


95 Лили
Лилиева О.В.


ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России
Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно-исследовательская работа на тему
**«Анализ частоты и причин отказа родителей от проведения
вакцинации»**

Выполнила:
Обучающийся 5 курса 1 группы
педиатрического факультета
Егорова Анна Владимировна

Волгоград 2018г

Содержание:

1. Введение	стр. 3
2. Цель и задачи научно – исследовательской работы.....	стр. 4
3. Задачи научно – исследовательской работы.....	стр. 5
4. Основные определения и понятия.....	стр. 5
5. Теоретическая часть научно-исследовательской работы	стр. 13
6. Роль врача при работе с отказами от вакцинации.....	стр. 14
7. Собственное исследование.	стр. 15
8. Выводы.	стр. 20
9. Список литературы.	стр. 21
10.Приложение 1	стр. 22
11.Приложение 2.....	стр. 25

на доступность соответствующих услуг. Проблема является комплексной и зависит от контекста. Ее характер может изменяться в зависимости от времени, места и конкретного типа вакцины. Влияние оказывают такие факторы, как слабая информированность, беспечность, нежелание терпеть неудобства и самоуверенность [4].

Недоверие к вакцинации может быть следствием сомнений в безопасности вакцин, однако это лишь один из факторов, лежащих в основе этого явления. К формированию недоверия к вакцинации может приводить целый ряд факторов, таких как: негативные представления, основанные на мифах, например, о том что вакцинация приводит к бесплодию у женщин; дезинформация; недоверие к специалистам или к системе здравоохранения; влияние авторитетных фигур местных сообществ; необходимость нести расходы в связи с вакцинацией; географические барьеры, а также сомнения в безопасности вакцин [5].

Однако, как отмечают авторы, панацеи тут нет, равно как нет универсальной стратегии, которая могла бы быть применима каждый раз, когда возникает недоверие к вакцинации. Масштаб проблемы и конкретные условия могут быть разными, и их необходимо принимать в расчет при выработке конкретных стратегий повышения уровня приемлемости вакцинации среди населения. А для того, чтобы развеять страхи и сомнения и повысить приемлемость вакцинации, крайне важно эффективно выстраивать коммуникацию с населением [6].

II. Цель и задачи научно – исследовательской работы

Выявить частоту и причины отказа родителей от проведения вакцинации.

III. Задачи научно – исследовательской работы

1. Провести социально – психологический опрос респондентов имеющих различное отношение к необходимости проведения активной иммунизации.
2. Проанализировать частоту и причины отказа родителей от проведения вакцинации.
3. Провести беседы, которые будут способствовать формированию позитивного отношения родителей к вакцинации

IV. Основные определения и понятия

Вакцинация и иммунизация. Термин вакцина и вакцинация происходят от *вакка*, латинского термина, обозначающего корову. Вакцина была термином, использованным Эдвардом Дженнером для описания материала (например, вируса коровьей оспы), использованного, чтобы вызвать иммунитет к коровьей оспе. Термин вакцинация был использован Луи Пастером в 19-м столетии для обозначения физического действия применения любой вакцины или анатоксина.

Иммунизация – более расширенный термин, включающий индуцирование или «снабжение» иммунитетом путём применения иммунобиологических средств. Иммунизация может быть активной или пассивной. Активная иммунизация – это продукция антител или развитие другого иммунного ответа через применение вакцины или анатоксина. Пассивная иммунизация означает обеспечение временного иммунитета путём применения готовых антител. Хотя лица часто используют термины «вакцинация» и «иммунизация» взаимозаменяемо в отношении активной иммунизации, термины не являются синонимами, поскольку применение

иммунобиологических препаратов не может быть автоматически равным развитию адекватного иммунитета.

Вакцина. Суспензия живых (обычно ослабленных – аттенуированных) или инактивированных микроорганизмов (например, бактерий или вирусов) или фракций из них, применённых для индуцирования иммунитета и предупреждения инфекционных заболеваний или их последствий. Некоторые вакцины содержат с высокой степенью определённые антигены (например, полисахарид *Haemophilus influenzae* типа b или поверхностный антиген гепатита B); другие имеют антигены, которые являются комплексными или не полностью определёнными (например, антигены коклюшной палочки – *Bordetella pertussis* или живые аттенуированные вирусы).

Классификация

вакцин:

1) *Вакцины живые* составляют примерно половину из всех применяемых в практике вакцин. Живые вакцины при введении в организм (обычно в дозе 1 тыс.-1 млн. клеток) приживаются, размножаются, вызывают вакцинальный процесс и формирование активного иммунитета против соответствующего возбудителя. Вакцины получают из аттенуированных вакцинных штаммов или из непатогенных для человека природных (дивергентных) штаммов, имеющих общие антигенные свойства с болезнетворными патогенными штаммами представляют собой взвеси выращенных на различных питательных субстратах вакцинных штаммов. Основным свойством живого аттенуированного штамма, используемого в производстве вакцин, является стойкая утрата вирулентности при сохранении способности вызывать иммунную реакцию, схожую с естественной. Вакцинный штамм размножается в организме хозяина и индуцирует клеточный, гуморальный, секреторный иммунитет.

создавая защиту всех входных ворот инфекции. *Главными преимуществами живых вакцин являются:*

- высокая напряженность, прочность и длительность создаваемого ими иммунитета;
- возможность применения не только путем подкожного введения, но и другими, более простыми путями (накожно, перорально, интраназально).

Живые вакцины имеют ряд недостатков:

- сложно комбинируются и плохо дозируются;
- категорически противопоказаны людям, страдающим иммунодефицитом;
- вызывают вакцинно-ассоциированные заболевания
- относительно нестабильны;
- естественно циркулирующий дикий вирус может тормозить репликацию вакцинного вируса и снизить эффективность вакцины; это отмечалось в отношении вакцинных штаммов полиовируса; размножение которого может подавляться при инфицировании другими энтеровирусами.

В процессе производства, транспортировки, хранения и применения живых вакцин, находимо строго соблюдать меры, предохраняющие микроорганизмы от гибели и гарантирующие сохранение активности препаратов (холодовая цепь).

В Российской Федерации живые вакцины широко применяют с целью специфической профилактики полиомиелита, кори,

эпидемического паротита, гриппа, туберкулеза, чумы, туляремии, бруцеллеза, сибирской язвы.

2) *Убитые вакцины* (инактивированные) получают путем получаемые путем инактивации выращенных штаммов различными методами таким способом, который приводит лишь к минимальному повреждению структурных белков. Чаще всего с этой целью прибегают к мягкой обработке формалином, фенолом, спиртом. Инактивируют нагреванием при температуре 56 С в течение 2-х часов, УФ-лучами. Иммуногенность инактивированных вакцин ниже в сравнении с живыми, иммунитет менее напряженный и непродолжительный.

Убитые вакцины имеют следующие преимущества:

- 1) хорошо комбинируются, дозируются;
- 2) не вызывают вакцинно-ассоциированных заболеваний
- 3) применяются у людей, страдающих иммунодефицитами

В Российской Федерации применяют убитые вакцины (против брюшного тифа, холеры, бешенства, гриппа, клещевого энцефалита, лентосириоза, коклюша.

Лечебные убитые вакцины против бруцеллеза, дизентерии, гонореи, стафилококковых инфекций. Лечебный эффект достигается за счет активации работы иммунной системы и факторов естественной резистентности организма. Лечебные убитые вакцины применяют при хронических, вялотекущих инфекциях: вводят в/мышечно, дозировано под контролем состояния больного.

К недостаткам корпускулярных вакцин (живых и убитых) следует отнести наличие в их составе большого количества «балластных» АГ и других компонентов, не участвующих в формировании специфической защиты; они способны оказывать токсическое и/или аллергизирующее влияние на организм.

3) *Химические вакцины* содержат отдельные компоненты (обладающие иммуногенностью) извлекаемые из микроорганизмов различными химическими методами *Химические вакцины имеют следующие преимущества:*

— менее реактогенны, пригодны для детей дошкольного возраста

Химические вакцины имеют ряд недостатков:

— иммуногенность химических вакцин ниже в сравнении с живыми, поэтому часто в такие препараты добавляют адъювант (гидрат окиси алюминия).

В Российской Федерации применяют вакцины для профилактики брюшного и сыпного тифов, менингококковую, гриппозную и др.

4) *Анатоксины*, анатоксины, получают путем обезвреживания формалином токсинов, являющихся продуктом метаболизма некоторых патогенных микроорганизмов. Они предназначены для иммунизации людей, используются в виде очищенных, концентрированных препаратов, адсорбированных на гидрате окиси алюминия. Для очистки их от балластных веществ нативные анатоксины подвергают специальной обработке различными химическими методами, в результате чего препараты не только освобождаются от балластных веществ, но и концентрируются по объему, что позволяет вводить необходимую дозу препарата в

значительно меньшем объеме. Иммунная система человека не способна эффективно отвечать на одновременное введение нескольких антигенов. Адсорбция антигенов резко повышает эффективность вакцинации. Это объясняется тем, что в месте инъекции адсорбированного препарата создается «депо» антигенов, характеризуется замедленным их всасыванием; дробное поступление антигена из места инъекции обеспечивает эффект суммации антигенного раздражения и резко повышает иммунный эффект.

Анатоксины имеют следующие преимущества:

- препараты относительно термостабильны, однако

Анатоксины имеют ряд недостатков:

- индуцируют только антитоксический иммунитет, что не позволяет предотвратить бактерионосительство и локализованные формы заболеваний

- не допускается замораживание адсорбированных препаратов (АДС, АС, АД, АДС-м, и т.д.).

- требуются повторные ревакцинации

Синтетические и полусинтетические вакцины. разрабатываемые в рамках проблемы повышения эффективности и снижения побочного действия вакцин, состоят из антигена или его детерминанта в молекулярном виде, полимерного носителя (для придания макромолекулярности) и адьюванта, неспецифически повышающего иммуногенность АГ. В качестве носителя используют полиэлектролиты (винилпирролидон, декстран), с которыми соединяют АГ. Разрабатываются синтетические вакцины против гриппа, гепатита В и др.

5) *векторные вакцины* получают генно-инженерным способом. Получены сотни рекомбинантных штаммов бактерий, вирусов, дрожжей, несущих определенный антиген (например, сальмонеллезная вакцина против гепатита В)

6) *молекулярные вакцины* получают путем биосинтеза (анатоксины) или химического синтеза (антигенные компоненты ВИЧ, гепатитов); молекулярные генноинженерные вакцины получают из протективных антигенов, которые нарабатывают рекомбинантные штаммы микроорганизмов (вакцина дрожжевая против гепатита В, против малярии и др.).

7) *Ассоциированные вакцины (поливакцины)* включают антигены нескольких микробов и нередко в различных видах (убитые клетки, анатоксины и др.), что позволяет одновременно иммунизировать против нескольких инфекций.

В РФ используют одну ассоциированную вакцину АКДС (вакцина АКДС содержит убитые коклюшные бактерии и 2 анатоксина - дифтерийный и столбнячный); за рубежом широко используют ассоциированные вакцины - тетракокк (коклюш, дифтерия, столбняк, полиомиелит); вакцина MMR (корь, эпидемический паротит, краснуха) и др.

Национальный календарь прививок – документ, утверждаемый приказом Минздрава РФ, который определяет сроки и типы вакцинаций (профилактических прививок), проводимых бесплатно и в массовом порядке в соответствии с программой обязательного медицинского страхования (ОМС).

Неблагоприятное событие. Неблагоприятное событие, которое появляется после вакцинации, которое может быть вызвано препаратом вакцины или вакцинальным процессом.

Неблагоприятные события включают такие, которые имеют следующие характеристики: 1) индуцированные вакциной (вызванное существенными свойствами вакцинного препарата и индивидуальным ответом на вакцину): эти события не могут появиться без вакцинации (например, вакцино-ассоциированный паралитический полиомиелит); 2) потенцированные вакциной: события могут появиться тем же или иным путём, но провоцируются или ускоряются вакцинацией (например, первые фебрильные судороги у предрасположенных детей); 3) программные ошибки: события были вызваны техническими ошибками в производстве вакцинных препаратов, их хранении или применении; и 4) случайные: событие имело временную связь с вакцинацией будучи случайным или вызванным основным (фоновым) заболеванием. Необходимы специальные исследования, чтобы определить, является ли неблагоприятное событие реакцией на вакцину или результатом другой причины.

Неблагоприятная (нежелательная) реакция. Нежелательные медицинские состояния, которые демонстративно вызваны вакцинацией. Доказательства причинных отношений обычно получают с помощью рандомизированных клинических исследований, контролируемых эпидемиологических исследований, изоляцией вакцинных штаммов из мест поражения или возвратом состояния при повторении вакцинации (например, рецидивом); синонимы включают побочные эффекты и нежелательные эффекты.

Адьювант. Компоненты вакцины, отличные от антигена, которые усиливают ответ на антиген.

Антитоксин. Раствор антител против токсина. Антитоксин может быть или человеческого происхождения (например, столбнячный иммуноглобулин), или из животных (обычно лошадиного) источников (например, дифтерийный или ботулинический антитоксин). Антитоксины используются для надления пассивным иммунитетом и для лечения.

Анатоксин. Модифицированный бактериальный токсин, который превращён в нетоксичный, но сохраняет способность стимулировать образование антител к токсину.

Антивакцино́наторство, также антипрививочное движение, **противопрививочное движение** — общественное движение, оспаривающее эффективность, безопасность и правомерность вакцинации, в частности — массовой вакцинации.

V. Теоретическая часть научно-исследовательской работы

Проведен социально – психологический опрос 100 респондентов (18 мужчин и 82 женщины).. В зависимости от отношения к иммунопрофилактике было выделено 3 группы: положительно относящиеся к вакцинопрофилактике (65%), отрицательно относящиеся (28%), и родители, не сформировавшие своего отношения к вакцинации (7%). Каждому участнику опроса была предложена анонимная анкета (приложение 1), вопросы в которой делились на тематические блоки: личные данные, социальный статус семьи, наличие или отсутствие у ребенка хронических заболеваний, уровень информированности родителей об иммунопрофилактике и основные источники получения сведений о вакцинации, уровень доверия информации полученной от медицинских работников. Вакцинальный анамнез 136 детей был взят из истории развития ребёнка (форма № 112/у). Все данные, полученные в ходе исследования, обработаны с помощью стандартной компьютерной программы Microsoft Excel с определением вероятности

различий по t- критерию Стьюдента. Статистически значимые различия определялись при $p < 0,05$.

VI. Роль врача при работе с отказами от вакцинации

Разговор врача с папой или мамой, которые не хотят вакцинировать детей, — весьма щекотливая тема. Порой отказ опасен распространением инфекции, угрожает не только конкретной семье, но и обществу в целом. В такие моменты педиатр испытывает тревогу, огорчение и даже раздражение. Ведь среди причин подобной установки не только распространение «антипрививочной» информации в интернете, но и недоверие к медицине.

Первые шаги на пути к продуктивному диалогу — подбор контраргументов и самообразование. Исследования, проведенные в США [7], показали, что чаще соглашаются на иммунизацию те взрослые, кому подробно объяснили все плюсы процедуры, успешно мотивировали и развеяли сомнения, ответив на вопросы. Часто мы являемся плохими слушателями. Из-за нехватки времени перебиваем пациента, не даем ему высказаться, не считаем серьезными его опасения.

Психологи советуют отказаться от командного тона при разговоре: осуждения родителей или угроз. Психологический контакт может оказаться даже более важным, чем аргументированное опровержение мифов вакцинации. Мы забываем, что родители пишут отказ из-за беспокойства о ребенке, а не из вредности. Надо сказать: «Я понимаю ваше волнение, тоже знаком с этой информацией».

Нам проще считать, что мамы и папы совершают глупую ошибку, поступают безответственно. Но такая позиция ставит врача и пациента по разные стороны баррикады. Одинаково негативно воспринимаются чрезмерное

употребление медицинской терминологии и примитивная снисходительная речь. Наша задача — убедить, что мы не хотим конфликта и желаем добра ребенку.

Наиболее часто встречаются сомневающиеся. Они выслушивают все стороны, но к окончательному мнению так и не приходят. Нужно брать инициативу в свои руки, спрашивать о страхах и аргументированно их опровергать. Нелишним будет сказать о результатах исследований, подтверждающих безопасность прививок. Как правило, это думающие родители, поэтому им можно дать перечень сайтов без антипрививочных баталий — только с информацией, основанной на доказательной базе.

Иногда родители не представляют себе всей тяжести заболевания, поэтому нелишним будет подробно описать симптомы, объяснить, чем рискует.

Наконец, тщательно документируйте не только отказ от вакцинации, но и сами беседы, скрепляя подписью родителя (приложение 2). Это обезопасит врача от возможных упреков, а взрослых заставит лишний раз задуматься, правильно ли они поступают.

***III.* Собственное исследование.**

В зависимости от отношения родителей к вакцинации показатели распределились следующим образом:

— в первой группе респондентов (родители, позитивно относящиеся к вакцинопрофилактике) 56% детей привиты согласно календарю, 42% — по индивидуальному графику, 1% привит только в роддоме и 1% не получили ни одной прививки;

— во второй группе (негативно относящиеся к вакцинации родители) только 12% детей привиты согласно календарю прививок, 42% — по индивидуальному графику (большинство из них привиты только БЦЖ и АКДС-1, -2, -3), 7% вакцинированы только в роддоме и 9% не привиты;

— в третьей группе (родители, не сформировавшие своего отношения к вакцинации) соответственно календарю прививок вакцинированы детей 45% детей, 45% — по индивидуальному графику, 9% — привиты только в роддоме (диаграмма № 1).

Диаграмма № 1 Охват прививками в группах детей, у родителей которых отношение к необходимости проведения прививок было различным.



Интересным фактом явилось нежелание 2% респондентов первой группы (то есть положительно относящихся к иммунопрофилактике) вакцинировать своих детей, мотивируя отказ наличием у ребенка хронического заболевания.

Осуществлен анализ причин принятия негативного решения о проведении прививок у детей, а также проведена оценка степени влияния определенных медико-социальных факторов на формирование отношения родителей к иммунопрофилактике (рис. 1).

Рис. 1 Частота указания причин отказа от вакцинации



Так же было собрано мнение о том, что: проведение активной иммунизации бесполезно (15%), вакцинация не нужна, так как дифтерия, полиомиелит, коклюш, паротит, столбняк в нашей стране встречаются редко (12%), прививки ослабляют иммунную систему (39%), несколько вакцинальных компонентов в одном шприце – слишком большая нагрузка на иммунитет ребенка (26%), прививки представляют собой угрозу для духовного и психического развития ребенка (8%).

Возраст родителей практически не определял их отношения к необходимости проведения вакцинации у детей. Однако следует отметить, что родители

старше 40 лет достоверно чаще считают, что проведение прививок у детей является важным профилактическим мероприятием, которое необходимо выполнять согласно срокам календаря прививок ($p < 0,05$).

Уровень образования родителей существенно предопределял принятие решения о проведении прививок. Так, большинство родителей с высшим образованием демонстрировали выраженную убежденность в необходимости вакцинации детей.

Большинство родителей детей с хроническими заболеваниями считают, что вакцинация может спровоцировать обострение. Наиболее высокие показатели отказа к проведению активной иммунизации отмечены у родителей, у детей которых были диагностированы врожденный порок сердца (13%), хронические заболевания пищеварительного тракта (26%), хронический тонзиллит (31%), бронхиальная астма (30%). Наличие у ребенка аллергических реакций достоверно снижает приверженность родителей к иммунопрофилактике ($p < 0,05$).

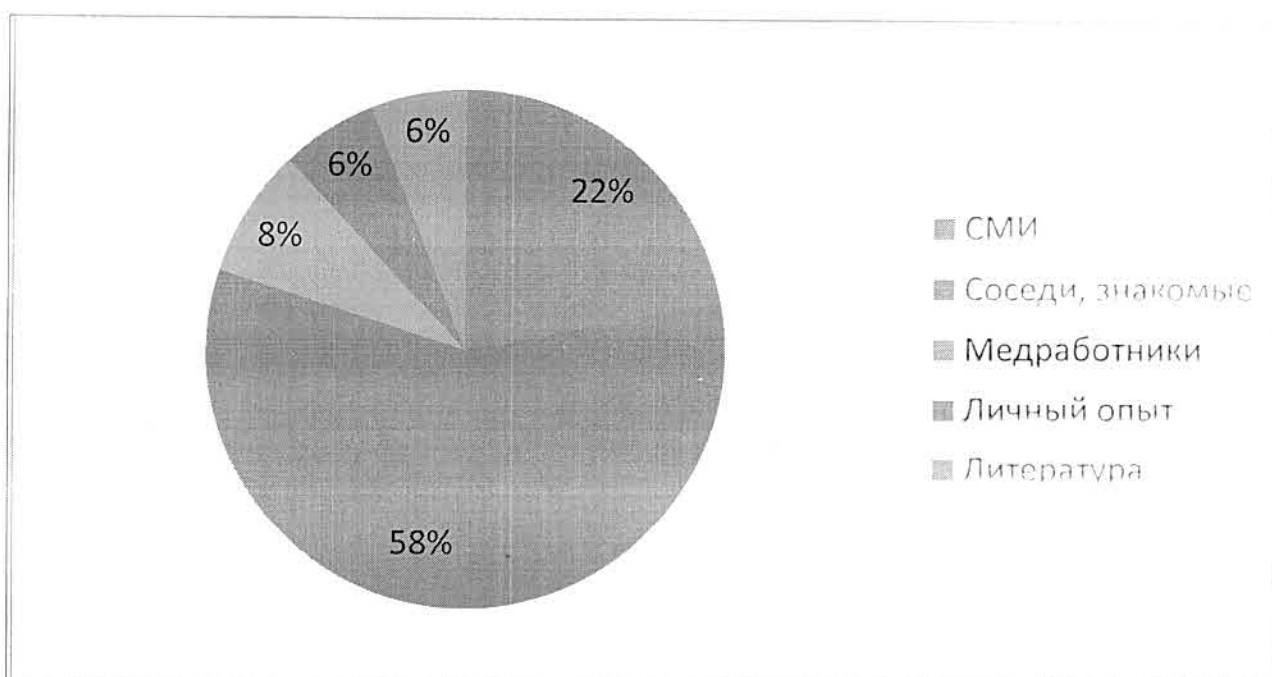
Несмотря на наличие наглядной информации в медицинских учреждениях и разъяснительные беседы врачей, информированность родителей по основным вопросам иммунопрофилактики остается крайне низкой: 65 % родителей не знают о календаре прививок, 40 % — не знают о необходимости ревакцинации для создания и поддержания достаточного уровня защитных антител. Все опрошенные родители путают понятия «поствакцинальная реакция» и «поствакцинальное осложнение» и имеют ошибочные представления о том, какие состояния могут быть осложнениями иммунопрофилактики. В связи с этим 70% родителей преувеличивают частоту возникновения поствакцинальных осложнений. Родители мало

проинформированы об опасности вакциноконтролируемых заболеваний и эффективности вакцинопрофилактики.

Среди опрошенных родителей лишь 58 % знают, от чего защищает БЦЖ, 43 % — о том, какие инфекции предупреждает АКДС; о КПК знают только 29 % родителей.

В последнее время неоднократно отмечался факт снижения доверия населения к информации, полученной от медицинских работников. Это подтверждено результатами нашего исследования: только 37 % родителей руководствовались советом врача при принятии решения о вакцинации ребенка, остальные 63 % респондентов больше доверяли информации, полученной от родственников, знакомых, из материалов Интернета и других СМИ (рис. 2).

Рис. 2 Частота регистрации источников негативной информации о вакцинации



VIII. Выводы.

Основными причинами отказа от вакцинации являются: страх развития возможных осложнений; ложное мнение о том, что проведение активной иммунизации бесполезно, прививки ослабляют иммунную систему; негативная информация, полученная из материалов СМИ, от родственников и знакомых, о конкретных случаях осложнений или летальных исходах, явившихся результатом вакцинации.

Необходимо усилить сотрудничество медицинской общественности и СМИ в популяризации активной иммунизации как безальтернативного метода профилактики основных инфекционных заболеваний, который моделирует инфекционный процесс с предсказуемым благоприятным исходом и предупреждает возможность последующего развития определенных болезней, которые могут протекать с непредсказуемым исходом.

IX. Список литературы.

1. Приказ Минздрава № 125н от 21 марта 2014 года «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям»
2. Абатуров А.Е., Агафонова Е.А., Седунова О.В. Значение медико-социальных факторов в формировании отношения родителей к иммунопрофилактике // ЗР. 2013. №7 (50).
3. Дмитрук В.И., Заславська Г.О. Иммунопрофилактика инфекционных заболеваний у детей: достижения и проблемы. Антивакцинальное движение как фактор препятствия в проведении иммунизации населения // АИ. 2017. №4.
4. Мац А. Н., Гольдштейн А. В. Антипрививочная дезинформация относительно частоты побочных эффектов и токсичности вакцин // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. — 2015. — № 2. — С. 111—118.
5. Jain A. et al. Autism Occurrence by MMR Vaccine Status Among US Children With Older Siblings With and Without Autism (англ.) // JAMA : журнал. — 2015. — Vol. 313
6. Recommended Immunization Schedule for Children and Adolescents Aged 18 Years or Younger, United States, 2018. CDC.
7. <http://www.who.int/immunization/documents/positionpapers/ru/>

Приложение 1

Анкета

Данное исследование – анонимное и добровольное. Если Вы согласны принять участие в исследовании, заполните, пожалуйста, анкету, подчеркнув нужное для поставив галочку в квадрате, можно написать свое мнение в пункте «другое». Вопросы не касаются проб Манту и Диаскинтеста. В тестировании могут участвовать лица старше 15 лет.

1. Ваш возраст:

- до 20 лет; 21 - 55лет; старше 50 лет;

2. Пол: мужской; женский;

3. Образование: высшее, среднее, общее основное.
 общее полное, другое _____

4. Отношение к вакцинации:

- положительное, делаю профилактические прививки своим детям и себе
 положительное, делаю прививки детям, себе никогда или другое _____
 неоднозначное, поэтому пока воздерживаюсь от прививок
 отрицательное в отношении некоторых вакцин, каких _____
 отрицательное, категорически против прививок

5. Если Вы отказываетесь о прививок укажите следующее.

5.1. Основная причина отказа от иммунизации взрослого человека:

- религиозные убеждения
 вред от прививок превышает риски заражения
 боюсь побочных эффектов
 не доверяю медицинским работникам
 не вижу необходимости
 другое _____

5.2. Основная причина отказа от иммунизации ребенка:

- религиозные убеждения
 вред от прививок превышает риски заражения
 боюсь побочных эффектов
 не доверяю медицинским работникам
 не доверяю российским вакцинам
 не доверяю импортным вакцинам
 не вижу необходимости
 считаю, что до определенного возраста ребенка прививать нельзя
 другое _____

5.3. Где Вы получаете информацию о прививках:

- из СМИ (телевидение, радио, газеты, интернет) (нужное подчеркнуть)
- в религиозных конфессиях;
- от медицинского работника;
- от знакомых;
- я не информирован (а) о необходимости прививок;
- другое _____

5.4. Знаете ли Вы, что:

- у непривитых есть высокий риск заболевания инфекциями, развития тяжелых и осложненных форм заболеваний
- существуют ограничения при трудоустройстве
- возможны ограничения при посещении детского коллектива в случае возникновения заболеваемости
- при вакцинации детей против полиомиелита живой вакциной в организованным коллективе будет рекомендовано непривитых детей вывести в другие группы (другие учреждения)

5.5. Есть ли необходимость в получении дополнительной информации о прививках, чтобы повысить уровень Ваших знаний по вакцинопрофилактике:

- нет
- да
 - в виде консультирования с врачом-иммунологом
 - в виде консультирования в другом медицинском учреждении
 - в виде получения информационных памяток
 - в виде возможности консультироваться на постоянно действующей «горячей линии»
 - другое мнение _____

5.6. Считаете ли Вы что вакцина способна спровоцировать обострение хронического заболевания? _____

5.7. Знаете ли Вы о календаре прививок? _____

5.8. Знаете ли Вы о необходимости ревакцинации для поддержания иммунитета? _____

5.9. Знаете ли Вы от чего делается вакцина БЦЖ? АКДС? _____

5.10. Дайте определение: поствакцинальная реакция это –

- различные изменения состояния ребенка, которые развиваются после введения вакцины и проходят самостоятельно в течение небольшого промежутка времени. Они не представляют собой угрозу и не приводят к стойкому нарушению здоровья.
- стойкие изменения в организме человека, которые произошли после введения прививки. В этом случае нарушения являются длительными, значительно выходят за рамки физиологической нормы и влекут за собой разнообразные нарушения здоровья человека.

5.11. Считаете ли Вы что :

- проведение активной иммунизации бесполезно

- вакцинация не нужна, так как дифтерия, полиомиелит, коклюш, паротит, столбняк в нашей стране встречаются редко
- прививки ослабляют иммунную систему
- несколько вакцинальных компонентов в одном шприце – слишком большая нагрузка на иммунитет ребенка
- прививки представляют собой угрозу для духовного и психического развития ребенка

БЛАГОДАРИМ ВАС ЗА УЧАСТИЕ!

Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;

г) о выполнении предписаний медицинских работников.

2. Я проинформирован(а) о том, что в соответствии с пунктом 2 статьи 8 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ “Об иммунопрофилактике инфекционных болезней”¹ отсутствие профилактических прививок влечет:

запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;

временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;

отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями (Постановление Правительства Российской Федерации от 15 июля 1999 г. № 828 “Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок”²).

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

¹ Собрание законодательства Российской Федерации. 1998, № 38, ст. 4736; 2000, № 33, ст. 3348; 2003, № 2, ст. 167; 2004, № 35, ст. 3607; 2005, № 1 (ч. I), ст. 25; 2006, № 27, ст. 2879; 2007, № 43, ст. 5084; № 49, ст. 6070; 2008, № 30 (ч. II), ст. 361; № 52 (ч. I), ст. 6236; 2009, № 1, ст. 21.

² Собрание законодательства Российской Федерации. 1999, № 29, ст. 3766.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки

_____ (название прививки)

возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и:

добровольно соглашаюсь на проведение прививки³

_____ (название прививки)

(добровольно отказываюсь от проведения прививки

_____ (название прививки)

несовершеннолетнему

_____ (указывается фамилия, имя, отчество и год рождения
несовершеннолетнего
в возрасте до 15 лет/несовершеннолетнего больного наркоманией
в возрасте до 16 лет)

Я, нижеподписавшийся(аяся)⁴

_____ (фамилия, имя, отчество родителя (иного законного
представителя) несовершеннолетнего в возрасте до
15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией
в возрасте до 16 лет)/несовершеннолетнего
в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего
больного наркоманией
в возрасте старше 16 лет)

Дата _____

_____ (подпись)

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок несовершеннолетнему, и дал ответы на все вопросы.

Врач _____

Дата _____

_____ (фамилия, имя, отчество)

_____ (подпись)

³ Нужно подчеркнуть.

⁴ Заполняется для несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетних больных наркоманией в возрасте до 16 лет.

Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренная рабочей программой производственной практики «Производственная клиническая практика (помощник врача детской поликлиники, научно-исследовательская работа)» обучающегося 5 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия 4 группы

Егорова Анна Владимировна

Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Стиль изложения материала логичен. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведенного анализа недостатков не выявлено.

Все разделы логично и последовательно отражают все вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует хорошее знание современного состояния изучаемой проблемы, четко и ясно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные и нерешенные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на удовлетворительное знание автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы, дан глубокий анализ, свидетельствующий о научной зрелости автора. Сформулированные выводы логично вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым литературным языком, автор не использовал сложных синтаксических конструкций, материалы изложены связно и последовательно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал обширен, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала, обоснованы и подтверждены результатами статистического анализа.

Работа представляет собой завершенное научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Полякова