

RETICENȚA PĂRINȚILOR FAȚĂ
DE VACCINAREA COPIILOR,
ÎN PERCEPȚIA LUCRĂTORILOR SOCIO-MEDICALI

GEORGE VALENTIN ROMAN*

ABSTRACT

PARENTS' HESITANCY AGAINST THEIR CHILDREN'S VACCINATION,
IN THE PERCEPTION OF SOCIO-MEDICAL WORKERS

Using the method of qualitative research, the investigation aimed to describe the perception of socio-medical workers involved in programs for pregnant women and mothers with children between 0 and 5 years living in disadvantaged rural communities, with regard to the factors that lead to the phenomenon of hesitancy towards vaccination shown by parents. The data obtained from 12 interviews were analyzed based on the three determinants (confidence, convenience and complacency) that make up the explanatory model of the Sage Working Group on Vaccine Hesitancy. Although different from one community to another and with distinct accents for certain types of vaccine, the parents' level of hesitancy towards vaccination, from the perspective of these specialists, can be overcome. However, the rejection of optional vaccines and the reluctance towards new vaccines (anti-HPV and anti-Covid-19) remain serious impediments. Therefore, achieving a high rate of vaccination acceptance depends, to a large extent, on establishing trust relationships with the family physicians and field socio-medical teams which initiate and maintain direct interactions while covering the varied social, information and counseling needs of parents.

Keywords: child vaccination, vaccine hesitancy, rural community, socio-medical services, counseling.

* Doctoral Student, School of Sociology and Social Work, University of Bucharest, e-mail: george.roman@drd.unibuc.ro.



INTRODUCERE

Vaccinarea constituie una dintre politicile de sănătate strategice indispensabile în prevenirea bolilor contagioase, eficiența extraordinară a acestei metode de prevenție fiind demonstrată la nivel global prin eliminarea totală a variolei (WHO, 2021) și, în ultimul deceniu, a poliomielitei (INSP, 2009), pentru două (WPV2 și WPV3) din cele trei tulpini sălbatice ale virusului polio (WHO, 2019c). Un alt exemplu recent îl reprezintă reducerea, prin vaccinare, a incidenței infectării cu virusul rujeolic cu 83 % în perioada 2000–2018, ceea ce a condus la prevenirea a 21,1 milioane de decese în lume, în special în rândul copiilor sub 5 ani, mult mai susceptibili să dezvolte forme letale ale bolii (WHO, 2019d, 2019b).

Bolile transmisibile care în trecut puneau în pericol sănătatea și supraviețuirea copiilor reapar sub forma unor focare în țările în care, deși infrastructura medicală poate asigura dozele de vaccin necesare, politicile de vaccinare nu mai reprezintă priorități ale autorităților, iar părinții se arată mai degrabă preocupați de riscurile vaccinării, decât de beneficiile acesteia (UNICEF, 2019a). Înaintea declanșării pandemiei de COVID-19, anual, 20 de milioane de copii nu beneficiau de vaccinuri vitale, iar, în aprilie 2020, UNICEF solicita guvernelor lumii să continue programele de imunizare care riscau să fie întrerupte ca rezultat al noilor priorități impuse de pandemia de COVID-19 în perioada 2020–2021 (UNICEF, 2020). În acest sens, au fost evidențiate perturbări în programele de vaccinare pentru copii (SeyedAlinaghi *et al.*, 2022), întârzierile afectând, în principal, administrarea vaccinului DTP (diftero-tetano-pertussis) și ROR (împotriva rujeolei, oreionului și rubeolei) (Causey *et al.*, 2021), ceea ce obligă statele la reconsiderarea programelor naționale de vaccinare ca servicii de sănătate esențiale pentru copii și comunitate, îmbunătățirea accesului la vaccinuri, monitorizarea datelor cu privire la acoperirea vaccinală și asigurarea finanțării adecvate pentru vaccinuri și a infrastructurii de personal necesare consolidării încrederii părinților în vaccinare (Larson *et al.*, 2022).

Conform Eurobarometrului 488 (European Commission, 2019), pentru România, ilustrative sunt două situații cu care se confruntă sistemul medical: *epidemia de rujeolă și gradul ridicat de respingere / reticență din partea părinților față de vaccinul anti-HPV*.

Conform datelor Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), România a înregistrat o scădere a acoperirii vaccinale cu două doze de vaccin antirujeolic (ROR), de la 95 % în 2010, la 85,5 % în 2015 pentru primul vaccin (MCV1) și, respectiv, la 67 % pentru rapel (MCV2) (Stănescu *et al.*, 2019). Ca efect al stocurilor insuficiente de vaccinuri (MS, 2017) și al procentelor mari de nevaccinare pe motivul neprezentării la medicul de familie (26,4 %), al refuzului exprimat de părinți (14 %) – ambele semnificativ mai frecvente în mediul urban –, al negăsirii copilului la domiciliu (17 %) și al contraindicațiilor (11,5 %), datele indicau, în 2019, o situație mai gravă decât cea înregistrată în

urmă cu patru ani, cu o acoperire de 81,7 % MCV1 la copiii până în 18 luni și de 60 % pentru MCV2 la copiii de 5 ani (Pițigoi *et al.*, 2020; UNICEF, 2019b). La nivel național, au fost raportate, în perioada iulie 2016 – 28 august 2020, un număr de 20 204 cazuri confirmate de rujeolă, din care 64 de decese (58 de copii și 8 adulți) (INSP, 2021b).

În anul lansării programului național de vaccinare gratuită anti-HPV în România (2008), țară confruntată cu o incidență ridicată a cancerului de col uterin, fiind cea de-a doua cauză a mortalității la femei (Bruni L. *et al.*, 2019), 55 % din articolele ori rapoartele transmise de mass-media erau negative la adresa siguranței și utilității vaccinului anti-HPV și doar 7,8 % recomandau părinților vaccinarea copiilor lor (Pența and Băban, 2014). Impactul acestui start ratat în informarea corectă a părinților a condus, inevitabil, la una dintre cele mai scăzute rate ale vaccinării anti-HPV în România, în 2009, de doar 2,57 % în rândul fetelor între 11 și 14 ani (din cele 110 000 eligibile pentru vaccin) (MS, 2017), față de alte nouă țări europene, unde procentele fetelor 11–14 ani vaccinate variază între 84 % (Portugalia) și 55 % (Slovenia) [*European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC), 2012].

RETICENȚA FAȚĂ DE VACCIN

Anticipând că omenirea se va confrunta cu o nouă pandemie, OMS și partenerii săi din domeniul sănătății enumeră neîncrederea în eficiența și siguranța vaccinurilor drept una dintre cele 10 amenințări privind sănătatea cu care se va confrunta omenirea (WHO, 2019a). Conceptul de reticență (ezitanță, din *hesitancy*, engl.) față de vaccin „se referă la întârzierea în acceptarea ori refuzul vaccinurilor în pofida disponibilității serviciilor de vaccinare” și reprezintă un fenomen complex, care variază în funcție de contextul spațio-temporal și de tipul vaccinului (MacDonald, 2015), ce poate fi analizat și înțeles din perspectivă individuală, socială și psihologică. Conform modelului conceptual propus de Grupul de lucru SAGE privind ezitanța față de vaccin (încredere, accesibilitate și conformare, sau așa-numitul „3C” – *confidence, convenience, complacency*) (SAGE, 2014), reticența față de vaccin este explicabilă prin trei factori: **a.** lipsa de încredere în capacitatea de protecție a vaccinurilor ori în sistemul medical ori politic, **b.** inconvenientele apărute în accesarea sau în înțelegerea rolului serviciilor medicale de imunizare, inclusiv probleme legate de planificarea medicală, contextul cultural ori lingvistic ori locațiile medicale și **c.** atitudini și comportamente de nepăsare față de riscul de îmbolnăvire. Acest din urmă factor este influențat de percepția scăzută a riscului de îmbolnăvire, dar și de nivelul redus al autoeficacității, în sensul credințelor părinților că pot influența pozitiv starea de sănătate a copiilor, conform *Modelului credinței cu privire la sănătate* (Health Belief Model) (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988).

Potrivit Eurobarometrului 488, România se numără printre cele trei țări (alături de Bulgaria și Letonia) care înregistrează cele mai scăzute scoruri de încredere față de eficiența vaccinurilor în combaterea bolilor (72 %, România, respectiv 70 % și 68 %, față de media europeană de 85 %) și iese în evidență prin procentul cel mai ridicat de respingere totală a eficienței vaccinurilor (8 %), media la nivelul UE28 reprezentând jumătate din această valoare (4 %) (*European Commission*, 2019). Reticența față de vaccin se manifestă atât cu privire la vaccinurile destinate adulților, cât și la adresa imunizării copiilor. Această situație e întărită de atitudinea generală de refuz al vaccinării împotriva virusului SARS-COV-2, țara noastră înregistrând, în programul de vaccinare 2021–2022, un procent de 42,3 % de persoane vaccinate cu schema completă, respectiv 9 % cu doza de rapel, iar în rândul copiilor (5–17 ani) doar 7,1 % cu două doze [(*European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)*, 2022)].

METODOLOGIE

Cercetările cu privire la reticența față de vaccinare au relevat faptul că atitudinile și comportamentele părinților față de imunizarea copiilor lor reprezintă o problemă globală, exacerbată în perioada 2020–2022 de pandemia de COVID-19 cu care se confrunta omenirea (Chou and Budenz, 2020), inclusiv pe fondul mesajelor false promovate de grupurile antivacciniste. S-a subliniat că rolul medicilor de familie și al asistenților medicali, ca furnizori de servicii de asistență medicală primară, devine crucial în stoparea reticenței față de vaccin ori a extinderii fricii și teoriilor conspirației din aria de interes cu privire la SARS-COV-2 la politicile de prevenție prin vaccinare destinate copiilor (de St. Maurice, Edwards, & Hackell, 2018).

Folosind metoda cercetării calitative, am urmărit să descriem percepția lucrătorilor socio-medicali din mediul rural cu privire la determinanții reticenței ori refuzului părinților față de imunizarea copiilor lor prin respectarea schemei naționale de imunizare, atât pentru vaccinurile obligatorii, cât și pentru cele opționale. Astfel, cercetarea a urmărit să răspundă la următoarele întrebări:

a. în munca lor, lucrătorii socio-medicali din comunitățile rurale dezavantajate socio-economic se confruntă cu un nivel ridicat de opoziție din partea părinților față de siguranța și importanța vaccinării copiilor lor?

b. folosind modelul promovat de Grupul de lucru SAGE privind ezitanța față de vaccin (MacDonald, 2015), în ce măsură lucrătorii socio-medicali identifică, în rândul părinților, cei trei factori corelativi (încredere, accesibilitate și conformare)?

Utilizarea generică a termenului de „lucrător socio-medical” a avut în vedere acele categorii profesionale (asistenți sociali, asistenți medicali, educatori, mediatori sanitari, manageri de program) care activează în programe sau servicii socio-medicele integrate și care, prin activitățile integrate de asistență socială,

medicală, de socializare, consiliere și informare destinate grupurilor sociale vulnerabile, asigură legătura dintre instituțiile medicale de specialitate și comunitățile în care trăiesc beneficiarii lor.

În cazul nostru, analiza a cuprins 12 lucrători socio-medicali (11 femei și 1 bărbat, cu vârste între 29 și 62 de ani), din mediul rural, care și-au exprimat disponibilitatea de a susține interviul dintr-un total de 36 de persoane, contactate prin email și telefon. Cei 12 participanți (4 asistenți medicali, 2 asistenți medicali comunitari, 1 mediator sanitar, 2 asistenți sociali, 1 psihopedagog, 1 sociolog și 1 educator), cu o experiență profesională medie de 17 ani, desfășoară activități în cadrul unui program național socio-medical derulat în 35 de comunități rurale dezavantajate din 8 județe (vezi *Tabelul nr. 1*), având ca grup țintă gravidele și mamele cu copii cu vârsta cuprinsă între 0 și 5 ani. Intervențiile lor sunt coordonate de medici de familie și asigură atât serviciile profilactice, de asistență socială și de consiliere medicală, cât și implementarea programelor de vaccinare a copiilor de 0–5 ani, conform calendarului național de vaccinare (INSP, 2021a).

Tabelul nr. 1

Distribuția respondenților pe județe

Județ	Lucrători socio-medicali
Brașov	1 asistent medical
Dolj	1 asistent medical 1 asistent medical comunitar 1 asistent social
Caraș-Severin	1 mediator sanitar
Constanța	1 educator 1 asistent medical
Hunedoara	1 asistent medical
Iași	1 asistent social
Neamț	1 asistent medical 1 manager program
Vaslui	1 manager program

Răspunsurile participanților la cercetare au fost colectate în perioada noiembrie–decembrie 2020 prin aplicarea de interviuri semi-structurate. Dificultățile de deplasare și de comunicare față în față cauzate de starea de alertă din perioada pandemiei au determinat realizarea interviurilor prin telefon, cu o durată între 25 de minute și 45 de minute, 10 dintre acestea fiind înregistrate, după obținerea consimțământului și asumarea respectării confidențialității datelor personale.

Comunitățile rurale în care intervin specialiștii intervievați sunt comune formate din mai multe sate, confruntate cu o lipsă acută de asistenți sociali profesioniști și caracterizate printr-o agricultură de subzistență, majoritatea gospodăriilor fiind afectate de sărăcie și dependente de diverse forme de ajutor financiar. Lipsa educației de calitate, numărul mare de mame minore, străzile insalubre și starea generală de sănătate precară sunt alți factori care adâncesc starea generală de excluziune socio-economică a acestor comunități, adevărate „buzunare” de marginalizare rurală în care sărăcia este multidimensională (Teșliuc *et al.*, 2016).

Interviurile, parțial transcrise, conțin întrebări care au ca scop explicarea interacțiunii dintre personalul medical care lucrează în comunitățile defavorizate și părinții copiilor între 0 și 5 ani, în vederea respectării schemei de vaccinare obligatorie prin menținerea legăturii cu cabinetul medicului de familie. A fost utilizată analiza tematică, în vederea decelării tendințelor care favorizează acceptarea de către părinți a vaccinării copiilor lor, prin interpretarea experiențelor din teren ale lucrătorilor socio-medicali în jurul conceptelor de încredere, accesibilitate și conformare. După transcrierea fragmentelor selectate din interviurile telefonice, considerate a fi în măsură să ofere, din perspectiva întrebărilor de cercetare, informațiile necesare, am folosit coduri (predeterminate sau rezultate din analiză) care au fost apoi organizate în categorii sau „unități de informație relevante” (Saldaña, 2013), (conform *Tabelului nr. 2*).

Tabelul nr. 2

Operaționalizarea modelului conceptual SAGE al reducerii reticenței părinților față de vaccinare

Factorii modelului conceptual SAGE al reducerii reticenței părinților	Categorii	Codificarea conținutului
Încredere în siguranța și eficacitatea vaccinurilor pentru copii	Încrederea în personalul medical	Comunicare deschisă, informală, adaptată.
		Atitudine fermă cu privire la caracterul obligatoriu al schemei de vaccinare a copiilor.
		Respectarea angajamentelor față de părinți.
		Atitudine pro-activă consecventă a lucrătorilor socio-medicali.
		Caracterul regulat al vizitelor lucrătorilor socio-medicali și prezența medicului de familie în comunitate.
		Încurajarea părinților de a lua decizii în interesul copiilor.

Tabelul nr. 2 (continuare)

		Continuitatea intervenției în comunitate sau apartenența prin locuire la comunitate.	
	Impactul pozitiv al intervenției în comunitate a echipelor socio-medicale	Intervenție complexă de asistență socială și asistență medicală (responsabilitatea pentru vaccinare reprezintă una dintre componente).	
		Extinderea intervenției la alte nevoi sociale sau de asistență juridică ale părinților.	
		Monitorizarea continuă și repetarea informării și consilierii.	
		Încurajarea motivațiilor pozitive ale părinților pentru vaccinare.	
	Aspecte culturale și sociale ale atitudinii față de vaccinare	Identificarea, prin dialog, a aspectelor culturale care mențin sau întăresc atitudinea părinților de respingere a vaccinării copiilor.	
		Mesaje provaccinare ale altor actori sociali proeminenți (asistent social, primar, cadru didactic, preot).	
	Accesibilitatea vaccinării copiilor	Deficiențe ale sistemului național medical	Acoperire geografică deficitară în mediul rural a medicinei de familie.
Corelație puternică a vulnerabilității economice a comunităților rurale cu nivelul resurselor umane și financiare investite.			
Insuficiența personalului social și medical.			
Asigurarea deficitară a dozelor de vaccinare de către direcțiile de sănătate publică pentru cabinetele medicilor de familie.			
Rolul autorităților locale		Interes manifestat de autoritățile locale pentru dezvoltarea serviciilor de asistență socială și medicală.	
		Srijin în asigurarea transportului public sau individualizat pentru acces la servicii medicale.	
		Prevenirea și combaterea discriminării față de minoritățile etnice în accesul la medicina de familie.	
Comunicarea informațiilor despre vaccinare		Adaptarea stilului de comunicare al lucrătorilor socio-medicali la nivelul de înțelegere a informațiilor medicale de către părinți.	
		Dozarea complexității consilierii medicale și includerea de noțiuni științifice	
		Evitarea includerii în echipele medicale sau de asistență socială a persoanelor care manifestă convingeri antivacciniste.	
Conformarea părinților		Organizarea activităților de consiliere	Sesiuni de informare în comunitate cu informații particularizate pentru fiecare vaccin.
			Frecvența sesiunilor de informare.

Tabelul nr. 2 (continuare)

		Ascultarea activă a părinților.
		Relatările părinților despre experiențele proprii după vaccinare
		Sentimentul de mulțumire împărtășit lucrătorilor socio-medicali de către părinții care au respectat programul vaccinal pentru copii.
	Normele sociale privind vaccinarea (așteptări empirice și normative)	Comunicarea caracterului obligatoriu al vaccinării – așteptări normative (factor de reducere a reticenței părinților).
		Puterea exemplului vaccinării în familia extinsă sau în comunitate – așteptări empirice (factor de încurajare a conformării)
		Tabuuri privind sexualitatea în comunitate (factor de creștere a reticenței față de vaccinarea copiilor).
		Obiecțiile religioase față de vaccinare (refuzul vaccinării copiilor).
	Caracteristicile vaccinurilor și efectele lor	Comunicarea despre vaccinurile opționale care implică costuri (factor de creștere a reticenței părinților).
		Efectele adverse ale vaccinurilor (reale sau imaginare / conspiraționiste).
		Neîncrederea în vaccinurile noi și în cele opționale care implică costuri.
	Influențele individuale / de grup	Influența știrilor TV și radio.
		Rolul liderilor religioși în susținerea programului de vaccinare.
Îndoieli cu privire la siguranța și eficacitatea vaccinurilor.		

În privința respectării standardelor etice de cercetare, studiul a inclus interviuri telefonice cu profesioniști din domeniul asistenței sociale și medicale, fără referiri la datele personale ale beneficiarilor lor (părinți și copii). Conținutul a fost revizuit de *Universitatea din București* și este în conformitate cu prevederile *Protocolului adițional la Convenția privind drepturile omului și biomedicină, privind cercetarea biomedicală*, în ceea ce privește consimțământul, confidențialitatea și absența riscurilor (*Council of Europe, 2005*). De asemenea, obiectivele cercetării sunt justificate științific, servind necesității mobilizării comunităților vulnerabile din mediul rural în dezvoltarea serviciilor socio-medice locale și pentru reducerea reticenței părinților față de vaccinarea copiilor lor conform programului național de imunizare.

REZULTATE

Am analizat răspunsurile respondenților stabiliavândnd drept reper cei trei determinanți ai reticenței care compun modelul explicativ al Grupului de lucru SAGE cu privire la ezitanța față de vaccin (WHO, 2019a), prin inversarea raportării la acestea, identificând factorii pozitivi care contribuie la reducerea reticenței:

– *încredere*: în siguranța și capacitatea vaccinului de a asigura protecție, în cadrele medicale cu care interacționează, în autoritățile care stabilesc schema de vaccinare obligatorie pentru copii, în lucrătorii socio-medicali cu care interacționează părinții și în informațiile transmise.

– *accesibilitate*: disponibilitatea vaccinurilor la medicul de familie, accesibilitatea geografică a serviciilor medicale, existența echipelor socio-medicale în comunități, infrastructura de transport, măsura în care părinții înțeleg explicațiile și recomandările medicale, toleranța manifestată în comunitățile izolate (în special comunitățile cu populație de etnie romă) față de vizitele și propunerile lucrătorilor socio-medicali.

– *conformare*¹: observațiile lucrătorilor socio-medicali asupra modului în care se raportează părinții la riscurile reale (experiențe proprii sau relatate de alți membri ai comunității) și la riscurile potențiale (probabilitatea îmbolnăvirii copilului semnalată de cadrul medical), cu privire la acceptarea de către părinți a vaccinării pentru asigurarea sănătății și supraviețuirii copiilor, la dominația tabuurilor legate de sexualitate, la refuzul de către aceștia al vaccinurilor opționale care implică costuri sau al vaccinurilor noi, participarea lor la sesiunile de informare, consilierea individualizată și respectarea programărilor medicale și a deciziilor medicilor de familie.

ÎNCREDEREA

Încrederea părinților în siguranța și eficacitatea vaccinurilor destinate nou-născuților este puternic condiționată de existența relației de încredere și respect reciproc dintre lucrătorul socio-medical și părinte. Încă de la primele activități din 2015 ale specialiștilor incluși în cercetare, când acoperirea vaccinală redusă punea în pericol viața și sănătatea copiilor din comunitățile selectate, serviciile de sprijin

¹ Am ales folosirea termenului „conformare” în loc de „complezență” (ca variante ale traducerii termenului *complacency*, ales de Grupul de Lucru SAGE), deoarece acesta conține ambele forme de adoptare a normelor, atât conformarea publică (act de complezență ori conformism de suprafață, prin absența convingerilor personale despre existența unui risc real de îmbolnăvire în lipsa vaccinării), cât și conformarea privată, care include atitudinea de acceptare a vaccinării sub forma identificării cu norma socială și a interiorizării ca expresie a încrederii totale în vaccinare. Septimiu Chelcea, *Psihosociologie – Teorii, cercetări și aplicații*, Ed. a II-a revăzută și adăugită. Editura Polirom, 2008, p. 273; Kelman, H.C. (1958). Compliance, identification, and internalization three processes of attitude change. *Journal of conflict resolution*, 2(1), p. 51–60.

pentru gravide și mamele cu copii între 0 și 5 ani au desfășurat acțiuni de comunicare deschisă și de consiliere, concentrate pe nevoile medicale și materiale ale copiilor și părinților, efectuând intervenții, în parteneriat cu asistenții sociali din primăriile locale, pentru înscrierea mamelor și copiilor la medicul de familie și rezolvarea problemelor cu certificatele de naștere ale nou-născuților ori actele de identitate ale părinților. Se consideră că un program care vizează exclusiv vaccinarea copiilor nu poate avea impactul așteptat.

Noi din 2015 încurajăm vaccinarea. De când a început procentul scăzut de vaccinare pe anumite componente. Erau zone cu focare, zone în care nu se vaccinau oamenii. Trebuia să lucrăm la relația de comunicare în sens pozitiv, nu neapărat să le arăți ce n-au făcut. (asistent social)

300 – 400 de cazuri pe care le-am îndemnat, chiar le-am transportat în programele noastre pe care le dezvoltăm. ...Din care doar unul singur noi știm despre acei părinți că nu și-au vaccinat copiii. (asistent social)

Pentru personalul medical desfășurat în teren, cuvântul-cheie în construirea relației cu părinții a fost încrederea reciprocă. Importantă este, în această ecuație, atitudinea fermă a cadrelor medicale și a asistenților sociali care transmit tranșant părinților mesaje simple și mobilizatoare despre beneficiile vaccinării și despre riscurile în caz de nevaccinare pentru viața și sănătatea copiilor, cât și faptul că, în caz de refuz, medicul ori asistentul medical vor reveni cu solicitarea lor (Center for Disease Control and Prevention, 2020).

Dar cu fermitate, cu discuții directe față în față, privindu-i în ochi, cu angajament din partea părinților, lucrurile se mișcă așa. Dacă-ți spun doar „Hai să venim!” o să vină, din 10 anunțați, 5 copii, iar trei nu sunt ațți de vaccinare. Trebuie un pic mai bine susținut procesul ăsta, cu mai multă încurajare. (asistent social)

V-am spus, vaccinez copii de 20 de ani, nu am avut niciodată eșecuri, niciodată reacții adverse grave. Din perspectiva asta le dau oamenilor dovezi. (asistent medical)

Interesul medicului de familie față de nevoile familiilor și intervențiile sale medicale cu impact pozitiv în viața familiilor determină, în cele din urmă, o atitudine de acceptare a colaborării și a recomandărilor. Deseori, manifestarea încrederii în informațiile oferite de personalul medical nu este o urmare a înțelegerii de către părinți a conținutului transmis în cursul consilierii lor cu privire la importanța și eficiența vaccinării pentru copii. Părinții consimt la vaccinarea copiilor ca „act de credință” (Brownlie and Howson, 2005) exprimat în raport cu rolul social și competența profesională a medicului, asistentului social și asistentului medical, interesul manifestat pentru sănătatea copiilor lor și apartenența la comunitate. Din această perspectivă, în opinia lucrătorilor socio-medicali, între medicul de familie sprijinit de asistenții medicali și părinte se nasc

așteptări reciproce, rezultate din înțelegerea și acceptarea în timp a rolurilor pe care le îndeplinește fiecare parte, diferite dar complementare în urmărirea scopului lor comun: menținerea ori ameliorarea stării de sănătate a copilului.

Când există relații puternice, oamenii sunt aproape de cabinetul medical pe toate palierele, și copiii și părinții. (asistent social)

Au fost [refuzuri] la început în comunitatea din P. pe motive religioase. Acolo am avut norocul că doamna doctor a știut cum să facă, aici e meritul dumneaei, pentru că a știut cum să gestioneze situația. [...] Aportul cel mai mare ține de medicul de familie. El e pionul principal în comunitate. (psihopedagog)

Cu privire la programul în derulare pentru vaccinarea populației împotriva COVID-19, este menționată importanța implicării asistenților medicali și participarea lor în procesele decizionale (ICN, 2020). Din relatările specialiștilor participanți la cercetare, respectul de care se bucură asistenții medicali în rândul tinerelor mame se datorează și promovării activității medicale ca rezultat al muncii de echipă medic de familie – asistent medical, adăugându-se, deseori, pentru un impact mai mare, contribuția asistentului medical comunitar. Dar nu doar părinții sunt responsabili să răspundă solicitărilor medicale. Cadrele medicale intervievate au declarat că poartă, la rândul lor, aceeași responsabilitate de a fi proactive și de a răspunde cu punctualitate solicitărilor părinților prin deplasarea în teren.

Dacă poți să vaccinezi o anumită populație care e mai neglijentă aș spune [...] trebuie să te duci către ei. Să mergi din poartă în poartă, să faci consultații la copii și, în măsura în care se poate, procesul [de vaccinare] trebuie făcut afară, în fața casei, sau chiar în casă. (asistent social)

Și alți actori sociali cu autoritate în comunitățile rurale (asistent social, primar, cadru didactic, preot) exercită o influență considerabilă, în opinia celor mai mulți dintre respondenți.

Relația [asistentului social] cu medicul poate face diferența. Dacă au o relație bună, asistentul social sau asistentul medical comunitar poate fi contactul care să-i adune pe oameni către primărie sau să-i ducă la cabinetul medical sau să se ducă medicul către comunitate, dacă ei nu vor să vină. (asistent social)

Pentru mamele astea din aceste comunități defavorizate, ceea ce spune doamna educatoare este la fel de important ca ceea ce spune doamna doctor. (asistent medical)

ACCESIBILITATEA

Epidemia de rujeolă care a afectat România în ultimii 5 ani (INSP, 2021b) a fost consecința unor rate de vaccinare extrem de scăzute, cu precădere în comunitățile sărace și comunitățile de romi în care accesul la serviciile medicale de

calitate este limitat. Lipsa unei distribuiri geografice adecvate în mediul rural a cabinetelor de medicină de familie, înscrierea deficitară la medicul de familie a copiilor din familiile afectate de sărăcie și excluziune socială ori a minorităților etnice, cauzată, deseori, de lipsa actelor de identitate și necunoașterea caracterului obligatoriu și gratuit al unor vaccinuri sunt factori care au fost relevați în cercetările anterioare (Habersaat *et al.*, 2020). În acest fel, peste factorii instituționali care mențin dezechilibrele în asigurarea serviciilor medicale se suprapun determinanții socio-economici ai unei profunde inechități în accesarea serviciilor medicale în comunitățile minorităților etnice. Marginalizarea și discriminarea determină, în final, diferențe majore în imunizarea populației, fără ca acestea să fie efectul reticenței părinților (Masseria, Mladovsky, & Hernández-Quevedo, 2010). Declarațiile respondenților reflectă această situație, principala îngrijorare fiind legată de atenția scăzută a autorităților locale față de dezvoltarea serviciilor socio-medicale locale.

[Primăria] să aibă un asistent comunitar. Noi am avut și nu știu de ce nu o mai fost. (asistent medical)

Ar trebui să fie mai multe servicii medicale. Am gravide care d-abia reușesc să-și facă o analiză de sânge. Serviciile de specialitate ar trebui să existe și în mediul rural, nu doar în mediul urban. Să fie un cabinet ginecologic, un laborator de analize, un ecograf, un internist. Nu doar medicul de familie. E insuficient.

Opt din zece respondenți ai acestei analize au menționat lipsa unei comunicări adecvate între medicii de familie și direcțiile de sănătate publică, ceea ce a determinat, în anumite perioade, o insuficiență în asigurarea dozelor reclamate de medicii de familie și, drept consecință, apariția de focare de rujeolă. De aceea, relația dintre medicii de familie și reprezentanții direcțiilor de sănătate publică e considerată hotărâtoare în asigurarea unei repartiții adecvate a vaccinurilor în teritoriu. Se apreciază că, periodic, echipele din teren trebuie însoțite de reprezentanți ai direcțiilor de sănătate publică, pentru o mai bună cunoaștere a problematicii locale de către persoanele chemate să întocmească rapoartele privind derularea programelor de vaccinare, să monitorizeze activitatea personalului medical vaccinator și a mediatorilor sanitari și să asigure, în final, aprovizionarea la timp a cabinetelor medicale locale cu vaccinuri.

Știu că și doamna doctor se ducea la DSP cu speranța că o să vină cu 30 de doze și venea cu 10 doze. [...] Toată lumea venea. Care mai plătea o căruță, că drumurile și infrastructura sunt la pământ și te trezeai că sala e plină și nu puteai să faci ceea ce trebuia să faci. Practic, întorceai omul și riscai să se supere și să nu știi cum să-l mai aduci a doua oară. (psihopedagog)

Știu că medicii sunt tratați aiurea când ajung acolo [la DSP]. Așteaptă pe holuri [...]. DSP nu este o instituție foarte primitoare. E un fel de, oleacă, stat în stat. [...] Eu am văzut poziția asta și când erau invitați la tot felul de evenimente. Mesajul era cumva că „Oricum, voi aveți nevoie de noi”. (asistent social)

Complementar, pentru lucrătorii socio-medicali, o bună colaborare cu primăria este considerată a fi esențială pentru a permite familiilor să acceseze rapid și fără costuri de transport serviciile medicale. Infrastructura de transport deficitară, în unele sate inexistentă, cauzează dificultăți, în special asistenților sociali responsabili cu multiple demersuri în comunitate, generează costuri în deplasarea fizică către cabinetele medicale și produce amânări repetate ale vizitelor la medic cu nou-născuții pentru vaccinare. S-a subliniat că, la nivel global, costurile de transport reprezintă elemente hotărâtoare în efortul general de conformare la recomandările personalului medical și că, din acest motiv, acestea trebuie reduse la minim ori acoperite (Larson *et al.*, 2014; McKee *et al.*, 2019).

Ar fi nevoie de mai multă implicare la nivelul comunității locale. E foarte greu ca noi să ne luptăm singuri. Mai multe mijloace de transport, ca să nu mai alergăm între comunități cu ce avem și cu ce găsim. Nimeni nu ne susține. (asistent medical)

De multe ori, părinții care nu au nicio sursă, nu au transport, atunci sunt tentați să zică „Lasă, că nu are nimic”. (asistent medical)

Și am mobilizat pe cineva de la primărie care avea puterea să decidă. Și am luat [în microbuze] 20 de mame tinere cu 20 de copii în brațe sau pe brațe și le-am dus la cabinet la vaccin, acolo, în comună, și chiar la Iași, când a fost o criză de vaccine. (asistent social)

Toți participanții la cercetare avertizează asupra importanței adoptării unui grad adecvat de complexitate în limbajul folosit pentru a-i informa pe părinți cu privire la beneficiile și riscurile vaccinării. Nivelul scăzut de educație nu permite înțelegerea tuturor termenilor medicali ori a argumentelor științifice și un dialog care nu ține seama de aceste aspecte va risca să devină un monolog, iar părinții vor fi reticenți în a mai adresa întrebări. Dar, dacă mesajul este corect înțeles și păstrează, totuși, o minimă rigoare științifică, suspiciunea inițială a părinților scade, aceștia devenind mai dispuși să coopereze cu cadrele medicale ori asistenții sociali cu care intră în contact.

Întotdeauna trebuie să traduci ceea ce vrei tu să spui într-un limbaj și mai accesibil. Mai cobori, mai cobori, e foarte greu pentru că nu trebuie să pierzi esența a ceea ce vrei tu să transmiți până la urmă. Ca discursul tău să fie convingător, trebuie să aibă și notă științifică. (psihopedagog)

Degeaba le explici cu termeni de specialitate. Că nu înțeleg. Cel mai bine este să vadă, să li se arate imagini. Alta este când văd diferite cazuri și efectul unui virus asupra organismului și ce înseamnă să nu te vaccinezi. (asistent medical)

Medicul e cheia și comunicarea. Unii medici nu știu să comunice. I-am ajutat cu tehnici de comunicare, cu abordare prietenoasă pe sănătatea copilului, chiar cu un mic suport pentru copii ș.a.m.d. Și lucrurile se rezolvă. (asistent social)

În relatările celor intervievați, relația de încredere presupune și respectarea cu strictețe a eticii și deontologiei profesionale, în special atunci când asistenții medicali, asistenții sociali ori medicii au un discurs antivaccinist în dialogul lor cu părinții sau cu alți membri ai comunității. Organizațiile profesionale din care fac parte astfel de persoane trebuie să reacționeze și să blocheze mesajele ce pot compromite rezultatele obținute.

Nu poți ca medic, ca asistent social să promovezi mesaje fără bază științifică și să lucrezi în continuare în domeniul respectiv [...] Organizațiile profesionale, colegiile trebuie să facă presiuni asupra acestor profesioniști, indiferent în ce zonă ești. Ori lucrezi în beneficiul comunității, ori nu lucrezi în domeniul respectiv. E o chestie foarte gravă! (asistent social)

CONFORMARE

Pentru ca părinții să înțeleagă cu adevărat beneficiile pentru copii ale respectării schemei obligatorii de vaccinare și să le fie oferite răspunsuri la temerile cu privire la efectele adverse, poziția unanimă a lucrătorilor socio-medicali este că aceștia au dreptul la informații relevante pentru fiecare vaccin administrat. De asemenea, ei consideră că, de regulă, părinții se arată interesați de sesiunile organizate în comunitate ori de interacțiunea directă, acestea fiind rare ocazii în care află soluții pentru alte probleme personale, cum ar fi întocmirea actelor de identitate sau obținerea unor forme de consiliere, ajutor material sau financiar. Pentru reducerea în viitor a reticenței părinților, sesiunile de informare constituie recomandarea principală menționată în interviuri.

Oamenii din mediul rural să știți că sunt dispuși la dialoguri. (asistent medical)

– Îmi pune primăria la dispoziție o sală de școală unde eu fac sesiuni de informare. Și le explic și cu alăptarea, și cu igiena sânelui, și cu contracepția, foarte, foarte multe teme, nutriție. Cu bebelușii în brațe. Unul plânge, unul suge, nu contează.

– Cât de des faci informarea?

– Cam o dată pe lună în fiecare comunitate.

– Câți participanți?

– Cam 30. (asistent medical)

Se întâmplă să ai 5 sesiuni [de informare] într-o lună și să ai părinți foarte comunicativi și cu care nu ai impresia că-ți întoarce cineva vorba sau că și-o răstălmăcește și că mesajul tău este acolo. Dar au fost și situații în care practic la fiecare sesiune să pleci cu inima strânsă că, parcă, nu știi, ceva o scăpat, că nu au destulă încredere. (psihopedagog)

Doar prin întâlniri de grup. Întâlniri față în față. [...] Materialele scrise au o importanță mai mică. (sociolog)

Deși despre o singură comunitate s-a spus că beneficiază de un tip de normativitate culturală în respectarea vaccinării, percepția a opt dintre lucrătorii socio-medicali indică existența unor așteptări sociale în rândul părinților din mediul rural, care motivează, până la un punct, atitudinea pozitivă față de vaccinarea nou-născutului (Larson *et al.*, 2014; McKee *et al.*, 2019). Din interviuri, înțelegem că, pentru părinți, decisive sunt așteptările empirice, în sensul exemplelor oferite de alți părinți ori rude care au consimțit deja la vaccinarea copiilor lor, spre deosebire de așteptările normative, puțin probabile, având în vedere lipsa presiunilor sociale din partea acelor părinți deplin convinși de importanța respectării programului obligatoriu de vaccinare stabilit pentru copii. Alte răspunsuri, în schimb, fac referire la comunități în care nu au fost observate exemple de influență socială ori în care exemplele din comunitate pot determina atât poziții pozitive, cât și negative.

Nu e nevoie de convingere, pentru că o mare parte din oameni deja au o cultură a vaccinului. Adică își doresc foarte mult să-și vaccineze copiii. Au înțeles despre ce este vorba, nu li se pare ceva anormal. (asistent social)

Apelează la exemple ale rudelor: „Uite cumătra sau cumătrul s-au dus cu copiii la vaccinare și atunci să-i ducem și noi”. (asistent social)

Am observat că, dacă face unul și a văzut că e ok, atunci îi influențează pe toți. (mediator sanitar)

În comunitățile rurale mici, interacțiunea între oameni e mult mai strânsă, toată lumea se cunoaște cu toată lumea. [...] și, automat, dacă se vaccinează și copilul ăleia și al alteia, oamenii merg pe model. (sociolog)

Nu prea. Fiecare face cam ce înțelege și ce vrea, până la urmă. (asistent medical)

Ineficiența campaniilor de promovare a vaccinării anti-HPV derulate de către televiziunile din România a determinat un nivel foarte redus de solicitări pentru imunizarea fetelor pentru protecția lor împotriva cancerului de col uterin (Bruni L *et al.*, 2019). Opiniile exprimate de subiecții acestei analize indică faptul că, dincolo de refuzul general al părinților de a lua în calcul administrarea vaccinului pe motivul inadecvării discuțiilor care ating subiectul sănătății sexuale în comunitate, o bună strategie de comunicare și consecvența lucrătorilor socio-medicali pot contribui la depășirea dificultăților actuale, determinând tot mai mulți părinți să ia decizia potrivită.

Li se pare un subiect tabu. Există un blocaj undeva. Mai ales pentru familiile de etnie romă, se știe clar că pentru ei e ceva... Mai ales să lase fetele singure la discuții și să audă că e o discuție despre așa ceva e deja... nu mai ai succes. Deci trebuie să știi cum să pui lucrurile ca să ai succes în intervenția ta. (asistent social)

[În 2009] o fost foarte bine. Am făcut o întâlnire cu mamele, le-am lămurit noi într-un fel și le-am vaccinat. Prima doză. Următoarea doză nu au mai vrut. O început la televizor că un copil a leșinat nu știu prin ce județ. Nu au mai vrut. Doza doi nu s-a mai făcut. La niciun copil. (asistent medical)

Interviurile au surprins obiecțiile față de vaccinare invocate de către o parte a părinților, în special cei din comunitățile cu orientări neoprotestante, și care erau fundamentate pe convingerile religioase ale acestora. Cu toate acestea, conform constatărilor lucrătorilor socio-medicali, dialogurile cu părinții ori cu liderii religioși pot răsturna refuzurile părinților.

Am avut cazuri de adventiști într-unul din cele 7 sate ale comunei Breasta. Ei considerau că de la viață așa cum ești așa să rămâi, să nu primești nimic. Aveau ei anumite teorii. Până la urmă, am reușit. Am mers împreună cu asistentul medical, am discutat, au discutat și cu medicii de familie, și totul a decurs normal. (asistent social)

– Cum ați procedat în cazul refuzurilor pe motive religioase?

– Nu am avut ce să facem acolo. Pur și simplu, religia, spun ei, nu le permite să se vaccineze, să facă injecții...

– Sunt multe cazuri?

– Nu, nu. O familie sau două, maximum.

– În trei ani?

– De când avem programul asta, o singură familie. (asistent medical)

În comunitățile religioase, abordarea a fost a liderului comunității, și dumnealui a înțeles nevoia vaccinării. (asistent social)

În logica acceptării vaccinării, includerea unui vaccin în schema obligatorie îl face mai puțin susceptibil de refuz. Echipele socio-medicale incluse în cercetare consideră că aspectul caracterului obligatoriu al unor vaccinuri destinate copiilor îi determină pe părinți să aprecieze că vaccinurile respective sunt mult mai cunoscute și testate, deci mai sigure, fiind aplicate cu regularitate unui număr foarte mare de copii. Pe de altă parte, solicitările pentru vaccinurile opționale sunt extrem de rare, iar recomandările sunt, în cele mai multe cazuri, urmate de refuz. În plus, acestea implică costuri, ceea ce reduce și mai mult interesul pentru aplicarea lor. În privința vaccinării anti-COVID-19, poziția părinților exprimată în dialogurile cu lucrătorii socio-medicali arată o reticență ridicată, considerându-se că sunt mult prea recente și, din acest motiv, pot produce efecte adverse.

Pentru că nu a fost introdus în schema obligatorie, le pune semne de întrebare. „De ce nu este obligatoriu? Probabil are niște riscuri.” La modul ăsta îl privesc. (asistent medical)

Sunt foarte, foarte reticenți față de vaccin [anti-COVID-19]. Sunt speriați. [...] Dar vis-à-vis de celelalte vaccinuri care se fac regulat, nu, nu am întâmpinat probleme. (educator)

Să știți că nu avem care să fi zis că vor vaccin [anti-Covid-19], decât câteva persoane. Foarte puține. (asistent medical)

Rolul mamei este determinant. Fără excepție, răspunsurile arată că, în mediul rural, întreaga responsabilitate în îngrijirea nou-născutului, deci și în ceea ce privește decizia vaccinării, revine mamei.

Mama e cea care trage greul. Au preluat niște pattern-uri, așa o făcut mama ei, așa o făcut bunica ei, iar tatăl e absent. [...] La un moment dat, când le dădeam contraceptive, le chema doamna doctor să le ia, pentru că, dacă le găseau pe acasă, le dădeau bătaie, ca nu cumva să le ia, să facă copii mulți și să trăiască din alocații. Asta este adevărul! (psihopedagog)

Efectele adverse ale vaccinării raportate de părinți lucrătorilor socio-medicali au fost extrem de rare. Bazate pe informații promovate de mișcările antivacciniste, puținele relatări ale părinților, rezultate din dialogurile cu lucrătorii socio-medicali, sunt legate de riscul perceput de producere a unei dizabilități sau de zvonistica asociată autismului.

Da, am avut două situații. O mamă întoarsă din străinătate. După 6 ani de Italia, a revenit în comunitate și spunea, la un moment dat, că [vaccinul] conține aluminiu, că fac, că dreg, că provoacă autismul, cel puțin vaccinul ăla de la 2 ani că e foarte periculos. (psihopedagog)

Am avut mama unei fete de clasa a 7-a care era operată pentru cancer de col uterin. Și ea a zis „Da, eu vreau să-i fac vaccin fetei mele”. Iar la revaccinare nu a mai vrut. (asistent medical)

Da, zic că dacă provoacă autism. Asta e cea mai frecventă pe care am auzit-o la unii părinți. Bine, nu sunt mulți. 2, 3 care îs. Că, până la urmă, doamna doctor îi convinge că nu e adevărat. (asistent medical)

Cei care sunt suspicioși știu din bătrâni „Uite ce i s-a întâmplat lu' cutare! Din cauza unui vaccin nu a mai putut să meargă copilul”.

Percepțiile profesioniștilor din teren asupra motivațiilor pozitive și motivațiilor negative ale părinților.

La întrebarea: „Cum ați perceput nivelul de conformare a părinților față de vaccinarea copiilor conform programului național de vaccinare, pe o scală de la 1 (refuz) la 5 (acceptare totală)?”, lucrătorii socio-medicali au considerat că atitudinea și comportamentul părinților din cele 35 de comunități rurale în care au intervenit au avut un grad ridicat de conformare. Răspunsurile lor au indicat niveluri medii (3) ori ridicate (4 și 5) de acceptare a vaccinării din partea părinților cu care au interacționat, menționând totodată că acceptarea nu este necondiționată. Declarații precum:

[Părinții] nu au refuzat vaccinarea. (educator)

Nu au fost cazuri să se opună. Doar că au mai pus niște întrebări. (asistent medical)

Îmi asum acest 4, pentru că am văzut de cele mai multe ori holurile pline în zilele de vaccinare în care medicul de familie anunță campania. (psihopedagog)

De obicei, au încredere în noi și se conformează. (asistent medical)

Într-o comunitate de 40 de familii, au refuzat 3 părinți. (mediator sanitar)

Jumătate dintre părinți se duc de la sine către vaccinare. (asistent social)

definesc situația generală în mediul rural, care nu exclude interesul des exprimat al părinților de a primi informații utile despre vaccinuri direct de la medicul de familie sau prin sesiunile de informare organizate în comunități.

În ciuda acestor constatări pozitive, evaluarea din perspectiva lucrătorilor socio-medicali a gradului de acceptare de către părinți a vaccinării copiilor ar trebui privită cu prudență, deoarece părinții din mediile defavorizate și cu acces redus la servicii medicale nu beneficiază de informare și consiliere cu privire la vaccinare, exprimând rareori convingeri ferme în acest sens. În contextul analizei noastre, diseminarea socială a informațiilor pentru creșterea motivației vaccinării copiilor, prin intervenție specializată, este o precondiție pentru obținerea *stocului social necesar de cunoștințe* (Berger & Luckmann, 1971) și a încrederii în recomandările medicale.

Comunicarea complexă pe tema sănătății copilului între specialist și părinte devine un veritabil proces de socializare, având ca rezultat construirea propriului comportament parental față de sănătatea copiilor. În acest context, specialiștii nu au identificat modele culturale privind imunizarea, ci au evidențiat existența anumitor motivații care determină acceptarea imediată a vaccinării sau care dau naștere unei atitudini de opoziție față de această metodă profilactică. Aceasta subliniază nu doar importanța medierii sociale la nivel individual, ci și pe cea a promovării practicilor de sănătate în mediul rural.

Clasificarea motivațiilor (vezi *Tabela nr. 3*), așa cum reies acestea din modelul explicativ SAGE, relevă importanța încrederii părinților în eficacitatea și siguranța vaccinării pentru copii, a cărei construcție, eminent socială, integrează două dimensiuni:

– *dimensiunea socială/relațională*, de raportare la acțiunile, mesajele și așteptările sociale (empirice și normative) ale persoanelor-cheie cu care comunică părintele (lucrători socio-medicali, medici, cadre didactice, lideri comunitari, rude și alte persoane apropiate) și la măsurile de orientare, sprijin și acompaniere pentru a avea acces la asistența medicală, inclusiv la vaccinare;

– *dimensiunea cognitiv/rațională*, rezultată din înțelegerea aspectelor care privesc protecția sănătății copilului prin vaccinare și caracterul obligatoriu al vaccinării, prin participarea directă și individualizată la sesiuni de informare sau prin comunicarea constantă cu personalul medical pe teme care privesc îngrijirea și sănătatea proprie și a copilului.

Prin inversiune, aceleași două dimensiuni, socială și cognitivă, pot produce atitudinea de reticență ori totală neîncredere în siguranța și utilitatea imunizării copiilor, dacă sursele de interacțiune și informare combat vaccinarea.

Tabelul nr. 3

Motivații pro / contra vaccinare

	Motivații pozitive	Motivații negative
<i>Dimensiunea socială</i>	<p>Încredere în personalul socio-medical local. Apartenența lucrătorilor socio-medicali la comunitate. Vizite la domiciliu ale lucrătorilor socio-medicali. Percepții pozitive ale generațiilor anterioare cu privire la vaccin ca metodă de salvare a vieților și prevenire a bolilor. Exemple pozitive din comunitate sau din familia extinsă. Modelul comportamental al liderilor comunitari (primar, preot, polițist, asistent social etc.). Sprijin indirect (ajutor material, asistență socială, rambursare costuri de transport). Însoțire la medicul de familie.</p>	<p>Lipsa de încredere în sistemul medical și politic. Lipsa de fermitate a medicului de familie în promovarea vaccinării. Lipsa de interes pentru monitorizarea sănătății proprii și a copilului. Promovarea narațiunilor conspiraționiste de către liderii locali, rudele apropiate sau unii profesioniști din domeniul sănătății. Lipsa accesului la serviciile medicale în comunitate. Acces limitat la servicii de asistență socială. Tabuuri privind sexualitatea în comunitate. Obstacole în accesarea serviciilor sociale și medicale (comunități izolate, lipsa specialiștilor, dificultăți materiale, violență domestică).</p>
<i>dimensiunea rațională</i>	<p>Participarea regulată la sesiuni de informare și consiliere medicală. Consiliere axată pe dreptul copilului la sănătate. Informații clare despre utilitatea medicală a vaccinului. Înțelegerea vulnerabilității imunitare a copiilor de vârstă mică. Limbaj adaptat nivelului de înțelegere al părinților. Existența unui discurs pro-vaccinare în rândul educatorilor și profesorilor de școală. Utilizarea îndelungată a vaccinurilor destinate copiilor și caracterul lor obligatoriu.</p>	<p>Lipsa surselor de informare și a serviciilor de consiliere privind importanța vaccinării copiilor și afecțiunile medicale ce pot fi prevenite. Lipsa de înțelegere a susceptibilității copiilor la boli. Informații false despre riscul vaccinării răspândite de către mass-media (toxicitate, deces, efecte mutilante – autism, paralizie) Credințele religioase (inviolabilitatea corpului uman). Frica de ceea ce nu se știe sau nu poate fi înțeles. Negarea existenței agenților patogeni care provoacă boli ce pot fi prevenite prin vaccinare. Decese ale copiilor atribuite vaccinurilor (cauzalitate falsă). Noutatea sau caracterul facultativ al unor vaccinuri (HPV).</p>

DISCUȚII

Analiza interviurilor cu lucrătorii socio-medicali angajați în programe de consiliere și protecție pentru gravide și mame cu nou-născuți a pus în evidență rolul acestor lucrători în creșterea încrederii părinților în vaccinarea copiilor lor. Similar

constatărilor acestei cercetări, s-a observat că între medic și pacient se stabilesc mecanisme funcționale de control social, în care competența și altruismul cadrului medical au ca rezultat o atitudine de conformare a părintelui la recomandările ori solicitările medicului pentru sănătatea copilului, inclusiv la cele referitoare la vaccinare (Parsons and Turner, 1991). Intervenția profesioniștilor din domeniul medical a fost în mod constant menționată ca cel mai important canal de comunicare a informațiilor sigure și relevante despre vaccinare (Healy and Pickering, 2011), drept calea legitimă și necesară de a-i face pe părinți să înțeleagă că respectarea schemei de vaccinare este în interesul tuturor (Glanz, Kraus, & Daley, 2015), mai cu seamă în perioada prenatală (Cohen, 2009) și sub coordonarea medicilor de familie mobilizați și sprijiniți de instituțiile publice (Rughiniș, 2021). Cu toate acestea, cercetarea privind percepția lucrătorilor socio-medicali din România asupra reticenței părinților față de vaccinare indică faptul că, pentru anumite vaccinuri (anti-HPV și anti-COVID-19), modelul comunicării eficiente, flexibile și ajustate nevoilor sociale ale familiilor cu copii nu este suficient. Rămâne de analizat ce tip de informații, metode și contexte de comunicare pot influența pozitiv construirea socială a încrederii părinților în siguranța și necesitatea vaccinării copiilor, indiferent de caracterul obligatoriu sau facultativ al vaccinurilor (Williams, 2014).

Din această perspectivă, cercetarea și-a propus să prezinte informații consistente despre procesul de tranziție a părinților de copii mici (0-5 ani) în luarea deciziei de vaccinare ca efect al autoevaluărilor activității de teren a serviciilor de asistență medicală și socială. Dificultățile întâmpinate de specialiști în munca lor trebuie privite și din perspectiva solidarității față de grupurile vulnerabile cu acces limitat la servicii medicale și, implicit, la informare și consiliere despre metodele de prevenire a bolilor. Succesul în obținerea unei acoperiri vaccinale satisfăcătoare care să asigure imunitatea dorită în comunitățile rurale în care au intervenit profesioniștii intervievați demonstrează urgența politicilor și a responsabilității sociale față de multiplele aspecte ce privesc sănătatea membrilor acestor comunități. Lucrătorii socio-medicali au observat adesea că unii dintre părinții convinși de utilitatea vaccinării au avut tendința de a deveni agenți ai schimbării pentru alți părinți mai tineri care încă ezitau față de vaccinare. În acest fel, înțelegerea importanței vaccinării se extinde la nivel social.

Declarațiile specialiștilor intervievați au indicat faptul că părinții nu adoptă o atitudine de reevaluare periodică a consimțământului lor de a-și vaccina copiii. Simpla continuare a comunicării cu lucrătorii socio-medicali în vederea prezentării la cabinetul medicului de familie reprezintă premisa respectării programului de imunizare a copilului. Odată ce părinții ajung, prin acompaniere, în atenția medicilor de familie, decizia de a respecta programul vaccinal este puțin influențată de considerentele anterioare cu privire la vaccinare, iar menținerea pozițiilor inițiale de refuz este extrem de rară. Un impact remarcabil în înțelegerea importanței vaccinării nou-născutului îl are consilierea și pregătirea femeilor

însărcinate pentru naștere, prin însoțirea acestora la medicul de familie sau ginecolog ori prin consiliere juridică cu privire la drepturile lor și sfaturi privind îngrijirea corespunzătoare a viitorului lor copil.

Definiția SAGE a reticenței la vaccinare și cei trei determinanți ai săi (încrederea, accesibilitatea și conformarea) s-au dovedit a fi ușor de utilizat ca instrument pentru investigarea percepției profesioniștilor aflați în contact direct cu părinții care trăiesc în comunități izolate. Modelul a permis o analiză a fenomenului complex de reticență din partea părinților, prin organizarea elementelor care definesc fiecare dintre cele 3C la nivel individual / al familiei, în contextul specific al activității lucrătorilor socio-medicali în comunități rurale și prin raportare la percepțiile părinților cu privire la trăsături specifice ale anumitor vaccinuri (de exemplu, obligatoriu *versus* opțional, nou vs. binecunoscut).

LIMITELE CERCETĂRII

Principala limitare a cercetării calitative a fost legată de realizarea interviurilor prin telefon, ceea ce a creat dificultăți în parcurgerea tuturor întrebărilor stabilite anterior, iar pentru cinci dintre persoanele intervievate, a fost necesară reducerea duratei convorbirilor la 25–30 de minute. În al doilea rând, informațiile colectate provin exclusiv din experiența directă din teren a asistenților medicali și a celorlalte persoane implicate în munca din comunități, nefiind completate ori validate cu relatări ale medicilor de familie despre atitudinile și comportamentele părinților în cabinetele medicale. Similar, lipsesc opiniile părinților care ar fi putut genera detalii cu privire la nivelul de cunoaștere a aspectelor legate de vaccin (tipuri, prevenție, efecte adverse, obligație legală, responsabilitate pentru sănătatea copiilor, schema de vaccinare) și bolile prevenite prin vaccinare, la influențele dintre părinți și modul în care informațiile despre vaccinare sunt transmise și suferă alterări în comunitate sau în mediul online.

Interviurile individuale au relevat o serie de aspecte generale cu privire la poziția părinților din comunitățile marginalizate economic și la cum trebuie organizate interacțiunile părinte-cadru medical ori părinte-asistent social, însă concluziile analizei calitative nu pot fi generalizate ori extinse la alte comunități, deoarece rezultatele trebuie interpretate în contextul prezenței unor echipe care deservește un program specializat, menit să sprijine activitatea serviciilor sociale și medicale locale. Particularitățile programelor sociale în cadrul cărora lucrători comunitari cu perspective profesionale diferite colaborează pentru asigurarea sănătății gravidei, mamei și copilului au condus, cu siguranță, la activități de informare și de ajutor caracterizate printr-o mai mare intensitate și eficiență decât în alte zone din mediul rural.

CONCLUZII

Munca pe teren se dovedește a fi primul segment important al relației părinților cu sistemul medical și, prin urmare, obținerea unei rate ridicate de acceptare a vaccinării este condiționată de stabilirea unor relații de încredere cu medicul de familie și cu alți membri ai echipelor socio-medicale locale care inițiază și mențin interacțiuni directe, acoperă diverse nevoi ale membrilor comunității și cooperează cu autoritățile locale. Acestea sunt reperele specifice ale interacțiunii sociale a părinților din mediul rural cu sistemul medical. Ele interferează cu responsabilitatea lor generală de îngrijire a sănătății copilului și fac posibilă o reală distribuire socială a informațiilor și elementelor motivaționale pentru atingerea acestui scop.² Părinții nu reacționează pasiv la recomandările medicilor, în special cu privire la imunizarea copiilor lor, din simplul motiv că interiorizarea de către părinți a normelor și așteptărilor societale este rezultatul unui proces de construcție socială a competențelor parentale considerate a fi adecvate la un moment dat. În acest context, eliminarea obstacolelor (informarea defectuoasă, inaccesibilitatea serviciilor, marginalizarea socială, discriminarea) devine factor determinant în aplicarea programului național de vaccinare.

Suplimentarea serviciilor medicale din comunitățile mici din mediul rural ori la nivel rezidențial, înțelegerea dinamicii și specificului regional sau local al reticenței față de vaccinare, abordarea neîncrederii prin adresare individuală și la nivelul fiecărei comunități, utilizarea contextualizată a conceptului de „imunitate comunitară” (Schoeppe *et al.*, 2017), ceea ce solicită nu doar mobilizarea sistemului medical local, ci și implicarea părinților, care devin în comunitățile lor agenți ai schimbării sociale – toate acestea reprezintă etape importante în obținerea unor schimbări semnificative ale modului în care este înțeles rolul vaccinării și în care este construită încrederea în poziția cadrelor medicale față de imunizarea copiilor.

Combinarea activităților de informare privind siguranța și eficacitatea vaccinurilor în prevenirea bolilor și protecția sănătății copiilor cu intervenții de asistență socială pentru a îndepărta treptat obstacolele întâmpinate de părinți este de natură să întărească, în cele din urmă, rolul părinților în creșterea și protejarea copiilor lor.

Deși diferită de la o comunitate rurală la alta și cu accente distincte față de anumite vaccinuri, reticența părinților față de vaccinarea copiilor, exprimată la primele contacte cu asistenții sociali, asistenții medicali ori cu mediatorii sanitari, poate fi surmontată prin comunicare și intervenții specifice în acoperirea nevoilor diverse ale familiilor (Salvați Copiii, 2021). Cu toate acestea, acceptarea vaccinurilor opționale și a celor de dată recentă (anti-HPV și anti-COVID-19) este

² În sensul conceptului utilizat de Peter L. Berger & Thomas Luckmann, de distribuire socială a cunoașterii ca precondiție a obținerii stocului social de cunoștințe necesar; în contextul nostru de analiză, pentru înțelegerea importanței vaccinării pentru asigurarea sănătății și supraviețuirii copilului.

greu de obținut. Pe de altă parte, spre deosebire de alte cercetări asupra populației generale, în care credințele religioase au fost invocate în explicarea atitudinii unor părinți care s-au opus cu vehemență vaccinării copiilor lor (Miko *et al.*, 2019), în analiza noastră, acestea nu au fost identificate de lucrătorii socio-medicali ca obstacole de nedepășit.

O strategie de comunicare aplicată consecvent și cu bunăvoință de o echipă de profesioniști poate clădi o relație cu părinții de tip *win-win*, conform declarației unuia dintre respondenți, coordonator local al intervențiilor pentru gravide, mame și copii:

„Intervenția în aceste comunități a adus foarte multă schimbare. Mă uit la mămici pentru care altădată băteam drumul de cinci ori ca să le aducem pentru ca să ne vedem. Acuma sună și întreabă «Da' când e următoarea întâlnire?». Și văd copii mai îngrijiți, văd copii mai frumoși, văd o disponibilitate în a afla mai multe, în a se duce să caute copilul dacă i se pare că nu aude bine sau i se pare că ceva nu e în regulă cu vorbirea sau cu dezvoltarea lui. De aici, dacă este să trag o concluzie, este că oamenii ăștia au înțeles rostul nostru, ajutorul nostru și că merită sută la sută efortul doctorilor din această comunitate, pentru că sunt oameni care muncesc foarte mult și schimbă diverse mentalități.»

BIBLIOGRAFIE

1. Berger, Peter L., and Thomas Luckmann (1971). *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. Harmondsworth: Penguin Books.
2. Brownlie, Julie, and Alexandra Howson (2005). "Leaps of Faith' and MMR: An Empirical Study of Trust". *Sociology* 39 (2). <https://doi.org/10.1177/0038038505050536>.
3. Bruni L., Albero G., Serrano B., Mena M., Gómez D., Muñoz J., Bosch FX., and de Sanjosé S. (2019). "Human Papillomavirus and Related Diseases in Romania. Summary Report." <https://hpcvcentre.net/>.
4. Causey K, Fullman N, Sorensen RJD, Galles NC, Zheng P, Aravkin A, Danovaro-Holliday MC, Martinez-Piedra R, Sodha SV, Velandia-González MP, *et al.* Estimating global and regional disruptions to routine childhood vaccine coverage during the COVID-19 pandemic in 2020: a modelling study. *Lancet*. 2021; 398: 522–34. [doi:https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01337-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01337-4).
5. Center for Disease Control and Prevention (2020). "Talking with Parents about Vaccines for Infants" April 26, 2020.
6. Chou, Wen-Ying Sylvia, and Alexandra Budenz (2020). "Considering Emotion in COVID-19 Vaccine Communication: Addressing Vaccine Hesitancy and Fostering Vaccine Confidence." *Health Communication* 35 (14). <https://doi.org/10.1080/10410236.2020.1838096>.
7. Cohen, George J. (2009). "The Prenatal Visit." *Pediatrics* 124 (4): 1227–32. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-1785>.
8. Council of Europe (2005). "Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine, Concerning Biomedical Research." *CETS No. 195, Ch. II General Provisions*. Strasbourg.
9. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (2012). "Introduction of HPV Vaccines in European Union Countries – an Update." Stockholm.

- https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/20120905_GUI_HPV_vaccine_update.pdf.
10. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (2022). “COVID-19 Vaccine Tracker.” ECDC. <https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/vaccine-tracker.html#uptake-tab>.
 11. European Commission (2019). “Europeans’ Attitudes towards Vaccination – Special Eurobarometer 488.”
 12. Glanz J., Kraus C.R., Daley M.F. Addressing Parental Vaccine Concerns: Engagement, Balance, and Timing. *PLoS Biol.* (2015); 13: e1002227. <https://doi.org/10.1371/journal.pbio.1002227>.
 13. Habersaat, Katrine Bach, Adriana Pistol, Aurora Stanescu, Catherine Hewitt, Miljana Grbic, Cassandra Butu, and Cath Jackson (2020). “Measles Outbreak in Romania: Understanding Factors Related to Suboptimal Vaccination Uptake.” *European Journal of Public Health* 30 (5). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa079>.
 14. Healy, C. Mary, and Larry K. Pickering (2011). “How to Communicate With Vaccine-Hesitant Parents.” *Pediatrics* 127 (Supplement_1): S127–33. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-1722S>.
 15. ICN. (2020). “Success of Mass COVID-19 Vaccination Programmes Will Depend on Frontline Nurses and Nurse Leaders at the Highest Level of Government.” International Council of Nurses. November 12, 2020. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PR_56_Covid-19%20vaccine%20and%20nurses%20roles_EB_FINAL.pdf.
 16. INSP. (2009). „Poliomelita” (2009). <https://www.cnscbt.ro/index.php/polio>.
 17. ——— (2021a). „Calendarul Național de Vaccinare”. National Center for Surveillance and Control of Communicable Diseases. 2021. National Center for Surveillance and Control of Communicable Diseases.
 18. ——— (2021b). „Situția Actualizată a Rujeolei în România” 2021. <https://www.cnscbt.ro/>.
 19. Larson, A., Skolnik, A., Bhatti, A., & Mitrovich, R. (2022). Addressing an urgent global public health need: Strategies to recover routine vaccination during the COVID-19 pandemic. *Human vaccines & immunotherapeutics*, 18(1), 1975453. <https://doi.org/10.1080/21645515.2021.1975453>.
 20. Larson, Heidi J., Caitlin Jarrett, Elisabeth Eckersberger, David M.D. Smith, and Pauline Paterson (2014). “Understanding Vaccine Hesitancy around Vaccines and Vaccination from a Global Perspective: A Systematic Review of Published Literature, 2007–2012.” *Vaccine* 32 (19). <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.01.081>.
 21. MacDonald, Noni E. (2015). “Vaccine Hesitancy: Definition, Scope and Determinants.” *Vaccine* 33 (34). <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.036>.
 22. Masseria, Cristina, Philipa Mladovsky, and Cristina Hernández-Quevedo (2010). “The Socio-Economic Determinants of the Health Status of Roma in Comparison with Non-Roma in Bulgaria, Hungary and Romania.” *European Journal of Public Health* 20 (5). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckq102>.
 23. McKee, M., L. Sizziliani, C. Wild, D. Kringos, M.M. Barry, P. Barros, J. de Maeseneer, L. Murauskiene, and W Ricciardi (2019). “Vaccination Programmes and Health Systems in the European Union. Report of the Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health”. *European Journal of Public Health* 29 (Supplement_4). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz185.373>.
 24. Miko, David, Carmen Costache, Horațiu Alexandru Colosi, Vlad Neculicioiu, and Ioana Alina Colosi (2019). “Qualitative Assessment of Vaccine Hesitancy in Romania.” *Medicina (Kaunas, Lithuania)* 55 (6). <https://doi.org/10.3390/medicina55060282>.
 25. MS. (2017). „Comunicat de Presă – Informare Privind Vaccinurile Obligatorii Din Calendarul de Vaccinare”, January 26, 2017. <http://www.ms.ro/2017/01/26/informare-privind-situatia-imunizarii-copilor-cu-vaccinurile-obligatorii-din-calendarul-de-vaccinare-se-desfasoara-cu-unele-deficiente/>.

26. Parsons, T., and B.S. Turner (1991). *The Social System*. Major Languages. Routledge. <https://books.google.ro/books?id=FEWj6qliXcQC>.
27. Pența, Marcela A, and Adriana Băban (2014). “Mass Media Coverage of HPV Vaccination in Romania: A Content Analysis.” *Health Education Research* 29 (6): 977–92. <https://doi.org/10.1093/her/cyu027>.
28. Pițigoi, Daniela, Oana Săndulescu, Maria Dorina Crăciun, Anca Drăgănescu, Gheorghită Jugulete, Anca Streinu-Cercel, Angelica Vișan, *et al.* (2020). “Measles in Romania – Clinical and Epidemiological Characteristics of Hospitalized Measles Cases during the First Three Years of the 2016-Ongoing Epidemic.” *Virulence* 11 (1). <https://doi.org/10.1080/21505594.2020.1771948>.
29. Rosenstock, Irwin M., Victor J. Strecher, and Marshall H. Becker (1988). “Social Learning Theory and the Health Belief Model.” *Health Education Quarterly* 15 (2). <https://doi.org/10.1177/109019818801500203>.
30. Rughiniș, C. (2021, August 19). Vaccinarea anti-COVID: între tipic statistic și potențial național. *Contributors*. <https://www.contributors.ro/vaccinarea-anti-covid-intre-tipic-statistic-si-potential-national/>
31. SAGE. (2014). “Report of the Sage Working Group on Vaccine Hesitancy.” https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf.
32. Saldaña, J. (2013). *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. Los Angeles, CA: Sage Publications.
33. Salvați Copiii (2021). “Combating Infant Mortality.” 2021. <https://www.salvaticopiii.ro/ce-facem/sanatare/reducerea-mortalitatii-infantile>.
34. Schoeppe, Jennie, Allen Cheadle, Mackenzie Melton, Todd Faubion, Creagh Miller, Juno Matthys, and Clarissa Hsu (2017). “The Immunity Community: A Community Engagement Strategy for Reducing Vaccine Hesitancy.” *Health Promotion Practice* 18 (5). <https://doi.org/10.1177/1524839917697303>.
35. SeyedAlinaghi, S., Karimi, A., Mojdeganlou, H., *et al.* Impact of COVID-19 pandemic on routine vaccination coverage of children and adolescents: A systematic review. *Health Sci Rep.* (2022); 5: e00516. <https://doi.org/10.1002/hsr2.516>.
36. Stănescu, Ana Maria Alexandra, Alexandra Totan, Daniela Miricescu, Constantin Ștefani, Bogdan Șerban, Ioana Veronica Grăjdeanu, and Camelia Cristina Diaconu (2019). “Comparative Analysis of Cases of Measles from Romania, Bulgaria and Hungary in the Context of the European Union.” *Romanian Journal of Medical Practice* 14 (2). <https://doi.org/10.37897/RJMP.2019.2.13>.
37. St. Maurice, Annabelle de, Kathryn M. Edwards, and Jesse Hackell (2018). “Addressing Vaccine Hesitancy in Clinical Practice.” *Pediatric Annals* 47 (9). <https://doi.org/10.3928/19382359-20180809-01>.
38. Teșliuc, E., Grigoraș, V., Stănculescu, M., Sandu, D., Corad, B., Iamandi-Cioinaru, C., Man, T., Marin, M., Moldovan, C., and Neculau, G. (2016). *Atlasul zonelor rurale marginalizate și al dezvoltării umane locale din România*.
39. UNICEF (2019a). “20 Million Children Miss out on Lifesaving Measles, Diphtheria and Tetanus Vaccines in 2018”. News Release. July 15, 2019.
40. ——— (2019b). „Peste 140 000 de oameni au murit din cauza rujeolei, iar numărul îmbolnăvirilor crește în toată lumea”. December 9, 2019. <https://www.unicef.org/romania/ro/comunicate-de-pres-%C4%83/peste-140000-de-oameni-au-murit-din-cauza-rujeolei-iar-num-%C4%83rul-%C3%AEmboln-%C4%83virilor>.
41. ——— (2020). “Millions More Children at Risk with Immunization Services Disrupted amid COVID-19 Pandemic.” Health. April 26, 2020. <https://news.un.org/en/story/2020/04/1062622>.
42. WHO (2019a). “Ten Threats to Global Health in 2019.” 2019. <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>.

43. ——— (2019b). “The Global Vaccine Action Plan 2011-2020 (GAV). Review and Lessons Learned.” Geneva. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329097/WHO-IVB-19.07-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
44. ——— (2019c). “Two out of Three Wild Poliovirus Strains Eradicated.” October 24, 2019. <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/two-out-of-three-wild-poliovirus-strains-eradicated>.
45. ——— (2019d). “More than 140,000 Die from Measles as Cases Surge Worldwide” December 5, 2019.
46. ——— (2021). “Smallpox – Factsheet.” Health Topics. 2021. https://www.who.int/health-topics/smallpox#tab=tab_1.
47. Williams, Sarah E. (2014). “What Are the Factors That Contribute to Parental Vaccine-Hesitancy and What Can We Do About It?” *Human Vaccines & Immunotherapeutics* 10 (9): 2584–2596. <https://doi.org/10.4161/hv.28596>.