη στόχευση των αντιγόνων και προσαρμογή

των ανοσολογικών αποκρίσεων. Αυτές οι εξελίξεις προσφέρουν ανάπτυξη εμβολίων κατά ενός ευρύτερου φάσματος ασθενειών και τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας τους.

Σύμφωνα με την τελευταία τροποποίηση (20/4/2023) που έγινε στην πιο πρόσφατη υπουργική απόφαση για το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων ('Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών & Εφήβων', 2023) αυτό περιλαμβάνει πλέον τα ακόλουθα εμβόλια:

1. Εμβόλιο ηπατίτιδας Β (HepB)
(Μικρότερη ηλικία χορήγησης: Γέννηση)
2. Εμβόλιο διφθερίτιδας, τετάνου, κοκκύτη για παιδιά, εφήβους και ενήλικες
 - Εμβόλιο διφθερίτιδας, τετάνου, ακυτταρικό κοκκύτη (DTaP)
(για παιδιά <7 ετών)
 - Εμβόλιο τετάνου, διφθερίτιδας, ακυτταρικό κοκκύτη (Tdap)
(για άτομα ≥7 ετών)
3. Εμβόλιο πολιομυελίτιδας, αδρανοποιημένο (IPV)
(Μικρότερη ηλικία χορήγησης: 6 εβδομάδες)
4. Εμβόλιο αιμόφιλου ινφλουέντζας τύπου b, συζευγμένο (Hib)
(Μικρότερη ηλικία χορήγησης: 6 εβδομάδες)
5. Εμβόλιο πνευμονιόκοκκου, συζευγμένο (PCV)
(Μικρότερη ηλικία χορήγησης: 6 εβδομάδες)
6. Εμβόλιο πνευμονιόκοκκου, πολυσακχαριδικό (PPSV23)
(Μικρότερη ηλικία χορήγησης: 2 έτη)
7. Εμβόλιο μηνιγγιτιδόκοκκου, συζευγμένο μονοδύναμο οροομάδας C (MCC) και τετραδύναμο οροομάδων A,C,W135,Y (MenACWY)
(Μικρότερη ηλικία χορήγησης: MCC: 6 εβδομάδες· MenACWY-TT: 6 εβδομάδες· MenACWY-CRM: 2 έτη)
8. Εμβόλιο μηνιγγιτιδόκοκκου οροομάδας B, πρωτεϊνικό (MenB-4C ή MenB-fHbp)
(Μικρότερη ηλικία χορήγησης: MenB-4C: 6 εβδομάδες· MenB-fHbp: 10 έτη)

9. Εμβόλιο ιλαράς, παρωτίτιδας, ερυθράς (MMR)
(Μικρότερη ηλικία χορήγησης: 12 μήνες)
10. Εμβόλιο ανεμευλογιάς (VAR)
(Μικρότερη ηλικία χορήγησης: 12 μήνες)
11. Εμβόλιο ηπατίτιδας Α (HepA)
(Μικρότερη ηλικία χορήγησης: 12 μήνες)
12. Εμβόλιο ιού ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV)
(Μικρότερη ηλικία χορήγησης: 9 έτη)
13. Εμβόλιο φυματίωσης (BCG)
14. Εμβόλιο γρίπης
15. Εμβόλιο ρότα ιού (RV)

Μεταξύ άλλων στην υπουργική απόφαση περιγράφονται:

- το πρόγραμμα εμβολιασμών για παιδιά ηλικίας 4 μηνών έως 6 ετών που δεν εμβολιάστηκαν στη συνιστώμενη ηλικία,
- το πρόγραμμα εμβολιασμών για παιδιά και εφήβους ηλικίας 7 έως 18 ετών που δεν εμβολιάστηκαν στη συνιστώμενη ηλικία,
- οι ενδείξεις εμβολιασμού για τον τέτανο παιδιών και εφήβων με τραύμα,
- συστάσεις εμβολιασμών σε παιδιά και εφήβους με μεταμόσχευση και
- επεξηγήσεις για το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων.


Πίνακας 1.1. Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων


ΑΔΑ: 6ΒΖ2465ΦΥΟ-ΜΛΨ


Πίνακας 1. Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων, 2023*


Εμβόλιο	Ηλικία	Γέννηση	1 μηνός	2 μηνών	4 μηνών	6 μηνών	12 μηνών	15 μηνών	18 μηνών	19-23 μηνών	2-3 ετών	4-6 ετών	7-8 ετών	9-10 ετών	11-12 ετών	13-14 ετών	15-18 ετών
Ηπατίτιδας Β (HepB) ¹	- Έναρξη στη γέννηση - Έναρξη αργότερα	HepB	HepB	HepB	HepB	HepB, 3 ή 4 ³ δόσεις συνολικά			HepB								
Διφθερίτιδας, Τετάνου, ακουταρικό Κοκκώδη (DTaP <7 ετών, Tdap ≥7)			DTaP	DTaP	DTaP	DTaP	DTaP	DTaP		DTaP	DTaP	Tdap ή Tdap-IPV	Tdap ή Tdap-IPV	Tdap ή Tdap-IPV	Tdap ή Tdap-IPV	Tdap ή Tdap-IPV	
Πολιομυελίτιδας αδρανοποιημένο (IPV) ³			IPV	IPV	IPV					IPV	IPV	Tdap ή Tdap-IPV	Tdap ή Tdap-IPV	Tdap ή Tdap-IPV	Tdap ή Tdap-IPV	Tdap ή Tdap-IPV	
Αιμόφιλου ινφλουέντζας τύπου b (Hib) ²			Hib	Hib	Hib	Hib	Hib	Hib			Hib				Hib		
Πνευμονόκοκκου συζευγμένο (PCV) ²			PCV	PCV	PCV	PCV	PCV	PCV			PCV				PCV		
Πνευμονόκοκκου πολυσακχαριδικό (PPSV23) ²															PPSV23		
Μηνιγγιτιδόκοκκου ορομόδας C συζευγμένο (MCC) ²							MCC 1 δόση				MCC 1 δόση						
Μηνιγγιτιδόκοκκου ορομόδας A,C,W135,Y συζευγμένο				Men ACW	Men ACW					MenACWY, 1 δόση					MenACWY	MenACWY	MenACWY
Μηνιγγιτιδόκοκκου ορομόδας B προτεϊνικό (MenB-4C ή MenB-ΠHbp) ⁸									MenB-4C						MenB-4C ή MenB-ΠHbp		
Διάρας, Παρωτίτιδας, Ερυθράς (MMR) ⁹							MMR 1 ⁹ δόση	MMR 1 ⁹ δόση	MMR 1 ⁹ δόση	MMR 1 ⁹ δόση	MMR 2 ⁹ δόση	MMR 2 ⁹ δόση	MMR 2 ⁹ δόση	MMR 2 ⁹ δόση	MMR 2 ⁹ δόση	MMR 2 ⁹ δόση	MMR 2 ⁹ δόση
Ανεμελογιάς (VAR) ¹⁰							VAR 1 ⁹ δόση	VAR 1 ⁹ δόση	VAR 1 ⁹ δόση	VAR 1 ⁹ δόση	VAR 2 ⁹ δόση	VAR 2 ⁹ δόση	VAR 2 ⁹ δόση	VAR 2 ⁹ δόση	VAR 2 ⁹ δόση	VAR 2 ⁹ δόση	VAR 2 ⁹ δόση
Ηπατίτιδας Α (HepA) ¹¹											HepA 2 δόσεις	HepA 2 δόσεις	HepA 2 δόσεις	HepA 2 δόσεις	HepA 2 δόσεις	HepA 2 δόσεις	HepA 2 δόσεις
Ιού ανθρώπινου θηλωμάτων (HPV) ¹²														HPV 2 δόσεις	HPV 2 δόσεις	HPV 2 δόσεις	HPV 2 δόσεις
Φυματίωσης (BCG) ¹³		BCG															
Γρίπης ¹⁴																	Ετησίως σε ομάδες αυξημένου κινδύνου
Ρότα ιού (RV1 ή RV5) ¹⁵				RV1 ή RV5	RV1 ή RV5	RV5											

* Τα πολυδώνυμα εμβόλια πρέπει να προτιμώνται των ολιγοδώνυμων.

 Συστήνονται για όλα τα άτομα με την ανάλογη ηλικία που δεν έχουν ένδειξη ανοσίας.

 Συστήνονται σε άτομα που καθυστερήσαν να εμβολιαστούν.

 Συστήνονται σε άτομα που ανήκουν σε ομάδες αυξημένου κινδύνου (βλέπε ομάδες αυξημένου κινδύνου).

 Δεν συστήνονται.

4

Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών

Πηγή: Υπουργείο Υγείας, 2023

1.4 Συλλογική Ανοσία

Η συλλογική ανοσία είναι ένας όρος που μπορεί να χρησιμοποιείται ευρέως αλλά φαίνεται ότι εκφράζει ποικίλες έννοιες. Μερικοί συγγραφείς τον χρησιμοποιούν για να περιγράψουν το ποσοστό ανοσίας μεταξύ των ατόμων σε έναν πληθυσμό. Άλλοι χρησιμοποιούν τον όρο ως αναφορά σε ένα συγκεκριμένο ποσοστό-κατώφλι ανοσοποιημένων ατόμων που μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της συχνότητας μόλυνσης. Άλλοι πάλι τον χρησιμοποιούν για να αναφερθούν σε ένα πρότυπο ανοσίας που θα πρέπει να προστατεύει έναν πληθυσμό από την εισβολή μιας νέας μόλυνσης. Η κοινή συνιστώσα βρίσκεται στην μείωση του κινδύνου μόλυνσης μεταξύ των ευπαθών ατόμων σε έναν πληθυσμό από την παρουσία και την εγγύτητα ατόμων με ανοσοποίηση η οποία αναφέρεται μερικές φορές ως «έμμεση προστασία» ή «συλλογική ανοσία».

Σε αντίθεση με τις περισσότερες ιατρικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στη βελτίωση των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζει ένα συγκεκριμένο άτομο, τα εμβόλια έχουν

σχεδιαστεί τόσο “για να προστατεύουν τους άλλους από την έκθεση σε μολυσματικό παράγοντα, όσο και για να προστατεύουν το άτομο που έχει εμβολιαστεί” (May, 2003). Η συλλογική ανοσία αναφέρεται στην αντίσταση μιας ομάδας που προσβάλλεται από ασθένεια λόγω της ανοσίας μεγάλου μέρους των μελών και της συνακόλουθης μείωσης της πιθανότητας να έρθει σε επαφή ένα μολυσμένο άτομο με ένα ευαίσθητο άτομο. Ιστορικά, η έννοια φαίνεται να δημοσιεύτηκε για πρώτη φορά το 1923 σε μια μελέτη από τους Topley και Wilson με τίτλο «Η εξάπλωση της βακτηριακής μόλυνσης: το πρόβλημα της συλλογικής ανοσίας». Μετά από την εξάλειψη της ευλογιάς στη δεκαετία του 1970, υπήρξε αισιοδοξία για την εξαφάνιση και την εκρίζωση άλλων μολυσματικών ασθενειών όπως η πολιομυελίτιδα και η διφθερίτιδα. Με αφετηρία την «συλλογική ανοσία», η εξάλειψη ενός μολυσματικού παράγοντα από έναν πληθυσμό μπορεί να επιτευχθεί ακόμη και αν δεν είναι δυνατός ο εμβολιασμός ολόκληρου του πληθυσμού (Smith, 2019).

Ο εμβολιασμός και η «συλλογική ανοσία» φέρνουν στο προσκήνιο ένα ακόμα κοινωνικό δίλημμα δηλαδή μια κατάσταση όπου τα άτομα πρέπει να επιλέξουν ανάμεσα στο εγωιστικό τους συμφέρον και το κοινό καλό. Στην περίπτωση αυτή ένα άτομο εμβολιάζεται προστατεύοντας όχι μόνο τον εαυτό του αλλά και τους άλλους, βοηθώντας έτσι στη διατήρηση ενός κοινού καλού. Την ίδια στιγμή όμως υπάρχει ένα ισχυρό κίνητρο στο να απέχει κανείς από τον εμβολιασμό καθώς μπορεί «ανέξοδα» να απολαμβάνει την προστασία της συλλογικής ανοσίας.

Σε κάθε αποτελεσματικό πρόγραμμα ελέγχου μιας μεταδοτικής ασθένειας το κλειδί για μαζική ανοσοποίηση είναι η σχέση μεταξύ της δυναμικής μετάδοσης ενός μολυσματικού παράγοντα και της συλλογικής ανοσίας. Η συλλογική ανοσία μπορεί να επιτευχθεί με μαζική ανοσοποίηση κατά των λοιμώξεων που μεταδίδονται απευθείας από άτομο σε άτομο (π.χ. ιλαρά, κοκκύτης ή γρίπη) ειδικά εκείνες για τις οποίες ο άνθρωπος είναι η μόνη δεξαμενή ή μία από τις σημαντικές δεξαμενές μόλυνσης (π.χ. πολιομυελίτιδα). Αντίθετα, στις λοιμώξεις εκείνες που γενικά δεν μεταδίδονται από άτομο σε άτομο και ο άνθρωπος δεν αποτελεί σημαντική πηγή μόλυνσης (π.χ. τέτανος, λύσσα), δεν μπορεί να επιτευχθεί συλλογική ανοσία (Smith, 2019).

1.5 Η Σημασία των Εμβολιασμών

Στον παγκόσμιο χάρτη της υγείας οι εμβολιασμοί διαδραματίζουν καθοριστικής σημασίας ρόλο καθώς τα εμβόλια αποτελούν το κατεξοχήν εργαλείο για την πρόληψη της εξάπλωσης

και μετάδοσης ασθενειών και κατά συνέπεια την προστασία της υγείας του πληθυσμού από τους σχετικούς κινδύνους.

Οι εμβολιασμοί έχουν συμβάλει σημαντικά στη μείωση των ασθενειών που μπορούν να προληφθούν μέσω αυτών. Πολλές από αυτές τις ασθένειες βρίσκονται σήμερα σε ιστορικά χαμηλά επίπεδα, ή κοντά σε αυτά, χάρη σε μακρόχρονες και επίμονες παγκόσμιας εμβέλειας προσπάθειες εμβολιασμού. Μέσω των εμβολίων έχει επιτευχθεί ακόμα και η εξάλειψη ορισμένων ασθενειών, όπως για παράδειγμα η ευλογιά. Με την ανοσοποίηση των ατόμων έναντι ασθενειών, τα εμβόλια συμβάλλουν στην ελαχιστοποίηση εμφάνισης σοβαρών επιπλοκών και δυνητικά απειλητικών για τη ζωή αποτελεσμάτων (Wodi and Shimabukuro, 2023).

Η αυξημένη γνώση της επιδημιολογίας των παθογόνων μικροοργανισμών και της λειτουργικής ανοσολογικής απόκρισης έχει οδηγήσει στην εξέλιξη ανάπτυξης εμβολίων. Η κατανόησή της επιτρέπει την καλύτερη επιλογή αντιγόνων, τη σύνθεση βοηθητικών ουσιών και τους τρόπους χορήγησης.

Η αξία όμως που προσδίδουν τα εμβόλια στην κοινωνία εξαρτάται από την αποδοχή και την κατανόησή τους. Τα εμβόλια θεωρούνται μέρος της άμυνάς μας έναντι των παθογόνων απειλών, οι οποίες συνεχώς εξελίσσονται. Η εξασφάλιση επαρκούς κάλυψης των πληθυσμών που διατρέχουν κίνδυνο είναι ζωτικής σημασίας για τη βέλτιστη αποτελεσματικότητα στην πρόληψη των ασθενειών. Ο εμβολιασμός συμβάλλει ιδιαίτερα στην προστασία των ευάλωτων πληθυσμών, συμπεριλαμβανομένων των πρόωρων βρεφών, των εγκύων γυναικών, των ατόμων με χρόνιες παθήσεις και των ανασοκατασταλμένων ατόμων.

Η διατήρηση της εμπιστοσύνης του κοινού στα εμβόλια αποτελεί ζωτικής σημασίας εργαλείο για την αποτροπή της μείωσης της εμβολιαστικής κάλυψης και της επανεμφάνισης ασθενειών. Η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα των εμβολίων πρέπει να επανεξετάζονται με διαφάνεια και συχνά, προκειμένου να διατηρείται η εμπιστοσύνη και η αποδοχή τους από το κοινό. Τα εμβόλια χορηγούνται σε υγιή άτομα για την πρόληψη ασθενειών, γεγονός που καθιστά αυτονόητο ότι θα πρέπει να υπάρχουν γενικά υψηλότερες προσδοκίες ασφάλειας σε σύγκριση με τις ιατρικές παρεμβάσεις που χρησιμοποιούνται για θεραπευτικούς σκοπούς. Κατά συνέπεια, η στενή παρακολούθηση και η έγκαιρη αξιολόγηση των ανεπιθύμητων ενεργειών των εμβολίων είναι απαραίτητες για τη διάκριση

των πραγματικών ανεπιθύμητων ενεργειών τους από άσχετα συμβάντα και για τη διατήρηση της εμπιστοσύνης του κοινού στον εμβολιασμό (Stern, 2016).

1.6 Ανεπιθύμητες Ενέργειες Εμβολίων

Ο τακτικός εμβολιασμός, παρά την απόλυτα θετική του συνεισφορά στη δημόσια υγεία, έχοντας μειώσει αποτελεσματικά τους θανάτους και τη νοσηρότητα, εμφανίζει και ανεπιθύμητες αντιδράσεις οι οποίες, μπορεί να μην είναι ένα συνηθισμένο φαινόμενο, αλλά δεν θα πρέπει να υποτιμώνται ή να αγνοούνται. Πολύ σπάνια μάλιστα, οι αλλεργικές αντιδράσεις που εμφανίζονται στα εμβόλια μπορεί να είναι απειλητικές ακόμα και για τη ζωή (Dreskin *et al.*, 2016).

Οι εκτιμήσεις των αλλεργικών αντιδράσεων στα εμβόλια, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται οι άμεσες οξείες αντιδράσεων υπερευαισθησίας, κυμαίνονται από 1 στις 50.000 έως 1 στις 1.000.000 δόσεις. Το πιο ανησυχητικό από αυτά, η αναφυλαξία, έχει υπολογιστεί ότι εμφανίζεται με ρυθμό περίπου μία ανά 100.000 έως μία ανά 1.000.000 δόσεις για τα πιο συχνά χορηγούμενα εμβόλια (Bohlke *et al.*, 2003). Το πραγματικό ποσοστό των αλλεργικών αντιδράσεων είναι όμως άγνωστο επειδή οι περισσότερες αντιδράσεις δεν καταγράφονται. Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι τα ποσοστά αυτά μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με το εμβόλιο και το ατομικό ιστορικό.

Κατά τον εμβολιασμό, οι αλλεργικές αντιδράσεις είναι γενικά άμεσες και συχνά προκαλούνται όταν η ανοσοσφαιρίνη E (IgE) λειτουργεί ως διαμεσολαβητής. Τα συμπτώματα ποικίλλουν καθώς εκδηλώνονται ως σχετικά ήσσονος έως μέτριας σημασίας δερματικά (ερύθημα και κνησμός) μπορεί όμως να εμφανισθούν και ως πολυσυστημικές αντιδράσεις, όπως η αναφυλαξία, που επηρεάζουν το αναπνευστικό, το δερματικό, το γαστρεντερικό ή/και το καρδιαγγειακό σύστημα. Οι αλλεργικές αντιδράσεις μπορεί επίσης να οφείλονται σε αλλεργία στα αντιγόνα του εμβολιασμού (τμήματα οργανισμών ή τοξοειδή), υπολειμματικά μέσα που χρησιμοποιούνται στη διαδικασία παρασκευής, στους σταθεροποιητές, στα συντηρητικά ή σε άλλα έκδοχα που υπάρχουν στο σκεύασμα του εμβολίου.

Για την ακριβή καταγραφή του πραγματικού επιπολασμού των ανεπιθύμητων αντιδράσεων, είναι κρίσιμο να διακρίνουμε τις αλλεργικές αντιδράσεις από τα τυχαία συμβάντα ή κλινικές εκδηλώσεις που συμβαίνουν συμπτωματικά με τον εμβολιασμό και δεν προκαλούνται από IgE. Κλινικά συμπτώματα που εμφανίζονται ταυτόχρονα μετά τον εμβολιασμό, όπως

παροδικό άγχος, μπορεί περιστασιακά να μιμούνται αλλεργικές αντιδράσεις. Επίσης, οι τοπικές αντιδράσεις στο σημείο της ένεσης, καθώς και το οφθαλμοαναπνευστικό σύνδρομο (ORS), θα πρέπει να διαχωρίζονται από τις πραγματικές αλλεργικές αντιδράσεις. Ως εκ τούτου, απαιτείται ακριβής αξιολόγηση και διάγνωση από τους επαγγελματίες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης για την αποφυγή παρανοήσεων και τη διασφάλιση της κατάλληλης διαχείρισης.

Τα διεθνή πρότυπα αποτελούν χρήσιμη πηγή για τους επαγγελματίες υγείας παγκοσμίως, ώστε να αναγνωρίζουν και να διαχειρίζονται επαρκώς τις αλλεργικές αντιδράσεις που μπορεί να εμφανιστούν μετά τον εμβολιασμό. Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να δώσουν προτεραιότητα στην ασφάλεια και την ευημερία των ασθενών, διασφαλίζοντας παράλληλα τη συνεχή αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων εμβολιασμού, αναγνωρίζοντας και κατανοώντας αυτές τις αντιδράσεις.

Για την αξιολόγηση και την αποτελεσματική διαχείριση των προβλημάτων που σχετίζονται με τις αλλεργικές αντιδράσεις στα εμβόλια, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Αλλεργίας (WAO) ξεκίνησε μια προσπάθεια Διεθνούς Συναίνεσης (ICON). Για το λόγο αυτό, συνεργάστηκαν εμπειρογνώμονες από Οργανισμούς όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Αλλεργίας (WAO), η Ευρωπαϊκή Ακαδημία Αλλεργίας και Κλινικής Ανοσολογίας (EAACI), η Αμερικανική Ακαδημία Αλλεργίας, Άσθματος και Ανοσολογίας (AAAAI) και το Αμερικανικό Κολέγιο Αλλεργίας, Άσθματος και Ανοσολογίας (ACAAI).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – Διστακτικότητα στα εμβόλια

2.1 Ορισμός της διστακτικότητας απέναντι στα εμβόλια

Η διστακτικότητα απέναντι στα εμβόλια (vaccine hesitancy) είναι ένα πολύπλευρο φαινόμενο που χαρακτηρίζεται από την καθυστέρηση στην αποδοχή από μέρος του κοινού της χρήσης των εμβολίων ή ακόμα και η άρνησή τους, παρά την υπάρχουσα διαθεσιμότητα υπηρεσιών εμβολιασμού (WHO, 2015). Πρόκειται για περίπλοκη ψυχολογική κατάσταση η οποία μπορεί να ποικίλλει σε ένταση, διάρκεια και λόγους ανάλογα με την χρονική περίοδο, την τοποθεσία και τον τύπο του εμβολίου. Ο όρος χρησιμοποιείται συχνά στον δημόσιο διάλογο για να περιγράψει ζητήματα που σχετίζονται με την εμβολιαστική κάλυψη, όμως στην πράξη περικλείει περισσότερα θέματα από τον ίδιο τον δισταγμό. Δεν περιορίζεται μάλιστα μόνο στη διστακτική συμπεριφορά, καθώς ορισμένα άτομα μπορεί να αρνηθούν κατηγορηματικά τον εμβολιασμό χωρίς καν να βιώσουν αρχικό δισταγμό.

Στην διστακτικότητα περιλαμβάνονται διάφορα φαινόμενα τα οποία εμφανίζονται συνήθως σε τρία στάδια: Τα άτομα αυτά αρχίζουν με την αμφισβήτηση της αναγκαιότητας των εμβολίων, συνεχίζουν με την αμφισβήτηση της ασφάλειάς τους και συνήθως καταλήγουν στην αμφισβήτηση της αποτελεσματικότητάς τους. Όσοι διστάζουν να εμβολιαστούν μπορεί είτε να επιλέξουν να καθυστερήσουν συνειδητά τον εμβολιασμό, είτε να λάβουν επιλεκτικά κάποια εμβόλια ή ακόμα και να τα αρνηθούν εντελώς. Η διστακτικότητα απέναντι στα εμβόλια αποτελεί ένα σύνθετο θέμα που επηρεάζεται από μια πληθώρα παραγόντων μεταξύ των οποίων είναι οι ατομικές πεποιθήσεις, ο βαθμός πρόσβασης στην πληροφορία, διάφορες κοινωνικο-πολιτιστικές επιρροές και η εμπιστοσύνη των ανθρώπων στα συστήματα και τις πολιτικές που σχετίζονται με τα εμβόλια (Cadeddu *et al.*, 2021). Επιπλέον, η ετικέτα της διστακτικότητας μπορεί να αποδοθεί ανακριβώς σε περιπτώσεις μη εμβολιασμού κατά τις οποίες υπάρχουν πρακτικά εμπόδια, ανταγωνιστικές προτεραιότητες, ζητήματα πρόσβασης ή αστοχίες στις υπηρεσίες υγείας.

Οι επαγγελματίες υγείας έρχονται όλο και περισσότερο αντιμέτωποι με τον δισταγμό απέναντι στα εμβόλια, ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα όπου οι υπηρεσίες εμβολιασμού δεν είναι εύκολα προσβάσιμες. Για να αντιμετωπιστεί η διστακτικότητα αποτελεσματικά, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να κατανοήσουν τα βασικά στοιχεία της, μεταξύ των οποίων συμπεριλαμβάνονται η σύλληψη της ιδέας του πιθανού κινδύνου από τα εμβόλια, η δυσπιστία προς τα ιδρύματα που σχετίζονται με την παραγωγή και τη διακίνηση των εμβολίων, οι εναλλακτικές πεποιθήσεις για την υγεία που αναπτύσσονται σε διάφορες

ομάδες ή στα κοινωνικά δίκτυα, υφιστάμενες φιλοσοφικές απόψεις για τη γονική μέριμνα και τα επίπεδα/πηγές ενημέρωσης των γονέων σχετικά με τον εμβολιασμό. Μέσω της κατανόησης των υποκείμενων παραγόντων, οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να αναπτύξουν κατάλληλες στρατηγικές επικοινωνίας και συμπεριφοράς για να κινήσουν το ενδιαφέρον σε διστακτικούς γονείς και να τους ενθαρρύνουν την αποδοχή του εμβολίου (Díaz Crescitelli *et al.*, 2019).

2.2 Η διστακτικότητα από τον 19ο αιώνα στη σύγχρονη εποχή

Η αντίσταση στον εμβολιασμό δεν είναι ένα πρόσφατο φαινόμενο. Από τότε που αναπτύχθηκε το πρώτο εμβόλιο κατά της ευλογιάς από τον Edward Jenner το 1796, εμφανίσθηκαν και ο σκεπτικισμός με την καχυποψία σχετικά με τα εμβόλια καθώς και για τα κίνητρα πίσω από τη χρήση τους (Riedel, 2005). Ο Edward Jenner που τάχθηκε υπέρ της χρήσης του ηπιότερου ιού της ευλογιάς σε ένα παιδί για τη διέγερση ανοσολογικής αντίδρασης, δοκίμασε την υπόθεσή του στον γιο του κηπουρού του και, στη συνέχεια, σε 23 ακόμη άτομα και το 1797 παρουσίασε το πείραμά του στη Βασιλική Εταιρεία, η οποία το απέρριψε, επικαλούμενη ανεπαρκή στοιχεία και τον επαναστατικό χαρακτήρα των αποτελεσμάτων του. Η τελική δημοσίευση των αποτελεσμάτων από τον Jenner προκάλεσε άμεση δημόσια κριτική και σημαντικές αντιδράσεις. Ο τοπικός κλήρος υποστήριξε ότι η ανάμειξη ζωικής ύλης με ανθρώπινη σάρκα αποτελούσε άμεση παραβίαση του θελήματος του Θεού. Άλλοι εξέφρασαν ανησυχίες ότι το εμβόλιο θα προκαλούσε “αγελαδομανία”, χρησιμοποιώντας εικόνες ενός αγοριού με πρόσωπο βοδιού και μιας ηλικιωμένης κυρίας που φέρεται να απέκτησε κέρατα μετά τον εμβολιασμό (Nuwarda *et al.*, 2022).

Το 1853, όταν πλέον ο βρετανικός νόμος κατέστησε υποχρεωτικό τον εμβολιασμό κατά της ευλογιάς για τα βρέφη κατά τους πρώτους 3 μήνες της ζωής τους, αυτό αποτέλεσε το πρώτο πρόγραμμα υποχρεωτικού εμβολιασμού στον κόσμο, προκάλεσε ευρεία αντίσταση και σε αρκετές πόλεις του Ηνωμένου Βασιλείου ξέσπασαν ταραχές. Το 1867, ο νόμος όρισε την ηλικία υποχρεωτικού εμβολιασμού στα 14 έτη, με κυρώσεις για τη μη συμμόρφωση. Οι αντίπαλοι του νόμου του 1867 επικαλέστηκαν προβληματισμό σχετικά με τις προσωπικές ελευθερίες και την ελευθερία επιλογής και την ίδια χρονιά ιδρύθηκε στο Λονδίνο η Ένωση κατά του υποχρεωτικού εμβολιασμού.

Στις δεκαετίες του 1870 και του 1880 εμφανίσθηκαν πολυάριθμες δημοσιεύσεις κατά του εμβολιασμού και άρχισαν να εμφανίζονται αντιεμβολιαστικά κινήματα σε ολόκληρη την

Ευρώπη. Μέχρι το 1872, τα ποσοστά εμβολιασμού στη Στοκχόλμη είχαν πέσει στο ~40%, σε σύγκριση με το ~90% που ήταν στην υπόλοιπη Σουηδία. Ωστόσο, όταν το 1874 εκδηλώθηκε μια μεγάλη επιδημία ευλογιάς η υιοθέτηση του εμβολιασμού απέτρεψε την περαιτέρω επέκταση της επιδημίας .

Επίσης προς το τέλος του 19ου αιώνα, τα αντιεμβολιαστικά αισθήματα αυξήθηκαν στις ΗΠΑ. Καθώς οι πολιτείες προσπαθούσαν να επιβάλουν ή να περάσουν νέους νόμους για τον εμβολιασμό προέκυψαν αντιεμβολιαστικά κινήματα. Ενώσεις κατά του εμβολιασμού ξεπήδησαν σε όλες τις ΗΠΑ και οι ακτιβιστές κατάφεραν να καταργήσουν τους νόμους περί υποχρεωτικού εμβολιασμού σε διάφορες πολιτείες.

Όταν η ευλογιά έπληξε το Κέμπριτζ της Μασαχουσέτης το 1902, το υγειονομικό συμβούλιο της πόλης επέβαλε σε όλους τους ενήλικες να εμβολιαστούν. Το 1905, στην υπόθεση Jacobson κατά πολιτείας της Μασαχουσέτης, όταν ένας πολίτης αμφισβήτησε την εξουσία της πολιτείας να περιορίζει την προσωπική του ελευθερία για λόγους δημόσιας υγείας, το Ανώτατο Δικαστήριο των ΗΠΑ έκρινε ότι η πολιτεία δικαιολογείται να περιορίζει την ατομική ελευθερία υπό την πίεση μεγάλων κινδύνων για τη διασφάλιση της δημόσιας ασφάλειας (Nuwarda *et al.*, 2022).

Μεταξύ 1920 και 1970, εισήχθησαν νέα εμβόλια για τη φυματίωση, τον κίτρινο πυρετό, τον κοκκύτη, τον τέτανο και την πολιομυελίτιδα, μειώνοντας δραματικά την παιδική θνησιμότητα. Η πολιομυελίτιδα, η οποία είτε παρέλυε είτε/και σκότωνε τα παιδιά, αποτέλεσε μείζον θέμα δημόσιας υγείας τη δεκαετία του 1950. Η σημαντική μείωση της πολιομυελίτιδας μετά την εισαγωγή του εμβολίου Salk το 1954 ενίσχυσε γενικά τη δημόσια αποδοχή των εμβολίων. Ωστόσο, από την αρχή της κυκλοφορίας των εμβολίων στην αγορά, υπήρχαν ανησυχίες του κοινού σχετικά με την αποτελεσματικότητα και τη συνολική ασφάλειά τους (*History of Vaccine Hesitancy*, 2021).

Το 1955, μετά την εισαγωγή του εμβολίου της πολιομυελίτιδας στις ΗΠΑ, συνέβη μια από τις χειρότερες καταστροφές όταν, και παρά τις επιτυχείς υποχρεωτικές δοκιμές ασφαλείας, διανεμήθηκαν στο κοινό παρτίδες που περιείχαν ενεργό ιό της πολιομυελίτιδας. Πάνω από 250 κρούσματα πολιομυελίτιδας συνδέθηκαν με το εμβόλιο του Salk που κατασκευάστηκε από μια μικρή οικογενειακή εταιρεία(Nuwarda *et al.*, 2022) (Cutter Laboratories). Αρκετές παρτίδες εμβολίων που κυκλοφόρησαν περιείχαν όχι τον πλήρως αδρανοποιημένο ιό πολιομυελίτιδας αλλά ζωντανό, ενεργό ιό. Εκατό είκοσι χιλιάδες παιδιά έλαβαν αυτό το εμβόλιο, εβδομήντα χιλιάδες παιδιά προσβλήθηκαν από ήπια πολιομυελίτιδα, διακόσια

έμειναν μόνιμα ανάπηρα και δέκα πέθαναν. Το περιστατικό του Cutter προκάλεσε δυσπιστία προς τη φαρμακευτική βιομηχανία, το εμβόλιο ανακλήθηκε και το περιστατικό αυτό άλλαξε τον τρόπο με τον οποίο κατασκευάζονται πλέον τα εμβόλια και ρυθμίζεται η κυκλοφορία τους.

Μια άλλη περίπτωση δυσπιστίας βγήκε στην επιφάνεια μεταξύ 1955 και 1963 όταν εκτιμήθηκε ότι το 10-30% των εμβολίων πολιομυελίτιδας στις ΗΠΑ ήταν μολυσμένα από τον ιό SV40 (Simian Virus) που ήταν ύποπτος για την πρόκληση καρκίνου στον άνθρωπο. Ο ιός αυτός παρουσιάστηκε σε καλλιέργειες νεφρικών κυττάρων πιθήκων, που χρησιμοποιούνταν τότε για την παραγωγή εμβολίων πολιομυελίτιδας. Μετά από αυτή τη μόλυνση, επιβλήθηκε ο έλεγχος όλων των νέων παρτίδων εμβολίων πολιομυελίτιδας για να διασφαλιστεί ότι δεν περιείχαν SV40. Σήμερα δεν χρησιμοποιούνται εμβόλια που να περιλαμβάνουν τον SV40, παρόλο που ποτέ δεν αποδείχθηκε άμεση σχέση μεταξύ των μολυσμένων εμβολίων πολιομυελίτιδας και του καρκίνου. Το 1976, για να αντιμετωπισθεί μια πιθανή πανδημία γρίπης, ξεκίνησε μια εκστρατεία για την ενθάρρυνση του εμβολιασμού κατά της γρίπης των χοίρων με πάνω από 45 εκατομμύρια άτομα να εμβολιάζονται (CDC, 2024b). Οι έρευνες που ακολούθησαν έδωσαν αντιφατικά αποτελέσματα: από καμία αποδεδειγμένη σχέση, έως τον κίνδυνο ενός πρόσθετου κρούσματος GBS ανά 1.000.000 εμβολιασμένων ατόμων. Σημειώνεται επίσης ότι την ίδια στιγμή ο κίνδυνος GBS μετά από λοίμωξη από γρίπη παρουσιάζεται αρκετές φορές μεγαλύτερος από τον κίνδυνο μετά από εμβολιασμό κατά της γρίπης. Οι επιπλοκές GBS από εμβολιασμούς είναι εξαιρετικά σπάνιες, γεγονός που υπογραμμίζει ότι απαιτείται κατάλληλη ενημέρωση για να βοηθηθούν τα άτομα να αξιολογήσουν τα οφέλη του εμβολιασμού έναντι των κινδύνων για πιθανές βλάβες.

Στα μέσα της δεκαετίας του 1970, υπήρξε διαμάχη σχετικά με την ασφάλεια του προγράμματος εμβολιασμού κατά της διφθερίτιδας, του τετάνου και του κοκκύτη (DTP). Το 1974, και ενώ το εμβόλιο είχε ήδη χρησιμοποιηθεί για περισσότερα από 20 χρόνια, δημοσιεύθηκε μια αναδρομική μελέτη που περιέγραφε 36 παιδιά που υπέστησαν σοβαρές νευρολογικές επιπλοκές από το DTP (Nuwarda *et al.*, 2022). Οι τραγικές ιστορίες παιδιών που υποτίθεται ότι έπαθαν ζημιά από το εμβόλιο δραματοποιήθηκαν στα μέσα ενημέρωσης και οι ανήσυχoi γονείς δημιούργησαν την Ένωση Γονέων Παιδιών που έπαθαν βλάβες από το εμβόλιο. Η ανεξάρτητη Κοινή Επιτροπή Εμβολιασμών και Ανοσοποίησης (JCVI) ξεκίνησε μια Εθνική Μελέτη Παιδικής Εγκεφαλοπάθειας για να διαπιστώσει αν ο εμβολιασμός σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εγκεφαλοπάθειας. Η JCVI κατέληξε στο

συμπέρασμα ότι ο κίνδυνος ήταν εξαιρετικά χαμηλός, αλλά το αρνητικό κοινό αίσθημα και η αβεβαιότητα στο ιατρικό επάγγελμα οδήγησαν σε ταχεία μείωση του ποσοστού εμβολιασμού. Λίγο αργότερα, ξέσπασε η πρώτη από τις τρεις μεγάλες επιδημίες κοκκύτη στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Μια δεύτερη διαμάχη για τα εμβόλια DTP παρουσιάστηκε στις ΗΠΑ το 1982 όταν η κοινή γνώμη άρχισε να αλλάζει απόψεις μετά από ένα ντοκιμαντέρ του NBC με τίτλο “DPT: Vaccine Roulette” και ένα βιβλίο με τίτλο “A Shot in the Dark”. Το ντοκιμαντέρ ισχυριζόταν ότι κάποια παιδιά παρουσίασαν επιληπτικές κρίσεις και μόνιμες εγκεφαλικές βλάβες από το εμβόλιο. Οι επιληπτικές κρίσεις ήταν μια σπάνια ανεπιθύμητη ενέργεια του εμβολίου, αλλά δεν έχουν αποδειχθεί μακροχρόνιες επιπτώσεις. Ωστόσο, το ντοκιμαντέρ διαστρέβλωσε τα αποτελέσματα των ερευνών για να επιτεθεί στην ασφάλεια του εμβολίου, με αποτέλεσμα να μειωθούν τα ποσοστά εμβολιασμού και να υπάρξουν αγωγές κατά των κατασκευαστών εμβολίων. Αυτές οι αντιπαραθέσεις είχαν ως αποτέλεσμα τη μείωση της χρήσης του εμβολίου κατά του κοκκύτη στο Ηνωμένο Βασίλειο από 81% το 1974 σε 31% το 1980, οδηγώντας σε μια επιδημία κοκκύτη, η οποία προκάλεσε σημαντική πίεση στο Εθνικό Σύστημα Υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο (*History of Vaccine Hesitancy*, 2021; Nuwarda *et al.*, 2022).

Η Ακαδημία Παιδιατρικής και το CDC (Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων) στις ΗΠΑ συνέχισαν να υποστηρίζουν τον εμβολιασμό, επομένως, η συνολική διαμάχη και η δημόσια κατακραυγή είχαν μικρότερο αντίκτυπο στα ποσοστά εμβολιασμού σε σύγκριση με το Ηνωμένο Βασίλειο. Το 1986 ψηφίστηκε ο Εθνικός Νόμος περί Βλαβών από Παιδικά Εμβόλια, έτσι ώστε να μπορούν να κατατίθενται αξιώσεις για βλάβες που σχετίζονται με τα εμβόλια, προστατεύοντας παράλληλα και τους κατασκευαστές εμβολίων. Το 1988 θεσπίστηκε επίσης το Εθνικό Πρόγραμμα Αποζημίωσης Βλαβών από Εμβόλια από το Υπουργείο Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών των ΗΠΑ, απαιτώντας από τα άτομα που ισχυρίζονται ότι υπέστησαν βλάβη από ένα καλυπτόμενο εμβόλιο να καταθέσουν πρώτα αίτηση στο Ομοσπονδιακό Δικαστήριο των ΗΠΑ.

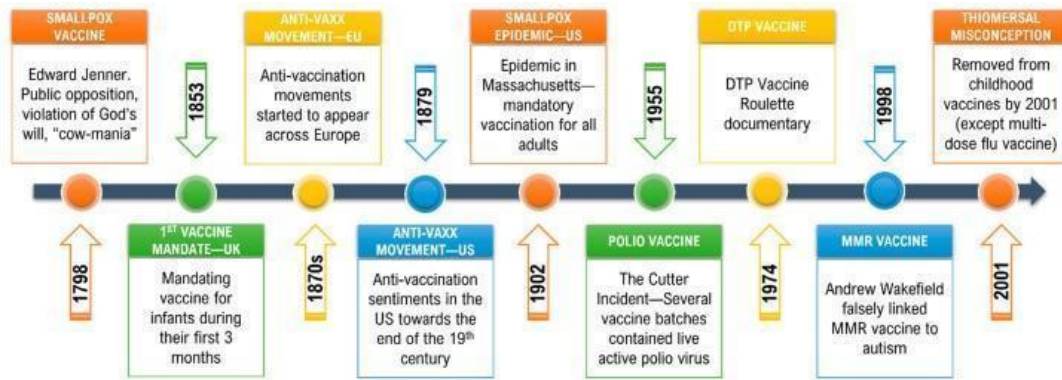
Το 1998, οι Wakefield *et al* δημοσίευσαν μια έκθεση στο περιοδικό *The Lancet*, υποστηρίζοντας ότι το εμβόλιο MMR (ιλαρά, παρωτίτιδα και ερυθρά) προκάλεσε αυτισμό σε 12 παιδιά. Παρά τον μικρό αριθμό των περιπτώσεων και την έλλειψη υποστηρικτικών εργαστηριακών στοιχείων, το άρθρο αυτό έλαβε ευρεία κάλυψη από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και οδήγησε σε μείωση του εμβολιασμού MMR. Μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες κατά την επόμενη δεκαετία διαπίστωσαν σταθερά ότι δεν υπάρχει καμία ένδειξη

σύνδεσης μεταξύ του εμβολίου MMR και του αυτισμού. Τα ευρήματα του Wakefield δεν αναπαράχθηκαν ποτέ και οι υπόλοιποι 10 συγγραφείς του άρθρου οδηγήθηκαν στην απόσυρση της δημοσίευσης το 2004, ο ίδιος όμως αρνήθηκε να συμπράξει μαζί τους. Τελικά το 2010, το Lancet απέσυρε την εργασία επικαλούμενο αρκετές ανακολουθίες. Το Γενικό Ιατρικό Συμβούλιο του Ηνωμένου Βασιλείου (GMC) διαπίστωσε ότι τα υποκείμενα του Wakefield επιλέγονταν προσεκτικά και ότι μέρος της έρευνας του Wakefield χρηματοδοτούνταν από δικηγόρους γονέων που συμμετείχαν σε αγωγές κατά κατασκευαστών εμβολίων, αποκαλύπτοντας σοβαρές συγκρούσεις συμφερόντων (Nuwarda *et al.*, 2022). Στις Ηνωμένες Πολιτείες, ωστόσο, οι ανησυχίες επικεντρώνονταν από τη δεκαετία του 1990 κυρίως στη θειομερσάλη (thiomerosal ή thimerosal), συστατικό το οποίο χρησιμοποιείται ως συντηρητικό σε ορισμένα εμβόλια, ως πιθανή αιτία αυτισμού λόγω της περιεκτικότητάς του σε υδράργυρο. Το ενδιαφέρον σχετικά με τη θειομερσάλη προέκυψε στο πλαίσιο ενός ευρύτερου παγκόσμιου κινήματος ανησυχίας για τον υδράργυρο στα τρόφιμα, τα φάρμακα και στο περιβάλλον. Το 1999, η Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων ζήτησε την αξιολόγηση του thimerosal στα παιδικά εμβόλια, παρόλο που η μικρή ποσότητα του συστατικού που χρησιμοποιείται σε αυτά περιέχει μόνο ελάχιστη ποσότητα αιθυλικού υδραργύρου και καθόλου μεθυλικό υδράργυρο, που είναι ο πιο επικίνδυνος τύπος υδραργύρου και ο οποίος αποτελούσε το πρωταρχικό αντικείμενο μιας ευρύτερης αναθεώρησης συστατικών που σχετίζονται με τον υδράργυρο σε όλα τα τρόφιμα και τα φάρμακα. Τελικά, αν και δεν υπήρχαν αποδείξεις ότι οι χαμηλές δόσεις θειομερσάλης στα εμβόλια προκαλούσαν οποιαδήποτε βλάβη ή για την υποτιθέμενη σύνδεσή τους με τον αυτισμό, το 1999 η Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας των ΗΠΑ και η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής εξέδωσαν σύσταση να αφαιρεθεί από τα παιδικά εμβόλια ως προληπτικό μέτρο. Το γεγονός αυτό, και παρόλο που η σύσταση ήταν προληπτική ενώ δεν υπήρχαν καν ενδείξεις βλάβης, έστειλε ανάμεικτα μηνύματα σχετικά με την ασφάλεια των εμβολίων, ενίσχυσε την ανησυχία μέρους του κοινού, προκάλεσε σύγχυση στους επαγγελματίες του ιατρικού κλάδου και φόβο στους γονείς (Larson, Gakidou and Murray, 2022). Για να αντιμετωπίσει τις αυξανόμενες ανησυχίες, το Institute of Medicine (*Immunization Safety Review: Vaccines and Autism*, 2004) διεξήγαγε μια μεγάλη ανασκόπηση των μελετών που διερευνούσαν τις σχέσεις μεταξύ εμβολίων και αυτισμού και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ούτε τα εμβόλια MMR (τα οποία δεν περιέχουν θειομερσάλη) ούτε τα εμβόλια που περιέχουν θειομερσάλη θα μπορούσαν να προκαλέσουν αυτισμό.

Εν τω μεταξύ, η προσοχή ορισμένων στράφηκε στην πιθανότητα ο αυξημένος αριθμός εμβολίων που χορηγούνται στα παιδιά να είναι δυνητικά αιτία αυτισμού, μια ανησυχία που επίσης δεν υποστηριζόταν από κανένα στοιχείο. Παρ' όλα αυτά, οι γονικές ανησυχίες έχουν επιμείνει. Μελέτη έδειξε ότι, μετά τη δημοσίευση της έκθεσης των Wakefield et al, σημειώθηκαν 70 πρόσθετοι ισχυρισμοί ανά μήνα στις Ηνωμένες Πολιτείες για βλάβες που σχετίζονται με το εμβόλιο MMR. Το 2008, η ιλαρά κηρύχθηκε ενδημική νόσος στην Αγγλία και την Ουαλία για πρώτη φορά μετά από 14 χρόνια. Η Υπηρεσία Προστασίας της Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου συνέδεσε την επιδημία αυτή με την πτώση των ποσοστών εμβολιασμού MMR. Η προσωπική εκστρατεία του Wakefield συνεχίστηκε ασκώντας κριτική στο CDC στην αμφιλεγόμενη ταινία του Vaxxed. Η αντιεμβολιαστική στάση του Wakefield πιστεύεται ότι συνέβαλε στην επιδημία ιλαράς στην Καλιφόρνια το 2015, όπου νόσησαν περισσότερα από 130 άτομα, καθώς και στη συρροή κρουσμάτων του 2017 στη Μινεσότα. Άλλες έρευνες επισήμαναν ότι η ανησυχία για τη σχέση μεταξύ του εμβολίου MMR και του αυτισμού είχε ως αποτέλεσμα την διστακτικότητα για το εμβόλιο στις κοινότητες Σομαλών μεταναστών στη Νορβηγία και στις Ηνωμένες Πολιτείες. Το 2012, μια δικαστική απόφαση στην Ιταλία χορήγησε αποζημίωση για βλάβες που σχετίζονται με τον εμβολιασμό, βάσει της έκθεσης του Wakefield και των συνεργατών του, γεγονός που ενίσχυσε περαιτέρω την ανησυχία του κοινού. Έχοντας χάσει τα διαπιστευτήριά του ως γενικός ιατρός στο Ηνωμένο Βασίλειο, ο Wakefield έγινε ακτιβιστής, απευθυνόμενος σε ενδιαφερόμενους γονείς και ενισχύοντας τις ανησυχίες τους για τα εμβόλια, μαζί με τον Robert F. Kennedy, Jr. έναν δικηγόρο που έγινε επικριτής των εμβολίων. Το προηγούμενο έργο του τελευταίου, σχετικά με τις τοξικές επιπτώσεις του υδραργύρου στο περιβάλλον, προσέφερε γόνιμο έδαφος για την εκστρατεία του κατά της θειομερσάλης και γενικότερα των κινδύνων ασφάλειας των εμβολίων. Οι πολιτικοί χρησιμοποίησαν επίσης τη διαμάχη για τη θειομερσάλη για πολιτικό όφελος. Το 2004, ο κυβερνήτης της Καλιφόρνιας, Arnold Schwarzenegger, απαγόρευσε τα εμβόλια γρίπης που περιέχουν θειομερσάλη - σύντομα ακολούθησαν και άλλες πολιτείες, όπως το Delaware, το Illinois, το Missouri, η Νέα Υόρκη και η Ουάσινγκτον. Στις ΗΠΑ, η θειομερσάλη αφαιρέθηκε από όλα τα παιδικά εμβόλια μέχρι το 2001, με εξαίρεση το εμβόλιο της γρίπης, το οποίο απαιτεί συντήρηση, καθώς διατίθεται σε φιαλίδια πολλαπλών δόσεων (Nuwarda et al., 2022).

Το χρονοδιάγραμμα του σκεπτικισμού για τα εμβόλια, από τις πρώτες ανακαλύψεις των εμβολίων έως τις αντιπαραθέσεις που περιβάλλουν τον εμβολιασμό στη σύγχρονη εποχή, απεικονίστηκε στον Πίνακα 2.1 (Nuwarda et al., 2022).

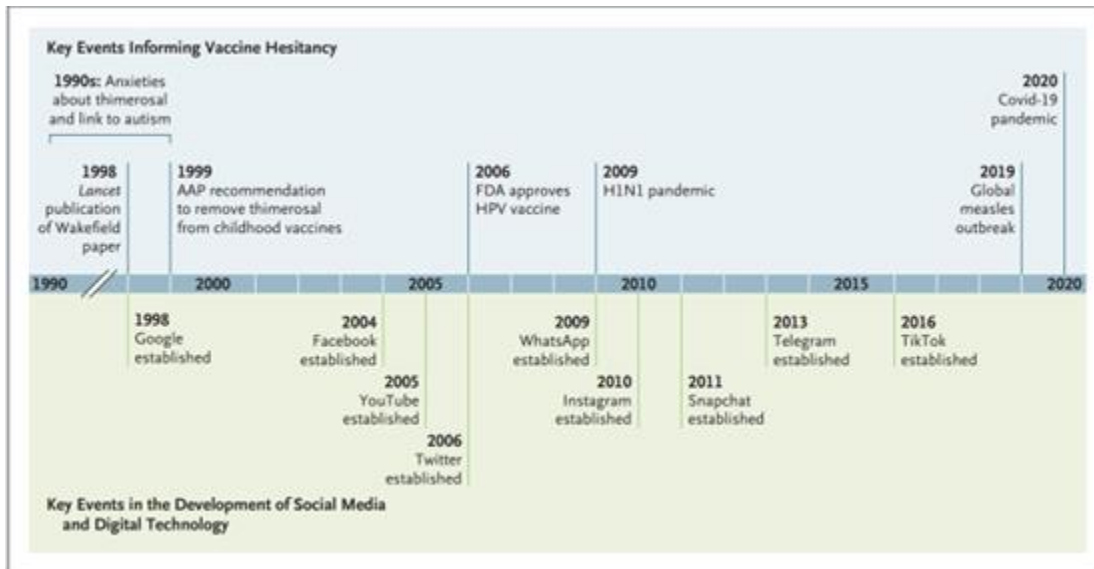
Πίνακας 2.1. Χρονοδιάγραμμα του σκεπτικισμού για τα εμβόλια



Πηγή: Nuwarda et al., 2022

Η εμφάνιση της Google το 1998, που ακολουθήθηκε από έναν καταγισμό νέων τεχνολογιών βασισμένων στο διαδίκτυο και στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, επέτρεψε την ευρεία πρόσβαση σε πληροφορίες αλλά ταυτόχρονα και σε παραπληροφόρηση, και τροφοδότησε μια εξάπλωση της αμφισβήτησης σχετικά με τα εμβόλια που πήρε διαστάσεις «επιδημίας» (Πίνακας 2.2). Μια μελέτη στην Ιταλία διερεύνησε το περιεχόμενο των βίντεο που ανέβηκαν στο YouTube μεταξύ 2007 και 2017, τα οποία ήταν εστιασμένα στην υποτιθέμενη σχέση μεταξύ του εμβολίου MMR και του αυτισμού. Κατά τη διάρκεια της δεκαετούς περιόδου μελέτης παρουσιάστηκε κλιμάκωση της ποσότητας των βίντεο με αρνητικό περιεχόμενο, που εν μέρει μπορεί να αντανάκλα την ανάπτυξη του YouTube μετά την έναρξη λειτουργίας του το 2005. Όμως, σύμφωνα με την μελέτη, τα αρνητικά βίντεο σχετικά με το εμβόλιο MMR ήταν κατά 3 φορές περισσότερα από τα θετικά, με τα αρνητικά βίντεο να προβάλλονται ευρύτερα. Μια άλλη ιταλική μελέτη σχετικά με το περιεχόμενο του YouTube που αφορούσε τα εμβόλια είχε παρόμοια ευρήματα. Άλλες μελέτες που διερεύνησαν το περιεχόμενο του εμβολίου HPV στο YouTube έδειξαν επίσης ότι τα αρνητικά βίντεο προσέλκυαν περισσότερους οπαδούς από τα θετικά (Larson, Gakidou and Murray, 2022).

Πίνακας 2.2. Χρονοδιάγραμμα των βασικών γεγονότων που προωθούν τη διστακτικότητα των εμβολίων με ορόσημο την επέκταση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης και της ψηφιακής τεχνολογίας



Πηγή: Larson et al., 2022

Επίσης, η ανησυχία για ένα εμβόλιο μπορεί να προκαλέσει αμφισβήτηση και δισταγμό σχετικά και με άλλα εμβόλια. Για παράδειγμα, οι αναφορές για κινδύνους που σχετίζονται με ένα εμβόλιο για τον δάγκειο πυρετό (Dengvaxia) στις Φιλιππίνες, συνέβαλαν στην πτώση του εμβολιασμού κατά της ιλαράς ενώ οι φόβοι για το εμβόλιο HPV στη Δανία προκάλεσαν μείωση της χρήσης του εμβολίου MMR. Αφού μειώθηκε η λήψη του εμβολίου HPV (από 95% σε λίγο πάνω από 30%) μετά από αρνητικές αναφορές στα μέσα ενημέρωσης, μειώθηκε επίσης και η κάλυψη του εμβολίου MMR σε δύο δόσεις, από 86% σε 80% μεταξύ των κοριτσιών και από 85% σε 79% μεταξύ των αγοριών. Οι αρνητικές αναφορές στα μέσα ενημέρωσης προκάλεσαν δισταγμό και άρνηση για το εμβόλιο HPV στη Δανία και αποτέλεσαν μέρος μιας σειράς αναφορών, σε παγκόσμιο επίπεδο, στις οποίες μετά τον εμβολιασμό κατά του HPV αναφέρθηκαν συμπτώματα όπως κόπωση και ζάλη έως λιποθυμία. Τα συμπτώματα αυτά πλέον ο ΠΟΥ χαρακτηρίζει ως "αντιδράσεις που σχετίζονται με το άγχος της ανοσοποίησης". Ένα επεισόδιο σημειώθηκε στην Ιαπωνία το 2013, ενώ συναφή γεγονότα το 2014 προκάλεσαν δισταγμό για το εμβόλιο HPV στη Δανία, την Ιρλανδία και την Κολομβία. Οι αντιδράσεις στην Ιαπωνία προκάλεσαν ένα κίνημα κατά του εμβολίου HPV μέσω Twitter με επικεφαλής τις μητέρες των κοριτσιών που επλήγησαν, με αποτέλεσμα η κυβέρνηση να αναστείλει την ενεργή σύσταση του εμβολίου HPV το 2013. Η αναστολή διήρκεσε σχεδόν 9 χρόνια ως τον Απρίλιο του 2022 οπότε και έγινε επαναφορά της σύστασης. Η ιστορία της παρατεταμένης αναστολής της σύστασης στην Ιαπωνία ταξίδεψε σε όλο τον κόσμο μέσω των ειδησεογραφικών μέσων και των μέσων κοινωνικής

δικτύωσης, προκαλώντας μια ραγδαία παγκόσμια εξάπλωση του δισταγμού για το εμβόλιο HPV (Larson, Gakidou and Murray, 2022).

Σε μια μελέτη μοντελοποίησης του 2020, στην Ιαπωνία (Simms *et al.*, 2020), εκτιμήθηκε ότι η διστακτικότητα στον εμβολιασμό μεταξύ 2013 και 2019 θα οδηγήσει σε περισσότερες από 25.000 περιπτώσεις καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, που θα μπορούσαν να προληφθούν, καθώς και σε 5.000 έως 5.700 επιπλέον θανάτους από τον καρκίνο αυτό.

Ο ρόλος των μέσων κοινωνικής δικτύωσης στην εξάπλωση της διστακτικότητας στα εμβόλια και των αυξανόμενων και περισσότερο τεκμηριωμένων συνεπειών της στην υγεία δεν μπορεί να υποεκτιμηθεί, ενώ η διστακτικότητα έχει κλιμακωθεί την τελευταία δεκαετία, φτάνοντας σε νέα επίπεδα στο πλαίσιο της πανδημίας COVID-19 (Larson, Gakidou and Murray, 2022).

2.3 Αιτίες διστακτικότητας

Για να γίνουν κατανοητές οι αιτίες της διστακτικότητας στον εμβολιασμό θα πρέπει το φαινόμενο αυτό να εξετασθεί μέσα σε ένα ευρύτερο ιστορικό, πολιτικό και κοινωνικοπολιτιστικό πλαίσιο. Η διαδικασία λήψης αποφάσεων σχετικά με τον εμβολιασμό επηρεάζεται από μια σειρά παράγοντες όπως είναι η προηγούμενη εμπειρία του ατόμου από τις υπηρεσίες υγείας, το οικογενειακό ιστορικό, τα συναισθήματα ελέγχου, οι συνομιλίες με φίλους, η συμμετοχή του στα κοινωνικά δίκτυα και άλλοι.

Όπως τόνισε ο Hobson West, «ο εμβολιασμός είναι μία μόνο από τις πολλές αποφάσεις που αντιμετωπίζουν οι γονείς καθώς υπάρχουν άλλες καθημερινές ανησυχίες σχετικά με την υγεία και τη διατροφή των παιδιών τους που έχουν προτεραιότητα και σε συγκεκριμένες χρονικές στιγμές μπορεί να επηρεάσουν την προθυμία τους για εμβολιασμό» (Hobson-West, 2003).

Ο Streefland με τους συνεργάτες του χρησιμοποίησε την έκφραση «τοπικές κουλτούρες εμβολιασμού» θέλοντας να περιγράψει το πώς η απόφαση κάθε ατόμου σχετικά με τον εμβολιασμό επηρεάζεται από «κοινές πεποιθήσεις σχετικά με την αιτιολογία της νόσου, ιδέες για την ισχύ και την αποτελεσματικότητα της σύγχρονης ιατρικής καθώς και απόψεις για την ανάγκη λήψης προληπτικών μέτρων» σε συνδυασμό με τις «εμπειρίες εμβολιασμού από τις τοπικές υπηρεσίες υγείας» (Dubé *et al.*, 2013).

Ένα ευρύ φάσμα παραγόντων συμβάλλει στις ανησυχίες των γονέων σχετικά με τα εμβόλια. Συχνά δηλώνεται ότι τα εμβόλια υπήρξαν «θύματα της δικής τους επιτυχίας», καθώς με την χρήση τους έγινε δυνατόν να ελεγχθούν αποτελεσματικά πολλές άλλοτε κοινές μολυσματικές ασθένειες της παιδικής ηλικίας, με τις οποίες οι γονείς των μικρών παιδιών δεν είναι εξοικειωμένοι και σήμερα πλέον έχουν γίνει εξαιρετικά σπάνιες στον δυτικό κόσμο ως αποτέλεσμα επιτυχημένων προγραμμάτων εμβολιασμού.

Πολλοί γονείς και νεότεροι γιατροί δεν γνωρίζουν από πρώτο χέρι τους κινδύνους των ασθενειών που μπορούν να προληφθούν με τα εμβόλια. Οι αξιωματούχοι δημόσιας υγείας τονίζουν ότι τα συνεχιζόμενα υψηλά ποσοστά εμβολιασμού είναι κρίσιμα για τη συνεχή πρόληψη αυτών των ασθενειών, αλλά η αναγνώριση των άμεσων και έμμεσων οφελών του εμβολιασμού μπορεί να είναι δύσκολη τόσο για τους γονείς όσο και για κάποιους νέους ιατρούς.

Και ενώ τα οφέλη των εμβολίων για άτομα και κοινότητες είναι δύσκολο να παρατηρηθούν, οι κίνδυνοι των εμβολίων - τόσο οι πραγματικοί όσο και οι υποτιθέμενοι - γίνονται εύκολα ορατοί για εκείνους που πιστεύουν ότι τα εμβόλια είναι η αιτία των δικών τους ιατρικών καταστάσεων ή αυτών του παιδιού τους.

Έτσι, ο φόβος έχει μετατοπιστεί σε υποτιθέμενες παρενέργειες των εμβολίων που συνήθως περιλαμβάνουν προβλήματα υγείας στην παιδική ηλικία που εμφανίζονται την ίδια εποχή που γίνονται τα περισσότερα εμβόλια. Επομένως, υπάρχει μια χρονική σύμπτωση μεταξύ τού πότε χορηγούνται τα εμβόλια και τού πότε εντοπίζεται ένα αρνητικό γεγονός που προκαλεί ανησυχία για την υγεία. Οι γονείς είναι επιρρεπείς στο εσφαλμένο λογικό συμπέρασμα του «post hoc ergo propter hoc» ή «μετά από αυτό, άρα εξαιτίας αυτού».

Ο αυτισμός είναι ίσως το πιο ορατό παράδειγμα του φαινομένου, αλλά παρατηρείται το ίδιο με τον διαβήτη, τις αλλεργίες και άλλα αυτοάνοσα νοσήματα. Ως γνωστόν, η αιτιολογία του αυτισμού είναι ελάχιστα κατανοητή, πιστεύεται ότι περιλαμβάνει μια γενετική ευαισθησία σε συνδυασμό με μια απροσδιόριστη περιβαλλοντική έκθεση. Σε κάποιες περιπτώσεις καταγράφηκαν περιπτώσεις βρεφών που διαγνώστηκαν με αυτισμό μετά τη χορήγηση του εμβολίου. Καθώς τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί ο επιπολασμός σε διαγνώσεις αυτισμού σε επίπεδο γενικού πληθυσμού, ορισμένοι σημειώνουν ότι αυτή η αύξηση συμπίπτει με την αύξηση του αριθμού των εμβολίων που χορηγούνται πριν από την ηλικία των 2 ετών. Πιο συγκεκριμένα, ενώ έως το 1995 υπήρχε σύσταση για 15 εμβόλια τα οποία προστατεύουν από εννέα ασθένειες, το 2015 ο αριθμός των εμβολίων έφτασε στα 24 προστατεύοντας τα

παιδιά από 14 ασθένειες, καθιστώντας έτσι τα εμβόλια τον φυσικό ύποπτο για την αιτία πολλών βρεφικών και παιδικών ασθενειών (Nuwarda *et al.*, 2022)

Ορισμένοι επικριτές της σύγχρονης πολιτικής εμβολίων ισχυρίζονται ότι τα διάφορα αντιγόνα εμβολίων (ιδιαίτερα όταν αυτά χορηγούνται ταυτόχρονα) αλληλεπιδρούν με επιβλαβείς τρόπους που δεν αναγνωρίζονται από την κύρια ιατρική κοινότητα (Schwartz and Caplan, 2011)

Η υποτιθέμενη σχέση μεταξύ εμβολίων και αυτισμού είναι το πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα του φάσματος των θεωριών σύμφωνα με τις οποίες τα συστατικά του εμβολίου, τα συγκεκριμένα εμβόλια, ο χρόνος χορήγησής τους ή/και οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ τους φέρεται να προκαλούν ανεπιθύμητες ενέργειες πέρα από τους περιορισμένους κινδύνους που σχετίζονται με το εμβόλιο και οι οποίοι είναι γνωστό ότι υπάρχουν. Ο φόβος του αυτισμού εξακολουθεί να είναι και σήμερα η πιο συχνά αναφερόμενη ανησυχία για την ασφάλεια των εμβολίων μεταξύ των γονέων.

Οι πρόσφατες αντιπαραθέσεις σχετικά με την ασφάλεια των εμβολίων έχουν συμβάλει στην αύξηση των πληροφοριών που είναι διαθέσιμες στους γονείς και τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με τα εμβόλια και τις ασθένειες που μπορούν αυτά να προλάβουν. Η ακρίβεια και εν γένει η ποιότητα των πληροφοριών αυτών ποικίλλει σε μεγάλο βαθμό, ιδιαίτερα αν προέρχονται από το Διαδίκτυο. Το να διακρίνει κανείς τις αξιόπιστες πηγές μεταξύ όλου του διαθέσιμου υλικού αποτελεί πρόκληση για το κοινό (Schwartz and Caplan, 2011).

Όμως, ο κίνδυνος από τα εμβόλια, όπως τον αντιλαμβάνονται οι γονείς, είναι κατά πολύ μεγαλύτερος από ό,τι είναι στην πραγματικότητα. Σε αυτό συνεισφέρουν γεγονότα όπως η υποχρεωτική φύση των εμβολίων για τα παιδιά, η αδυναμία των γονέων να ελέγξουν τον κίνδυνο από παρενέργειες, η ανθρωπογενής φύση των εμβολίων και η ίδια η απρόβλεπτη φύση των πιθανών παρενεργειών.

Ένας ακόμα παράγοντας διστακτικότητας οφείλεται στο γεγονός ότι, όταν κάποιος καλείται να πάρει μια απόφαση έχει τάση να προτιμάει να υποπέσει σε σφάλματα παράλειψης παρά σε σφάλματα εκτέλεσης. Καθώς τα πρώτα αντιπροσωπεύουν μια υπερβολικά παθητική προσέγγιση για την ανάληψη δράσης, ενώ τα δεύτερα αντανακλούν μια απροκάλυπτα επιθετική στάση προς τη λήψη αποφάσεων, πολλοί φαίνεται ότι προτιμούν να αντιμετωπίσουν κάποια δυσμενή αποτελέσματα υγείας λόγω ασθένειας μετά τον μη εμβολιασμό των παιδιών τους και όχι αντίστοιχα πιθανά προβλήματα λόγω του

εμβολιασμού. Επιπλέον, κάποιοι γονείς μπορεί να αγχωθούν βλέποντας τα βρέφη τους να δέχονται πολλαπλές ενέσεις, ειδικά όταν εκείνοι έχουν αποστροφή στις βελόνες.

Μια συρροή και άλλων σύγχρονων θεμάτων συμβάλλει περαιτέρω στις ανησυχίες των γονέων. Η εμπιστοσύνη σε ιδρύματα και θεσμούς είναι χαμηλή, είτε πρόκειται για τις εταιρείες που παράγουν εμβόλια, είτε για τους φορείς δημόσιας υγείας που τα αγοράζουν και τα προωθούν. Συνολικά, το κοινό έχει εκφράσει από καιρό φόβους για το φαρμακευτικό-βιομηχανικό σύστημα, ενώ η ανάπτυξη του διαδικτύου επέτρεψε οι καταγγελίες για παρενέργειες από εμβόλια να εξαπλώνονται γρήγορα σε όλο τον κόσμο (Nuwarda *et al.*, 2022).

Στον μεταμοντέρνο κόσμο που ζούμε, όπου αμφισβητείται η νομιμότητα της επιστήμης, της γνώσης των ειδικών και η ιατρική αυθεντία, δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι όλο και περισσότερα άτομα αμφισβητούν τη σημασία του εμβολιασμού.

Η διστακτικότητα στον εμβολιασμό μπορεί επίσης να θεωρηθεί συνέπεια του γεγονότος ότι η προαγωγή υγείας εστιάζεται πλέον στην ατομική δράση, τον τρόπο ζωής και την ανάπτυξη ενός είδους «καταναλωτισμού» στην υγειονομική περίθαλψη όπου ο ασθενής συμμετέχει με δική του απόφαση (Dubé *et al.*, 2013).

Η αυξητική τάση για ενημέρωση των ασθενών (και εδώ προφανώς έχει παίξει ιδιαίτερο ρόλο το διαδίκτυο) έχει μετατοπίσει το κέντρο ισχύος από τον γιατρό-αυθεντία, που παραδοσιακά αποτελούσε τον μοναδικό υπεύθυνο της φροντίδας των ασθενών, στην συν-απόφαση όπου οι ασθενείς συμμετέχουν ενεργά μαζί με τους επαγγελματίες υγείας στη διαδικασία λήψης αποφάσεων σχετικά με την υγεία τους.

Τέλος, υπάρχει ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον των γονιών και του κοινού για τα φυσικά προϊόντα, με αποτέλεσμα ορισμένοι να ζητούν προσπάθειες για να «πρασινίσουν τα εμβόλια» (Nuwarda *et al.*, 2022).

2.4 Αιτίες καθυστέρησης και άρνησης των εμβολίων

Η άρνηση εμβολιασμού από τους γονείς έχει συσχετιστεί με τις αντιλήψεις τους για τη πιθανότητα μιας σοβαρής νόσησης και την ευαισθησία των ίδιων ή των παιδιών τους στη νόσο αυτή, την εικόνα που έχουν για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των εμβολίων καθώς και την εμπιστοσύνη τους στους φορείς της υγειονομικής περίθαλψης αλλά και στην κυβέρνηση/κράτος (Salmon *et al.*, 2015).

Σε μια έρευνα του National Immunization Survey (NIS) που έγινε σε παιδιά ηλικίας 19–35 μηνών, όπου εξασφαλίστηκε η ταυτόχρονη λήψη δειγματοληπτικών ιστορικών εμβολιασμού επιβεβαιωμένων από επαγγελματίες υγείας, εξετάστηκαν οι συμπεριφορές των γονέων. Έτσι έγινε δυνατό να συνδυασθούν τα ιστορικά ανοσοποίησης με τις στάσεις, τις πεποιθήσεις και τη λήψη αποφάσεων των γονέων. Εξετάστηκαν δύο ενότητες συμπεριφοράς, η "Γνώση, Στάσεις και Πρακτικές" και η "Γονικές Γνώσεις και Εμπειρίες", που έγιναν μεταξύ 2000–2001 και 2001–2002 αντίστοιχα. Τα δημοσιευμένα δεδομένα επιβεβαίωσαν τη συσχέτιση μεταξύ των ανησυχιών για την ασφάλεια των εμβολίων και του υποεμβολιασμού και επανέλαβαν τη σημασία των συστάσεων του επαγγελματία υγείας και την αντιμετώπιση των ανησυχιών ακόμη και σε γονείς που εμβολίασαν πλήρως τα παιδιά τους (Schwartz, Yusuf and Rodewald, 2000; Allred *et al.*, 2005).

Αντίστοιχα δεδομένα του NIS από το 2003 (Smith *et al.*, 2010) κατέγραψαν ότι το 21,8% των γονέων καθυστέρησε σκόπιμα τις δόσεις των εμβολίων. Οι γονείς ανέφεραν ότι καθυστέρησαν τα εμβόλια για λόγους όπως ανησυχίες σχετικά με την ασφάλεια ή την αποτελεσματικότητα του εμβολίου (44,8%), ταυτόχρονη ασθένεια (36,1%), χαμένα ραντεβού (7,7%), κόστος (5,6%) και άλλους απροσδιόριστους λόγους (8,5%).

Η σκόπιμη καθυστέρηση εμβολιασμού, που οδήγησε σε χαμηλότερα επίπεδα εμβολιασμού των νηπίων ηλικίας 19 μηνών, συνδέθηκε με την έκθεση των γονέων σε απρόσφορες πληροφορίες σχετικά με τα εμβόλια, καθώς και με ορισμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά (μη Ισπανόφωνη λευκή φυλή, παντρεμένες μητέρες, ανώτερη εκπαίδευση και μητέρες μεγαλύτερης ηλικίας, προτίμηση στην αγγλική γλώσσα και υψηλότερο οικογενειακό εισόδημα). Σε συμπεριφορικά δεδομένα από το 2009 διαπιστώθηκε ότι το 39,8% των γονέων καθυστέρησαν ή αρνήθηκαν τουλάχιστον μία δόση εμβολίου, το 25,8% καθυστέρησε μία ή περισσότερες δόσεις, το 8,2% αρνήθηκε μία ή περισσότερες και το 5,8% καθυστέρησαν και αρνήθηκαν μία ή περισσότερες δόσεις. Η καθυστέρηση και άρνηση του εμβολίου συσχετίστηκαν με τη θεώρηση ότι ο κίνδυνος προσβολής από την νόσο είναι χαμηλός, με την αντίληψη ότι οι ασθένειες που μπορούν να προληφθούν με το εμβόλιο δεν αποτελούν λόγο ανησυχίας για την υγεία, με χαμηλή εκτίμηση της ασφάλειας και αποτελεσματικότητας του εμβολίου καθώς και μικρή εμπιστοσύνη στις επαγγελματικές ιατρικές ενώσεις (Salmon *et al.*, 2015).

Στη άλλη μελέτη ως προς τους λόγους που αναφέρουν οι γονείς για την καθυστέρηση ή την άρνηση των εμβολίων (Smith *et al.*, 2011), δεν υπήρχε εμφανής «φυσική» λογική σειρά σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση της καθυστέρησης/άρνησης των γονέων. Για

παράδειγμα, οι γονείς που μόνο καθυστέρησαν τα εμβόλια, σε σύγκριση με τους γονείς που καθυστέρησαν και αρνήθηκαν, ήταν σημαντικά πιο πιθανό να πουν ότι το έκαναν επειδή το παιδί τους ήταν άρρωστο (59,3% έναντι 45,9%). Οι γονείς που μόνο αρνήθηκαν τα εμβόλια, σε σύγκριση με τους γονείς που καθυστέρησαν και αρνήθηκαν, ήταν λιγότερο πιθανό να πουν ότι ο λόγος που το έκαναν ήταν επειδή το παιδί τους ήταν άρρωστο (30,1% έναντι 45,9%).

Ωστόσο, η σειρά της γονικής καθυστέρησης/άρνησης ξεκινώντας από αυτούς που μόνο καθυστέρησαν και φθάνοντας σε αυτούς που μόνο αρνήθηκαν και στη συνέχεια στους γονείς που καθυστέρησαν και αρνήθηκαν συνδέθηκε με αυξανόμενο δισταγμό σε σχέση και με άλλους λόγους που έδωσαν οι γονείς. Για παράδειγμα, οι γονείς που καθυστέρησαν και αρνήθηκαν τα εμβόλια, σε σύγκριση με τους γονείς που μόνο καθυστέρησαν και τους γονείς που μόνο αρνήθηκαν, ήταν σημαντικά πιο πιθανό να πουν ότι ο λόγος για την καθυστέρηση και την άρνηση ήταν επειδή «υπήρχαν πάρα πολλά εμβόλια».

Επίσης, οι γονείς που μόνο αρνήθηκαν και οι γονείς που αρνήθηκαν και καθυστέρησαν, σε σύγκριση με τους γονείς που μόνο καθυστέρησαν, ήταν πολύ πιο πιθανό να αναφέρουν ότι οι λόγοι για την απόφασή τους οφείλονταν σε ανησυχίες για τον αυτισμό, την αποτελεσματικότητα του εμβολίου και τις παρενέργειες του εμβολίου ή επειδή άκουσαν ή διάβασαν αρνητικά πράγματα για τα εμβόλια στα μέσα ενημέρωσης

Οι γονείς που προτιμούν μια μη παραδοσιακή προσέγγιση στον τακτικό εμβολιασμό δημιουργούν δυσκολίες στους επαγγελματίες υγείας, αν και συνήθως οι μοναδικοί κίνδυνοι που εγείρονται από τα εναλλακτικά προγράμματα περιορίζονται στον επιπλέον χρόνο που απαιτείται για την ολοκλήρωση όλων των συνιστώμενων εμβολιασμών. Ωστόσο σε μια έρευνα, των Flanagan-Klygis, Sharp and Frader το 2005, το 85% των παιδιάτρων ανέφεραν ότι συνάντησαν τουλάχιστον μία οικογένεια στα ιατρεία τους που αρνήθηκε εντελώς τα εμβόλια. Όσοι αρνούνται ένα ή περισσότερα εμβόλια αποτελούν κάτι παραπάνω από μια ηθική και κλινική δοκιμασία για το σύστημα της δημόσιας υγείας. Ο αριθμός των γονέων που σε εθνικό επίπεδο αρνούνται τα εμβόλια μπορεί σε απόλυτες τιμές να παραμένει μικρός, αλλά υπάρχει μια έντονη ανοδική τάση που αντανακλάται στην πρόσφατη αύξηση των μη ιατρικών εξαιρέσεων από τις απαιτήσεις εμβολιασμού των κρατικών σχολείων.

Η επιλογή των γονέων να αρνούνται τα συνιστώμενα εμβόλια επιβαρύνει τη σχέση γιατρού-ασθενούς, ιδιαίτερα για τους γιατρούς που είναι πιστοί στον εμβολιασμό, καθώς τον θεωρούν ουσιαστικό μέσο πρόληψης ασθενειών. Για το λόγο αυτό, εμφανίσθηκαν δίκτυα

γονέων που επικρίνουν τη σύγχρονη πολιτική εμβολίων και κυκλοφορούν λίστες με γιατρούς που αισθάνονται άνετα με την καθυστέρηση ή την απόρριψη των εμβολίων. Αυτά τα άτομα περιγράφονται, μάλλον κατ' ευφημισμό, ως γιατροί «φιλικόι προς τα εμβόλια» (Schwartz and Caplan, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 – Παράγοντες που προσδιορίζουν τη διστακτικότητα και στρατηγικές αντιμετώπισης

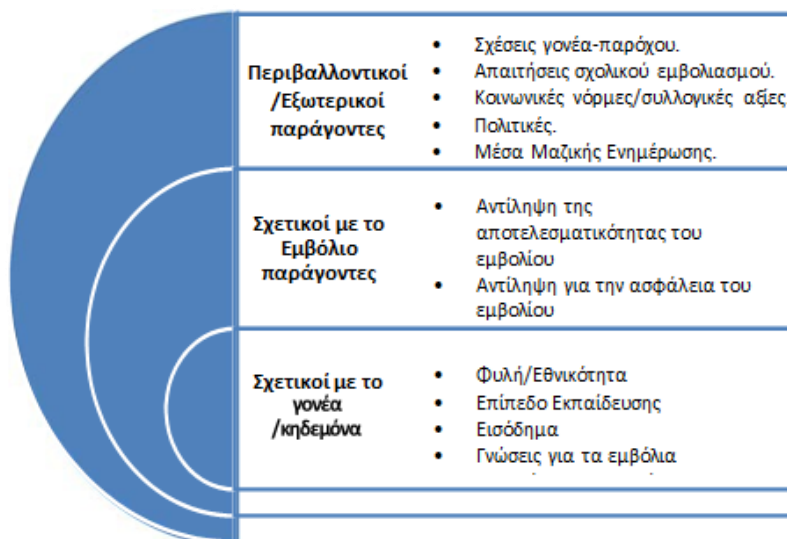
3.1 Προσδιοριστικοί παράγοντες του φαινομένου της διστακτικότητας στα εμβόλια

Οι καθοριστικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη διστακτικότητα στα εμβόλια μπορούν να εξηγηθούν/ταξινομηθούν με βάση την επιδημιολογική τριάδα όπως παρουσιάζεται από τους (Kumar *et al.*, 2016) και είναι (Πίνακας 3.1):

- η σύνθετη αλληλεπίδραση με περιβαλλοντικούς (εξωτερικούς) παράγοντες,
- οι σχετικοί με το εμβόλιο παράγοντες και
- οι παράγοντες που αφορούν τον γονέα/κηδεμόνα.

Οι ανωτέρω παράγοντες μπορεί να είναι πολυάριθμοι αλλά είναι συγκεκριμένοι και είναι σημαντικό να τους κατανοήσουμε και να αναγνωρίσουμε την συσχέτισή τους.

Πίνακας 3.1. Μοντέλο για την κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη διστακτικότητα στα εμβόλια με βάση την επιδημιολογική τριάδα



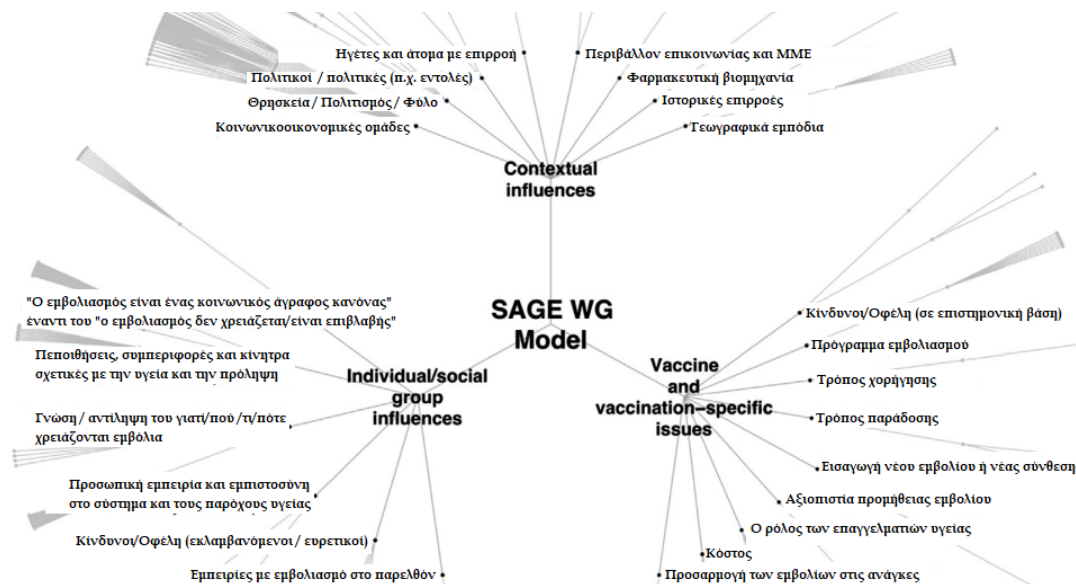
Πηγή: Kumar *et al.*, 2016

Σε μια άλλη παράλληλη μελέτη που έγινε από Ομάδα Εργασίας η οποία λειτούργησε υπό την αιγίδα της Στρατηγικής Συμβουλευτικής Ομάδας Εμπειρογνομόνων [SAGE] για την

Ανοσοποίηση στο Ηνωμένο Βασίλειο κατά το έτος 2012 εξετάστηκε και πάλι η μοντελοποίηση της διστακτικότητας. Η ομάδα ανέπτυξε ένα μοντέλο που περιλαμβάνει μια ευρεία επιλογή από πιθανούς παράγοντες που επηρεάζουν τη διστακτικότητα στα εμβόλια και έχουν προκύψει από τη συλλογική εμπειρία και τις γνώσεις των μελών του SAGE WG, που θεωρούνται ειδικοί στον τομέα τους και αντιπροσωπεύουν διαφορετικούς κλάδους. Το «Μοντέλο καθοριστικών παραγόντων διστακτικότητας στα εμβόλια» (Σχήμα 3.1) είναι οργανωμένο γύρω από τρεις βασικούς τομείς:

1. Επιρροές που σχετίζονται με το γενικό πλαίσιο (*Contextual influences*), όπου συμπεριλαμβάνονται παράγοντες ιστορικοί, κοινωνικο-πολιτιστικοί, περιβαλλοντικοί, σχετιζόμενοι με το σύστημα υγείας ή/και τους θεσμούς, οικονομικοί ή πολιτικοί.
2. Επιρροές που σχετίζονται με το άτομο και την ομάδα (*Individual and group influences*), όπου συμπεριλαμβάνονται οι προσωπικές αντιλήψεις για το εμβόλιο ή οι επιρροές του κοινωνικού ευρύτερου ή στενού περιβάλλοντος και
3. Θέματα εμβολίου και εμβολιασμού που σχετίζονται άμεσα με τα χαρακτηριστικά του εμβολίου ή τη διαδικασία εμβολιασμού (*Vaccine and vaccination-specific issues*) (Larson *et al.*, 2014).

Σχήμα 3.1. Ομάδα Εργασίας SAGE: “ Μοντέλο καθοριστικών παραγόντων διστακτικότητας εμβολίων”.



Πηγή: Larson et al.,2014

Σε μια περαιτέρω ανάλυση θα μπορούσε να αναφερθεί και η έννοια της «εμβολιαστικής παιδείας», προκειμένου να ορισθούν και να γίνουν καλύτερα κατανοητοί οι κύριοι και

καθοριστικοί παράγοντες της πρόσληψης του εμβολίου. Συγκεκριμένα, εξετάζονται οι γνώσεις του κοινού για τη υγεία από την άποψη της στάσης και του δισταγμού έναντι των εμβολίων. Όπως αναφέρεται στον (Larson *et al.*, 2014) «η εμβολιαστική παιδεία δεν είναι απλώς η γνώση για τα εμβόλια, αλλά και η ανάπτυξη ενός σχετικά απλού συστήματος επικοινωνίας και διάθεσης εμβολίων που λειτουργεί ως απαραίτητη προϋπόθεση “*sine qua non*” για ένα λειτουργικό σύστημα υγείας». Οι πληροφορίες για τα εμβόλια τείνουν να γίνονται πολύπλοκες και η κατανόησή τους απαιτεί αυξημένες δεξιότητες ανάγνωσης και αριθμητικής, γι' αυτό η επικοινωνία των πληροφοριών στους ασθενείς αποτελεί πρόκληση, ιδιαίτερα εάν οι ασθενείς έχουν χαμηλές γνώσεις σε θέματα υγείας. Επιπλέον, για την αναζήτηση των σωστών πληροφοριών, απαιτούνται δεξιότητες κριτικής και αξιολόγησης ιδίως αν ληφθεί υπόψη η ολοένα αυξανόμενη υπερπληθώρα πληροφοριών στα μέσα ενημέρωσης και ιδιαίτερα στο Διαδίκτυο.

Σε ένα τέτοιο σενάριο, οι γνώσεις για την υγεία, και συγκεκριμένα για τα εμβόλια, μπορεί να επηρεάσουν την πρόσληψη του εμβολίου και συνεπώς θα πρέπει να θεωρούνται ως πιθανοί καθοριστικοί παράγοντες διστακτικότητας.

Οι παράγοντες που συμβάλλουν στη διστακτικότητα απέναντι στον εμβολιασμό αποτυπώνονται με το μοντέλο «3C» (confidence, complacency and convenience):

1. Εμπιστοσύνη (Confidence): Αναφέρονται η εμπιστοσύνη στο εμβόλιο, στον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης και στο σύστημα διακίνησης των εμβολίων. Η χαμηλή εμπιστοσύνη συχνά πηγάζει από ανησυχίες σχετικά με την ασφάλεια, την αποτελεσματικότητα ή τις παρενέργειες των εμβολίων. Η επιρροή των μέσων ενημέρωσης, των κοινωνικών δικτύων και η παραπληροφόρηση μπορούν να υπονομεύσουν την εμπιστοσύνη και να αυξήσουν τη διστακτικότητα.
2. Εφησυχασμός (Complacency): Οι άνθρωποι πολλές φορές αντιλαμβάνονται τον κίνδυνο ασθενειών που προλαμβάνονται με εμβολιασμό ως χαμηλό, ειδικά σε περιοχές όπου οι ασθένειες είναι σπάνιες λόγω του εκτεταμένου εμβολιασμού. Καθώς τα άτομα δεν αισθάνονται ευάλωτα στην ασθένεια οδηγούνται σε μειωμένη αίσθηση του επείγοντος ή της ανάγκης εμβολιασμού,.
3. Ευκολία (Convenience): Η προσβασιμότητα και το κόστος των εμβολίων διαδραματίζουν επίσης κρίσιμο ρόλο. Εάν οι υπηρεσίες εμβολιασμού είναι δυσπρόσιτες, δεν ενσωματώνονται στη συνήθη υγειονομική περίθαλψη ή εάν τα

εμβόλια είναι ακριβά, οι άνθρωποι μπορεί να καθυστερήσουν ή να παραιτηθούν από τον εμβολιασμό.

Οι ανωτέρω παράγοντες επηρεάζονται από μια σειρά επιρροών όπως πολιτιστικά πρότυπα και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, ατομικές/ομαδικές πεποιθήσεις και προβληματισμοί για τα εμβόλια. Επιπλέον, ο αντίκτυπος των παραγόντων ποικίλλει μεταξύ των διαφόρων κοινοτήτων, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για συγκεκριμένες στρατηγικές για την αντιμετώπιση της διστακτικότητας (*Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization, April 2013: conclusions and recommendations, 2013*).

Επίσης, η στάση των γονέων απέναντι σε ένα συγκεκριμένο εμβόλιο μπορεί να διαφοροποιείται σε σχέση με το σύνολο των εμβολίων. Χαρακτηριστική περίπτωση η ισχυρότερη αντίσταση που υπήρξε για το εμβόλιο HPV. Σύμφωνα με τους (Gualano *et al.*, 2019) ενώ η συμμόρφωση στους υποχρεωτικούς εμβολιασμούς φαινόταν να κυμαίνεται από 53% έως 97% για διαφορετικά προγράμματα εμβολιασμού, το ποσοστό συμφωνίας για υποχρεωτικό εμβολιασμό κατά του HPV κυμαινόταν από 27% έως 63,5%. Οι μελέτες που ανέλυσαν τις αντιλήψεις των γονέων για το εμβόλιο HPV και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι γονείς είναι πιο πιθανό να αρνηθούν το εμβόλιο HPV από οποιονδήποτε άλλο εμβολιασμό εφήβων ανέφεραν μια σειρά από επιχειρήματα. Μεταξύ άλλων, ένα συχνό επιχείρημα ήταν ότι ο HPV δεν μεταδίδεται μέσω της συνήθους κοινωνικής επαφής. Επιπλέον, τόνισαν ότι οι γνώσεις για τον εμβολιασμό κατά του HPV είναι περιορισμένες.

Σε άλλες μελέτες διερευνήθηκε η στάση των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης απέναντι στους εμβολιασμούς στην παιδική ηλικία και στους ενήλικες. Στην Ιταλία, σύμφωνα με δύο μελέτες (Tafuri *et al.*, 2009; Martinelli *et al.*, 2015), η πλειοψηφία του υγειονομικού προσωπικού και των γιατρών θεώρησε ότι ο υποχρεωτικός εμβολιασμός πρέπει να διατηρηθεί. Οι πιο κοινές απόψεις εκείνων που αντιτάχθηκαν, ήταν ότι η άρνηση του παιδικού εμβολιασμού είναι γονικό δικαίωμα και ότι το κοινό γνωρίζει επαρκώς τη σημασία του εμβολιασμού ώστε να καταστεί δυνατή η κατάργηση της υποχρέωσης, γεγονός που υποδηλώνει ότι ο υποχρεωτικός εμβολιασμός μπορεί να εκληφθεί ως μια παρωχημένη πολιτική που έχει εξυπηρετήσει το σκοπό του και δεν είναι πλέον απαραίτητος. Μια γαλλική μελέτη, η “Nicolle Servey” (Nicolay *et al.*, 2008), έδειξε ότι μόνο το 42% των γενικών γιατρών και των παιδιάτρων ήταν υπέρ του υποχρεωτικού εμβολιασμού, αν και στην ίδια μελέτη, το 56,5% του γενικού πληθυσμού ήταν υπέρ του υποχρεωτικού εμβολιασμού. Οι συγγραφείς αυτής της μελέτης υπονόησαν ότι ο υποχρεωτικός εμβολιασμός μπορεί να μην ενθαρρύνει την ενημέρωση των ασθενών και τον διάλογο με τους επαγγελματίες υγείας. Η

γνώμη των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης για τον υποχρεωτικό εμβολιασμό είναι ζωτικής σημασίας, ιδίως αν ληφθεί υπόψη το ότι οι γονείς και οι ασθενείς βασίζονται σε αυτούς ως την κύρια πηγή πληροφοριών τους σχετικά με τον εμβολιασμό και η στάση των γιατρών φαίνεται να είναι καθοριστικός παράγοντας για να πειστούν οι ασθενείς. Ένας από τους κύριους λόγους που αναφέρουν οι γονείς που αρνούνται τα εμβόλια για τα παιδιά τους είναι ότι ο γιατρός τους δεν τους τα πρότεινε.

Επιπλέον, οι εργαζόμενοι στην υγειονομική περίθαλψη είναι περισσότερο εκτεθειμένοι σε ασθένειες που προλαμβάνονται με εμβολιασμό και αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο μετάδοσής τους στους ασθενείς, επομένως η στάση τους απέναντι στον υποχρεωτικό εμβολιασμό έχει άμεσο αντίκτυπο στην ασφάλεια των ασθενών, όπως στις πρόσφατες νοσοκομειακά μεταδιδόμενες εστίες ιλαράς σε ανεπτυγμένες χώρες. Μελέτες έχουν δείξει ότι μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας τα ποσοστά αποδοχής για υποχρεωτικό εμβολιασμό διαφέρουν ανάλογα με τη νόσο. Οι εργαζόμενοι στην υγειονομική περίθαλψη που εναντιώνεται στους υποχρεωτικούς εμβολιασμούς δήλωσαν ότι αισθάνονται ότι τα δικαιώματα επιλογής, η ελευθερία και η αυτονομία τους δεν γίνονται σεβαστά και ότι δεν τους παρέχονται επαρκείς πληροφορίες, ενώ άλλοι έχουν εκφράσει ανησυχίες για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητά τους.

Μια άλλη μελέτη διαπίστωσε ότι ο μειωμένος βαθμός εμβολιασμού μεταξύ των εργαζομένων στην υγειονομική περίθαλψη μπορεί να οφείλεται στην πεποίθησή τους ότι οι εμβολιασμοί δεν αποτελούν επαγγελματική τους ευθύνη ενώ αρνητικός παράγοντας αποτελούν διάφορα οργανωτικά ζητήματα όπως οι μη βολικοί χρόνοι και τοποθεσίες. Τα αποτελέσματα της μελέτης υπογραμμίζουν την πολυπλοκότητα του θέματος σε πολλαπλά επίπεδα. Γενικά, φαίνεται ότι η στήριξη προς τις υποχρεωτικές πολιτικές αυξάνεται μετά την εφαρμογή τους, αν και απαιτούνται και άλλες στρατηγικές για τη βελτίωση των στάσεων και την αποδοχή από τους εργαζόμενους στην υγειονομική περίθαλψη, όπως η αύξηση της εκπαίδευσης του προσωπικού και η παροχή αποδείξεων για την αποτελεσματικότητα, τα οφέλη και την ασφάλεια των εμβολίων (Gualano *et al.*, 2019).

3.2. Στρατηγικές αντιμετώπισης του φαινομένου της διστακτικότητας στα εμβόλια σε διεθνές, ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο

Τα εμβόλια, όπως έχει ήδη αναφερθεί, αποτελούν αποτελεσματικά εργαλεία για τον έλεγχο και την εξάλειψη των απειλητικών για τη ζωή μολυσματικών ασθενειών. Η επιτυχία τους

όμως είναι εφικτή όταν καθορίζονται σαφώς οι ομάδες-στόχοι ενώ οι στρατηγικές τους βασίζονται σε τεκμηριωμένα στοιχεία προκειμένου να μπορούν να γίνουν προσιτά ακόμη και στους πιο δυσπρόσιτους και ευάλωτους πληθυσμούς.

Δυστυχώς, παρά την αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητά τους, ορισμένοι γονείς συνεχίζουν να έχουν ανησυχίες και εσφαλμένες αντιλήψεις σχετικά με τους παιδικούς εμβολιασμούς, ακόμη και σε κοινότητες με υψηλά ποσοστά εμβολιασμού. Ομοίως αντιδρούν και ορισμένοι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Αυτή η έλλειψη εμπιστοσύνης συμβάλλει στην εμφάνιση διστακτικότητας στα εμβόλια, απειλώντας την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων εμβολιασμού. Προκειμένου να διατηρηθεί η συλλογική ανοσία που αποκτάται από τον εμβολιασμό, είναι σημαντικό η εμβολιαστική κάλυψη του πληθυσμού να παραμένει πάνω από ένα συγκεκριμένο όριο (Gualano *et al.*, 2019).

3.2.1 Σε Διεθνές Επίπεδο

Οι υιοθετούμενες πολιτικές εμβολιασμού διαφέρουν πολύ σε όλο τον κόσμο. Ορισμένες χώρες επικεντρώνονται στην εκπαίδευση του πληθυσμού, δίνοντας στα άτομα ελευθερία επιλογής, ενώ άλλες έχουν εφαρμόσει υποχρεωτικούς εμβολιασμούς για να εξασφαλίσουν υψηλά ποσοστά κάλυψης.

Η εισαγωγή των υποχρεωτικών πολιτικών εμβολιασμού εξακολουθεί να συζητείται έντονα. Μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, ορισμένοι υποχρεωτικοί εμβολιασμοί, όπως η ηπατίτιδα Β, είναι γενικά αποδεκτοί. Σε άλλες περιπτώσεις τα οφέλη τους και τα ηθικά ζητήματα που θέτουν συζητούνται ευρέως, όπως στην περίπτωση των εμβολίων της γρίπης. Σε πολλές χώρες, οι προσπάθειες ανοσοποίησης εμποδίζονται από ομάδες ανθρώπων που αρνούνται τον εμβολιασμό για τον εαυτό τους και τα παιδιά τους και καμία παρέμβαση δεν έχει ακόμη αποδειχθεί αποφασιστική για την εξάλειψη αυτού του ζητήματος.

Οι υποχρεωτικές στρατηγικές εμβολιασμού μπορεί να αντιπροσωπεύουν μια βιώσιμη λύση, καθώς η αποτελεσματικότητά τους έχει αποδειχθεί σε διάφορα πλαίσια. Στην Ιταλία, οι υποχρεωτικοί εμβολιασμοί για δέκα μολυσματικές ασθένειες εισήχθησαν στις 31 Ιουλίου 2017, μετά από μείωση των επιπέδων ανοσοποίησης κάτω από τους στόχους κάλυψης που ορίζονται από το ιταλικό εθνικό σχέδιο για την πρόληψη μέσω εμβολίων. Η εφαρμογή αυτής της στρατηγικής οδήγησε σε αύξηση της εμβολιαστικής κάλυψης από τον Ιούνιο έως τον

Οκτώβριο του 2017 κατά 1,0% για το εμβόλιο με ζώντα εξασθενημένο ιό κατά της διφθερίτιδας, του τετάνου, του κοκκύτη, της πολιομυελίτιδας, του *Haemophilus Influenzae* τύπου b και της ηπατίτιδας B και κατά 2,9% για το εμβόλιο ιλαράς, παρωτίτιδας και ερυθράς. Ωστόσο, παρά την αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητά τους, οι υποχρεωτικοί εμβολιασμοί δεν είναι παγκοσμίως αποδεκτοί.

Σύμφωνα με την Ομάδα Εργασίας του WHO SAGE για τη διστακτικότητα στα εμβόλια, η κακή επικοινωνία είναι ένας σημαντικός παράγοντας που υπονομεύει την αποδοχή. Αυτό μπορεί να είναι ένα πρόβλημα σε οποιοδήποτε περιβάλλον. Σε χώρες υψηλού εισοδήματος, με προγράμματα εμβολιασμού που διαθέτουν επαρκείς πόρους, η ανεπαρκής ή κακή επικοινωνία των προγραμμάτων εμβολιασμού μπορεί να αυξήσει τον δισταγμό εμβολιασμού και την πλήρη άρνηση. Σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, οι περιορισμένοι πόροι επικοινωνίας περιορίζουν την ικανότητα αντιμετώπισης αρνητικών πληροφοριών για τα εμβόλια και την επίτευξη κοινοτικής υποστήριξης για προγράμματα εμβολιασμού.

Η αξιολόγηση των διαφόρων προσεγγίσεων απέναντι στον υποχρεωτικό εμβολιασμό θα μπορούσε να οδηγήσει στην καλύτερη κατανόηση αυτών των ζητημάτων και να επιτρέψει τον σχεδιασμό κατάλληλων στρατηγικών για τη βελτίωση της κάλυψης του εμβολιασμού (Gualano *et al.*, 2019).

3.2.2 Σε Ευρωπαϊκό Επίπεδο

Την δεκαετία που προηγήθηκε της πανδημίας της COVID-19, δημοσιεύθηκαν διάφορες μελέτες που βοήθησαν στον χαρακτηρισμό των αντιλήψεων κινδύνου που σχετίζονται με τα εμβόλια και τους εμβολιασμούς από τους ευρωπαϊκούς πληθυσμούς, και τα ευρήματά τους αναθεωρήθηκαν, αναλύθηκαν και συνοψίστηκαν στο άρθρο (Kieslich, 2018). Η πλειονότητα των μελετών διεξήχθη στο Ηνωμένο Βασίλειο, τη Γαλλία και την Ολλανδία, με κύρια εστίαση το εμβόλιο κατά της εποχικής γρίπης, το εμβόλιο HPV και το εμβόλιο κατά της πανδημικής γρίπης.

Στις μελέτες σημειώνονται η εισαγωγή και ο υψηλός αριθμός ανησυχιών για την ασφάλεια σχετικά με το εμβόλιο HPV, η κακή πρόσληψη του εμβολιασμού H1N1 κατά την πανδημία του 2009, καθώς και προηγούμενες ιστορικές κρίσεις εμβολιασμού σε αυτές τις χώρες, όπως η κρίση MMR-αυτισμού στο Ηνωμένο Βασίλειο ή η κρίση ηπατίτιδας B-σκλήρυνσης κατά πλάκας στη Γαλλία.

Η ανασκόπηση επισημαίνει την ανάγκη χρήσης εργαλείων παρακολούθησης των μέσων ενημέρωσης που ακούν τις ανησυχίες των πληθυσμών σε «πραγματικό χρόνο» δεδομένης της μεταβαλλόμενης φύσης της γνώμης του κοινού. Ενώ οι έρευνες, τα ερωτηματολόγια και η ποιοτική έρευνα είναι χρήσιμες για τη διερεύνηση των ανησυχιών του κοινού σχετικά με τον εμβολιασμό, αποτυγχάνουν να ανιχνεύσουν ξαφνικές αλλαγές στα επίπεδα εμπιστοσύνης. Για παράδειγμα, παρόλο που η συγκεκριμένη μελέτη εξέτασε άρθρα που δημοσιεύθηκαν μεταξύ 2004 και 2014, απέτυχε να εντοπίσει ανησυχίες που εκφράστηκαν στη Δανία σχετικά με τον εμβολιασμό HPV που ξεκίνησε το 2013.

Υπάρχουν επί του παρόντος πολύ λίγα τέτοια συστήματα, αλλά καθώς οι Ευρωπαίοι πολίτες εκτίθενται όλο και περισσότερο στις πληροφορίες για την υγεία στο διαδίκτυο και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, είναι σημαντικό να παρακολουθούμε και να αναλύουμε συνεχώς τις διαδικτυακές πληροφορίες για να ανιχνεύσουμε τυχόν αλλαγές στις αντιλήψεις για τους κινδύνους των εμβολιασμών.

Εάν τα άτομα λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με τον εμβολιασμό με βάση τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται τους διαφορετικούς κινδύνους, είναι σημαντικό να κατανοούν τους κινδύνους του μη εμβολιασμού όσον αφορά την ευαισθησία και τη σοβαρότητα των ασθενειών που προλαμβάνονται με εμβολιασμό (VPD: Vaccine-preventable diseases).

Ενώ οι επιστήμονες τείνουν να μιλούν για κινδύνους για τον πληθυσμό και τη δημόσια υγεία (δηλαδή το ποσοστό VPD σε έναν πληθυσμό), οι γονείς ενδιαφέρονται κυρίως για μεμονωμένους κινδύνους για τους ίδιους και τα παιδιά τους (δηλαδή για μεμονωμένες παρενέργειες), που θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά το σχεδιασμό στρατηγικών επικοινωνίας. Αυτό θα μπορούσε να αντικατοπτρίζεται στην επικοινωνία του παρόχου εμβολίων με τους γονείς, η οποία θα πρέπει να αναγνωρίζει τις αντιλήψεις τους για τον ατομικό κίνδυνο και να παρουσιάζει τόσο τους κινδύνους όσο και τα οφέλη του εμβολιασμού σε ατομικό επίπεδο και όχι σε επίπεδο πληθυσμού.

Τα επίσημα έγγραφα πληροφόρησης για τον εμβολιασμό θα πρέπει επίσης να παρουσιάζονται με τρόπο ώστε να εστιάζουν τόσο στους ατομικούς κινδύνους όσο και στους κινδύνους για τον πληθυσμό καθώς και στα οφέλη του εμβολιασμού. Ένα άλλο σημαντικό ζήτημα που αναφέρεται σε αυτήν την ανασκόπηση είναι η αντίληψη του κοινού ότι υπάρχει έλλειψη επαρκών πληροφοριών για όλα τα εμβόλια. Αν και αυτό συνδέεται εν μέρει με την ποιότητα του συστήματος επικοινωνίας και πληροφοριών, επηρεάζεται επίσης σε μεγάλο βαθμό από την έλλειψη εμπιστοσύνης. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι το

γεγονός ότι οι συμμετέχοντες σε ορισμένες μελέτες εξακολουθούσαν να περιγράφουν ανησυχίες για το MMR μπορεί να προκαλέσει αυτισμό, αν και γνώριζαν ότι οι ειδικοί και οι επιστήμονες δεν είχαν βρει κανένα στοιχείο για αυτή τη συσχέτιση.

Η παροχή πληροφοριών δεν αρκεί από μόνη της για να αλλάξει τη συμπεριφορά των ανθρώπων. Ορισμένες μελέτες δείχνουν ότι όσοι αρνούνται τα εμβόλια είναι συνήθως πιο ενημερωμένοι από τους αποδέκτες εμβολίων, καθώς συχνά αναζητούν οι ίδιοι πληροφορίες στο διαδίκτυο ή μιλούν με άλλους γονείς για τις εμπειρίες τους με τον εμβολιασμό. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να προχωρήσουμε πέρα από τα «μοντέλα επικοινωνίας ελλειμματικής γνώσης» και να αναπτύξουμε προσαρμοσμένες στρατηγικές επικοινωνίας και δέσμευσης με έναν αποτελεσματικό μηχανισμό ακρόασης, ο οποίος θα αφουγκράζεται συνεχώς τις αντιλήψεις των πληθυσμών για τα εμβόλια. Θα πρέπει να ενθαρρυνθεί μια προληπτική προσέγγιση για την ανταπόκριση στους φόβους του εμβολιασμού με στρατηγικές επικοινωνίας εκ των προτέρων έτοιμες να ανταποκριθούν σε διαφορετικούς τύπους προκλήσεων και ανησυχιών. Ορισμένα εργαλεία, όπως η καθοδήγηση του ΠΟΥ σχετικά με το «Πώς να ανταποκριθείτε στους αρνητές εμβολίων που δε διστάζουν να εκφράσουν την άποψή τους στο κοινό», είναι διαθέσιμα για να βοηθήσουν τους διαχειριστές εθνικών προγραμμάτων ανοσοποίησης να προετοιμάσουν τέτοιες στρατηγικές (Kieslich, 2018).

3.2.3 Το μοντέλο διστακτικότητας εμβολίου 4C

Ο (Schmid *et al.*, 2017) παρουσίασε το μοντέλο διστακτικότητας εμβολίου 4C το οποίο παρέχει μια πρακτική μέθοδο για την επιλογή και το σχεδιασμό κατάλληλων στρατηγικών για την αντιμετώπιση και την υπέρβαση της διστακτικότητας κατά του εμβολιασμού. Το μοντέλο αυτό μπορεί να παρέχει πολύτιμες γνώσεις σχετικά με τα απρόβλεπτα εμπόδια και τις δυνητικά αποτελεσματικές στρατηγικές για την υπέρβασή τους.

Σύμφωνα με τον (Schmid *et al.*, 2017) οι λόγοι που αναφέρονται ως σημαντικοί παράγοντες διστακτικότητας κατά του εμβολιασμού αναγνωρίστηκαν και στην περίπτωση του αντιγριπικού εμβολίου. Οι πιο συχνά αναφερόμενοι λόγοι διστακτικότητας για το εμβόλιο κατά του ιού της πανδημικής γρίπης ήταν ο εφησυχασμός αλλά και η έλλειψη εμπιστοσύνης. Η ευκολία στον εμβολιασμό έπαιξε δευτερεύοντα ρόλο. Όσον αφορά τον εμβολιασμό κατά της εποχικής γρίπης, η έλλειψη εμπιστοσύνης λόγω εσφαλμένων αντιλήψεων και η

αρνητική στάση απέναντι στο εμβόλιο ήταν ο πιο αναφερόμενος λόγος δισταγμού κατά του εμβολίου.

Και για τους δύο τύπους γρίπης αναφέρθηκε συχνά η έλλειψη εμπιστοσύνης λόγω της χαμηλής θεωρούμενης αποτελεσματικότητας του εμβολίου. Οι διαφορές μεταξύ των δύο τύπων γρίπης αναφορικά με το ψυχολογικό τους προφίλ διστακτικότητας, καθώς και οι διαφορές μεταξύ των ομάδων κινδύνου μπορούν να απεικονίσουν τα οφέλη από την εφαρμογή του μοντέλου 4C στο σχεδιασμό παρέμβασης.

Για παράδειγμα, εάν κάποιος στοχεύει να αυξήσει την πρόσληψη του αντιγριπικού εμβολίου σε νοσοκομειακό περιβάλλον, θα πρέπει να απευθυνθεί στην εμπιστοσύνη (με την κατάργηση των λανθασμένων αντιλήψεων και την αύξηση της συνειδητοποίησης μιας ηθικής και επαγγελματικής υποχρέωσης εμβολιασμού) ως έναν πολλά υποσχόμενο μοχλό παρέμβασης. Οι Betsch *et al.* προτείνουν οι ενημερωτικές παρεμβάσεις, όπως οι εκπαιδευτικές εκστρατείες, να αποτελούν το κατάλληλο μέσο για την αντιμετώπιση της χαμηλής εμπιστοσύνης (Betsch *et al.*, 2018).

3.2.4 Σε Εθνικό Επίπεδο

Σε εθνικό επίπεδο, το Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο για τη Δημόσια Υγεία ασχολείται κυρίως με αυτό-καθαυτό το ζήτημα των εμβολιασμών και σχεδόν καθόλου με αυτό της διστακτικότητας, αν και θα μπορούσε να πει κανείς ότι τα δύο θέματα είναι αλληλένδετα. Θέματα όπως η ανοσοποίηση προσφύγων και μεταναστών είναι υψηλής προτεραιότητας. Το 2016, όταν έκλεισαν τα σύνορα κατά μήκος της βαλκανικής οδού και περισσότερα από 60000 άτομα παρέμειναν σε διάφορα σημεία της χώρας, για να αντιμετωπιστεί η κατάσταση πραγματοποιήθηκαν εμβολιασμοί στον πληθυσμό των προσφύγων και των μεταναστών με τη μορφή εξορμήσεων μαζικού εμβολιασμού στους χώρους διαμονής τους. Ο εμβολιασμός πραγματοποιήθηκε κυρίως από το ΚΕΕΛΠΝΟ κι από μη κυβερνητικές οργανώσεις με σημαντική εμπειρία και τεχνογνωσία στη διεξαγωγή μαζικών εξορμήσεων εμβολιασμού, καθώς και από ορισμένες υπηρεσίες υγείας του ΕΣΥ. Αντίστοιχες προσπάθειες έχουν γίνει και για τον εμβολιασμό παιδιών από οικογένειες μεταναστών καθώς και οικογένειες Ελλήνων Τσιγγάνων (Παναγιωτόπουλος, *et al.*, 2013).

Επίσης, στα πλαίσια του προγράμματος «PHILOS - Ολοκληρωμένη επείγουσα παρέμβαση υγείας για την προσφυγική κρίση» με κύρια δράση την αντιμετώπιση των υγειονομικών και ψυχοκοινωνικών αναγκών των προσφύγων και μεταναστών, έγιναν παρεμβάσεις για

διατήρηση υψηλής εμβολιαστικής κάλυψης του παιδικού πληθυσμού, σύμφωνα με τις οδηγίες της Εθνικής Συμβουλευτικής Επιτροπής Εμβολιασμών Στόχος ήταν όλα τα παιδιά να έχουν πρόσβαση στο εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών της χώρας όπως και ο υπόλοιπος παιδικός πληθυσμός. Για την επίτευξη του στόχου αυτού, απαιτήθηκε η τήρηση μητρώου εμβολιασμών, η παρακολούθηση εμβολιαστικής κάλυψης, η προμήθεια εμβολίων, η διοργάνωση και διεξαγωγή εκστρατειών μαζικού εμβολιασμού, ενημερωτικό υλικό σε διάφορες γλώσσες για τα οφέλη του εμβολιασμού, τήρηση της «ψυχρής αλυσίδας» για τη συντήρηση των εμβολίων και η διασύνδεση του πληθυσμού με τις υπηρεσίες υγείας για τακτικό εμβολιασμό.

Παράλληλα, για την πληρέστερη συνέχιση του εμβολιασμού των παιδιών Ρομά, κομβικό ζήτημα αποτελεί η σταθερή και με συνέχεια εξασφάλιση του εμβολιασμού μέσω της σταθερής λειτουργίας των ιατρείων εμβολιασμού, της συνεχούς παροχής εμβολίων και της έμπρακτης καλλιέργειας της αντίληψης ότι οι εμβολιασμοί αφορούν ολόκληρη την παιδική ηλικία. Η πρακτική των εξορμήσεων σε οικισμούς Ρομά χωρίς δέσμευση για συνεχιζόμενη παρουσία, χωρίς ιεράρχηση προτεραιοτήτων και χωρίς συντονισμό των φορέων –που συχνά υιοθετείται από διάφορους φορείς– δεν είναι αποτελεσματική καθώς δεν είναι σε θέση να εξασφαλίσει την απαιτούμενη συνέχεια. Απαιτείται συστηματικός σχεδιασμός επικεντρωμένος στη συνεχιζόμενη και σταθερή διενέργεια εμβολιασμών σε επίπεδο οικισμών και στην απρόσκοπτη διάθεση των απαραίτητων εμβολίων. Και θα ήταν αποδοτικότερο οι επιμέρους πρωτοβουλίες να εντάσσονται με συντονισμένο τρόπο σε έναν τέτοιο σχεδιασμό (Παναγιωτόπουλος, *et al.*, 2013).

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ

4.1. Σκοπός

Η παρούσα Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία έχει ως σκοπό τη μελέτη της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με το φαινόμενο της διστακτικότητας απέναντι στα εμβόλια την περίοδο πριν την πανδημία COVID-19 με έμφαση στην ιστορική αναδρομή, την αποτύπωση των επιδημιολογικών δεδομένων, καθώς και τους παράγοντες που προσδιορίζουν τη διστακτικότητα αλλά και τις στρατηγικές αντιμετώπισης.

4.2. Στόχοι

Οι κύριοι στόχοι της εργασίας είναι:

- η αποτύπωση των πεποιθήσεων και των συμπεριφορών των γονέων για τον εμβολιασμό των παιδιών τους,
- η αποτύπωση των πεποιθήσεων και των συμπεριφορών των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων,
- η αποτύπωση των πεποιθήσεων και των συμπεριφορών των ατόμων που ανήκουν στον τομέα της υγείας,
- η αποτύπωση ποσοτικών δεδομένων διστακτικότητας σε διεθνές, ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο,
- καταγραφή στρατηγικών αντιμετώπισης της διστακτικότητας για την αποτελεσματική αντιμετώπισή της και για την επίτευξη της βέλτιστης εμβολιαστικής κάλυψης του πληθυσμού και κατ' επέκταση της συλλογικής ανοσίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Για την εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με την διστακτικότητα στα εμβόλια. Αναζητήθηκαν άρθρα στο MEDLINE/PubMed καθώς και πληροφορίες σε ιστοσελίδες του ΠΟΥ, του CDC και του Υπουργείου Υγείας. Οι λέξεις - κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν στον αλγόριθμο της αναζήτησης ήταν: Vaccination refusal, Vaccination hesitancy, Vaccination hesitancy Vaccine refusal, Vaccine hesitancy, NOT COVID-19, Strategies vaccine hesitancy, ‘Herd immunity’, “Vaccines historical background”.

Κριτήρια εισόδου στη μελέτη ήταν: Α) πρωτότυπα ερευνητικά άρθρα τα οποία ήταν κυρίως ανασκοπήσεις και συστηματικές ανασκοπήσεις, Β) άρθρα τα οποία είχαν δημοσιευθεί έως 31/12/2019 ή δεν αφορούσαν την περίοδο της πανδημίας COVID-19, Γ) άρθρα κυρίως στην Αγγλική γλώσσα, Δ) μελέτες από ανεπτυγμένες χώρες με εδραιωμένα εθνικά προγράμματα εμβολιασμών, Ε) έμφαση δόθηκε σε άρθρα που αφορούσαν στην ιστορική αναδρομή (αναζήτηση χωρίς χρονικούς περιορισμούς) και στην αποτύπωση των επιδημιολογικών δεδομένων και των στρατηγικών αντιμετώπισης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μετά την αναζήτηση βιβλιογραφίας ακολούθησε η διαλογή των άρθρων βάσει των ανωτέρω κριτηρίων. Αρχικά εισήχθει στο MEDLINE/PubMed ο όρος “Vaccination hesitancy OR vaccination refusal” με περιορισμό δημοσίευσης έως 31/12/2019 προέκυψαν 1,467 αποτελέσματα εκ των οποίων επιλέχθηκαν 15 άρθρα. Εισάγοντας τον όρο “Strategies vaccine hesitancy” εμφανίστηκαν 54 αποτελέσματα εκ των οποίων επιλέχθηκαν τα 4. Επιλέχθηκαν 2 άρθρα από τις ιστοσελίδες του ECDC και του Υπουργείου Υγείας. Τέλος, επιλέχθηκαν 3 άρθρα που δημοσιεύθηκαν μετά τις 31/12/2019 που δεν αφορούσαν τη πανδημία COVID-19. Συνολικά χρησιμοποιήθηκαν 24 άρθρα.

Πίνακας 6.1. Πίνακας των άρθρων που ανασκοπήθηκαν

ΤΙΤΛΟΣ	ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ
Worldwide Child Routine Vaccination Hesitancy Rate among Parents of Children Aged 0–6 Years: A Systematic Review and Meta-Analysis of Cross-Sectional Studies	Abenova, M. <i>et al.</i>	2023
Socioeconomic factors play a more important role in childhood vaccination coverage than parental perceptions: a cross-sectional study in Greece	Danis, K. <i>et al.</i>	2010
A meta-synthesis study of the key elements involved in childhood vaccine hesitancy	Díaz Crescitelli, M.E. <i>et al.</i>	2019
Vaccine hesitancy: An overview	Dubé, E. <i>et al.</i>	2013
Mapping vaccine hesitancy—Country-specific characteristics of a global phenomenon	Dubé, E. <i>et al.</i>	2014
Strategies intended to address vaccine hesitancy: Review of published reviews	Dubé, E., Gagnon, D. and MacDonald, N.E.	2015
Vaccine hesitancy among healthcare workers and their patients in Europe: a qualitative study.	European Centre for Disease Prevention and Control	2015
Strategies implemented to address vaccine hesitancy in France: A review article	Fokoun, C.	2018
Vaccine Hesitancy	Jacobson, R.M., St. Sauver, J.L. and Finney Rutten, L.J.	2015
Strategies for addressing vaccine hesitancy – A systematic review	Jarrett, C. <i>et al.</i>	2015
Vaccination coverage among school children in Western Greece from 2016 to 2019	Kanellopoulou, A. <i>et al.</i>	2021
Vaccine hesitancy among healthcare workers in Europe: A qualitative study	Karafillakis, E. <i>et al.</i>	2016

The benefit of the doubt or doubts over benefits? A systematic literature review of perceived risks of vaccines in European populations	Karafillakis, E. and Larson, H.J.	2017
Confidence About Vaccines In The United States: Understanding Parents' Perceptions	Kennedy, A. <i>et al.</i>	2011
Vaccine beliefs of parents who oppose compulsory vaccination	Kennedy, A.M., Brown, C.J. and Gust, D.A.	2005
Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: A systematic review of published literature, 2007–2012	Larson, H.J. <i>et al.</i>	2014
The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey	Larson, H.J. <i>et al.</i>	2016
Strategies for Addressing and Overcoming Vaccine Hesitancy	Loehr, J. and Savoy, M.	2016
A systematic review of interventions for reducing parental vaccine refusal and vaccine hesitancy	Sadaf, A. <i>et al.</i>	2013
Vaccination refusal: ethics, individual rights, and the common good	Schwartz, J.L. and Caplan, A.L.	2011
Strategies to overcome vaccine hesitancy: a systematic review	Singh, P. <i>et al.</i>	2022
Building Confidence in Vaccines	Smith, J.C., Appleton, M. and MacDonald, N.E.	2013
Vaccine hesitancy and perceived behavioral control: A meta-analysis	Xiao, X. and Wong, R.M.	2020
Εθνική μελέτη κατάστασης εμβολιασμού των παιδιών στην Ελλάδα, 2012	Παναγιωτόπουλος, <i>et al.</i>	2013

6.1 Επιδημιολογικά ποσοτικά δεδομένα

6.1.1 Σε Διεθνές Επίπεδο

Σε έρευνα (Larson *et al.*, 2016) που πραγματοποιήθηκε το 2016 σχετικά με την εμπιστοσύνη του κοινού στα προγράμματα ανοσοποίησης σε διάφορες περιοχές του κόσμου. Συμμετείχαν 65.819 άτομα από 67 χώρες. Αποτελέσματα της μελέτης παρουσιάζονται στον πίνακα 6.2.

Ως προς τη στάση τους απέναντι στα εμβόλια οι περισσότεροι ερωτηθέντες εξέφρασαν θετική άποψη. Η Ευρώπη είχε μερικά από τα υψηλότερα ποσοστά σκεπτικισμού για τα εμβόλια, με το 41% των ερωτηθέντων στη Γαλλία και το 36% στη Βοσνία & Ερζεγοβίνη να διαφωνούν ότι τα εμβόλια είναι ασφαλή. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τον παγκόσμιο μέσο όρο του 13% που εκφράζει αμφιβολίες σχετικά με την ασφάλεια των εμβολίων. Αντίθετα

χώρες όπως το Μπαγκλαντές (0,3%), ο Ισημερινός (0,4%) και το Ιράν (0,5%) ανέφεραν τα χαμηλότερα επίπεδα σκεπτικισμού σχετικά με τη σημασία των εμβολίων.

Ως προς τις περιοχές με αρνητική στάση, η Ευρώπη ανέφερε τις υψηλότερες μέσες αρνητικές απαντήσεις για τη σημασία του εμβολιασμού (8%), την ασφάλεια (17%) και την αποτελεσματικότητα (11,3%). Επίσης, η περιοχή του Δυτικού Ειρηνικού εξέφρασε ανησυχίες σχετικά με τη θρησκευτική συμβατότητα, με το 25,7% των ερωτηθέντων από τη Νοτιοανατολική Ασία να αναφέρουν ασυμβατότητα μεταξύ των εμβολίων και των θρησκευτικών τους πεποιθήσεων.

Στην ίδια μελέτη παρατηρήθηκε ότι οι χώρες με υψηλότερο κατά κεφαλήν ΑΕΠ είχαν πιο θετική στάση εμβολιασμού, ενώ οι χώρες με υψηλότερα επίπεδα σχολικής εκπαίδευσης και πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη έδειξαν χαμηλότερα επίπεδα εμπιστοσύνης στα εμβόλια. Μεταξύ αυτών η Γαλλία, μια χώρα υψηλού εισοδήματος, είχε ένα από τα πιο σημαντικά επίπεδα σκεπτικισμού, με το 45,2% των ερωτηθέντων να αμφιβάλλει για την ασφάλεια των εμβολίων.

Ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων οι ηλικιωμένοι (65+) ήταν πιο πιθανό να πιστεύουν στην αποτελεσματικότητα των εμβολίων (OR 1,39). Όσοι κατείχαν πτυχία τριτοβάθμιας εκπαίδευσης συσχετίστηκαν με πιο θετικές απόψεις σχετικά με τη σπουδαιότητα και την αποτελεσματικότητα των εμβολίων (OR 1,33), αλλά όχι απαραίτητα με την ασφάλεια (OR 0,98). Τέλος οι άνεργοι ήταν πιο πιθανό να αμφιβάλλουν για την ασφάλεια των εμβολίων (OR 0,77) και την αποτελεσματικότητά τους (OR 0,79) (Larson *et al.*, 2016).

Πίνακας 6.2. Ποσοστά σκεπτικισμού για τα εμβόλια παγκοσμίως (2016)

Κατηγορία	Παγκόσμιος μέσος όρος	Υψηλότερα ποσοστά	Χαμηλότερα ποσοστά
Vaccine hesitancy	5.8%	Ρωσία (17.1%), Αζερμπαϊτζάν (15.7%), Ιταλία (15.4%)	Μπαγκλαντές (0.3%), Εκουαδόρ (0.4%), Ιράν (0.5%)
Vaccine hesitancy	13.0%	Γαλλία (45.2%), Βοσνία- Ερζεγοβίνη (38.3%), Ιαπωνία (31.0%)	Μπαγκλαντές (0.2%), Σαουδική Αραβία(1.2%), Αργεντινή (1.3%)
Vaccine hesitancy	9.1%	Βοσνία-Ερζεγοβίνη (27.3%), Ρωσία (20.1%), Ιταλία (18.7%)	Αργεντινή (1.3%), Αιθιοπία (2.1%), Εκουαδόρ (2.2%)
Vaccine hesitancy	15.4%	Μογγολία (50.5%), Ταϊλάνδη (44.4%), Βιετνάμ (31.8%)	Σαουδική Αραβία (2.3%), Φινλανδία (2.6%), Βραζιλία (3.2%)

Πηγή: Larson et al., 2016

Η έρευνα υπογραμμίζει την ανάγκη για συνεχή παρακολούθηση της εμπιστοσύνης στα εμβόλια παγκοσμίως, ειδικά σε περιοχές όπως η Ευρώπη, όπου ο σκεπτικισμός αυξάνεται, και ο Δυτικός Ειρηνικός, όπου τα ζητήματα συμβατότητας με τη θρησκεία διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο (Larson *et al.*, 2016).

Σε μια άλλη παγκόσμια έρευνα παρουσιάζονται ποσοτικά δεδομένα για την διστακτικότητα στον εμβολιασμό σε διάφορες περιοχές του κόσμου στην προ COVID-19 εποχή (Abenova *et al.*, 2023).

Πίνακας 6.3. Ποσοστά διστακτικότητας ανά περιφέρεια ΠΟΥ

Περιφέρεια ΠΟΥ	Χώρες	Διστακτικότητα %	Μέση διστακτικότητα %
Ευρώπη	Ιταλία, Γαλλία, Τουρκία, Ηνωμένο Βασίλειο, Γερμανία, άλλοι	7.7%-26%	15.3%
Αμερική	ΗΠΑ, Καναδάς, Βραζιλία	5%-56.4%	23.5%
Νοτιοανατολική Ασία	Ινδία, Πακιστάν	3.4%-41.6%	24.6%
Αφρική	Καμερούν, Αιθιοπία	3.44%-25%	14.2%
Δυτικός Ειρηνικός	Κίνα, Φιλιππίνες, Μαλαισία	5.5%-36.4%	16.2%

Πηγή: Abenova et al., 2023

Σύμφωνα με τη μελέτη, τα υψηλότερα ποσοστά διστακτικότητας καταγράφονται στις χώρες χαμηλότερου-μεσαίου εισοδήματος, ενώ οι περιφέρειες υψηλού εισοδήματος παρουσιάζουν ευρύτερο φάσμα, πιθανώς λόγω διαφορετικών κοινωνικοπολιτιστικών παραγόντων (Πίνακας 6.4).

Πίνακας 6.4. Ποσοστά διστακτικότητας ανάλογα με το επίπεδο εισοδήματος της χώρας

Επίπεδο εισοδήματος	Χώρες	Διστακτικότητα %	Μέση διστακτικότητα %
Υψηλό εισόδημα	ΗΠΑ, Καναδάς, Ηνωμένο Βασίλειο, Ιταλία, Γαλλία	7.7%-56.4%	22.5%
Ανώτερο-μεσαίο εισόδημα	Τουρκία, Κίνα, Βραζιλία, Μαλαισία	5%-31.3%	17.7%
Χαμηλότερο-μεσαίο εισόδημα	Ινδία, Πακιστάν, Φιλιππίνες, Καμερούν	3.4%-41.6%	25.5%
Χαμηλό εισόδημα	Αιθιοπία	3.44%	3.44%

Πηγή: Abenova et al., 2023

Στους επόμενους πίνακες αποκαλύπτονται σημαντικές διακυμάνσεις στα ποσοστά διστακτικότητας μεταξύ περιφερειών και επιπέδων εισοδήματος (Πίνακας 6.4). Ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Ιταλία και η Γαλλία, παρουσιάζουν μέτρια ποσοστά διστακτικότητας που κυμαίνονται από 7,7% έως 26%, ενώ χώρες χαμηλότερου-μεσαίου εισοδήματος, όπως η

Ινδία και το Πακιστάν, παρουσιάζουν ευρύτερο και συχνά υψηλότερο εύρος, με την διστακτικότητα να φτάνει έως και 41,6%. Σε χώρες χαμηλού εισοδήματος όπως η Αιθιοπία, η διστακτικότητα απέναντι στον εμβολιασμό παραμένει σχετικά χαμηλή στο 3,44%, γεγονός που υποδηλώνει ότι άλλοι παράγοντες πέρα από το εισόδημα, όπως η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη ή οι πολιτιστικές συμπεριφορές, μπορεί να επηρεάσουν τα ποσοστά διστακτικότητας (Abenova *et al.*, 2023).

Πίνακας 6.5. Ποσοστά διστακτικότητας ανά χώρα

Χώρα	Διστακτικότητα %	Μέγεθος δείγματος	Περίοδος Μελέτης
Ιταλία	7.7%-15.6%	575-3130	2017-2018
Ινδία	3.4%-41.6%	196-1678	2017-2021
Η.Π.Α	13%	263	2019-2020
Καναδάς	15%-56.4%	2645	2014-2015
Τουρκία	9.38%-31.3%	370-1087	2020-2021
Πακιστάν	27.9%	610	2019
Καμερούν	25%	529	2021
Αιθιοπία	3.44%	350	2017
Κίνα	5.5%-15.1%	1038-2881	2020-2021
Φιλιππίνες	36.4%	110	N/A
Βραζιλία	5%-21.3%	352 - 1261	2016-2019
Αγγλία	2%-7%	1792	2015
Γαλλία	21.3%-26%	3927	2016
Μαλαισία	6.8%	405	2018

Πηγή: Abenova *et al.*, 2023

Οι χώρες υψηλού εισοδήματος, όπως οι ΗΠΑ και ο Καναδάς (Πίνακας 6.4), παρουσιάζουν σημαντικές διακυμάνσεις, με ποσοστά διστακτικότητας που κυμαίνονται από 13% έως 56,4%, πιθανώς λόγω διαφορών στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, την εμπιστοσύνη του κοινού και την πρόσβαση σε πληροφορίες. Συνολικά, οι χώρες χαμηλότερου-μεσαίου εισοδήματος αναφέρουν την υψηλότερη μέση διστακτικότητα στο 25,5%, ενώ οι χώρες υψηλού εισοδήματος παρουσιάζουν έναν ευρύ αλλά ελαφρώς χαμηλότερο μέσο όρο στο 22,5%. Αυτές οι διαφορές υπογραμμίζουν την πολυπλοκότητα της διστακτικότητας απέναντι στον εμβολιασμό, που επηρεάζεται από μια σειρά κοινωνικοοικονομικών και πολιτιστικών παραγόντων (Abenova *et al.*, 2023).

6.1.2 Σε Ευρωπαϊκό Επίπεδο

Η διστακτικότητα στον εμβολιασμό στην Ευρώπη αποτελεί μια μοναδική και περίπλοκη πρόκληση, με τον σκεπτικισμό να βασίζεται όχι μόνο στην παραπληροφόρηση αλλά και σε ευρύτερους κοινωνικούς παράγοντες. Στην μελέτη (Larson *et al.*, 2016) προέκυψαν ποσοτικά δεδομένα που αποκαλύπτουν ότι η Ευρώπη είναι το παγκόσμιο κέντρο για τη δυσπιστία στα εμβόλια, ιδίως όσον αφορά την ασφάλεια. Η Γαλλία ξεχωρίζει καθώς το 41% του πληθυσμού της εξέφρασε αμφιβολίες για την ασφάλεια των εμβολίων, ξεπερνώντας κατά πολύ τον παγκόσμιο μέσο όρο του 13%. Παρόμοιο επίπεδο δισταγμού εμφανίζεται στη Βοσνία-Ερζεγοβίνη (36%) καθώς και σε άλλες χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, υπογραμμίζοντας μια περιφερειακή τάση που περιπλέκει τις προσπάθειες δημόσιας υγείας. Αυτά τα υψηλά επίπεδα δισταγμού είναι ανησυχητικά επειδή συμπίπτουν με πρόσφατες εστίες ασθενειών που παρουσιάστηκαν στην Ευρώπη, όπως η ιλαρά, που ευδοκιμούν σε πληθυσμούς με μειωμένα ποσοστά εμβολιασμού.

Τα δεδομένα δείχνουν ότι η διστακτικότητα στον εμβολιασμό είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη σε χώρες με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και καλύτερη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό μοιάζει αδιανόητο, καθώς θα περίμενε κανείς ότι οι πληθυσμοί με υποδομές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και υγειονομικής περίθαλψης θα έπρεπε να είναι πιο σίγουροι για τα εμβόλια. Ωστόσο, σε χώρες όπως η Ιταλία, όπου το 15,4% αμφισβήτησε τη σημασία του εμβολίου και το 18,7% αμφισβήτησε την αποτελεσματικότητά του, φαίνεται ότι η αυξημένη πρόσβαση σε πληροφορίες, συμπεριλαμβανομένων των αναξιόπιστων διαδικτυακών πηγών, μπορεί να τροφοδοτήσει τον σκεπτικισμό. Επιπλέον, σε χώρες όπως η Γερμανία και το Ηνωμένο Βασίλειο, που διαθέτουν ισχυρά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, η διστακτικότητα των εμβολίων παραμένει μια πρόκληση, υποδηλώνοντας ότι κοινωνικοπολιτικοί παράγοντες, ιστορικές αντιπαραθέσεις για τα εμβόλια και το δικαίωμα στην ατομική αυτονομία μπορεί να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της στάσης του κοινού.

Αυτή η ευρωπαϊκή τάση σκεπτικισμού μεταξύ των πιο μορφωμένων και εύπορων πληθυσμών υποδηλώνει μια αλλαγή στους παράγοντες που δίνουν ώθηση στη διστακτικότητα για τα εμβόλια. Σε περιοχές με χαμηλότερο εισόδημα, η διστακτικότητα των εμβολίων συχνά προέρχεται από έλλειψη πρόσβασης ή από παραπληροφόρηση σχετικά με τις παρενέργειες. Αντίθετα, στην Ευρώπη, φαίνεται να συνδέεται βαθύτερα με τη δυσπιστία προς τις κυβερνήσεις και τις φαρμακευτικές εταιρείες, καθώς και με την επιρροή των αντιεμβολιαστικών διαδικτυακών κοινοτήτων που διαδίδουν παραπληροφόρηση. Αυτά τα

ευρήματα υποδηλώνουν ότι η αντιμετώπιση του δισταγμού για τα εμβόλια στην Ευρώπη απαιτεί μια πιο διαφοροποιημένη προσέγγιση, μια προσέγγιση που να υπερβαίνει την παροχή εύκολης πρόσβασης σε εμβόλια ή τη διόρθωση της παραπληροφόρησης. Οι εκστρατείες δημόσιας υγείας πρέπει να εμπλέκονται άμεσα με τις πολιτιστικές και τις κοινωνικοπολιτικές ανησυχίες που στηρίζουν τον σκεπτικισμό, χρησιμοποιώντας στοχευμένες επικοινωνιακές στρατηγικές που οικοδομούν εμπιστοσύνη και αντιμετωπίζουν τους συγκεκριμένους φόβους των ανθρώπων (Larson *et al.*, 2016).

Σε άλλη μελέτη (European Centre for Disease Prevention and Control., 2015) εξετάστηκε η διστακτικότητα μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρώπη αλλά και των ασθενών τους. Ο παρακάτω Πίνακας 6.6 περιλαμβάνει τα βασικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων όπως η ηλικιακή κατανομή, το φύλο, το επάγγελμα, τα έτη πρακτικής, ο τύπος πρακτικής και ο αριθμός των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης που ασκούν εναλλακτική ιατρική.

Στον Πίνακα 6.7 καταγράφονται οι ανησυχίες σχετικά με τον εμβολιασμό και τις ασθένειες που μπορούν να προληφθούν. Τα βασικά σημεία των αποτελεσμάτων της μελέτης είναι:

- Ο φόβος των παρενεργειών αποτελεί κορυφαία ανησυχία στη Ρουμανία (14 αναφορές) και στην Ελλάδα (7 αναφορές).
- Ανησυχίες σχετικά με τα νέα εμβόλια αναφέρονται συχνά στη Γαλλία (8 αναφορές) και στην Ελλάδα (5 αναφορές).
- Η χαμηλή αποτελεσματικότητα του εμβολίου προκαλεί ανησυχία κυρίως στην Ελλάδα (9 αναφορές) και τη Ρουμανία (6 αναφορές).
- Τα παιδιά που λαμβάνουν πάρα πολλά εμβόλια αποτελούν μείζονα ανησυχία στην Ελλάδα (13 αναφορές) και στη Ρουμανία (5 αναφορές).
- Οι κίνδυνοι εμβολιασμού που υπερτερούν των οφελών συζητούνται κυρίως στη Ρουμανία (9 αναφορές).

Από τον πίνακα φαίνονται σαφώς ότι, πέρα των ποικίλων ανησυχιών μεταξύ των διαφόρων χωρών, η Ρουμανία και η Ελλάδα έχουν τις περισσότερες συνολικές αναφορές.

Στον Πίνακα 6.8 αναφέρονται στοιχεία για την εμπιστοσύνη και τη δυσπιστία γύρω από τον εμβολιασμό. Πιο συγκεκριμένα:

- Η εμπιστοσύνη στις αρχές, τους γιατρούς ή την έρευνα αναφέρεται συχνότερα στην Κροατία (17 αναφορές) και τη Ρουμανία (12 αναφορές).

- Η δυσπιστία προς τις φαρμακευτικές εταιρείες είναι ιδιαίτερα σημαντική στην Ελλάδα (11 αναφορές) και στη Ρουμανία (7 αναφορές).
- Δυσπιστία προς τις αρχές, τους γιατρούς ή την έρευνα παρατηρείται στην Ελλάδα (9 αναφορές) και στη Γαλλία (3 αναφορές).
- Η υποστήριξη του εμβολιασμού εκφράζεται εντονότερα στη Ρουμανία (11 αναφορές).
- Τάση κατά του εμβολιασμού γενικά παρατηρείται κυρίως στην Ελλάδα (4 αναφορές).
- Θεωρίες συνωμοσίας αναφέρθηκαν στη Ρουμανία.
- Θρησκευτική μοιρολατρία αναφέρθηκε μόνο στη Ρουμανία (2 αναφορές).

Ο πίνακας δείχνει πώς η εμπιστοσύνη και η δυσπιστία ποικίλλουν ευρέως, με την Ελλάδα να δείχνει μεγαλύτερη δυσπιστία συνολικά, ειδικά προς τις φαρμακευτικές εταιρείες και τις αρχές, ενώ η Ρουμανία έχει υψηλό επίπεδο εμπιστοσύνης και υποστήριξης για τον εμβολιασμό.

Στον Πίνακα 6.9 παρουσιάζεται η εμπιστοσύνη των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης στην αντιμετώπιση της διστακτικότητας των ασθενών. Σύμφωνα με τα στοιχεία αυτά:

- Η Κροατία έχει το υψηλότερο ποσοστό εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης που αισθάνονται άνετα να ανταποκριθούν στη διστακτικότητα των ασθενών (14 αναφορές) ενώ 15 εργαζόμενοι αναφέρουν ότι διαθέτουν επαρκείς πληροφορίες/πόρους.
- Στη Γαλλία παρουσιάζεται κάποια δυσφορία, με 4 εργαζόμενους να αισθάνονται άβολα να ανταποκριθούν σε διστακτικούς ασθενείς και 2 να μοιράζονται αμφιβολίες με τους ασθενείς.
- Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα δείχνουν και τα δύο, με 9 να αναφέρουν ότι αισθάνονται άνετα και έχουν επαρκείς πληροφορίες, αλλά 3 εργαζόμενοι εξακολουθούν να αισθάνονται άβολα να αντιμετωπίσουν τη διστακτικότητα.
- Στη Ρουμανία, 8 εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης αισθάνονται άνετα να ανταποκριθούν σε διστακτικούς ασθενείς, αλλά 3 εργαζόμενοι

παραδέχονται ότι μοιράζονται αμφιβολίες με τους ασθενείς τους, αντανακλώντας κάποια εσωτερική αβεβαιότητα.

Στον πίνακα αντικατοπτρίζονται διαφορετικά επίπεδα εμπιστοσύνης, με την Κροατία να παρουσιάζει το υψηλότερο επίπεδο άνεσης, ενώ η Γαλλία και η Ρουμανία επιδεικνύουν κάποια διστακτικότητα και μοιράζονται αμφιβολίες μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης (European Centre for Disease Prevention and Control., 2015).

Πίνακας 6.6. Βασικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην μελέτη

Χώρα	Αριθμός Συμμετοχών	Ηλικία	Φύλο
Κροατία	17	100% (25–44 έτη)	88% γυναίκες, 12% άνδρες
Γαλλία	16	19% (25–44 έτη), 75% (45–64 έτη), 6% (65+ έτη)	88% γυναίκες, 12% άνδρες
Ελλάδα	15	53% (25–44 έτη), 47% (45–64 έτη)	27% γυναίκες, 73% άνδρες
Ρουμανία	17	59% (25–44 έτη), 41% (46–65 έτη)	94% γυναίκες, 6% άνδρες
Συνολικά	65	58% (25–44 έτη), 40% (45–64 έτη), 2% (65+ έτη)	66% γυναίκες, 34% άνδρες

Πηγή: ECDC, 2015

Πίνακας 6.7. Ανησυχίες σχετικά με τον εμβολιασμό και τις ασθένειες που μπορούν να προληφθούν

Χώρα	Σύνολο αναφορών	Φόβος παρενεργειών	Ανησυχίες για τα νέα εμβόλια	Χαμηλή αποτελεσματικότητα εμβολίου	Παιδιά που λαμβάνουν πάρα πολλά εμβόλια	Περιττά εμβόλια	Χαμηλός κίνδυνος ασθένειας	Παιδιά πολύ μικρά για εμβολιασμό	Ο φόβος των συστατικών / ανοσοεπιχυστικών	Οι κίνδυνοι εμβολιασμού υπερτερούν των οφελών
Κροατία	18	5	3	2	1	0	1	1	0	0
Γαλλία	24	2	8	3	3	3	3	3	2	0
Ελλάδα	79	7	5	9	13	6	0	3	0	0
Ρουμανία	80	14	3	6	5	4	3	2	2	9

Πηγή: ECDC, 2015

Πίνακας 6.8. Εμπιστοσύνη και δυσπιστία γύρω από τον εμβολιασμό

Χώρα	Συνολικές αναφορές εμπιστοσύνης /δυσπιστίας	Εμπιστοσύνη στις αρχές, τους γιατρούς ή την έρευνα	Υποστήριξη για εμβολιασμό	Δυσπιστία στις φαρμακευτικές εταιρείες	Δυσπιστία στις αρχές, τους γιατρούς ή την έρευνα	Δυσπιστία στους φαρμακευτικούς επισκέπτες	Κατά του εμβολιασμού γενικά	Θεωρίες συνωμοσίας	Θρησκευτική μοιρολατρία
Κροατία	36	17	0	2	0	0	0	0	0
Γαλλία	19	8	4	4	3	0	0	0	0
Ελλάδα	43	6	5	11	9	8	4	0	0
Ρουμανία	41	12	11	7	3	0	2	1	2

Πηγή: ECDC, 2015

Πίνακας 6.9. Εμπιστοσύνη στην αντιμετώπιση της διστακτικότητας των ασθενών

Χώρα	Συνολικές αναφορές εμπιστοσύνης/άνεσης	Άνετη ανταπόκριση σε διστακτικούς ασθενείς	Διαθέτουν επαρκείς πληροφορίες/πόρους	Άβολη ανταπόκριση σε διστακτικούς ασθενείς	Έλλειψη πόρων/πληροφοριών	Μοίρασμα αμφιβολιών με τους ασθενείς
Κροατία	35	14	15	1	1	1
Γαλλία	40	4	4	4	0	2
Ελλάδα	48	9	9	3	2	0
Ρουμανία	49	8	7	3	0	3

Πηγή: ECDC, 2015

6.1.3 Σε Εθνικό Επίπεδο

Σε εθνικό επίπεδο δεν υπάρχουν επαρκή ποσοτικά δεδομένα για την διαστατικότητα στον εμβολιασμό. Στην πραγματικότητα μάλιστα θα μπορούσε να λεχθεί ότι τα στοιχεία είναι πολύ περιορισμένα. Στην παρούσα μελέτη καταγράφονται στοιχεία από 2 άρθρα. Το πρώτο (Danis *et al.*, 2010) αφορά στην εμβολιαστική κάλυψη σε συνάρτηση με τη στάση των γονέων και τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες ενώ στο δεύτερο (Kanelloroulou *et al.*, 2021) σημειώνονται τα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης των μαθητών στη Δυτική Ελλάδα από το 2016 έως το 2019 που δίνουν μια μάλλον αντιπροσωπευτική εικόνα για τον εμβολιασμό των παιδιών στην προ COVID-19 εποχή.

Η πρώτη έρευνα (Danis *et al.*, 2010) αποκάλυψε ότι οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες έπαιζαν σημαντικότερο ρόλο στην εμβολιαστική κάλυψη από τη στάση των γονέων. Στα βασικά ευρήματα σημειώνονται:

1. Εμβολιαστική κάλυψη

- Το 91,2% των παιδιών είχαν λάβει 5 δόσεις DTP (διφθερίτιδα, τέτανος και κοκκύτης).
- Το 98,3% είχε λάβει 1 δόση του εμβολίου MMR (ιλαρά, παρωτίτιδα, ερυθρά), αλλά μόνο το 77,1% είχε λάβει 2 δόσεις.
- Το 63,9% των παιδιών ήταν πλήρως εμβολιασμένα σύμφωνα με το εθνικό πρόγραμμα.
- Μόνο το 52,1% εμβολιάστηκε κατάλληλα για την ηλικία του (δηλ. εντός του συνιστώμενου χρονοδιαγράμματος).

2. Επίδραση κοινωνικοοικονομικών και δημογραφικών παραγόντων

- Τα παιδιά μεταναστών είχαν σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό εμβολιασμού (29,9% πλήρης εμβολιασμός), σε σύγκριση με 67,1% στον μη μειονοτικό πληθυσμό.
- Τα παιδιά Ρομά ήταν εν γένει ανεπαρκώς εμβολιασμένα, με μόνο το 40,1% να έχει ολοκληρώσει τον εμβολιασμό και μόλις το 3,8% να έχει εμβολιαστεί κατάλληλα για την ηλικία του.
- Τα παιδιά από νοικοκυριά με 3 ή περισσότερα αδέρφια είχαν 26% λιγότερες πιθανότητες να εμβολιαστούν πλήρως και 38% λιγότερες πιθανότητες να εμβολιαστούν κατάλληλα για την ηλικία τους σε σύγκριση με τα μοναχοπαίδια.

- Η εκπαίδευση των γονέων είχε ισχυρή επιρροή: το 70,5% των παιδιών των οποίων οι πατέρες είχαν πανεπιστημιακή εκπαίδευση ήταν πλήρως εμβολιασμένα, σε σύγκριση με το 55,9% για τα παιδιά των οποίων οι πατέρες είχαν λιγότερα από 9 χρόνια εκπαίδευσης.

3. Γονικές στάσεις και πεποιθήσεις

- Το 19,4% των γονέων πιστεύει ότι «οι φυσικές παιδικές ασθένειες είναι προτιμότερες από τον εμβολιασμό», οδηγώντας σε μείωση κατά 11% του πλήρους ποσοστού εμβολιασμού των παιδιών τους.
- Στο 30,4% των γονέων προκλήθηκε σύγχυση από αντικρουόμενες συμβουλές γιατρών, που οδήγησε σε μείωση κατά 7% του πλήρους εμβολιασμού.
- Το 60,3% των γονέων πιστεύει ότι τα νέα εμβόλια αναπτύσσονται κυρίως για οικονομικό κέρδος, χωρίς αυτό όμως να επηρεάσει άμεσα τα ποσοστά εμβολιασμού.
- Μόνο το 3,3% των γονέων εξέφρασε φόβο για τα εμβόλια και μεταξύ αυτής της ομάδας η εμβολιαστική κάλυψη ήταν 10% χαμηλότερη.

4. Αντιλαμβανόμενα εμπόδια

Το 20,1% των γονέων ανέφερε ότι η μεγάλη απόσταση από τα σημεία εμβολιασμού αποτέλεσε εμπόδιο, οδηγώντας σε 15% χαμηλότερο ποσοστό πλήρους εμβολιασμού και 12% χαμηλότερο ποσοστό εμβολιασμού κατάλληλο για την ηλικία.

- Το 20,9% αναγνώρισε ότι οι άβολες ώρες των κλινικών είναι πρόβλημα, γεγονός που μείωσε επίσης τα ποσοστά εμβολιασμού.

Η μελέτη έδειξε ότι οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες όπως το καθεστώς της μειονότητας, η εκπαίδευση των γονέων και το μέγεθος της οικογένειας είχαν πιο σημαντικό αντίκτυπο στην εμβολιαστική κάλυψη από τις στάσεις ή τις πεποιθήσεις των γονέων. Η αντιμετώπιση εμποδίων, όπως η απόσταση από τους χώρους εμβολιασμού και η βελτίωση της πρόσβασης των μειονοτικών ομάδων, θα μπορούσε να βελτιώσει σημαντικά τα ποσοστά εμβολιασμού (Danis *et al.*, 2010).

Στο δεύτερο άρθρο (Kanellorouliou *et al.*, 2021) σημειώνονται τα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης των μαθητών στη Δυτική Ελλάδα από το 2016 έως το 2019. Στον Πίνακα 6.10 συνοψίζονται οι τάσεις κατά τη διάρκεια των τεσσάρων ετών (Kanellorouliou *et al.*, 2021). Παρατηρείται ότι κατά τα έτη αυτά η εμβολιαστική κάλυψη μεταξύ των μαθητών στη Δυτική Ελλάδα παρουσίαζε υψηλή πρόσληψη για τα περισσότερα εμβόλια, με τα

υψηλότερα ποσοστά να παρατηρούνται για DTaP-IPV/TdaP (97,2% έως 99,2%), MMR (98,0% έως 100%) και MCC (98,8% έως 99,4%). Η κάλυψη του HBV παρέμεινε επίσης σταθερά υψηλή, ξεπερνώντας το 96% καθ' όλη τη διάρκεια της περιόδου. Ωστόσο, υπήρξε αξιοσημείωτη μεταβλητότητα στην κάλυψη για άλλα εμβόλια, ιδιαίτερα για το συζευγμένο πνευμονιοκοκκικό εμβόλιο (PCV), όπου τα ποσοστά πλήρους εμβολιασμού κυμάνθηκαν γύρω στο 38-41%. Ενώ τα εμβόλια HPV και 4CMenB έδειξαν χαμηλή πρόσληψη, με τον HPV να κυμαίνεται από 0,7% έως 2,0% και τον 4CMenB μεταξύ 6,1% και 8,1%, τα εμβόλια Hib και BCG έδειξαν σταδιακή μείωση της κάλυψης.

Τα αποτελέσματα υπογραμμίζουν την ισχυρή συμμόρφωση για καθιερωμένα εμβόλια, αλλά δείχνουν περιθώρια βελτίωσης, ιδιαίτερα σε νεότερα ή λιγότερο συχνά χορηγούμενα εμβόλια όπως PCV, HPV και 4CMenB (Kanellopoulou *et al.*, 2021).

Πίνακας 6.10.. Ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης μαθητών στη Δυτική Ελλάδα (2016-2019)

Εμβόλιο/Δόσεις	2016 (%)	2017 (%)	2018 (%)	2019 (%)
DTaP-IPV/TdaP	97.2	99.2	99.1	98.4
Hib	96.8	94.2	87.7	82.3
HBV	96.1	99.2	99.1	99.0
PCV	38.6	39.5	41.2	38.3
MCC	98.8	99.2	99.4	98.3
HAV	91.7	91.5	94.5	91.0
MMR	98.0	100.0	98.9	98.5
VAR	88.8	86.8	89.6	89.2
BCG	21.6	50.0	20.6	22.5
4CMenB	6.1	6.2	8.1	6.4
HPV	0.7	1.5	2.0	1.6

Πηγή: Kanellopoulou *et al.*, 2021

6.2 Πεποιθήσεις και συμπεριφορές γονέων για τον εμβολιασμό των παιδιών της

Από την ανάλυση της βιβλιογραφίας προκύπτουν τα παρακάτω αποτελέσματα σχετικά με της πεποιθήσεις και της συμπεριφορές των γονέων για τον εμβολιασμό των παιδιών της.

Κεντρικός τομέας ανησυχίας είναι η έλλειψη πληροφόρησης. Οι γονείς εκφράζουν πάντα τη βαθιά ανάγκη να είναι πλήρως ενημερωμένοι προκειμένου να μπορούν να καθοδηγηθούν της σωστές αποφάσεις που σχετίζονται με τον εμβολιασμό. Έρευνες δείχνουν ότι η διαδικασία λήψης αποφάσεων επηρεάζεται σημαντικά από την ανεπάρκεια πληροφοριών σχετικά με τα εμβόλια, ιδίως της παρενέργειές της και τη συνολική αποτελεσματικότητά της. Αυτή η έλλειψη πληροφοριών δημιουργεί κενά στην κατανόηση, που συχνά χρεώνεται της επαγγελματίας υγείας. Σε ένα τέτοιο σενάριο αναπόφευκτα οι γονείς οδηγούνται στο να αμφισβητήσουν την αποτελεσματικότητα των εμβολίων, αισθανόμενοι επιφυλάξεις κυρίως λόγω κάποιου αόριστου αφηγήματος σχετικά με της πιθανές παρενέργειες (Díaz Crescitelli *et al.*, 2019).

Ταυτόχρονα, οι γονείς αντιμετωπίζουν την αβεβαιότητα που οφείλεται στην αντιφατική και στην της φορές προκατειλημμένη φύση των πληροφοριών για τα εμβόλια που συχνά επικρατούν στα μέσα ενημέρωσης και στον δημόσιο διάλογο. Εδώ το τοπίο πληροφοριών μοιάζει κατακερματισμένο, μη ισορροπημένο και τελικά αναξιόπιστο. Στα μέσα ενημέρωσης η αβεβαιότητα επιδεινώνεται από αντικρουόμενα μηνύματα που αφήνουν της γονείς σε κατάσταση σύγχυσης και καλλιεργούν δυσπιστία για την αυθεντικότητα και την αντικειμενικότητα των διαθέσιμων πληροφοριών. Το αποτέλεσμα είναι η στάση δισταγμού των γονέων απέναντι στον εμβολιασμό, που τροφοδοτείται από την έλλειψη σαφών, ισορροπημένων και αξιόπιστων πληροφοριών που θα μπορούσαν να διευκολύνουν μια τεκμηριωμένη επιλογή.

Τα ζητήματα περιπλέκονται όταν οι γονείς αρχίζουν να εξαρτώνται από εναλλακτικές πηγές πληροφόρησης. Συχνά, στην αναζήτησή της για περισσότερη σαφήνεια και βεβαιότητα, στρέφονται σε ανεπίσημα κανάλια πληροφόρησης τα οποία παρέχουν μια διαφορετική όψη της πραγματικότητας που προέρχεται από μη επαληθευμένες και δυνητικά παραπλανητικής φύσεως πηγές, με αποτέλεσμα να εδραιώνουν περαιτέρω τη διστακτικότητά της. Στην περίπτωση αυτή οι γονείς αναγκάζονται να αναζητήσουν πληροφορίες που να έχουν απήχηση της προσωπικές της πεποιθήσεις και εμπειρίες με άμεσο και προφανή κίνδυνο να ενστερνιστούν ανακρίβειες.

Για να μπορέσουν οι γονείς να ενεργήσουν της το συμφέρον των παιδιών της απαιτείται μια πολύπλευρη προσέγγιση που να αντιμετωπίζει τα βασικά ζητήματα, δηλαδή μια συντονισμένη προσπάθεια για την άνοδο της ποιότητας, και της αξιοπιστίας των πληροφοριών που σχετίζονται με το εμβόλιο (Díaz Crescitelli *et al.*, 2019).

Η εμπιστοσύνη, ιδιαίτερα η εμπιστοσύνη στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και στα ίδια τα εμβόλια, είναι ένα από τα βασικά στοιχεία που επηρεάζουν τη στάση των γονέων απέναντι στα εμβόλια. Οι Benin et al. (2006) διεξήγαγαν μια ποιοτική ανάλυση και υπογράμμισαν την ύψιστη σημασία της εμπιστοσύνης στη διαδικασία λήψης αποφάσεων σχετικά με της βρεφικούς εμβολιασμούς. Αυτή η μελέτη αποκαλύπτει ότι η εμπιστοσύνη ή μη της επαγγελματίες υγείας, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και την αποτελεσματικότητα των εμβολίων επηρεάζει σημαντικά της αποφάσεις των γονέων για το αν και πως θα εμβολιάσουν τα παιδιά της (Dubé *et al.*, 2013).

Σε μια μελέτη όπου αναλύθηκαν δεδομένα από την έρευνα HealthStyles του 2002 φαίνεται ότι το 12% των ερωτηθέντων συμμερίζεται την αντίθεση των γονέων στον υποχρεωτικό εμβολιασμό. Οι λόγοι της αντίθεσης είναι βαθιά συνυφασμένοι με της πεποιθήσεις των γονέων σχετικά με την ασφάλεια των εμβολίων, την αποτελεσματικότητα και την αναγκαιότητα εμβολιασμού των παιδιών της. Η έρευνα δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της στάσης της γονέα σχετικά με τον υποχρεωτικό εμβολιασμό και των πεποιθήσεων της για την ασφάλεια και τη χρησιμότητα των εμβολίων, καθώς και της προθέσεις της σχετικά με τον πλήρη εμβολιασμό του παιδιού της (Kennedy, Brown and Gust, 2005).

Επιπλέον, οι Gust et al. (2005) σε ανάλυσή της για της στάσεις και της πεποιθήσεις ανοσοποίησης υποδεικνύουν ότι οι απόψεις των γονέων για της εμβολιασμούς δεν είναι άσπρο-μαύρο. Αντίθετα, υφίσταται ένα ευρύ φάσμα ως της της στάσεις, που κυμαίνεται από την πλήρη αποδοχή έως την πλήρη άρνηση, με πολλούς γονείς να βρίσκονται κάπου στη μέση (Larson *et al.*, 2014).

Σε άλλη έρευνα του (Kennedy *et al.*, 2011) υπογραμμίζεται ότι οι ανησυχίες που έχουν οι γονείς διαστρωμάτωνονται ανάλογα με την κατάσταση εμβολιασμού του παιδιού της. Για της γονείς που σκόπευαν να τα εμβολιάσουν πλήρως, ξεχώριζαν θέματα της ο πόνος από τη λήψη πολλαπλών εμβολίων σε μία επίσκεψη και οι ανησυχίες για την ασφάλεια των συστατικών του εμβολίου. Αντίθετα, όσοι επέλεξαν τα προγράμματα μερικού εμβολιασμού ανησυχούσαν περισσότερο για τον κίνδυνο των παρενεργειών, πελαγωμένοι από τον αριθμό των εμβολίων που συνιστώνται στα πρώτα χρόνια της ζωής των παιδιών της. Αυτή η διαστρωμάτωση των ανησυχιών αποκαλύπτει την πολύπλευρη φύση της διστακτικότητας, όπου διαφορετικοί παράγοντες βαραινουν περισσότερο της αποφάσεις των γονέων ανάλογα με της προθέσεις.

Της ανησυχίας συνδέονται με την ικανότητα του βρεφικού ανοσοποιητικού συστήματος να διαχειριστεί πολλαπλά εμβόλια ταυτόχρονα και έχουν της συμβάλει στην διστακτικότητα στον εμβολιασμό. Οι επικριτές υποστηρίζουν ότι το προτεινόμενο πρόγραμμα ανοσοποίησης θα μπορούσε να καταβάλει ή να αποδυναμώσει το ανοσοποιητικό σύστημα της βρέφους, παρά την έρευνα που δείχνει ότι τα εμβόλια έχουν σχεδιαστεί για να λειτουργούν εντός της ισχυρής ανοσοποιητικής ικανότητας του βρέφους, παρέχοντας αποτελεσματική προστασία από διάφορες ασθένειες χωρίς να τίθεται σε κίνδυνο η υγεία του.

Από της βασικές πεποιθήσεις που συμβάλλουν στη διστακτικότητα μεταξύ των γονέων είναι ο φόβος των ανεπιθύμητων παρενεργειών μετά την ανοσοποίηση. Παρά τη σπανιότητα των σοβαρών δυσμενών επιπτώσεων, η αντίληψη του κινδύνου παραμένει σημαντικός αποτρεπτικός παράγοντας. Οι γονείς συχνά σταθμίζουν της κινδύνους που συνδέονται με της εμβολιασμούς έναντι των φυσικών κινδύνων της προσβολής ασθενειών. Πολλοί πιστεύουν ότι η απόκτηση φυσικής ανοσίας, παρά της εγγενείς κινδύνους της, είναι προτιμότερη από της πιθανές παρενέργειες των εμβολίων (Schwartz and Caplan, 2011).

Επιπλέον, η προτίμηση για φυσική ανοσία συχνά συνδυάζεται με μια γενικότερη δυσπιστία της τη συμβατική ιατρική. Ένα τμήμα του γονικού πληθυσμού πιστεύει ότι η φυσική ανάρρωση από μια ασθένεια είναι πιο ωφέλιμη για την υγεία του παιδιού από τη λήψη της εμβολίου για αυτήν. Η συγκεκριμένη προοπτική όχι μόνο υπογραμμίζει τη δυσπιστία της εμβολιασμούς, αλλά αμφισβητεί και της ευρύτερες αρχές της προληπτικής ιατρικής, υπογραμμίζοντας μια σαφή παρανόηση θεμελιώδη ζητήματα της συλλογικής ανοσίας και των αρχών που διέπουν την πρόληψη και τον έλεγχο των μεταδοτικών ασθενειών.

Οι θρησκευτικές και ηθικές αντιρρήσεις μπορεί να περιπλέξουν περαιτέρω το τοπίο της διστακτικότητας της εμβολιασμούς. Μερικοί γονείς αρνούνται της εμβολιασμούς για θρησκευτικούς λόγους ή λόγω ηθικών αντιρρήσεων της νόμους της πολιτείας που επιβάλλουν τα εμβόλια για την εγγραφή των παιδιών στο σχολείο. Αυτές οι πεποιθήσεις υπογραμμίζουν την ποικιλία των λόγων πίσω από την άρνηση εμβολιασμού και επισημαίνουν τη σημασία της κατανόησης και της αντιμετώπισης αυτών των ανησυχιών κατά περίπτωση.

Ένα βασικό εύρημα αφορά τον ρόλο των νόμων της πολιτείας που επιτρέπουν εξαιρέσεις από τον εμβολιασμό για ιδεολογικούς ή θρησκευτικούς λόγους. Διαπιστώθηκε μια σαφής σύνδεση μεταξύ της διαθεσιμότητας τέτοιων εξαιρέσεων και της αντίθεσης των γονέων στον

υποχρεωτικό εμβολιασμό, υποδηλώνοντας ότι τα νομικά πλαίσια επηρεάζουν σημαντικά τη στάση των γονέων και ενδεχομένως της ενέργειές της σχετικά με τον εμβολιασμό.

Οι θεμελιώδεις πεποιθήσεις που ενσωματώνουν αυτή την αντίθεση είναι πολύπλευρες. Οι γονείς που αντιτίθενται στον υποχρεωτικό εμβολιασμό είναι πιο πιθανό να αντιλαμβάνονται τα εμβόλια ως περιττά για την υγεία του παιδιού της, αντανακλώντας έναν ευρύτερο σκεπτικισμό σχετικά με τη συνολική σημασία και την αποτελεσματικότητα των εμβολιασμών.

Είναι ενδιαφέρον ότι η αντίθεση στον υποχρεωτικό εμβολιασμό οφείλεται εν μέρει και στο γεγονός ότι της ασθένειες που μπορούν να προληφθούν με εμβόλια έχουν γίνει πιο σπάνιες χάρη της εκτεταμένες προσπάθειες ανοσοποίησης. Αυτή η σπανιότητα, ενώ είναι επιτυχία για τη δημόσια υγεία, υπονομεύει παραδόξως την αντίληψη της αναγκαιότητας του εμβολιασμού μεταξύ ορισμένων γονέων, καλλιεργώντας ένα περιβάλλον όπου ανθίζουν οι παρανοήσεις και οι ανησυχίες (Sadaf *et al.*, 2013).

Οι επιπτώσεις των ανωτέρω δεν μπορούν να υποεκτιμηθούν. Καθώς τα χρονοδιαγράμματα εμβολιασμού γίνονται όλο και πιο περίπλοκα και όλο και περισσότερες χώρες εξετάζουν το ενδεχόμενο να επιτρέψουν εξαιρέσεις, η σημασία της αποτελεσματικής επικοινωνίας του κινδύνου των επαγγελματιών υγείας με της γονείς γίνεται ύψιστη. Η εκπαίδευση των γονέων σχετικά με της ασθένειες που προλαμβάνουν τα εμβόλια, της πιθανές συνέπειες του μη εμβολιασμού, τη μηχανική της λειτουργίας του εμβολίου και τον κρίσιμο ρόλο της συλλογικής ανοσίας αναδεικνύεται ως ζωτικής σημασίας στρατηγική για τη μείωση της αντίθεσης στον υποχρεωτικό εμβολιασμό (Kennedy *et al.*, 2011).

Ουσιαστικά, οι πεποιθήσεις των γονέων που αντιτίθενται στον υποχρεωτικό εμβολιασμό είναι βαθιά ριζωμένες της ανησυχίες για την ασφάλεια των εμβολίων, της φυσικές δυνατότητες του ανοσοποιητικού συστήματος και την αντίληψη ότι τα εμβόλια δεν είναι πλέον απαραίτητα λόγω της σπανιότητας των ασθενειών που μπορούν να προληφθούν με εμβόλια. Η αντιμετώπιση αυτών των πεποιθήσεων μέσω μιας τεκμηριωμένης, σαφούς και με ενσυναίσθηση επικοινωνίας είναι απαραίτητη για τον συνδυασμό των στόχων της δημόσιας υγείας με την αυτονομία και την κατανόηση των ανησυχιών των γονέων (Kennedy, Brown and Gust, 2005).

Για την κατανόηση των γονικών πεποιθήσεων σχετικά με της εμβολιασμούς αναπτύχθηκαν θεωρίες της η θεωρία της αιτιολογημένης δράσης (Theory of Reasoned Action – TRA) και η θεωρία της προγραμματισμένης συμπεριφοράς (Theory of Planned Behavior – TPB).

Η TRA που εισήχθη από τον Fishbein το 1967, υποστηρίζει ότι η πρόθεση είναι το άμεσο προηγούμενο μιας δεδομένης συμπεριφοράς, που διαμορφώνεται με βάση δύο συστατικά: τη στάση και της κανόνες (Ajzen and Fishbein, 2002). Η στάση απέναντι στον εμβολιασμό, σε αυτό το πλαίσιο, είναι η προδιάθεση που έχει διδαχθεί για ανταπόκριση με σταθερά ευνοϊκό ή δυσμενή τρόπο, και διαμορφώνεται από πεποιθήσεις σχετικά με τα θετικά ή αρνητικά αποτελέσματα του εμβολιασμού του παιδιού. Οι κανόνες, που αρχικά αναφέρονται σε υποκειμενικούς κανόνες, περιλαμβάνουν την πεποίθηση της ατόμου για το τι πιστεύουν οι άλλοι σημαντικοί του άνθρωποι ότι πρέπει να κάνουν όσον αφορά τον εμβολιασμό του δικού της παιδιού. Η εισαγωγή περιγραφικών κανόνων, οι πεποιθήσεις των ατόμων σχετικά με την επικράτηση του εμβολιασμού, προσθέτουν στην πολυπλοκότητα αυτού του στοιχείου.

Η TPB επεκτείνει τις έννοιες του TRA ενσωματώνοντας τον αντιλαμβανόμενο συμπεριφορικό έλεγχο, αντιμετωπίζοντας καταστάσεις όπου τα άτομα αισθάνονται ότι δεν έχουν τον έλεγχο που θα ήθελαν για τον εμβολιασμό των παιδιών της λόγω παραγόντων της οι πόροι, τα εξωτερικά εμπόδια ή ισχυρά εσωτερικά κίνητρα. Αυτή η προσθήκη επιτρέπει μια πιο ολοκληρωμένη κατανόηση των πεποιθήσεων και των στάσεων των γονέων απέναντι στον εμβολιασμό, αναγνωρίζοντας ότι αυτές οι πεποιθήσεις επηρεάζονται από της αντιλήψεις για την ικανότητα και τον έλεγχο της συμπεριφοράς εμβολιασμού των παιδιών της (Xiao and Wong, 2020).

Τέλος, από έρευνα με ερωτηματολόγιο της της γονείς που έγινε στον ελληνικό χώρο (Παναγιωτόπουλος, *et al.*, 2013) διερευνήθηκαν παράγοντες που ενδεχομένως ευνοούν ή αποτελούν εμπόδιο για τον εμβολιασμό των παιδιών. Ενώ βρέθηκε ότι το 95% των παιδιών είχαν ασφάλιση υγείας περίπου 2 της 3 γονείς θεωρούσαν ότι το οικονομικό κόστος των εμβολίων και της ιατρικής επίσκεψης αποτελούν πρόβλημα για τον εμβολιασμό των παιδιών της, και για της μετανάστες το ποσοστό αυτό είναι κάπως μικρότερο. Παράγοντες που αφορούν την πρόσβαση σε ιατρείο εμβολιασμού (μακρινή απόσταση, ώρες λειτουργίας που δεν εξυπηρετούν της γονείς) αποτελούν πρόβλημα για περίπου 1 της 3 γονείς, ενώ το σχετικό ποσοστό για της μετανάστες είναι υψηλότερο. Περίπου οι μισοί γονείς θεωρούν ότι έχουν ανεπαρκή ενημέρωση για της εμβολιασμούς και 1 της 3 δήλωσαν ότι η στάση της για τα εμβόλια έγινε πιο επιφυλακτική μετά τη δημόσια συζήτηση για το εμβόλιο της πανδημικής γρίπης του 2009. Περίπου 1 της 5 ανέφεραν ότι έχουν πρόβλημα με την κακή συμπεριφορά του προσωπικού του ιατρείου στο οποίο συνήθως εμβολιάζεται το παιδί της. Οι μετανάστες ανέφεραν το πρόβλημα αυτό ακόμα πιο συχνά (περίπου 1 της 3 γονείς).

6.3 Πεποιθήσεις και συμπεριφορές ευάλωτων κοινωνικών ομάδων

Οι πεποιθήσεις και οι ανησυχίες μεταξύ των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων σχετικά με της εμβολιασμούς είναι ποικίλες και βαθιά ριζωμένες. Κυμαίνονται από φόβους για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των εμβολίων, τη δυσπιστία της ιατρικές αρχές, της πολιτιστικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις, μέχρι την επίδραση αρνητικών εμπειριών και την προτίμηση για φυσική ανοσία. Η κατανόηση αυτών των πεποιθήσεων είναι ζωτικής σημασίας για της υγειονομικές αρχές και της ιατρούς για την αντιμετώπιση των δισταγμών και την προώθηση μιας πιο ενημερωμένης και αξιόπιστης προσέγγισης των ομάδων αυτών για της εμβολιασμούς (Karafillakis and Larson, 2017).

Μεταξύ των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, η ανησυχία σχετικά με την ασφάλεια των εμβολίων αποτελεί μια κυρίαρχη πεποίθηση. Η πιο συχνά αναφερόμενη ανησυχία είναι αυτή που πηγάζει από τον φόβο για παρενέργειες. Σύμφωνα με μια ευρέως διαδεδομένη αντίληψη οι κίνδυνοι που συνδέονται με της εμβολιασμούς υπερτερούν από τα οφέλη της. Επιπλέον, διατυπώνονται αμφιβολίες σχετικά με τη μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα των εμβολίων και τη χρησιμότητά της που συμβάλλουν στην πεποίθηση ότι οι εμβολιασμοί μπορεί να μην είναι απαραίτητοι ή ωφέλιμοι.

Της αποφάσεις εμβολιασμού επηρεάζει σημαντικά μια βαθιά ριζωμένη δυσπιστία της της υγειονομικές αρχές και της ιατρούς. Αυτή η δυσπιστία έχει της ρίζες της σε μια απαξίωση του έργου των ιατρών και των αρχών καθώς και στη γενική έλλειψη εμπιστοσύνης της φαρμακευτικές εταιρείες και της ερευνητές. Οι πολιτιστικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις διαδραματίζουν της κρίσιμο ρόλο στη διαμόρφωση των αποφάσεων εμβολιασμού μεταξύ των ευάλωτων ομάδων. Μερικοί γονείς που ανήκουν σε κάποιες θρησκευτικές κοινότητες εκφράζουν ισχυρή εμπιστοσύνη στη θεία πρόνοια, πιστεύοντας ότι δεν είναι ο ρόλος της να παρεμβαίνουν της φυσικές διαδικασίες της νόσου. Άλλοι θεωρούν ότι ο κίνδυνος μετάδοσης μολυσματικών ασθενειών είναι μειωμένος λόγω του διαχωρισμού της από της ευρύτερες κοινότητες, ενισχύοντας έτσι την αίσθησή της περί απομονωτισμού που αναιρεί την ανάγκη για εμβολιασμούς (Karafillakis and Larson, 2017).

Η δυνατότητα επίσης που έχουν οι πολίτες σε ορισμένα κράτη να επικαλεστούν φιλοσοφικές και θρησκευτικές εξαιρέσεις σε ιατρικές πράξεις εντείνει περαιτέρω το ζήτημα, επιτρέποντας σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες να παραιτηθούν από τον εμβολιασμό με βάση της προσωπικές της πεποιθήσεις. Μελέτες έχουν δείξει ότι τα κρούσματα ασθενειών της η

ιλαρά και ο κοκκύτης είναι υψηλότερα σε κοινότητες ή ομάδες που διεκδικούν τέτοιες εξαιρέσεις (Kennedy, Brown and Gust, 2005). Αυτές οι εξαιρέσεις παρέχουν μια νόμιμη οδό για την άρνηση εμβολιασμού, ενισχύοντας περιβάλλοντα όπου η χαμηλή εμβολιαστική κάλυψη μπορεί να οδηγήσει σε κρούσματα ασθενειών που θα μπορούσαν να προληφθούν.

Η προτίμηση για εναλλακτικές πρακτικές υγείας και η πίστη στα οφέλη της φυσικής ανοσίας έναντι της επαγόμενης από τον εμβολιασμό ανοσίας επηρεάζουν της της αποφάσεις για τα εμβόλια. Μερικοί γονείς προτιμούν την ομοιοπαθητική και μπορεί παράλληλα να έχουν έναν ευρύτερο σκεπτικισμό απέναντι της ιατρικές παρεμβάσεις και στην επιθυμία για μια «φυσική» διαδικασία υγείας ή/και πιστεύουν ότι είναι πιο σημαντικό τα παιδιά της να εκτεθούν σε ορισμένες λοιμώξεις για να αναπτύξουν ισχυρό ανοσοποιητικό σύστημα, αμφισβητώντας έτσι την αναγκαιότητα των εμβολιασμών. Η πίστη στην ευθραυστότητα του σώματος και η ιδέα ότι τα νεαρά ανοσοποιητικά συστήματα δεν μπορούν να χειριστούν τα αντιγόνα που υπάρχουν στα εμβόλια αποτρέπουν περαιτέρω τα άτομα από το να επιλέξουν τον εμβολιασμό. Όλα αυτά συμβάλλουν στην διστακτικότητα ή ακόμα και στην άρνηση εμβολιασμού από άτομα που ανήκουν σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες.

Οι αρνητικές προσωπικές εμπειρίες με τα εμβόλια, μαζί με αρνητικές αναφορές στα μέσα ενημέρωσης, επηρεάζουν σημαντικά της αντιλήψεις για τον εμβολιασμό. Αυτές οι εμπειρίες και αναφορές οδηγούν σε ένα γενικό αίσθημα κατά του εμβολιασμού, ενισχύοντας της υπάρχοντες φόβους και τον σκεπτικισμό σχετικά με την ασφάλεια και την αναγκαιότητα των εμβολίων (Karafillakis and Larson, 2017).

Μία από της κύριες πεποιθήσεις που συμβάλλει στη διστακτικότητα των εμβολίων μεταξύ των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων είναι η αντίληψη ότι η πιθανότητα να νοσήσουν από ασθένειες που μπορούν να προληφθούν με εμβολιασμό είναι χαμηλή. Σύμφωνα με μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε τηλεφωνικά της ΗΠΑ, το 1999, σε γονείς παιδιών ηλικίας μέχρι 6 ετών (Gellin *et al.*, 2000), οι γονείς συχνά αντιλαμβάνονται ότι ο κίνδυνος ασθενειών της η ιλαρά ή η πολιομυελίτιδα για τα παιδιά της είναι μικρός, που αντικατοπτρίζεται σε μια μέση βαθμολογία ευαισθησίας που κυμαίνεται από 5,9 έως 6,8 σε μια κλίμακα 10 βαθμών για διάφορες ασθένειες. Αυτή η υποεκτίμηση του κινδύνου διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο της αποφάσεις κατά του εμβολιασμού, καθώς η αντίληψη περί μη απειλής από ασθένειες που μπορούν να προληφθούν με εμβόλιο δεν επιβάλλει την προληπτική δράση. Στο πλαίσιο αυτό, εάν οι γονείς δεν αντιλαμβάνονται της ασθένειες που μπορούν να προληφθούν με εμβολιασμό ως σοβαρές ή δεν βλέπουν σημαντικά οφέλη από τον εμβολιασμό, είναι λιγότερο πιθανό να υποστηρίξουν ή να συμμορφωθούν με της εντολές εμβολιασμού.

Στο μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία (Health Belief Model) που αναπτύχθηκε από της (Strecher & Rosenstock, 1997) προσφέρεται ένα θεωρητικό πλαίσιο για την κατανόηση αυτών των συμπεριφορών, δίνοντας έμφαση στην επίδραση των προσωπικών πεποιθήσεων της συμπεριφοράς αναζήτησης υγείας. Η ανάλυσή της υποδηλώνει ότι οι αποφάσεις εμβολιασμού επηρεάζονται από της αντιλήψεις των ατόμων για τη σοβαρότητα της νόσου, την ευαισθησία τους στη νόσο, τα οφέλη της προληπτικής δράσης και τα εμπόδια στη λήψη τέτοιων μέτρων (Kennedy, Brown and Gust, 2005).

Η διστακτικότητα στα εμβόλια μεταξύ των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων οφείλεται σε μια περίπλοκη αλληλεπίδραση πεποιθήσεων, συμπεριλαμβανομένης της αντίληψης της χαμηλής ευαισθησίας σε ασθένειες, της προτίμησης για φυσική ανοσία και της επιρροής των φιλοσοφικών και θρησκευτικών εξαιρέσεων. Η αντιμετώπιση αυτών των ανησυχιών απαιτεί στοχευμένες στρατηγικές επικοινωνίας για την υγεία που ενημερώνονται με την κατανόηση αυτών των υποκείμενων πεποιθήσεων. Καθώς το τοπίο της δημόσιας υγείας και των συναισθημάτων εμβολιασμού συνεχίζει να εξελίσσεται, το ίδιο θα πρέπει και οι προσπάθειες για τη δέσμευση και την εκπαίδευση των ευάλωτων πληθυσμών, διασφαλίζοντας έτσι ότι θα επιτευχθούν τα ευρύτερα οφέλη για τη δημόσια υγεία από της εμβολιασμούς (Karafillakis and Larson, 2017).

6.4 Πεποιθήσεις και συμπεριφορές ατόμων που ανήκουν στον τομέα της υγείας

Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας βρίσκονται στην πρώτη γραμμή της υποστήριξης και χορήγησης των εμβολίων, διαδραματίζοντας κρίσιμο ρόλο στα αποτελέσματα της δημόσιας υγείας. Ενώ υπάρχει γενικά μια θετική άποψη για της εμβολιασμούς μεταξύ των εργαζομένων, που χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα εμπιστοσύνης και αξιοπιστίας, διάφορες μελέτες αποκαλύπτουν υποκείμενους δισταγμούς και ανησυχίες. Αυτοί οι δισταγμοί απορρέουν από πολύπλευρες αιτίες, συμπεριλαμβανομένων των ανησυχιών για την ασφάλεια, την αντίληψη της αναγκαιότητας, των αμφιβολιών για την Αποτελεσματικότητα και της δυσπιστίας της της φαρμακευτικές εταιρείες και της υγειονομικές αρχές.

Το πρωταρχικό μέλημα μεταξύ των εργαζομένων σε της χώρες περιστρέφεται γύρω από την ασφάλεια των εμβολίων. Παρά τη συνολική θετική υποδοχή για της εμβολιασμούς, τόσο οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας όσο και οι ασθενείς της εκφράζουν συχνά ανησυχίες για

παρενέργειες, συμβάλλοντας σε μεγάλο βαθμό στην διστακτικότητα στον εμβολιασμό. Αυτή η ανησυχία δεν είναι αβάσιμη, καθώς οι ανεπιθύμητες ενέργειες, όσο σπάνιες κι αν είναι, αποτελούν μέρος της συζήτησης. Επιπλέον, η αντίληψη ορισμένων εργαζομένων ότι διατρέχουν χαμηλό κίνδυνο μόλυνσης της οδήγησε να αμφισβητήσουν την ανάγκη για ορισμένα εμβόλια, ιδιαίτερα το εμβόλιο της εποχικής γρίπης, υπογραμμίζοντας την έλλειψη εμπιστοσύνης στην αποτελεσματικότητά της (Karafillakis *et al.*, 2016).

Το θέμα της ασφάλειας και αποτελεσματικότητας των εμβολίων εμφανίσθηκε ιδιαίτερα μετά την πανδημία της γρίπης A(H1N1) του 2009 ως κυρίαρχη ανησυχία μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Ο αντίκτυπος της πανδημίας επηρέασε σημαντικά τη στάση της έναντι του εμβολιασμού κατά της εποχικής γρίπης την επόμενη περίοδο 2010/2011, της παρατηρήθηκε από της Brandt *et al.* (2011). Αυτό επισημαίνει ότι συγκεκριμένα γεγονότα μπορούν να αλλάξουν της αντιλήψεις του ιατρικού προσωπικού ως της την αποδοχή των εμβολίων, πιθανώς λόγω ανησυχιών σχετικά με την εσπευσμένη ανάπτυξη του εμβολίου ή της πιθανές παρενέργειες (Karafillakis and Larson, 2017).

Της της σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στη διστακτικότητα είναι η δυσπιστία της της φορείς που βρίσκονται πίσω από την προώθηση και τη διανομή των εμβολίων. Ενώ οι περισσότεροι εργαζόμενοι δείχνουν εμπιστοσύνη της υγειονομικές αρχές, επικρατεί σκεπτικισμός απέναντι της φαρμακευτικές εταιρείες. Της σημαντικός αριθμός εργαζομένων πιστεύει ότι τα υπουργεία υγείας επηρεάζονται αδικαιολόγητα από της εταιρείες αυτές. Ο σκεπτικισμός ενισχύεται ιδιαίτερα σε χώρες της η Ελλάδα, όπου η δυσπιστία των εργαζομένων της την κυβέρνηση και τα συστήματα υγείας υπήρξε ιδιαίτερα υψηλή στον χρόνο που έγινε η μελέτη, καθώς όσοι συμμετείχαν είχαν προφανώς επηρεασθεί από την πολιτική και οικονομική κρίση της εποχής (Karafillakis *et al.*, 2016).

Τα νεότερα εμβόλια, της το εμβόλιο του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV), φαίνεται ότι προκαλούν μια ιδιαίτερη ανησυχία. Παρά της δυνατότητές της για σημαντικά οφέλη στη δημόσια υγεία, αντιμετωπίζονται με σκεπτικισμό λόγω των ανεπαρκών δοκιμών για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα. Αυτές οι ανησυχίες υπογραμμίζουν την ανάγκη για ολοκληρωμένες εκστρατείες εκπαίδευσης και ενημέρωσης προσαρμοσμένες της εργαζόμενους για τον μετριασμό του δισταγμού (Larson *et al.*, 2014).

Το θέμα της εμπιστοσύνης εκτείνεται πέρα από τη σφαίρα των υγειονομικών αρχών και των φαρμακευτικών εταιρειών, αγγίζοντας της πηγές πληροφόρησης για τα εμβόλια. Ο ρόλος

των μέσων ενημέρωσης, ειδικά αυτά με περιεχόμενο κατά του εμβολιασμού, και η επιρροή των μέσων κοινωνικής δικτύωσης δεν μπορούν να υποτιμηθούν. Ο πολλαπλασιασμός της παραπληροφόρησης μέσω αυτών των καναλιών επιδεινώνει τη διστακτικότητα στα εμβόλια τόσο στο κοινό όσο και της εργαζόμενους, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για ακριβείς, διαφανείς και εύκολα αφομοιώσιμες πληροφορίες σχετικά με τα εμβόλια (Karafillakis *et al.*, 2016).

Η εμβολιαστική κάλυψη και τα ποσοστά συμμόρφωσης μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης αντικατοπτρίζουν της της πεποιθήσεις της για τη σημασία των εμβολίων για τη δημόσια και προσωπική υγεία. Η γνώση και η στάση απέναντι στα εμβόλια που δεν σχετίζονται άμεσα με την επαγγελματική έκθεση, της η ανεμοβλογιά και ο HPV, αποκαλύπτουν της πληροφορίες σχετικά με της πεποιθήσεις εμβολιασμού των εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Οι Allaert *et al.* (2009) εξέτασαν τη στάση των γονέων ως της την αποδοχή του εμβολιασμού κατά της ανεμοβλογιάς σε Γαλλία και Γερμανία, οι οποίες ενδέχεται να παραλληλίζουν της απόψεις των εργαζομένων στον τομέα της υγείας σχετικά με τα μη υποχρεωτικά εμβόλια για της της ή της οικογένειές της.

Η στάση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας απέναντι της εμβολιασμούς μπορεί περαιτέρω να επηρεαστεί από την αντίληψή της για τον κίνδυνο, τόσο για της της όσο και για της ασθενείς της. Αυτό ήταν εμφανές στο πλαίσιο του εμβολιασμού κατά της γρίπης, όπου η άμεση έκθεση στη μετάδοση του ιού σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης ανυψώνει αναμφισβήτητα την σημασία του εμβολιασμού για την αυτοπροστασία και την πρόληψη της μόλυνσης των ασθενών, της καταδεικνύεται από της μελέτες των Lewthwaite *et al.* (2014) και Murphy *et al.* (2006) (Karafillakis and Larson, 2017).

Ένα χαρακτηριστικό γεγονός που σχετίζεται με τον εμβολιασμό κατά της γρίπης αποκαλύπτει ένα παράδοξο ως της την νοοτροπία των εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Παρά τη μακροχρόνια σύσταση για ετήσιο εμβολιασμό κατά της γρίπης από το 1981 και την αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα του εμβολιασμού ως προληπτικού μέτρου, υπάρχει μεγάλη δυσχέρεια στην επίτευξη ικανοποιητικών ποσοστών εμβολιασμού μεταξύ των εργαζομένων. Η απροθυμία της να λάβουν το εμβόλιο της γρίπης είναι ιδιαίτερα ανησυχητική επειδή οι λόγοι που της οδηγούν συχνά αντικατοπτρίζουν την παραπληροφόρηση και της παρανοήσεις που επικρατούν στο ευρύ κοινό. Για παράδειγμα, ορισμένοι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας αποφεύγουν το εμβόλιο λόγω της εσφαλμένης πεποίθησης ότι μπορεί το ίδιο να προκαλέσει γρίπη, ενώ άλλοι ελαχιστοποιούν τη

σοβαρότητα της νόσου ή εκφράζουν φόβους για την ασφάλεια του εμβολίου που δεν υποστηρίζονται από επιστημονικά στοιχεία (Poland, Tosh and Jacobson, 2005).

Αυτή η διστακτικότητα μεταξύ των επαγγελματιών υγείας δεν είναι χωρίς συνέπειες. Η αντίσταση της συστάσεις εμβολιασμών, της αυτές που εφαρμόζουν τα κέντρα υγειονομικής περίθαλψης για να αυξήσουν τα ποσοστά εμβολιασμού στο προσωπικό της, υπογραμμίζει ένα ευρύτερο ζήτημα δυσπιστίας και σκεπτικισμού απέναντι της εμβολιασμούς. Αν και οι πολιτικές υποχρεωτικού εμβολιασμού έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στην αύξηση των ποσοστών εμβολιασμού σε πρωτοφανή επίπεδα, έχουν της πυροδοτήσει συζητήσεις για την προσωπική αυτονομία και την ηθική της απαίτησης εμβολιασμού ως προϋπόθεση απασχόλησης. Οι επικριτές υποστηρίζουν ότι τέτοιες εντολές μπορεί να στείλουν ένα αρνητικό μήνυμα στο κοινό σχετικά με την ασφάλεια και την αναγκαιότητα των εμβολίων, όταν οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να υποχρεωθούν να εμβολιαστούν διαφορετικά κινδυνεύουν να χάσουν τη δουλειά της (Schwartz and Caplan, 2011).

Οι πεποιθήσεις και οι στάσεις των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης απέναντι της εμβολιασμούς είναι ζωτικής σημασίας για τη διαμόρφωση πολιτικών και στρατηγικών δημόσιας υγείας στα προγράμματα ανοσοποίησης ενώ η αντίσταση της εμβολιασμούς εντός της κοινότητας μπορεί να υπονομεύσει σημαντικά της προσπάθειες της δημόσιας υγείας. Οι εργαζόμενοι στην υγειονομική περίθαλψη επηρεάζουν τη στάση του κοινού απέναντι στον εμβολιασμό. Όταν οι επαγγελματίες υγείας παραμένουν ανεμβολίαστοι, όχι μόνο θέτουν σε κίνδυνο την υγεία των ασθενών της, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που είναι ευάλωτοι σε λοιμώξεις, αλλά αποτελούν της ανησυχητικό παράδειγμα για το ευρύτερο κοινό .

Οι επαγγελματίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων των παιδιάτρων, των νοσηλευτών και των οικογενειακών γιατρών, διαδραματίζουν της καθοριστικό ρόλο στην εκπαίδευση και στον καθησυχασμό των ασθενών σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των εμβολίων. Οι παιδίατροι, δεδομένου του άμεσου ρόλου της στην υγεία του παιδιού, προσφέρουν γενικά ισχυρή υποστήριξη στα προγράμματα εμβολιασμού. Οι Posfay-Barbe et al. (2005) εμβαθύνουν της εμβολιαστικές συμπεριφορές των παιδιάτρων της τα δικά της παιδιά, υποδεικνύοντας μια προσωπική εμπιστοσύνη στην αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια του εμβολιασμού που αντικατοπτρίζει τις επαγγελματικές τους συστάσεις. Ομοίως, οι Katz-Sidlow και Sidlow (2003) παρατήρησαν ότι οι παιδίατροι ως γονείς τείνουν να ακολουθούν τα προτεινόμενα προγράμματα εμβολιασμού, συμπεριλαμβανομένης της

εισαγωγής νέων εμβολίων της το εμβόλιο της ανεμοβλογιάς, το οποίο υπογραμμίζει περαιτέρω την εμπιστοσύνη των επαγγελματιών υγείας στα προγράμματα ανοσοποίησης.

Ωστόσο, οι πεποιθήσεις και οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας δεν είναι χωρίς προκλήσεις. Οι Zimmerman et al. (1997) εντόπισαν εμπόδια στην ανοσοποίηση κατά της ιλαράς και του κοκκύτη που προέρχονται από την στάση κάποιων γιατρών πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Πενσυλβάνια. Τα ευρήματά της υποδηλώνουν ότι οι προσπάθειες ανοσοποίησης εμποδίζονται από την παραπληροφόρηση ή την ανεπαρκή γνώση. Αντίθετα, οι πρωτοβουλίες για τη βελτίωση της κατανόησης και την αντιμετώπιση των λανθασμένων αντιλήψεων μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας μπορούν να βελτιώσουν τα ποσοστά εμβολιασμού. Οι Connors et al. (1998) διαπίστωσαν ότι οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις θα μπορούσαν να επηρεάσουν σημαντικά την υιοθέτηση του εμβολιασμού κατά της ηπατίτιδας Β στα νεογνά.

Επιπλέον, οι Leask et al. (2008) διερεύνησαν της στάσεις, της γνώσεις και της πρακτικές εμβολιασμού των επαγγελματιών υγείας στην περιφέρεια της New South Wales στην Αυστραλία, αποκαλύπτοντας ότι ενώ υπάρχει ισχυρή βάση υποστήριξης του εμβολιασμού, υπάρχουν της τομείς αβεβαιότητας που μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά. Υποστηρικτικά στα ανωτέρω, η εκπαίδευση και η κατάρτιση, της αυτές που πραγματεύονται από της Sherris et al. (2006) για τα εμβόλια HPV, μπορεί να ενδυναμώσουν της φορείς υγειονομικής περίθαλψης με γνώσεις για να αντιμετωπίσουν με σιγουριά τη διστακτικότητα μεταξύ των ασθενών (Dubé *et al.*, 2013).

Συμπερασματικά, οι πεποιθήσεις και οι στάσεις των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης απέναντι της εμβολιασμού, επηρεάζονται από ανησυχίες για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των εμβολίων, την εμπιστοσύνη της υγειονομικές αρχές έναντι των φαρμακευτικών εταιρειών, την επιρροή των μέσων ενημέρωσης, την αντίληψη του επαγγελματικού και προσωπικού κινδύνου και την αναγνώριση του ρόλου του εμβολιασμού στη διατήρηση της δημόσιας και προσωπικής υγείας.

Η αντιμετώπιση των ανησυχιών απαιτεί μια πολύπλευρη προσέγγιση που περιλαμβάνει σαφή επικοινωνία, διαφάνεια και συμμετοχή των εργαζομένων στο σχεδιασμό και την ανάπτυξη των εκστρατειών εμβολιασμού. Η οικοδόμηση εμπιστοσύνης μέσω της ενσυναίσθησης και της αναγνώρισης αυτών των ανησυχιών είναι πρωταρχικής σημασίας για τη γεφύρωση του χάσματος μεταξύ της επιστήμης και της κοινωνικής αποδοχής από της εργαζόμενους στον τομέα της υγείας και του κοινού που εξυπηρετούν (Karafillakis *et al.*,

2016). Τέλος, υπογραμμίζεται η ανάγκη για συνεχή εκπαίδευση του προσωπικού που ανήκει στον τομέα της υγείας και η επικοινωνία για την αντιμετώπιση των ανησυχιών και την προώθηση της αποδοχής του εμβολιασμού (Karafillakis and Larson, 2017).

6.5 Στρατηγικές για την αντιμετώπιση της διστακτικότητας στα εμβόλια

Η διστακτικότητα στον εμβολιασμό παραμένει μια σημαντική πρόκληση παγκοσμίως, ένα σημαντικό εμπόδιο για την επίτευξη της βέλτιστης εμβολιαστικής κάλυψης και κατ' επέκταση της συλλογικής ανοσίας. Για να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά απαιτεί μια προσέγγιση που να περιλαμβάνει στοχευμένες στρατηγικές (Dubé, Gagnon and MacDonald, 2015).

Οι συγκεκριμένες στρατηγικές, της παρουσιάζονται παρακάτω, θα πρέπει να είναι καλά δομημένες και προσαρμοσμένες της παράγοντες και τα πλαίσια που προσδιορίζονται της εκάστοτε πληθυσμούς. Περιγράφονται προτάσεις για στρατηγικές που μπορούν να εφαρμόσουν οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης για την αντιμετώπιση του περίπλοκου αυτού ζητήματος, ενώ αξιολογούνται τα δυνατά σημεία της, οι περιορισμοί και η συνολική αποτελεσματικότητά της.

6.5.1 Εκπαιδευτικές πρωτοβουλίες

Οι παραδοσιακές εκπαιδευτικές πρωτοβουλίες βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στην προσέγγιση του «ελλείμματος γνώσης», το οποίο στηρίζεται στη υπόθεση ότι η παροχή τεκμηριωμένων πληροφοριών σχετικά με τα εμβόλια θα αλλάξει τη στάση των διστακτικών ατόμων. Ωστόσο, η προσέγγιση αυτή συχνά αποτυγχάνει να ερμηνεύσει της συναισθηματικές, πολιτιστικές και κοινωνικές διαστάσεις της διστακτικότητας. Οι εκπαιδευτικές πρωτοβουλίες μπορούν να θέσουν της βάσεις για μια τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων καθώς τα προγράμματα που γίνονται στα σχολεία μπορούν να προσεγγίσουν τα άτομα από μικρή ηλικία, ενισχύοντας δυναμικά τη μακροπρόθεσμη θετική της στάση απέναντι στον εμβολιασμό (Dubé, Gagnon and MacDonald, 2015).

Με την ενσωμάτωση στα ευρύτερα σχολικά προγράμματα για παιδιά και εφήβους της εκπαίδευσης του εμβολιασμού, η συζήτηση που γίνεται γύρω από τα εμβόλια μπορεί να ομαλοποιηθεί (Smith, Appleton and MacDonald, 2013). Με την χρήση διαδραστικών και ελκυστικών μεθόδων, της η αφήγηση και το παιχνίδι ρόλων, το εκπαιδευτικό περιεχόμενο

μπορεί να γίνει πιο προσιτό. Παρόλα αυτά, η παραπληροφόρηση που διαδίδεται μέσω των μέσων κοινωνικής δικτύωσης μπορεί να υπονομεύσει κάθε εκπαιδευτική προσπάθεια ενώ η αντίσταση από της αντιεμβολιαστικές ομάδες να πλώσει της κοινότητες και να μειώσει τον αντίκτυπο των εκπαιδευτικών πρωτοβουλιών (Dubé, Gagnon and MacDonald, 2015).

6.5.2 Κοινωνικοί κανόνες και κοινωνικά δίκτυα

Οι κοινωνικοί κανόνες, τα κοινωνικά πρότυπα και τα κοινωνικά δίκτυα διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στη διαμόρφωση της στάσης των ατόμων απέναντι στον εμβολιασμό. Οι παρεμβάσεις που αξιοποιούν αυτές της δυναμικές μπορούν να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές στην αλλαγή των συμπεριφορών. Άτομα που λειτουργούν ως κοινωνικά πρότυπα μπορεί να δημιουργήσουν μια αίσθηση συλλογικής ευθύνης, ενώ η κοινωνική πίεση από συνομηλίκους, συναδέλφους και της, ως φαινόμενο άμεσης κοινωνικής επιρροής, μπορεί να έχει αποτέλεσμα την αλλαγή των στάσεων, των αξιών και των συμπεριφορών του κοινού ως της τη συμμόρφωσή του υπέρ του εμβολίου (Dubé, Gagnon and MacDonald, 2015).

Η συμμετοχή στον εμβολιασμό μελών της κοινότητας που έχουν επιρροή μπορεί να ενισχύσει το θετικό μήνυμα της και η οργάνωση δράσεων εντός της κοινότητας με της οποίες ενθαρρύνονται τα μέλη της να συμμετάσχουν στον εμβολιασμό μέσω κοινωνικών δραστηριοτήτων και κινητοποιήσεων. Οι πλατφόρμες μέσω κοινωνικής δικτύωσης προσφέρουν ένα ισχυρό εργαλείο για τη διάδοση θετικών μηνυμάτων για τα εμβόλια και την αντιμετώπιση της παραπληροφόρησης. Επίσης η δημιουργία ενεργών υποστηρικτικών διαδικτυακών κοινοτήτων μπορεί να προσφέρει στα άτομα με διστακτικότητα έναν χώρο όπου μπορούν να κάνουν ερωτήσεις και να λαμβάνουν ακριβείς πληροφορίες (Fokoun, 2018).

6.5.3 Της παρεμβάσεις στην κοινότητα

Οι παρεμβάσεις που γίνονται μέσα στην κοινότητα είναι συνήθως αποτελεσματικές επειδή είναι πολιτισμικά ευαίσθητες και προσαρμοσμένες για την αντιμετώπιση των συγκεκριμένων ανησυχιών και φραγμών που εντοπίζονται εντός των κοινοτήτων. Οι στρατηγικές αυτές μπορούν να οικοδομήσουν εμπιστοσύνη και αποδοχή μέσα από την κοινότητα. Η δυνατότητα επέκτασης των παρεμβάσεων αποτελεί μια πρόκληση, καθώς απαιτεί σημαντικό χρόνο, πόρους και συντονισμό. Επιπλέον, η πιθανή πολυπολιτισμικότητα

εντός των κοινοτήτων σημαίνει ότι οι παρεμβάσεις πρέπει να προσαρμόζονται συνεχώς προκειμένου να ανταποκριθούν της μεταβαλλόμενες συνθήκες και ανάγκες. Η βελτίωση της πρόσβασης της υπηρεσίας εμβολιασμού με τη μείωση των υλικοτεχνικών και οικονομικών φραγμών είναι ζωτικής σημασίας. Στρατηγικές της οι κινητές μονάδες εμβολιασμού, το διευρυμένο ωράριο κλινικών και τα δωρεάν προγράμματα εμβολιασμού αντιμετωπίζουν άμεσα ζητήματα ευκολίας και προσβασιμότητας, διευκολύνοντας τα άτομα να εμβολιαστούν (Fokoun, 2018).

Οι παρεμβάσεις στην κοινότητα έχουν επιδείξει επιτυχία στη βελτίωση της πρόσληψης εμβολίων, ιδιαίτερα σε πληθυσμούς ανεπαρκώς εξυπηρετούμενους ή περιθωριοποιημένους. Η αποτελεσματικότητά της εξαρτάται από τη δύναμη των εντός της κοινότητας σχέσεων και την ικανότητα διατήρησης της δέσμευσης με την πάροδο του χρόνου (Dubé *et al.*, 2014). Η αντιμετώπιση των εμποδίων αυτών είναι αποτελεσματική στην αύξηση των ποσοστών εμβολιασμού, ιδιαίτερα μεταξύ πληθυσμών με περιορισμένη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Ωστόσο, οι στρατηγικές αυτές πρέπει να συμπληρώνονται με προσπάθειες οικοδόμησης εμπιστοσύνης στα εμβόλια (Fokoun, 2018).

6.5.4 Εκστρατείες ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του κοινού

Οι εκστρατείες ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του κοινού είναι θεμελιώδεις για την καταπολέμηση της παραπληροφόρησης που υπάρχει σχετικά με τα εμβόλια. Αυτές οι καμπάνιες για να προσεγγίσουν το ευρύ κοινό χρησιμοποιούν όλα τα μέσα μαζικής επικοινωνίας και ενημέρωσης της τηλεόραση, ραδιόφωνο, έντυπα και μέσα κοινωνικής δικτύωσης (Singh *et al.*, 2022). Η δύναμη της προσέγγισης έγκειται στην ικανότητά της να διαδίδει ακριβείς, συνοπτικές, εύκολα κατανοητές στο κοινό, επιστημονικά τεκμηριωμένες πληροφορίες, ευρέως και γρήγορα. Η στρατηγική στηρίζεται σε ανακοινώσεις-μηνύματα που γίνονται από εθνικής εμβέλειας δημόσια πρόσωπα, από γνωστούς τοπικούς εκπροσώπους και από απλά μέλη του πληθυσμού-στόχου που σχετίζονται με το κοινό. Αντιμετωπίζοντας πολλούς κοινούς μύθους και παρανοήσεις, οι εκστρατείες μπορούν να επηρεάσουν άμεσα και θετικά της αντιλήψεις και τη στάση του κοινού απέναντι στα εμβόλια (Fokoun, 2018).

Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα των εκστρατειών υπονομεύεται συχνά από τον τεράστιο όγκο παραπληροφόρησης που κυκλοφορεί, ιδιαίτερα της πλατφόρμες των μέσων κοινωνικής δικτύωσης. Επιπλέον, η εμπιστοσύνη του κοινού της επίσημες πηγές μπορεί να

έχει διαβρωθεί σε ορισμένα τμήματα του πληθυσμού, γεγονός που μπορεί να μειώσει τον αντίκτυπο των εκστρατειών. Μια άλλη πρόκληση είναι η ανάγκη της προσαρμογής των μηνυμάτων σε διαφορετικά κοινά, λαμβάνοντας υπόψη της πολιτισμικές, εκπαιδευτικές και κοινωνικοοικονομικές της διαφορές (Jarrett *et al.*, 2015).

Ενώ οι εκστρατείες ενημέρωσης του κοινού έχουν δείξει κάποια επιτυχία στην αύξηση της ευαισθητοποίησης και στη διόρθωση της παραπληροφόρησης, ο αντίκτυπός της στην πραγματική πρόσληψη των εμβολίων μπορεί να ποικίλει. Απαιτούνται συνεχείς και προσαρμοστικές στρατηγικές για να διατηρηθεί η αποτελεσματικότητά της (Dubé *et al.*, 2014).

6.5.5 Αλληλεπίδραση με της επαγγελματίες υγείας

Η σχέση ασθενή-ιατρού είναι καθοριστικής σημασίας για τον επηρεασμό των αποφάσεων εμβολιασμού. Οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν μια αξιόπιστη πηγή πληροφοριών και για τον λόγο αυτό διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στη λήψη αποφάσεων από της ασθενείς (Dubé, Gagnon and MacDonald, 2015). Η εξατομικευμένη επικοινωνία από της επαγγελματίες υγείας μπορεί να αντιμετωπίσει μεμονωμένες ανησυχίες και παρανοήσεις ενώ η εμπιστοσύνη της της μπορεί να ενισχύσει την αξιοπιστία των υποδείξεών της για εμβολιασμό. Τα προγράμματα κατάρτισης που ενισχύουν της γνώσεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τα εμβόλια της εξοπλίζουν με δεξιότητες επικοινωνίας για την αντιμετώπιση της διστακτικότητας στον εμβολιασμό και μπορεί να είναι εξαιρετικά αποτελεσματικά. Όταν οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης προωθούν ενεργά τα εμβόλια και αντιμετωπίζουν της ανησυχίες του κοινού με ενσυναίσθηση, οι ασθενείς είναι πολύ πιθανό να αποδεχτούν τον εμβολιασμό.

Η επιτυχία αυτής της στρατηγικής εξαρτάται από την προθυμία και την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να συμμετάσχουν στον διάλογο. Οι χρονικοί περιορισμοί κατά της ιατρικές επισκέψεις, ο φόρτος εργασίας και τα μεταβαλλόμενα επίπεδα εμπιστοσύνης στη συζήτηση για τα εμβόλια μπορούν να επηρεάσουν την αποτελεσματικότητα. Επιπλέον, οι ίδιοι οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να έχουν επιφυλάξεις σχετικά με ορισμένα εμβόλια, γεγονός που ενδέχεται να επηρεάσει της συστάσεις της. Η παραπληροφόρηση και οι αρνητικές εμπειρίες από της επαγγελματίες υγείας μπορεί να διαβρώσουν την εμπιστοσύνη του κοινού. Η μεταβλητότητα της στάσης κάποιων ιατρών απέναντι στα εμβόλια μπορεί να οδηγήσει σε αντιφατικά μηνύματα (Loehr and Savoy, 2016).

Όλοι οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να μην αισθάνονται ότι έχουν επαρκώς τα εφόδια για να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τον δισταγμό στον εμβολιασμό, της η εμπλοκή των επαγγελματιών υγείας έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει σημαντικά την αποδοχή των εμβολίων. Η συνεχής εκπαίδευση και υποστήριξη είναι ουσιαστικής σημασίας για τη διατήρηση αυτού του αντίκτυπου, ειδικά υπό το φως των εξελισσόμενων πληροφοριών σχετικά με τα εμβόλια (Smith, Appleton and MacDonald, 2013).

6.5.6 Αποτελεσματικές τεχνικές επικοινωνίας

Επιτυχημένες τεχνικές επικοινωνίας είναι αυτές που στηρίζονται στην κατανόηση των ανησυχιών των ασθενών μέσω της ενεργητικής ακρόασης και της ενσυναίσθησης. Οι γιατροί πρέπει να εξασκούνται στην ενεργητική ακρόαση για να κατανοούν της συγκεκριμένες ανησυχίες και της λόγους πίσω από τη διστακτικότητα του ασθενούς. Αυτό περιλαμβάνει την υποβολή ερωτήσεων ανοιχτού τύπου ενώ θα πρέπει να δίνουν την δυνατότητα στον ασθενή να εκφράσει της φόβους και της αμφιβολίες του χωρίς διακοπή. Η αναγνώριση των συναισθημάτων και των ανησυχιών του ασθενούς θα πρέπει να γίνεται χωρίς κρίση. Για παράδειγμα ο γιατρός θα πρέπει να συμμαρξίζεται την ανησυχία για την ασφάλεια των εμβολίων λέγοντάς του ότι «και άλλοι γονείς έχουν παρόμοιες ανησυχίες». Η παροχή πληροφοριών της ασθενείς που βασίζονται σε τεκμηριωμένα στοιχεία είναι της σημαντική. Τα φυλλάδια και οι αξιόπιστοι ιστότοποι μπορούν να αποτελέσουν ιδιαίτερα αποτελεσματικά βοηθήματα για την εύκολη κατανόηση των στοιχείων που αποδεικνύουν τα οφέλη και την ασφάλεια των εμβολίων (Sadaf *et al.*, 2013).

Παράλληλα θα πρέπει να γίνεται και η αντιμετώπιση της παραπληροφόρησης με την κατάρριψη κοινών μύθων και παρανοήσεων. Για παράδειγμα, ότι δεν υπάρχει καμία σχέση μεταξύ των εμβολίων και του αυτισμού. Σημαντική είναι της η προσαρμογή της προσέγγισης επικοινωνίας με βάση το πολιτισμικό υπόβαθρο και της πεποιθήσεις του ασθενούς. Η κατανόηση των πολιτιστικών πιέσεων που της μπορεί να δέχεται θα βοηθήσει στην προσαρμογή των μηνυμάτων για να έχουν καλύτερη απήχηση στον ασθενή (Smith, 2019).

Ο ιατρός πρέπει να παρουσιάζεται σαφής και σίγουρος στις συστάσεις του. Σύμφωνα με μελέτες οι ασθενείς είναι πιο πιθανό να ακολουθήσουν την σύσταση του γιατρού όταν αυτή είναι ισχυρή και αδιαμφισβήτητη. Πρέπει της να εξηγήσει στον ασθενή της πιθανές

συνέπειες του μη εμβολιασμού, της είναι ο αυξημένος κίνδυνος ασθένειας για το άτομο και την κοινότητα (Jarrett *et al.*, 2015).

Της ο ιατρός πρέπει να διατηρεί μια θετική και με σεβασμό σχέση με τον ασθενή, ακόμα κι αν της αρνείται τα εμβόλια. Η εμπιστοσύνη που δημιουργείται με την πάροδο του χρόνου μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη δεκτικότητα στον εμβολιασμό. Με την συνέχιση της εκπαίδευσης των ασθενών σχετικά με τις νέες εξελίξεις και την έρευνα που σχετίζεται με τα εμβόλια, ο συνεχής διάλογος μπορεί σταδιακά να μειώσει τον δισταγμό (Loehr and Savoy, 2016).

Παράλληλα, οι υγειονομικές αρχές θα πρέπει να παρέχουν σαφείς, ειλικρινείς και συνεπείς πληροφορίες σχετικά με τα εμβόλια, συμπεριλαμβανομένης της ανάπτυξής της, των διαδικασιών έγκρισης, της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητάς της (Dubé *et al.*, 2014).

Τέλος θα πρέπει να ακολουθείται μια πολιτική μη απόρριψης και χωρίς αποκλεισμούς. Δεν πρέπει να απορρίπτονται ασθενείς από το ιατρείο επειδή αρνούνται τα εμβόλια. Αυτό διασφαλίζει ότι θα συνεχίσουν να λαμβάνουν της βασικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης γεγονός που κρατά την πόρτα ανοιχτή για μελλοντικές συζητήσεις σχετικά με τον εμβολιασμό (Loehr and Savoy, 2016).

6.5.7 Μαζικές εκστρατείες εμβολιασμού

Οι μαζικές εκστρατείες εμβολιασμού είναι κρίσιμες για την επίτευξη υψηλών ποσοστών κάλυψης και την πρόληψη των επιδημιών. Ωστόσο, η επιτυχία της εξαρτάται από τον προσεκτικό σχεδιασμό και την εκτέλεση. Οι μαζικές εκστρατείες μπορούν να αυξήσουν γρήγορα την εμβολιαστική κάλυψη σε σύντομο χρονικό διάστημα ενώ ταυτόχρονα παρέχουν μια ευκαιρία για ευρύτερη δημόσια ενημέρωση και συμμετοχή. Αλλά είναι δύσκολο να αξιολογηθούν και δεν είναι πάντα αποτελεσματικές (Dubé, Gagnon and MacDonald, 2015).

Η συνεργασία με τους ηγέτες της κοινότητας και τους τοπικούς οργανισμούς μπορεί να ενισχύσει την απήχηση και την αποδοχή των μαζικών εκστρατειών. Η αξιοποίηση των μέσων και της τεχνολογίας μπορεί να κάνει πιο αποδοτική την οργάνωση και την παρακολούθησή της. Αντίθετα, πιθανά διαχειριστικά-εφοδιαστικά προβλήματα μπορεί να εμποδίσουν την αποτελεσματική υλοποίηση των μαζικών εκστρατειών, ενώ ο σκεπτικισμός του κοινού και τα ζητήματα διοικητικής μέριμνας μπορούν να μειώσουν τα ποσοστά συμμετοχής (Jarrett *et al.*, 2015).

Τέλος η δημόσια αντίσταση και η παραπληροφόρηση μπορούν να υπονομεύσουν της προσπάθειες μιας εκστρατείας τη στιγμή που μια ασυνεπής χρηματοδότηση και υποστήριξη μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη βιωσιμότητα των προσπαθειών του μαζικού εμβολιασμού (Dubé, Gagnon and MacDonald, 2015).

6.5.8 Πολιτική και νομοθετική προσέγγιση

Πολιτικά και νομοθετικά μέτρα, της η επιβολή του υποχρεωτικού εμβολιασμού για την εγγραφή των παιδιών στο σχολείο, δημιουργούν ένα πλαίσιο που δίνει έμφαση στη σπουδαιότητα του εμβολιασμού. Αυτά τα μέτρα μπορούν να οδηγήσουν σε σημαντική αύξηση των ποσοστών εμβολιασμού καθιστώντας τα εμβόλια απαραίτητη προϋπόθεση για τη συμμετοχή σε βασικές κοινωνικές λειτουργίες, της η εκπαίδευση.

Η υποχρεωτικότητα όμως μπορεί να προκαλέσει αντιδράσεις, ιδιαίτερα εάν θεωρηθεί ότι έτσι παραβιάζονται οι προσωπικές ελευθερίες. Υπάρχει της ο κίνδυνος να αυξηθεί η δυσπιστία μεταξύ των ατόμων που διστάζουν να εμβολιαστούν, τα οποία μπορεί να θεωρήσουν της εντολές εμβολιασμού ως καταναγκασμό. Ενώ οι πολιτικές και οι νομοθετικές προσεγγίσεις μπορούν να αυξήσουν τα ποσοστά εμβολιασμού, η επιτυχία της εξαρτάται από την προσεκτική εφαρμογή της και τη δημόσια επικοινωνία για την ελαχιστοποίηση της αντίστασης και την ενίσχυση της αποδοχής (Sadaf *et al.*, 2013).

Της, η εισαγωγή εξαιρέσεων από τον εμβολιασμό σε νομικό επίπεδο για λόγους προσωπικών πεποιθήσεων ή φιλοσοφικών απόψεων επηρεάζει αρνητικά τα ποσοστά εμβολιασμού. Μελέτες (Salmon *et al.*, 1999; Omer *et al.*, 2012)βρήκαν σημαντική αύξηση της μη ιατρικές εξαιρέσεις μετά την εισαγωγή νόμων που επιτρέπουν εξαιρέσεις λόγω προσωπικών ή φιλοσοφικών πεποιθήσεων. Παράλληλα της μελέτες, της του (Safi *et al.*, 2012), σημείωσαν μείωση των ιατρικών απαλλαγών μετά τη θέσπιση τέτοιων νόμων. Η παρατηρούμενη αυτή μείωση της ιατρικές εξαιρέσεις θα μπορούσε να υποδηλώνει ένα φαινόμενο υποκατάστασης όπου οι γονείς επιλέγουν της ευκολότερες μη ιατρικές εξαιρέσεις. Η εφαρμογή αυστηρότερων διαδικαστικών απαιτήσεων μπορεί να μειώσει αποτελεσματικά τα ποσοστά εξαίρεσης. Τα διοικητικά εμπόδια μπορούν να είναι πρακτικά αποτρεπτικά κατά της άρνησης εμβολιασμού ενώ οι ειδοποιήσεις που χρησιμεύουν ως μια συνεχής υπενθύμιση ενδέχεται να αξιοποιήσουν της κοινωνικούς άγραφους κανόνες και να ενθαρρύνουν τον εμβολιασμό (Sadaf *et al.*, 2013).

6.5.9 Προσεγγίσεις που βασίζονται σε κίνητρα

Οι προσεγγίσεις αυτές προσφέρουν οικονομικά ή άλλα κίνητρα για την ενθάρρυνση του εμβολιασμού. Μελέτες έδειξαν ότι, σε κάποιες περιπτώσεις, η υπό όρους παροχή χρημάτων ή της μορφές κινήτρων αύξησε σημαντικά την αύξηση των εμβολιασμών. Για παράδειγμα, ένα πρόγραμμα μεταφοράς μετρητών υπό όρους οδήγησε σε σημαντική αύξηση της κάλυψης εμβολιασμού στην αγροτική Νικαράγουα, με το ποσοστό κάλυψης για το DPT3 να φτάνει έως και το 95% στις ομάδες παρέμβασης σε σύγκριση με το 85% της ομάδες ελέγχου (Singh *et al.*, 2022).

Τα κίνητρα χρησιμεύουν ως παρακίνηση για τα άτομα, ειδικά σε περιβάλλοντα χαμηλού εισοδήματος, μειώνοντας τα οικονομικά εμπόδια και παρέχοντάς της ένα άμεσο, πέρα από το όφελος του εμβολιασμού.

Στρατηγικές που βασίζονται σε άλλα μη χρηματοοικονομικά κίνητρα περιλαμβάνουν την προσφορά καταναλωτικών αγαθών. Τα παραδείγματα περιλαμβάνουν διανομή ειδών διατροφής σε άτομα και οικογένειες που εμβολιάζονται ή προσφορά ειδών της ρούχα, οικιακά είδη ή σχολικά είδη ως ανταμοιβή.

6.5.10 Στρατηγικές που βασίζονται στην υπενθύμιση

Στην ψηφιακή εποχή που ζούμε, η αξιοποίηση της τεχνολογίας για τη διάδοση πληροφοριών σχετικά με τα εμβόλια είναι ένα ισχυρό εργαλείο. Στρατηγικές έχουν σχεδιαστεί για να υπενθυμίζουν στα άτομα τα προγράμματα εμβολιασμού και να τα ενθαρρύνουν να λαμβάνουν τα υποχρεωτικά εμβόλια. Οι βασικές μέθοδοι περιλαμβάνουν προσωπικές τηλεφωνικές κλήσεις στα άτομα που της υπενθυμίζεται να παρευρεθούν στα ραντεβού της του εμβολιασμού και αποστολή γραπτών μηνυμάτων (SMS ή/και μηνύματα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου) υπενθυμίσεων στα άτομα σχετικά με της επερχόμενους εμβολιασμούς (Jarrett *et al.*, 2015).

Τα συστήματα ανάκλησης μπορούν να ειδοποιούν ασθενείς που έχασαν τους προγραμματισμένους εμβολιασμούς και διασφαλίζουν ότι οι ασθενείς παραμένουν σε καλό δρόμο με τα προγράμματα εμβολιασμού της. Η εφαρμογή συστημάτων υπενθύμισης και ανάκλησης μπορεί να βελτιώσει σημαντικά τα ποσοστά εμβολιασμού καθώς μειώνει τα χαμένα ραντεβού και αυξάνει την πρόσληψη του εμβολίου.

Ενώ οι παρεμβάσεις αυτές είναι χρήσιμες τα στοιχεία δείχνουν ότι από μόνες της είναι ανεπαρκείς για να επιφέρουν την επιθυμητή αλλαγή την υλοποίηση του εμβολιασμού. Ωστόσο, διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στη διατήρηση των κινήτρων και της ευαισθητοποίησης του κοινού για εμβολιασμό (Jacobson, St. Sauver and Finney Rutten, 2015).

6.5.11 Διεθνής συνεργασία και υποστήριξη

Η κοινή χρήση βέλτιστων πρακτικών και παρεμβάσεων της προκύπτουν από της συνεργασίες με διεθνείς οργανισμούς υγείας, η συμμετοχή σε παγκόσμια φόρουμ, εργαστήρια και διαδικτυακά σεμινάρια ενισχύουν της τοπικές στρατηγικές με πληροφορίες και πόρους. Οι διεθνείς οργανισμοί ΠΟΥ και άλλους διεθνείς φορείς μπορούν να προσφέρουν επιπλέον τεχνική και οικονομική βοήθεια για την υποστήριξη εθνικών προγραμμάτων εμβολιασμού στην μορφή επιχορηγήσεων, τεχνικής υποστήριξης και προγραμμάτων κατάρτισης (Dubé *et al.*, 2014).

6.5.12 Μακροπρόθεσμη προσέγγιση και συνεχής αξιολόγηση

Μια μακροπρόθεσμη, διαρκής προσπάθεια που περιλαμβάνει συνεχή παρακολούθηση και αξιολόγηση επιτρέπει την προσαρμογή και τη βελτίωση των στρατηγικών με βάση την αποτελεσματικότητά της. Αυτή η προσέγγιση διασφαλίζει ότι οι παρεμβάσεις παραμένουν σχετικές και ανταποκρίνονται της μεταβαλλόμενες συνθήκες και της προκλήσεις που αναδύονται σε βάθος χρόνου. Η ανάγκη για συνεχή αξιολόγηση και προσαρμογή απαιτεί σημαντικούς πόρους και προσήλωση. Επιπλέον, η δυναμική φύση της διστακτικότητας στον εμβολιασμό σημαίνει ότι οι στρατηγικές πρέπει να είναι ευέλικτες και καινοτόμες για την αντιμετώπιση των νέων ανησυχιών καθώς προκύπτουν. Η μακροπρόθεσμη προσέγγιση είναι απαραίτητη για την επιτυχία στην αντιμετώπιση της διστακτικότητας στον εμβολιασμό (Fokoun, 2018).

6.5.13 Αξιολόγηση Στρατηγικών

Σύμφωνα με της (Jarrett *et al.*, 2015) ενώ παρατηρείται αύξηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τη διστακτικότητα στον εμβολιασμό, μόνο ένα μικρό κλάσμα των μελετών αξιολογεί της επιπτώσεις που έχουν οι στρατηγικές στα ποσοστά του εμβολιασμού και της μεταβολές στην

ευαισθητοποίηση ή στην συνολική στάση του κοινού απέναντι στα εμβόλια. Από το σύνολο των μελετών μόνο το 14% των μελετών με αξιολόγηση από επιτροπή και το 25% των μελετών της «γκρίζας» βιβλιογραφίας (ως «γκρίζα» βιβλιογραφία ορίζεται ένα ευρύ φάσμα διαφόρων πληροφοριών που παράγονται εκτός των παραδοσιακών καναλιών έκδοσης και διανομής που συχνά δεν αντιπροσωπεύονται καλά της βάσεις δεδομένων) αντιμετώπισαν αυτές της επιπτώσεις. Ειδικότερα, οι περισσότερες μελέτες με αξιολόγηση αναφέρονται στην Αμερική και εστιάζουν στη γρίπη, στον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) και στα εμβόλια παιδικής ηλικίας, ενώ οι μελέτες σε περιοχές χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος επικεντρώθηκαν στη διφθερίτιδα, τον τέτανο, τον κοκκύτη και την πολιομυελίτιδα.

Η πλειονότητα των στρατηγικών που αποδείχθηκαν αποτελεσματικές έτεινε να χρησιμοποιεί πολλαπλά δομικά στοιχεία και να βασίζεται στον διάλογο. Αυτοί οι τύποι της παρέμβασης αποδίδουν καλύτερα λόγω της ολιστικού τρόπου προσέγγισης που στοχεύει σε διάφορα ακροατήρια και επίπεδα κοινωνικής αλληλεπίδρασης (Jacobson, St. Sauver and Finney Rutten, 2015).

Από το σύνολο των στρατηγικών τα στοιχεία έδειξαν ότι οι εκστρατείες κοινωνικής κινητοποίησης με την ενεργοποίηση των μέσων μαζικής ενημέρωσης είναι μετρίως αποτελεσματικές. Αυτές οι στρατηγικές στοχεύουν στην ευαισθητοποίηση και στη γνώση του κοινού μέσω της ευρείας διάδοσης πληροφοριών (Jarrett *et al.*, 2015).

Η εκπαίδευση των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης για την χρήση αποτελεσματικών εργαλείων επικοινωνίας έχει βρεθεί ότι είναι επωφελής. Η εκπαίδευση αυτή της δίνει τη δυνατότητα να αντιμετωπίζουν καλύτερα της ανησυχίες και της ερωτήσεις των διστακτικών ατόμων (Jacobson, St. Sauver and Finney Rutten, 2015).

Οι στρατηγικές που στηρίζονται σε μη οικονομικά κίνητρα και οι παρεμβάσεις που βασίζονται σε υπενθύμιση θέτουν επί τάπητος πρακτικές πτυχές του εμβολιασμού και είναι πολλά υποσχόμενες για την αύξηση της απορρόφησης του εμβολίου. Είναι σημαντικό οι παρεμβάσεις να προσαρμόζονται στον συγκεκριμένο πληθυσμό-στόχο και να αντιμετωπίζουν την διστακτικότητα κάθε μοναδικού ατόμου αλλά και το πλαίσιο της. Η κατανόηση της κινητήριας δύναμης της διστακτικότητας στον εμβολιασμό είναι ζωτικής σημασίας για τη δημιουργία αποτελεσματικών παρεμβάσεων (Jarrett *et al.*, 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της παρούσας εργασίας προέκυψαν ενδιαφέροντα συμπεράσματα σχετικά με το διαχρονικό φαινόμενο της διστακτικότητας στα εμβόλια. Πολλοί είναι οι λόγοι που οδηγούν στην αμφισβήτηση της αναγκαιότητας των εμβολίων ή/και στην αμφισβήτηση της ασφάλειάς της ή/και στην αμφισβήτηση της αποτελεσματικότητάς της. Παρακάτω σημειώνονται οι κυριότεροι από της.

Συνήθως αναφέρεται το ζήτημα της κακής πληροφόρησης των γονέων σχετικά με τα εμβόλια που ξεκινάει από την ελλιπή πληροφόρηση λόγω έλλειψης αξιόπιστων πληροφοριών και καταλήγει στα κανάλια των εναλλακτικών, μη τεκμηριωμένων πηγών ενημέρωσης που προσφέρουν παραπληροφόρηση. Της, τα μέσα ενημέρωσης και ο δημόσιος διάλογος συχνά παρουσιάζουν αντικρουόμενες και μεροληπτικές πληροφορίες για τα εμβόλια.

Οι γονείς αναζητώντας πληροφορίες, ιδιαίτερα ως της της παρενέργειες και την αποτελεσματικότητά της, οδηγούνται σε αμφιβολίες που της δημιουργούν περεταίρω κενά στην κατανόηση και αβεβαιότητα με αντίκτυπο στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Τα κενά αυτά καλούνται να καλύψουν η πολιτεία και ο ιατρικός κόσμος με πρώτους της επαγγελματίες υγείας. Η προσέγγιση για την αντιμετώπιση αυτών των ανησυχιών πρέπει να είναι πολύπλευρη με εστίαση στην ποιότητα και την αξιοπιστία των πληροφοριών που φθάνουν της γονείς, προκειμένου αυτοί να μπορούν να λάβουν της σωστές αποφάσεις της το συμφέρον των παιδιών της (Díaz Crescitelli *et al.*, 2019).

Της ακόμα βασικός παράγοντας που επηρεάζει της αποφάσεις των γονέων για εμβολιασμό των παιδιών της είναι η εμπιστοσύνη στην αποτελεσματικότητα των εμβολίων, στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και της επαγγελματίες υγείας. Από την άλλη πλευρά η έλλειψη εμπιστοσύνης μπορεί να οδηγήσει σε δισταγμό ή άρνηση. Συνεπώς η οικοδόμηση της εμπιστοσύνης είναι απολύτως απαραίτητη για την υποστήριξη της αντιμετώπισης κατά της διστακτικότητας στον εμβολιασμό (Dubé *et al.*, 2013).

Για πολλούς γονείς ο φόβος των ανεπιθύμητων παρενεργειών παραμένει ο κύριος αποτρεπτικός παράγοντας. Συνακόλουθα επιλέγουν τη φυσική ανοσία, με όποιους κινδύνους αυτή συνεπάγεται, παρόλο που οι σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες από τα εμβόλια είναι εξαιρετικά σπάνιες. Η προτίμηση για φυσική ανοσία συχνά υποκρύπτει μια ευρύτερη δυσπιστία της τη συμβατική ιατρική. Συνεπώς δεν πρόκειται απλώς για έναν σκεπτικισμό απέναντι στα εμβόλια, αλλά για μια ευρύτερη αμφισβήτηση των αρχών της

προληπτικής ιατρικής. Η παρανόηση των θεμελιωδών εννοιών της συλλογικής ανοσίας και των αρχών ελέγχου των μεταδοτικών ασθενειών μπορεί να αποδειχθεί εξαιρετικά επικίνδυνη για τη δημόσια υγεία.

Της της παράγοντας που συμβάλλει στον δισταγμό είναι οι θρησκευτικές ή/και ηθικές αντιρρήσεις όταν οι γονείς αρνούνται τα εμβόλια λόγω πεποιθήσεων ή αντίθεσης με της νόμους της πολιτείας που επιβάλλουν τον εμβολιασμό για την εγγραφή στο σχολείο. Της το νομικό πλαίσιο επηρεάζει σημαντικά τη στάση έναντι των εμβολίων καθώς σε κάποιες χώρες υπάρχει η δυνατότητα νομικών εξαιρέσεων στον υποχρεωτικό εμβολιασμό για ιδεολογικούς ή θρησκευτικούς λόγους γεγονός που οδηγεί σε αυξημένη διστακτικότητα. Στα παραπάνω θα πρέπει να προστεθεί και μια ακόμα αντίθεση στον εμβολιασμό που προέρχεται από την πεποίθηση ότι τα εμβόλια είναι περιττά. Η άποψη αυτή ενισχύεται από το γεγονός ότι, λόγω των πετυχημένων προγραμμάτων ανοσοποίησης στο παρελθόν, πολλές ασθένειες έχουν γίνει σπάνιες (Schwartz and Caplan, 2011).

Εξετάζοντας το φαινόμενο στην Ελλάδα και παρά το γεγονός ότι το 95% των παιδιών έχουν υγειονομική ασφάλιση, με τα παιδιά των μεταναστών να έχουν ελαφρώς χαμηλότερη, πολλοί γονείς φέρονται να ανησυχούν για το οικονομικό κόστος των εμβολίων και των ιατρικών επισκέψεων. Παράλληλα, η πρόσβαση της κλινικές και τα άβολα ωράρια λειτουργίας εμφανίζονται ως πρόβλημα κυρίως μεταξύ των μεταναστών. Οι μισοί σχεδόν γονείς δηλώνουν ότι δεν έχουν επαρκείς πληροφορίες σχετικά με της εμβολιασμούς ενώ υπάρχουν αναφορές για κακή συμπεριφορά κάποιων εκ του προσωπικού με το θέμα να αναφέρεται ακόμη πιο συχνά από γονείς μετανάστες (Παναγιωτόπουλος, *et al.*, 2013).

Ως της το φαινόμενο του δισταγμού μεταξύ των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, οι πεποιθήσεις και ανησυχίες που παρουσιάζονται προσομοιάζουν με αυτές των γονέων για τον εμβολιασμό των παιδιών της. Περιλαμβάνονται οι φόβοι για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των εμβολίων, η δυσπιστία της της γιατρούς, της υγειονομικές αρχές και της φαρμακευτικές εταιρείες, οι πιθανές παρενέργειες και η αμφισβήτηση του μακροπρόθεσμου οφέλους των εμβολίων. Παράλληλα παρουσιάζεται πιο έντονα η δυσπιστία λόγω πολιτιστικών και θρησκευτικών πεποιθήσεων με κάποιους να βασίζονται στη θεία πρόνοια ή να πιστεύουν ότι η κοινωνική της απομόνωση μειώνει την ανάγκη για εμβόλια (Karafillakis and Larson, 2017).

Άλλοι παράγοντες που επιδεινώνουν την διστακτικότητα της εμβολιασμούς μεταξύ των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων είναι η προτίμηση για εναλλακτικές πρακτικές υγείας, η

πίστη στη φυσική ανοσία, οι πεποιθήσεις για χαμηλή ευαισθησία σε ασθένειες και η επιρροή των φιλοσοφικών και θρησκευτικών εξαιρέσεων (Kennedy, Brown and Gust, 2005). Αρνητικές προσωπικές εμπειρίες και δυσμενείς αναφορές στα μέσα ενημέρωσης ενισχύουν της φόβους και τα αισθήματα κατά του εμβολιασμού. Όλα τα ανωτέρω δεικνύουν ότι, για τη διασφάλιση της δημόσιας υγείας και την προστασία των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων απαιτούνται στοχευμένες στρατηγικές επικοινωνίας (Karafillakis and Larson, 2017).

Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας είναι μια άλλη ομάδα που διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη των εμβολιασμών. Παρόλο που οι περισσότεροι έχουν εν γένει θετική άποψη και εμπιστοσύνη στην αποτελεσματικότητα και την αξιοπιστία των εμβολίων, κάποιοι εξ αυτών τρέφουν ανησυχίες οι οποίες συμβάλλουν στον δισταγμό του γενικού πληθυσμού. Οι ανησυχίες συχνά επικεντρώνονται στο θέμα της ασφάλειας και της πιθανές παρενέργειες, και μπορεί να επηρεάσουν της ασθενείς ενισχύοντάς της την απροθυμία για εμβολιασμό. Παραδόξως, ορισμένοι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας θεωρούν ότι διατρέχουν χαμηλό κίνδυνο μόλυνσης με αποτέλεσμα να αμφισβητούν την αναγκαιότητα και την αποτελεσματικότητα εμβολίων της αυτό της εποχικής γρίπης, γεγονός που υπογραμμίζει την ανάγκη αντιμετώπισης των ανησυχιών για τη διατήρηση της εμπιστοσύνης της πρακτικές εμβολιασμού (Karafillakis *et al.*, 2016).

Μετά την πανδημία της γρίπης Α (H1N1) του 2009 αυξήθηκαν οι ανησυχίες μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των εμβολίων επηρεάζοντας σημαντικά τη στάση της απέναντι στον εμβολιασμό (Karafillakis and Larson, 2017). Παράλληλα αυξήθηκαν η δυσπιστία της της φορείς και ο σκεπτικισμός της της φαρμακευτικές εταιρείες. Ο σκεπτικισμός της ενισχύεται ιδιαίτερα σε χώρες όπου υπάρχει υψηλή δυσπιστία των εργαζομένων της την κυβέρνηση και το σύστημα υγείας (Karafillakis *et al.*, 2016).

Είναι αξιοσημείωτο ότι, ενώ υπάρχουν μακροχρόνιες συστάσεις της εργαζόμενους στον τομέα της υγείας για το ετήσιο αντιγριπικό εμβολιασμό, αυτές δεν τελεσφορούν καθώς, τουλάχιστον στο παρελθόν, τα ποσοστά εμβολιασμού της παρουσιάζονταν χαμηλά. Αυτή η απροθυμία έχει συνέπειες μεταξύ των οποίων οι εντολές εμβολιασμού των εργαζομένων σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης. Την ίδια στιγμή της υποστηρίζεται ότι τέτοιες εντολές ενδέχεται να υπονομεύσουν την εμπιστοσύνη του κοινού στα εμβόλια υποδηλώνοντας ότι δεν είναι ασφαλή ή είναι μη απαραίτητα (Schwartz and Caplan, 2011).

Τελικά, οι πεποιθήσεις και οι στάσεις των εργαζομένων στον τομέα της υγείας απέναντι στον εμβολιασμό είναι ζωτικής σημασίας για τον επηρεασμό της στάσης του κοινού απέναντι στον εμβολιασμό και τη διαμόρφωση των πολιτικών δημόσιας υγείας. Η ορθή εμβολιαστική συμπεριφορά των ίδιων επαγγελματιών υγείας είναι απαραίτητη, ως παράδειγμα, για την προώθηση της εμπιστοσύνης και της συμμόρφωσης με τα προγράμματα ανοσοποίησης (Dubé *et al.*, 2013).

Η αποτελεσματική αντιμετώπιση της διστακτικότητας στον εμβολιασμό απαιτεί μια πολύπλευρη προσέγγιση που να περιλαμβάνει στοχευμένες στρατηγικές. Της στρατηγικές έχουν προταθεί κατά καιρούς με διάφορα επίπεδα επιτυχίας.

Μία εξ αυτών καταγράφεται ως παραδοσιακή εκπαίδευση που επικεντρώνεται στην κάλυψη του «κενού γνώσης». Στην περίπτωση αυτή, για να καλλιεργηθούν θετικές στάσεις απέναντι στον εμβολιασμό απαιτείται η ενσωμάτωση νέων ελκυστικών εκπαιδευτικών μεθόδων (Dubé, Gagnon and MacDonald, 2015).

Τα κοινωνικά πρότυπα και η πίεση του κοινωνικού περίγυρου μπορούν να προωθήσουν αποτελεσματικά τον εμβολιασμό. Τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης διαδραματίζουν της κρίσιμο ρόλο στη διάδοση ακριβών πληροφοριών. Οι παρεμβάσεις που βασίζονται στην κοινότητα είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές στην οικοδόμηση εμπιστοσύνης και αποδοχής των εμβολίων. Της η κλιμάκωση των παρεμβάσεων εμβολιασμού απαιτεί χρόνο, πόρους και προσαρμοστικότητα. Πετυχημένες στρατηγικές μπορεί να αποδειχθούν οι κινητές μονάδες εμβολιασμού και το εκτεταμένο ωράριο κλινικών. Οι εκστρατείες δημόσιας ενημέρωσης που αξιοποιούν διάφορες πλατφόρμες μέσων ενημέρωσης. Τέλος αξιόπιστα πρόσωπα θα μπορούσαν με τον λόγο της να συμβάλλουν στην καταπολέμηση της παραπληροφόρησης και να επηρεάσουν θετικά της αντιλήψεις του κοινού σχετικά με τα εμβόλια (Fokoun, 2018).

Για να ξεπεραστούν τα εμπόδια της παραπληροφόρησης στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης και της μειωμένης εμπιστοσύνης του κοινού της επίσημες πηγές, θα πρέπει να διοργανωθούν εκστρατείες που να προσαρμόσουν τα μηνύματα της στα διαφορετικά κοινά, λαμβάνοντας υπόψη της πολιτισμικές, εκπαιδευτικές και κοινωνικοοικονομικές διαφορές. Την ίδια στιγμή, η σχέση ασθενή-ιατρού παραμένει κρίσιμη, καθώς οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν αξιόπιστες πηγές πληροφοριών που επηρεάζουν σημαντικά της αποφάσεις εμβολιασμού (Dubé, Gagnon and MacDonald, 2015).

Οι επαγγελματίες υγείας έχουν να αναλάβουν ένα ακόμα έργο, την εξατομικευμένη επικοινωνία για την αντιμετώπιση της διστακτικότητας, καθώς αυτή μπορεί να

αντιμετωπίσει αποτελεσματικά της ατομικές ανησυχίες και να ενισχύσει την αξιοπιστία των συστάσεων εμβολιασμού. Για τον λόγο αυτό θα πρέπει να υπάρξουν προγράμματα κατάρτισης που να βελτιώνουν της γνώσεις της και της επικοινωνιακές της δεξιότητες. Η συνεχής εκπαίδευση είναι απαραίτητη, ειδικά καθώς εξελίσσονται οι πληροφορίες για τα εμβόλια. Με την πάροδο του χρόνου η οικοδόμηση εμπιστοσύνης μπορεί να μειώσει σταδιακά τη διστακτικότητα και να οδηγήσει σε υψηλότερα ποσοστά εμβολιασμού (Loehr and Savoy, 2016).

Μια άλλη λύση είναι οι μαζικές εκστρατείες εμβολιασμού που αποδεικνύονται απαραίτητες για την επίτευξη υψηλών ποσοστών κάλυψης και την πρόληψη ασθενειών. Προϋποθέτουν της τη συνεργασία με τη κοινότητα και την χρήση μέσων και τεχνολογίας. Ωστόσο, πιθανές υλικοτεχνικές προκλήσεις, δημόσιος σκεπτικισμός, παραπληροφόρηση και ασυνεπής χρηματοδότηση μπορούν να υπονομεύσουν την αποτελεσματικότητα και τη βιωσιμότητά της (Dubé, Gagnon and MacDonald, 2015).

Άλλα μέσα είναι τα κίνητρα, τόσο οικονομικά όσο και μη, που μπορούν να ενθαρρύνουν αποτελεσματικά τον εμβολιασμό ειδικά σε περιβάλλοντα χαμηλού εισοδήματος. Επιπλέον, η αξιοποίηση της τεχνολογίας, της οι τηλεφωνικές κλήσεις και οι υπενθυμίσεις μέσω μηνυμάτων για την ενημέρωση των πολιτών σχετικά με τα προγράμματα εμβολιασμού και την ενθάρρυνση των έγκαιρων εμβολιασμών (Jarrett *et al.*, 2015). Τα συστήματα υπενθύμισης και ανάκλησης μπορεί να συντελούν στη διατήρηση της ευαισθητοποίησης του κοινού, της δεν επαρκούν από μόνα της στην επίτευξη υψηλότερων στόχων εμβολιασμού (Jacobson, St. Sauver and Finney Rutten, 2015).

Τέλος οι διεθνείς συνεργασίες με οργανισμούς υγείας και η συμμετοχή σε παγκόσμια φόρουμ μπορούν να ενισχύσουν και της τοπικές στρατηγικές εμβολιασμού παρέχοντας πολύτιμες πληροφορίες, πόρους και τεχνική και οικονομική υποστήριξη από οργανισμούς της ο ΠΟΥ (Dubé *et al.*, 2014).

7.1 Η νόσος COVID-19

Η πανδημία COVID-19 και η διστακτικότητα γύρω από τα εμβόλια SARS-CoV-2 επιβεβαίωσαν περαιτέρω την επείγουσα ανάγκη για αποτελεσματικές στρατηγικές επικοινωνίας. Το σημείο εκκίνησης είναι πάντα η δημιουργία μιας ισχυρής βάσης εμπιστοσύνης και σεβασμού μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, των ασθενών και των οικογενειών της. Αυτό επιτρέπει της παρόχους υπηρεσιών υγείας να δημιουργήσουν έναν

ασφαλή χώρο για το κοινό για να συζητήσει της ανησυχίες του και να κάνει ανοιχτά ερωτήσεις σχετικά με της εμβολιασμούς και στη συνέχεια να ακολουθήσει της οδηγίες. Οι πάροχοι δεν πρέπει να υποτιμούν τη δύναμη των γνώσεων και των συστάσεων της όταν απευθύνονται στο κοινό που διστάζει να εμβολιασθεί (Lafnitzegger and Gaviria-Agudelo, 2022).

Η πανδημία του COVID-19 παρήγαγε τεράστιες ποσότητες πληροφοριών ενώ η παράλληλη διάδοση ανακριβών και παραπλανητικών πληροφοριών ενέτεινε τη σύγχυση και το άγχος του κοινού. Η παραπληροφόρηση για τον COVID-19 έπρεπε να αντιμετωπισθεί γρήγορα και αποτελεσματικά μέσω απλών, συνεπών, επίμονων και ισχυρών μέτρων ανταλλαγής μηνυμάτων, τα οποία είναι απαραίτητα για την οικοδόμηση εμπιστοσύνης στα εμβόλια και στα προγράμματα εμβολιασμού.

Η συνεργασία σε πολλούς κοινωνικοοικονομικούς τομείς, όχι μόνο για την υγειονομική περίθαλψη, με κοινότητες που είναι πιο πιθανό να επηρεαστούν είναι σημαντική για τέτοιες αμερόληπτες και αντικειμενικές προσπάθειες διάδοσης πληροφοριών. Τέτοιες ανακοινώσεις σχετικά με την ασφάλεια των εμβολίων και τα οφέλη για την υγεία του πληθυσμού από της εμβολιασμούς πρέπει να παρέχονται από άτομα από την κοινότητα που είναι αξιόπιστα καθώς και από άτομα που είναι σε θέση να απαντήσουν σε ερωτήματα με αντικειμενικό και μη επικριτικό τρόπο, της γιατροί, νοσηλευτές, φαρμακοποιοί ή επιστήμονες που εργάζονται σε σχετικό τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Οι κατασκευαστές εμβολίων καθώς και οι κυβερνήσεις και οι οργανισμοί υγείας, τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο, πρέπει να συνεχίσουν να υποστηρίζουν τη διάδοση και την προώθηση θετικών πεποιθήσεων για τη δημόσια υγεία και την εμπιστοσύνη που είναι απαραίτητη για τη μαζική αποδοχή του εμβολιασμού παγκοσμίως.

Η μαζική αποδοχή του εμβολιασμού κατά του COVID-19 περιλάμβανε την κοινή χρήση επιστημονικών πληροφοριών ανοιχτά και με διαφάνεια, καθώς και την προώθηση των οφελών που προσφέρει ο εμβολιασμός καθώς και τυχόν ανεπιθύμητες παρενέργειες, τη σοβαρότητά της και την πιθανή συχνότητά της.

Οι Watson et al. Χρησιμοποίησαν μαθηματική μοντελοποίηση για να ποσοτικοποιήσουν τον άμεσο και έμμεσο παγκόσμιο αντίκτυπο του εμβολιασμού κατά του COVID-19. Χρησιμοποιώντας το κατάλληλο μοντέλο που προβλέπει την θνησιμότητα, οι συγγραφείς υπολόγισαν ότι 31,4 εκατομμύρια θάνατοι λόγω COVID-19 θα είχαν συμβεί χωρίς εμβολιασμούς κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους του εμβολιασμού για τον COVID-19, με

19,8 εκατομμύρια θανάτους εξ αυτών να αποτρέπονται, ποσοστό που αντιστοιχεί στο 63% των συνολικών θανάτων. Η μελέτη διαπίστωσε ότι 96 χώρες ήταν κάτω από τον στόχο του ΠΟΥ ο οποίος ήταν να επιτευχθεί ποσοστό εμβολιαστικής κάλυψης 40% μέχρι το τέλος του 2021. Αν είχε επιτευχθεί ο συγκεκριμένος στόχος, υπολόγισαν ότι θα είχαν αποφευχθεί 599.300 επιπλέον θάνατοι. Η πλειονότητα των θανάτων σημειώθηκε σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος και σε περιοχές της Αφρικής και της Ανατολικής Μεσογείου, αν και η μεγαλύτερη αναλογική αύξηση παρατηρήθηκε σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος.

Το Vaccine Confidence Project που διεξήγαγε έρευνα σε 32 χώρες ανέφερε ότι η εμπιστοσύνη στον χειρισμό της απόκρισης της πανδημίας COVID-19 από της κυβερνήσεις ήταν ο ισχυρότερος δείκτης προθυμίας να αποδεχθεί το κοινό ένα εμβόλιο COVID-19. Όσοι νόμιζαν ότι η κυβέρνησή της χειριζόταν καλά την αντιμετώπιση της πανδημίας ήταν πιο πρόθυμοι να λάβουν τον εμβολιασμό κατά του COVID-19. Όσοι πίστευαν ότι η κυβέρνησή της το χειριζόταν άσχημα ήταν λιγότερο πρόθυμοι.

Ορισμένες χώρες επέβαλαν την πιστοποίηση εμβολίου COVID-19, η οποία απαιτούσε απόδειξη τουλάχιστον δύο (αρχικά) και μετά τριών δόσεων εγκεκριμένου εμβολίου, αρνητικού τεστ ιού ή πιστοποιητικό ανάρρωσης για να αποδειχθεί πρόσφατη φυσική μόλυνση. Της χώρες επέβαλαν τον εμβολιασμό κατά του COVID-19 για όλους της ενήλικες (εκτός από άτομα με ιατρικές εξαιρέσεις). Τέλος της χώρες απαίτησαν εμβολιασμό για εργαζομένους στον τομέα της υγείας, κρατικούς υπαλλήλους και της εργαζόμενους στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα (Nuwarda *et al.*, 2022).

7.2 Η διστακτικότητα κατά την πρώτη φάση του εμβολιασμού για την COVID-19

7.2.1 Σε Διεθνές Επίπεδο

Σε μελέτη των (Sallam, 2021) παρουσιάζονται τα ποσοστά διστακτικότητας εμβολιασμού για τα εμβόλια COVID-19 σε διάφορες χώρες του κόσμου (Πίνακας 7.1). Τα στοιχεία αντιπροσωπεύουν το ποσοστό του πληθυσμού που διστάζει ή δεν επιθυμεί να δεχτεί τα εμβόλια, βάσει ερευνών.

Πίνακας 7.1. Ποσοστά διστακτικότητας εμβολιασμού κατά της COVID-19 σε διάφορες χώρες του κόσμου

Χώρα	Ποσοστό διστακτικότητας εμβολίων (%)	Πηγή δεδομένων
Ισημερινός	3.0	Sarasty et al. (2020)
Μαλαισία	5.7	Wong et al. (2020)
Ινδονησία	6.7	Harapan et al. (2020)
Κίνα	8.7	Wang et al. (2020)
Ισραήλ (Ιατροί)	21.9	Dror et al. (2020)
Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό (εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης)	72.3	Nzaji et al. (2020)
Γαλλία	41.1	Lazarus et al. (2020)
Πολωνία	43.7	Lazarus et al. (2020)
Ρωσία	45.1	Lazarus et al. (2020)
Ηνωμένες Πολιτείες	43.1	Fisher et al. (2020)
Ιορδανία	71.6	Sallam et al. (2020)
Κουβέιτ	76.4	Sallam et al. (2020)

Πηγή: Sallam, 2021

Οι κύριοι λόγοι για τη διστακτικότητα απέναντι στα εμβόλια COVID-19 περιλαμβάνουν:

- **Ανησυχίες σχετικά με την ασφάλεια των εμβολίων:** Σημαντικό ποσοστό των ατόμων που διστάζουν για το εμβόλιο εκφράζουν την ανησυχία τους σχετικά με πιθανές παρενέργειες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις που έχουν τα εμβόλια COVID-19 στην υγεία.
- **Δυσπιστία στην αποτελεσματικότητα των εμβολίων:** Μερικοί άνθρωποι δεν έχουν εμπιστοσύνη στην αποτελεσματικότητα των εμβολίων, αμφιβάλλοντας για την ικανότητά τους να αποτρέψουν τη μόλυνση ή να μειώσουν τη σοβαρότητα της νόσου.
- **Θεώρηση χαμηλού κινδύνου:** Πολλά άτομα, ιδιαίτερα νεότερες ή υγιέστερες ομάδες, πιστεύουν ότι διατρέχουν χαμηλό κίνδυνο να προσβληθούν και να νοσήσουν σοβαρά από COVID-19, γεγονός που τους οδηγεί σε εφησυχασμό.
- **Πεποιθήσεις συνωμοσίας:** Σε ορισμένες περιοχές, ιδιαίτερα στη Μέση Ανατολή και σε μέρη της Ευρώπης, οι θεωρίες συνωμοσίας σχετικά με την προέλευση του COVID-19 και τα εμβόλια συμβάλλουν στη διστακτικότητα.
- **Θρησκευτικές και πολιτιστικές πεποιθήσεις:** Σε ορισμένες χώρες, οι θρησκευτικές ή πολιτιστικές πεποιθήσεις αντιτίθενται στον εμβολιασμό. Αυτό είναι πιο έντονο στις συντηρητικές ή θεοκρατούμενες κοινωνίες.

- **Παραπληροφόρηση και επιρροή από τα μέσα ενημέρωσης και κοινωνικής δικτύωσης:** Τα αρνητικά μηνύματα και η παραπληροφόρηση που διαδίδονται μέσω των μέσων κοινωνικής δικτύωσης και άλλων πλατφορμών συμβάλλουν στη διστακτικότητα απέναντι στον εμβολιασμό δημιουργώντας φόβο ή σκεπτικισμό.
- **Έλλειψη εμπιστοσύνης στην κυβέρνηση ή στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης:** Σε περιοχές όπου υπάρχει γενική δυσπιστία προς την κυβέρνηση ή τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, οι άνθρωποι είναι πολύ πιθανό να απορρίψουν τις προσπάθειες εμβολιασμού. Αυτό είναι ιδιαίτερα εμφανές σε χώρες όπως η Ρωσία και μέρη της Αφρικής.

Η αντιμετώπιση των ανωτέρω ανησυχιών είναι ζωτικής σημασίας για την αύξηση των ποσοστών αποδοχής των εμβολίων.

Σε ορισμένες χώρες ο πληθυσμός είναι λιγότερο διστακτικός απέναντι στα εμβόλια COVID-19 και οι λόγοι είναι συνήθως οι ακόλουθοι:

- **Υψηλή εμπιστοσύνη στην κυβέρνηση και τις υγειονομικές αρχές:** Χώρες όπως η Κίνα, η Μαλαισία και η Ινδονησία έχουν δείξει υψηλότερα ποσοστά αποδοχής των εμβολίων, κυρίως λόγω της ισχυρής εμπιστοσύνης που έχουν οι άνθρωποι στις κυβερνήσεις τους και στα συστήματα δημόσιας υγείας. Η εμπιστοσύνη στις αρχές συμβάλλει στη μείωση των ανησυχιών σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των εμβολίων, ενισχύοντας την προθυμία αποδοχής τους.
- **Επιτυχημένες εκστρατείες δημόσιας υγείας:** Η αποτελεσματική επικοινωνία σχετικά με τα οφέλη των εμβολίων έχει διαδραματίσει σημαντικό ρόλο σε χώρες όπως η Μαλαισία και ο Ισημερινός. Οι αρχές δημόσιας υγείας στις χώρες αυτές μπόρεσαν να παράσχουν σαφείς και συνεπείς πληροφορίες σχετικά με την ασφάλεια και τη σημασία των εμβολίων, να αντιμετωπίσουν την παραπληροφόρηση και να οικοδομήσουν την εμπιστοσύνη του κοινού.
- **Αντίληψη του COVID-19 ως σοβαρής απειλής:** Σε χώρες όπως ο Ισημερινός, όπου οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται ότι ο κίνδυνος μόλυνσης από COVID-19 είναι υψηλός, είναι πιο πρόθυμοι να εμβολιαστούν. Οι σοβαρές επιπτώσεις που είχε η πανδημία σε αυτές τις περιοχές έκανε τα άτομα πιο διατεθειμένα να δεχτούν τον εμβολιασμό ως προστατευτικό μέτρο.
- **Συλλογική ευθύνη και πολιτιστικοί παράγοντες:** Στην Ανατολική και Νοτιοανατολική Ασία (π.χ. Κίνα και Ινδονησία), οι υπάρχουσες πολιτιστικές αξίες

δίνουν έμφαση στη συλλογική ευημερία και την κοινωνική ευθύνη και με τον τρόπο αυτό έχουν οδηγήσει σε υψηλότερη αποδοχή εμβολίων. Οι άνθρωποι εκεί είναι πολύ πιθανό να δουν τον εμβολιασμό ως ένα απαραίτητο βήμα για την προστασία των κοινοτήτων τους.

- **Εμπειρία με προηγούμενες επιδημίες:** Ορισμένες χώρες, ειδικά στη Νοτιοανατολική Ασία, είχαν εμπειρία με άλλες εστίες μολυσματικών ασθενειών όπως το SARS και το MERS. Η υπάρχουσα εξοικείωση με καταστάσεις έκτακτης ανάγκης για τη δημόσια υγεία έχει κάνει τους πληθυσμούς στις περιοχές αυτές πιο ανοιχτούς στα εμβόλια, καθώς έχουν ήδη δει τα οφέλη των εμβολιασμών στον έλεγχο των προηγούμενων επιδημιών.

Συνοπτικά, η χαμηλότερη διστακτικότητα εμβολιασμού σε ορισμένες χώρες συνδέεται με υψηλή εμπιστοσύνη στις αρχές, αποτελεσματική επικοινωνία, αντίληψη του κινδύνου από τον COVID-19, πολιτιστικές αξίες που δίνουν έμφαση στην προστασία της κοινότητας και προηγούμενες εμπειρίες με μολυσματικές ασθένειες (Sallam, 2021).

7.2.3 Σε Ευρωπαϊκό Επίπεδο

Στους (Steinert *et al.*, 2022) παρουσιάζονται τα ποσοστά επιφυλακτικότητας απέναντι στον εμβολιασμό κατά της COVID-19 σε οκτώ ευρωπαϊκές χώρες (Πίνακας 6.17). Τα ποσοστά παρέχουν μια αρκετά ολοκληρωμένη εικόνα της διστακτικότητας απέναντι στον εμβολιασμό ανά φύλο σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες.

Πίνακας 7.2. Ποσοστά επιφυλακτικότητας στον εμβολιασμό κατά της COVID-19 σε οκτώ ευρωπαϊκές χώρες

Χώρα	Ποσοστό διστακτικότητας γυναικών (%)	Ποσοστό διστακτικότητας ανδρών (%)
Ισπανία	6.22%	6.82%
Σουηδία	16.14%	17.06%
Ιταλία	24.4%	21.3%
Γαλλία	25.5%	22.8%
Γερμανία	29.9%	27.0%
Πολωνία	38.1%	34.9%
Ηνωμένο Βασίλειο	19.0%	15.6%
Βουλγαρία	64.19%	59.20%

Πηγή: Steinert *et al.*, 2022

Οι κύριοι λόγοι τη διστακτικότητας μεταξύ των φύλων περιλαμβάνουν:

Γυναίκες:

1. Ο φόβος των παρενεργειών

Οι γυναίκες ανησυχούσαν ιδιαίτερα για τους πιθανές παρενέργειες σε πιο μακροπρόθεσμη βάση, όπως η στειρότητα και οι επιπτώσεις στην εγκυμοσύνη. Αυτές οι ανησυχίες ήταν πιο διαδεδομένες μεταξύ των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας.

2. Δυσπιστία στην ασφάλεια των εμβολίων

Ένας σημαντικός αριθμός γυναικών ανησυχούσε για την έλλειψη στοιχείων σχετικά με τις επιπτώσεις του εμβολιασμού COVID-19 στην υγεία, αναφερόμενες σε αυτόν ως “πείραμα”.

3. Αντίληψη της απειλής σοβαρού κινδύνου από τον COVID-19

Οι γυναίκες, ειδικά εκείνες που θεωρούσαν τους εαυτούς τους υγιείς, έτειναν να βλέπουν την απειλή που θέτει ο COVID-19 ως ελάχιστη, συμβάλλοντας στη διστακτικότητά τους.

Άνδρες:

1. Δυσπιστία στην κυβέρνηση και τους θεσμούς

Οι άνδρες ήταν πιο πιθανό να εκφράσουν σκεπτικισμό απέναντι στην κυβέρνηση, τις φαρμακευτικές εταιρείες και τα κίνητρα πίσω από τις εκστρατείες εμβολιασμού.

2. Εμπιστοσύνη στη φυσική ανοσία

Μερικοί άνδρες πίστευαν ότι το ανοσοποιητικό τους σύστημα ήταν αρκετά ισχυρό για να καταπολεμήσει τον COVID-19 χωρίς την ανάγκη εμβολιασμού.

3. Ανησυχίες σχετικά με την αποτελεσματικότητα του εμβολίου

Οι άνδρες ανησυχούσαν για το αν τα εμβόλια θα εμπόδιζαν αποτελεσματικά τη μετάδοση του ιού ή θα προστάτευαν από νέες παραλλαγές.

Οι ακόλουθοι παράγοντες εξηγούν γιατί σε ορισμένες χώρες υπήρχε μικρότερη διστακτικότητα από ότι σε άλλες όσον αφορά τον εμβολιασμό κατά της COVID-19:

1. Εμπιστοσύνη στην κυβέρνηση και τους θεσμούς υγείας

Οι χώρες με μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στην κυβέρνησή τους και στις υγειονομικές αρχές, όπως η Ισπανία και η Σουηδία, τείνουν να έχουν χαμηλότερη διστακτικότητα

απέναντι στον εμβολιασμό. Αυτή η εμπιστοσύνη βοηθά τους ανθρώπους να αισθάνονται πιο σίγουροι για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των εμβολίων.

2. Γνώσεις σε θέματα Υγείας

Σε χώρες όπου οι πολίτες έχουν υψηλότερα επίπεδα γνώσεων σε θέματα υγείας και καλύτερη πρόσβαση σε πληροφορίες, υπάρχει μεγαλύτερη κατανόηση των οφελών από τα εμβόλια με αποτέλεσμα χαμηλότερη διστακτικότητα. Η Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο, για παράδειγμα, επωφελήθηκαν σημαντικά από την αποτελεσματική επικοινωνία για τη δημόσια υγεία.

3. Αντίληψη της απειλής σοβαρού κινδύνου από τον COVID-19

Σε χώρες όπως η Ισπανία, όπου η αντίληψη της απειλής σοβαρού κινδύνου από τον COVID-19 ήταν υψηλότερη λόγω των υψηλών ποσοστών μόλυνσης ή θνησιμότητας κατά τη διάρκεια της πανδημίας, η αποδοχή του εμβολίου ήταν υψηλότερη. Οι άνθρωποι στις χώρες αυτές ήταν πιο πιθανό να δουν τον εμβολιασμό ως το μοναδικό απαραίτητο εργαλείο για την προστασία της προσωπικής και της δημόσιας υγείας.

4. Επιτυχημένες εκστρατείες εμβολιασμού

Χώρες με καλά οργανωμένες και διαφανείς εκστρατείες εμβολιασμού, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, βίωσαν χαμηλότερο δισταγμό. Η σαφής επικοινωνία σχετικά με τη διαθεσιμότητα και τα οφέλη των εμβολίων, καθώς και κίνητρα όπως τα (σε καιρό απαγορεύσεων) προνόμια ταξιδιού ή αναψυχής για τα εμβολιασμένα άτομα, συνέβαλαν στην αύξηση της προθυμίας για εμβολιασμό.

5. Κοινωνικοί και πολιτιστικοί κανόνες

Σε ορισμένες χώρες, όπως η Ισπανία, οι κοινωνικοί κανόνες και η πίεση από τον κοινωνικό περίγυρο για εμβολιασμό ήταν ισχυρότερες, γεγονός που μείωσε τη διστακτικότητα. Αντίθετα, χώρες με χαμηλότερη κοινωνική συνοχή, όπως η Βουλγαρία και η Πολωνία, είδαν υψηλότερα ποσοστά διστακτικότητας.

6. Χαμηλά επίπεδα παραπληροφόρησης και συνωμοσιολογικών πεποιθήσεων

Χώρες με χαμηλότερα επίπεδα παραπληροφόρησης και θεωριών συνωμοσίας γύρω από τα εμβόλια, όπως η Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο, είδαν λιγότερους ανθρώπους να διστάζουν να εμβολιαστούν. Αντίθετα, χώρες όπου η παραπληροφόρηση ήταν ανεξέλεγκτη, όπως η Βουλγαρία και η Πολωνία, είχαν πολύ υψηλότερα ποσοστά διστακτικότητας (Steinert *et al.*, 2022).

7.2.3 Σε Εθνικό Επίπεδο

Στο «Τάσεις στην πρόθεση εμβολιασμού COVID-19, καθοριστικοί παράγοντες» (Sypsa *et al.*, 2022) παρουσιάζονται τα ποσοστά διστακτικότητας στην Ελλάδα απέναντι στον εμβολιασμό διαχρονικά, όπως αναλύθηκαν σε επαναλαμβανόμενες έρευνες (Πίνακας 6.18).

Πίνακας 7.3. Ποσοστά διστακτικότητας στην Ελλάδα στον εμβολιασμό κατά της COVID-19

Χρονική περίοδος	Πρόθυμοι να εμβολιασθούν (%)	Απρόθυμοι να εμβολιασθούν (%)	Αναποφάσιστοι (%)
Νοέμβριος 2020	67.6	9.9	13.2
Φεβρουάριος 2021	76.3	14.4	9.3
Απρίλιος 2021	84.4	12.4	3.2
Μάιος 2021	85.7	7.0	2.5

Πηγή: Sypsa et al., 20222

Στην ίδια μελέτη αναφέρονται ως κύριοι λόγοι για την επιφυλακτικότητα στον εμβολιασμό στην Ελλάδα οι (βλ. σχήμα 7.1):

1. Ανησυχίες για την ασφάλεια

Ο πιο συχνά αναφερόμενος λόγος, με περίπου **το 65,5%** των ερωτηθέντων να εκφράζουν ανησυχίες σχετικά με την ασφάλεια των εμβολίων. Η ανησυχία αυτή παρέμεινε σχετικά σταθερή με την πάροδο του χρόνου.

2. Ανησυχίες σχετικά με την αποτελεσματικότητα

Περίπου **το 15,7%** των συμμετεχόντων αμφισβήτησε την αποτελεσματικότητα των εμβολίων. Η ανησυχία αυτή μειώθηκε με την πάροδο του χρόνου (από **21,6%** τον Νοέμβριο του 2020 σε **9,6%** τον Μάιο του 2021).

3. Αλλεργίες

Ορισμένοι ερωτηθέντες αρχικά ανησυχούσαν για πιθανές αλλεργικές αντιδράσεις, αλλά και αυτή η ανησυχία μειώθηκε καθώς προχωρούσε η διαδικασία εμβολιασμού.

4. Αντίληψη της απειλής σοβαρού κινδύνου

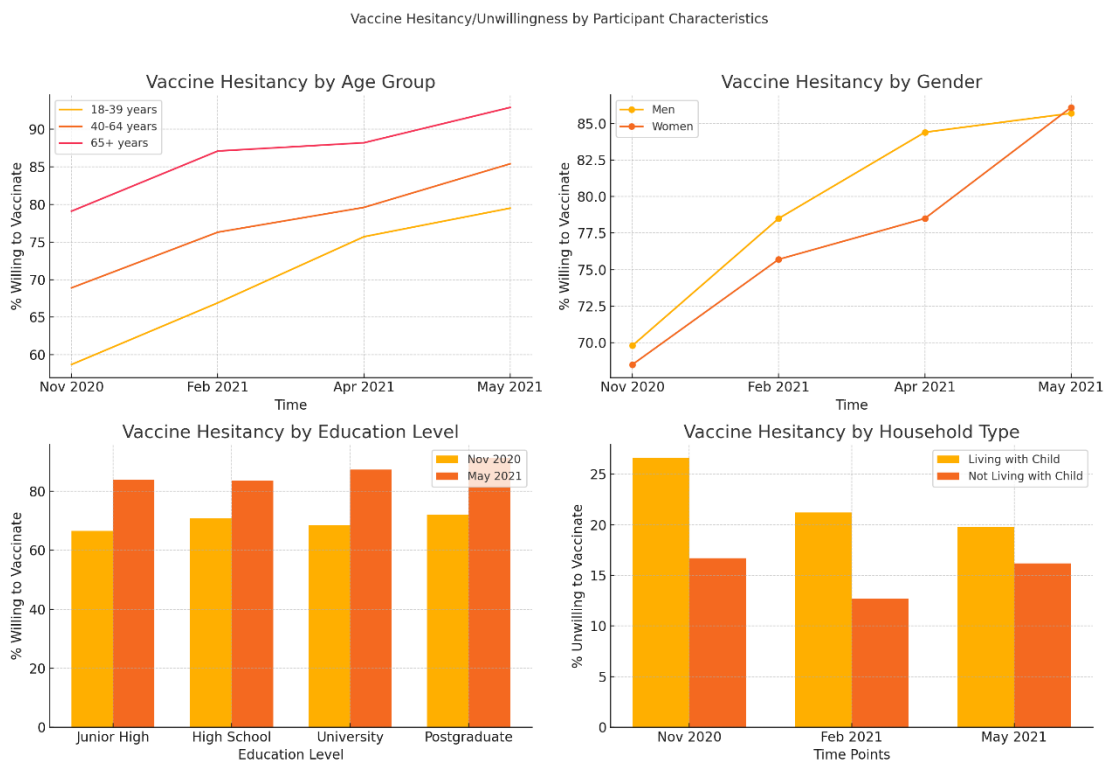
Περίπου **το 8,6%** των ερωτηθέντων πίστευαν ότι δεν διέτρεχαν κίνδυνο να προσβληθούν από COVID-19, γεγονός που συνέβαλε στη διστακτικότητά τους.

5. Αντίληψη του COVID-19 ως ήπια ασθένεια

Περίπου το 5,0% των ερωτηθέντων θεώρησε ότι η COVID-19 είναι ήπια νόσος, γεγονός που επηρέασε την απόφασή τους να μην εμβολιαστούν.

Τα ευρήματα υπογραμμίζουν την ανάγκη αντιμετώπισης των ανησυχιών για την ασφάλεια και των παρανοήσεων σχετικά με την αποτελεσματικότητα και τον κίνδυνο του COVID-19.

Σχήμα 7.1: Εξέλιξη της διστακτικότητας στην Ελλάδα στον εμβολιασμό για COVID-19



Πηγή: Sypsa et al., 2022

Στο Σχήμα 7.1 παρουσιάζεται η ανάλυση σε κατηγορίες των ποσοστών διστακτικότητας στην Ελλάδα απέναντι στον εμβολιασμό, σε συνάρτηση με την ηλικιακή ομάδα, το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης και τον τύπο νοικοκυριού. Πιο συγκεκριμένα:

- **Διστακτικότητα απέναντι στον εμβολιασμό ανά ηλικιακή ομάδα:** Παρατηρείται μια αυξανόμενη προθυμία εμβολιασμού με την πάροδο του χρόνου σε όλες τις ηλικιακές ομάδες (18–39, 40–64, 65+).
- **Διστακτικότητα απέναντι στον εμβολιασμό ανά φύλο:** Τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες δείχνουν αυξημένη προθυμία να εμβολιαστούν, με τους άνδρες να γίνονται πιο πρόθυμοι νωρίτερα από τις γυναίκες.

- **Διστακτικότητα απέναντι στον εμβολιασμό ανά επίπεδο εκπαίδευσης:** Η σύγκριση μεταξύ Νοεμβρίου 2020 και Μαΐου 2021 αποκαλύπτει αυξημένη προθυμία, ιδίως μεταξύ εκείνων με επίπεδα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.
- **Διστακτικότητα εμβολιασμού ανά τύπο νοικοκυριού:** Οι συμμετέχοντες που ζούσαν με παιδιά ήταν αρχικά πιο απρόθυμοι να εμβολιαστούν, σε σύγκριση με εκείνους χωρίς παιδιά, αλλά αυτή η διστακτικότητα μειώθηκε με την πάροδο του χρόνου (Sypsa *et al.*, 2022).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Το φαινόμενο της διστακτικότητας στα εμβόλια είναι διαχρονικό καθώς προϋπήρχε κατά πολύ της πανδημίας COVID-19. Στην διστακτικότητα περιλαμβάνονται διάφορα φαινόμενα τα οποία εμφανίζονται συνήθως με την αμφισβήτηση της αναγκαιότητας των εμβολίων, συνεχίζουν με την αμφισβήτηση της ασφάλειάς τους και καταλήγουν στην αμφισβήτηση της αποτελεσματικότητάς τους.

Οι αιτίες διστακτικότητας στον εμβολιασμό, καθυστέρησης και άρνησης, είναι ποικίλες και καθορίζονται κυρίως από ιστορικούς, δημογραφικούς και κοινωνικο-πολιτιστικούς παράγοντες, τον φόβο για πιθανές παρενέργειες καθώς και από προκαταλήψεις, παραπληροφόρηση και δυσπιστία στους ιατρικούς ή κυβερνητικούς θεσμούς. Η δυσπιστία πολλές φορές εκφράζεται με ακραίες ανησυχίες, όπως αυτή της πιθανής συσχέτισης του εμβολιασμού με MMR και της εμφάνισης αυτισμού.

Πολλοί έχουν διατυπώσει τις ανησυχίες τους για την ασφάλεια ή την αποτελεσματικότητα των εμβολίων. Άλλοι έχουν την αντίληψη ότι ο κίνδυνος να προσβληθούν από ασθένειες που μπορούν να προληφθούν με εμβόλια είναι χαμηλός, μειώνοντας έτσι την επείγουσα ανάγκη εμβολιασμού τους κάτι που οδηγεί σε καθυστερήσεις. Συχνά τα εμβόλια γίνονται θύματα της επιτυχίας τους, καθώς η χρήση τους στο παρελθόν έκανε δυνατό τον αποτελεσματικό έλεγχο άλλοτε κοινών μολυσματικών ασθενειών με τις οποίες πλέον οι γονείς των παιδιών δεν είναι εξοικειωμένοι καθώς έχουν γίνει εξαιρετικά σπάνιες ως αποτέλεσμα επιτυχημένων προγραμμάτων εμβολιασμού.

Τα εμβόλια είναι εξαιρετικά αποτελεσματικά στην διαχείριση ασθενειών απειλητικών για τη ζωή, η επιτυχία τους όμως εξαρτάται από τις στρατηγικές που χρησιμοποιούνται για να προσεγγίσουν καθορισμένες ομάδες-στόχους μεταξύ των οποίων είναι και οι πιο ευάλωτοι πληθυσμοί. Ανησυχίες και παρανοήσεις σχετικά με τα εμβόλια εξακολουθούν να υφίστανται μεταξύ ορισμένων γονέων αλλά και, δυστυχώς, μεταξύ κάποιων εργαζομένων στον τομέα της υγείας, υπονομεύοντας την εμπιστοσύνη και απειλώντας την κάλυψη εμβολιασμού που είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της συλλογικής ανοσίας.

Οι πεποιθήσεις και συμπεριφορές των γονέων και των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων έναντι του εμβολιασμού έχουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά. Διαμορφώνονται από τις ανησυχίες τους για την ασφάλεια των εμβολίων, τις εκτιμώμενες παρενέργειες και τον πόνο από πολλαπλούς εμβολιασμούς, με αποτέλεσμα ορισμένοι να προτιμούν τη φυσική ανοσία ή να υιοθετούν προγράμματα μερικών εμβολιασμών. Η παραπληροφόρηση από

προκατειλημμένες ή μη επαληθευμένες πηγές, καθώς και η δυσπιστία προς τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και τους επαγγελματίες υγείας, συμβάλλουν στην διστακτικότητα. Η διστακτικότητα, ιδιαίτερα των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, εγκυμονεί σημαντικούς κινδύνους για τους ίδιους αλλά και για τη δημόσια υγεία και απαιτεί στοχευμένες στρατηγικές επικοινωνίας για την αντιμετώπιση των ανησυχιών.

Αντίστοιχα, ενώ οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας υποστηρίζουν γενικά τους εμβολιασμούς λόγω της εμπιστοσύνης τους στην αποτελεσματικότητα των εμβολίων, υπάρχουν ορισμένοι που εκφράζουν ανησυχίες για την ασφάλεια και τις πιθανές παρενέργειες, συμβάλλοντας έτσι στον δισταγμό του κοινού. Τα χαμηλά ποσοστά εμβολιασμού μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, ιδιαίτερα για το εμβόλιο της γρίπης, υπογραμμίζουν την ανάγκη για στοχευμένη εκπαίδευση και στρατηγικές για την αντιμετώπιση των λανθασμένων αντιλήψεων και την ενίσχυση της εμπιστοσύνης στις πρακτικές εμβολιασμού.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η αντιμετώπιση της διστακτικότητας στα εμβόλια απαιτεί μια πολύπλευρη προσέγγιση, συμπεριλαμβανομένης της εξατομικευμένης επικοινωνίας από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, των παρεμβάσεων που βασίζονται στην κοινότητα και της χρήσης των μέσων κοινωνικής δικτύωσης για τη διάδοση σωστών πληροφοριών. Οι εκστρατείες δημόσιας ενημέρωσης προσαρμοσμένες στις πολιτιστικές και κοινωνικοοικονομικές διαφορές, μαζί με μέτρα πολιτικής όπως ο υποχρεωτικός εμβολιασμός και οικονομικά ή άλλα κίνητρα, είναι επίσης ζωτικής σημασίας. Τέλος, οι συνεργασίες με διεθνείς οργανισμούς υγείας παρέχουν βασικούς πόρους και υποστήριξη για την ενίσχυση των τοπικών προσπαθειών αύξησης της εμβολιαστικής κάλυψης. Στη συνέχεια παρουσιάζονται προτάσεις προς την κατεύθυνση αντιμετώπισης της διστακτικότητας. Πιο συγκεκριμένα προτείνονται:

- **Η ενίσχυση των επικοινωνιακών στρατηγικών για τη δημόσια υγεία**

Η ανάπτυξη ολοκληρωμένων εκστρατειών δημόσιας υγείας για την αντιμετώπιση των ανησυχιών σχετικά με τα εμβόλια, δίνει έμφαση στην επιστημονική εγκυρότητα πίσω από την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των εμβολίων. Οι καμπάνιες για τον σκοπό αυτό θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένες στις διαφορετικές δημογραφικές ομάδες και να είναι προσβάσιμες μέσω των μέσων επικοινωνίας.

- **Η προώθηση της εμπιστοσύνης στους θεσμούς**

Απαιτείται συνεργασία με αξιόπιστους επαγγελματίες υγείας και δημόσια πρόσωπα κύρους για τη διάδοση ακριβών πληροφοριών σχετικά με τις νόσους και τα εμβόλια. Η συμμετοχή των ειδικών μπορεί να καθυστερήσει τις πολιτιστικές και θρησκευτικές ανησυχίες, βελτιώνοντας την αποδοχή των εμβολίων σε άτομα με μειωμένη εμπιστοσύνη. Η εμπιστοσύνη αυτή, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και η αποτελεσματικότητα των εμβολίων επηρεάζουν σημαντικά τις αποφάσεις των γονέων για το αν, πώς και πότε θα εμβολιάσουν τα παιδιά τους.

- **Εφαρμογή στοχευμένων προσπαθειών κατά της παραπληροφόρησης**

Με τη δημιουργία μηχανισμών για τον εύκολο εντοπισμό, διάψευση και μείωση της διάδοσης της παραπληροφόρησης για τα εμβόλια, ιδιαίτερα στις πλατφόρμες των μέσων κοινωνικής δικτύωσης. Οι κυβερνήσεις και οι υγειονομικές αρχές θα πρέπει να συνεργάζονται με έμπειρες εταιρείες τεχνολογίας για την ενεργή κατάργηση ή επισήμανση του παραπλανητικού περιεχομένου. Οι εκστρατείες ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του κοινού είναι θεμελιώδεις για την καταπολέμηση της παραπληροφόρησης. Οι καμπάνιες, για να προσεγγίσουν το ευρύ κοινό, πρέπει να χρησιμοποιούν όλα τα μέσα μαζικής επικοινωνίας και ενημέρωσης όπως τηλεόραση, ραδιόφωνο, έντυπα δίνοντας ιδιαίτερο βάρος στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης.

- **Βελτίωση της προσβασιμότητας στα εμβόλια**

Η βελτίωση της πρόσβασης στις υπηρεσίες εμβολιασμού με την μείωση των υλικοτεχνικών και οικονομικών φραγμών είναι ζωτικής σημασίας. Στρατηγικές όπως οι κινητές μονάδες εμβολιασμού, το διευρυμένο ωράριο των κλινικών και τα δωρεάν προγράμματα εμβολιασμού αντιμετωπίζουν άμεσα τα ζητήματα ευκολίας και προσβασιμότητας, διευκολύνοντας τα άτομα που τελικά θα εμβολιαστούν.

- **Προσφορά κινήτρων για εμβολιασμό χωρίς υποχρεωτικότητα**

Παροχή κινήτρων όπως άδεια μετ' αποδοχών για εμβολιασμό, οικονομικές ανταμοιβές ή πρόσβαση σε συγκεκριμένες υπηρεσίες (π.χ. ταξιδιωτικά οφέλη) με στόχο την ενθάρρυνση του πληθυσμού να εμβολιαστεί, αποτελούν θετικά μέτρα που δοκιμάστηκαν με επιτυχία και στην αντιμετώπιση της πανδημίας της COVID-19.

- **Προσαρμογή των μηνυμάτων δημόσιας υγείας σε συγκεκριμένους πληθυσμούς**

Διαφορετικοί πληθυσμοί, όπως εθνοτικές μειονότητες, νέοι, ηλικιωμένοι ή άτομα με χρόνιες παθήσεις, χρήζουν διαφορετικής αντιμετώπισης. Τα μηνύματα πρέπει να είναι στοχευμένα ανά πληθυσμό όπως και τα κίνητρα.

- **Εκπαίδευση σχετικά με τις παρενέργειες και τους κινδύνους εμβολίων**

Όλοι οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να παρέχουν συνεχή υποστήριξη και εκπαίδευση στον πληθυσμό μέσω προγραμμάτων στα σχολεία αλλά και μέσω της δια βίου εκπαίδευσης. Στόχος είναι η αντιμετώπιση της διστακτικότητας με τη διατήρηση αρχικά της αποδοχής των εμβολίων από το κοινό και στη συνέχεια η μεγαλύτερη διάδοσή τους.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. *A Brief History of Vaccination* (2024). Available at: <https://www.who.int/news-room/spotlight/history-of-vaccination/a-brief-history-of-vaccination> (Accessed: 22 May 2024).
2. Abenova, M. et al. (2023) 'Worldwide Child Routine Vaccination Hesitancy Rate among Parents of Children Aged 0–6 Years: A Systematic Review and Meta-Analysis of Cross-Sectional Studies', *Vaccines*, 12(1), p. 31. Available at: <https://doi.org/10.3390/vaccines12010031>.
3. Ajzen, I. and Fishbein, M. (2002) *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Transferred to digital print on demand. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
4. Allred, N.J. et al. (2005) 'Parental vaccine safety concerns', *American Journal of Preventive Medicine*, 28(2), pp. 221–224. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2004.10.014>.
5. Betsch, C. et al. (2018) 'Beyond confidence: Development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination', *PLOS ONE*. Edited by I.F. Angelillo, 13(12), p. e0208601. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208601>.
6. Bohlke, K. et al. (2003) 'Risk of anaphylaxis after vaccination of children and adolescents', *Pediatrics*, 112(4), pp. 815–820. Available at: <https://doi.org/10.1542/peds.112.4.815>.
7. Cadeddu, C. et al. (2021) 'Understanding the determinants of vaccine hesitancy and vaccine confidence among adolescents: a systematic review', *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 17(11), pp. 4470–4486. Available at: <https://doi.org/10.1080/21645515.2021.1961466>.
8. CDC (2024a) Chapter 1: Principles of Vaccination, Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. Available at: <https://www.cdc.gov/pinkbook/hcp/table-of-contents/chapter-1-principles-of-vaccination.html> (Accessed: 12 September 2024).
9. CDC (2024b) Chapter 4: Vaccine Safety, Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. Available at: <https://www.cdc.gov/pinkbook/hcp/table-of-contents/chapter-4-vaccine-safety.html> (Accessed: 12 September 2024).
10. Danis, K. et al. (2010) 'Socioeconomic factors play a more important role in childhood vaccination coverage than parental perceptions: a cross-sectional study in Greece', *Vaccine*, 28(7), pp. 1861–1869. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2009.11.078>.
11. Díaz Crescitelli, M.E. et al. (2019) 'A meta-synthesis study of the key elements involved in childhood vaccine hesitancy', *Public Health*, 180, pp. 38–45. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.10.027>.
12. Dreskin, S.C. et al. (2016) 'International Consensus (ICON): allergic reactions to vaccines', *The World Allergy Organization Journal*, 9(1), p. 32. Available at: <https://doi.org/10.1186/s40413-016-0120-5>.
13. Dubé, E. et al. (2013) 'Vaccine hesitancy: An overview', *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 9(8), pp. 1763–1773. Available at: <https://doi.org/10.4161/hv.24657>.

14. Dubé, E. et al. (2014) 'Mapping vaccine hesitancy—Country-specific characteristics of a global phenomenon', *Vaccine*, 32(49), pp. 6649–6654. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.09.039>.
15. Dubé, E., Gagnon, D. and MacDonald, N.E. (2015) 'Strategies intended to address vaccine hesitancy: Review of published reviews', *Vaccine*, 33(34), pp. 4191–4203. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.041>.
16. European Centre for Disease Prevention and Control. (2015) *Vaccine hesitancy among healthcare workers and their patients in Europe: a qualitative study*. LU: Publications Office. Available at: <https://data.europa.eu/doi/10.2900/425780> (Accessed: 14 September 2024).
17. Fokoun, C. (2018) 'Strategies implemented to address vaccine hesitancy in France: A review article', *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 14(7), pp. 1580–1590. Available at: <https://doi.org/10.1080/21645515.2018.1458807>.
18. Gellin, B.G. et al. (2000) 'Do Parents Understand Immunizations? A National Telephone Survey', *Pediatrics*, 106(5), pp. 1097–1102. Available at: <https://doi.org/10.1542/peds.106.5.1097>.
19. Gualano, M. et al. (2019) 'Knowledge, attitudes and beliefs towards compulsory vaccination: a systematic review', *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 15(4), pp. 918–931. Available at: <https://doi.org/10.1080/21645515.2018.1564437>.
20. *History of Vaccine Hesitancy* (2021) Charles River. Available at: <https://www.criver.com/eureka/history-vaccine-hesitancy> (Accessed: 22 September 2024).
21. Hobson-West, P. (2003) 'Understanding vaccination resistance: moving beyond risk', *Health, Risk & Society*, 5(3), pp. 273–283. Available at: <https://doi.org/10.1080/13698570310001606978>.
22. *Immunization Basics* | CDC (2022). Available at: <https://www.cdc.gov/vaccines/vac-gen/imz-basics.htm> (Accessed: 7 December 2023).
23. *Immunization Safety Review: Vaccines and Autism* (2004). Washington, D.C.: National Academies Press, p. 10997. Available at: <https://doi.org/10.17226/10997>.
24. Jacobson, R.M., St. Sauver, J.L. and Finney Rutten, L.J. (2015) 'Vaccine Hesitancy', *Mayo Clinic Proceedings*, 90(11), pp. 1562–1568. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.09.006>.
25. Jarrett, C. et al. (2015) 'Strategies for addressing vaccine hesitancy – A systematic review', *Vaccine*, 33(34), pp. 4180–4190. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.040>.
26. Kanellopoulou, A. et al. (2021) 'Vaccination coverage among school children in Western Greece from 2016 to 2019', *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 17(11), pp. 4535–4541. Available at: <https://doi.org/10.1080/21645515.2021.1967040>.
27. Karafillakis, E. et al. (2016) 'Vaccine hesitancy among healthcare workers in Europe: A qualitative study', *Vaccine*, 34(41), pp. 5013–5020. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2016.08.029>.
28. Karafillakis, E. and Larson, H.J. (2017) 'The benefit of the doubt or doubts over benefits? A systematic literature review of perceived risks of vaccines in European populations',

- Vaccine*, 35(37), pp. 4840–4850. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.07.061>.
29. Kennedy, A. et al. (2011) 'Confidence About Vaccines In The United States: Understanding Parents' Perceptions', *Health Affairs*, 30(6), pp. 1151–1159. Available at: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0396>.
 30. Kennedy, A.M., Brown, C.J. and Gust, D.A. (2005) 'Vaccine beliefs of parents who oppose compulsory vaccination', *Public Health Reports (Washington, D.C.: 1974)*, 120(3), pp. 252–258. Available at: <https://doi.org/10.1177/003335490512000306>.
 31. Kieslich, K. (2018) 'Addressing vaccination hesitancy in Europe: a case study in state-society relations', *European Journal of Public Health*, 28(suppl_3), pp. 30–33. Available at: <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky155>.
 32. Kumar, D. et al. (2016) 'Vaccine hesitancy: understanding better to address better', *Israel Journal of Health Policy Research*, 5(1), p. 2. Available at: <https://doi.org/10.1186/s13584-016-0062-y>.
 33. Lafnitzegger, A. and Gaviria-Agudelo, C. (2022) 'Vaccine Hesitancy in Pediatrics', *Advances in Pediatrics*, 69(1), pp. 163–176. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.yapd.2022.03.011>.
 34. Larson, H.J. et al. (2014) 'Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: A systematic review of published literature, 2007–2012', *Vaccine*, 32(19), pp. 2150–2159. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.01.081>.
 35. Larson, H.J. et al. (2016) 'The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey', *EBioMedicine*, 12, pp. 295–301. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2016.08.042>.
 36. Larson, H.J., Gakidou, E. and Murray, C.J.L. (2022) 'The Vaccine-Hesitant Moment', *New England Journal of Medicine*. Edited by D.L. Longo, 387(1), pp. 58–65. Available at: <https://doi.org/10.1056/NEJMra2106441>.
 37. Loehr, J. and Savoy, M. (2016) 'Strategies for Addressing and Overcoming Vaccine Hesitancy', *American Family Physician*, 94(2), pp. 94–96.
 38. Martinelli, D. et al. (2015) 'Are we ready to abrogate compulsory vaccinations for children?: The opinion of apulian family pediatricians; Italy, 2013', *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 11(1), pp. 146–149. Available at: <https://doi.org/10.4161/hv.34417>.
 39. May, T. (2003) 'Vaccines as community-focused therapy', *Expert Review of Vaccines*, 2(3), pp. 341–343. Available at: <https://doi.org/10.1586/14760584.2.3.341>.
 40. Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization, April 2013: conclusions and recommendations (2013). Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/WER8820> (Accessed: 15 September 2024).
 41. Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization, October 2014: conclusions and recommendations (2014). Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/WER8950> (Accessed: 15 September 2024).
 42. Melief, C.J.M. et al. (2015) 'Therapeutic cancer vaccines', *Journal of Clinical Investigation*, 125(9), pp. 3401–3412. Available at: <https://doi.org/10.1172/JCI80009>.

43. Nicolay, N. et al. (2008) 'Mandatory immunization: The point of view of the French general population and practitioners', *Vaccine*, 26(43), pp. 5484–5493. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2008.07.058>.
44. Nuwarda, R.F. et al. (2022) 'Vaccine Hesitancy: Contemporary Issues and Historical Background', *Vaccines*, 10(10), p. 1595. Available at: <https://doi.org/10.3390/vaccines10101595>.
45. Omer, S.B. et al. (2012) 'Vaccination Policies and Rates of Exemption from Immunization, 2005–2011', *New England Journal of Medicine*, 367(12), pp. 1170–1171. Available at: <https://doi.org/10.1056/NEJMc1209037>.
46. Poland, G., Tosh, P. and Jacobson, R. (2005) 'Requiring influenza vaccination for health care workers: seven truths we must accept', *Vaccine*, 23(17–18), pp. 2251–2255. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2005.01.043>.
47. Riedel, S. (2005) 'Edward Jenner and the History of Smallpox and Vaccination', *Baylor University Medical Center Proceedings*, 18(1), pp. 21–25. Available at: <https://doi.org/10.1080/08998280.2005.11928028>.
48. Sadaf, A. et al. (2013) 'A systematic review of interventions for reducing parental vaccine refusal and vaccine hesitancy', *Vaccine*, 31(40), pp. 4293–4304. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2013.07.013>.
49. Safi, H. et al. (2012) 'Vaccine Policy and Arkansas Childhood Immunization Exemptions', *American Journal of Preventive Medicine*, 42(6), pp. 602–605. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.02.022>.
50. Sallam, M. (2021) 'COVID-19 Vaccine Hesitancy Worldwide: A Concise Systematic Review of Vaccine Acceptance Rates', *Vaccines*, 9(2), p. 160. Available at: <https://doi.org/10.3390/vaccines9020160>.
51. Salmon, D.A. et al. (1999) 'Health Consequences of Religious and Philosophical Exemptions From Immunization Laws: Individual and Societal Risk of Measles', *JAMA*, 282(1), p. 47. Available at: <https://doi.org/10.1001/jama.282.1.47>.
52. Salmon, D.A. et al. (2015) 'Vaccine hesitancy', *Vaccine*, 33, pp. D66–D71. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.09.035>.
53. Schmid, P. et al. (2017) 'Barriers of Influenza Vaccination Intention and Behavior – A Systematic Review of Influenza Vaccine Hesitancy, 2005 – 2016', *PLOS ONE*. Edited by B.J. Cowling, 12(1), p. e0170550. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170550>.
54. Schwartz, B., Yusuf, H. and Rodewald, L. (2000) 'THE NATIONAL IMMUNIZATION SURVEY: DESIGN OF A STUDY ON KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES (NIS-KAP)'. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2000.07.009>.
55. Schwartz, J.L. and Caplan, A.L. (2011) 'Vaccination refusal: ethics, individual rights, and the common good', *Primary Care*, 38(4), pp. 717–728, ix. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.pop.2011.07.009>.
56. Simms, K.T. et al. (2020) 'Impact of HPV vaccine hesitancy on cervical cancer in Japan: a modelling study', *The Lancet Public Health*, 5(4), pp. e223–e234. Available at: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30010-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30010-4).

57. Singh, P. et al. (2022) 'Strategies to overcome vaccine hesitancy: a systematic review', *Systematic Reviews*, 11(1), p. 78. Available at: <https://doi.org/10.1186/s13643-022-01941-4>.
58. Smith, D.R. (2019) 'Herd Immunity', *The Veterinary Clinics of North America. Food Animal Practice*, 35(3), pp. 593–604. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.cvfa.2019.07.001>.
59. Smith, J.C., Appleton, M. and MacDonald, N.E. (2013) 'Building Confidence in Vaccines', in N. Curtis, A. Finn, and A.J. Pollard (eds) *Hot Topics in Infection and Immunity in Children IX*. New York, NY: Springer New York (Advances in Experimental Medicine and Biology), pp. 81–98. Available at: https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4726-9_6.
60. Smith, P.J. et al. (2010) 'The Association Between Intentional Delay of Vaccine Administration and Timely Childhood Vaccination Coverage', *Public Health Reports*, 125(4), pp. 534–541. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2882604/> (Accessed: 21 September 2024).
61. Smith, P.J. et al. (2011) 'Parental delay or refusal of vaccine doses, childhood vaccination coverage at 24 months of age, and the Health Belief Model', *Public Health Reports (Washington, D.C.: 1974)*, 126 Suppl 2(Suppl 2), pp. 135–146. Available at: <https://doi.org/10.1177/00333549111260S215>.
62. Steinert, J.I. et al. (2022) 'COVID-19 vaccine hesitancy in eight European countries: Prevalence, determinants, and heterogeneity', *Science Advances*, 8(17), p. eabm9825. Available at: <https://doi.org/10.1126/sciadv.abm9825>.
63. Stern, P.L. (2016) 'The changing face of vaccines and vaccination', *Vaccine*, 34(52), pp. 6653–6654. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2016.11.014>.
64. Sypsa, V. et al. (2022) 'Trends in COVID-19 Vaccination Intent, Determinants and Reasons for Vaccine Hesitancy: Results from Repeated Cross-Sectional Surveys in the Adult General Population of Greece during November 2020–June 2021', *Vaccines*, 10(3), p. 470. Available at: <https://doi.org/10.3390/vaccines10030470>.
65. Tafuri, S.S. et al. (2009) 'Italian healthcare workers' views on mandatory vaccination', *BMC Health Services Research*, 9(1), p. 100. Available at: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-100>.
66. WHO (2015) *Vaccine hesitancy: A growing challenge for immunization programmes*. Available at: <https://www.who.int/news/item/18-08-2015-vaccine-hesitancy-a-growing-challenge-for-immunization-programmes> (Accessed: 26 September 2023).
67. WHO (2021) *Vaccine-preventable Diseases*. Available at: <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/diseases> (Accessed: 28 September 2023).
68. Willis, N.J. (1997) 'Edward Jenner and the Eradication of Smallpox', *Scottish Medical Journal*, 42(4), pp. 118–121. Available at: <https://doi.org/10.1177/003693309704200407>.
69. Wodi, P.A. and Shimabukuro, T. (2023) *Pinkbook | Vaccine Safety | Epidemiology of VPDs | CDC*. Available at: <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/safety.html> (Accessed: 8 December 2023).

70. Xiao, X. and Wong, R.M. (2020) 'Vaccine hesitancy and perceived behavioral control: A meta-analysis', *Vaccine*, 38(33), pp. 5131–5138. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.04.076>.
71. 'Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών & Εφήβων' (2023). Available at: <https://www.moh.gov.gr/articles/health/dieythynsh-dhmosias-ygieinhs/emboliasmoi/ethniko-programma-emboliasmwn-epe-paidiwn-kai-efhbwn/11252-programma-emboliasmwn-paidiwn-efhbwn-2023> (Accessed: 8 December 2023).
72. Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2022) 'Συμπεράσματα σχετικά με τον εμβολιασμό ως ένα από τα πλέον αποτελεσματικά εργαλεία για την πρόληψη των ασθενειών και τη βελτίωση της δημόσιας υγείας', 20 December, pp. 18–23. Available at: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52022XG1220\(02\)&from=EN](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52022XG1220(02)&from=EN).
73. Καμπερόπουλος, Δ. (2006) 'Η πρώτη επιστημονική εφαρμογή του εμβολιασμού κατά της ευλογιάς από τους έλληνες ιατρούς Εμμ. Τιμόνη και Ιακ. Πυλαρινό (αρχές 18ου αι.)', *Δελτ Α' Παιδιατρ Κλιν Πανεπ Αθηνών*, 53(4), pp. 347–351.
74. Παναγιωτόπουλος, et al. (2013) 'ΕΚΘΕΣΗ Εθνική μελέτη κατάστασης εμβολιασμού των παιδιών στην Ελλάδα, 2012'. Available at: <https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typoy/press-releases/1682-stoixeia-emboliasmwn?fdl=5475>.
75. Περισίανης, Ν. (2011) ΣΥΝΤΟΜΗ ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΩΝ ΕΜΒΟΛΙΩΝ 1796- 2011. Available at: <https://ferma.biologia.gr/wp-content/uploads/2017/03/%CE%B9%CF%83%CF%84%CE%BF%CF%81%CE%AF%CE%B1-%CF%84%CF%89%CE%BD-%CE%B5%CE%BC%CE%B2%CE%BF%CE%BB%CE%AF%CF%89%CE%BD.pdf>.