

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПЕДІАТРІЇ ТА ДИТЯЧИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ

МАГІСТЕРСЬКА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

за спеціальністю 222 «Медицина»

на тему:

**«ВПЛИВ ЕПІДЕМІЧНОЇ СИТУАЦІЇ, ПОВ'ЯЗАНОЇ З ВІРУСОМ SARS-
COV-2, НА ПРИХИЛЬНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ ДО
ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ»**

Виконала:

Здобувач вищої освіти, студентка 6
курсу 4 групи медичного факультету
ВОРОТНЯК ІРИНА
ОЛЕКСАНДРІВНА

Керівник – доцент закладу вищої
освіти кафедри педіатрії та дитячих
інфекційних хвороб, к.мед.н.,
Гарас М.Н.

Рецензенти:

професор кафедри педіатрії та дитячих
інфекційних хвороб, д.мед.н.,
професор **ІВАНОВА Л.А.**
доцент кафедри інфекційних хвороб та
епідеміології, к.мед.н., доцент
РАНДЮК Ю.О.

ЗМІСТ

	Стор.
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	4
ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ	9
1.1. Сучасний стан та динаміка охоплення рутинною вакцинацією населення України	9
1.2. Стратегії збільшення охоплення рутинною вакцинацією населення	14
1.3. Прихильність населення до планової вакцинації дітей в епоху пандемії COVID-19 та в постпандемічний період	21
1.4. Імунопрофілактика COVID-19: труднощі в минулому через призму досвіду	25
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	31
2.1. Структурно-логічна схема й дизайн дослідження	31
2.2. Загальна характеристика респондентів	32
2.3. Методи дослідження та аналізу	33
2.4. Забезпечення вимог біоетики	34
РОЗДІЛ 3. ПРИХИЛЬНІСТЬ РІЗНИХ КОГОРТ НАСЕЛЕННЯ ДО ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ПОСТПАНДЕМІЧНИЙ ПЕРІОД	35
3.1. Чи впливає рівень освіти батьків на їх прихильність до проведення рутинної вакцинації дітям?	35
3.2. Чи залежить прихильність до проведення рутинної вакцинації від отриманої імунізації в дитинстві?	37
3.3. Що саме найкраще мотивує проводити вакцинацію собі чи дітям?	39

3.4. Де різні когорти населення отримують інформацію щодо вакцинації?	43
3.5. Де різні когорти населення зіштовхуються з негативною інформацією щодо вакцинації чи про шкідливість щеплень?	46
РОЗДІЛ 4. РЕЗУЛЬТАТИ ВИВЧЕННЯ ПРИХИЛЬНОСТІ РІЗНИХ КОГОРТ НАСЕЛЕННЯ ДО ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ ПРОТИ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ COVID-19, ЩО ВИКЛИКАЄТЬСЯ ВІРУСОМ SARS-COV-2	51
РОЗДІЛ 5. АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ	58
ВИСНОВКИ	62
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	64
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	65
Додаток А АНКЕТА ДЛЯ БАТЬКІВ	74
АНКЕТА ЩОДО ВАКЦИНАЦІЇ ПРОТИ COVID-19	78
Додаток Б ОПИТУВАЛЬНИК ЩОДО ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ВАКЦИНАЦІЇ СТУДЕНТАМ	81
Додаток В ОПИТУВАЛЬНИК ЩОДО ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ВАКЦИНАЦІЇ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	83

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АаКДП – ацелюлярна коклюшно-дифтерійно-правцева вакцина

АДП-М – анатоксин дифтерійно-правцевий зі зменшеним вмістом антигенів

АКДП – адсорбована коклюшно-дифтерійно-правцева вакцина

АКДП-3 – адсорбована коклюшно-дифтерійно-правцева вакцина з трьома компонентами

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ДІ – довірчий інтервал

ЄЕС – Європейське економічне співтовариство

ЄС – Європейський Союз

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

ОКНП – обласне комунальне некомерційне підприємство

ОКНП ЧОДКЛ – Обласне комунальне некомерційне підприємство
"Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня"

ПА2030 – Порядок імунізації, 2030 рік

ЦГЗ – Центр громадського здоров'я

AR – атрибутивний ризик

BMC – BioMed Central

COVID-19 – Coronavirus Disease 2019

ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control

Hum Vaccin Immunother. – Human Vaccines & Immunotherapeutics

ICH GCP – International Council for Harmonisation та Good Clinical Practice

ISSN – International Standard Serial Number

JAMA Pediatr. – Journal of the American Medical Association Pediatrics

MOV – Measles Outbreak Verification

OR – відношення ризиків

p – рівень статистичної значущості

PMCID – PubMed Central ID

PMID – PubMed Identifier

Proc Natl Acad Sci. – Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America

Pt – критерій Стюдента

r – коефіцієнт кореляції (Пірсона)

RR – відносний ризик

SAGE – Strategic Advisory Group of Experts

SARS-CoV-2 – Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2

WHO – World Health Organization

ВСТУП

Актуальність. Дотримання національних календарів імунізації дітей є важливим для їхнього захисту від захворювань, яким можна запобігти за допомогою вакцинації. Поширеність дитячих інфекційних вакцин-керованих захворювань можна значно зменшити завдяки дотриманню підтверджених календарів вакцинації. Однак існує ряд перешкод для дотримання вимог щодо вакцинації, зокрема, недостатню обізнаність щодо важливості імунізації, пропуск термінів щеплень та страх ускладнень після вакцинації [1].

Завдяки імунізації у світі елімінована натуральна віспа, ендемічно обмежений поліомієліт, заходи специфічної імунопрофілактики рятують щохвилини 5 життів. В довакцинальний період до 1980 року кір спричиняв понад 2,6 мільйона смертей у світі щорічно [2].

Після початку пандемії COVID-19 спостерігається глобальна тенденція до зниження рівня охоплення дітей плановою вакцинацією, що викликає занепокоєння та, почасти, свідчить про роль медичних працівників у наданні коректної інформації щодо вакцин та підвищенні прихильності населення до заходів рутинної специфічної імунопрофілактики [3, 4].

Вагання щодо вакцинації стосується затримки прийняття рішення або повної відмови від вакцинації, незважаючи на її безкоштовну доступність для населення. Особи, які вагаються робити вакцини, є гетерогенною групою осіб, які зазвичай потрапляють у континуум неповного прийняття та неприйняття, тобто можуть відмовитися від окремих вакцин. Таким чином, концепція вагання щодо вакцинації є багатовимірною, оскільки її детермінанти залежать від контексту, який змінюється залежно від часу, місця та типу вакцин, під впливом соціально-економічних, політичних, релігійно-культурних та наукових причин, і збільшує складність прийняття рішень. Детермінанти вагань щодо вакцинації включають впевненість, самовдоволення та зручність вакцинації. Контекстуальний фактор вагань щодо будь-якої програми вакцинації також визначається історичними, особистими та соціально-культурними факторами;

довірою до системи охорони здоров'я країни; та ризиками/користями, пов'язаними з вакциною. Освіта, групи меншинств за певними ознаками, соціально-економічний статус, доступ до інформації, комунікаційність з потенційними джерелами інформації, та схема пошуку інформації впливають на довіру до вакцин і, формування вагання [5].

Прихильність та дотримання режиму вакцинації зазвичай визначається як отримання вакцини відповідно до рекомендованої схеми дозування вакцини [8]; це поведінка, що є результатом процесу прийняття рішень під впливом різних детермінант [6]. Дотримання планових щеплень має вирішальне значення для мінімізації сприйнятливості до захворювань, яким можна запобігти за допомогою вакцинації, та їх спалахів. Дотримання термінів вакцинації є дуже суворим показником статусу імунізації та захисту населення від інфекційних захворювань [7].

Об'єкт дослідження: прихильність до вакцинації.

Предмет дослідження: дані соціометричного дослідження респондентів різних таргетних груп (батьки дітей, студенти-медики).

Мета дослідження: підвищити прихильність населення до рутинної вакцинації у постпандемічний період шляхом аналізу результатів опитування дотичних до імунізації груп – батьків та медичних працівників.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати прихильність населення з та без медичної освіти до проведення рутинної імунізації в постпандемічний період та чинники, що сприяють покращанню довіри до щеплень
2. Встановити основні валідні джерела інформації щодо імунізації для різних груп населення залежно від наявності/відсутності медичної освіти.
3. Оцінити передумови відмови від проведення планових щеплень та потенційні джерела негативної інформації стосовно заходів специфічної імунопрофілактики.

4. Визначити прихильність населення до вакцинації проти коронавірусної хвороби COVID-19 залежно від наявності/відсутності медичної освіти та чинники, що впливали на вказану медичну інтервенцію.

Методи дослідження: епідеміологічні, соціометричні, пракисметричні, статистичні.

Наукова новизна отриманих результатів. У роботі вперше проведено аналіз та оцінку прихильності батьків до рутинної вакцинації дітей в постпандемічний період, визначено вплив пандемії та вакцинації проти COVID-19 на охоплення плановими щепленнями. Проведено оцінку поінформованості та ставлення до специфічної імунопрофілактики студентів-медиків, медичних сестер/братів та лікарського персоналу.

Апробація результатів роботи. Основні наукові положення висновки та практичні рекомендації доповідались та обговорювались на: Всеукраїнській міждисциплінарній фаховій школі «Здоров'я жінки. Сучасні перинатальні стратегії» присвячена 30-річчю кафедри акушерства, гінекології та перинатології (Чернівці, 21-22 березня 2025), Міжнародному медико-фармацевтичному конгресі студентів і молодих учених (Чернівці, 2–4 квітня 2025)., XXII Студентській науковій конференції з міжнародною участю «Перший крок в науку – 2025» (Вінниця, 17-18 квітня 2025).

Практичне значення. Установлені аспекти ставлення до проведення рутинної вакцинації в постпандемічний період різних верств населення, дотичних до проведення щеплень залежно від наявності медичної освіти, зокрема, батьків дітей, студентів-медиків та медичних працівників (медичних сестер/братів та лікарів). Запропоновані кроки оптимізації провакцинальної політики зі сторони донорських вакцинальних груп (лікарів, медичних сестер/братів) та реципієнтів (батьків).

РОЗДІЛ 1

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1. Сучасний стан та динаміка охоплення рутинною вакцинацією населення України

За статистикою Центру громадського здоров'я станом на 1 січня 2025 року найкращі показники охоплення серед заходів планової вакцинації, як в Україні, так і на теренах Чернівецької області є імунізація проти туберкульозу. Зазвичай це пов'язано із тим, що вказаний захід специфічної імунопрофілактики проводиться в умовах полоогопомічних закладів на тлі періоду фізіологічної адаптації новонародженого, коли відсутні жодні надумані настороги та протипоказання, а мати з дитиною перебуває під пильною увагою медичних працівників з мінімальним доступом і можливістю до необ'єктивних джерел інформації (рис. 1.1).

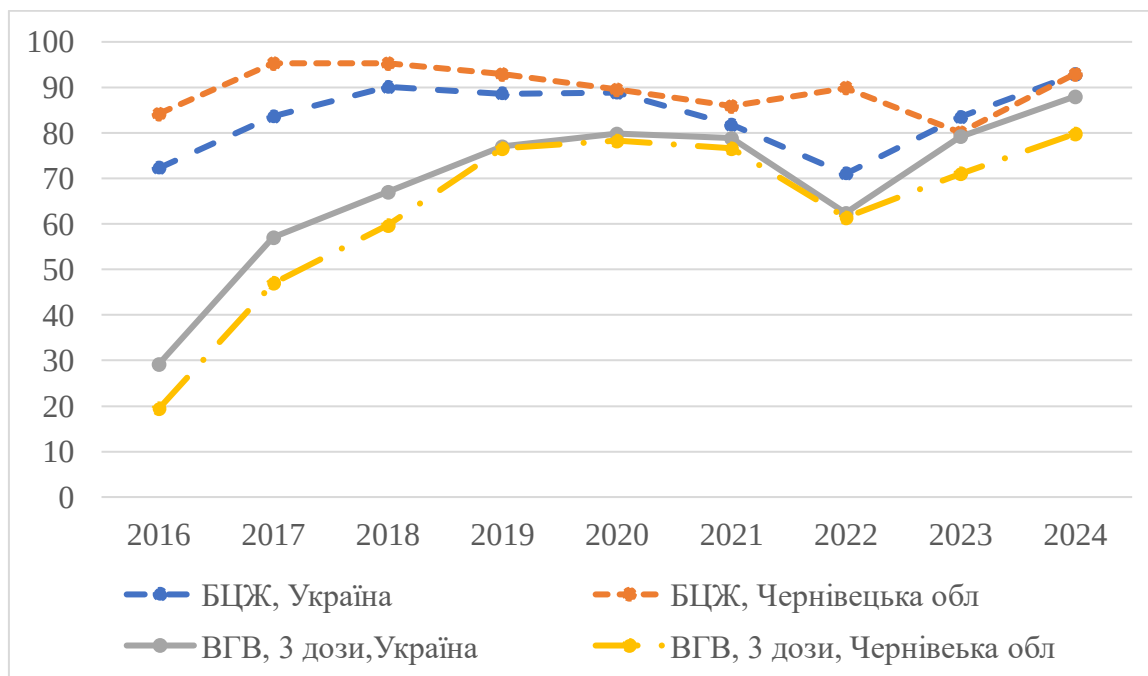


Рис. 1.1. Динаміка охоплення вакцинацією проти туберкульозу та вірусного гепатиту В у 2016-2024 роках в Україні та Чернівецькій області (%)

Наведена інформація свідчить про недостатнє охоплення вакцинацією обома вакцинами. Слід звернути увагу, що показники охоплення щепленням проти туберкульозу до 2023 року на теренах Чернівецької області були вищим за національний показник, водночас регіональне охоплення щепленням проти вірусного гепатиту В було нижчим, ніж в цілому по Україні.

На рис. 1.2 та 1.3. представлені офіційні показники охоплення щепленнями коклюшно-дифтерійно-правцевою вакциною дітей до 1 року (3 дози АКДП/АаКДП) та у віці 18 місяців стосовно отримання 4-х доз вказаної вакцини Чернівецькій області та в Україні.

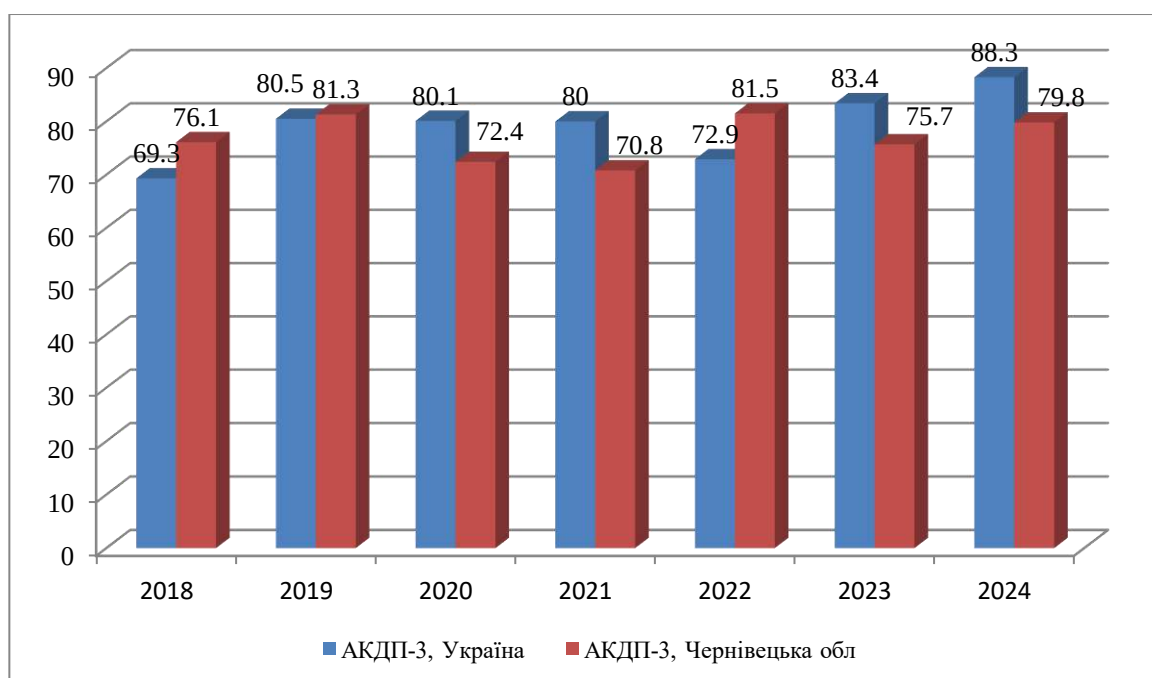


Рис. 1.2. Охоплення трьома доза коклюшно-дифтерійно-правцевою вакциною дітей до 1 року в Україні та Чернівецькій області (%)

Окрім загальних показників з недостатнім рівнем охоплення коклюшно-дифтерійно-правцевою вакциною на I році життя в Чернівецькій області зокрема та в Україні в цілому, починаючи з 2020 року, окрім виключення у 2022 році, спостерігається негативна тенденція до нижчого рівня охоплення трьома дозами АКДП/АаКДП в Чернівецькій області відносно національного показника. Найбільший розрив спостерігався у 2021 році – 9,2% та у 2024 році – 8,5%.

Подібна тенденція щодо недостатнього охоплення щепленнями стосувалася і охоплення 4-а дозами коклюшно-дифтерійно-правцевою вакциною (рис. 1.3), водночас, у порівнянні з національним рівнем охоплення вакцинацією, ситуація з отриманням 4-х доз АКДП/АаКДП виявилася досить нестабільною та змінною в року в рік.

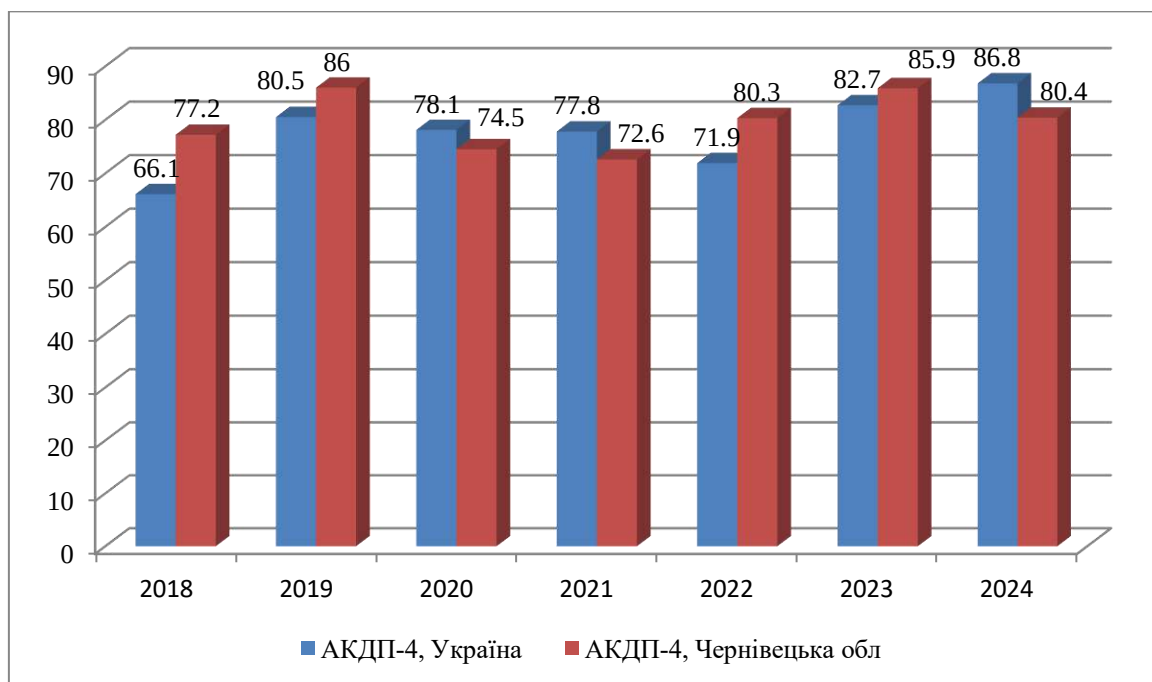


Рис. 1.3. Охоплення чотирма дозами коклюшно-дифтерійно-правцевою вакциною дітей у віці 18 міс в Україні та Чернівецькій області

Оскільки імунітет після вакцинації коклюшно-дифтерійно-правцевою вакциною не є тривалим та напруженим, 5-6 років при використанні ціліноклітинного варіанту вакцини, у шкільному віці можуть вже реєструватися випадки кашлюка. Тому в більшості країн ЄС ревакцинація у віці 4-6 років теж включає коклюшний ацелюлярний компонент, який може бути доступний і в Україні на фармацевтичному ринку. Також з метою захисту від кашлюка новонародженого в розвинених країнах проводиться імунізація коклюш-вмісною вакциною вагітних та осіб з кола тісних контактів перед народженням дитини.

У зв'язку із нетривалим поствакцинальним імунним захистом проти дифтерії та правця, планова ревакцинація проти даних небезпечних захворювань

проводиться і в дорослому віці упродовж всього життя з використанням дифтерійно-правцевого анатоксину із зменшеним антигенним вмістом (АДП-М) кожні 10 років, а за потреби – і екстрена залежно від епідеміологічних показань.

Власне показники охоплення щепленнями проти дифтерії та правця дорослих є найгіршими в аспекті національного та регіонального масштабу (рис. 1.4).

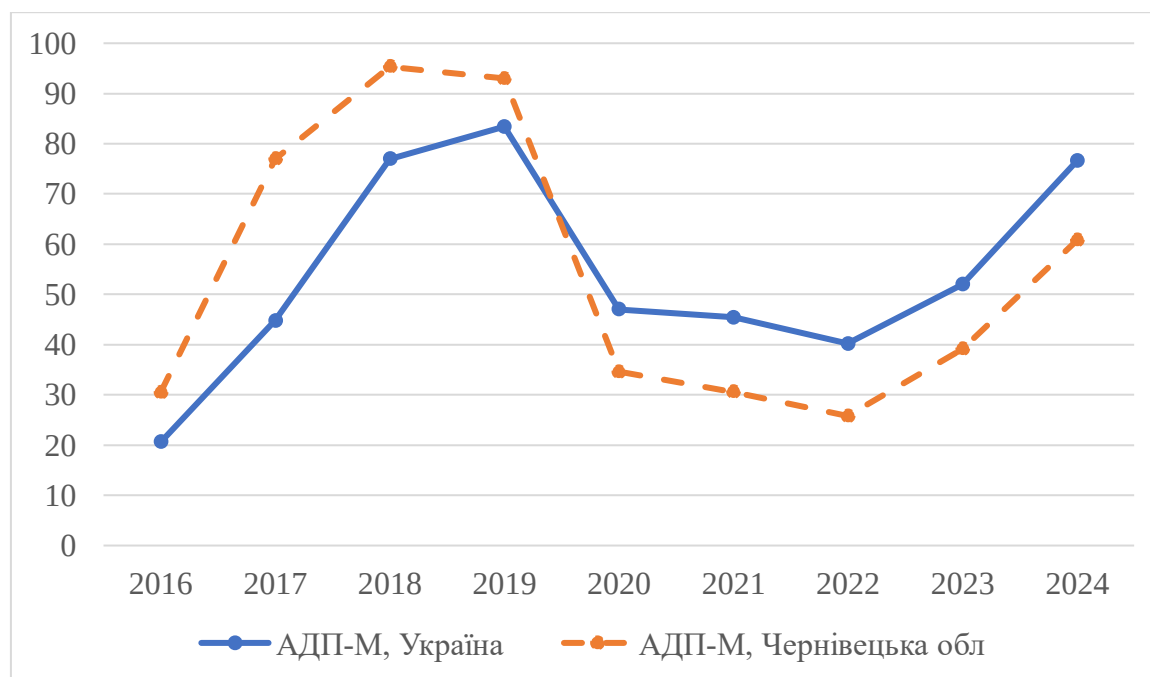


Рис. 1.4. Охоплення вакцинацією проти дифтерії та правця дорослого населення в Україні та Чернівецькій області

Звертає на себе увагу катастрофічно низькі показники охоплення щепленнями проти дифтерії та правця дорослих у 2015-16 рр з наступним підйомом в передпандемічний період у 2018-19 роках та різке зниження на тлі обмежувально-карантинних заходів під час пандемії COVID-19. Окрім того в допандемічний період регіональні показники охоплення щепленнями перевищували національні, водночас з початком пандемії та в постпандемічний період розрив між ними складав біля 15% на користь національного показника, що може бути пов'язано із значною кількістю самозайнятого населення, недостатнім рівнем медичної культури та низькою поінформованістю населення

щодо необхідності вакцинації у дорослому віці та практичної реалізації даного заходу імунопрофілактики.

На тлі спалаху кору 2011-12 років та 2017-19 років, а також в постпандемічний період, а також випадків вакцин-спорідненого поліомієліту перед початком широкомасштабного вторгнення показники охоплення щепленнями проти кору, краснухи, паротитної інфекції та поліомієліту характеризувалися варіабельністю (рис. 1.5).

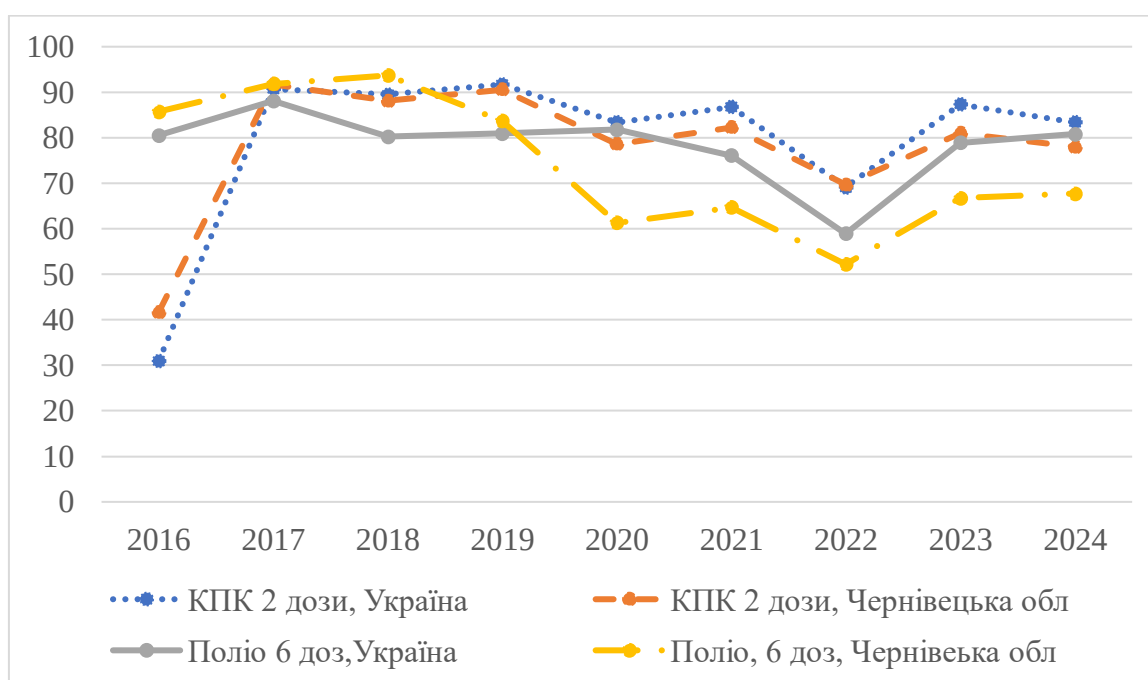


Рис. 1.5. Охоплення вакцинацією проти кору, краснухи, паротитної інфекції та поліомієліту дітей в Україні та Чернівецькій області

Звертає на себе увагу зниження охоплення щепленнями проти кору, краснухи, паротитної інфекції та поліомієліту з початком пандемії COVID-19. Регіональні показники щеплення проти поліомієліту в передпандемічний період були вищими за національні, з початком пандемії почав спостерігатися розрив в межах 6-20% на користь національного показника. Національний показник охоплення імунізацією проти кору, краснухи та паротитної інфекції упродовж

2016-2024 років був незначно вищим у порівнянні з регіональним рівнем на теренах Чернівецької області.

Таким чином, наведені дані свідчать про вплив пандемії на охоплення рутинною вакцинацією дитячого та дорослого населення України в цілому та Чернівецької області зокрема.

Найбільш негативно обмежувально-каратинні заходи позначилися на охопленні плановою імунізацією дорослих (зменшення -30%). Зменшення охоплення плановими щепленнями дитячого населення виявилось неоднорідним залежно від віку щеплюваних: чим менший вік дитини, тим менший вплив пандемії COVID-19 та початку широкомасштабного вторгнення на показники охоплення імунізацією, таким чином, з збільшенням віку щеплюваних, суспільні явища мають більш значимий вплив на доступ, звернення та проведення планових заходів специфічної імунопрофілактики.

1.2. Стратегії збільшення охоплення рутинною вакцинацією населення

Вакцинація є життєво важливим та ефективним заходом боротьби із захворюваністю та смертністю, пов'язаними із захворюваннями, особливо в країнах з низьким та середнім рівнем доходу, щорічно запобігає приблизно 5,1 мільйона смертей від хвороб, яким можна запобігти за допомогою вакцинації [8]. За останні два десятиліття спостерігається значний прогрес в охопленні вакцинацією поряд із низкою глобальних ініціатив щодо зменшення нерівності у вакцинації, включаючи Цілі сталого розвитку Організації Об'єднаних Націй, створення Альянсу вакцин та розробку Глобального плану дій щодо вакцинації на 2011-2020 роки. Незважаючи на це, прогрес у глобальному охопленні трьома дозами вакцинації проти дифтерії, правця та кашлюка (АКДП), що є поширеним показником ефективності імунізації, зупинився на рівні 85% з 2010 року; лише 64% країн досягли цільового показника охоплення 90% або вище [9, 10]. У 2019

році, за оцінками, 14 мільйонів немовлят не отримали початкової дози АКДП, що свідчить про брак доступу до імунізації та необхідність охопити осіб та громади, які не охоплені плановими заходами з вакцинації [9, 10]. Хоча Програма імунізації 2030 спрямована на подальший глобальний прогрес у сфері імунізації та зменшення глобальної нерівності, глобальна пандемія COVID-19 призвела до подальшого порушення планової імунізації та кампаній, а прогнози показують, що кількість повністю вакцинованих осіб у світі зменшиться щонайменше на 5%, а кількість смертей збільшиться на 5,22%, навіть якщо цілі ПІА2030 будуть досягнуті [11, 12]. Таким чином, оскільки глобальна цінність вакцинації стає все більш помітною, це підкреслює необхідність сталого та комплексного реагування для підтримки справедливих, надійних та стійких послуг імунізації [13].

У світі охоплення імунізацією залишається нестабільним як між країнами, так і всередині них, причому деякі групи населення непропорційно недостатньо імунізовані. З 19,9 мільйона дітей, які не отримали рекомендовані три дози АКДП, 62% проживали лише в 10 країнах [13]. Хоча певна неоднорідність та нерівність у доступі добре описані на рівні країн, мало досліджень досліджували ширший комплекс факторів, що сприяють нерівності охоплення вакцинацією та проблемам доступу. Поточні дослідження висвітлили вплив різних демографічних, соціально-економічних факторів та факторів доступу, що сприяють нерівності в охопленні вакцинацією, включаючи освіту матері та батька, багатство, стать та географію (місце проживання). Однак слід зазначити, що спрямованість цих факторів не завжди однакова, що є результатом відмінностей у підході країни до надання послуг з імунізації, впровадження вакцин та зрілості імунізації, що базується на сітці зрілості імунізації ВООЗ [13, 14, 15].

Населення, яке не вакциноване або вакциноване лише частково, має вищий ризик захворюваності та смертності; однак існують подальші соціальні наслідки нерівномірного охоплення. Диспропорції в охопленні вакцинацією на субнаціональному рівні, що виникають внаслідок географічного скупчення

неблагополучних підгруп, можуть призвести до стійкої передачі захворювань та збільшити ризик спалахів [16]. Крім того, було виявлено, що вакцинація підвищує продуктивність та когнітивні показники у дітей, що, у свою чергу, може покращити соціальну мобільність та економічні перспективи. Таким чином, фактори, які можуть сприяти нерівності доступу до вакцинації, самі можуть поширюватися через низький рівень охоплення [13, 17].

Стійко високий відсоток охоплення вакцинацією необхідний для досягнення високого рівня індивідуального захисту та достатнього рівня колективного імунітету для успішного контролю захворювань, що запобігаються вакцинацією. З цієї причини ВООЗ запропонувала досягти щонайменше 90% охоплення вакцинацією трьома дозами вакцин проти дифтерії, правця та кашлюку (АКДП/АаКДП) до 2015 року та щонайменше 90% вакцинації всіма вакцинами в національних програмах до 2020 року. Однак відсотки охоплення вакцинацією, зареєстровані в цільовій групі вакцинації в багатьох розвинених та нерозвинених країнах, залишаються нижчими за ці рекомендовані рівні [18-20].

Стратегії збільшення відсотків охоплення вакцинацією можуть бути зосереджені на таких аспектах: ресурси, доступні для програм вакцинації; вагання та довіра до вакцинації; доступ до вакцин; організація та управління програмами вакцинації; інформаційні системи щодо імунізації; та політика охорони здоров'я [20].

Невпевненість у вакцинації визначається як «затримка у прийнятті або відмові від вакцин, незважаючи на наявність послуг вакцинації» [21]. Фактори, пов'язані з небажанням вакцинуватися, включають сприйнятий ризик захворювання, впевненість у ефективності вакцини, її ефективність та безпеку, а також доступність вакцинації [20, 22]. Стратегія збільшення охоплення вакцинацією шляхом зменшення вагань щодо вакцинації повинна базуватися на впровадженні заходів у сфері охорони здоров'я та комунікації для зменшення вагань щодо вакцинації та підвищення довіри до вакцинації та її сприйняття [20].

Значна роль у підвищенні прихильності пацієнтів до вакцинації є рекомендації медичних працівників на залучення пацієнтів. Важливість

медичних працівників як надійних джерел інформації узгоджується з попередніми дослідженнями [23, 24].

Термін «вагання щодо вакцинації» визначається Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) як «затримка у прийнятті або відмові від вакцинації, незважаючи на наявність послуг з вакцинації»; навпаки, прийняття вакцини стосується ймовірності вакцинації. Вагання щодо вакцинації не є новим явищем і було однією з головних глобальних загроз здоров'ю задовго до спалаху COVID-19. Рівень вагань варіюється залежно від часу та місця, залежно від кількох факторів, таких як самовдоволення, зручність та впевненість [25, 26].

Доступ до вакцинації може бути обмежений такими факторами, як час і вартість поїздки, проблеми безпеки в умовах політичної нестабільності, проблеми з поєднанням звернення за медичною допомогою та роботою, і, нарешті, вагання щодо вакцинації та обізнаність про послуги з імунізації.

Успішна система планової імунізації вимагає синхронізації кількох компонентів програми, щоб надати дитині можливість успішно вакцинуватися. Вакцини повинні бути закуплені та успішно доставлені до рівня надання послуг, постійно підтримуючись через функціонуючий холодовий ланцюг. Медичні працівники повинні бути навчені управлінню вакцинами, поводженню з ними та їх введенню; запису та звітності даних, а також належній взаємодії з опікунами маленьких дітей. Створення попиту на імунізацію в громаді має вирішальне значення для забезпечення того, щоб опікуни цінували вакцинацію та знали, коли і куди приводити своїх дітей на вакцинацію. Загальна координація, управління та реалізація цих заходів вимагають політичної підтримки, сталого фінансування, нагляду та належного моніторингу й використання високоякісних даних [27].

Охоплення вакцинацією можна оцінити за допомогою кількох різних методів. Адміністративний метод оцінює охоплення як сукупну кількість доз певної вакцини, введених дітям цільової вікової групи через планові служби імунізації, поділену на оціночну цільову популяцію. Адміністративні оцінки охоплення є зручними та своєчасними, але можуть завищувати або занижувати

охоплення, якщо є неточності в чисельнику (тобто кількості введених доз) або знаменнику (тобто даних перепису населення). Опитування щодо охоплення імунізацією оцінюють охоплення вакцинацією шляхом відвідування репрезентативної вибірки домогосподарств для виявлення дітей цільової вікової групи та переписування дат вакцинації з карток вакцинації дітей або запитування опікунів про те, чи отримала дитина певну дозу вакцини. Опитування щодо охоплення не залежать від знання розміру цільової популяції, а також не підлягають деяким обмеженням адміністративних джерел даних (наприклад, залежність від даних у знаменнику); однак вони є дорогими та не надають своєчасної інформації для керівництва програмами. Крім того, результати обстеження щодо охоплення для багатодозових антигенів все більше піддаються упередженості, оскільки поширеність карток вакцинації вдома зменшується, а залежність від материнського сповіщення про більшу кількість вакцин та багаторазових доз зростає [27].

Багато факторів, ймовірно, сприяли цій відсутності прогресу в охопленні вакцинацією, включаючи скорочення фінансування програм імунізації, зниження пріоритетності імунізацій у рамках національних програм охорони здоров'я та посилення децентралізації, що призвело до зменшення впливу та повноважень міністерств охорони здоров'я щодо національних програм імунізації. З 2000 року глобальний акцент на імунізації знову став на перший план, завдяки фінансовій підтримці міжнародних організацій та фондів, що займається створенням рівного доступу до нових та недостатньо використовуваних вакцин для дітей у найбідніших країнах світу, завдяки розробці Глобальної стратегії імунізації та вакцинації на 2006–2015 роки, в якій викладено стратегії розвитку минулих досягнень для імунізації більшої кількості людей проти більшої кількості хвороб, впровадження нових вакцин та технологій та інтеграції інших медичних втручань у контакти з імунізацією [27].

Феномен зниження рівня охоплення вакцинацією в останні роки спостерігався з 2021 році, у зв'язку з чим науковці, практики-епідеміологи

об'єднали зусилля для реалізації дослідницьких проектів стосовно чинників, які збільшують чи зменшують прихильність населення до імунізації [28].

Розуміння детермінант, що впливають на зниження рівня охоплення вакцинацією, є складним процесом, на який можуть впливати численні фактори, такі як: індивідуальні, екологічні, пов'язані з ваганням щодо вакцинації та програмами догляду [29, 30]. У контексті дітей віком до 2 років, різні причини можуть виправдати низький рівень охоплення вакцинацією серед цієї популяції, деякі з яких: необхідність обізнаності батьків або опікунів для забезпечення догляду/втручань та спосіб організації системи охорони здоров'я [30], особливо первинної медичної допомоги. У «Керівництві з планування для скорочення втрачених можливостей вакцинації (MOV)» (табл. 1.1) Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) детально описано десять кроків для реалізації стратегії скорочення втрачених можливостей вакцинації [31].

Таблиця 2.1

Кроки керівництва з планування для скорочення втрачених можливостей вакцинації

Кроки	Зміст заходів
Крок 1	Планування оцінки та втручання скорочення втрачених можливостей вакцинації
Крок 2	Підготовка оцінки та забезпечення зобов'язань щодо подальших втручань
Крок 3	Проведення польових робіт для швидкої оцінки скорочення втрачених можливостей вакцинації
Крок 4	Аналіз попередніх даних та визначення ключових тем
Крок 5	Мозковий штурм запропонованих втручань та розробка плану дій щодо втручань
Крок 6	Інформаційна сесія з керівництвом Міністерства охорони здоров'я та партнерами з імунізації щодо наступних кроків
Крок 7	Впровадження втручань

Крок 8	Забезпечення підтримуючого нагляду та моніторинг прогресу
Крок 9	Проведення швидкої польової оцінки результатів/впливу втручань
Крок 10	Включення до довгострокових планів для забезпечення сталості досягнутих результатів

Планова імунізація дітей є важливим заходом у сфері охорони здоров'я, який значно зменшує тягар вакцин-керованих хвороб. У перші два роки життя дітей імунізують для захисту та забезпечення колективного імунітету від вакцин-керованих хвороб та несприятливих подій. Імунізація дітей віком до двох років є особливо важливою через їхню підвищену сприйнятливість до вакцин-керованих хвороб через нерозвинену імунну систему. Незважаючи на те, що багато розвинених країн досягли високих вікових показників завершення серії щеплень дітей, вони не відповідають рекомендованим рівням охоплення імунізацією для багатьох планових щеплень. Досягнення своєчасного та повного охоплення імунізацією продовжує бути проблемою зі значними відмінностями в межах громад та між ними в розвинених країнах [32].

Серед визначальних факторів охоплення імунізацією соціально-економічний статус залишається важливим фактором, що впливає на рівень охоплення імунізацією. Широко поширені та задокументовані соціально-економічні диспропорції в охопленні імунізацією дітей. Повідомлялося про такі фактори, як географічне розташування, стать, етнічна група, раса, релігійні переконання, країна походження матері, дохід сім'ї, освіта та зайнятість, які як незалежно так і спільно впливають на охоплення імунізацією дітей. Зокрема, особи з низьким соціально-економічним рівнем мають кілька ознак, таких як раса, стать, культура, етнічна приналежність, сексуальна орієнтація, імміграційний статус, корінне походження, які часто взаємодіють з контекстуальними факторами, впливаючи на соціальну нерівність та нерівність у сфері охорони здоров'я [32].

Ці фактори підкреслюють важливість цілеспрямованих втручань у підгрупи ризику, де зберігається нерівність у сфері охорони здоров'я. Тому

врахування соціально-економічних градієнтів у охопленні імунізацією дітей є надзвичайно важливим для побудови та посилення рівності у сфері охорони здоров'я в стратегіях та втручаннях імунізації.

Таким чином, стратегія збільшення рівня охоплення вакцинацією зосереджені на ресурсах, доступних для програм вакцинації, зменшенні вагань та підвищенні довіри до вакцинації, організації та управління програмами вакцинації, інформаційних системах щодо імунізації. Основною когортою мішенню вказаних заходів є особи з ваганням щодо вакцинації, оскільки саме за рахнок їх відбувається позитивна динаміка у збільшенні рівня охоплення населення заходами планової імунопрофілактики.

1.3. Прихильність населення до планової вакцинації дітей в епоху пандемії COVID-19 та в постпандемічний період

У відповідь на пандемію коронавірусної хвороби COVID-19 у багатьох країнах було змінено систему надання планових медичних послуг, включаючи проведення вакцинації, а в деяких випадках призначення вакцинації пропускалися через страх відвідування медичних закладів. Попередні дослідження продемонстрували зниження рівня планової вакцинації дітей у кількох країнах [33]. Так, глобальний рівень вакцинації проти туберкульозу знизився з 88% у 2019 році до 85% у 2020 році, охоплення трьома дозами адсорбованою дифтерійно-коклюшно-правцевою вакциною (АКДП-3), або протиполіомієлітною вакциною (поліомієліт-3) знизилося з 86% у 2019 році до 83% у 2020 році для обох вакцин, рівень вакцинації проти гепатиту В знизився з 85% у 2019 році до 83% у 2020 році, а рівень вакцинації першою дозою протикорової вакцини знизився з 86% у 2019 році до 84% у 2020 році [34].

Історично склалося так, що хвороби, профілактика та лікування яких значною мірою залежать від безперервності медичних послуг, знову виникають під час політичних, фінансових чи гуманітарних криз, навіть у країнах з раніше

добре налагодженими медичними послугами. Тим не менш, планова вакцинація ніколи не була так масово порушена, як ми зараз спостерігаємо під час пандемії COVID-19. Програми вакцинації є ключовим заходом громадського здоров'я, який щороку рятує мільйони життів. Ймовірно, що в найближчі роки органам охорони здоров'я доведеться вирішувати складне поєднання зниження рівня планової вакцинації, зростання потреб у первинній медичній допомозі, прогалин у реєстрах вакцинації та небажання вакцинуватися. З цієї причини ініціативи повинні бути розроблені та впроваджені зараз на місцевому, державному та національному рівнях для досягнення високого рівня імунізації населення. Повернення до нормального життя неможливо досягти без високого та сталого рівня охоплення плановою вакцинацією протягом усього життя. Невиконання цієї вимоги просто призводить до подальших спалахів інфекційних захворювань та продовження захворюваності та смертності від хвороб, яким можна запобігти за допомогою вакцинації. Разом ми несемо відповідальність за вирішення цієї проблеми на національному та глобальному рівнях заради всіх нас [33].

Безперечно, SARS-COV-2 становив значну загрозу здоров'ю населення світу, однак, непрямий вплив пандемії, а саме порушення планової вакцинації, також відіграло велику роль. Пандемія COVID-19 звела нанівець багаторічний прогрес у розширенні програм вакцинації по всьому світу, досягненні цільових показників охоплення вакцинацією та досягненні рівності вакцинації. Протягом цього часу країни намагалися відновити програми планової вакцинації, забезпечуючи високі цільові показники охоплення вакцинацією та систематично виявляючи та вакцинуючи тих, хто пропустив рекомендовані дози [35].

Якщо не врахувати це, зниження цільових показників охоплення вакцинацією призведе до повторного спалаху захворювань, що наражатиме громади по всьому світу на ризик захворювань та смерті від вакцин-керованих хвороб [35, 36]. Перебої в плановій вакцинації також можуть призвести до таких наслідків, як прогули на роботі [37], зниження успішності в школі [38], та стійкість до антимікробних препаратів [39], що може збільшити навантаження

на систему охорони здоров'я. На тлі пандемії вкрай важливим було продовжувати зусилля щодо запобігання іншим інфекційним захворюванням, яких можна уникнути за допомогою вакцинації, уникати непотрібних суспільних витрат та захищати здоров'я громад у всьому світі [35].

Планову вакцинацію було відкладено або призупинено щонайменше у 68 країнах з початку пандемії [35]. Нещодавнє опитування Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) показало, що у понад третині країн у 2021 році спостерігалися постійні перебої в програмах планової імунізації. Ці перебої поставили під загрозу розвитку інфекційних захворювань майже 228 мільйонів людей, переважно дітей. Пандемія також була особливо виснажливою для країн з низьким та середнім рівнем доходу, враховуючи їхні обмежені можливості боротися з COVID-19 поряд з іншими проблемами охорони здоров'я, включаючи загрозу інших станів, спричинених вакцин-керованими хворобами, Оцінки щодо охоплення вакцинацією за 2020 рік свідчать про те, що до 17 мільйонів дітей – більшість із яких походять з недостатньо забезпечених або вразливих громад – не отримали жодних вакцин, що виявляє та загострює нерівність у сфері охорони здоров'я, пов'язану з доступом до вакцин [35].

Необхідно впровадити ключові стратегії для посилення програм планової імунізації під час та після пандемії, включаючи: пріоритет вакцинації як основної медичної послуги, покращення доступу до вакцинації, забезпечення сталого фінансування імунізації, зміцнення систем даних про вакцинацію та зміцнення довіри до вакцинації. Пандемія COVID-19 виявила прогалини в існуючій інфраструктурі програм вакцинації, і хоча деякі країни запровадили зміни в політиці та програмах для відновлення планових програм, необхідно зробити більше для модернізації програм вакцинації та захисту вакцинації зараз і в майбутньому. З розвитком пандемії існує нагальна потреба, щоб ключові зацікавлені сторони вжили заходів для реалізації раніше ігнорованих або недостатньо використаних ініціатив для відновлення рівня вакцинації та посилення програм планової імунізації [35].

Ранні рекомендації ВООЗ та місцевих профільних міністерств на початку пандемії щодо припинення масових кампаній вакцинації проти кору, поліомієліту та дифтерії викликали суттєве занепокоєння, наражаючи на ризик розвитку цих захворювань приблизно 80 мільйонів немовлят, хоча наступні рекомендації щодо відновлення такої діяльності призвели до, хоча й нелінійного, продовження кампаній імунізації на рівні країни (або більш місцевому рівні), коли дозволяють пандемічні обставини [40, 41]. Планова імунізація для всіх осіб, які мають право на вакцинацію, залишалася пріоритетом і мала бути проведена, де це можливо, в ширшому контексті, що диктується місцевими обставинами стосовно COVID-19. Вакцинація дітей залишалася першочерговою; новонароджені повинні отримувати рекомендовані вакцини (наприклад, проти гепатиту В) у пологових відділеннях; Немовлята та діти молодшого віку повинні отримувати всі планові щеплення, що відповідають їхнім віковим етапам, з пріоритетом для завершення всіх первинних серій вакцин (зокрема, використання комбінованих вакцин, що охоплюють кір, краснуху та поліомієліт). Хоча такі рекомендації чіткі, поширені перебої в наданні послуг були характерними протягом більшої частини пандемії [40]. Послуги планової імунізації постраждали в більшості країн. На початку пандемії в багатьох країнах було зареєстровано значне зниження рівня планової імунізації [42]. Раннім показником впливу є зміни в замовленні планової вакцинації національними або регіональними органами влади, при цьому порівняно з тенденціями 2019 року замовлення на вакцини знизилися на початку пандемії, зі значно нижчими замовленнями в період з середини березня до середини квітня 2020 року [43, 44].

Що стосується загального середнього рівня охоплення вакцинацією на постпандемічному етапі, відновлення охоплення вакцинацією після COVID-19 не спостерігалось в регіонах Америки (74,8%) порівняно з фазою до COVID-19. Європейський регіон продемонстрував вражаючу стабільність щодо охоплення вакцинацією протягом усього періоду пандемії. Інші регіони також продемонстрували стабільне відновлення загального середнього рівня охоплення вакцинацією [45].

Ефективні кампанії громадського здоров'я, програми впровадження вакцинації та оцінки дозволили відновити планову вакцинацію. Статус вакцинації на етапі позбавлення від COVID-19 повільно надходить, і наукові дані щодо цього обмежені. Незважаючи на поширену по всьому світу вагання щодо вакцинації, особливо після пандемії, охоплення вакцинацією проти COVID-19 та грипу в країнах ЄС значно зросло.

1.4. Імунопрофілактика COVID-19: труднощі в минулому через призму досвіду

Вагання щодо вакцинації є темою першорядної важливості, а пандемія COVID-19 слугує чітким нагадуванням про її своєчасність [46].

Всесвітня організація охорони здоров'я визначає небажання вакцинуватися як «затримку у прийнятті або відмові від безпечних вакцин, незважаючи на наявність послуг вакцинації». Це спричинено складними, контекстуально-специфічними факторами, які змінюються залежно від часу, місця та різних вакцин, і на них впливають такі питання, як самовдоволення, зручність, впевненість та соціально-демографічні контексти. Небажання вакцинуватися також може бути пов'язане з дезінформацією та теоріями змови, які часто поширюються в Інтернеті, зокрема через соціальні мережі. Крім того, структурні фактори, такі як нерівність у сфері охорони здоров'я, соціально-економічні недоліки, системний расизм та бар'єри для доступу, є ключовими факторами низької довіри до вакцин та низького рівня охоплення вакцинацією. Термін «небажання вакцинуватися», хоча й широко використовується, може неадекватно передати ці ширші детермінанти, що впливають на рішення щодо відкладення або відмови від вакцинації [47].

Невпевненість у важливості вакцин має найсильніший зв'язок з рівнем охоплення вакцинацією. Однак, впевненість у важливості (необхідності та цінності), безпеці та ефективності вакцин знизилася в багатьох країнах між 2015

і 2019 роками. ВООЗ включила вагання щодо вакцинації до 10 головних глобальних загроз здоров'ю у 2019 році. Фактори низької впевненості у вакцинації загалом, та проти COVID-19 зокрема, вважаються такими: соціально-економічна нерівність та нерівність у сфері охорони здоров'я, структурний расизм та раніше неетичні дослідження, що стосуються деяких груп етнічних меншин, соціальні недоліки, включаючи нижчий рівень освіти та обмежений доступ до точної інформації, дезінформація, неправдива інформація, чутки та теорії змови, зокрема через соціальні мережі, відсутність ефективних повідомлень про громадське здоров'я або цілеспрямованих кампаній, перешкоди для доступу, включаючи час доставки вакцини, місцезнаходження та вартість, пов'язані із соціально-економічною нерівністю та маргіналізацією [47, 48].

Стосовно причин низького рівня вакцинації проти COVID-19 серед населення різними авторами виділяються наступні:

- занепокоєння щодо довгострокових наслідків, побічних ефектів та невідомого майбутнього впливу на здоров'я;
- попередні побічні ефекти інших рутинних вакцин, таких як вакцина проти грипу тощо;
- низька довіра до вакцин, включаючи їхню важливість, безпеку та ефективність;
- відсутність довіри до виробника та країни виробництва вакцин, технології вакцин, фармацевтичної промисловості, уряду та органів охорони здоров'я;
- занепокоєння щодо швидкості розробки вакцин проти COVID-19;
- занепокоєння щодо несумісності вакцин з релігійними переконаннями;
- попередній негативний досвід охорони здоров'я, включаючи расову дискримінацію;
- нижчий ризик та сприйняття нижчого ризику COVID-19 (особливо серед молодших вікових груп);
- відсутність комунікації з боку довірених постачальників та лідерів громад;

- практичні проблеми, такі як незручний час та місце доставки вакцини;
- прямі та непрямі витрати на вакцину (у деяких країнах з низьким та середнім рівнем доходу);
- побоювання щодо фертильності, вагітності та грудного вигодовування;
- віра в теорії змови, такі як нереальність COVID-19 або те, що вакцини змінюють ДНК;
- нещодавнє зараження COVID-19 [47, 49].

Основною причиною вагань були побоювання щодо майбутніх невідомих наслідків, менш поширені причини включали побоювання щодо побічних ефектів, альтруїстичні настрої – побоювання, що комусь більш терміново потрібні вакцини, відсутність довіри до вакцин.

Соціальні та культурні елементи мають сильний вплив на довіру до вакцин (тобто довіру до вакцин та політики вакцинації) та на готовність людини реагувати на кампанії з вакцинації. Навіть можливість запровадження та підтримки політики обов'язкової вакцинації залежить від культурного походження населення [50, 51].

Більше того, на рівень імунізації впливає кілька інших факторів, які не залежать від прийнятої політики вакцинації. Одним із предикторів високого рівня дотримання вимог щодо вакцинації є вищий рівень освіти [52]. Аналіз демографічних показників країни показує, що рівень освіти дорослих є можливим визначальним фактором. Крім того, релігійні чинники також можуть впливати на особисті переконання щодо вакцин. Хоча релігійні лідери загалом заохочували людей вакцинуватися проти COVID-19, багато людей вважають вакцинацію такою, що суперечить їхнім релігійним переконанням, що призводить до утворення кластерів невакцинованих у деяких громадах [53].

Ознака вагань щодо вакцинації також може спричинятися особистим ставленням до вакцин загалом: вакцини можуть сприйматися як необхідна, так і як марна, потенційно шкідлива, соціальна норма. У певному випадку кампанія вакцинації може парадоксально стати «жертвою власного успіху», коли вакцинація може більше не сприйматися як необхідна, оскільки частота

інфекційних захворювань низька, а ризики вважаються такими, що переважають потенційну користь для здоров'я людини [53]. Наприклад, в Італії та Франції відносно низька захворюваність на хвороби, яким можна запобігти за допомогою вакцинації, протягом останніх кількох десятиліть була достатньою причиною для багатьох людей відмовитися від вакцинації, що призвело до зниження охоплення вакцинацією. З іншого боку, можна спостерігати різницю невідповідності між низьким рівнем охоплення вакцинацією проти COVID-19 (переважно добровільною) та високим рівнем вакцинації дітей (обов'язковою), де можна припустити, що рівень вакцинації є результатом дотримання правових вимог, а не фактичної довіри до науки чи програм вакцинації [51].

Особи-антивакцинатори можуть мати визначальний вплив на вагання щодо вакцинації, поширюючи через соціальні мережі дезінформацію про переваги вакцинації (наприклад, применшуючи роль вакцинації у викоріненні, ліквідації та контролі інфекції) та підриваючи довіру до кампаній з вакцинації, поширюючи фейкові новини про ефективність та безпеку вакцинації або перебільшуючи побічні ефекти [51].

Зв'язок між небажанням вакцинуватися та конспірологічними переконаннями є досить дискусійним явищем, досі незрозуміло, чи має останнє додатковий вплив на відмову від вакцинації проти COVID-19. Теорії змови представляють собою «пропоноване пояснення подій, яке вказує на невелику групу людей (змовників), які діють таємно заради власної вигоди, проти спільного блага, як на головний причинний фактор». Вони застосовуються там, де задовольняються важливі психологічні потреби, наприклад, в умовах тривоги, невпевненості або загрози (наприклад, політична нестабільність або спалах пандемій) [54]. Особи, які почуваються більш політично безсилими, більш схильні до теорій змови, а також більш схильні приймати інформацію з джерел, які ставлять під сумнів легітимність політичної системи [55].

Було виділено зв'язок між конспірологічними переконаннями та екстремізмом, а також антидемократичними поглядами [56]. Зростає кількість доказів того, що теорії змови становлять серйозну загрозу для громадського

здоров'я, пов'язану зі збільшенням схильності до опору рекомендаціям органів влади та закладів охорони здоров'я, нехтуванням поведінкою щодо профілактики інфекцій та зниженням схильності до вакцинації [57].

Отже, вивчення ступеня поширеності теорій змови серед населення може мати надзвичайно важливе значення для прогнозування рівня дотримання кампаній вакцинації та, загалом, для наслідків для політики охорони здоров'я або положень, прийнятих владою [51, 57].

ВООЗ назвала вагання щодо вакцинації однією з 10 головних загроз глобальному здоров'ю. Глобальне дослідження вагань щодо вакцинації проти COVID-19 також показало неоднозначні показники рівня прийняття та небажання. Наприклад, ця кампанія з вакцинації зіткнулася з проблемами прийнятності, небажання та вагань у різних групах населення, таких як Португалія, Індонезія, Китай, Індія, Велика Британія, Ірландія та Італія. Психологічні конструкти особистості, альтруїзм, релігійність та самоконтроль також були важливими показниками вагань щодо вакцинації проти COVID-19 у населенні Великої Британії та Ірландії. Навпаки, серед населення Японії люди старших вікових груп, люди, що проживають у сільській місцевості, люди з деякими захворюваннями та чоловіки демонстрували більшу прихильність до вакцинації проти COVID-19. Вакцинальна грамотність також сприяє формуванню позитивного ставлення до прийняття вакцини. Адекватно поінформована громадськість зменшувала тривожність, покращувала поведінку та зменшувала передачу захворювання COVID-19. Аналогічно, ефективність вакцини також є важливим показником вагань або її сприйняття проти COVID-19 у країнах Південно-Східної Азії. У пік пандемії люди були більш прихильними до проведення вакцинації. Таким чином, багато факторів впливають на ставлення людей до схвалення або відхилення вакцин, особливо COVID-19, за різними соціально-економічними, географічними та демографічними змінними [5].

РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Структурно-логічна схема й дизайн дослідження

Дизайн дослідження включав аналіз отриманих результатів проведеного анкетування щодо прихильності до вакцинації батьків дітей, які лікувалися на базі ОКНП «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня», студентів медичного факультету Буковинського державного медичного університету та медичного персоналу ОКНП «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня». Етапи дослідження представлені на рис. 2.1.

На першому етапі, виходячи з мети дослідження, було проведено пошук релевантної літератури та базуючись на опитувальниках і звітах щодо імунізації дитячого населення ВООЗ (за даними Національного порталу з імунізації) та ЦГЗ МОЗ України [58, 59, 60], створено опитувальники щодо прихильності до рутинної вакцинації, для різних когорт населення, які відрізнялися за рівнем медичної освіти (Додатки А, Б).

На другому етапі проведено анкетування батьків дітей, які лікувалися на базі ОКНП «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня» упродовж 2024-2025 рр., студентів і лікарів-інтернів медичного факультету Буковинського державного медичного університету та медичного персоналу ОКНП «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня», які в подальшому сформували групи порівняння.

На третьому етапі було проведено аналіз отриманих даних щодо прихильності до вакцинації після епідемічної ситуації, пов'язаної з вірусом SARS-CoV-2, задля формування подальших санітарно-епідемічних заходів, сформовано висновки та практичні рекомендації.

Для поступового вивчення усіх проблемних питань, пов'язаних із метою дослідження, і найбільш гострими питання відповідно до здійсненого літературного пошуку, робота виконана у контрастних групах за рівнем медичної освіти, представлена у вигляді тезисного манускрипту за окремими

проблемними питаннями / підрозділами.



Рис. 2.1. Структурно-логічна схема дослідження / дизайн дослідження

2.2. Загальна характеристика респондентів

Для досягнення мети дослідження та вирішення поставлених задач методом простої випадкової вибірки та формування контрастних груп за рівнем медичної освіти на базі ОКНП «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня» проведено опитування 66 батьків дітей, які лікувалися на базі інфекційного відділення ОКНП «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня» упродовж 2024-2025 рр., які сформували I (першу) групу порівняння. Середній вік мами дитини становив $33,8 \pm 0,98$ років, батька дитини - $36,8 \pm 0,97$ років (середній вік батьків 35,3 років), дитини, яка знаходилася на стаціонарному лікуванні – $5,0 \pm 0,67$ років.

Для вивчення прихильності до рутинної вакцинації майбутніх та працюючих фахівців сфери охорони здоров'я було опитано 58 студентів медичного факультету Буковинського державного медичного університету (II група порівняння). Для порівняння отриманих результатів і більш об'єктивних багаторівневих результатів опитано також

Загальну характеристику груп порівняння на момент опитування наведено у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Загальна характеристика респондентів

Групи порівняння	К-сть респондентів	Жіноча стать, %	Вік, роки
I група	66	86,4	33,8±0,98 (мами) / 36,8±0,97 (батька)
II група	58	69,0	21,1±0,53
III група	50	98,0	44,0±3,0
IV група	17	82,4	41,1±2,3
Рф, t		I,III : II < 0,05	II : III < 0,05

* Примітка. Р_t – критерій Стьюдента

Таким чином, за загальною характеристикою групи порівняння були зіставлявані.

2.3. Методи дослідження та аналізу.

Дослідження було проведено методом «випадок-контроль» у паралельних групах. Було розроблено опитувальники щодо прихильності до вакцинації, базуючись на опитувальниках і звітах щодо імунізації дитячого населення ВООЗ (за даними Національного порталу з імунізації) та ЦГЗ МОЗ України [58, 59, 60].

Отримані дані аналізували методом варіаційної статистики з використанням комп'ютерної програми “STATISTICA 10.0” StatSoft Inc.

Популяційний аналіз отриманих даних проводився з позиції клінічної епідеміології та біостатистики. Також оцінювали атрибутивний ризик (AR), відносний ризик (RR), відношення ризиків (OR) з обчисленням довірчих інтервалів для відносного ризику і відношення ризиків (95% ДІ) [61, 62].

2.4. Забезпечення вимог біоетики

Протокол обстеження хворих дітей складений відповідно до основних принципів Гельсінська декларація Всесвітньої медичної асоціації "Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження" (перегляд 2008р), а також «Правил етичних принципів проведення наукових медичних досліджень за участю людини», затверджених ICH GCP (1996 р.), Директиви ЄЕС № 609 (від 24.11.1986 р.), наказів МОЗ України № 690 від 23.09.2009 р., № 944 від 14.12.2009 р., № 616 від 03.08.2012р. Протокол проведення опитування та зміст опитувальників був розглянутий і затверджений під час виробничих зборів співробітників кафедри педіатрії та дитячих інфекційних хвороб Буковинського державного медичного університету, протокол №5 від 18.10.2024 р.).

РОЗДІЛ 3

ПРИХИЛЬНІСТЬ РІЗНИХ КОГОРТ НАСЕЛЕННЯ ДО ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ПОСТПАНДЕМІЧНИЙ ПЕРІОД

Для досягнення мети дослідження та вирішення поставлених задач методом простої випадкової вибірки на базі ОКНП «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня» проведено опитування 66 батьків дітей, які лікувалися на базі інфекційного відділення ОКНП «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня» упродовж 2024-2025 рр., які сформували I (першу) групу порівняння. Для вивчення прихильності до рутинної вакцинації майбутніх та працюючих фахівців сфери охорони здоров'я було опитано 58 студентів медичного факультету Буковинського державного медичного університету (II група порівняння). Для порівняння отриманих результатів і більш об'єктивних багаторівневих результатів опитано також 67 медичних працівників ОКНП «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня», серед яких було 50 медичних сестер (III група порівняння) та 17 лікарів (IV група порівняння). Загальну характеристику груп порівняння на момент опитування наведено у Розділі 2, опитувальники щодо прихильності до рутинної вакцинації для різних когорт населення, які відрізняються за рівнем медичної освіти наведено у Додатках А, Б. Цей розділ виконано у контрастних групах за рівнем медичної освіти та представлено у вигляді тезисного манускрипту за окремими проблемними питаннями / підрозділами.

3.1. Чи впливає рівень освіти батьків на їх прихильність до проведення рутинної вакцинації дітям?

Виходячи з мети та завдань дослідження, а також даних літератури [63, 64], що повсякчас освіта батьків є визначальним фактором щодо проведення рутинних медичних маніпуляцій дітям, зокрема, й вакцинації, було вивчено

рівень освіти батьків дітей, які лікувалися на базі інфекційного відділення ОКНП ЧОДКЛ у період проведення анкетування (рис. 3.1.).

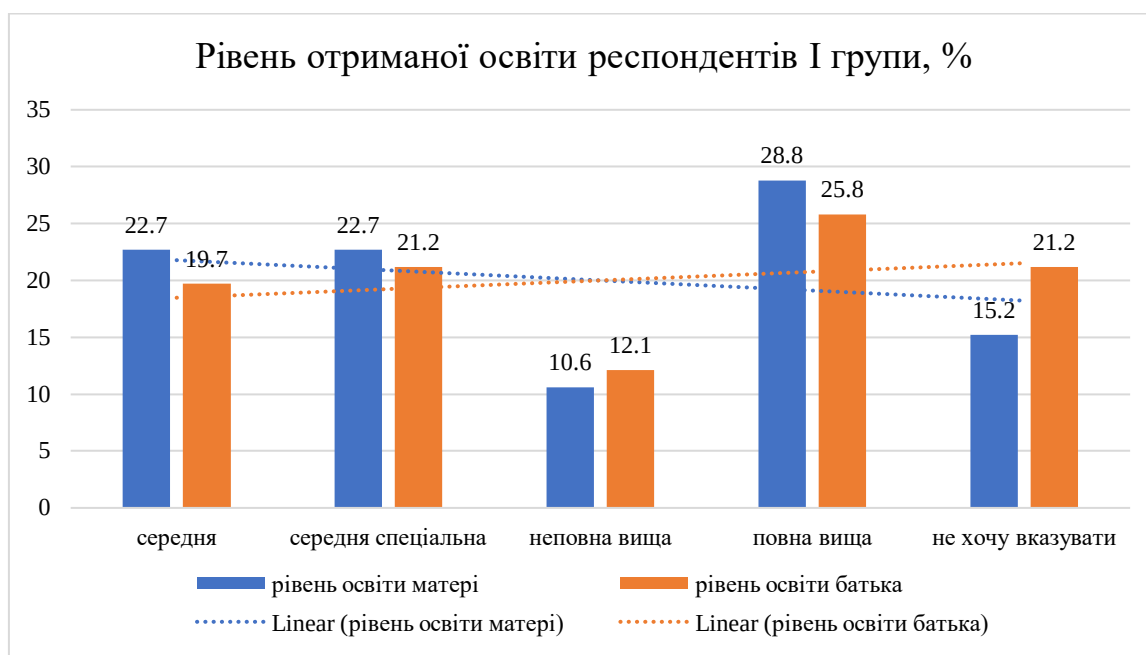


Рис. 3.1. Рівень отриманої освіти опитаних батьків дітей, які лікувалися на базі інфекційного відділення ОКНП ЧОДКЛ у період проведення анкетування, %

Так, виявлено, що найчастіше батьки мали повну вищу або середню освіту, що загалом є дещо меншим показником за середньо-український.

Слід зазначити, що родини мали у середньому $2,15 \pm 0,15$ дітей. Так, до респондентів потрапили 20 родин із 1-єю дитиною (30,3%), 22 родини з 2-ма дітьми (33,3%), 12 родин із 3-ма дітьми (18,2%), 7 родин із 4-ма дітьми (10,5%), а також 5 родин із 5-ма дітьми (7,6%). Водночас, шлюб було зареєстровано у 69,7% випадків заповнених опитувальників.

Разом із тим, при аналізі ситуації в родині, як проводиться рутинна імунізація власним дітям, було відмічено, що 71,2% їх дітей отримують всі обов'язкові щеплення, 15,2% дітей щеплення проводяться вибірково за бажанням батьків, у 10,6% випадків батьки відмовляються від вакцинації дітей, а в 1,5% батьки не пам'ятають, оскільки за цим слідкує педіатр. Виявлено, що шанс отримання дитиною часткової вакцинації, батьки якої мають середню

освіту, порівняно з батьками з вищою освітою, більший у 6 разів (OR=6,2 (95% ДІ: 2,3-16,8), RR=2,0, AR=0,40), а шанс взагалі бути не імунізованою від основних інфекцій відповідно до діючого календаря щеплень – зростає у 3 рази (OR=3,5 (95% ДІ: 1,2-10,2), RR=2,0, AR=0,30).

Таким чином, майже $\frac{3}{4}$ дітей отримує рутинні щеплення, що загалом співпадає з загально-українськими показниками [59-60], а шанси дітей отримати рутинну вакцинацію зростають у 3-6 разів відповідно до вищого рівня освіти їх батьків.

3.2. Чи залежить прихильність до проведення рутинної вакцинації від отриманої імунізації в дитинстві?

Оскільки зазвичай родинні звички й традиції передаються з покоління у покоління, ми хотіли дослідити, чи впливає на прихильність до рутинної вакцинації отримана респондентами імунізація у дитинстві.

Так, батьки дітей, які лікувалися на базі інфекційного відділення ОКНП «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня» упродовж 2024-2025 рр., та у подальшому сформували I групу порівняння, здебільшого отримали вакцинацію відповідно до діючого у той період календаря щеплень (у 83,3% випадків). Водночас, 1,5% батьків не отримували щеплення у дитячому віці, ще 6,0% отримали частково, а 9,2% батьків дітей точно не пам'ятали.

Кількість респондентів II групи порівняння, яка отримала всі обов'язкові щеплення у дитячому віці, співпадала майже з даними I групи та сягала 82,6%, а частка опитаних студентів, які отримали частково щеплення, становила 15,5%, і лише 1,7% точно не пам'ятали. Частка респондентів серед III і IV груп, які отримали всі обов'язкові щеплення відповідно до діючого у той період календаря щеплень, сягала 94,0% та 94,1% відповідно.

Загальні результати щодо отриманої вакцинації відповідно до діючого у період дитинства календаря щеплень наведені на рис. 3.2.

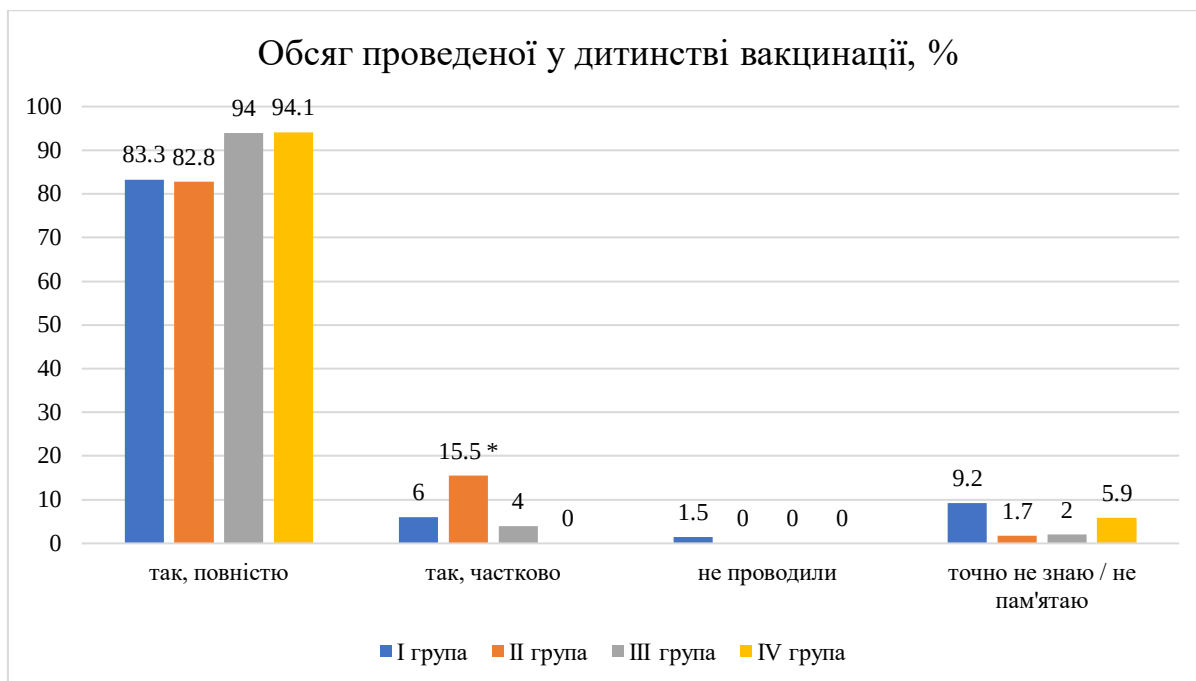


Рис. 3.2. Обсяг отриманої вакцинації респондентами груп порівняння відповідно до діючого у той період календаря щеплень, %

* Примітка. * - критерій Стьюдента $p_{II : III, IV} < 0,05$.

При аналізі прихильності респондентів до проведення рутинної вакцинації на момент дослідження, було відмічено, що ставлення до щеплень значно краще в осіб, дотичних до медичної сфери діяльності, як у студентів-майбутніх лікарів, так і у медичних працівників (табл. 3.1).

Отже, майбутні чи теперішні медичні фахівці все ж здебільшого підтримують рутинну імунізацію, хоча певне негативне ставлення щодо окремих вакцин наявне у всіх групах.

Водночас, слід відмітити, що виявлено також позитивний вірогідний слабкий кореляційний зв'язок щодо проведеної у дитинстві вакцинації та загального позитивного ставлення до рутинної імунізації у дорослому віці у респондентів I групи на рівні $r=0,25$ ($p=0,047$), II групи на рівні $r=0,47$ ($p=0,0002$) і III групи на рівні $r=0,42$ ($p=0,002$).

Таблиця 3.1

**Аналіз прихильності респондентів до проведення рутинної вакцинації на
момент дослідження, %**

Загальна прихильність до рутинної вакцинації	I група	II група	III група	IV група	P _ф , t
Позитивне, роблю профілактичні щеплення своїм дітям і собі	40,9	74,1	70,0	88,2	I : II, III, IV < 0,05
Позитивне, роблю щеплення дітям, собі ні	27,3	12,1	12,0	0	I : II, III, IV < 0,05
Неоднозначне, тому поки що утримуюся від щеплень	18,2	8,6	10,0	0	I,II : IV < 0,05
Негативне по відношенню до деяких вакцин	4,5	1,7	8,0	5,9	-
Негативне, категорично проти щеплень	9,1	3,5	0	5,9	-

* Примітка. P_t – критерій Стюдента

Таким чином, загалом прихильність до проведення щеплень значно краще у майбутніх чи теперішніх медичних фахівців, які все ж здебільшого підтримують рутинні імунізації, причому ця прихильність зростає з рівнем проведеної у дитинстві вакцинації.

3.3. Що саме найкраще мотивує проводити вакцинацію собі чи дітям?

Для визначення найвпливовіших причин щодо прихильності до рутинної імунізації було досліджено ставлення до вакцинації саме як до ефективного способу профілактики захворювань та захисту здоров'я громади, а також загальних причин проводити щеплення собі чи близьким / дітям.

Можна відзначити, що загалом вакцинацію саме як ефективний спосіб

профілактики захворювань та захисту здоров'я громади повністю підтримують 86,2% опитаних студентів, 74,0% медичних сестер та 88,2% лікарів ($p>0,05$). Частково підтримують рутинну імунізацію 10,3% представників II групи, 20,0% III групи та 5,9% респондентів IV групи ($p>0,05$).

Щодо найбільш мотивуючих факторів проводити вчасно необхідну рутинну вакцинацію відзначено відповідно отриманих результатів анкетування, що батьки дітей, які лікувалися на базі інфекційного відділення ОКНП «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня», зниження ризику ускладнень при захворюванні після отриманого щеплення (рис. 3.3).

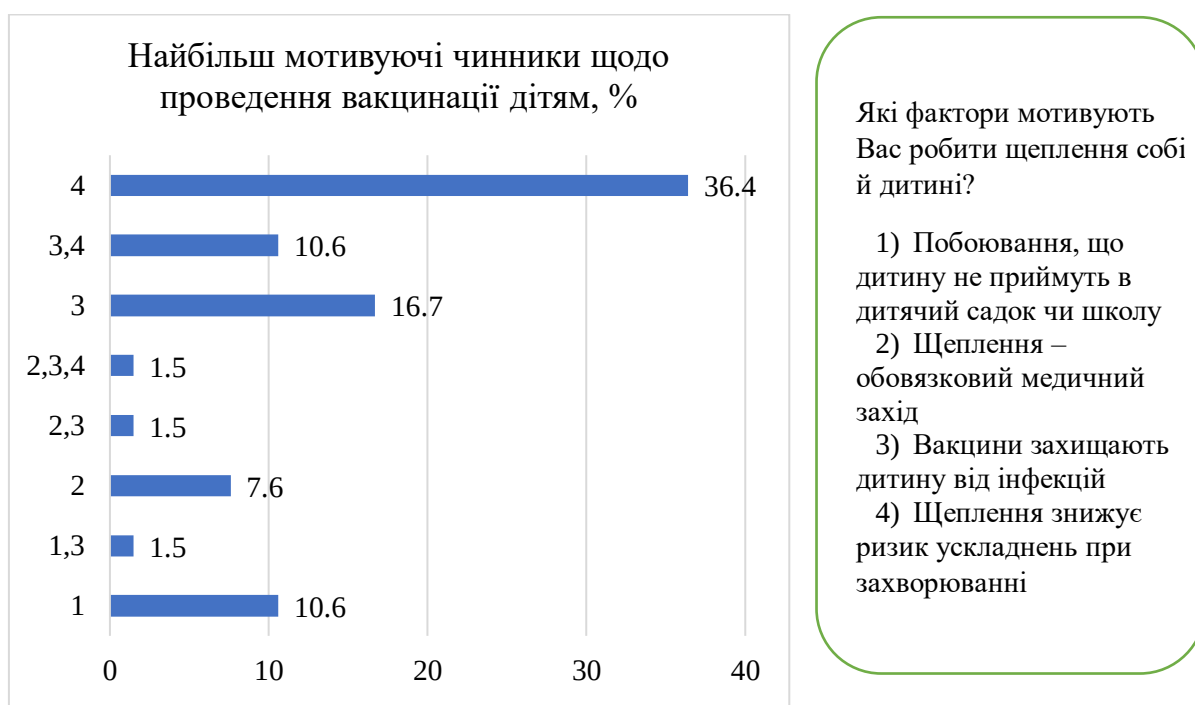


Рис. 3.3. Найбільш мотивуючі фактори проводити рутинну вакцинацію респондентів I групи порівняння, %

Отже, виявлено, що найбільш мотивуючими чинниками у респондентів I групи порівняння є захист щеплення від захворювання та зниження ризику ускладнень при хворобі.

Серед студентів-медиків мотивуючі фактори щодо вакцинації були схожими, а найвпливовішими чинниками відзначали поєднання розуміння, що щеплення є обов'язковим заходом, рутинна вакцинація захищає від

захворювання та знижує ризик ускладнень при хворобі (рис. 3.4).

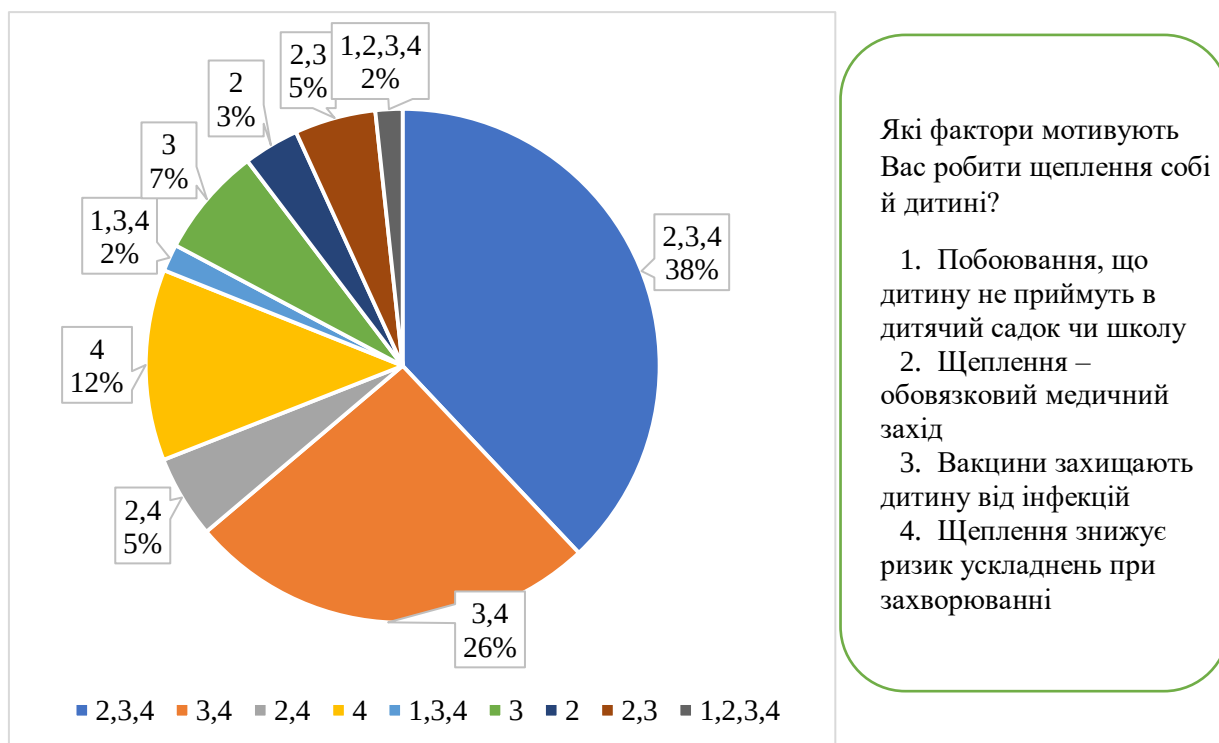


Рис. 3.4. Найбільш мотивуючі фактори проводити рутинну вакцинацію респондентів II групи порівняння, %

Схожі результати були отримані й при опитуванні респондентів III групи порівняння, які мають неповну вищу медичну освіту, зберігалася тенденція щодо найбільш впливового чинника щодо зниження ризику ускладнень при захворюванні (загалом 66,0% опитаних цієї групи відмічали цей фактор при анкетуванні), а фактор захисту рутинної вакцинації щодо інфекційних хвороб виступала 2-м мотивуючим критерієм прихильності до проведення щеплення собі чи дітям (42,0%), й лише 2,0% думають про щеплення лише через побоювання офіційної карти вакцинації при прийомі у дошкільний чи шкільний заклад освіти. Отримані результати наведені на рисунку 3.5.

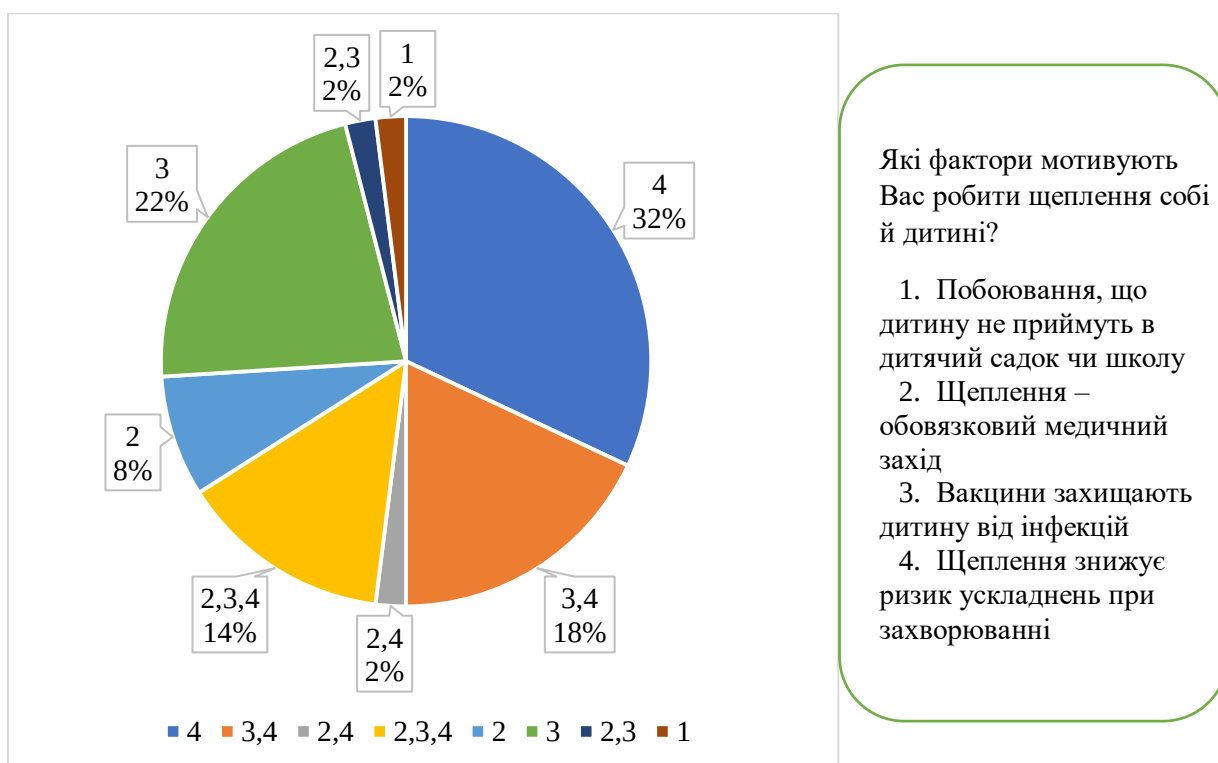


Рис. 3.5. Найбільш мотивуючі фактори проводити рутинну вакцинацію респондентів III групи порівняння, %

Водночас, у IV групі найбільш мотивуючими факторами щодо проведення вакцинації були також 3 і 4 питання з вказаної анкети (35,3%), а однаково по 17,6% було зареєстровано відповіді 2; 4, а також 2,3,4. Захист щеплення від захворювання обрали 5,9% респондентів цієї групи, причому у жодному випадку не було відмічено побоювань, що дитину не приймуть у дошкільний чи загально-освітній заклад.

При аналізі загального ставлення та найбільшої мотивації щодо проведення рутинної вакцинації собі чи дітям / близьким, а також для кращого відображення отриманих результатів у всіх групах, у таблиці 3.2 наведено отримані дані щодо запитання опитувальника про фактори, які впливають на бажання отримати / провести щеплення. Так, можна відзначити, що для усіх опитаних 3 та 4 вказані фактори є найбільш мотивуючими щодо проведення вакцинації собі чи дітям. Разом із тим, для здобувачів вищої медичної освіти важливим фактором виявилось також переконання, що щеплення є важливим та обов'язковим медичним заходом для населення.

**Окремі мотивуючі чинник щодо прихильності респондентів до проведення
рутинної вакцинації на момент дослідження, %**

Які фактори мотивують Вас робити щеплення собі й дитині?	I група	II група	III група	IV група	P _φ , t
Побоювання, що дитину не приймуть в дитячий садок чи школу	12,1	3,4	2,0	0	I : III < 0,05
Щеплення – обов’язковий медичний захід	10,6	53,4	26,0	35,2	I : II, III, IV; II : III < 0,05
Вакцини захищають дитину від інфекцій	31,8	79,1	42,0	58,8	I : II, IV; II : III < 0,05
Щеплення знижує ризик ускладнень при захворюванні	48,5	84,3	66,0	70,5	I : II; II:III < 0,05

* Примітка. P_t – критерій Стюдента

Таким чином, виявлено, що найвпливовіші причини щодо проведення рутинної імунізації як ефективного способу профілактики захворювань та захисту здоров’я громади, в опитаних когортах населення є переконання, що рутинна вакцинація захищає від інфекційних захворювань і знижує ризик можливих ускладнень при хворобі.

3.4. Де різні когорти населення отримують інформацію щодо вакцинації?

Для виявлення можливостей покращити загальний обсяг щепленнями населення, оскільки це один із стратегічних напрямків Центру громадського здоров’я Міністерства охорони здоров’я України, було проаналізовано також інформацію про джерела, звідки населення та медичні працівники отримують

необхідну інформацію щодо щеплень (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Окремі найбільш часто використовувані джерела інформації щодо вакцинації, %

	I група	II група	III група	IV група	P _ф , t
Інформація з офіційних джерел (Міністерство охорони здоров'я України, Центр громадського здоров'я, Департаменти охорони здоров'я, Центр контролю та профілактики хвороб)	1,5	87,9	70,0	94,1	I : II, III, IV; II, IV : III < 0,05
Поради сімейного лікаря / педіатра	81,8	56,9	36,0	23,5	I : II, III, IV; II : III < 0,05
Інформація з засобів масової інформації (телевізор, радіо, журнали), інтернет-ресурсів	27,0	15,5	10,0	0	I : III, IV; II, III : IV < 0,05
Поради родичів, друзів, сусідів	13,6	6,9	2,0	0	I : III, IV; II : IV < 0,05
Особисті переконання	1,5	10,3	12,0	17,6	I : II, III, IV < 0,05

* Примітка. P_t – критерій Стьюдента

Таким чином, виявлено, що найчастіше населення без медичної освіти спирається у рішеннях щодо вакцинації на поради сімейного лікаря чи педіатра, а майбутні чи працюючі медичні фахівці на офіційні джерела інформації на кшталт рекомендацій Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України чи Департаментів охорони здоров'я.

Відмічено, що майбутні та працюючі лікарі частіше вказували свій рівень обізнаності щодо вакцинації як високий, а працюючі медичні сестри як достатній рівень ($p_{III : II, IV} < 0,05$) (рис. 3.6).

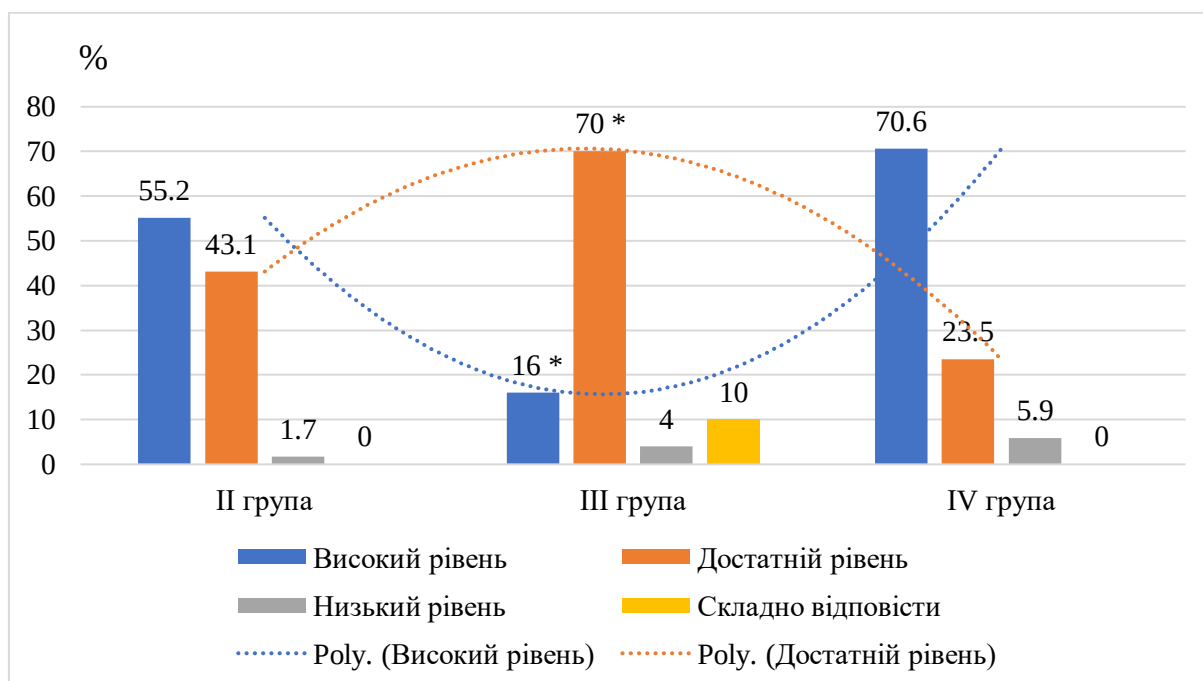


Рис. 3.6. Джерела інформації щодо вакцинації, яким респонденти довіряють найбільше, %

* Примітка. * - критерій Ст'юдента $p_{III : II, IV} < 0,05$.

Разом із тим, при аналізі щодо джерел інформації, яким довіряють найбільше при обранні тактики рутинної імунізації, відмічено, що частково це збігається з найбільш вживаними джерелами інформації (рис. 3.7). Отже, виявлено, що в основному населення з або без медичної освіти вважає найважливішими та найбільше довіряє офіційним джерелам інформації на кшталт рекомендацій Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України чи Департаментів охорони здоров'я, студенти-медики – науковій літературі та порадам сімейного лікаря, а медичні сестри, окрім офіційних джерел, також порадам сімейного лікаря чи педіатра.

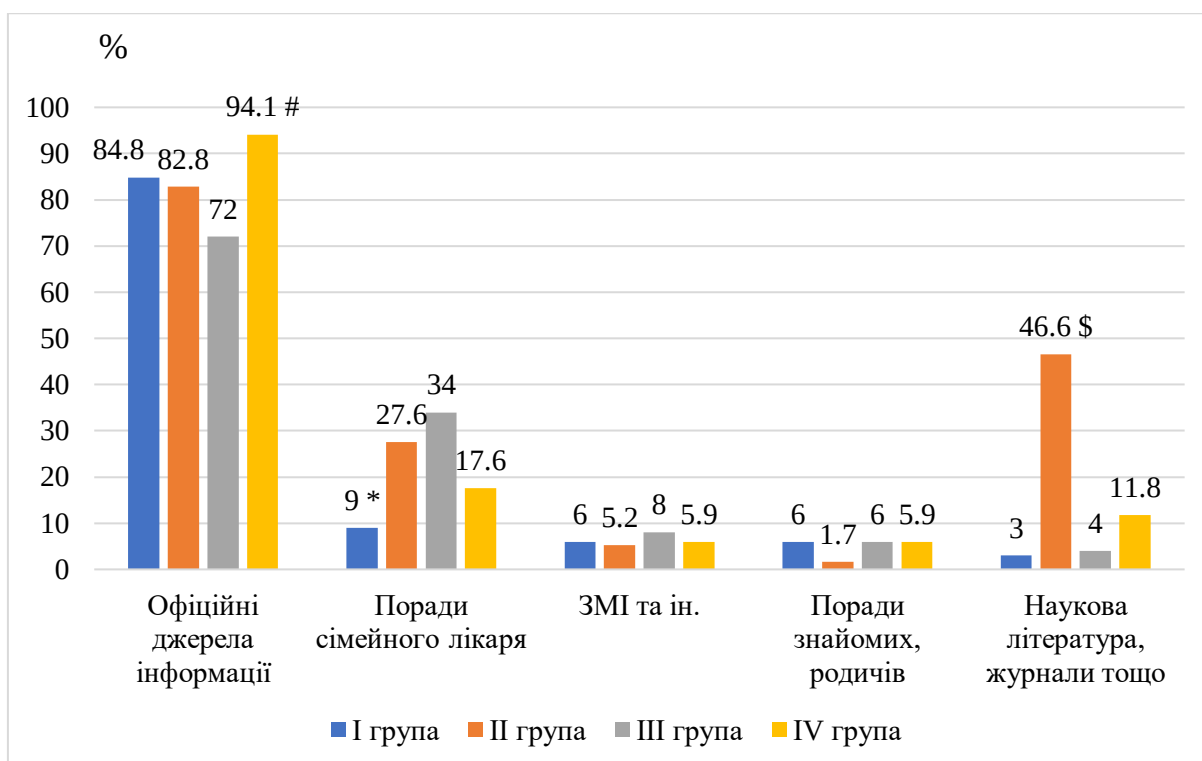


Рис. 3.7. Джерела інформації щодо вакцинації, яким респонденти довіряють найбільше, %

* Примітка. # - критерій Ст'юдента $p_{III : IV} < 0,05$; * - критерій Ст'юдента $p_{I : II, III} < 0,05$; \$ - критерій Ст'юдента $p_{II : I, III, IV} < 0,05$.

Таким чином, для покращення ситуації в Україні щодо рутинної вакцинації, можна активізувати заходи щодо поширення інформації з офіційних джерел на усі заклади охорони здоров'я, а також, мабуть, поширення децю скороченої інформації з наукової літератури для медичних сестер і лікарів.

3.5. Де різні когорти населення зіштовхуються з негативною інформацією щодо вакцинації чи про шкідливість щеплень?

Для отримання даних, чи зіштовхуються різні когорти населення у період до чи після пандемії COVID-19, проаналізовано джерела інформації, відповідно яких респонденти отримували щодо негативних наслідків імунізації (рис. 3.8).

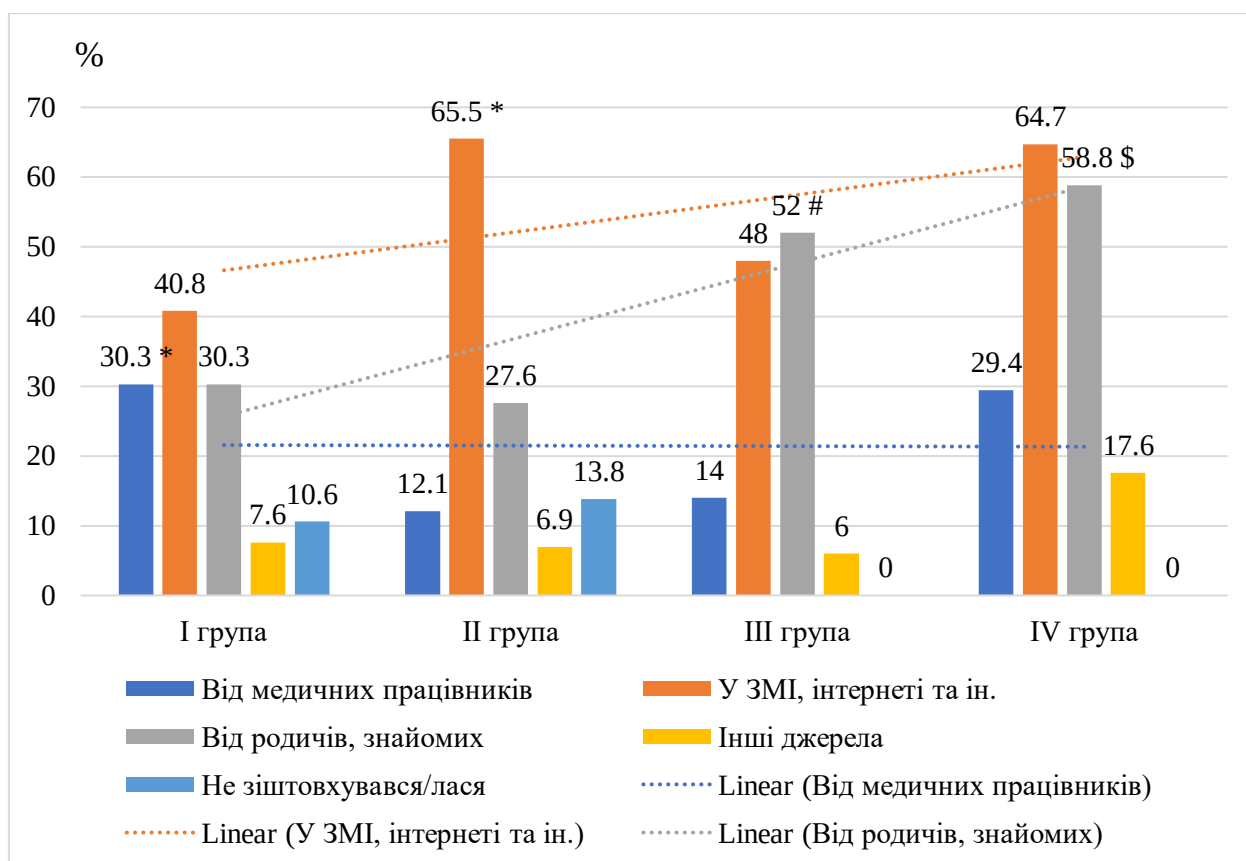


Рис. 3.8. Джерела інформації щодо вакцинації, відповідно яких респонденти зіштовхувалися з негативною інформацією щодо щеплень, %

* Примітка. * - критерій Ст'юдента $p I : II, III < 0,05$; # - критерій Ст'юдента $p I, II : III < 0,05$; \$ - критерій Ст'юдента $p I, II : IV < 0,05$.

Так, можна відзначити, що найчастіше негативну інформацію щодо імунізації відмічали у засобах масової інформації чи при інтернет-пошуках, від знайомих/родичів/колег, хоча звичайно слід відмітити, що коло спілкування у медичних працівників зазвичай більш концентровано складається з інших медичних працівників, чим, мабуть, і пояснюються отримані результати щодо джерел негативної інформації у групах працюючих медичних сестер і лікарів.

Водночас, батьки вказують, що перед проведенням щеплення зазвичай сімейний лікар/педіатр у 62,1% розповідає про захворювання, проти якого дитина вакцинується (в т. ч. про частоту ускладнень при цьому захворюванні), а також про саму вакцину, у 25,8% випадків вказує вакцину та від якого саме захворювання вона вберігає, а у 6,1% лікар нічого не розповідає. При цьому, загалом батьки знали у 87,9% випадків про інформовану згоду на проведення

щеплення.

Так, батьки дітей, які лікувалися на базі інфекційного відділення ОКНП «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня», відмовлялися раніше від проведення щеплень частіше за все через страх можливого виникнення ускладнень (33,3%), невпевненість у належній якості вакцин (22,7%), у період іншого захворювання у дитини, оскільки вважали недоцільним у цей момент проводити щеплення (21,2%). Також виявлено, що респонденти I групи порівняння вважають, що ризик ускладнень є вищим все таки після перенесеного інфекційного захворювання (71,2%), хоча 22,7% батьків переконані, що ризик можливих ускладнень вищий після проведеної вакцинації.

При аналіз можливих причин відмови від проведення вакцинації у майбутніх чи уже працюючих медичних працівників, виявлено, що студенти-медики найчастіше відмовлялися через недовіру до виробників вакцин чи через страх побічних ефектів (рис. 3.9).

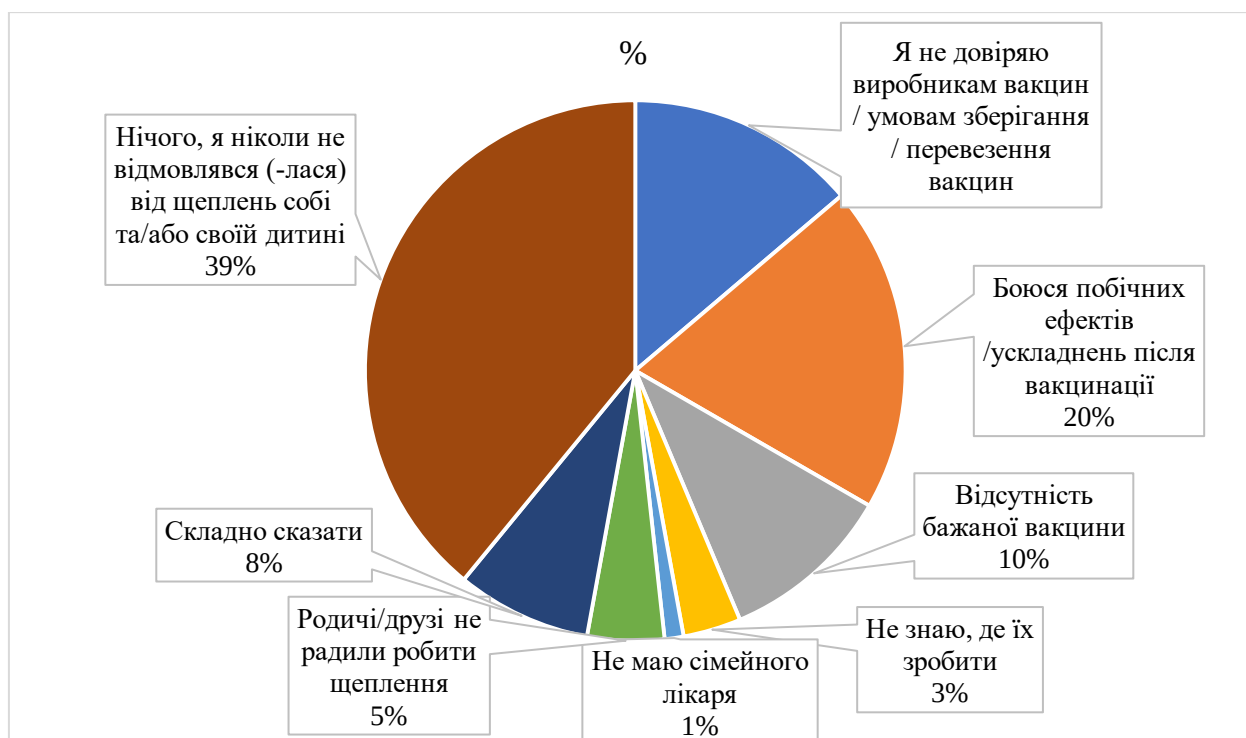


Рис. 3.9. Можливі причини відмови від вакцинації, II група, %

Для порівняння отриманих даних у студентів-медиків із працюючими медичними сестрами та лікарями, у таблиці 3.4 наведено результати опитування II, III та IV груп щодо можливих причин відмови від проведення вакцинації у

період проведення анкетування.

Таблиця 3.4

Окремі найбільш часті причини відмови від проведення вакцинації, %

	II група	III група	IV група	P _ф , t
Я не довіряю виробникам вакцин / умовам зберігання / перевезення вакцин	20,7	14,0	5,9	II : IV < 0,05
Боюся побічних ефектів /ускладнень після вакцинації	29,3	16,0	0	-
Відсутність бажаної вакцини	15,5	8,0	23,6	-
Не знаю, де їх зробити	5,2	0	0	-
Не маю сімейного лікаря	1,7	0	0	-
Родичі/друзі не радили робити щеплення	6,9	0	0	-
Захворювання у період призначеної вакцинації	1,7	62,0	58,8	II : III, IV < 0,05
Складно сказати	12,1	10,0	11,8	-
Нічого, я ніколи не відмовлявся (-лася) від щеплень собі та/або своїй дитині	58,6	22,0	41,2	II : III < 0,05

* Примітка. P_t – критерій Стюдента

Так, студенти медичного факультету найчастіше відмовлялися від проведення щеплень через страх побічних ефектів чи ускладнень після вакцинації, причому ризик відмови через цей чинник зростав у 14 разів (OR=14,0, RR=2,4, AR=0,58), а медичні сестри та працюючі лікарі - через захворювання у період призначеної вакцинації (OR=82,5, RR=3,3, AR=0,68).

Отже, усі когорти населення найчастіше негативну інформацію щодо імунізації відмічали у засобах масової інформації чи при інтернет-пошуках, від знайомих/родичів/колег. Студенти-медики та батьки дітей, які лікувалися на базі інфекційного відділення ОКНП «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня», відмовлялися від проведення щеплень частіше за все через страх можливого

виникнення ускладнень (29,3-33,3%), а медичні сестри та працюючі лікарі - через захворювання у період призначеної вакцинації (58,8-62,0%).

Резюме до Розділу 3:

Таким чином, виявлено, що 71,2% дітей опитаної когорти батьків отримує всі обов'язкові щеплення, 15,2% дітей щеплення проводяться вибірково за бажанням батьків, у 10,6% випадків батьки відмовляються від вакцинації дітей, а в 1,5% батьки не пам'ятають, оскільки за цим слідкує педіатр, а шанс отримання дитиною часткової вакцинації, батьки якої мають середню освіту, порівняно з батьками з вищою освітою, більший у 6 разів ($OR=6,2$, $RR=2,0$, $AR=0,40$). Загалом прихильність до проведення щеплень значно вища у майбутніх чи теперішніх медичних фахівців, які все ж здебільшого підтримують рутинні імунізацію, причому ця прихильність зростає з рівнем проведеної у дитинстві вакцинації, найвпливовішими причинами для проведення рутинної імунізації є переконання, що рутинна вакцинація захищає від інфекційних захворювань і знижує ризик можливих ускладнень при хворобі. Виявлено, що в основному усі респонденти найбільше довіряють офіційним джерелам інформації на кшталт рекомендацій Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України чи Департаментів охорони здоров'я, а негативну інформацію щодо імунізації найчастіше відмічали у засобах масової інформації чи при інтернет-пошуках.

РОЗДІЛ 4

РЕЗУЛЬТАТИ ВИВЧЕННЯ ПРИХИЛЬНОСТІ РІЗНИХ КОГОРТ НАСЕЛЕННЯ ДО ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ ПРОТИ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ COVID-19, ЩО ВИКЛИКАЄТЬСЯ ВІРУСОМ SARS-COV-2

На початку пандемії COVID-19 діти становили невелику частку від загальної кількості випадків захворювання та госпіталізацій через інфекції COVID-19, хоча пізніше було виявлено, що діти загалом частіше залишаються безсимптомними або мають мінімальні симптоми порівняно з дорослими [65]. Оскільки надалі зареєстровано активну трансмісію вірусу SARS-CoV-2 дітьми, хоча частіше це відбувається за наявності симптомів захворювання, тому ця когорта вимагає певної уваги щодо проведення тестування і вакцинації як запобіжних заходів для передачі інфекційних хвороб у родині [66-68].

Виходячи з зазначеного, для аналізу прихильності населення з різним рівнем освіти, а також різним рівнем медичної освіти, до вакцинації проти коронавірусної хвороби COVID-19, методом простої випадкової вибірки на базі ОКНП «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня» проведено опитування 66 батьків дітей, які лікувалися на базі інфекційного відділення ОКНП «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня» упродовж 2024-2025 рр., які сформували I (першу) групу порівняння. Для порівняння отриманих результатів і більш об'єктивних багаторівневих результатів опитано також 58 студентів медичного факультету Буковинського державного медичного університету (II група порівняння), 50 медичних сестер (III група порівняння) ОКНП «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня» та 17 лікарів ОКНП «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня» (IV група порівняння). Загальну характеристику груп порівняння на момент опитування наведено у Розділі 2, опитувальники щодо прихильності до рутинної вакцинації для різних когорт населення, які відрізняються за рівнем медичної освіти наведено у Додатках А, Б.

Виходячи з вищевказаного, досі актуальної проблеми пандемії

коронавірусної хвороби COVID-19, викликаной вірусом SARS-CoV-2, зокрема, й з точки зору її довготривалих наслідків, було вивчено статус вакцинації та прихильність до проведення щеплення проти коронавірусної хвороби COVID-19 респондентів груп порівняння.

Так, станом на період проведення анкетування відмічено, що респонденти I групи були здебільшого не вакциновані проти коронавірусної хвороби COVID-19, викликаной вірусом SARS-CoV-2, на противагу більшості представників інших 3-х груп, які отримали вказані щеплення (табл. 4.1).

Таблиця 4.1

Статус вакцинації респондентів груп порівняння щодо коронавірусної хвороби COVID-19, %

	I група	II група	III група	IV група	P _φ , t
Ні, не щеплений/а	59,0	34,5	6,0	11,8	I : II, III, IV; II: III, IV < 0,05
Щеплений/а, 1-єю дозою	10,6	6,9	10,0	0	-
Щеплений/а 2-ма дозами	19,7	41,4	38,0	41,2	I : II, III, IV < 0,05
Щеплений/а, 2-ма дозами та бустерною вакциною	3,0	17,2	46,0	47,1	I : II, III, IV < 0,05

* Примітка. P_t – критерій Стьюдента

Разом із тим, аналізуючи причини відмови від проведення щеплення проти коронавірусної хвороби COVID-19, викликаной вірусом SARS-CoV-2, респонденти I групи порівняння вказували як вагомі причини у 30,6% випадків стан власного здоров'я, зокрема, наявність хронічних захворювань і побоювання з приводу побічних ефектів від вакцинації (30,6%), у 19,4% випадків висловлювали сумніви щодо якості вакцин та у 25,0% випадків щодо їх

ефективності.

Оскільки медичні працівники зазвичай отримують усю необхідну інформацію щодо обов'язкових щеплень на кшталт проти COVID-19, з метою можливої подальшої підготовки матеріалів для населення без медичної освіти, було вивчено, звідки вони найчастіше отримували інформацію щодо вакцинації проти коронавірусної хвороби COVID-19, викликаній вірусом SARS-CoV-2. Так, таку інформацію батьки дітей, які лікувалися на базі інфекційного відділення ОКНП «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня», й у подальшому сформували I групу порівняння, отримували в основному від сімейного лікаря та засобів масової інформації (рис. 4.1).

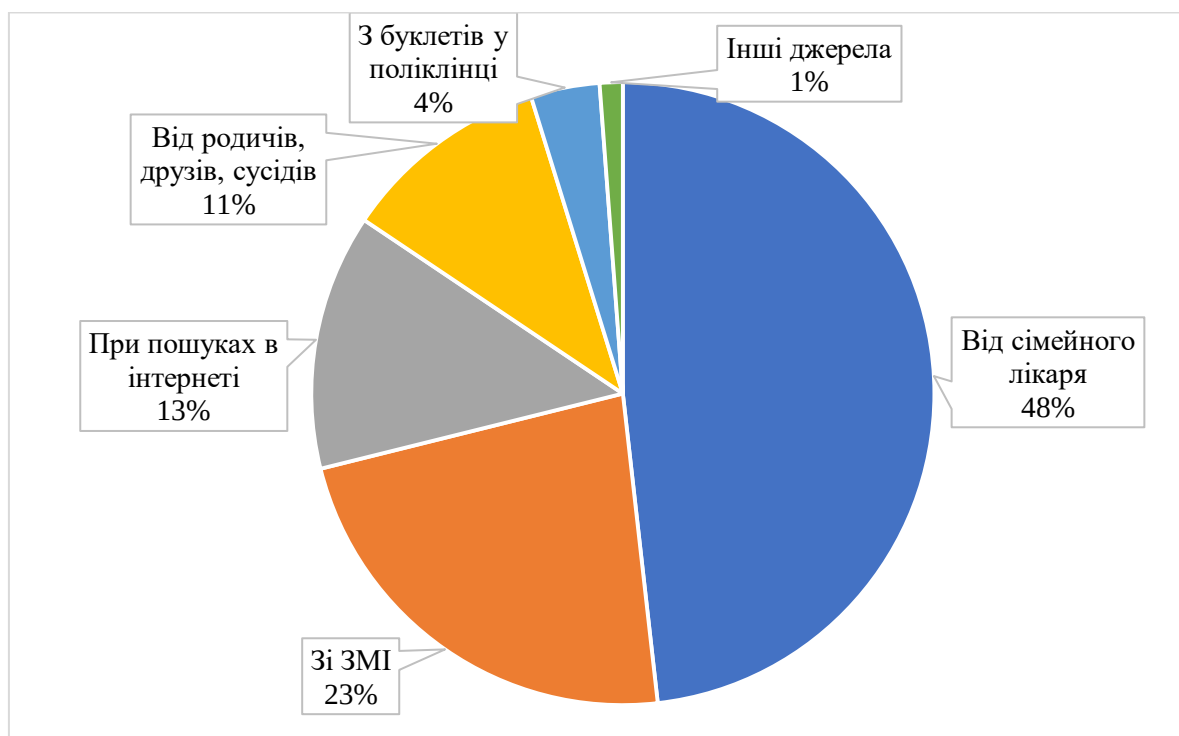


Рис. 4.1. Джерела інформації респондентів I групи щодо вакцинації проти коронавірусної хвороби COVID-19, %

Водночас, при анкетуванні лише невелика частина респондентів вказували, що їм було недостатньо інформації щодо вакцинації проти коронавірусної хвороби COVID-19 (табл. 4.2). Отже, більшість представників усіх груп порівняння стверджували, що загалом отриманий на момент дослідження обсяг інформації щодо вакцинації проти коронавірусної хвороби

COVID-19, був достатнім.

Таблиця 4.2

Результати анкетування груп порівняння щодо обсягу отриманої інформації вакцинації проти коронавірусної хвороби COVID-19, %

	I група	II група	III група	IV група	P _ф , t
Так, достатня повністю	53,0	58,6	14,0	17,7	I,II : III, IV < 0,05
Достатня, але хотілося б ще отримати	7,6	6,9	8,0	5,9	-
Скоріше достатня	15,2	13,8	70,0	52,9	I,II : III, IV < 0,05
Скоріше недостатня	3,0	19,0	8,0	17,7	I : II < 0,05
Недостатня	7,6	1,7	0	5,9	-

* Примітка. P_t – критерій Стюдента

Слід відмітити, що батьки дітей, які лікувалися на базі інфекційного відділення ОКНП «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня» упродовж 2024-2025 рр., та у подальшому сформували I (першу) групу порівняння, вакцинацію проти коронавірусної хвороби COVID-19, викликаной вірусом SARS-CoV-2, проводили собі чи близьким в основному через розуміння потреби власного захисту чи бажання захистити родину та близьких людей, а також через вимогу проведення імунізації для допуску до робочого місця (рис. 4.2). Цікаво відмітити, що при цьому лише 34,8% респондентів I групи погоджувалися, що масова вакцинація допомогла побороти пандемію коронавірусної хвороби COVID-19, а в 33,3% випадках зазначали швидше незгоду з цим ствердженням (33,3%) або категорично з ним не погоджувалися (24,2%).

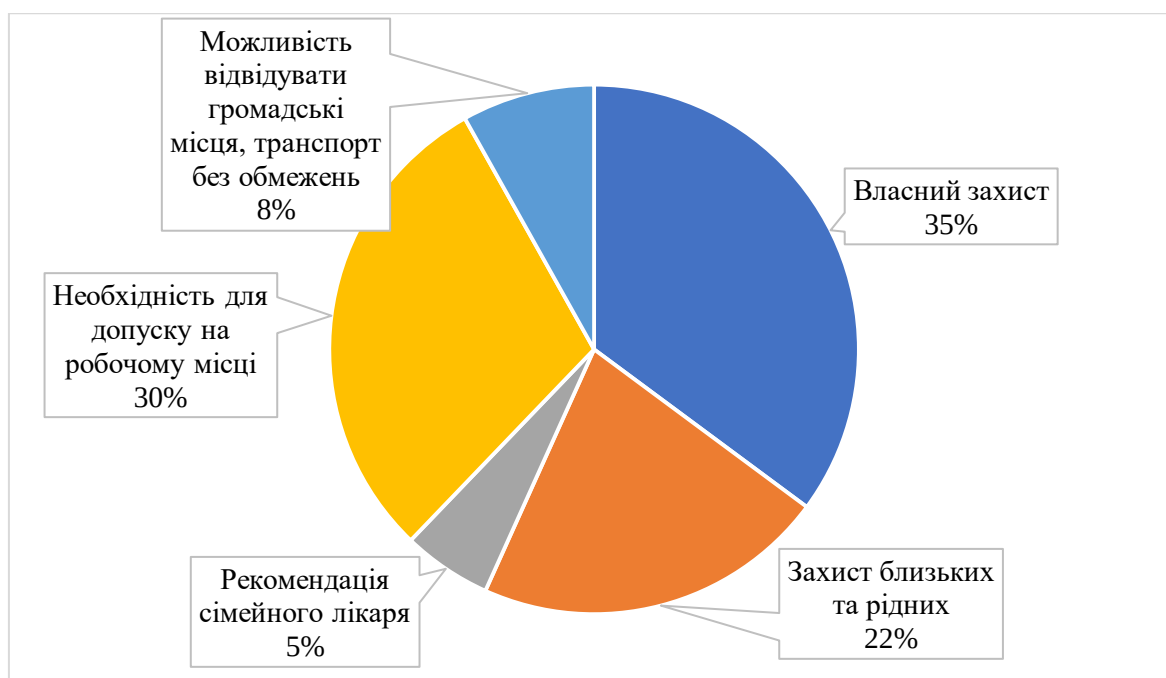


Рис. 4.2. Дані опитування респондентів I групи щодо їх мотивації для проведення щеплення проти коронавірусної хвороби COVID-19, %

Водночас, слід відзначити, що студенти медичного факультету БДМУ були, мабуть, найбільш вибагливими щодо виробника вакцини, порівняно з іншими групами порівняння (рис. 4.3). Так, більше половини студентів вважали, що краще імунізуватися європейськими чи американськими вакцинами, натомість медичні сестри та лікарі частіше б обирали для щеплення будь-які, які запропонував сімейний лікар / педіатр. Одна з причин такого вибору є твердження, що окремі вакцини можуть викликати частіше побічні ефекти після проведення щеплення, яку зазначили 81,0% респондентів II групи.

Разом із тим, 27,6% студентів вказали, що їм недостатньо весь час інформації від сімейного лікаря чи педіатра щодо рутинної імунізації чи подальшого графіку щеплень, хоча все ж таки 58,6% зазначали в опитувальнику, що їм достатньо інформації у вільному доступі /сайтах / офіційних джерелах для прийняття рішення щодо проведення імунізації від інфекційних хвороб, зокрема, й від коронавірусної хвороби COVID-19.

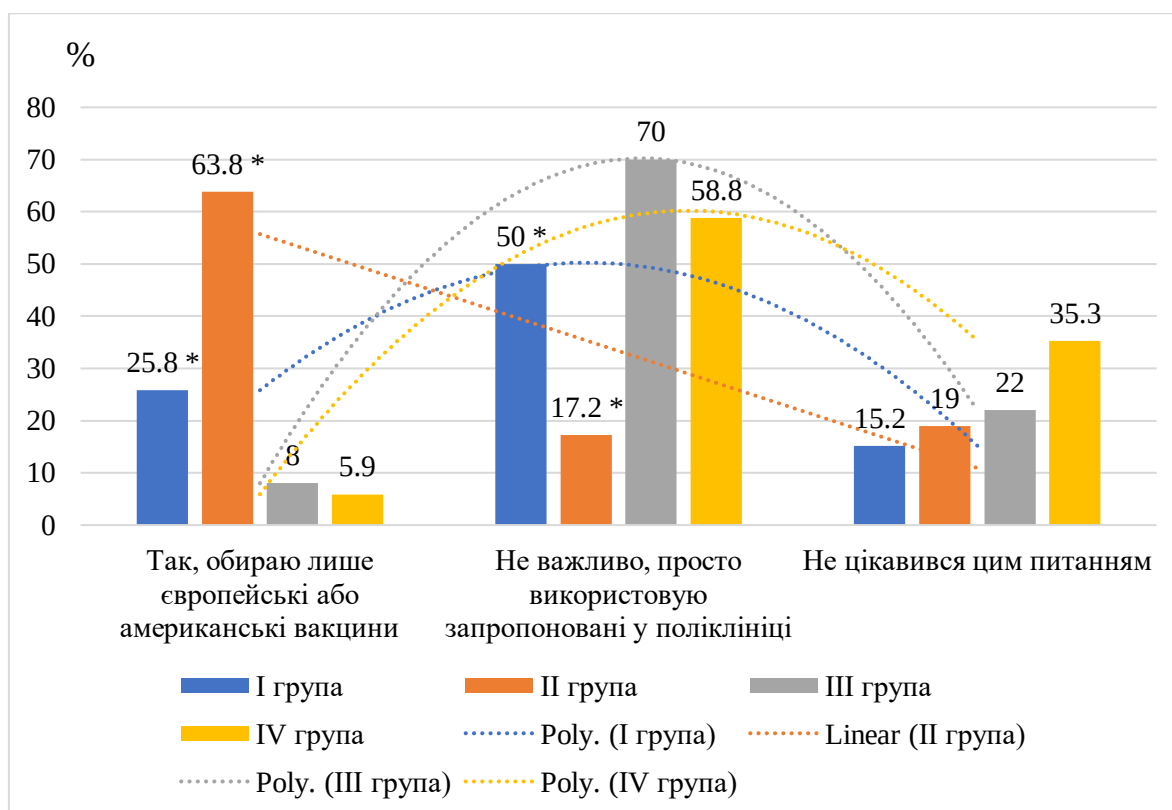


Рис. 4.3. Результати опитування респондентів щодо виробників / походження вакцини проти коронавірусної хвороби COVID-19, %

* Примітка. * - критерій Стьюдента p I, II : III, IV < 0,05.

Загалом, основні питання, про які респонденти усіх груп хотіли б отримати щодо необхідних дій при «пропущеному» за графіком щеплення, більше інформації щодо типу вакцин, принципів їх дії та можливі побічні ефекти, а також яким чином діяти у ситуаціях при їх виникненні.

Резюме до Розділу 4:

Таким чином, виявлено, що населення без медичної освіти рідше вакциноване проти коронавірусної хвороби COVID-19, викликаной вірусом SARS-CoV-2, на противагу більшості опитаних медичних працівників, у більшості випадків використовувалася вакцина, запропонована сімейним лікарем, а найчастішою мотивацією для проведення даного щеплення респонденти вказували розуміння потреби власного захисту чи бажання

захистити родину та близьких людей, а також через вимогу проведення імунізації для допуску до робочого місця.

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Імунізація є одним із найуспішніших та економічно ефективних заходів громадського здоров'я для зниження захворюваності та смертності немовлят та дітей у всьому світі. Незважаючи на значне зниження захворюваності на вакцин-контрольовані захворювання, у світі існує значна кількість дітей із відстроченням вакцинації та помітна неоднорідність в охопленні щепленнями, що становить ризик повторного спалаху інфекційних захворювань та потенційно повторного виникнення інфекційних захворювань, які вже ліквідовані, що вимагає різних стратегій імунопрофілактики. На вакцинальний статус можуть впливати фактори, пов'язані з дитиною, ставленням або знаннями батьків, соціальним контекстом сім'ї та медичними послугами. Деякі фактори, пов'язані з дитиною, включають недоношеність та наявність старших братів і сестер. Причини, пов'язані зі ставленням або знаннями батьків, включають брак знань про роль вакцинації в профілактиці захворювань, страх побічних реакцій, переконання, що вакцинація не є корисною або завдає шкоди, брак мотивації, недовіру до системи охорони здоров'я та соціальний чи культурний тиск проти вакцинації. Фактори, які раніше пов'язували з сімейним соціальним контекстом, це: рівень освіти опікунів, соціально-економічний статус, склад сім'ї, приналежність до етнічної чи релігійної меншини, самотня мати та молода мати чи опікун. Деякі причини, пов'язані з медичними послугами, включають доступ до щеплень, втрачені можливості для вакцинації, обмежену доступність та знання медичних працівників, вартість імунізаційних процедур, недостатнє постачання вакцин, неправильно застосовані протипоказання, матері з обмеженим доступом до допологової допомоги та немовлята, народжені вдома [64].

Вакцини широко визнаються органами охорони здоров'я та медичною спільнотою як головний інструмент для досягнення успіхів у сфері охорони здоров'я, таких як ліквідація натуральної віспи. Однак для багатьох людей це не є достатньою підставою, щоб сформувати власну беззаперечну прихильність до

заходів з вакцинації. Найчастіше висловлюються стосовно сумнівів щодо користі вакцин, їхню безпеку та необхідність, що набуло терміну «ваганням щодо вакцинації». Вагання має відмінності від відмови від вакцинації, навіть вакциновані можуть вагатися щодо певних аспектів імунізації [69].

Стратегії втручань для збільшення охоплення вакцинацією включають рекомендації стосовно персоналізованої комунікації з надійних джерел, таких як представники громади, медичні працівники та місцева влада, яка є культурно релевантною та доступною кількома мовами. Покращення доступу до вакцин може включати гнучкі моделі доставки в громаді, такі як практики сімейних лікарів та програми інформаційно-просвітницької роботи з хорошим транспортним сполученням. Активне залучення громади передбачає співпрацю з громадськими лідерами, молодіжними послами, релігійними лідерами та медичними працівниками для підвищення обізнаності та підвищення обізнаності про вакцинацію, вакцинацію членів домогосподарств, друзів, родичів та взірців для наслідування. Одним з пріоритетів вказаної стратегії можна вважати навчання та освіта тих, хто бере участь у заходах залучення на місцевому рівні: з використанням відповідних навчальних матеріалів (наприклад, модулі електронного навчання) у презентаціях та тренінгах з комунікативних навичок [70].

Враховуючи наведене, метою нашого дослідження було підвищити прихильність населення до рутинної вакцинації у постпандемічний період шляхом аналізу результатів опитування дотичних до імунізації груп – батьків та медичних працівників. Для досягнення мети були сформовані наступні завдання:

1. Проаналізувати прихильність населення з та без медичної освіти до проведення рутинної імунізації в постпандемічний період та чинники, що сприяють покращанню довіри до щеплень
2. Встановити основні валідні джерела інформації щодо імунізації для різних груп населення залежно від наявності/відсутності медичної освіти.

3. Оцінити передумови відмови від проведення планових щеплень та потенційні джерела негативної інформації стосовно заходів специфічної імунопрофілактики.

4. Визначити прихильність населення до вакцинації проти коронавірусної хвороби COVID-19 залежно від наявності/відсутності медичної освіти та чинники, що впливали на вказану медичну інтервенцію.

Для вирішення завдань було проведено аналіз результатів проведеного анкетування щодо прихильності до вакцинації батьків дітей, які лікувалися на базі ОКНП «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня», студентів медичного факультету Буковинського державного медичного університету та медичного персоналу ОКНП «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня».

Установлено, що майже три чверті дітей отримує рутинні щеплення, а шанси дітей отримати рутинну вакцинацію зростають у 3-6 разів відповідно до вищого рівня освіти їх батьків. Загалом прихильність до проведення щеплень значно краще у майбутніх чи теперішніх медичних фахівців, які все ж здебільшого підтримують рутинні імунізацію, причому ця прихильність зростає з рівнем проведеної у дитинстві вакцинації.

Найвпливовіші причини щодо проведення рутинної імунізації як ефективного способу профілактики захворювань та захисту здоров'я громади, в опитаних когортах населення є переконання, що рутинна вакцинація захищає від інфекційних захворювань і знижує ризик можливих ускладнень при хворобі. Стосовно джерел негативної інформації щодо щеплень усі когорти населення найчастіше стикалися з нею у засобах масової інформації чи при інтернет-пошуках, від знайомих/родичів/колеги. Студенти-медики та батьки дітей, які лікувалися на базі інфекційного відділення ОКНП «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня», відмовлялися від проведення щеплень частіше за все через страх можливого виникнення ускладнень (29,3-33,3%), а медичні сестри та працюючі лікарі - через захворювання у період призначеної вакцинації (58,8-62,0%).

Також встановлено, що населення без медичної освіти рідше вакциноване проти коронавірусної хвороби COVID-19, на противагу більшості опитаних медичних працівників, найчастішою мотивацією для проведення даного щеплення респонденти вказували розуміння потреби власного захисту чи бажання захистити родину та близьких людей, а також через вимогу проведення імунізації для допуску до робочого місця.

ВИСНОВКИ

1. Майже $\frac{3}{4}$ дітей (71,2%), які лікувалися на базі інфекційного відділення ОКНП «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня» упродовж 2024-2025 рр., та у подальшому сформували І групу порівняння, отримували всі обов'язкові щеплення відповідно діючого календаря імунізації, 15,2% дітей щеплення проводяться вибірково за бажанням батьків, а шанс отримання дитиною часткової вакцинації, батьки якої мають середню освіту, порівняно з батьками з вищою освітою, більший у 6 разів (OR=6,2 (95% ДІ: 2,3-16,8), RR=2,0, AR=0,40).

2. Загальна прихильність до проведення щеплень значно вища у майбутніх чи теперішніх медичних фахівців, які все ж здебільшого підтримують рутинну імунізацію (70,0-88,2%), порівняно з населенням без медичної освіти (40,9%), причому ця прихильність зростає з рівнем проведеної у дитинстві вакцинації $r=0,42-0,47$ ($p<0,05$).

3. Найвпливовішими причинами щодо проведення рутинної імунізації як ефективного способу профілактики захворювань та захисту здоров'я громади, в опитаних когортах населення є переконання, що рутинна вакцинація захищає від інфекційних захворювань (31,8% у населення без медичної освіти, 79,1% у студентів БДМУ, у 42,0% медичних сестер і 58,8% лікарів, I:II, IV; II:III < 0,05), а також знижує ризик можливих ускладнень при хворобі (48,5%, 84,3%, 66,0% та 70,5% відповідно, I:II; II:III < 0,05).

4. В основному майбутні чи працюючі медичні фахівці вважають найважливішими та найбільше довіряють офіційним джерелам інформації на кшталт рекомендацій Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України чи Департаментів охорони здоров'я (70,0-94,1%), а населення без медичної освіти - поради сімейного лікаря чи педіатра (81,8%).

5. Усі когорти населення найчастіше негативну інформацію щодо вакцинації відмічали у засобах масової інформації чи при інтернет-пошуках і від знайомих/родичів/колег, причому студенти медичного факультету і батьки дітей, які лікувалися на базі інфекційного відділення ОКНП «Чернівецька обласна

дитяча клінічна лікарня», відмовлялися від проведення щеплень частіше за все через страх можливого виникнення ускладнень (29,3-33,3%), причому ризик відмови через цей чинник зростав у 14 разів ($OR=14,0$, $RR=2,4$, $AR=0,58$).

6. Населення без медичної освіти рідше вакциноване проти коронавірусної хвороби COVID-19, викликаной вірусом SARS-CoV-2 (41,0%), на противагу більшості опитаних медичних працівників (65,5-94,0%, $p<0,05$), у більшості випадків використовувалася вакцина, запропонована сімейним лікарем, хоча медичні сестри та працюючі лікарі вказували як часту причину для відтермінування даного щеплення наявність захворювання у призначений період для вакцинації ($OR=82,5$, $RR=3,3$, $AR=0,68$).

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Для покращення ситуації в Україні щодо рутинної вакцинації доцільно активізувати заходи щодо поширення даних із офіційних джерел інформації на кшталт рекомендацій Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України чи Департаментів охорони здоров'я на усі заклади охорони здоров'я, а також, поширення дещо скороченого варіанту дотичної інформації з наукової літератури для медичних сестер і лікарів. Дана інформація бажано повинна включати типи найчастіше використовуваних вакцин, принципи їх дії та можливі побічні ефекти, яким чином діяти у ситуаціях при їх виникненні, а також алгоритми необхідних дій при недотриманні попереднього графіку щеплення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Asma A. Abahussin, Ahmed I. Albarrak, Vaccination adherence: Review and proposed model, *Journal of Infection and Public Health*, Volume 9, Issue 6, 2016, P. 781-789, <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2016.09.006>.
2. Lewandowsky S, Cook J, Schmid P, et al. The COVID-19 Vaccine Communication Handbook. A practical guide for improving vaccine communication and fighting misinformation: SciBeh, 2021.
3. Jeevakanthan, A., Roubos, S., Hong, C. *et al.* Routine vaccination coverage at ages 2 and 7, before, during, and after the COVID-19 pandemic: Results from the STARVAX surveillance system. *Can J Public Health* **116**, 284–289 (2025). <https://doi.org/10.17269/s41997-024-00956-9>
4. P. Bonanni, I.F. Angelillo, A. Villani, P. Biasci, S. Scotti, R. Russo, T. Maio, G. Vitali Rosati, M. Barretta, E. Bozzola, P. Castiglia, G. Chiamenti, G. Conforti, M. Conversano, A. Ferro, F. Francia, P.G. Macrì, C. Azzari, Maintain and increase vaccination coverage in children, adolescents, adults and elderly people: Let's avoid adding epidemics to the pandemic: Appeal from the Board of the Vaccination Calendar for Life in Italy: Maintain and increase coverage also by re-organizing vaccination services and reassuring the population, *Vaccine*, Volume 39, Issue 8, 2021, Pages 1187-1189, <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.10.024>.
5. Inam A, Mushtaq A, Zaman S, Wasif S, Noor M, Khan HA. Vaccine hesitancy and post-vaccination adherence to safety measures: A mixed-method study. *Front Public Health*. 2023 Mar 31;11:1072740. doi: 10.3389/fpubh.2023.1072740. PMID: 37064699; PMCID: PMC10102652. <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2023.1072740>
6. Clari, M., Albanesi, B., Comoretto, R. I., Conti, A., Renzi, E., Luciani, M., Ausili, D., Massimi, A., & Dimonte, V. (2024). Effectiveness of interventions to increase healthcare workers' adherence to vaccination against vaccine-preventable diseases: a systematic review and meta-analysis, 1993 to 2022. *Euro surveillance* :

- bulletin Européen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin, 29(9), 2300276. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2024.29.9.2300276>
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10986662/>
7. Hobani, F., Alhalal, E. Factors related to parents' adherence to childhood immunization. BMC Public Health 22, 819 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13232-7>
 8. Carter A, Msemburi W, Sim SY, A.M. Gaythorpe K, Lindstrand A, Hutubessy RCW. Modeling the impact of vaccination for the immunization agenda 2030: Deaths averted due to vaccination against 14 pathogens in 194 countries from 2021-2030. Electron J. 2021. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3830781>.
 9. Cata-Preta BO, Santos TM, Mengistu T, Hogan DR, Barros AJD, Victora CG. Zero-dose children and the immunisation cascade: Understanding immunisation pathways in low and middle-income countries. Vaccine. 2021; 39(32):4564–70. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.02.072>.
 10. Global Vaccine Action Plan Monitoring, Evaluation & Accountability: Secretariat Annual Report 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/global-vaccine-action-plan-monitoring-evaluation-accountability-secretariat-annual-report-2020>. Accessed 19 Jan 2022.
 11. World Health Organization Immunization Agenda 2030. http://www.who.int/immunization/immunization_agenda_2030/en/. Accessed 01 Mar 2022.
 12. Toor J, Li X, Jit M, Trotter C, Echeverria-Londono S, Hartner A-M, Roth J, Portnoy A, Abbas K, Ferguson NM, Gaythorpe KAM. COVID-19 impact on routine immunisations for vaccine-preventable diseases: Projecting the effect of different routes to recovery. medRxiv. 2022. <https://doi.org/10.1101/2022.01.07.22268891>.
 13. Ali, H.A., Hartner, AM., Echeverria-Londono, S. *et al.* Vaccine equity in low and middle income countries: a systematic review and meta-analysis. *Int J Equity Health* 21, 82 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01678-5>
 14. WHO Regional Office for Africa. Business case for WHO immunization activities on the African continent 2018-2030. 2018. Technical report.

15. Chepkurui V, Amponsah-Dacosta E, Haddison EC, Kagina BM. Characterization of national immunization programs in the context of public health emergencies: A case study of 13 countries in the WHO Africa region. *Front Public Health*. 2021; 9:736532. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.736532>.
16. Local Burden of Disease Vaccine Coverage Collaborators. Mapping routine measles vaccination in low- and middle-income countries. *Nature*. 2020; 589(7842):415–9. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-03043-4>.
17. Bärnighausen T, Bloom DE, Cafiero-Fonseca ET, O'Brien JC. Valuing vaccination. *Proc Natl Acad Sci*. 2014; 111(34):12313–9. <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.1400475111>
18. Plans-Rubio, P. Are the Objectives Proposed by the WHO for Routine Measles Vaccination Coverage and Population Measles Immunity Sufficient to Achieve Measles Elimination from Europe? *Vaccines* **2020**, *8*, 218. <http://dx.doi.org/10.3390/vaccines8020218>
19. Plans-Rubió, P. Vaccination Coverage for Routine Vaccines and Herd Immunity Levels against Measles and Pertussis in the World in 2019. *Vaccines* **2021**, *9*, 256. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)] <http://dx.doi.org/10.3390/vaccines9030256>
20. Plans-Rubió, P. (2022). Strategies to Increase the Percentages of Vaccination Coverage. *Vaccines*, *10*(12), 2103. <https://doi.org/10.3390/vaccines10122103>
21. MacDonald, N.E.; SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine* **2015**, *14*, 4161–4164. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)] <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.036>
22. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). *Catalogue of Interventions Addressing Vaccine Hesitancy*; ECDC: Stockholm, Sweden, 2017. [[Google Scholar](#)]
23. Caldwell A.C., Madden C.A., Thompson D.M., Garbe M.C., Roberts J.R., Jacobson R.M., Darden P.M. The impact of provider recommendation on human papillomavirus vaccine and other adolescent vaccines. *Hum. Vaccines Immunother*. 2021;17:1059–1067. doi: 10.1080/21645515.2020.1817713.

24. Han K, Hou Z, Tu S, Liu M, Chantler T, Larson H. Factors Influencing Childhood Influenza Vaccination: A Systematic Review. *Vaccines (Basel)*. 2024 Feb 23;12(3):233. doi: 10.3390/vaccines12030233. PMID: 38543867; PMCID: PMC10975121.
25. Chaudhary, F. A., Ahmad, B., Khalid, M. D., Fazal, A., Javaid, M. M., & Butt, D. Q. (2021). Factors influencing COVID-19 vaccine hesitancy and acceptance among the Pakistani population. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 17(10), 3365–3370. <https://doi.org/10.1080/21645515.2021.1944743>
26. Schuster M, Eskola J, Duclos P. Review of vaccine hesitancy: rationale, remit and methods. *Vaccine*. 2015;33(34):4157–60. doi:10.1016/j.vaccine.2015.04.035.
27. Sodha SV, Dietz V. Strengthening routine immunization systems to improve global vaccination coverage. *Br Med Bull*. 2015 Mar;113(1):5-14. doi: 10.1093/bmb/ldv001. Epub 2015 Feb 3. PMID: 25649959; PMCID: PMC10350316
28. Sato APS. What is the importance of vaccine hesitancy in the drop of vaccination coverage in Brazil?. Available from *Rev Saúde Pública* [Internet] 2018;52:96. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052001199>.
29. Janaina Fonseca Almeida Souza, Thales Philipe Rodrigues da Silva, Sheila Aparecida Ferreira Latchim, Ed Wilson Rodrigues Vieira, Eunice Francisca Martins, Denisiane Geralda Araújo, Bruna de Castro da Silva, Elice Eliane Nobre Ribeiro, Fernanda Penido Matozinhos, The impact of strategies for increasing vaccination coverage in children: A community clinical trial, *Vaccine: X*, Volume 16, 2024, 100429, ISSN 2590-1362, <https://doi.org/10.1016/j.jvacx.2024.100429>.
30. Tampi M, Carrasco-Labra A, O'Brien KK, Velandia-González M, Brignardello-Petersen R. Systematic review on reducing missed opportunities for vaccinations in Latin America. *Rev Panam Salud Publica*. 2022;46:e65. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.65>
31. Amanda Alberga Machado, Sarah A. Edwards, Melissa Mueller, Vineet Saini, Effective interventions to increase routine childhood immunization coverage in low socioeconomic status communities in developed countries: A systematic review and

critical appraisal of peer-reviewed literature, *Vaccine*, Volume 39, Issue 22, 2021, Pages 2938-2964, ISSN 0264-410X, <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.03.088>.

32. Maltezou HC, Medic S, Cassimos DC, Effraimidou E, Poland GA. Decreasing routine vaccination rates in children in the COVID-19 era. *Vaccine*. 2022 Apr 20;40(18):2525-2527. doi: 10.1016/j.vaccine.2022.03.033. Epub 2022 Mar 22. PMID: 35341648; PMCID: PMC8938181.

33. World Health Organization. Immunization data. Available at: <https://immunizationdata.who.int/listing.html?topic=coverage&location=global> [last accessed: March 16, 2022].

34. Larson, A., Skolnik, A., Bhatti, A., & Mitrovich, R. (2021). Addressing an urgent global public health need: Strategies to recover routine vaccination during the COVID-19 pandemic. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 18(1). <https://doi.org/10.1080/21645515.2021.1975453>

35. Dinleyici EC, Borrow R, Safadi MAP, van Damme P, Munoz FM. Vaccines and routine immunization strategies during the COVID-19 pandemic. *Hum Vaccin Immunother*. 2021;17(2):400–5. doi:10.1080/21645515.2020.1804776.

36. Gianino MM, Kakaa O, Politano G, Scarmozzino A, Benso A, Zotti CM. Severe and moderate seasonal influenza epidemics among Italian healthcare workers: a comparison of the excess of absenteeism. *Influenza Other Respi Viruses*. 2020;15(1):81–90. doi:10.1111/irv.12777 .

37. International Vaccine Access Center. Voice: the Value of Immunization Compendium of Evidence. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; Published 2021. [accessed 2021 Aug 3]. [https://immunizationevidence.org/compendium\(open in a new window\)](https://immunizationevidence.org/compendium(open in a new window)) .

38. Doherty TM, Hausdorff WP, Kristinsson KG. Effect of vaccination on the use of antimicrobial agents: a systematic literature review. *Ann Med*. 2020;52(6):6. doi:10.1080/07853890.2020.1782460 .

39. Ota, M. O. C., Badur, S., Romano-Mazzotti, L., & Friedland, L. R. (2021). Impact of COVID-19 pandemic on routine immunization. *Annals of Medicine*, 53(1), 2286–2297. <https://doi.org/10.1080/07853890.2021.2009128>

40. WHO. Framework for decision-making: implementation of mass vaccination campaigns in the context of COVID-19: interim guidance, 22 May 2020. World Health Organization. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332159>(open in a new window).
41. Silent Consequences of COVID-19: Why It's Critical to Recover Routine Vaccination Rates Through Equitable Vaccine Policies and Practices
Ava Skolnik, Alexandra Bhatti, Anna Larson and Rachel Mitrovich *The Annals of Family Medicine* November 2021, 19 (6) 527-531; DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.2730>
42. Santoli JM, Lindley MC, DeSilva MB, et al. Effects of the COVID-19 pandemic on routine pediatric vaccine ordering and administration – United States, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69(19):591–593. <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6919e2>
43. Billon-Denis E, Tournier JN. [COVID-19 and vaccination: a global disruption]. *Med Sci (Paris)*. 2020;36(11):1034–1037. <http://dx.doi.org/10.1051/medsci/2020203>
44. eth Evans, Thibaut Jombart, Worldwide routine immunisation coverage regressed during the first year of the COVID-19 pandemic, *Vaccine*, Volume 40, Issue 26, 2022, Pages 3531-3535, ISSN 0264-410X, <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.01.044>.
46. Pinho, S., Cruz, M., Dias, C. C., Castro-Lopes, J. M., & Sampaio, R. (2022). Acceptance and Adherence to COVID-19 Vaccination—The Role of Cognitive and Emotional Representations. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 9268. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159268>
47. Razai M S, Chaudhry U A R, Doerholt K, Bauld L, Majeed A. Covid-19 vaccination hesitancy *BMJ* 2021; 373 :n1138 doi:10.1136/bmj.n1138
48. Razai MS, Osama T, Majeed A. Covid-19 vaccine adverse events: balancing monitoring with confidence in vaccines. *BMJ Opinion* 2021. <https://blogs.bmj.com/bmj/2021/03/19/covid-19-vaccine-adverse-events-balancing-monitoring-with-confidence-in-vaccines/>

49. de Figueiredo A, Simas C, Karafillakis E, Paterson P, Larson HJ. Mapping global trends in vaccine confidence and investigating barriers to vaccine uptake: a large-scale retrospective temporal modelling study. *Lancet* 2020;396:898-908. doi:10.1016/S0140-6736(20)31558-0 pmid:32919524
50. Herrera-Diestra, J.L.; Meyers, L.A. Local Risk Perception Enhances Epidemic Control. *PLoS ONE* 2019, 14, e0225576. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0225576>
51. Charrier, L., Garlasco, J., Thomas, R., Gardois, P., Bo, M., & Zotti, C. M. (2022). An Overview of Strategies to Improve Vaccination Compliance before and during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 11044. <https://doi.org/10.3390/ijerph191711044>
52. Yan, S.; Wang, Y.; Zhu, W.; Zhang, L.; Gu, H.; Liu, D.; Zhu, A.; Xu, H.; Hao, L.; Ye, C. Barriers to Influenza Vaccination among Different Populations in Shanghai. *Hum. Vaccines Immunother.* 2021, 17, 1403–1411.
53. Drew, L. The Case for Mandatory Vaccination. *Nature* 2019, 575, S58–S60 <http://dx.doi.org/10.1038/d41586-019-03642-w>
54. Jolley D, Marques MD, Cookson D. Shining a spotlight on the dangerous consequences of conspiracy theories. *Curr Opin Psychol* 2022;47:101363. <http://dx.doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101363>
55. Romer D, Jamieson KH. Conspiracy theories as barriers to controlling the spread of COVID-19 in the U.S. *Soc Sci Med* 2020;263:113356.
56. Bilewicz M, Witkowska M, Pantazi M, et al. Traumatic rift: how conspiracy beliefs undermine cohesion after societal trauma? *Eur J Psychol* 2019;15:82–93. <http://dx.doi.org/10.5964/ejop.v15i1.1699>
57. Johnson NF, Velásquez N, Restrepo NJ, et al. The online competition between pro- and anti-vaccination views. *Nature* 2020;582:230–3.
58. <https://vaccine.org.ua/2025/01/10/rezultaty-opytuvannya/>
59. <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/imunizaciya/okhoplennya-scheplennymi>

60. Wicker, S., Allwinn, R., Gottschalk, R., & Rabenau, H. F. (2008). Reliability of medical students' vaccination histories for immunisable diseases. *BMC public health*, 8, 121. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-121>
61. *Medical Epidemiology* / [R.S. Greenberg, S.R. Daniels, W.D. Flanders et al.]. – [4th Edition]. – Norwalk, CT: Appleton & Lange, 2004. – 196 p.
62. Біостатистика: [за ред. проф. В.Ф. Москаленка]. – К.: Книга плюс, 2009. – 184 с.
63. Forshaw, J., Gerver, S.M., Gill, M. et al. The global effect of maternal education on complete childhood vaccination: a systematic review and meta-analysis. *BMC Infect Dis* 17, 801 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12879-017-2890-y>
64. Márcia de Cantuária Tauil, Ana Paula Sayuri Sato, Eliseu Alves Waldman. Factors associated with incomplete or delayed vaccination across countries: A systematic review. *Vaccine*. 2016. Vol. 34, no 24. P. 2635-2643. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2016.04.016>.
65. Dawood F.S., Porucznik C.A., Veguilla V., Stanford J.B., Duque J., Rolfes M.A., Dixon A., Thind P., Hacker E., Castro M.J.E., et al. Incidence Rates, Household Infection Risk, and Clinical Characteristics of SARS-CoV-2 Infection among Children and Adults in Utah and New York City, New York. *JAMA Pediatr*. 2022;176:59–67. doi: 10.1001/jamapediatrics.2021.4217.
66. Paul L.A., Daneman N., Schwartz K.L., Science M., Brown K.A., Whelan M., Chan E., Buchan S.A. Association of Age and Pediatric Household Transmission of SARS-CoV-2 Infection. *JAMA Pediatr*. 2021;175:1151–1158. doi: 10.1001/jamapediatrics.2021.2770.
67. Boutzoukas A.E., Zimmerman K.O., Inkelas M., Brookhart M.A., Benjamin D.K., Butteris S., Koval S., DeMuri G.P., Manuel V.G., Smith M.J., et al. School Masking Policies and Secondary SARS-CoV-2 Transmission. *Pediatrics*. 2022;149:e2022056687. doi: 10.1542/peds.2022-056687.
68. Dawson P., Worrell M.C., Malone S., Fritz S.A., McLaughlin H.P., Montgomery B.K., Boyle M., Gomel A., Hayes S., Maricque B., et al. Modifications to student quarantine policies in K-12 schools implementing multiple COVID-19 prevention

strategies restores in-person education without increasing SARS-CoV-2 transmission risk, January–March 2021. PLoS ONE. 2022;17:e0266292. doi: 10.1371/journal.pone.0266292.

69. Ohid Yaqub, Sophie Castle-Clarke, Nick Sevdalis, Joanna Chataway. Attitudes to vaccination: A critical review. *Social Science & Medicine*. 2014. Vol. 112. P. 1-11, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.04.018>.

70. Jarrett C, Wilson R, O’Leary M, Eckersberger E, Larson HJ, SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Strategies for addressing vaccine hesitancy - a systematic review. *Vaccine*. 2015. Vol. 33. P. 4180-4190. doi:10.1016/j.vaccine.2015.04.040 pmid:25896377

АНКЕТА ДЛЯ БАТЬКІВ

Ваша стать: Ч Ж

Стать дитини: Ч Ж

Вік дитини:

Вік мами дитини:

Вік батька дитини:

Освіта мами (підкресліть): середня, середня спеціальна, неповна вища, вища

Освіта батька (підкресліть): середня, середня спеціальна, неповна вища, вища

Місце проживання: місто, село

Кількість дітей в сім'ї: 1, 2, 3, 4, 5, більше 5

Члени сім'ї: медики, освітяни, ні

Шлюб зареєстрований: так ні

Чи проводили Вам в дитинстві вакцинацію?

- 1) так
- 2) ні
- 3) так, але не всі
- 4) точно не памятаю

Яке Ваше ставлення до вакцинації?

- 1) позитивне, роблю профілактичні щеплення своїм дітям і собі
- 2) позитивне, роблю щеплення дітям, собі ні
- 3) неоднозначне, тому поки що утримуюся від щеплень
- 4) негативне по відношенню до деяких вакцин
- 5) негативне, категорично проти щеплень

Як проводиться вакцинація у Вашої дитини?

- 1) проводяться тільки обов'язкові щеплення
- 2) щеплення проводяться, але не всі (вибірково)

- 3) я не щеплюю свою дитину
- 4) не знаю, які щеплення проводяться, за цим слідкує лікар

Якщо Ви відмовляєтеся від проведення щеплень Вашій дитині, яка основна причина відмови?

- 1) невпевненість у належній якості вакцин
- 2) страх можливого виникнення ускладнень
- 3) незадовільний стан дитини
- 4) Інше, вкажіть _____

Де проводяться щеплення Вашій дитині?

- 1) в поліклініці
- 2) в дитячій установі
- 3) приватними лікарями

Із яких джерел Ви отримуєте інформацію про щеплення?

- 1) від медичного працівника
- 2) із засобів масової інформації (телевізор, радіо, журнали)
- 3) з інтернет-ресурсів
- 4) від родичів, друзів, сусідів
- 5) з спеціальної друкованої продукції (буклети, брошури)
- 6) в релігійній організації
- 7) із іншого джерела, вкажіть: _____

Із яких джерел Ви отримуєте інформацію про **шкідливість** щеплень:

- 1) від медичного працівника
- 2) із засобів масової інформації (телевізор, радіо, журнали)
- 3) з інтернет-ресурсів
- 4) від родичів, друзів, сусідів
- 5) з спеціальної друкованої продукції (буклети, брошури)
- 6) в релігійній організації
- 7) із іншого джерела, вкажіть: _____
- 8) не отримувала(в) такої інформації

Яке джерело інформації про профілактичні щеплення є **найбільш важливим** для Вас?

- 1) від медичного працівника
- 2) із засобів масової інформації (телевізор, радіо, журнали)
- 3) з інтернет-ресурсів
- 4) від родичів, друзів, сусідів
- 5) з спеціальної друкованої продукції (буклети, брошури)
- 6) в релігійній організації
- 7) із іншого джерела, вкажіть: _____

Як проводиться інформування Вас перед проведенням щеплення?

- 1) лікар розповідає про захворювання, проти якого дитина вакцинується (в т. ч. про частоту ускладнень при цьому захворюванні) та про вакцину
- 2) лікар тільки називає вакцину та від якого захворювання вона вберігає
- 3) нічого не розповідає

Чи знаєте Ви, що таке інформована згода на проведення щеплення?

- 1) так
- 2) ні

Які фактори мотивують Вас робити щеплення собі і дитині?

- 1) Побоювання, що дитину не приймуть в дитячий садок чи школу
- 2) Щеплення – обов'язковий медичний захід
- 3) Вакцини захищають дитину від інфекцій
- 4) Щеплення знижує ризик ускладнень при захворюванні

Як Ви вважаєте, після чого ризик ускладнень вищий?

- 1) Після перенесеного інфекційного захворювання
- 2) Після проведеної вакцинації

На Ваш погляд, відповідальність за можливе виникнення ускладнень та побічних реакцій вакцинації відповідальність несе:

- 1) виробник вакцин
- 2) дільничний лікар
- 3) медсестра, що проводить вакцинацію

4) Ваша думка _____

Чи має для вас значення країна-виробник вакцин?

- 1) так, обираю лише європейські вакцини
- 2) ні, викоритсовую запропоновані в поліклініці
- 3) не цікавлюся цим питанням

АНКЕТА ЩОДО ВАКЦИНАЦІЇ ПРОТИ COVID-19

Із яких джерел Ви отримували інформацію про щеплення проти COVID-19?

- 1) від медичного працівника
- 2) із засобів масової інформації (телевізор, радіо, журнали)
- 3) з інтернет-ресурсів
- 4) від родичів, друзів, сусідів
- 5) з спеціальної друкованої продукції (буклети, брошури)
- 6) в релігійній організації
- 7) із іншого джерела, вкажіть: _____

Із яких джерел Ви отримували інформацію про шкідливість щеплення проти COVID-19?

- 1) від медичного працівника
- 2) із засобів масової інформації (телевізор, радіо, журнали)
- 3) з інтернет-ресурсів
- 4) від родичів, друзів, сусідів
- 5) з спеціальної друкованої продукції (буклети, брошури)
- 6) в релігійній організації
- 7) із іншого джерела, вкажіть: _____
- 8) не отримувала(в) такої інформації

Яке джерело інформації про щеплення проти COVID-19 є найбільш важливим для Вас?

- 1) від медичного працівника
- 2) із засобів масової інформації (телевізор, радіо, журнали)
- 3) з інтернет-ресурсів
- 4) від родичів, друзів, сусідів
- 5) з спеціальної друкованої продукції (буклети, брошури)
- 6) в релігійній організації

Чи достатньою була для Вас інформація щодо щеплення проти COVID-19?

- 1) Так, достатня повністю
- 2) Достатня, але хотілося б ще отримати
- 3) Скоріше достатня
- 4) Скоріше недостатня
- 5) Недостатня

Чи згодні Ви, що масова вакцинація допоможе побороти пандемію COVID-19?

- 1) Так згоден
- 2) Скоріше згоден
- 3) Скоріше не згоден
- 4) Абсолютно не згоден

Чи щеплені Ви від COVID-19?

- 1) ні, не щеплений/а
- 2) Маю документи про щеплення
- 3) так, однією дозою
- 4) так, отримав/ла дві дози
- 5) так, отримав/ла дві дози та бустерну

Якщо Ви щеплені, якою вакциною Вам проведені щеплення проти COVID-19?

- 1) Covishield
- 2) Astra Zeneca
- 3) Coronavac
- 4) Pfiser
- 5) Moderna
- 6) Комбінували для різних щеплень (тоді все ж позначте кілька)
- 7) Не пам'ятаю

Якщо Ви щеплені, з якої причини Ви вирішили вакцинуватися проти COVID-19?

- 1) Власний захист
- 2) Захист близьких та рідних

- 3) Рекомендація дільничного лікаря
- 4) Необхідність для допуску на робочому місці
- 5) Можливість відвідувати громадські місця, транспорт без обмежень

Якщо Ви нещеплені проти COVID-19, яка найбільш вагома причина відмови від щеплення?

- 1) Стан власного здоров'я, зокрема, наявність хронічних захворювань
- 2) Побоювання з приводу побічних ефектів від вакцинації
- 3) Сумніви в якості вакцин
- 4) Сумніви в ефективності вакцин
- 5) Це просто бізнес фармкомпаній
- 6) Нема причин просто ще не дійшли руки

Чи будете щеплювати Вашу дитину від COVID-19, якщо вакцини дозволять до використання в дитячому віці?

- 1) Так, в найкоротші терміни
- 2) Так, за рекомендацією дільничного лікаря
- 3) Скоріше так, але подивлюся на досвід інших
- 4) Скоріше ні, але можу змінити думку задежно від обставин
- 5) Скоріше ні
- 6) Ні за жодних обставин

ОПИТУВАЛЬНИК ЩОДО ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ВАКЦИНАЦІЇ СТУДЕНТАМ

1. В якій області Ви проживаєте?
2. Ваша стать:
3. Ваш вік:
4. Яка Ваша зайнятість у цей період?
5. Наскільки Ви вважаєте себе поінформованим/ою про переваги вакцинації?*
- *надайте оцінку рівню та кількості отримуваної Вами інформації про переваги вакцинації"
6. Які джерела інформації про вакцинацію ви використовуєте?*
7. Яким джерела інформації про вакцинацію ви найбільше довіряєте?*
8. В яких джерелах ви стикалися з негативною інформацією щодо планової вакцинації
9. Чи відомо Вам, які щеплення наразі виконуються за Календарем профілактичних щеплень в Україні?
10. Чи підтримуєте Ви вакцинацію за Календарем щеплень як ефективний спосіб профілактики захворювань та захисту здоров'я громади?
11. Чи проводили Вам в дитинстві вакцинацію?
12. Як ви ставитеся до вакцинації загалом?
13. Що для Вас може стати перешкодою для отримання щеплення?
14. Якщо б Ви проводили вакцинацію собі чи близьким, то де:
15. Які фактори найбільше мотивували б Вас робити щеплення собі чи близьким?

16. Відмітьте, будь ласка, з якими твердженнями Ви згодні / не згодні: [Я не можу захворіти на це захворювання, якщо я вакцинований]
17. Відмітьте, будь ласка, з якими твердженнями Ви згодні / не згодні: [Окремі вакцини можуть викликати побічний ефект]

18. Відмітьте, будь ласка, з якими твердженнями Ви згодні / не згодні: [Введення додаткової кількості вакцин може збільшити ризик побічних ефектів]
19. Відмітьте, будь ласка, з якими твердженнями Ви згодні / не згодні: [Мені весь час недостатньо інформації про вакцинацію]
20. Відмітьте, будь ласка, з якими твердженнями Ви згодні / не згодні: [Обов'язкова вакцинація є посяганням на права людини]
21. Чи щеплені Ви від COVID-19?
22. Чи достатньою була для Вас інформація щодо вакцинації під час початкових занять?
23. Чи має для Вас значення країна-виробник вакцин?
24. Яку інформацію про щеплення Ви б хотіли отримати додатково?

https://docs.google.com/forms/d/1A0b2a-CfKMCYSvMBvQdPycocywIfunACKMIx_-ABc0Q

Додаток В

**ОПИТУВАЛЬНИК ЩОДО ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ВАКЦИНАЦІЇ
МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ**

1. В якій області Ви проживаєте?
2. Ваша стать:
3. Ваш вік:
4. Яка Ваша зайнятість у цей період?
5. Вкажіть, будь ласка, Ваш рівень освіти:
6. Наскільки Ви вважаєте себе поінформованим/ою про переваги вакцинації?*
- *надайте оцінку рівню та кількості отримуваної Вами інформації про переваги вакцинації"
7. Які джерела інформації про вакцинацію ви використовуєте?*
8. Яким джерела інформації про вакцинацію ви найбільше довіряєте?*
9. В яких джерелах ви стикалися з негативною інформацією щодо планової вакцинації
10. Чи відомо Вам, які щеплення наразі виконуються за Календарем профілактичних щеплень в Україні?
11. Чи підтримуєте Ви вакцинацію за Календарем щеплень як ефективний спосіб профілактики захворювань та захисту здоров'я громади?
12. Чи проводили Вам в дитинстві вакцинацію?
13. Чи Ваші діти вакциновані за Календарем щеплень?
14. Як ви ставитеся до вакцинації загалом?
15. Що для Вас може стати перешкодою для отримання щеплення?
16. Якщо Ви проводите вакцинацію собі чи дітям, то де:
17. Які фактори найбільше мотивують Вас робити щеплення собі й дитині?
18. Як Ви вважаєте, після чого ризик ускладнень вищий?
19. Чи щеплені Ви від COVID-19?
20. Чи достатньою була для Вас інформація щодо щеплення проти COVID-19?
21. Чи має для Вас значення країна-виробник вакцин?

22. Яку інформацію про щеплення Ви б хотіли отримати додатково?

<https://docs.google.com/forms/d/1xQCXvme-FFAQcpiWxFCVLiIKgMyD8ZuRHdxImkpQthU>