

Cijepljenje i komunikacija

Vaccination and communication

Gordana Pelčić

Sažetak. Cijepljenje je najdjelotvornija metoda u prevenciji zaraznih bolesti, projekt javnog zdravstva prošlog stoljeća koji je spasio dva do tri milijuna djece godišnje diljem svijeta. Iako je cijepljenje zakonski obvezno u velikom broju zemalja i unatoč evidentnim epidemiološkim pokazateljima djelotvornosti cjepiva koji se očituju u znatno manjoj incidenciji preventibilnih dječjih zaraznih bolesti (eradikacija velikih boginja, eradikacija polio u velikom dijelu svijeta), sve je veći broj roditelja koji odbijaju cijepljenje svojeg djeteta, što je rezultiralo porastom broja necijepljene djece i pojavom većih ili manjih epidemija preventibilnih dječjih zaraznih bolesti. Razlog sve većeg broja necijepljene djece može se naći u strahu roditelja od nuspojava cjepiva i sumnji u djelotvornost cijepljenja, neadekvatnoj komunikaciji sa zdravstvenim djelatnicima i priklanjanju informacijama koje se mogu dobiti od antivakcionalnih pokreta. Roditelji mogu dobiti informacije iz različitih izvora: od djelatnika javnog zdravstva, pedijatara i drugih zdravstvenih radnika koji rade s djecom, članova obitelji, prijatelja, medija (tiskovnih, TV-a), s blogova, različitih internetskih izvora, interesnih skupina i udruga, antivakcionalnih pokreta. Prema recentnim istraživanjima liječnici su još uvijek preferirani izvor informacija od kojeg roditelji žele dobiti informaciju o cijepljenju. Stoga je dužnost liječnika poznavati moguće modele komunikacije kako bi mogao pružiti kvalitetnu informaciju vezanu uz cijepljenje. U ovom radu navedeno je nekoliko mogućih pristupa i načina komunikacije liječnika s roditeljima djece koja se cijepi. Analizom literature došli smo do saznanja kako nema jedinstvenog, standardiziranog načina komunikacije s roditeljima koji odbijaju cijepljenje. Svaki liječnik, poznajući temelje komunikacijskih modela i pristupa, modelirat će svoj pristup ovisno o situaciji i sugovorniku.

Ključne riječi: cijepljenje; dijete; informacija; komunikacija; zarazne bolesti

Abstract. Vaccination is one of the most effective methods in the prevention of infectious diseases, the last century public health project which accounts for the prevention of 2 to 3 million deaths in children each year worldwide. Despite the fact that vaccination is mandatory in a great number of countries and the evident epidemiological data that indicate the effectiveness of vaccination which is reflected in the significantly lower incidence of preventable childhood infectious diseases (eradication of smallpox, eradication of polio in the most countries of the world), there is an increasing number of parents who refuse to vaccinate their child, which results in increased number of unvaccinated children and occurrence of greater or smaller epidemics of preventable childhood diseases. The reason for an increased number of unvaccinated children could be explained by the parents' fear of vaccine side effects and by doubts in the effectiveness of vaccination, the inadequate communication with health care workers and wish to receive information from anti-vaccination movements. Parents could receive the information from different sources: public health employers, family members, friends, media, blogs, different Internet sources, and Internet social network, different interest groups and anti-vaccine movements. According to recent resources, the physicians are still the most preferable source of information from whom the parents want to receive the information about the vaccination. Therefore, the duty of physicians is to know the possible models of communication in order to provide the qualitative information regarding the vaccination. In this paper, several possible approaches and communication methods between doctors and parents are mentioned. Analyzing the literature, we have found out that there is no unique and standardized way of communication with vaccine-hesitant parents. Every physician should develop his or her way of communication regarding the situation and interlocutor, knowing the basic communication models and approaches.

Key words: children; communication; infectious diseases; information; vaccination

Dom zdravlja Primorsko-goranske županije,
Rijeka

Dopisni autor:

Doc. dr. sc. Gordana Pelčić
Dom zdravlja Primorsko-goranske županije
Turkovo bb, 51 000 Rijeka
e-mail: gordana.pelcic@medri.uniri.hr

<http://hrcak.srce.hr/medicina>

UVOD

Cijepljenje je do kraja 20. stoljeća promatrano kao jedno od velikih postignuća javnog zdravstva, kao medicinski postupak koji je smanjio smrtnost i morbiditet djece uzrokovane dječjim zaraznim bolestima¹. Smatra se da je cijepljenje spriječilo smrt dvaju do tri milijuna djece godišnje diljem svijeta^{1,2}. Cijepljenje se smatra najdjelotvornijom metodom u prevenciji zaraznih bolesti³, projektom javnog zdravstva koji je obilježio prošlo sto-

Cijepljenje je jedno od velikih postignuća javnog zdravstva, medicinski postupak koji je smanjio smrtnost i morbiditet djece uzrokovane dječjim zaraznim bolestima. Unatoč evidentnim epidemiološkim pokazateljima djelotvornosti cjepiva, sve se više susreću roditelji koji odbijaju cijepljenje svojeg djeteta. Rezultat tog trenda je pojava većih ili manjih epidemija preventibilnih dječjih zaraznih bolesti.

ljeće. Ipak, potrebno ga je izuzeti od drugih javnozdravstvenih projekata⁴ zbog svojih specifičnih individualnih i kolektivnih implikacija. Iako je cijepljenje zakonski obvezno u velikom broju zemalja, pa tako i u Hrvatskoj,^{4,6} i unatoč evidentnim epidemiološkim pokazateljima djelotvornosti cjepiva koji se očituju u znatno manjoj incidenciji preventibilnih dječjih bolesti (eradikacija velikih boginja, eradikacija polia u velikom dijelu svijeta), pedijatri diljem svijeta sve se više susreću s roditeljima koji odbijaju cijepljenje svog djeteta i agresivnim antivakcinalnim pokretima⁷⁻¹¹, popraćenih negativnom medijskom kampanjom^{2,3,12,13}, što je rezultiralo porastom broja necijepljene djece^{4,14,15}. Kao rezultat tog trenda imamo pojavu većih ili manjih epidemija preventibilnih dječjih zaraznih bolesti^{2-4,16,17}. Jacobson napominje kako antivakcinalni pokret razvija svoju povijest zajedno s vakcinalnim pokretom¹⁰ od 19. stoljeća nadalje. Moć današnjeg antivakcinalnog pokreta je u globalizaciji društva, brzini i doseg protoka informacija, internetu. Prema kalendaru, većina cijepljenja provodi se kod djece do pete godine života^{13,18}. Prihvatiti ili ne prihvatiti cijepljenje, dvojiti ili ne dvojiti oko cijepljenja – odluka je svakog roditelja. Roditelji odlučuju o zdravlju i cijepljenju svoje djece¹³. Zakonske mo-

gućnosti odbijanja cijepljenja razlikuju se od zemlje do zemlje^{3,5,6}. Zakonski je utemeljeno i opravdano odbiti cijepljenje radi medicinskih indikacija, u nekim zemljama su dopušteni vjerski¹⁹ te filozofski razlozi, kao i osobni razlozi^{2,3,15,17,20-22}.

S druge strane, razlozi odbijanja cijepljenja od strane roditelja također nisu homogeni, neki odbijaju cijepljenje iz religioznih ili filozofskih razloga, drugi jer smatraju da je cijepljenje suviše bolno za njihovu djecu ili jednostavno stoga što ne vjeruju kako dobiti cjepiva nadilazi njihov rizik^{2,14,23}. Zakonske posljedice necijepljenja su različite, provode se s različitim dosljednošću u pojedinim zemljama⁴⁻⁶. S obzirom na nedosljednost i upitnu mogućnost provedivosti obveznog cijepljenja u svakodnevnoj praksi zapadnog svijeta gdje se odlučivanje u medicini desetljećima temelji na poštovanju prava na autonomiju i informirani pristanak, liječnici, posebice pedijatri, trebaju istražiti druge mogućnosti koje će pripomoći održavanju dosadašnje razine procijepljenosti djece. Jedna od tih mogućnosti je svakako kvalitetna i produktivna komunikacija s roditeljima u kojoj će roditelji dobiti ključne informacije i odgovore na ranije navedena pitanja i dvojbe.

INFORMIRANJE RODITELJA

Liječnik je dužan informirati roditelje o sadržaju obveznog kalendara cijepljenja, kao i o mogućnosti cijepljenja cjepivima koja nisu u obaveznom kalendaru cijepljenja. Na osnovi informacija roditelj mora shvatiti važnost cijepljenja, kao i važnost pridržavanja vremenskog slijeda u kalendaru cijepljenja kako bi se postigla adekvatna zaštita djeteta. Isto tako, liječnik je dužan saslušati i odgovoriti na pitanja koja brinu roditelje. Roditelji žele biti saslušani, žele sudjelovati i žele odlučivati o zdravlju vlastite djece⁷. Roditelji žele sve najbolje svojem djetetu, žele mu zdravlje. Najčešća pitanja roditelja vezana su uz brigu kako postojeći kalendar cijepljenja opterećuje imunološki sustav djeteta, o maloj dobi djeteta u kojoj se započinje cijepljenje, o učestalosti cijepljenja i kombinaciji cjepiva, o mogućnosti postojanja subpopulacije djece predisponirane na dobivanje nuspojava (pozitivna obiteljska anamneza na autoimune bolesti) i na kraju, jesu li i koliko cjepiva uopće sigurna i djelotvorna²⁴. Odgovore na ta pitanja roditelji mogu dobiti od zdravstvenih djelatnika i medicin-

ski utemeljenih internetskih stranica ili od sekundarnih izvora koji nisu utemeljeni na znanstvenim činjenicama. Stav roditelja o cijepljenju ovisit će o izvoru i sadržaju informacija te o načinu komunikacije. Budućnost uspješnosti cijepljenja temelji se na podršci i prihvaćanju cijepljenja od strane roditelja, na održavanju kolektivnog imuniteta²⁵ te na istraživanjima novih cjepiva u kojima djeca više nisu u primarnom fokusu istraživanja¹. S obzirom na globalnu prisutnost antivakcionalnih pokreta i rasta trenda necijepljenja djece, Jacobson drži kako je prijenos informacija između liječnika i roditelja neadekvatan⁷.

Izvori informiranja

S obzirom na navedene činjenice provedena su brojna istraživanja^{13,24-28} o tome tko daje informacije vezano uz cijepljenje djece, na koji način su te informacije dane, kojem izvoru informacija roditelji vjeruju i kada roditelji uopće traže informaciju. Roditelji traže informacije i odgovore iz različitih izvora kao što su djelatnici javnog zdravstva, pedijatri i drugi zdravstveni radnici koji rade s djecom, članovi obitelji, prijatelji, mediji (tiskovni, TV), blogovi, različiti internetski izvori, interesne skupine i udruge²⁴. S obzirom na današnji način života gdje se velik dio socijalnih aktivnosti odvija u virtualnom svijetu, roditelji često nailaze na negativne konotacije vezane uz cijepljenje, na vrlo aktivne antivakcionalne socijalne virtualne mreže koje mogu imati negativne posljedice na odluku roditelja o cijepljenju kao i na partnerski odnos roditelja i liječnika². Brunson¹³ naglašava veliku ulogu internetskih socijalnih mreža gdje se roditelji „druže“, razmjenjuju informacije i iskustva. Takve mreže imaju veliku moć u distribuciji informacija i posljedično sve veću ulogu u stvaranju javnog i osobnog mišljenja o cijepljenju. Brunson je u svom istraživanju ukazala na velik postotak roditelja koji su „pripadnici“ određenih društvenih internetskih mreža, i to u postotku većem od 95 % u obje ispitne skupine, to jest u skupini onih koji podupiru i onih koji ne podupiru cijepljenje. Možemo zaključiti kako kvalitetna informacija uvelike pomaže roditeljima pri donošenju odluke za cijepljenje. S obzirom na izvor informiranja može se naglasiti kako je više istraživanja pokazalo da su liječnici još uvijek važan

izvor informacija kojem se roditelji obraćaju i kojem vjeruju^{3,12,24,26-28}. Postavlja se pitanje: ako su liječnici jedan od glavnih izvora informacija kojem roditelji vjeruju i kome se obraćaju, zašto je trend procijepljenosti djece u padu? Kako, kada i u kojoj mjeri liječnici daju informacije o cijepljenju roditeljima? Ova pitanja izazov su za sve zdravstvene radnike koji se bave cijepljenjem bez obzira na zemlju u kojoj žive i rade. Zbog toga je *Institute of Medicine* u Sjedinjenim Američkim Državama (SAD) izdao svoje izvješće „*The Childhood Immunization Schedule and Safety: Stakeholder Concerns, Scientific Evidence, and Future*“ u kojem naglašava potrebu identifikacije problema u komunikaciji i informiranju roditelja i iznošenju rješenja vezano uz komunikacijske tehnike koje bi primjenjivali zdravstveni radnici koji se bave cijepljenjem²⁴.

Odluka o cijepljenju

Kvaliteta informacije mora biti takva da roditelja potakne iz faze informiranosti na fazu preporučenog djelovanja, na akciju, odnosno cijepljenje²⁹. Odluka o cijepljenju je kompleksna psihološki i kognitivno. Psihološki, roditelji se dvoume o rizicima obje odluke i one *pro* i one *contra* cijepljenja, opterećeni su također zbog mogućeg kasnijeg žaljenja zbog posljedica koje obje odluke mogu donijeti. Svaka odluka za roditelja predstavlja jedan kognitivni zadatak binarnog izbora – cijepiti ili ne cijepiti. Odluka za cijepljenje također ima dvije mogućnosti, značajne nuspojave cijepljenja ili stečena imunost koja štiti dijete od zaraznih bolesti bez nuspojave cijepljenja. Drugi izbor, odluka protiv cijepljenja, također donosi dvije mogućnosti, dijete se ne cijepi, ali oboli od preventibilne dječje zarazne bolesti ili dijete se ne cijepi i ne oboli. Svaki roditelj bi se opredijelio za ovu posljednju mogućnost u kojoj se dijete ne cijepi (time izbjegne nuspojave cjepiva) ali i ne oboli od dječje zarazne bolesti. Liječnik mora imati u vidu ove kognitivne i psihološke dileme roditelja vezane uz odluku o cijepljenju u komunikaciji s roditeljima. Naime, pokazalo se kako roditelji često minimaliziraju mogućnost obolijevanja djece od zarazne bolesti i njenih posljedica jer nemaju proživljenog iskustva s dječjim zaraznim bolestima²⁹. S druge strane, zbog medijski eksponirane i u virtualnom svijetu

naglašene negativne povezanosti vezane uz nuspojave cijepljenja, češće prihvaćaju varijantu ne cijepiti i sačuvati dijete od mogućih nuspojava²⁹.

Pitanje dobrobiti i rizika cijepljenja

Jedno od temeljnih dvojbi roditelja je pitanje dobrobiti i rizika cijepljenja koje liječnik ne smije zaobići u razgovoru i davanju informacija⁷. Percepcija dobrobiti i rizika cijepljenja ima veliku ulogu u prihvaćanju ili odbijanju cijepljenja. Dobrobiti i rizici cijepljenja moraju se promatrati na osobnoj i kolektivnoj razini. Protivnici cijepljenja imaju percepciju većeg rizika od dobrobiti dok zagovornici imaju percepciju veće dobrobiti u odnosu na moguće rizike³. Javnozdravstvena razina izražava kolektivnu razinu dobrobiti cijepljenja u vidu zaštite pučanstva od epidemije preventibilnih zaraznih bolesti. Na osobnoj razini, dobrobit je u zaštiti djeteta od preventibilnih dječjih zaraznih bolesti. Dok rizik na individualnoj razini predstavlja mogućnost nastupa ozbiljnih nuspojava, na kolektivnoj razini rizik predstavlja mogućnost nastupa nuspojava nakon cijepljenja kod bilo koje osobe u toj zajednici. U slučaju kada pojedina osoba propituje moguće rizike, njegova percepcija dobrobiti i rizika može biti pod utjecajem tehničke procjene rizika, kognitivne pristranosti, psihometrijskih karakteristika rizika, vrijednosti vjerovanja ili kulture. Poznavanje kulturoloških predispozicija osobe i zajednice u komunikaciji o rizicima cijepljenja može pridonijeti pozitivnom stavu roditelja o cijepljenju.

NAJBOLJI INTERES DJETETA I INTERES ZAJEDNICE U DOMENI CIJEPLJENJA

I liječnici i roditelji imaju dužnost postupati u najboljem interesu za dijete, što znači traženje dobrobiti medicinske skrbi i minimizacija štetnog djelovanja. Postupanje u najboljem interesu djeteta ne predstavlja bioetički niti legalno diskutabilno djelovanje, osim ako se stav liječnika i roditelja o najboljem interesu razilaze². Roditelji su ti koji odlučuju o zdravstvenoj skrbi djeteta do onog trenutka kada njihova odluka može imati negativne posljedice i znatan rizik po zdravlje i život djeteta². Po pitanju cijepljenja, dijete nije u znatnom riziku kada je broj procijepljenih visok u zajednici u kojoj dijete živi. Ako se trend necije-

pljenja djece nastavi, broj procijepljenih u zajednici će padati, a preventibilnost dječjih zaraznih bolesti rasti, time će necijepljeno dijete biti u znatno većem riziku od obolijevanja. Primjerice, u slučaju opsežne, kontaminirane rane, odbijanje cijepljenja protiv tetanusa dovodi dijete u znatan rizik od obolijevanja.

Kolektivni interes ili interes zajednice

Necijepljeno dijete predstavlja rizik za širu zajednicu²:

- Ako necijepljeno dijete oboli od preventibilne dječje zarazne bolesti predstavlja rizik za drugu necijepljenu djecu.
- U nekim slučajevima redovito procijepljena djeca mogu oboljeti od zaraznih bolesti protiv kojih su se cijepila.
- Ugrožena su djeca koja se ne mogu cijepiti zbog medicinskih kontraindikacija.
- Liječenje necijepljene djece oboljele od preventibilnih zaraznih bolesti predstavlja financijski teret „cijepljenoj“ zajednici, onoj koja je preuzela rizik cijepljenja na svoju djecu.

Djelovanja roditelja koji odbija cijepljenje u smislu najboljeg interesa djeteta dovodi u pitanje načelo solidarnosti u zajednici bez koje nijedna zajednica ne može opstati. Mnogi roditelji koji odbijaju cijepljenje svoje djece štite se kolektivnim imunitetom zajednice koja je preuzela na sebe rizike cijepljenja². Connolly također ističe divergenciju između individualne i kolektivne racionalnosti u odluci o cijepljenju koja mora biti uzeta u obzir prilikom javnozdravstvenog planiranja²⁹ na primjeru cijepljenja protiv gripe, koje je u populaciji mladih vrlo nisko u odnosu na stariju populaciju, iako su mladi oni koji prenose bolest, a stariji oni koji trpe posljedice bolesti u većoj mjeri. U svijetu su danas vrlo aktivni pokreti koji promoviraju održivi razvoj, ekološke standarde u zajednici, pravedno gospodarenje u smislu očuvanja života zajednice. Nasuprot tome, pitanje solidarnosti društva u preuzimanju tereta mogućih nuspojava cijepljenja u cilju održavanja „kolektivnog“ imuniteta i zaštite onih koji se zbog medicinskih kontraindikacija nisu mogli cijepiti ne nailazi na potporu šire javnosti, već na osudu. Vjerojatno velika većina roditelja koji ne cijepi svoju djecu ne želi da pitanje cijepljenja bude poi-

mano po principu Kantovog kategoričkog interesa: „Postupaj prema onoj maksimi za koju možeš poželjeti da postane opći zakon“. Odnosno – roditelji se još uvijek pouzdaju u kolektivni imunitet.

KOMUNIKACIJA I CIJEPLJENJE

Pitanje poznavanja metoda i načina komunikacije djelatnika u zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske još uvijek je nestandardizirano. Predmet komunikacije se može sporedno susresti na medicinskim fakultetima u vidu izbornog predmeta. Isto tako ne postoje standardi komunikacije specifično u pedijatrijskoj praksi gdje je broj sudionika u komunikaciji veći nego u adultnoj medicinskoj praksi. Na sistematski pregled s djetetom nerijetko dođu oba roditelja u pratnji s bakom ili djedom. U tim okolnostima postoji velika mogućnost „bloka“ u komunikacijskom kanalu između liječnika i svih onih sudionika cijepljenja koji su prisutni u ordinaciji. Problem ili nepoznavanje načina komunikacije, osobito vezano uz cijepljenje djece, nije posebnost samo Hrvatske. U literaturi su nađena brojna istraživanja usmjerena na pronalaženje optimalnog modela komunikacije između liječnika i roditelja djeteta koje se cijepi^{7-10,26-28}. Jedni zagovaraju razgovor temeljen na vlastitim iskustvima, drugi se pozivaju na CASE metodu (engl. *Corroborate, About me, Science, Explain*)⁷, edukaciju putem poziva na posjet i razgovora s interesnim skupinama i udrugama ili edukaciju šire javnosti. Još uvijek ne postoji klinički standard komunikacije s roditeljima koji odbijaju cijepljenje²⁶, kao ni standard komunikacije uopće. Brunson²⁵ ističe kako ne postoji niti jedan model koji bi odgovarao svima. Važno je ispitati na koji način roditelji stvaraju svoje mišljenje i stav o cijepljenju te na temelju tog saznanja graditi daljnju komunikaciju. Bitnu ulogu u tom procesu čine socijalne norme sredine u kojoj žive, dakle kakve su to socijalne norme i prihvaća li ih roditelj²⁵. Ako se osvrnemo na socijalno raspoloženje u našoj zemlji vidjet ćemo da postoje javne nedorečenosti i promjenjivosti normi i stajališta o raznim pitanjima iz dana u dan. Takva socijalna situacija neminovno se reflektira i na pitanje cijepljenja. Stoga je važna pravovremena, kvalitetna i donekle standardizirana metoda pristupa roditeljima temeljena na stručnom znanju i povjerenju.

Jednom kada roditelji zauzmu negativan stav prema cijepljenju teško je ponovno postići povjerenje i vratiti se na početak. U tom smislu trebalo bi osmisliti i planirati način komunikacije o cijepljenju već od prvog pregleda u dobi od mjesec dana pa nadalje, bez obzira na početni pozitivan stav glede cijepljenja.

Participirajući i pretpostavljeni lingvistički pristup u komunikaciji s roditeljima

Opel i suradnici²⁶⁻²⁸ u svojim istraživanjima proučavali su modele komunikacije liječnika i roditelja koji su neodlučni u cijepljenju djece. Kasnije su videosnimke analizirane. Dobiveni rezultati ukazali su na važnost lingvističkog formata kojim su se liječnici obraćali roditeljima, koji je imao velik utjecaj na odgovor roditelja. Analizirajući videozapis postignut je zaključak da većina liječnika ima dva tipa lingvističkog pristupa: participirajući i pretpostavljeni pristup.

- a. Participirajuća lingvistička forma je karakterizirana načinom komunikacije u kojem se roditelju daje aktivna uloga, mogućnost odlučivanja i mogućnost izražavanja svog mišljenja. Način komunikacije je pitanje. Roditelj je upitan, pozvan na komunikaciju, pozvan na aktivno sudjelovanje. Pitanja mogu biti sljedećeg karaktera: Što vi mislite o cijepljenju? Ili: Danas bismo trebali cijepiti Vaše dijete od sljedećih zaraznih bolesti, što vi mislite?
- b. Pretpostavljajuća lingvistička forma komunikacije je s druge strane karakterizirana iznošenjem tvrdnje u kojemu je uloga roditelja u potvrdi te tvrdnje. Primjer takvog načina komunikacije: Danas ćemo cijepiti Vaše dijete protiv... ili: Danas je po planu cijepljenje protiv...

Rezultati istraživanja²⁷ pokazali su kako pretpostavljeni lingvistički pristup ima više uspjeha, odnosno da se nakon takvog pristupa više roditelja odlučilo za cijepljenje djece. No, roditelji koji su neodlučni ili odbijaju cijepljenje preferiraju otvoreni pristup liječnika s mogućnošću razgovora, podržavajući participirajući model. S druge strane liječnici su skloniji pristupu po modelu iznošenja tvrdnji, više iz straha od rasprave i mogućih pitanja. Otvorenu komunikaciju poistovjećuju s „vremom crva“²⁶. Isto tako pokazalo se kako neodlučni

roditelji cijene mogućnost iznošenja svojih strahova i bojazni vezano uz cijepljenje djece i povratnu informaciju liječnika koji participira i razumije njihove strahove i brigu. Poticanje otvorene komunikacije i prihvaćanje neodlučnih roditelja i njihovih stavova dovelo je do veće razine suradnje i prihvaćanja liječničkih preporuka od takvih roditelja²⁶. U ovom smislu otvorena komunikacija između liječnika i roditelja služi kao izvor informacija i ujedno način edukacije roditelja u kojem se daju informacije i traži povratna infor-

S obzirom na kompleksnost odluke o cijepljenju, poznavanje modela komunikacije liječnika s roditeljima pridonijet će kvalitetnom informiranju roditelja i stvaranju pozitivnog stava o cijepljenju. Kako do sada ne postoji standardizirani klinički model komuniciranja, svatko će prema svojim sposobnostima i prilici kreirati najbolji mogući model komunikacije s roditeljima.

macija. Rezultati istraživanja Opela i suradnika podudaraju se s tvrdnjama Brunsona kako ne postoji uniformni pristup²⁵⁻²⁷ u komunikaciji, već se treba prilagoditi situaciji i roditelju s kojim razgovaramo. Kontinuirana i otvorena komunikacija traje od prvog pregleda nadalje, s posebnim osvrtom na prošla i planom za buduća cijepljenja.

Donošenje zajedničke odluke

Model „Donošenja zajedničke odluke“ stručno medicinski nije primjenjiv po pitanju cijepljenja stoga što ne postoji znanstveno dokazana uspješna alternativa cijepljenju do današnjeg dana²⁷. Konn smatra kako donošenja odluke u vrijednosno opterećujućim pitanjima, što je slučaj s cijepljenjem, može se uzeti u obzir i model zajedničkog donošenja odluka³⁰. Navodi kako su poimanja modela donošenja zajedničke odluke heterogena. U jednom slučaju je to odluka vođena od strane pacijenta, u drugom slučaju je to odluka vođena od strane liječnika, s mnogo varijacija između ta dva pola. Partnersko donošenje odluka temeljeno je na zajedničkom radu liječnika i pacijenta, što na kraju rezultira odlukom. Ovaj način donošenja odluke iziskuje vrijeme, povjerenje i poštovanje, poznavanje vrijednosnog sustava obje strane. U ovom slučaju liječnik mora

biti svjestan da vrijednosti koje pacijent gaji su te koje dovode do odluke.

C. A. S. E. pristup

Jacobson u komunikacijskom pristupu upućuje na preporuke *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)⁷. Za svaku kvalitetnu komunikaciju potrebno je osigurati dovoljno vremena u kojoj će liječnik poticati na razgovor i pitanja, pri tome neće izbjegavati temu rizika i dobrobiti cijepljenja. Liječnik ne smije negirati mogućnost nastanka nuspojava cijepljenja. U komunikaciji se preporučuje iznošenje znanstvenih činjenica te priča iz realnog života i iskustva. Znanstvene činjenice su temelj, a iskustva iz prakse predstavljaju oživljavanje znanosti. Liječnika se upozorava na potrebu uspostavljanja kontakta očima, izbjegavanja istovremenog izvršavanja više radnji tijekom razgovora s roditeljima. Odgovori trebaju biti jasni i kratki.

Prema Jacobsonu C. A. S. E. pristup objedinjuje osnovne postavke dobre komunikacijske prakse primijenjene na cijepljenje u svakodnevnoj praksi⁷⁻¹⁰.

C. A. S. E. je akronim engleskih riječi; *Corroborate* (potvrditi, potkrijepiti, posvjedočiti); *About me* (o meni), *Sciences* (znanost) i *Explain/Advice* (objasni, savjetuj)⁷. Alison Singer, predsjednica *Autism Science Foundation*³¹ u SAD-u, C. A. S. E. metodu, koja vuče korijene iz Aristotelova poučavanja retorike, uvela je u komunikaciju o cijepljenju. Singer je koautorica rada *Evaluating Changes in the Prevalence of the Autism Spectrum Disorders*³², majka djeteta s autizmom i sestra skrbnica brata koji boluje od autizma. Važno je napomenuti ove podatke iz biografije predsjednice *Autism Science Foundation* zbog njezinog zalaganja u iznošenju najbolje metode komunikacije o cijepljenju, dok većina antivakcionalnih pokreta svoje djelovanje temelji na povezanosti poremećaja kognitivnog razvoja³³ i autizma³⁴ s cijepljenjem, što do sada nije znanstveno dokazano^{35,36}.

Corroborate (potvrditi, potkrijepiti, posvjedočiti): liječnik mora potvrditi brigu roditelja i naći zajedničku točku u kojoj se slažu. Važan je ton razgovora u kojemu nećemo pokazivati netrpeljivost prema roditeljima koji dvoje ili odbijaju cijepljenje djece. Važno je navesti roditelja da detaljizira

glavnu zapreku ili brigu zbog koje ne želi cijepiti svoje dijete. Tijekom razgovora treba pokušati voditi roditelja da imenuje točan problem. U tom smislu mogu se koristiti sljedeće rečenice: „Vi i ja želimo isto za Vaše dijete, želimo da Vaše dijete bude zdravo“ ili „Znam da se brinete, normalno je da se brinete“. To mogu biti polazišne, zajedničke točke komunikacije u kojima se slažu i roditelj i liječnik.

About me (o meni): upoznati roditelja s činjenicama na temelju kojih liječnik gradi svoje stavove i preporuke za cijepljenje. Tko je taj liječnik koji kaže da dijete treba cijepiti. Razgovaraju li liječnici uopće o toj temi s pacijentima tako da se ne nadmeću sa svojim referencama i na taj način minoriziraju znanje i iskustvo roditelja. Liječnici bi trebali, na neki način, predstaviti svoju stručnu i znanstvenu karijeru na osnovi koje smatraju da su vrijedan izvor informacija po pitanju cijepljenja. Mogući tijek razgovora mogao bi biti, ako je istinit: „Upravo sam se vratila s kongresa gdje je tema bila cijepljenje“ ili „Upravo sam pročitala članak s temom...“.

Sciences (znanost): povezati sa znanstvenim saznanjima. Koliko su liječnici zapravo u tijeku s najnovijim znanstvenim saznanjima vezanim uz cijepljenje da bi svoje tvrdnje mogli potkrijepiti na znanstvenoj razini? Koliko liječnici ulažu u svoju edukaciju? U svakom slučaju preporuke vezane uz cijepljenje trebale bi biti potkrijepljene znanstvenim činjenicama. Mogući način razgovora: „Više radova potvrdilo je djelotvornost cjepiva...“ ili „U tom radu došli su do saznanja kako MoPaRu cjepivo nije povezano s autizmom“.

Explain/Advice (objasniti, savjetovati): objasniti svoj stav o cijepljenju temeljen na znanosti. U komunikaciji se mogu koristiti sljedeći modeli: „Cjepiva su važna u prevenciji dječjih zaraznih bolesti“ ili „Cjepiva preveniraju bolesti koje mogu uzrokovati ozbiljne posljedice djetetu“.

C. A. S. E. ima temelje u klasičnoj Aristotelovoj retorici⁷. Da bismo nekoga uvjerali u svoje znanje, stavove potrebno je puno više dokaza, potrebni su *logos*, *pathos* i *ethos*; *Logos* u smislu informacija i zdravog rasuđivanja, *pathos* u smislu strasti prema poslu i samilosti prema onima kojima je ona potrebna te *ethos* kao profesionalan stav. **Corroborate** (potvrditi, potkrijepiti, posvjedočiti):

suosjećanje i priznavanje brige roditelja; time se nadovezujemo na Aristotelov *Pathos*. **About me** (o meni): upoznavajući roditelja s referencama na kojima se temelji karijera pojedinog liječnika poštujemo Aristotelov *Ethos*. **Sciences** (znanost): opisujući znanstvena dostignuća poštuje se *Logos*. **Explain/Advice** (objasniti, savjetovati): Na kraju, savjetujući roditelje na temelju znanstvenih saznanja, vraća se Aristotelovom *Pathosu*. Roditelji s druge strane žele vjerovati liječnicima zbog onoga što oni jesu (*Ethos*) i očekuju da liječnici sami čvrsto vjeruju u ono što savjetuju (*Pathos*).

ZAKLJUČAK

Svjedoci smo kako je cijepljenje, jedno od najvećih dostignuća javnog zdravstva, postalo upitno u očima šire javnosti. Liječnik, čiji je sastavni dio radnog dana preventivna zaštita i cijepljenje djece, suočava se s osjećajem nemoći ako nije uspio prenijeti svoja znanja o dobrobiti cjepiva i cijepiti dijete. Povijest nas je naučila kako se promjene u medicini nisu nikad događale izvan sredine i društva u kojem se živjelo. Tako i danas nepovjerenje u cijepljenje i antivakcinalni pokreti postaju dio društva nesigurnosti, previranja i nepovjerenja, društva u kojem nestaje solidarnosti i altruizma. Temeljne znanstvene činjenice postaju upitne. Svi zajedno dužni smo kreirati društvo povjerenja, solidarnosti i poštovanja. Nužno je da svatko u svojoj domeni pridonese zaštiti djece, u ovom slučaju cijepljenjem, pa tako i u Hrvatskoj, gdje je cijepljenje zakonom obvezatno. Svaki pojedinac koji se bavi cijepljenjem nužno se mora znanstveno i stručno educirati o novim saznanjima o cijepljenju. Potrebne su nove javnozdravstvene mjere u smislu edukacije zdravstvenog osoblja i šire javnosti po pitanju prevencije dječjih zaraznih bolesti. U edukaciju je nužno uključiti stručnjake različitih profila, pedijatre, imunologe, epidemiologe, pravnike i etičare. Cijepljenje mora ostati otvoreno znanstvenom propitivanju i re-evaluaciji. Svaka država ima dužnost pomno planirati kalendar cijepljenja, sukladno najnovijim znanstvenim saznanjima, od kojeg se neće oduštajati i koje će na vrijeme biti prezentirano stručnoj i široj javnosti. Organizacija zdravstvene zaštite mora biti na takvoj razini da liječnik koji ci-

jepi ima dovoljno vremena za kvalitetnu komunikaciju s roditeljima. Liječnici se moraju educirati o različitim modelima komunikacije s roditeljima. Dosad u literaturi nema niti jednog standardiziranog kliničkog modela komuniciranja. U ovom radu navedeno je nekoliko pristupa komunikaciji s roditeljima. Svatko od nas će prema svojim sposobnostima i prilici u kojoj se nađe kreirati najbolji mogući model komunikacije.

Izjava o sukobu interesa: Autorica izjavljuje da ne postoji sukob interesa.

LITERATURA

- Delany I, Rappuoli R, De Gregorio E. Vaccines for the 21st century. *EMBO Mol Med* 2014;6:708-20.
- Diekema DS. American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics. Responding to parental refusals of immunization of children. *Pediatrics* 2005;115:1428-31.
- Song G. Understanding Public Perceptions of Benefits and Risks of Childhood Vaccinations in the United States. *Risk Anal* 2014;34:541-55.
- Attena F, Valdes Abuadili A, Marino S. The informed consent in Southern Italy does not adequately inform parents about infant vaccination. *BMC Public Health* 2014;14:211.
- Zakon o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti. *Narodne Novine* 30/07.
- Rješenje Ustavnog suda RH od 30. siječnja 2014. U-I-5418/2008. [Internet]. [cited 2016 May 30]. Available from: <http://www.pedijatrija.org/images/Cijepljenje/USRH-22-14-Zakon-o-zastiti-pucanstva-od-zaraznih-bolesti.pdf/>.
- Mayo Clinic [Internet]. Rochester: Approaching the Vaccine-Hesitant Parent using C-A-S-E. Jacobson RM. [cited 2016 May 30]. Available from: http://www.mnaap.org/pdf/Making_the_CASE_for_Vaccines_MNAAP.pdf/.
- Jacobson RM, Van Etta L, Bahta L. The C.A.S.E. approach: guidance for talking to vaccine-hesitant parents. *Minn Med* 2013;96:49-50.
- Jacobson RM. Vaccinations: A public health triumph and a public relations tragedy. *Minn Med* 2012;95:36-40.
- Jacobson RM, St Sauver JL, Finney Rutten LJ. Vaccine Hesitancy. *Mayo Clin Proc* 2015;90:1562-8.
- Poland GA, Jacobson RM. The age-old struggle against the antivaccinationists. *N Engl J Med* 2011;364:97-9.
- Opel DJ, Taylor JA, Mangione-Smith R, Solomon C, Zhao C, Catz S et al. Validity and reliability of a survey to identify vaccine-hesitant parents. *Vaccine* 2011;29:6598-605.
- Brunson EK. The impact of social networks on parents' vaccination decisions. *Pediatrics* 2013;131:e1397-404.
- Diekema DS. Improving childhood vaccination rates. *N Engl J Med* 2012;366:391-3.
- Yang YT, Barraza L, Weidenaar K. Measles Outbreak as a Catalyst for Stricter Vaccine Exemption Legislation. *JAMA* 2015;314:1229-30.
- Priopćenje za javnost o ospicama u Hrvatskoj [Internet]. Zagreb: Zavod za javno zdravstvo. [cited 2016 Jul 1]. Available from: <http://www.hzjz.hr/priopcenja-za-medije/priopcenje-za-javnost-o-ospicama-u-hrvatskoj/>.
- Knol M, Urbanus A, Swart E, Mollema L, Ruijs W, van Binnendijk R et al. Large ongoing measles outbreak in a religious community in the Netherlands since May 2013. *Euro Surveill* 2013;18:pii=20580.
- Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Hrvatski zavod za javno zdravstvo [Internet]. Zagreb: Provedbeni program Obveznog cijepljenja u Republici Hrvatskoj u 2016. godini protiv difterije, tetanusa, hripavca, dječje paralize, ospica, zaušnjaka, rubeole, tuberkuloze, hepatitisa B i bolesti izazvanih Hemofius influenzae tipa B. [cited 2016 Julay 1]. Available from: <http://zjzka.hr/cijepljenje/>.
- Kahn PA. Bioethics, Religion, and Public Policy: Intersections, Interactions, and Solutions. *J Relig Health* 2015; Forthcoming.
- Hodge JG Jr. Respecting Religious Freedoms and Protecting the Public's Health. *Public Health Rep* 2015;130:546-9.
- Ross LF, Aspinwall TJ. Religious exemptions to the immunization statutes: balancing public health and religious freedom. *J Law Med Ethics* 1997;25:202-9, 83.
- Barman D, Dutta A. Access and barriers to immunization in West Bengal, India: quality matters. *J Health Popul Nutr* 2013;31:510-22.
- Gaudino JA, Robinson S. Risk factors associated with parents claiming personal-belief exemption to school immunization requirements: community and other influences on more skeptical parents in Oregon, 2006. *Vaccine* 2012;30:1132-42.
- Fairbrother G, Fuentes-Afflick E, Ross LF, Thomas PA. Communicating with parents about immunization safety: messages for pediatricians in the IOM report "the childhood immunization schedule and safety: stakeholder concerns, scientific evidence, and future studies". *Acad Pediatr* 2013;13:387-9.
- Brunson EK. How parents make decisions about their children's vaccinations. *Vaccine* 2013;31:5466-70.
- Opel DJ, Robinson JD, Heritage J, Korfiatis C, Taylor JA, Mangione-Smith R. Characterizing providers' immunization communication practices during health supervision visits with vaccine-hesitant parents: a pilot study. *Vaccine* 2012;30:1269-75.
- Opel DJ, Heritage J, Taylor JA, Mangione-Smith R, Salas HS, Devere V et al. The architecture of provider-parent vaccine discussions at health supervision visits. *Pediatrics* 2013;132:1037-46.
- Opel DJ, Mangione-Smith R, Robinson JD, Heritage J, Devere V, Salas HS et al. The Influence of Provider Communication Behaviors on Parental Vaccine Acceptance and Visit Experience. *Am J Public Health* 2015;105:1998-2004.
- Connolly T, Reb J. Toward interactive, Internet-based decision aid for vaccination decisions: better information alone is not enough. *Vaccine* 2012;30:3813-8.
- Konn AA. The shared decision-making continuum. *JAMA* 2010;304:903-4.
- Vicnetwork-Virtual immunization communication network. [Internet]. Singer A. Making the CASE for Vaccines: Communicating about Vaccine Safety. [cited 2016 July 2].

Available from: <http://www.vicnetwork.org/2010/09/22/making-the-case-for-vaccine/>.

32. Rice CE, Rosanoff M, Dawson G, Durkin MS, Croen LA, Singer A et al. Evaluating Changes in the Prevalence of the Autism Spectrum Disorders (ASD). *Public Health Rev* 2012;34:1-22.
33. Mrozek-Budzyn D, Kiełtyka A, Majewska R, Augustyniak M. Measles, mumps and rubella (MMR) vaccination has no effect on cognitive development in children – the results of the Polish prospective cohort study. *Vaccine* 2013;31:2551-7.
34. Brown KF, Long SJ, Ramsay M, Hudson MJ, Green J, Vincent CA et al. U.K. parents' decision-making about measles-mumps-rubella (MMR) vaccine 10 years after the MMR-autism controversy: a qualitative analysis. *Vaccine* 2012;30:1855-64.
35. Taylor LE, Swerdfeger AL, Eslick GD. Vaccines are not associated with autism: an evidence-based meta-analysis of case-control and cohort studies. *Vaccine* 2014; 32:3623-9.
36. Richmand BJ predispose children to autism spectrum disorders. *Med Hypotheses* 2011;77:940-7.