



Salvați Copiii
Save the Children Romania

BARIERE ÎN CALEA VACCINĂRII ÎN MEDIUL RURAL DIN ROMÂNIA

Un studiu calitativ privind perspectivele asistenților medicali comunitari și ale medicilor de familie

Autori:

Lect. Univ. Dr. Oana M. Blaga, Drd. Andreea Morar, Mara Bumbu, Drd. Marina D. Dascăl
Departamentul de Sănătate Publică, Universitatea Babeș-Bolyai

Studiul – *“Bariere în calea vaccinării în mediul rural din România. Un studiu calitativ privind perspectivele asistenților medicali comunitari și a medicilor de familie”* – a fost realizat în cadrul programului „Sănătatea mamei și a copilului” implementat de Organizația Salvați Copiii și a fost finanțat de MSD România.

**Organizația Salvați Copiii
Secretariatul General**

Intrarea Ștefan Furtună nr. 3,
sector 1, 010899, București, România
e-mail: secretariat@salvaticopiii.ro
web: www.salvaticopiii.ro

ISBN: 978-606-8038-59-9

Salvați Copiii, martie 2025

CUVÂNT ÎNAINTE

Vaccinarea reprezintă unul dintre cele mai eficiente instrumente de sănătate publică, salvând anual milioane de vieți și protejând copiii de boli grave care altfel ar putea avea consecințe devastatoare. Cu toate acestea, accesul inegal la servicii medicale, dezinformarea și reticența față de vaccinare continuă să pună în pericol sănătatea celor mai vulnerabili dintre noi, în special a copiilor din comunitățile rurale.

În cadrul Organizației Salvați Copiii, am înțeles de-a lungul anilor că sănătatea copilului nu poate fi separată de dreptul fundamental la informare corectă, acces echitabil la servicii medicale și sprijin din partea comunității. Acest studiu oferă o imagine detaliată asupra barierelor care împiedică vaccinarea în mediul rural. Prin vocea medicilor de familie și a asistenților medicali comunitari, am reușit să conturăm o imagine clară a barierelor existente și a soluțiilor posibile pentru creșterea ratelor de vaccinare.

Rezultatele acestei cercetări ne arată că avem nevoie de soluții integrate, de politici publice coerente și de un efort comun pentru a restabili încrederea în vaccinare. Educația pentru sănătate trebuie să fie o prioritate, iar sprijinul acordat cadrelor medicale care lucrează în comunități vulnerabile este esențial. Mai mult, este nevoie de parteneriate solide între autorități, societatea civilă și profesioniștii din domeniul sănătății pentru a asigura că niciun copil nu rămâne neprotejat.

Salvați Copiii își reafirmă angajamentul de a susține inițiativele care contribuie la sănătatea și bunăstarea copiilor. Prin acest studiu, dorim să oferim un suport real pentru deciziile informate și pentru măsuri eficiente care să crească acoperirea vaccinală. Le mulțumim tuturor celor care au contribuit la realizarea acestui raport și, mai ales, celor care, zi de zi, sunt alături de familii, educând, informând și luptând pentru sănătatea celor mici.

Împreună, putem asigura fiecărui copil șansa la o copilărie protejată de boli prevenibile și la un viitor sănătos.

Gabriela Alexandrescu
Președinte Executiv
Salvați Copiii România

REZUMAT

Înțelegerea barierelor în vaccinare reprezintă o prioritate pentru sănătatea copiilor, în special în zonele rurale unde ratele de imunizare tind să fie scăzute. Acest studiu calitativ se concentrează pe trei vaccinuri esențiale - ROR, vaccinul antipneumococic și HPV - care joacă un rol important în prevenirea bolilor grave și potențial fatale. Prin explorarea percepțiilor și experiențelor a **29 de medici de familie și asistenți medicali comunitari (AMC)**, această cercetare a urmărit să înțeleagă barierele în acoperirea vaccinală optimă și să identifice strategii de intervenție. **Experiența participanților, care au în evidență peste 11.000 de copii din mediul rural (5,379 înscriși pe listele medicilor și 6,270 în evidența AMC)**, oferă o perspectivă comprehensivă asupra provocărilor și oportunităților în creșterea ratei de vaccinare în aceste comunități.

Experiența lor cumulată și natura continuă a interacțiunilor cu familiile le permite să ofere o perspectivă complexă și nuanțată asupra atitudinilor, comportamentelor și nevoilor părinților în ceea ce privește vaccinarea. În plus, combinarea perspectivelor celor două categorii de profesioniști - asistenți medicali comunitari care lucrează direct în comunitate și medici de familie care oferă serviciile de vaccinare - asigură o înțelegere mai cuprinzătoare a dinamicii vaccinării în mediul rural, de la barierele întâmpinate până la strategiile eficiente de abordare a reticenței față de vaccinare.

Studiul a identificat **patru tipuri principale de barieră** în calea vaccinării din perspectiva medicilor de familie și a AMC. Barierele **atitudinale și comportamentale** includ reticența post-COVID-19, refuzul categoric al unor comunități și frica de reacții adverse. Barierele **socio-culturale** sunt reprezentate de aspecte culturale, lingvistice, religioase și mobilitatea ridicată a familiilor. La **nivel informațional**, impactul negativ al mass-media, dezinformarea pe rețelele sociale și miturile despre vaccinare reprezintă obstacole majore. În plus, există **bariere sistemice** precum birocrăția excesivă, lipsa resurselor materiale, desființarea vaccinării în școli și lipsa transportului.

Pentru depășirea acestor obstacole, medicii și AMC implementează abordări personalizate, de la comunicare graduală până la oferirea de stimulente și utilizarea exemplelor personale sau din comunitate pentru a crește rata de imunizare. Resursele actuale de care aceștia dispun includ materiale informative de la DSP, sprijin din partea unor primării și colaborări cu ONG-uri. Totuși, există nevoi semnificative de îmbunătățire, precum dezvoltarea unor materiale informative moderne (inclusiv în format video) și adaptate în funcție de nivelul de educație, training-uri în comunicare pentru personal și o mai bună colaborare între medici și AMC.

Literatura de specialitate sugerează că intervențiile de tip „nudge” (direcționare comportamentală) pot fi deosebit de eficiente în contextul vaccinării. Aceste intervenții subtile, care modifică contextul decizional fără a elimina opțiuni, au demonstrat rezultate promițătoare în creșterea ratelor de vaccinare prin diverse mecanisme, de la remindere personalizate până la reformularea beneficiilor vaccinării. **Corelând barierele și strategiile identificate în acest studiu cu intervențiile de tip nudge validate în literatura de specialitate, acest raport propune recomandări de intervenție comportamentală** care ar putea fi adaptate specificului rural și integrate în practica actuală pentru a spori eficiența programelor de vaccinare.

Recomandările realizate pe baza acestui studiu pot contribui semnificativ la îmbunătățirea programelor de vaccinare și, nu în ultimul rând, la protejarea sănătății copiilor din mediul rural împotriva bolilor prevenibile prin vaccinare.

CUPRINS

1. Introducere	7
1.1. Importanța vaccinării copiilor	7
1.2. Refuzul sau ezitarea părinților față de vaccinare	8
1.3. Schema națională de vaccinare și tipurile de vaccinuri	8
1.4. Situația vaccinării în România	10
1.5. Situația vaccinării în mediul rural	12
1.6. Intervenții eficiente de creștere a ratelor de imunizare	16
1.6.1. Intervenții de creștere a ratelor de imunizare în mediul rural în țările din Europa de Est	16
1.6.2. Intervenții de tip “nudge” pentru creșterea ratelor de imunizare	16
2. Legislația privind vaccinarea copiilor	18
2.1. Convenția ONU cu privire la drepturile copilului și obligația statului de a asigura copiilor „cea mai bună stare de sănătate posibilă”	18
2.2. Legislația internă	19
2.3. Perspective juridice cu privire la rolul părinților și a medicilor de familie	21
2.4. Propunerile organizației Salvați Copiii pentru completarea și îmbunătățirea Strategiei naționale de vaccinare în România pentru perioada 2023-2030 și Planului de acțiune aferent	22
3. Metodologie	24
3.1. Scopul și obiectivele studiului	24
3.2. Design-ul studiului	24
3.3. Participanți și criterii de selecție	24
3.4. Procesul de colectare a datelor	26
3.5. Analiza datelor	26
3.6. Considerații etice	27
3.7. Provocări în recrutarea părinților și limite în prezentarea perspectivelor parentale	27
4. Rezultate	28
4.1. Situația vaccinărilor copiilor în comunitate, per tip de vaccin, din perspectiva asistenților medicali comunitari și a medicilor de familie	28
4.1.1. Vaccinul ROR	28
4.1.2. Vaccinul pneumococic	30
4.1.3. Vaccinul împotriva HPV	30
4.2. Perspectiva asistenților medicali comunitari	32
4.2.1. Rolul AMC în procesul de vaccinare	32
4.2.2. Relația cu părinții și medicii	33
4.2.3. Bariere întâmpinate pe teren privind vaccinarea copiilor	35

4.2.4. Strategii actuale de abordare a reticenței sau a refuzului în vaccinare	38
4.2.5. Resurse actuale și nevoi pentru a crește rata de vaccinare	39
4.3. Perspectiva medicilor de familie	42
4.3.1. Relația cu părinții și asistenții comunitari	42
4.3.2. Bariere întâmpinate privind vaccinarea copiilor	40
4.3.3. Strategii actuale de abordare a reticenței sau a refuzului în vaccinare	47
4.3.4. Resurse actuale și nevoi pentru a crește rata de vaccinare	49
4.4. Sinteza rezultatelor	52
5. Recomandări	55
6. Limitări și direcții viitoare de cercetare	57
7. Referințe	58

1. INTRODUCERE

1.1. Importanța vaccinării copiilor

La nivel global vaccinarea reprezintă un instrument esențial în prevenirea bolilor și protejarea sănătății publice, salvând viețile a 2-3 milioane de copii anual (Nandi & Shet, 2020). Vaccinurile ajută sistemul imunitar să combată infecțiile produse de agenți patogeni bacterieni, paraziți și virali care pot provoca boli severe și adesea fatale. Eficacitatea vaccinării este demonstrată prin controlul unor boli grave precum variola, rujeola, difteria și poliomielite (Olson et al., 2020). Vaccinarea nu protejează doar copilul vaccinat, ci contribuie la imunitatea colectivă. Atunci când un procent suficient de mare din populație este vaccinat, răspândirea bolilor infecțioase este limitată, protejând astfel și persoanele care nu pot fi vaccinate din motive medicale (de exemplu, alergii severe sau imunodepresie). Din perspectivă economică, vaccinarea reprezintă una dintre cele mai cost-eficiente strategii de sănătate publică (Comisia Europeană, 2024). Aceasta reduce semnificativ cheltuielile legate de tratamente medicale și spitalizări, precum și costurile cauzate de absența părinților de la locul de muncă din cauza îngrijirii copiilor bolnavi.

Strategia Națională de Vaccinare în România pentru perioada 2023–2030¹, evidențiază importanța vaccinării ca parte esențială a dreptului la sănătate. Documentul amintește, încă din prima propoziție, că „vaccinarea este o intervenție de succes pentru sănătatea publică la nivel global și pentru dezvoltarea durabilă, salvând milioane de vieți în fiecare an”, punând accent pe furnizarea de vaccinuri sigure și eficiente, integrarea imunizării în serviciile de sănătate primară și accesul echitabil pentru toate categoriile sociale. Totodată, se atrage atenția asupra barierelor de acces, cum ar fi ezitarea populației, problemele logistice sau lacunele în finanțare, și susține integrarea vaccinării în politicile de sănătate publică prin „Legea privind reforma în domeniul sănătății nr. 95/2006” care garantează accesul gratuit la programele naționale de sănătate profilactice pentru toți copiii, inclusiv vaccinarea. Strategia identifică drept o prioritate eliminarea barierelor de acces la vaccinare pentru grupurile vulnerabile, precum persoanele din zonele rurale, familiile defavorizate socio-economic și migranții, și subliniază necesitatea unui cadru legislativ care să faciliteze implementarea și accesul la vaccinare.

De asemenea, în „Planul de acțiuni pentru implementarea Strategiei Naționale de Vaccinare”² se prevede implicarea organizațiilor neguvernamentale prin încheierea de parteneriate și promovarea activă a vaccinării, ca parte a eforturilor de reducere a reticenței la vaccinare. „Încheierea unui Acord de parteneriat cu entitățile relevante pentru susținerea vaccinării - autorități, parteneri privați, organizații ale societății civile” (Obiectiv Specific nr. 8.1) este considerată o activitate centrală pentru crearea unui parteneriat social sustenabil.

1 HOTĂRÂREA nr. 1.006 din 20 octombrie 2023 privind aprobarea Strategiei naționale de vaccinare în România pentru perioada 2023-2030

2 https://www.ms.ro/media/documents/Anexa_-_Plan_de_ac%C8%9Biuni_pentru_implementarea_Strategiei_de_vaccinare_%C3%AEn_Rom%C3%A2nia_2023.docx

În acest context, prezentul studiu calitativ, care analizează experiențele, atitudinile și perspectivele familiilor din mediul rural cu privire la vaccinarea copiilor, contribuie la direcția de acțiune prioritară stabilită în Strategie: „crearea unei bănci de materiale informative pe tema vaccinării”.

1.2. Refuzul sau ezitarea părinților față de vaccinare

Conform Grupului Consultativ Strategic de Experți în Imunizare al Organizației Mondiale a Sănătății, ezitarea vaccinală este definită ca “o întârziere în acceptarea sau refuzul vaccinurilor”, indiferent de disponibilitatea serviciilor de imunizare (World Health Organization, 2015). În ciuda faptului că este recunoscută ca fiind una dintre cele mai eficiente măsuri de sănătate publică pentru gestionarea și prevenirea bolilor, un număr tot mai mare de persoane consideră că vaccinarea este dăunătoare și inutilă. Ca urmare, refuzul sau ezitarea față de vaccinare încep să pună în pericol eforturile depuse pentru a elimina și minimiza povara multor boli infecțioase (Olson et al., 2020).

Reticența părinților față de vaccin este unul dintre principalele motive pentru care vaccinurile copiilor nu sunt încă administrate în mod optim (Esposito et al., 2023) și are efecte majore atât pentru copii, cât și pentru comunitățile lor. Părinții care caută informații despre vaccinurile pentru copii sunt frecvent expuși la mituri și informații false prin intermediul mass-media sau internet. Acest lucru afectează semnificativ eficiența comunicării dintre personalul medical și pacienți, cât și implementarea programelor de imunizare (Olson et al., 2020). În România, internetul a devenit o sursă cheie de acces la conținutul legat de sănătate, precum și un instrument pentru activiști în campaniile lor împotriva mediului științific (Miko et al., 2019).

Dezinformarea și disputele legate de imunizarea copiilor se axează de obicei pe siguranța și eficacitatea anumitor vaccinuri (Pluviano et al., 2017). Una dintre cele mai controversate probleme continuă să fie afirmația conform căreia vaccinul împotriva rujeolei, oreionului și rubeolei (ROR) provoacă autism. Având în vedere creșterea ratelor de ezitare la vaccinare, oficialii din domeniul sănătății publice caută intervenții și tehnici de comunicare eficiente pentru a încuraja vaccinarea, a contesta mesajele anti-vaccinare și a gestiona ezitarea la vaccinare (Olson et al., 2020). Cu toate acestea, cercetările au arătat că ezitarea față de vaccin este o problemă multifacțată care include aspecte emoționale, cognitive, culturale, sociale și politice (Kumar et al., 2016). În România, participanții la un studiu calitativ care a analizat reticența la vaccinare a cetățenilor au exprimat atitudini nefavorabile sau insuficient încurajatoare din partea medicilor. De asemenea, aceștia și-au exprimat îngrijorarea cu privire la conflictele de interese și la practicile neetice ale companiilor farmaceutice. Alți factori care influențează comportamentul de vaccinare includ credințele personale, lipsa de cunoștințe și o percepție redusă a riscului de îmbolnăvire (Miko et al., 2019).

1.3. Schema națională de vaccinare și tipurile de vaccinuri

În România, schema națională de vaccinare este reglementată prin Calendarul național de vaccinare. În tabelul de mai jos sunt prezentate vaccinurile recomandate în România,

alături de vârsta corespunzătoare a copilului pentru administrarea acestora, conform calendarului național de vaccinare publicat de către Institutul Național de Sănătate Publică. Dintre acestea, opt vaccinuri sunt obligatorii pentru protecția medicală a copiilor și accesul în comunitățile școlare: BCG (profilaxia primară a tuberculozei), DTP (vaccin împotriva difteriei, tetanosului și a tusei convulsive), DT (vaccin împotriva difteriei și tetanosului), VPOT (vaccin împotriva poliomielitei), HepB (vaccin antihepatită B), ROR (vaccin împotriva rujeolei, oreionului și rubeolei), Hib (vaccin împotriva *Haemophilus influenzae*), vaccinul pneumococic (împotriva *Streptococcus pneumoniae*). Vaccinul hepatitic B (Hep B) și vaccinul pentru tuberculoză (BCG) se administrează la naștere, în spital, urmând ca celelalte să fie administrate de către medicul de familie (Institutul Național de Sănătate Publică, 2024).

Vaccinurile opționale includ: vaccinul împotriva rotavirusului, vaccinul antigripal, vaccinul împotriva varicelei, vaccinul antimeningococic, vaccinul hepatitic A, vaccinul HPV, vaccinul anti-SARS-COV-2.

Dintre vaccinurile care stau la baza acestui studiu, vaccinul pneumococic și vaccinul pentru rujeolă, oreion și rubeolă fac partea din Programul Național de Vaccinare și sunt compensate. Vaccinul HPV este compensat pentru fetele și pentru băieți până la vârsta de 18 ani, dar nu este obligatoriu (CNAS, 2023).



Tabelul 1. Schema națională de vaccinare

Vârsta recomandată	Tipul de vaccinare	Comentarii
primele 24 de ore	Vaccin hepatitic B (Hep B)	în maternitate
2-7 zile	Vaccin de tip Calmette Guérin (BCG)	
2 luni	Vaccin diftero-tetano-pertussis acelular-poliomielitic-Haemophilus Bhepatitic B (DTPa-VPI-Hib-Hep. B) Vaccin pneumococic conjugat	
4 luni	Vaccin diftero-tetano-pertussis acelular-poliomielitic-Haemophilus Bhepatitic B (DTPa-VPI-Hib-Hep. B) Vaccin pneumococic conjugat	medicul de familie
11 luni	Vaccin diftero-tetano-pertussis acelular-poliomielitic-Haemophilus Bhepatitic B (DTPa-VPI-Hib-Hep. B) Vaccin pneumococic conjugat	
12 luni	Vaccin rujeolic-rubeolic-oreion (ROR)	
5 ani	Vaccin rujeolic-rubeolic-oreion (ROR)	
5-6 ani	Vaccin diftero-tetano-pertussis acelular-poliomielitic (DTPa-VPI)	
14 ani	Vaccin diftero-tetano-pertussis acelular pentru adulți (dTpa)	

1.4. Situația vaccinării în România

Cercetarea se concentrează pe trei vaccinuri din calendarul național de imunizare: vaccinul ROR (rujeolă-oreion-rubeolă), vaccinul pneumococic conjugat și vaccinul împotriva virusului papiloma uman (HPV). Selecția acestor vaccinuri a fost făcută în raport cu impactul epidemiologic al bolilor pe care le previn. Mai precis, aceste vaccinuri previn boli cu consecințe severe pentru sănătatea publică: epidemii de rujeolă - România a înregistrat 77.8% dintre toate cazurile de rujeola din UE (Health at a Glance: Europe 2024, 2024), infecții pneumococice invazive și cancer de col uterin, aceasta din urmă reprezentând o cauză majoră de mortalitate în rândul femeilor din România (Ilisiu et al., 2019).

Vaccinul ROR (rujeolă, oreion, rubeolă)

Într-o serie de țări din UE, incluzând România, ratele de vaccinare ROR au scăzut cu peste 10 puncte procentuale între 2019 și 2020 (Health at a Glance: Europe 2024, 2024). În România, în prima jumătate a anului 2020 au fost raportate 1004 cazuri de rujeolă (5,2 cazuri/100.000 locuitori), predominant la grupa de vârstă 0-19 ani (85,74%), urmată de o scădere semnificativă a cazurilor în perioada 2021-2022, aliniată cu tendința observată în Uniunea Europeană (Davitoiu et. el, 2021). În 2023, incidența rujeolei a crescut la

nivel mondial, în principal ca urmare a scăderii ratelor de vaccinare în timpul pandemiei COVID-19. În această perioadă, o serie de națiuni europene au raportat focare de rujeolă, inclusiv Germania, Italia, Belgia, Austria și România, care a înregistrat 77,8% din toate cazurile din Europa (Health at a Glance: Europe 2024, 2024).

În România, rujeola se manifestă epidemic în acest moment, cu 7.243 de cazuri confirmate și 8 decese raportate în perioada 1 ianuarie 2023 - 5 martie 2024. Dintre cele 8 decese, 3 au fost înregistrate la copii cu vârsta cuprinsă între 7 și 8 luni (neeligibili la vaccinare), 3 au fost înregistrate la copii cu vârsta cuprinsă între 11 luni și un an (nevaccinați împotriva rujeolei) și 2 decese au fost înregistrate la adulți de sex masculin în vârstă de 24, respectiv 35 de ani (nevaccinați împotriva rujeolei). Acoperirea vaccinală cu prima doză de ROR este de 78% la nivel național și de 62% pentru a doua doză, iar cele mai multe cazuri de boală (91% din total) au fost înregistrate la persoane nevaccinate, conform raportului pe vaccinare al Institutului Național de Sănătate Publică (Institutul Național de Sănătate Publică, 2024).

Vaccinul *Pneumococic*

Infecția cu *Streptococcus pneumoniae* (pneumococcus) este una dintre principalele cauze de morbiditate și mortalitate la nivel mondial (Troeger et al., 2018). Vaccinul pneumococic oferă protecție împotriva mai multor infecții cauzate de bacteria *Streptococcus pneumoniae*, printre care pneumonie (CDC, 2024), meningita pneumococică (Oligbu et al., 2019), sau otită medie acută (McEllistrem et al., 2005). Conform Analizei Situației Vaccinării realizată de Institutul Național de Sănătate Publică, situația acoperirii vaccinale pentru cele trei doze de vaccin pneumococic (până la vârsta de 12 luni) arată că imunizarea nu a atins pragul de 95% în niciun județ al țării și că în mediul rural doar 52,1% dintre copiii cu vârsta de până în 12 au primit cele 3 doze de vaccin PPV (Institutul Național de Sănătate Publică, 2024).

Vaccinul împotriva HPV (*papilomavirusul uman*)

În România, adolescenții fete și băieți cu vârsta între 11-18 ani au acces gratuit la vaccinarea anti-HPV, iar femeile între 19 și 45 beneficiază de vaccinul HPV în regim compensat 50%. Vaccinarea anti-HPV poate preveni apariția formelor de cancer, condiloamelor genitale și a altor afecțiuni asociate infecțiilor cu HPV, ce afectează atât femeile cât și bărbații.

În ceea ce privește atitudinea publicului și atitudinile prospective ezitante, diverse studii de vaccinare din România au constatat faptul că decizia părinților de a nu-și vaccina copiii în general este influențată de o lipsă de cunoștințe (Manolescu et al., 2022). Mai mult, în Europa, conform raportului Organizației Europene a Cancerului, se preconizează că aproximativ 29% dintre fete și 5% dintre băieți au fost vaccinați integral cu vaccinul HPV în 2020 (Iova et al., 2023). Unul dintre obiectivele Strategiei Globale a Sănătății ale Organizației Mondiale a Sănătății este ca 90% dintre fete să fie complet vaccinate cu vaccinul HPV până la vârsta de 15 ani. Prin urmare, convingerile părinților și acceptarea vaccinării împotriva HPV sunt esențiale pentru succesul programului (Manolescu et al., 2022).

În același timp, tinerii nu sunt educați în mod constant cu privire la infecția cu HPV sau la vaccinul împotriva HPV, astfel încât gradul lor de conștientizare este limitat. Adolescenții sunt frecvent excluși din deciziile de vaccinare din cauza vârstei lor, a înțelegerii inadecvate a vaccinării și a barierelor de comunicare dintre părinți și adolescenți. Studiile subliniază atât necesitatea educării și informării populației țintă, dar și realitatea faptului că adolescenții doresc să învețe și să participe la luarea deciziilor (Iova et al., 2024).

Addendum: Vaccinul DTP și situația tusei convulsive

În contextul actual al creșterii cazurilor de tuse convulsivă, este important de menționat și vaccinul DTP (difterie-tetanos-pertussis), care face parte din schema de imunizare obligatorie. Administrat în dozele conjugate la 2, 4 și 11 luni, cu rapeluri la 6 și 14 ani, acest vaccin joacă un rol crucial în prevenirea tusei convulsive, o boală deosebit de periculoasă mai ales pentru sugari. În România, vaccinul DTP este administrat ca parte a vaccinului hexavalent (DTPa-VPI-Hib-Hep B) în primele trei doze, oferind o protecție combinată împotriva mai multor boli.

Conform datelor INSP, acoperirea vaccinală pentru vaccinul cu componentă DTP (difterie-tetanos-pertussis) în anul 2022 indica o situație îngrijorătoare. La nivel național, pentru copiii în vârstă de 18 luni, acoperirea cu 3 doze de vaccin cu componentă difterică era de doar 84,6%, cu 1,7 procente mai scăzută decât în anul 2021. În mediul rural situația este și mai critică, cu o rată de acoperire de doar 48,9% pentru DTP, comparativ cu 61,1% în mediul urban. În 2023, numărul cazurilor de tuse convulsivă a crescut semnificativ - 48 cazuri suspecte au intrat în sistemul de supraveghere (cu 25 mai multe față de anul precedent), iar dintre acestea 16 cazuri au fost confirmate, reprezentând o incidență de 0,25‰, de 5 ori mai mare față de anul 2022. Au fost raportate două focare familiale cu cazuri nevaccinate din cauza refuzului părinților.

Deși acest vaccin nu a făcut parte din focusul principal al studiului nostru, importanța sa în contextul actual epidemiologic nu poate fi ignorată, mai ales având în vedere tendința de creștere a cazurilor de tuse convulsivă la nivel național. Menținerea unei rate ridicate de vaccinare cu DTP este esențială pentru protejarea populației, în special a copiilor mici, împotriva acestei boli potențial fatale.

1.5. Situația vaccinării în mediul rural

Conform celui mai recent raport INSP care abordează situații vaccinării (Institutul Național de Sănătate Publică, 2024), **situația vaccinării în mediul rural din România prezintă diferențe semnificative față de mediul urban, cu rate de acoperire vaccinală constant mai scăzute.** Din cei 12.150 de copii evaluați în studiu, 41% provin din mediul rural, unde se înregistrează rate de vaccinare mici, cum ar fi doar 93,4% pentru BCG, 43,8% pentru hepatita B, 48,9% pentru DTPa, VPI și Hib, 52,1% pentru vaccinul pneumococic și 58,2% pentru o doză de ROR.

Datele arată că în mediul rural se înregistrează un procent mai mare de contraindicații medicale temporare (28,8% față de 24,6% în urban) și o rată mai ridicată de copii născuți sau plecați în străinătate (10,2% față de 7,1% în urban).

Analizând situația vaccinării la nivel județean (Tabelul 2) în România pentru anul 2023, se observă variații semnificative între județe, cu valori cuprinse între 77.3% (Ialomița) și 100% (Ilfov, Covasna) pentru BCG, între 4.9% (Botoșani) și 93.5% (Ilfov) pentru vaccinul hepatitic B, și între 20.8% (Suceava) și 93.5% (Ilfov) pentru DTPa, VPI și Hib. Cele mai bune rate de acoperire vaccinală sunt înregistrate în județele Covasna și Ilfov, cu procente constant peste 80% pentru toate vaccinurile, în timp ce județe precum Suceava (20.8%), Botoșani (4.9% pentru Hep B) și Bihor (11.1% pentru Hep B) prezintă rate îngrijorător de scăzute pentru anumite vaccinuri. La nivel național, cu excepția BCG care atinge 94.6%, ratele de acoperire pentru restul vaccinurilor sunt sub nivelul optim de 95% recomandat, variind între 51.7% pentru Hep B și 59.8% pentru ROR, ceea ce indică necesitatea unor intervenții urgente pentru îmbunătățirea acoperirii vaccinale. Din păcate, datele INSP nu prezintă diferențe rural/urban la nivel de județ.

Tabelul 2. Acoperirile vaccinale la vârsta de 12 luni, pe tipuri de antigene și pe județe

Județ	BCG	Hep B (4 doze)	DTPa (3 doze)	VPI (3 doze)	Hib (3 doze)	Pneumococic (3 doze)	ROR (1 doză)
ALBA	93.1	39.9	42.6	42.6	42.6	43.6	48.4
ARAD	91.4	25	25	25	25	30.3	31.1
ARGEȘ	96.6	69.8	69.8	69.8	69.8	69.8	48.6
BACĂU	96.4	59.9	62	62	62	62	69.3
BIHOR	93.4	11.1	46.1	46.1	46.1	54.4	53.7
BISTRIȚA	94.3	61.5	64.3	64.3	64.3	64.3	62.7
BOTOȘANI	98	4.9	39.3	39.3	39.3	36.1	57.4
BRAȘOV	97.2	56.7	56.5	56.5	56.5	60.1	57.3
BRĂILA	90.6	62	62	62	62	59.1	80.7
BUZĂU	93.6	55.8	55.8	55.8	55.8	57	72.5
CARAȘ SEVERIN	94.1	54.2	54.2	54.2	54.2	54.2	58.5
CĂLĂRAȘI	86.1	37.8	41.7	41.7	41.7	37.8	50.6
CLUJ	92.6	54	63.8	63.8	63.8	65.1	70.8
CONSTANȚA	96.4	67.4	67.7	67.7	67.7	67.2	66.5
COVASNA	100	83.6	83.6	83.6	83.6	83.6	87.9
DÂMBOVIȚA	99.2	68.6	68.6	68.6	68.6	68.6	72.9
DOLJ	93	42.9	42.6	42.6	42.6	53.2	63.3
GALAȚI	92.2	44.5	47	47	47	47.3	51.4
GIURGIU	-	-	-	-	-	-	-

GORJ	98.3	61.3	61.9	61.9	61.9	68.5	54.7
HARGHITA	98.4	64.1	66	66	66	71.1	72.7
HUNEDOARA	95	47.2	48.7	48.7	48.7	47.2	52.3
IALOMIȚA	77.3	15.6	37	37	37	46.8	57.8
IAȘI	93.6	30.5	35.9	35.9	35.9	53.7	50.8
MARAMUREȘ	95.3	72.7	73	73	73	73.6	66.3
MEHEDINȚI	87	61	63.4	63.4	63.4	61.8	51.2
MUREȘ	92.3	54.8	57.7	57.7	57.7	58	49.7
NEAMȚ	90.2	44.1	47.6	47.6	47.6	45.5	45.5
OLT	96.1	60.5	64.4	64.4	64.4	66.3	61
PRAHOVA	96.8	33.9	37.1	37.1	37.1	49.5	58.9
SATU MARE	98.8	41.6	41.6	41.6	41.6	41.6	39.8
SĂLAJ	98.5	63	91.1	91.1	91.1	91.1	91.1
SIBIU	95.3	65.2	65.2	65.2	65.2	65.2	68.8
SUCEAVA	88	19.5	20.8	20.8	20.8	22.2	44
TELEORMAN	88.2	66.4	69.1	69.1	69.1	65.1	53.3
TIMIȘ	94.5	48.1	48.7	48.7	48.7	51.7	53.8
TULCEA	95.8	67.5	67.5	67.5	67.5	67.5	67.5
VASLUI	92.8	33.2	34	34	34	49.8	64.7
VÂLCEA	96.4	60	61.8	61.8	61.8	62.4	67.3
VRANCEA	90.2	36.2	57.6	57.6	57.6	58	48.7
BUCUREȘTI	99.9	75.8	75.8	75.8	75.8	75.8	65.3
ILFOV	100	93.5	93.5	93.5	93.5	93.5	89.9
TOTAL	94.6	51.7	56.1	56.1	56.1	58.8	59.8

Sursa: Institutul Național de Sănătate Publică (2024)

Monitorizarea acoperirii vaccinale pentru vaccinurile ROR (rujeolă-oreion-rubeolă), DTPa (difterie-tetanos-pertussis acelar) și vaccinul pneumococic este esențială pentru evaluarea eficienței programului național de imunizare și pentru identificarea zonelor care necesită intervenții specifice. Conform recomandărilor Organizației Mondiale a Sănătății, pentru asigurarea unei protecții eficiente la nivel populațional, este necesară o acoperire vaccinală de cel puțin 95%. Următoarea analiză prezintă evoluția acoperirii vaccinale pentru aceste trei vaccinuri în perioada 2020-2024, evidențiind atât progresele realizate, cât și provocările întâmpinate în atingerea țintelor propuse.

Anul 2020. În ceea ce privește vaccinarea ROR, pe parcursul anului au fost notificate 1052 cazuri suspecte de rujeolă, dintre care 1001 cazuri au fost confirmate. Din luna iunie 2020 nu au mai fost raportate cazuri confirmate de rujeolă și nu a fost raportat

niciun deces. Ca urmare a acestei evoluții favorabile, începând cu luna august 2020 a fost sistată campania suplimentară de vaccinare cu ROR. Acoperirea vaccinală la 12 luni s-a situat la 68,3%. Pentru vaccinarea DTPa, acoperirea vaccinală la vârsta de 18 luni pentru schema completă cu 3 doze a fost de 76,4%, situându-se sub ținta recomandată de 95%. Referitor la vaccinarea pneumococică, aceasta a fost introdusă în Programul Național de Vaccinare din octombrie 2017, cu o schemă ce include 3 doze administrate la 2, 4 și 11 luni. Acoperirea vaccinală la 12 luni în 2020 a fost de 76,2%.

Anul 2021. Situația vaccinării ROR în 2021 a înregistrat o scădere considerabilă a cazurilor noi, fiind raportat doar un caz, comparativ cu 1039 cazuri în perioada similară din 2020. Acoperirea vaccinală cu prima doză a scăzut la 59,8%. Pentru vaccinarea DTPa s-a înregistrat o scădere a acoperirii vaccinale pentru schema completă cu 3 doze la 56,1%. Similar, acoperirea vaccinală pentru 3 doze de vaccin pneumococic a fost de 58,8%.

Anul 2023-2024. Perioada 2023-2024 a fost marcată de o situație îngrijorătoare pentru vaccinarea ROR. Acoperirea vaccinală cu prima doză de ROR la nivel național a ajuns la 78%, în timp ce pentru a doua doză aceasta este de doar 62%. În mediul rural, situația este și mai problematică, cu o acoperire pentru prima doză de doar 58,2%. În această perioadă s-au înregistrat 6.039 cazuri de rujeolă la persoane nevaccinate, 484 cazuri la persoane cu o doză de vaccin și 198 cazuri la persoane cu două doze. Această circumstanță a condus către declararea epidemiei naționale de rujeolă în decembrie 2023.

Vaccinarea DTPa prezintă în continuare rate scăzute de acoperire, în special în mediul rural unde aceasta este de doar 48,9%, menținându-se la aproape jumătatea valorii optime de 95% recomandată. În ceea ce privește vaccinarea pneumococică, situația este similară, cu doar 52,1% dintre copiii cu vârsta de până în 12 luni din mediul rural primind cele 3 doze recomandate. Este important de menționat că pentru vaccinul pneumococic, imunizarea nu a atins pragul de 95% în niciun județ al țării.

Analiza datelor privind acoperirea vaccinală în perioada 2020-2024 evidențiază o tendință îngrijorătoare de scădere pentru toate cele două vaccinuri obligatorii, cu implicații semnificative pentru sănătatea publică. Scăderea ratelor de vaccinare a avut un impact epidemiologic semnificativ, evidențiat cel mai clar prin apariția epidemiei de rujeolă în decembrie 2023. Deosebit de îngrijorătoare este afectarea disproporționată a copiilor sub un an, trei dintre decesele cauzate de rujeolă fiind înregistrate la copii cu vârste între 7 și 8 luni, care nu erau încă eligibili pentru vaccinare. Conform celui mai recent raport INSP în ceea ce privește vaccinarea anti-HPV, există o rată de absorbție crescută a vaccinării împotriva HPV, în special în rândul femeilor adulte: în perioada 01 decembrie 2023 - 31 decembrie 2024 și-au inițiat schema de vaccinare 94.497 persoane, vârsta medie 22 ani (deviația standard: 10 ani), majoritatea de sex feminin (73.565; 78%). Cele mai multe persoane vaccinate în perioada mai sus menționată au provenit din grupa de vârstă 19-45 ani (42.205; 45%). Distribuția persoanelor vaccinate împotriva HPV în funcție de județ București (21.593; 23%), urmat de Cluj (6.551; 7%), Timiș (4.387; 5%), Prahova (4.203; 4%) și Ilfov (4.127; 4%).

Analiza situației relevă disparități geografice importante, cu diferențe semnificative între mediul urban și rural, unde ratele de vaccinare sunt constant mai scăzute. Este notabil

faptul că niciun județ din țară nu a reușit să atingă pragul recomandat de 95% pentru vaccinul pneumococic, ceea ce indică o problemă sistemică în asigurarea unei acoperiri vaccinale adecvate la nivel național.

Aceste tendințe au generat vulnerabilități sistemice semnificative în sistemul de sănătate publică, manifestate prin scăderea sub pragul critic de imunitate colectivă pentru toate cele trei vaccinuri monitorizate. Această situație a dus la creșterea riscului de apariție a focarelor pentru bolile prevenibile prin vaccinare și la expunerea la risc crescut a grupurilor vulnerabile, în special a copiilor sub vârsta vaccinării. Impactul acestor vulnerabilități este amplificat de faptul că tocmai aceste grupuri vulnerabile sunt cele care au cel mai mult nevoie de protecția oferită de imunitatea colectivă.

Situația necesită intervenții urgente și susținute pentru îmbunătățirea accesului la servicii de vaccinare, în special în mediul rural, precum și strategii eficiente de comunicare pentru creșterea încrederii populației în vaccinare.

1.6. Intervenții eficiente de creștere a ratelor de imunizare

1.6.1. Intervenții de creștere a ratelor de imunizare în mediul rural în țările din Europa de Est

O evaluare rapidă a literaturii a identificat că în țările din Europa de Est, precum România, pentru a crește practicile de vaccinare, vizitele la domiciliu, apelurile telefonice și mesajele text ale furnizorilor de servicii medicale sunt printre cele mai eficiente strategii de promovare a vaccinării. Cu toate acestea, unele măsuri axate pe furnizori, cum ar fi modificarea sistemelor pentru a permite vaccinarea în timpul vizitelor de rutină, pot îmbunătăți ratele de vaccinare (Norman et al., 2024). Facilitarea accesului la vaccinare prin inițiative precum organizarea de zile de vaccinare în școli și programe la domiciliu pentru populațiile cu statut socioeconomic scăzut reprezintă o altă strategie eficientă de creștere a acoperirii vaccinale (Liu et al., 2024). Nu în ultimul rând, caravanele mobile pot reprezenta o strategie eficientă de creștere a ratelor de vaccinare în mediul rural. Conform unui studiu derulat în Macedonia de Nord, implementarea caravelor mobile de vaccinare a crescut ratele zilnice de vaccinare în mediul rural cu 35% față de nivelul inițial, demonstrând eficiența acestei strategii în creșterea accesului la servicii de vaccinare în mediul rural (Serrano-Alarcón et al., 2024).

1.6.2. Intervenții de tip „nudge” pentru creșterea ratelor de imunizare

„Nudge” reprezintă un concept din economia comportamentală care se referă la modificarea arhitecturii alegerii pentru a influența comportamentul într-o direcție previzibilă, fără a restricționa opțiunile disponibile. Deși termenul este dificil de tradus în română, conceptul poate fi înțeles ca „direcționare comportamentală” sau „stimul comportamental”.

Intervențiile de tip „nudge” se bazează pe informații privind comportamentul grupului țintă (eng. *behavioral insights*) și sunt concepute pentru a influența procesul decizional într-un mod subtil și etic. Literatura științifică a demonstrat eficacitatea acestor intervenții în îmbunătățirea diverselor comportamente legate de sănătate, de la alegeri

alimentare mai sănătoase (Ledderer et al., 2020) până la creșterea aderenței la tratament (Möllenkamp et al., 2019) și, în mod notabil, creșterea ratelor de vaccinare.

Această secțiune sintetizează rezultatele unei revizuii sistematice a literaturii recent publicate (Reñosa et al., 2021), care cataloghează și evaluează strategiile de tip nudge dovedite eficiente în creșterea ratelor de imunizare. Analiza acestor strategii, integrată cu Rezultatele identificate în Capitolul 3, va fundamenta recomandările prezentate în Capitolul 4, pentru îmbunătățirea acoperirii vaccinale în mediul rural din România.

Tabelul 3. Rezumatul intervențiilor eficiente de tip nudge pentru a crește imunizarea (traducere și adaptare după Reñosa et al., 2021)

Tipul de nudge	Descriere	Abordări bazate pe nudging folosite în studiile incluse
Informații accesibile și relevante	Oamenii se comportă diferit în funcție de informația care este relevantă în acel moment specific	• Remindere (vaccinuri programate în curând) și recontactări (vaccinuri omise) pentru creșterea acoperirii vaccinale: – Felicitări personalizate pentru părinți înainte de programare – Scrisori individualizate sau remindere prin scrisori, cărți poștale sau SMS – Programe software pentru generare automată de remindere – Sistem electronic de suport decizional pentru medici – Folosirea unei surse familiare și de încredere pentru remindere – Instrumente îmbunătățite de screening – Prompts prin email pentru angajați – Apeluri telefonice motivaționale • Invitații care recomandă vaccinarea timpurie • Accent pe relevanța și severitatea bolii prin mesaje educaționale
Oferirea de stimulente	Stimulentele, atât tangibile cât și intangibile, pot crește comportamentul dorit	• Vouchere pentru vaccinuri gratuite sau cu discount • Oferirea de leguminoase (1kg) per vaccin administrat și set de farfurii la finalizarea schemei de vaccinare • Stimulente pentru returnarea formularelor de consimțământ
Invocarea normelor sociale	Conștientizarea comportamentului altora poate determina schimbarea propriului comportament	• Povești video cu membri ai comunității • Campanii comunitare cu apel la valorile locale • Folosirea celebrităților pentru stabilirea normelor

Schimbarea opțiunilor implicite	Schimbarea unei opțiuni implicite versus necesitatea unui opt-in explicit poate modifica comportamentul	• Opțiuni de opt-in vs opt-out pentru părinți • Trecerea la comunicare prezumtivă în relația medic-pacient
Schimbarea mesagerului	Schimbarea persoanei care transmite mesajul poate modifica modul în care mesajul este receptat	• Instruirea unor părinți pentru comunicare în comunitate • Transmiterea mesajelor pro-vaccin de către oameni obișnuiți vs experți
Schimbarea modului de formulare a rezultatelor	Același rezultat este perceput diferit când este comunicat în termeni de beneficii vs pierderi	• Mesaje axate pe câștig vs pierdere • Accent pe beneficii individuale vs societale • Ordonarea mesajelor (pozitiv→negativ sau invers)
Încurajarea afectului emoțional	Folosirea asocierilor emoționale afectează comportamentul	• Educație vizuală îmbunătățită (imagini, video, experiențe personale) • Narațiuni dramatice și imagini ale bolilor • Prezentări grafice cu întrebări retorice despre protecția sănătății copiilor

2. LEGISLAȚIA PRIVIND VACCINAREA COPIILOR

2.1. Convenția ONU cu privire la drepturile copilului și obligația statului de a asigura copiii „cea mai bună stare de sănătate posibilă”

În România, protejarea sănătății copiilor prin schema de vaccinare obligatorie reprezintă un angajament fundamental al statului, în deplină concordanță cu drepturile universale ale copilului. Conform Convenției ONU cu privire la Drepturile Copilului, art. 24, „statele părți recunosc dreptul copilului de a se bucura de cea mai bună stare de sănătate posibilă și de a beneficia de serviciile medicale și de recuperare”. În continuare acestui articol, Convenția enumeră măsurile pe care statele părți trebuie să le implementeze, printre care sunt amintite: **reducerea mortalității infantile și a celei în rândul copiilor și combaterea maladiilor prin dezvoltarea măsurilor primare de ocrotire a sănătății și acces la servicii de medicină preventivă.**

Aceste prevederi ale Convenției se suprapun cu obiectivele fundamentale ale programelor de imunizare, care urmăresc exact protejarea copiilor împotriva bolilor ce pot pune în pericol viața în perioada cea mai vulnerabilă a primelor luni după naștere. Când Convenția vorbește despre „reducerea mortalității infantile”, ea vizează perioada în care vaccinurile își dovedesc eficacitatea maximă, protejând nou-născuții și sugarii împotriva unor boli precum rujeola, difteria, tetanosul sau tusea convulsivă.

Mai mult, prin referirile la „dezvoltarea măsurilor primare de ocrotire a sănătății” și „serviciile de medicină preventivă”, Convenția subliniază importanța prevenției - principiul fundamental al vaccinării. Iar imunizarea reprezintă tipul de intervenție medicală preventivă pentru asigurarea „cele mai bune stări de sănătate posibile”. Este o măsură primară de protecție, aplicată înainte ca boala să apară, oferind copilului cea mai bună șansă de a-și dezvolta un sistem imunitar puternic. Când statele implementează programe de vaccinare obligatorie, ele răspund direct acestei cerințe a Convenției de a asigura accesul la servicii preventive de sănătate.

Drept urmare, statul român, asumându-și rolul de garant al sănătății publice, trebuie să implementeze această schemă de vaccinare nu doar ca o simplă procedură medicală, ci ca parte integrantă a dreptului fundamental al copilului la sănătate.

2.2. Legislația internă

Caracterul obligatoriu sau opțional al vaccinării

Legislația internă din România nu este tranșantă în ceea ce privește caracterul obligatoriu sau opțional al vaccinării copiilor. Deși această dualitate legislativă creează un context juridic ambiguu, legea subliniază importanța implementării vaccinării ca măsură esențială pentru sănătatea publică.

Cu toate acestea, putem deduce că există o **obligativitate indirectă a vaccinării**³, reflectată în mai multe reglementări. De exemplu, medicii de familie sunt obligați să asigure vaccinarea copiilor, iar carnetul de vaccinare este introdus ca document indispensabil pentru înscrierea copilului în colectivități, prezentarea acestuia fiind obligatorie. Pe de altă parte, Ordonanța Guvernului nr. 53/2000 face referire la o „schemă de vaccinare recomandată” pentru copii și adolescenți, ceea ce poate sugera un caracter mai puțin coercitiv al acestor dispoziții.

Obligativitatea indirectă a vaccinării

Obligativitatea vaccinării copiilor în România, pe care o putem considera ca fiind indirectă deoarece nu se adresează părinților, este reglementată printr-o serie de acte normative care stabilesc responsabilitățile instituțiilor din domeniul sănătății publice, ale medicilor de familie și ale părinților cu privire la accesul copiilor lor în colectivitățile în care se află alți copii. Fundamentul legal pentru acest subiect este *Ordonanța Guvernului nr. 53/2000 privind obligativitatea raportării bolilor și a efectuării vaccinelor*.

Conform art. 1 alin. (1) din OG 53/2000: „Medicii de familie, indiferent de forma de organizare a asistenței medicale primare în cadrul sistemului public sau privat, și indiferent de Casa de Asigurări Sociale de Sănătate cu care au încheiat contract de furnizare de servicii medicale,

3 Preluăm această distincție între vaccinarea obligatorie directă sau indirectă din articolul „Vaccinarea obligatorie vs. Drepturile omului. Considerații de ordin general”, 7 noiembrie 2021, autor Silvia Uscov, publicația Juridice.ro. Link: <https://www.juridice.ro/695137/vaccinarea-obligatorie-vs-drepturile-omului-consideratii-de-ordin-general.html>

au obligația de a asigura vaccinarea corectă a copiilor și de a raporta efectuarea acesteia Direcției de Sănătate Publică Județene, respectiv a municipiului București.”

Această prevedere atribuie medicilor de familie responsabilitatea de a **asigura respectarea programului național de imunizare** și de a raporta activitatea de vaccinare. Prin această reglementare se creează o rețea organizată de supraveghere, în care statul, prin Ministerul Sănătății, poate monitoriza și controla stadiul vaccinărilor la nivel național.

Schema de vaccinare a copiilor

Art. 1 alin. (2) din aceeași Ordonanță prevede că: *„Schema de vaccinare recomandată pentru copii și adolescenți este prevăzută în anexa care face parte integrantă din prezenta ordonanță și în Programul național de imunizări aprobat prin ordin al Ministrului Sănătății și Familiei.”*

Prin această dispoziție, cadrul legal stabilește că **schema națională de vaccinare se impune a fi respectată** și are un caracter unitar la nivelul țării. Totodată, aceasta este aprobată prin ordin ministerial, ceea ce permite adaptarea rapidă a calendarului de imunizare în funcție de situațiile epidemiologice emergente.

Acest articol introduce termenul *„recomandată”* în contextul schemei naționale de vaccinare, ceea ce poate fi perceput ca o contradicție față de obligativitatea vaccinării reglementată pentru medici sau accesul condiționat în colectivități, lăsând impresia că vaccinarea nu este impusă printr-o obligație explicită pentru părinți. În schimb, accentul cade pe responsabilitatea medicilor de a informa și efectua vaccinările. În acest caz, este evidentă intenția legiuitorului de a încuraja conformarea voluntară, evitând măsuri coercitive directe asupra populației.

Registrul unic de vaccinări și carnetul de vaccinări

Conform art. 2 alin. (1) din OG 53/2000: *„Se instituie Registrul unic de vaccinări, al cărui model se stabilește prin ordin al Ministrului Sănătății și Familiei, în termen de 30 de zile de la data intrării în vigoare a prezentei ordonanțe.”* Acest registru asigură o evidență centralizată și transparentă a tuturor vaccinărilor efectuate.

De asemenea, art. 3 alin. (1) stabilește obligația de a fi completat un carnet de vaccinări pentru fiecare nou-născut: *„Se instituie carnetul de vaccinări, în care se înscriu informațiile legate de statusul vaccinal al copilului începând de la naștere.”* Acesta devine astfel un instrument obligatoriu pentru monitorizarea stării vaccinale a fiecărui copil.

Conform Ordinului nr. 1147/2011 privind aprobarea modelului **Carnetului de vaccinări**, sunt stabilite în sarcina autorităților și a părinților următoarele obligații legale:

- Carnetul de vaccinări este eliberat aparținătorului legal al copilului la ieșirea din maternitate (art. 2);
- Toate vaccinurile administrate copilului trebuie înregistrate în acest carnet (art. 3);
- La înscrierea copilului în colectivitate (școală, grădiniță), prezentarea carnetului de vaccinări este obligatorie (art. 5).

Carnetul de vaccinare funcționează ca un document indispensabil, făcând posibilă verificarea respectării programului de imunizare, dar și identificarea copiilor nevaccinați pentru intervenții specifice. Refuzul vaccinării nu este expres reglementat în sensul interzicerii accesului în colectivitate, dar lipsa vaccinarilor poate crea dificultăți administrative pentru înscriere

Răspunderea legală pentru nerespectarea obligativității vaccinării

Conform art. 6 alin. (1) din OG 53/2000, constituie contravenție „*nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 1 alin. (1)*”, iar aceasta se sancționează cu amendă. Nu există date care să fi confirmat ori să fi descris incidența aplicării acestei sancțiuni.

2.3. Perspective juridice cu privire la rolul părinților și a medicilor de familie

Rolul părinților în luarea deciziilor din perspectiva dreptului copilului la sănătate

Deși există discuții despre libertatea decizională a părinților, trebuie menționat că esența acestei politici publice este centrată pe **interesul superior al copilului**. În mod concret, vaccinarea obligatorie servește unui dublu scop: protejează individual fiecare copil și, în același timp, contribuie la imunitatea colectivă, oferind astfel protecție și acelor copii care, din motive medicale, nu pot fi vaccinați.

În acest context, rolul statului nu se limitează doar la administrarea vaccinurilor, ci include și educarea și informarea părinților despre prevenirea și tratamentul bolilor transmisibile. Această responsabilitate duală - de implementare și educare - se materializează prin programe structurate de informare a părinților privind prevenția și managementul bolilor transmisibile. Iar în acest sens, medicii, ca reprezentanți direcți ai autorităților în relația cu copiii și părinții lor, au datoria profesională și legală de a oferi consiliere medicală părinților, de a le explica pe înțelesul lor cum funcționează vaccinurile, ce boli previn și care sunt riscurile de sănătate dacă nu își vaccinează copiii.

Rolul medicilor de familie în comunicarea către părinți a necesității imunizării copiilor împotriva bolilor cu risc pentru sănătatea și supraviețuirea copiilor

În relația cu părinții care manifestă reticență față de vaccinare, medicii de familie trebuie să își exercite autoritatea profesională cu fermitate și empatie. Poziția lor, fundamentată științific, se bazează pe dovezi concrete privind eficacitatea vaccinurilor în prevenirea unor boli care pot avea consecințe severe asupra sănătății copiilor, mergând până la deces. Comunicarea medicului trebuie să sublinieze că schema de vaccinare obligatorie nu este o opțiune, ci o cerință legală ce derivă din obligația parentală de protejare a sănătății copilului.

Prevederile Convenției ONU cu privire la drepturile copilului și legislația internă legitimează poziția medicului când reamintește părinților că refuzul vaccinării contravine nu doar recomandărilor medicale, ci și drepturilor fundamentale ale copilului la sănătate și la cea mai bună îngrijire medicală posibilă.

Este esențial ca medicii să combată dezinformarea provenită din surse neavizate medical. Părinții trebuie îndrumați să înțeleagă că deciziile privind sănătatea copiilor lor nu pot fi ghidate de opinii neștiințifice sau de sfaturi oferite de persoane fără pregătire medicală. Consimțământul parental în cazul vaccinării trebuie să se bazeze exclusiv pe informații medicale validate științific și pe înțelegerea responsabilității legale pe care o au față de binele propriilor copii.

În acest context, medicul de familie are datoria profesională și morală să evidențieze că nerespectarea schemei de vaccinare obligatorie reprezintă nu doar o încălcare a normelor legale, ci și o punere în pericol a dreptului constituțional al copilului la sănătate. Această abordare protejează atât interesul individual al copilului, cât și sănătatea publică în ansamblu, prin menținerea imunității colective necesare pentru protejarea celor care, din motive medicale întemeiate, nu pot fi vaccinați.

2.4. Propunerile organizației Salvați Copiii pentru completarea și îmbunătățirea Strategiei naționale de vaccinare în România pentru perioada 2023-2030 și Planul de acțiune aferent

Prin colaborarea strânsă cu comunitățile locale, organizațiile din sectorul neguvernamental, inclusiv Salvați Copiii, au dezvoltat capacitatea de a evalua și gestiona cu precizie necesitățile specifice ale acestora. Includerea expertizei și resurselor acestor organizații în cadrul strategiei și planului național de vaccinare a copiilor va conduce la implementarea unor măsuri mai eficiente, adaptate realităților din teren. Experiența Salvați Copiii evidențiază că reticența inițială a părinților față de imunizare poate fi depășită, aspect demonstrat și prin cercetarea de față, prin dialog constructiv și sprijin adaptat nevoilor familiilor. Un exemplu concret îl reprezintă creșterea spectaculoasă a ratei de vaccinare în zonele rurale, de la 20-30% la 95-100%, în urma intervențiilor susținute ale echipelor mobile ale Organizației Salvați Copiii pe parcursul unor perioade de 6-12 luni. Un exemplu relevant îl constituie contribuția Salvați Copiii în contextul pandemiei SARS-CoV-2, când aceasta a elaborat și distribuit materiale informative comprehensive despre vaccinarea anti-COVID-19, colaborând cu Ministerul Educației și Societatea Română pentru Strategii de Vaccinare și Promovare a Sănătății. Această inițiativă a determinat o creștere semnificativă a ratei de vaccinare în rândul personalului didactic, de la 40% la 60%. Pe întreaga durată a crizei sanitare, Salvați Copiii a susținut activ campaniile de imunizare și a dotat numeroase unități medicale și cabinete de familie cu echipamente esențiale combaterii pandemiei.

Așa cum este amintit mai sus, activitatea Salvați Copiii s-a concentrat pe extinderea accesului la vaccinare în comunitățile rurale și izolate. Două decenii de intervenții în sute de localități au evidențiat importanța crucială a asigurării accesului universal la servicii medicale preventive, indiferent de poziționarea geografică sau statutul socio-economic al beneficiarilor. Este bine cunoscut faptul că majoritatea comunităților rurale și izolate se confruntă frecvent cu limitări severe în accesarea serviciilor medicale, ceea ce generează nu doar riscuri individuale, ci și vulnerabilități la nivel național prin crearea potențialelor focare de boli prevenibile prin vaccinare.

De aceea, în contextul în care aproximativ 40% dintre copii locuiesc în zone rurale cu acces limitat la servicii medicale, considerăm esențială dezvoltarea și pregătirea unor **echipe mobile multidisciplinare**. Aceste echipe, formate din profesioniști în domeniile medical, social și educațional, ar avea rolul crucial de a educa familiile cu privire la sănătatea copiilor și importanța vaccinării, în special în regiunile unde infrastructura medicală primară este deficitară sau inadecvat distribuită geografic. Componenta optimă a acestor echipe ar include moașe, asistenți medicali și sociali, precum și mediatori sanitari. Pregătirea riguroasă a personalului ar asigura nu doar administrarea corectă a vaccinurilor, ci și capacitatea de a răspunde eficient întrebărilor și preocupărilor comunității.

Din experiența specialiștilor Salvați Copiii, succesul acestor intervenții depinde în mare măsură de campaniile preliminare de informare și conștientizare, care contribuie la diminuarea ezitării și creșterea receptivității comunității față de programele de imunizare destinate copiilor.

Pentru îmbunătățirea Strategiei Guvernului și a Planului de acțiune, Salvați Copiii a recomandat includerea organizațiilor neguvernamentale cu experiență relevantă în categoria instituțiilor responsabile pentru implementarea mai multor direcții strategice. Aceste organizații ar urma să contribuie la realizarea dezbaterilor și meselor rotunde privind importanța vaccinării, să participe la activitățile de advocacy, să dezvolte strategii inovatoare pentru reducerea numărului persoanelor nevaccinate și să implementeze programe de consiliere pentru părinți și adolescenți în contextul vaccinării HP.

De asemenea, pentru consolidarea Programului Național de Vaccinare, Salvați Copiii a propus introducerea unei noi direcții strategice focalizată pe îmbunătățirea acoperirii vaccinale în zonele rurale și izolate prin intermediul echipelor mobile. Această inițiativă ar presupune crearea și instruirea echipelor specializate, organizarea campaniilor de informare în comunitățile țintă și înființarea unui mecanism național de coordonare pentru intervențiile în zonele vulnerabile. Impactul acestor măsuri ar urma să fie evaluat prin monitorizarea numărului de echipe operaționale, a personalului instruit, a campaniilor desfășurate și a creșterii ratei de vaccinare peste pragul de 95% în comunitățile vizate. Coordonarea la nivel național ar fi asigurată prin implementarea unei metodologii specifice și prin raportări sistematice la nivel județean și regional privind acoperirea vaccinală a copiilor.

În următorii ani, Salvați Copiii va continua să fie prezentă activ în comunitățile vulnerabile, unde experiența organizației a demonstrat că intervenția integrată aduce rezultate durabile. Salvați Copiii își propune să dezvolte programe care privesc atât componenta de informare, cât și protecția socio-medicală, punând un accent special pe sprijinirea gravidelor, a mamelor adolescente și a tinerelor mame cu nou-născuți. Provocările din teren sunt complexe și necesită o abordare multi-instituțională. De aceea, Salvați Copiii va căuta activ să dezvolte colaborarea cu Ministerul Sănătății, cu sistemul educațional și medical, precum și cu autoritățile locale.

3. METODOLOGIE

3.1. Scopul și obiectivele studiului

Scopul studiului este să ofere o înțelegere comprehensivă a factorilor care influențează vaccinarea în mediul rural din România, cu focus pe trei vaccinuri esențiale: ROR, vaccinul antipneumococic și HPV. Această înțelegere va fundamenta dezvoltarea unor recomandări bazate pe dovezi pentru îmbunătățirea ratelor de vaccinare.

Obiectivele specifice ale cercetării sunt:

- Explorarea rolului și experiențelor asistenților medicali comunitari în facilitarea accesului la vaccinare, inclusiv analiza resurselor disponibile și a nevoilor pentru îmbunătățirea activității lor.
- Analiza perspectivei medicilor de familie privind provocările și strategiile în procesul de vaccinare, precum și a relațiilor de colaborare cu ceilalți actori implicați.
- Evaluarea resurselor existente și identificarea nevoilor la nivelul comunităților rurale pentru îmbunătățirea acoperirii vaccinale.
- Dezvoltarea unor recomandări practice și bazate pe dovezi pentru îmbunătățirea strategiilor de vaccinare, integrând perspective din literatura de specialitate privind intervențiile comportamentale eficiente.

3.2. Design-ul studiului

Acest studiu folosește o abordare calitativă, cu o perspectivă fenomenologică, pentru a înțelege barierele în vaccinare pentru vaccinurile ROR, vaccinul Pneumococic și HPV în zonele rurale. Cercetarea se concentrează pe experiențele și percepțiile participanților, vizând o explorare aprofundată a factorilor care influențează decizia de vaccinare.

3.3. Participanți și criterii de selecție

Eșantionul este de tip conveniență și este selectat din zonele rurale a 9 județe (Argeș, Bihor, Brașov, Constanța, Dolj, Hunedoara, Olt, Sibiu și Timiș), conform Atlasului zonelor rurale marginalizate.

Mărimea totală a eșantionului este de 29 subiecți. Participanții sunt împărțiți în două grupuri principale: medici de familie (13 participanți) și asistenți medicali comunitari (16 participanți). Asistenții medicali comunitari au fost eligibili pentru participarea la acest studiu dacă aveau o experiență minimă de 1 an în asistență comunitară în zona defavorizată studiată. Criteriile de includere pentru medici integrează o experiență minimă de 2 ani în medicina de familie în zona vizată.

Pentru recrutarea participanților a fost folosită o strategie mixtă. Medicii de familie din județele vizate au fost invitați să participe în studiu prin intermediul rețelelor profesionale, în timp ce asistenții medicali comunitari au fost invitați prin diseminarea unei invitații la nivelul grupurilor lor de lucru.

Tabelul 4. Caracteristicile asistenților medicali comunitari

Caracteristică	N	%
Total asistenți medicali comunitari	16	100
Vârstă - medie, (interval), SD	44.3, (32-59), 8.7	
Experiență profesională		
1-5 ani	6	37.5
6-10 ani	3	18.8
11-20 ani	5	31.3
>20 ani	2	12.5
Etnie		
Română	14	87.5
Turcă	2	12.5
Distribuție geografică		
Județul Constanța	4	25
Județul Sibiu	3	18.8
Județul Dolj	3	18.8
Județul Brașov	2	12.5
Județul Olt	2	12.5
Județul Argeș	1	6.3
Județul Timiș	1	6.3
Copii înscriși pe liste (media/asistent)	Media per asistent	Total*
0-5 ani	116	1856+
6-18 ani	276	4414+

Notă: Total=o parte din AMC au oferit un interval când au fost întrebați câți copii au în evidență.

Prin urmare, cifra totală reprezintă cifra minimă de copii avuți în evidență, bazat pe acel interval.

Tabelul 5. Caracteristicile medicilor de familie

Caracteristică	N	%
Total medici participanți	13	100
Vârstă - medie, (interval), SD	53.58 (42-66), 7.9	
Experiență profesională		
1-10 ani	2	15.4
11-20 ani	3	23.1
21-30 ani	4	30.8
>30 ani	4	30.8

Gen		
Femei	11	84.6
Bărbați	2	15.4
Etnie		
Română	12	92.3
Altă etnie	1	7.7
Distribuție geografică		
Județul Argeș	3	23.1
Județul Timiș	2	15.4
Județul Constanța	2	15.4
Județul Brașov	2	15.4
Județul Dolj	1	7.7
Județul Hunedoara	2	15.4
Copii înscriși pe liste (medie/medic)		Total*
0-5 ani	142	1422+
6-18 ani	471	3957+

Notă: *Total=o parte din medici au oferit un interval când au fost întrebați câți copii au în evidență.

Prin urmare, cifra totală reprezintă cifra minimă de copii avuți în evidență, bazat pe acel interval.

3.4. Procesul de colectare a datelor

Colectarea datelor s-a realizat în perioada 15 noiembrie-10 decembrie 2024 prin intermediul interviurilor semi-structurate individuale realizate la telefon. Pentru fiecare grup țintă a fost elaborat un ghid de interviu adaptat, care a fost însoțit de un formular de consimțământ informat și un formular de date demografice.

După obținerea consimțământului informat, s-a realizat interviul, care a avut o medie de 40 de minute (durata a fost cuprinsă între 21 și 58 de minute, în funcție de disponibilitatea de timp a subiecților). Cu permisiunea participanților, interviurile au fost înregistrate audio. Temele abordate în interviuri au inclus cunoștințele despre vaccinurile vizate, atitudinile și credințele legate de vaccinare, barierele percepute în accesarea sau acceptarea vaccinurilor, experiențele personale cu sistemul de sănătate și vaccinare, precum și sugestii pentru îmbunătățirea acoperirii vaccinale.

3.5. Analiza datelor

Toate înregistrările audio ale interviurilor au fost transcrise verbatim. Pentru analiza transcrierilor s-a utilizat o abordare inductiv-deductivă, combinând analiza tematică cu cadrul teoretic existent în literatura privind barierele în calea vaccinării. Abordarea deductivă a pornit de la categoriile majore predefinite în ghidurile de interviu: informații generale despre vaccinare, probleme și bariere, acțiuni și strategii, resurse și suport disponibil. Complementar, analiza inductivă a permis identificarea unor teme și pattern-uri specifice care au rezultat din datele colectate.

3.6. Considerații etice

Cercetarea a fost realizată cu respectarea standardelor etice în cercetarea calitativă, asigurând protecția participanților prin implementarea procedurilor de consimțământ informat, confidențialitate și protecție a datelor. Studiul și instrumentele de cercetare au primit avizul de etica cercetării din partea Subcomisiei pentru Etica Cercetării a Universității Babeș-Bolyai (avizul Nr. 16.927/14.11.2024).

3.7. Provocări în recrutarea părinților și limite în prezentarea perspectivelor parentale

O provocare semnificativă întâmpinată în acest studiu a fost reticența marcată a părinților de a participa la interviuri despre vaccinarea copiilor. Deși studiul a vizat inițial o reprezentare echilibrată a tuturor actorilor implicați în procesul de vaccinare din mediul rural, doar 9 părinți au acceptat să participe, în contrast cu 16 asistenți medicali comunitari și 13 medici de familie.

Această rată scăzută de participare poate fi interpretată ca un indicator indirect al bariere-
lor existente în comunicarea despre vaccinare în mediul rural. Mai mulți părinți contactați și-au exprimat explicit temerile că participarea la studiu ar putea avea consecințe negative, inclusiv îngrijorări legate de posibila pierdere a custodiei copiilor dacă își exprimă deschis decizia de a nu vaccina.

Din cei 9 părinți care au acceptat să participe, majoritatea (66.7%) aveau studii superioare și toți erau de etnie română. Chiar și în acest grup relativ omogen, părinții au raportat multiple bariere în calea vaccinării, inclusiv:

- Comunicarea deficitară cu personalul medical: „Unii [medici] te încurcă prin atitudine, prin neglijență, prin a nu ști cum să vorbească cu pacientul” (P101)
- Lipsa informării proactive din partea medicilor: „Nu prea am știut multe despre lucruri de-astea, dar când am întrebat mi-a spus. Dar fără să întreb eu nu mi-a explicat nimeni prea mult” (P109)
- Expunerea la informații contradictorii: „Cred că informațiile sunt cumva ambigue și sunt prea multe și ajung să se creeze o confuzie totală. Vine cineva și spune că nu este ok să te vaccinezi, vine altcineva și spune că este ok să te vaccinezi” (P104)
- Teama de reacții adverse: „Automat după vaccin am ajuns cu ea în spital. Nu știu ce s-a întâmplat, dar de la vaccinul respectiv răcea tot mai des, de nu am mai reușit să-i fac celelalte vaccinuri” (P114)

Pentru îmbunătățirea situației, părinții participanți au sugerat nevoia:

- Unei comunicări mai detaliate cu medicul și alocarea mai multor timp pentru explicații: „Păi cel puțin 15 minute, că dacă vorbești 5 minute și așa, n-ai înțeles nimic” (P115)
- Materiale informative clare și broșuri.
- Informare despre vaccinare începând din timpul sarcinii.
- Campanii de informare în școli și implicarea autorităților locale.

Având în vedere aceste limitări în reprezentativitatea eșantionului de părinți, restul analizei se va concentra pe perspectivele asistenților medicali comunitari și ale medicilor de familie, care au în evidență peste 11.000 de copii din mediul rural și pot oferi observații bazate pe interacțiuni extinse cu diverse categorii de părinți. Aceștia oferă observații valoroase bazate pe interacțiuni extinse cu diverse categorii de părinți și familii, în contextul unor relații profesionale de lungă durată în comunități. Experiența lor cumulată și natura continuă a interacțiunilor cu familiile le permite să ofere o perspectivă complexă și nuanțată asupra atitudinilor, comportamentelor și nevoilor părinților în ceea ce privește vaccinarea. În plus, combinarea perspectivelor celor două categorii de profesioniști - asistenți medicali comunitari care lucrează direct în comunitate și medici de familie care oferă serviciile de vaccinare - asigură o înțelegere mai cuprinzătoare a dinamicii vaccinării în mediul rural, de la barierele întâmpinate până la strategiile eficiente de abordare a reticenței față de vaccinare.

4. REZULTATE

4.1. Situația vaccinărilor copiilor în comunitate, per tip de vaccin, din perspectiva asistenților medicali comunitari și a medicilor de familie

4.1.1. Vaccinul ROR

Acoperirea vaccinală variază foarte mult de la comună la comună. În practică, întâlnim **comunități cu rată de vaccinare foarte bună** - *“La mine în comună toți până în 5 ani sunt vaccinați”* (AMC 307), **dar și comunități cu rată foarte scăzută** - *“Din 100 de copii, poate reușim să vaccinăm 15-20 [...] părinții sunt foarte reticenți la ROR”* (AMC 308).

Un pattern important care se evidențiază din interviurile cu medicii de familie este **scăderea progresivă a ratelor de acoperire vaccinală pentru ROR**, în special pentru doza a doua administrată la 5 ani. Dacă pentru prima doză acceptarea este relativ bună, la rapel rata scade dramatic, ajungând în unele comunități până la doar 20%. Această scădere este determinată de multiple cauze, incluzând percepția eronată că prima doză oferă protecție suficientă - *„Degeaba, zic, degeaba ați făcut o doză atunci și gata [...] Dacă trebuie a doua doză, înseamnă că deja nu mai aveți imunitate”* (MF 201), experiențele negative cu reacțiile adverse la prima doză care cresc anxietatea față de rapel - *„Când au făcut prima doză și a început să plângă copilul, să se agite, n-au mai vrut-o pe a doua de niciun fel”* (MF 214), precum și pierderea din evidență a copiilor în intervalul lung între cele două doze - *“Păi la un an se face vaccinul și pe urmă rapelul e la 5 ani, între 1 și 5 nu mai e nimic, de la un an până la 5 ani se mută”* (MF 201). Aceste provocări creează un cerc vicios în care lipsa rapelului reduce eficiența programului de imunizare, expunând copiii la riscul de îmbolnăvire chiar și după administrarea primei doze. Medicii de familie se confruntă astfel cu sarcina complexă de a menține evidența și urmărirea activă a pacienților pentru rapel, de a reeduca constant părinții despre importanța schemei complete de vaccinare și de a gestiona temerile și anxietățile acestora legate de a doua doză (sau a treia doză, în cazul în

care prima doză s-a făcut la vârsta de 9 luni a copilului). Situația este agravată și de faptul că intervalul mare între doze (4 ani) face mai dificilă menținerea complianței și continuității în programul de vaccinare.

Un factor important în acest context este **pandemia de COVID-19**: „Mare, mare, mare influență a avut perioada COVID [...] cu vaccinurile anticovid, cu păreri împărțite despre care ar fi mai bun, care e mai dăunător.” (AMC 305). Cu toate acestea, **epidemiile recente de rujeolă au crescut temporar acceptarea vaccinului ROR**: „Când a fost pandemia aceasta, nu pandemia, epidemia de rujeolă [...] atunci pe moment au venit pentru a le face vaccinul [ROR]. «N-au avut vaccinul, uite că s-au îmbolnăvit.» Dar n-a durat mult, o săptămână” (MF 212).

De asemenea, temerile părinților sunt bazate pe așa-zisa **legătură a vaccinului ROR cu autismul, dar și cu alte patologii**: “Părinții își pun un mare semn de întrebare vis-a-vis de ROR [...] foarte mulți copii dezvoltă forme de hiperactivitate” (AMC 316). **Nu se observă o diferență în nivelul de educație al părinților atunci când aceștia aduc în discuție argumentul potrivit căruia vaccinul ROR cauzează autism** - “O familie cu o educație un pic mai sus [...] a avut rețineri. Și aceștia care tot studiază internetul și chestiunile de gen, au aflat ei de pe acolo că autismul ar avea legătură cu vaccinurile” (AMC 305). „ROR este cel care, mă rog, îl refuză. Știți că a fost mitul ăla cu articolul [se referă la articolul conform căruia vaccinul ROR cauzează autism] așa și... mă rog, tot cei care sunt educați, mă rog, comentează asta” (MF 210). Mai mult, medicii de familie susțin că părinții cu un nivel de educație mai ridicat sunt mai greu de convingi: “Mai ales când vorbim de cei mai puțin educați, sunt care ascultă bine și vin. Dar, v-am spus, mie mi se pare că cei care sunt mai educați și au acces, mă rog, la toate platformele astea sociale [...] își mai pun întrebări.” (MF 210)

Acest aspect poate să fie explicat printr-un **nivel scăzut de alfabetizare în sănătate**, care poate sau nu să fie suprapus cu un nivel scăzut de educație formală. Alfabetizarea în sănătate pare să influențeze decizia de vaccinare cu ROR: „Ei poate văd un articol, nu știu să-l citească dacă văd pe Facebook sau oriunde l-ar vedea [...] dar ei dacă aud ceva, ei se bazează că e reală chestia aia.” (AMC 309). De asemenea, **apartenența religioasă a părinților** joacă un rol important în decizia de vaccinare conform AMC: „Există o comunitate de penticostali care nu prea sunt receptivi la treburi de genul ăsta. Unul, doi copii, am reușit să îi conving pe părinți să-i vaccineze și pe alți trei din aceeași casă, nu” (AMC 310), alături de **experiența anterioară a părinților care au trecut prin boală**: “Au avut rujeolă anul ăsta, la începutul anului. Dar au stat acasă, unii dintre ei s-au mai dus la spital, că erau grav [...] Dar îți ziceau că așa e normal, trebuie ca toți copiii să facă [...] «Că și eu, când am fost copil, am avut și n-am murit. Și de ce să vaccinez copilul?»” (AMC 317).

Din perspectiva **surselor de informare ale părinților despre vaccinul ROR**, AMC menționează **internetul, rețelele de socializare, televizorul, și “radioșanțul**, când se întâlnesc ei în grupulețe” (AMC 313). Aceste surse de informare sunt confirmate și de către medicii de familie: „După ce au citit [...] vezi că dă autism și atunci încep să discute între ei, că au citit, că au văzut, că de pe Facebook” (MF 201).

4.1.2. Vaccinul pneumococic

În general, **vaccinul pneumococic întâmpină mai puțină rezistență comparativ cu alte vaccinuri** - *“La vaccinul pneumococic nu prea avem probleme, avem la celelalte”* (AMC 307), pentru că părinții sunt mai deschiși spre vaccinarea pneumococică: *“La vaccinul pneumococic le-am explicat cum am putut eu mai bine, că orice copilăș care se naște în lumea asta, în primele lui ore de viață, este posibil să se infecteze [...] și că e neapărat necesar să facă vaccinul”* (AMC 305).

Medicii de familie au menționat trei impedimente în administrarea acestui vaccin:

- **Reticența și ezitarea părinților de a administra două vaccinuri în cadrul aceleiași vizite la medic:** *“E un pic mai greu de acceptat pentru mamă vaccinarea Hexavalent și Prevenar împreună pentru că îl vaccinăm [pe bebeluș] în ambele picioare.”* (MF 203). Ca răspuns la acest impediment, medicii aduc argumentul producătorului: *“Păi nu e o problemă, atâta vreme cât producătorul permite să le administrăm [împreună cu alt vaccin], noi le administrăm.”* (MF 205).
- **Frica de reacții adverse la administrarea dozelor 2 și 3:** *„Au existat câteva cazuri, puține, în care avut bebeluși care la prima doză sau la prima și a doua doză de vaccinare, hexavalentă și pneumococică, au avut febră intensă și o stare generală mai proastă.”* (MF 205)
- **Infecții acute care întârzie vaccinarea:** *„Am copii care sunt în urmă cu vaccinarea din cauză că au dezvoltat foarte multe infecții acute și atunci se întârzie puțin vaccinarea”* (MF 206).

Din analiza transcrierilor interviurilor cu medicii de familie și AMC reiese că vaccinul pneumococic nu reprezintă o provocare specifică în procesul de vaccinare din comunitățile rurale. Spre deosebire de alte vaccinuri precum ROR sau HPV, care generează frecvent reticență și necesită strategii specifice de abordare, vaccinul pneumococic **este administrat de obicei fără probleme deosebite, adesea simultan cu alte vaccinuri**. Medicii de familie și AMC raportează că părinții nu manifestă îngrijorări particulare legate de acest vaccin și **nu îl diferențiază în mod special atunci când este vorba despre acceptarea sau refuzul vaccinării, sugerând că acesta nu este perceput ca fiind controversat sau problematic în procesul general de imunizare**.

4.1.3. Vaccinul împotriva HPV

Din interviurile realizate rezultă faptul că atât medicii de familie, cât și AMC, identifică o reticență generală și un interes scăzut cu privire la acest vaccin. Interesul scăzut apare atât în rândul părinților, cât și în rândul unor medici - *„în ultimul an de-abia, sau în ultimele șase luni cred că aș putea spune că am început să solicit [vaccinul]. Deci după indicația unui ginecolog, au venit să se vaccineze și mama și fica. Nu este un număr foarte mare [de persoane vaccinate cu HPV]. Dar de la 0, cât am avut ani de zile 0, totuși este ceva. Am vaccinat anul ăsta, am vaccinat fete și mame”* (MF 212).

Asistenții medicali comunitari raportează că **vaccinarea HPV prezintă provocări mari în comunitățile rurale** - *„Nici gând de ăla [vaccinul HPV]. Nu vor. Nu vor nici să audă”* (AMC 317), doar *„40 din 3.000 de locuitori s-au vaccinat pentru HPV”* (AMC 303). Această provocare este marcată de **lipsa de informare** „cu HPV e o discuție mai nouă, mai nouă

în zona asta. Adică, cum să zic, informația despre vaccinul HPV încă nu e foarte, foarte bine cunoscută” (AMC 308), „Deci aici vorbim strict de proaste informații și **teamă**” (AMC 311). Pe lângă lipsa de informare, medicii de familie mai invocă și **mentalitatea părinților**: „uite, doi-trei au acceptat HPV-ul. V-am spus despre mentalitatea de aici din zonă” (MF 214).

Din cauza acestei mentalități **medicii duc discuții mai productive cu fetele eligibile pentru vaccinare, decât cu mamele**: „Eu acum, de când merg la cabinet, nu există copilă eligibilă de anti-HPV care să-mi intre în cabinet și căreia să nu-i povestesc despre vaccin. Copilele nu au nicio reacție, dar mamele nici să nu audă [...] Din martie și până acum am reușit să conving două fete să se vaccineze. Atât” (MF 206). Mai mulți medici dintre cei care au participat la interviuri au menționat că au succes în abordarea vaccinării HPV cu copiii. De exemplu: „Am avut discuții și am vaccinat atât fete, cât și băieți. Chiar am avut discuții cu fetele între 15-18 ani și le spun: uitați, una dintre cerințele pentru băieții cu care veți ieși [...] este să fie vaccinați HPV” (MF 205).

Un aspect important care le face medicilor munca mai ușoară este **recomandarea din partea medicilor ginecologi pentru vaccinarea HPV**: „Poate mămici care au fost pe la ginecologie și acolo li s-au spus că uite, ar fi bine [să se vaccineze]” (MF 211); „Am avut solicitări pentru vaccinarea HPV, în mare parte la indicația specialistului, pentru cei care deja aveau tulpini de virus” (MF 204).

Mulți **AMC beneficiază de pregătire și folosesc materiale informative dedicate**: „Am participat și la un curs de pregătire în sensul asta organizat de INSP [...] le-am plasat deja și niște pliante din care să înțeleagă [părinții] câte ceva. Măcar să știe despre ce vorbim când ne întâlnim” (AMC 301), „Au venit și ne-au spus despre vaccin, au venit și ne-au spus la ședințe, ne-au dat pliante despre vaccin [...] și broșuri. Au venit două doamne foarte drăguțe și noi. Ne-au spus multe lucruri interesante” (AMC 311). Pe de altă parte, **există AMC care nu au fost implicați în acest proces de training și nici nu sunt implicați în nici un fel în vaccinarea HPV**: „Deci nici nu, eu cel puțin nu am mobilizat niciodată pentru HPV. Nici la medicul de familie nu s-a făcut o catagrafie legată de asta și nu am mobilizat. Pentru că și cu vaccinul ăsta au fost niște discuții” (AMC 312).

Părinții manifestă **temeri și reticență față de acest vaccin** pentru că:

- îl asociază cu **mitul că ar putea cauza cancer**: „dacă mă vaccinez, fac cancer” (AMC 303), „Mituri, cum că duce la cancer de alt fel [nu cancer asociate cu HPV]” (MF 211).
- Invocă **argumente legate de sterilizare** - „nu vor să și-l facă [fetele] pentru că le e frică să nu le afecteze posibilitatea de a avea copii” (AMC 308), „Ba chiar spun că «și ce, vrei să rămână copilul meu să nu facă copii, cum a fost și cazul meu?»” (AMC 307).
- asociază acest vaccin cu **vaccinul anti-COVID19**: „Și că nu e sigur, că e un experiment, ca și cu COVID-ul” (MF 211).

De vină pentru aceste mituri și pentru această dezinformare ar fi **rețelele de socializare și informațiile primite la TV**: „De fapt, de tot ce se vehiculează, eu știu, pe rețelele de socializare, pe... nu știu, la televizor... deci ei, efectiv, nu vor. Deci, și să fi vrut părintele să îi vaccineze, după ce se uită, nu mai vrea” (AMC 310).

Se observă **diferențe în promovarea vaccinului în funcție de gen, medicii de familie și AMC concentrându-se predominant pe vaccinarea fetelor**: „Cu băieții chiar nu am discutat. Doar cu fete adolescente și mamele lor” (AMC 303).

În unele comunități, **rata de acceptare pare să fie influențată și de experiențele negative de sănătate** care reprezintă un catalizator al schimbării de atitudine, precum cazuri anterioare de cancer de col uterin în comunitate sau în familie: „Mai sunt câte unii care au avut cancer în familie și-au vaccinat foarte ușor copiii, fetițele. [...] Cei care nu au avut, care nu au întâmpinat, mai greu [vaccinează]” (AMC 307) și **percepția despre începutul vieții sexuale**. Această percepție poate influența atât negativ, cât și pozitiv decizia de vaccinare. De exemplu, **pentru băieți se pare că percepția începerii vieții sexuale are un efect pozitiv pentru vaccinare**: „Am mulți tineri [băieți] și fete, acum la HPV sunt mai mulți [băieți] vaccinați [...] pentru că se gândesc că așa cum își încep viața sexuală mult mai repede...” (AMC 317). În schimb, **pentru fete pare să aibă un efect negativ**: „Mama îmi spune «La ce îmi trebuie vaccin HPV? Fata mea este mereu cuminte, Doamne! De ce să îi fac eu vaccin?»” (MF 203).

4.2. Perspectiva asistenților medicali comunitari

4.2.1. Rolul AMC în procesul de vaccinare

Asistenții medicali comunitari au un rol important în procesul de vaccinare, făcând legătura între sistemul medical și comunitate. Activitatea lor în relație cu procesul de vaccinare include patru activități principale:

- Informare și educare - susțin educația pentru sănătate oferind informații despre vaccinuri și beneficiile acestora într-un mod adaptat nivelului de înțelegere al fiecărei familii.
- Mobilizare pentru vaccinare - o mare parte din AMC au relații de colaborare cu medicii de familie și mențin legătura constantă cu aceștia pentru a identifica copiii care trebuie vaccinați. Depun eforturi susținute pentru a aduce familiile la vaccinare prin vizite repetate și monitorizare activă.
- Monitorizare - mențin evidența sistematică a copiilor nevaccinați și a motivelor de refuz, permițând astfel urmărirea și adaptarea intervențiilor.
- Facilitare și suport practic - asigură sprijin concret prin programări, transport când este necesar și medierea relației cu medicul de familie.

Tabelul 8. Rolurile AMC în procesul de vaccinare în mediul rural

Rol	Descriere	Citate reprezentative
Informarea și educarea familiilor despre vaccinare	Oferă informații despre beneficiile vaccinării și riscurile nevaccinării	„Noi, în general, tot timpul încercăm să le explicăm [părinților] că vaccinul este necesar ca să eradicăm anumite boli.” (AMC 311)
	Distribuie materiale informative și pliante	„Încerc, sincer. Și tot timpul am pliante la mine, pliante pe care mi le-au dat de la DSP, pliante legate de toate patologiiile. Și încerc să le explic.” (AMC 303)
	Organizează sesiuni de educație pentru sănătate	„Am chemat toate mămicile de la școală și le-am organizat, multe mămici [...] pe anumite teme și am vorbit atunci și despre vaccinare.” (AMC 304)
Mobilizare pentru vaccinare	Primesc liste cu copii care trebuie vaccinați de la medicul de familie	„Eu fac informarea și doamna doctor se ocupă de administrare. Deci eu informez, primesc indicații concrete când se primesc loturile...” (AMC 312)
	Merg în comunitate să anunțe familiile	„Mă duc și le spun. Cam la toți întreb. Adică, până la cei care sunt la grădiniță, cam toți sunt pe casă și atunci merg și întreb.” (AMC 310)
Monitorizarea și urmărirea statusului vaccinării	Urmăresc cazurile restante	„Am o colaborare cu medicul de familie și când îmi spune: «Vedeți că persoana respectivă nu a venit. Am încercat să iau legătura și nu mai îmi răspunde de la telefon.» Și atunci ne ducem iar.” (AMC 301)
Facilitate și suport	Asigură sprijin concret prin programări, transport când este necesar și medierea relației cu medicul de familie	„Noi tot timpul am pus mașina la dispoziție [...] dacă au fost situații de nevoie. Am discutat dinainte cu părintele «ar trebui să mergem la vaccinare, cum ne-a programat doamna doctor». Am întrebat dacă are posibilitatea. Cine nu avea posibilitatea, i-am dus noi și i-am adus.” (AMC 316)

4.2.2. Relația cu părinții și medicii

Relația cu părinții

Eficiența muncii AMC se bazează pe nivelul lor de cunoaștere a comunității - “[...] cunosc foarte bine comunitatea și familiile. Știu care sunt cei cu probleme și care nu sunt cu probleme și este un avantaj enorm lucrul ăsta” (AMC 308), pe prezența regulată în comunitate și pe relațiile de încredere pe care le dezvoltă cu familiile, adaptându-și abordarea după nevoile fiecărei familii. Un aspect important de menționat este că încrederea din relația dintre AMC și părinți este construită și prin oferirea beneficiilor pentru părinți de către diverse organizații partenere cum ar fi Salvați Copiii.

Relația cu medicii de familie

Relația dintre AMC și medicii de familie este una complexă, caracterizată de nivele diferite de colaborare și formalizare. În timp ce unii medici sunt deschiși la colaborare și semnează protocoale formale, alții refuză să participe în acest parteneriat. Această variabilitate în colaborare afectează eficiența activității AMC privind vaccinarea, întrucât ei depind în mare măsură de comunicarea și coordonarea cu medicii de familie pentru a-și îndeplini rolul în procesul de vaccinare.

Chiar și atunci când există protocoale semnate, colaborarea poate fi limitată de constrângerile de timp ale medicilor și de lipsa lor de implicare în activitățile comunitare. Cu toate acestea, acolo unde colaborarea funcționează, ea se manifestă prin schimb regulat de informații despre copiii care necesită vaccinare, coordonare în mobilizarea familiilor și sprijin reciproc.

Tabelul 9. Relația AMC cu părinții și medicii de familie din mediul rural

Relația cu...	Caracteristică	Citate reprezentative
Părinții	Relație bazată pe încredere și proximitate	„Prefer să fim prieteni. Așa îmi spun și mie mult mai multe [...]. Mai bine prefer să fim prieteni decât să păstrăm acea distanță între doamne și să mă consider distantă.” (AMC 307) „Eu fiind din comună, eu și știu totul. Îi cunosc de când eram copil și ei pe mine. Și atunci, să știți că îi capeți, așa, o încredere.” (AMC 304)
	Adaptare la nevoile și nivelul lor de înțelegere	„În funcție și de omul respectiv, adică de nivelul lui de pregătire, pentru că unele mame sunt mai bine pregătite [...] trebuie să le vorbești pe înțelesul lor.” (AMC 307) „Trebuie să stai cum stăm noi, 15-20 minute, o jumătate de o oră, o oră cu mămica respectivă și o lași și să-ți pună toate întrebările și tot, tot, tot.” (AMC 309) „Adică explicația să fie pe înțelesul lor. Că unii zic, spune-mi pe termenii mei, nu-mi spune mie pe termenii tăi [...] Adică, cum s-ar zice, să li se spună băbește.” (AMC 314)
	Relație condiționată de beneficii/stimulente pentru familie	„Sunt unii dintre ei căpoși și dacă mă duc la ei, mă întreabă dacă le duc alimente, bani; dacă nu, să nu mă duc.” (AMC 317) „Deci orice le-am dat, ei pe moment au avantaje, dar altfel nu vin. Doar dacă le spunem că au ceva de luat, atunci vin. Dar depinde de anume. Și atunci le combinăm [lucrurile pe care le au de luat cu programele de promovare a sănătății] și le combinăm.” (AMC 314)
	Bariere culturale și lingvistice	„Și sunt câte unii care nici nu știu să vorbească românește. Mulți dintre ei vorbesc turcește, nu știu românește.” (AMC 317)

Medicii de familie	Colaborare formalizată prin protocoale	„Din șapte medici de familie, doar trei medici au semnat protocolul. Nu au vrut toți să semneze protocolul. Protocolul s-a făcut în două exemplare. Și coordonatorul ne-a zis să colaborăm doar cu cei care au semnat protocolul.” (AMC 314)
	Lipsă de colaborare	„Am înțeles și de la unele colege că ar fi probleme, că unele colege de-ale mele nu au o relație foarte bună cu medicii de familie. Acuma nu știu cât de des se întâmplă treaba asta. Mi se pare normală și utilă colaborarea.” (AMC 301)
	Comunicare și coordonare pentru vaccinare	„Ei fac catagrafia lunară și fac liste cu bebeluși sau cu copiii apti de vaccinare. Mai au și ei numere de telefon și țin legătura [...] Noi îi mobilizăm. Și se prezintă. Ulterior ne anunță: cutare vezi că n-a venit.” (AMC 316) „Eu primesc de obicei de la medicul de familie, de la colega mea asistentă, primesc catagrafia cu copiii care sunt pentru vaccinare în luna respectivă.” (AMC 302)
	Suport reciproc	Suport reciproc în mobilizarea comunității: „Colaborăm strâns în echipă și dacă e nevoie ne susțin și în teritoriu.” (AMC 316) „Fac o campanie cu doamna doctor, ne pregătim și mergem amândouă să îi vaccinăm acasă pentru că la cabinet foarte rar ajung.” (AMC 308)
	Sprijin limitat	„Dacă ne-am duce, probabil, împreună [cu medicul] în grupurile respective, am avea mai mult succes [în procesul de vaccinare]. Doar că medicii nu au timp. Asta este problema. Nu au timp să vină cu noi.” (AMC 311)

4.2.3. Bariere întâmpinate pe teren privind vaccinarea copiilor

Conform analizei, AMC se confruntă cu diverse provocări în promovarea vaccinării, inclusiv resurse limitate și constrângeri de timp, dar și atitudinea negativă a părinților cu privire la vaccinare. Este important de remarcat că multe dintre aceste provocări se suprapun și se potențează reciproc. Impactul pandemiei COVID-19 a amplificat multe dintre aceste provocări preexistente, creând un mediu și mai complicat pentru promovarea vaccinării. Un aspect important este că provocările nu sunt uniforme în toate comunitățile - unii AMC raportează rate foarte bune de vaccinare și provocări minore: „În mare parte, pe comuna noastră, nu avem dificultate în vaccinare” (AMC 304).

Tabelul 10. Bariere întâmpinate de către AMC în promovarea vaccinării copiilor în mediul rural

Tip de barieră	Barieră	Citate reprezentative
Bariere atitudinale și comportamentale	Reticența post-COVID19	„De la COVID, toată lumea este speriată. Lăsați domnul, că ați văzut că a murit cutărică, că a murit nu știu cine [...] din cauza la COVID, dacă nu se vaccina, nu murea. Asta îmi spun majoritatea.” (AMC 317)
	Refuzul categoric al unor comunități	„Jumătate se vaccinează, jumătate refuză categoric [...] Nici nu putem discuta cu ei. Contează mentalitatea părinților. Nu contează vârsta copiilor.” (AMC 313)
	Evitarea vaccinării	„[părinții spun] copilul este răcit în perioada respectivă. Sau trebuie să plec în concediu și nu vin cu el la vaccin acum, că dacă îmi face temperatură... sau mai știu eu ce.” (AMC 301)
	Lipsa percepției privind gravitatea bolilor	„Au avut rujeolă anul ăsta, la începutul anului. Dar au stat acasă [...] Dar îți zic că așa e normal, trebuie ca toți copiii să treacă prin boală [...] «Că și eu, când am fost copil, am avut și n-am murit. Și de ce să vaccinez copilul?»” (AMC 317)
	Frica de reacții adverse	„Am o cunoștință [...] după ce și-a vaccinat copilul la doi ani, copilul în două luni n-a mai vorbit, n-a mai mers. [...] Bineînțeles că nu există dovezi care să susțină asta, dar ei sunt convinși că e din cauza unui vaccin.” (AMC 311)
Bariere socio-culturale	Bariere culturale și lingvistice	„Sunt câte unii care nici nu știu să vorbească românește. Mulți dintre ei vorbesc turcește, nu știu românește.” (AMC 317)
	Bariere religioase	„Am avut și problema, cum să zic... religioasă, scoasă în față de unii părinți. Există o comunitate religioasă, nu prea sunt receptivi la treburile de genul ăsta. Unul, doi copii, am reușit să îi conving pe părinți să-i vaccineze și alți trei din aceeași casă, nu.” (AMC 310)

	Normele sociale și influența negativă a familiei și a comunității	„Dacă spune unul așa, așa rămâne pentru toată lumea pentru ca sunt apropiați între ei. Deci, nu trece peste ce zice celălalt. Mai ales dacă e mamă, tată, frate.” (AMC 317) „Din cauza familiei extinse, că ei locuiesc și cu bunici și cu părinți, și dacă în familia respectivă sunt convingși că nu doresc să facă vaccinul la copii, ele ca mămici, ca nurori în casă, nu prea au niciun cuvânt de spus în fața bunicii.” (AMC 311)
	Mobilitatea ridicată a familiilor	„Numărul [de copii pe care îl am în evidență] nu este stabil pentru că, cum să vă spun... părinții vin, lucrează o perioadă aici, se mută cu chirie la [numele unei localități din apropiere], iarși pleacă.” (AMC 310)
Bariere informaționale	Impactul mass-media	„Mass-media, ce citesc pe internet. Cam aceasta este în mare parte. Tot ca și lipsa educației [...] că în momentul când a luat pe NU în brațe...” (AMC 307)
	Dezinformarea pe rețelele sociale	„Facebook-ul și toate rețelele sociale. Da, [părinții] sunt foarte reticenți.” (AMC 311)
	Mituri despre vaccinare	„Au o anumită informație care o discută între mămici și ajung la concluzia că un copil care a făcut autism din cauza vaccinului e așa.” (AMC 311)
Bariere sistemice/ administrative	Lipsa carnetelor de vaccinare	„Adică, chiar dacă au avut vaccinuri făcute, nu au carnet de vaccin. [...] Și asistenta doamnei doctor [...] trebuie să ia fiecare copil în parte.” (AMC 303) „Și ei nu au carnet, nu au avut niciodată, nu are nimeni nimic.” (AMC 310)
	Lipsa de timp	„Adică noi avem o activitate vastă, de la bătrâni și toate. Adică nu putem să stăm doar să ne axăm pe vaccinuri. Eu în fiecare zi am tot felul de probleme.” (AMC 301)
	Lipsa resurselor materiale	„Deci, nu aș avea timp să umblu pe jos, cum mi se spune de la primărie, să nu fac niciun lucru. Oricum, nu mi se decontează nimic, să fie clar, că nu îmi dau bani de benzină sau ceva de genul.” (AMC 303)

4.2.4. Strategii actuale de abordare a reticenței sau a refuzului în vaccinare

Asistenții medicali comunitari folosesc o gamă variată de strategii pentru a promova vaccinarea în comunitățile lor, adaptându-și abordarea în funcție de nevoile familiilor. Aceste strategii pot fi grupate în patru categorii principale: strategii de construire a relației (bazate pe încredere și perseverență), strategii de comunicare adaptată (folosind un limbaj accesibil și argumente relevante cultural), strategii bazate pe exemple și experiențe (folosind atât experiențe personale cât și exemple din comunitate), și strategii practice (oferind suport concret). Elementul central care străbate toate categoriile de strategii este personalizarea intervenției - fie că este vorba despre modul de comunicare, argumentele folosite sau suportul practic oferit.

Tabelul 11. Strategii implementate de către AMC în promovarea vaccinării copiilor în mediul rural

Tip de strategie	Strategie	Citate reprezentative
Strategii de construire a relației	Construirea unei relații de încredere	„Prefer să mi se spună Vali. Valentina, prefer să vorbească cu mine la pertu. Decât să păstrăm acea distanță mai bine prefer să fim prieteni.” (AMC 307)
	Pregătirea timpurie, încă din sarcină	„Eu chiar începând de la gravide [...] și le vorbesc despre vaccinuri la copii [...] ca să nu am probleme apoi să li se pară «Vai, o surpriză, dar de ce fac un vaccin copilului, că al meu copil nu are nicio problemă».” (AMC 307)
	Contactări repetate	„În cazul în care nu doresc, nu vor, cu toate că li se explică [...] dar mergem din nou și facem vizite.” (AMC 301)
	Abordare graduală	„Nu insist foarte mult atunci când văd că este împotrivă. Nu insist foarte mult. Încerc doar și apoi mă retrag, să zic [...] și apoi revin a doua oară și a treia oară.” (AMC 303)
Strategii de comunicare adaptată	Adaptarea comunicării pe înțelesul fiecăruia/ folosirea unui limbaj accesibil	„În funcție și de omul respectiv, adică de nivelul lui de pregătire, pentru că unele mămici sunt mai bine pregătite [...] trebuie să le vorbești pe înțelesul lor.” (AMC 307)
		„Și le spunem pe limba lor. Până la urmă că nu pot să vorbesc cu toată lumea în termeni medicali, că nu înțeleg. Și le spui, uite, e ca și când ai pune ceva slab în organismul tău. Organismul nostru îl recunoaște.” (AMC 316)

	Exemplificarea beneficiilor vaccinării	„Am încercat să le explic părinților, că ei nu cunosc nici boala în sine, nici manifestările ei, nici efectele pe care le poate avea, pentru că [...] ei ca părinți au fost vaccinați și atunci [...] n-au făcut boala sau au făcut o formă ușoară.” (AMC 310) „În zonă, am avut și rujeolă și varicelă. Cei vaccinați nu au făcut, cei fără vaccin au făcut. Și noi discutăm și le spunem care sunt beneficiile vaccinării.” (AMC 316)
Strategii bazate pe exemple și experiențe	Folosirea experiențelor personale pentru a susține vaccinarea	„Eu personal, am o tumoare [...] tot o rădăcină de papillomavirus. Și dacă eu m-aș fi vaccinat [...] probabil că acum nu mă confruntam cu problema asta.” (AMC 303) „Copilul meu a făcut toate vaccinurile până în prezent [...] până la 14 ani, eu nu am fost cu el la niciun medic.” (AMC 314)
	Folosirea exemplurilor din comunitate pentru a susține vaccinarea	„Am avut în comunitate o mămică care a fost depistată cu cancer în urma unei infecții netratate de HPV. Și cu ajutorul ei și prin intermediul ei [...] am dat un exemplu. Ea și-a vaccinat și fata și băiatul. Și zic că cercul ei de influență a fost unul în favoarea vaccinului.” (AMC 316) „În zonă, am avut și rujeolă și varicelă. Cei vaccinați nu au făcut, cei fără vaccin au făcut. Și noi discutăm și le spunem care sunt beneficiile vaccinării.” (AMC 316)
Strategii practice	Oferirea de alternative de transport	„Prefer uneori să mă duc să-i aduc pentru că tot întârzie diverse motive. Și atunci mă ofer: «Vin eu și vă iau».” (AMC 307)
	Abordarea etapizată a vaccinurilor	„Nu le zic din start: «Hai că îți facem 3 vaccinuri sau 2». O las pe doamna doctor. «Dacă tot ai venit până aici și ți-am făcut unul.. trebuie făcut și celălalt.»” (AMC 308)
	Sublinierea consecințelor practice ale nevaccinării	„Le-am explicat și lor: «vedeți că mâine, poimâine [...] o să înceapă copilul la grădiniță, la școală [...] o să-i ceară avizul epidemiologic și acolo o să-i ceară vaccinările. Și nu o să poată să intre în colectivitate.»” (AMC 314)

4.2.5. Resurse actuale și nevoi pentru a crește rata de vaccinare

Majoritatea asistenților medicali comunitari beneficiază de un sprijin important din partea Direcțiilor de Sănătate Publică (DSP), care le furnizează lunar materiale informative precum pliante sau broșuri. Aceste materiale, distribuite în cabinete medicale, aviziere

și direct către familii, acoperă teme diverse de sănătate. În cazul multor AMC, primăriile completează acest sprijin prin facilitarea multiplicării materialelor și asigurarea unui cadru instituțional deschis care permite asistenților medicali comunitari să desfășoare campanii de informare și conștientizare. Pe de altă parte, există și AMC care nu beneficiază de sprijinul primăriilor și care nu au acces la mijloc de transport sau la posibilitate de a multiplica materialele informative de la DSP-uri.

AMC identifică mai multe nevoi pentru îmbunătățirea procesului de vaccinare:

- Materiale informative moderne, precum video-uri și pliante ilustrate, care să completeze resursele DSP.
- Training-uri și cursuri de specializare în domeniu.
- Suport logistic și financiar pentru deplasări și resurse tehnice.
- Implicarea unei echipe multidisciplinare care să includă specialiști medicali cu autoritate și credibilitate în comunitate.
- Colaborare inter-instituțională formală între asistenți medicali, asistenți sociali, medici de familie și școli.
- Stimulente care să motiveze părinții să permită vaccinarea copiilor.

Tabelul 12. Resurse actuale și nevoi ale AMC pentru promovarea vaccinării copiilor în mediul rural

Resurse/ nevoi	Resursă	Citate reprezentative
Resurse actuale	Materiale informative și educaționale	„Noi colaborăm foarte bine cu DSP-ul și primim lunar materiale informative și le multiplicăm de multe ori, că nu ne ajung, dar ducem și la cabinete la aviziare sau au măsute unde pun pliante.” (AMC 316) „Tot timpul am pliante la mine, pliante pe care mi le-au dat de la DSP.” (AMC 303) „Am avut și eu câteva pliante când ne mai trimit de la DSP.” (AMC 305)
	Sprijin din partea primăriei	„Eu de câte ori am cerut ajutorul școlilor, școlii, pardon, că avem o singură școală... eu am avut susținere din partea domnului primar, am avut orice am dorit.” (AMC 313) „Din partea primăriei, nu mi s-a interzis niciodată [să multiplic pliantele]. Adică, eu pot să mă duc la primărie și să cer să mi se facă 100 de exemplare” (AMC 303)
Nevoi	Materiale informative	„Material informativ când nu găsim la DSP sau nu dispune DSP-ul...” (AMC 316) „Avem nevoie de video-uri sau material fizic pe care să le distribuim. Ar fi utile pliante cu informații despre vaccinuri, mai ales cu imagini.” (AMC 305)

Formare și training	„Training-uri în domeniu ar fi utile, sunt deschisă la orice. De câte ori a fost vorba de o procedură legată de un training privind vaccinarea?” (AMC 303) „Nu avem cursuri de promovare, nu avem cursuri mai multe despre vaccinare... Ar trebui să existe un serviciu care să ne ajute să promovăm vaccinarea.” (AMC 301) „Cred că ar fi bine și să ne mai facă anumite cursuri de formare.” (311)
Resurse materiale și financiare	Dar la noi, în primărie stăm foarte prost cu imprimarea. Adică nu ai tot timpul tuș.” (AMC 316) „...sincer nici de banii pe combustibil nu am beneficiat niciodată [...] am avut două mașini și la una ne-a lăsat motorul [...] dar ne împărțim timpul în așa fel încât mă duce pe mine într-o comunitate și mă ia după nu știu câte ore.” (AMC 316) „O tabletă m-ar ajuta.” (AMC 303)
Necesitatea implicării specialiștilor în echipă cu AMC, pe lângă medicul de familie	„Cred că un medic, dacă ar veni și ar vorbi în comunitate, cred că mie mi-ar fi mai ușor [...] În afară de cel de familie. În afară de medicul de familie. Să mai vină încă cineva, gen, o a doua opinie.” (AMC 313) „Probabil dacă ar veni un medic, doi, ca să fie ca o echipă care tot așa, mers la ei acasă, pentru că singuri nu vin.” (308) „Un specialist medical care să vină în comunitate ar avea mai multă credibilitate.” (307) „Ar fi util să avem o echipă care să meargă împreună la familii.” (310)
Colaborare inter-instituțională	„Ar fi nevoie de o colaborare mai strânsă între asistent social, asistent medical comunitar, medic de familie, școală.” (AMC 301) „Avem nevoie de un protocol de colaborare mai formal cu medicii de familie.” (AMC 305)
Oferirea de stimulente financiare beneficiarilor/părinților	„Probabil dacă ar primi ceva, de exemplu scutece, ar veni mai ușor la vaccinare.” (AMC 308) „Un stimulent financiar la naștere ar duce la o mai mare accesibilitate la vaccin.” (AMC 301) „Ar ajuta niste resurse care să-i motiveze pe părinți să își dea acordul privind vaccinarea copiilor.” (AMC 305)

Perspectiva medicilor de familie

4.2.6. Relația cu părinții și asistenții comunitari

Relația cu părinții

Din analiza interviurilor reiese că relația medicilor de familie cu părinții este complexă și variază semnificativ. Pe de o parte, există o relație bazată pe încredere, construită în timp, mai ales în comunitățile rurale unde medicii practică de mulți ani. Medicii descriu cum au „crescut o generație” și cum această continuitate le oferă credibilitate. În comunicarea cu părinții, medicii adoptă abordări diferite în funcție de nivelul de educație - cu părinții mai educați poartă discuții bazate pe argumente științifice, în timp ce pentru părinții mai puțin educați folosesc explicații simple și concrete. Interesant este că unii medici raportează că părinții mai puțin educați sunt uneori mai receptivi la recomandările de vaccinare, acceptând mai ușor autoritatea medicului.

Însă există și o latură problematică a acestei relații, care s-a accentuat în special după pandemia de COVID-19. Mulți medici raportează comportamente de evitare și ezitare din partea părinților, care amână constant vaccinările și refuză să-și asume în scris decizia. În cazuri extreme, medicii s-au confruntat chiar cu ostilitate și amenințări din partea părinților care se opun vaccinării.

Pentru a gestiona aceste provocări și a crește rata de vaccinare, medicii folosesc diverse strategii de motivare a părinților. Unii apelează la stimulente materiale (cum ar fi siropuri, produse pentru copii), alții folosesc forme ușoare de condiționare, cum ar fi menționarea păstrării pe lista de pacienți. Rezistența la vaccinare pare să crească odată cu vârsta copilului, unul dintre medici raportând că este mult mai dificil să convingă părinții să accepte vaccinările de la 5 ani în sus, comparativ cu cele din primul an de viață.

Relația cu asistenții medicali comunitari

În ceea ce privește relația medicilor de familie cu AMC, analiza relevă o situație complexă și nuanțată. Disponibilitatea și calitatea colaborării cu AMC variază semnificativ de la o zonă la alta. În timp ce unii medici beneficiază de sprijinul unor asistenți comunitari dedicați care facilitează comunicarea cu comunitățile vulnerabile și ajută la mobilizarea populației pentru vaccinare, alții raportează lipsa totală a acestui personal sau o implicare insuficientă. Medicii spun că în zonele unde există o rețea bună de asistență comunitară, rezultatele în privința sănătății populației, inclusiv rata de vaccinare, sunt semnificativ mai bune.

Un aspect important care complică această relație este structura organizatorică actuală - AMC sunt angajați ai primăriilor, nu ai cabinetelor medicale, ceea ce creează probleme semnificative de coordonare și subordonare. În plus, salariile mici duc la fluctuație mare de personal, afectând continuitatea serviciilor și capacitatea de a construi relații de încredere în comunități.

Medicii văd AMC ca intermediari ideali pentru comunicarea cu grupurile vulnerabile sau rezistente la vaccinare, dar această delegare a responsabilității de comunicare este adesea

problematică. În absența unor AMC eficienți sau când aceștia lipsesc cu totul, medicii se văd nevoiți să preia și această muncă de teren. Eficiența colaborării cu AMC depinde foarte mult de specificul comunității și de resursele locale disponibile, medicii subliniind necesitatea unei prezențe constante în comunitate: „Dacă ar exista în fiecare sătuc un asistent medical comunitar sau măcar unul pe comună care să țină legătura cu medicul de familie” (MF 203).

Succesul programelor de vaccinare în zonele vulnerabile pare să depindă în mare măsură de eficiența acestei colaborări medic-AMC.

Tabelul 13. Relația medicilor de familie cu părinții și AMC

Relația cu...	Caracteristică	Citate reprezentative
Părinții	Încredere și relație de lungă durată	„Nu știu, cred că e vorba de încredere. Vă dați seama că dacă lucrezi de atâția ani [...] eu am crescut o generație, i-am crescut pe părinți.” (MF 201) „Eu cred că în comunitățile rurale, oamenii au încredere în medic. Și mai ales dacă ai o relație bună cu ei, comunică eficient, le explici pe limba lor.” (MF 210)
	Comunicare diferențiată în funcție de nivelul de educație	„Dar să știți că cu cei care sunt mai puțin educați e mult mai ușor să lucrezi decât cu cei care sunt educați [...] cu cei care nu sunt educați le spui în data D, vii la ora D, vin, serios că vin.” (MF 203)
	Comportament ostil	„Și am avut situații în care am primit amenințări de la un părinte care nu era de acord, iar celălalt era de acord. Am vaccinat copilul și apoi tăticul drăguț și simpatic mi-a urat toate cele la telefon. Și că vine să-mi rupă diverse părți ale corpului.” (MF 203)
	Lipsă de încredere din partea minorităților	„Mulți dintre ei se simt amenințați de noi. Nu toți [medicii] avem răbdare. Nu toți vorbim la nivelul lor. De multe ori [femeile rome] sunt bruscate. Fiind din medii defavorizate, sunt tratate prost. Și atunci, din start nu capătă încredere în noi și în sistemul nostru. Au neîncredere în sistemul nostru.” (MF 205)
	Evitarea discuțiilor despre vaccinare sau amânarea lor	“Problema nu este că refuză neapărat, ci că amână [...] nici în car, nici în căruță n-ar vrea să fie [...] nu-și asumă să semneze clar nu vreau.” (MF 203)

Asistenți medicali comunitari	Colaborare bună cu AMC	„Da, da, da. Asistentă mea [...] e și asistentă comunitară [...] Ea se duce pe teren, mobilizează, face, deci e isteată și e foarte activă.” (MF 201)
	Îndeplinesc roluri complementare	„Tot ei [AMC] transmit [părinților] și informațiile necesare pentru conștientizare și programare.” (MF 207)
		„Nu am nici un fel de rezervă din partea consiliului local și a primăriei că sunt folosiți [AMC] în scopul de a transmite informația în ceea ce privesc vaccinurile, de a merge și administra vaccinurile împreună cu medicul atunci când este cazul.” (MF 205)
	Nevoia de colaborare și coordonare cu AMC	„Să fie ceva cu documente, au fost informații, adică să ia niște informații de la noi [medici de familie], adică să știe și pe cine să informeze [părinți].” (MF 205)
	Nevoia de AMC	„Cred că asistentul medical comunitar ar fi o resursă de care toate comunitățile au nevoie. Ar crește rata de vaccinare garantat.” (MF 203)

4.2.7. Bariere întâmpinate privind vaccinarea copiilor

Conform experiențelor și percepțiilor medicilor de familie din mediul rural, barierele în calea vaccinării copiilor în România sunt complexe, reflectând o intersecție între factori comportamentali, socio-culturali, informaționali și sistemici. În practica lor zilnică, medicii raportează că o barieră majoră care a apărut în ultimii ani este reticenta post-COVID19, care a amplificat neîncrederea generală în vaccinuri. Această situație este agravată de proliferarea dezinformării prin mass-media și rețelele sociale, care, în experiența medicilor, contribuie la răspândirea rapidă a miturilor despre vaccinare și la consolidarea normelor sociale negative în anumite comunități.

Medicii de familie identifică multiple obstacole la nivel sistemic, precum absența consecințelor pentru nevaccinare și desființarea vaccinării în școli, care au redus semnificativ ratele de imunizare, în special în comunitățile vulnerabile și izolate. Din perspectiva lor, barierele culturale și sociale, precum și mobilitatea ridicată a familiilor, complică și mai mult eforturile de vaccinare. În plus, în interacțiunea cu părinții, medicii observă că frica de reacții adverse și lipsa percepției privind gravitatea bolilor prevenibile prin vaccinare reprezintă obstacole semnificative în convingerea acestora să-și vaccineze copiii.

Tabelul 14. Bariere întâmpinate de către medicii de familie în promovarea vaccinării copiilor în mediul rural

Tip de barieră	Barieră	Citate reprezentative
Bariere atitudinale și comportamentale	Reticența post-COVID19	„Acum, după vaccinarea asta anti-COVID, sunt foarte reticente [...] mă mai întreabă și acum dar ce vaccin e ăsta, să nu fie de COVID să nu fie cu COVID-ul.” (MF 214) „Fenomenul de refuz a vaccinării pe zgomotul de fond creat de investigațiile în legătură cu achiziția vaccinului Covid-19.” (MF 210)
	Refuzul categoric al unor comunități	„Nu vor să audă de vaccinare și au fost convinși că e de rău.” (MF 214)
	Evitarea/amânarea vaccinării	„Problema nu este că refuză neapărat, ci că amână. Dar nici nu-și asumă să semneze clar că nu vor.” (MF 203)
	Refuz de administrare simultană a mai multor vaccinuri	„Există în continuare această dificultate în administrarea simultană. A fost evident și în întâlnirile Asociației Medicilor de Familie în 2017, 2018, poate și 2019” (MF 203)
	Normele sociale și impactul negativ al comunității	„Discuțiile între alte mămici, grupuri de mămici. Eu știu, se prezintă un caz catastrofal și atunci începem să discutăm.” (MF 203)
	Lipsa percepției privind gravitatea bolilor	„Mulți dintre părinți nu văd bolile pentru care administrăm vaccinurile și atunci au aceste întrebări: «Pentru ce ne vaccinați? Pentru polio-mielită, dar nu mai exista poliomielită.»” (MF 203)
	Frica de reacții adverse	„Da, le teamă de reacțiile adverse, în special de febră. Pentru că de febră le e frică lor cel mai mult.” (MF 207) „le teamă și de reacții [...] că face febră” (MF 203) „După ce au făcut primul vaccin și au început să plângă copilul, să se agite, n-am mai vrut a doua doză de niciun fel.” (MF 210)
Bariere socio-culturale	Bariere culturale	„Dar noi le zicem, măm, nu vă facem altceva. Adică, de ce ar vrea să vă extermină pe voi și să nu vă mai înmulțiți [...] uite, ai fost aici, ai văzut că românii fac [vaccinul]. E același vaccin. Uite, arată la fel. Uite, nu-ți facem altceva.” (MF 201)

	Bariere religioase	„Cred că cei din Martorii lui Iehova, cei Adventiști de ziua... nu știu cum se numesc, care au venit și au vaccinat cinci copii. Și m-au pus să nu spun la nimeni.” (MF 203)
	Mobilitatea ridicată a familiilor	„Ceea ce îmi lipsește mie în acest moment sunt datele pentru cei care se nasc în România și aleg să plece în vestul Europei, numărul lor fiind destul de important.” (MF 203) „Ajunseseam la un moment dat să am chiar jumătate dintre copii care se aflau într-o zonă de plimbare între România și alte țări europene.” (MF 202)
Bariere informaționale	Impactul mass-media	„Au auzit-o de la televizor [...] Dacă se prezintă câte un caz, ceva, sau cine știe, cine vorbește, deja a doua zi nu vrea [părintele] să-l vaccinez [pe copil], nu vrea.” (MF 205) „Informații false care sunt transmise prin mediile sociale și la un moment dat am asistat la un trend de a nu vaccina pentru că «Nu vezi ce spun la televizor? Nu vezi ce conțin vaccinurile?»” (MF 203) “Le este teamă că, au auzit ei că s-au întâmplat atâtea. Și apoi mă întreabă «Ați văzut și la televizor și prin presă și prin toate?»” (MF 201)
		„Pentru că în ultimul timp au avut cât mai mulți [pacienți] acces la internet și au început să și învețe să citească. Și atunci văd tot felul de... eu știu, reclame unde se zice că [vaccinurile] dau reacții adverse.” (MF 203)
	Dezinformarea pe rețelele sociale și internet	„Facebook-ul fiind cel mai folosit, dar și căutarea pe Google este în continuare la fel de folosită. Apar însă și alte medii care sunt accesibile, fie că vorbim de mediul urban sau rural.” (MF 210) „E de ajuns să scormonească unul pe Facebook astăzi ceva ce a visat aseară. Și dacă le pune în grupurile potrivite sau are suficienți urmăritorii, până a doua zi dimineață au aflat unii și din [denumirea unei alte localități din județ].” (MF 210)
	Mituri despre vaccinare	„Ei nu vaccinează copilul pentru că le e teamă să nu se îmbolnăvească de ceva.” (MF 212)

Bariere sistematice/ administrative	Birocrația	„Există o platformă, totuși trebuie scris în 5 locuri, da. Și rămân mereu în urmă cu hârtiile.” (MF 203)
	Lipsa consecințelor pentru nevaccinare	„Nu există cadrul legislativ [...] din punctul meu de vedere să dă prea multă libertate părinților în astfel de situații.” (MF 203)
	Desființarea vaccinării în școli	„A fost una dintre cele mai mari greșeli. Să nu se mai vaccineze în școală, ci să vină cu copilul, așa nu mai vine nimeni.” (MF 201)
	Lipsa transportului	„Sunt copii și cazuri reale cu probleme și nu vin, că n-au transport, n-au mașină.” (MF 208)
	Schimbarea frecvență a numerelor de telefon de către părinți	„Să-i anunț telefonic, ei nu au telefoane. Adică au telefoane, dar tot timpul își schimbă numărul, deci nu aș putea să țin cont.” (MF 214)

4.2.8. Strategii actuale de abordare a reticenței sau a refuzului în vaccinare

Medicii de familie din mediul rural folosesc mai multe tipuri de strategii pentru a crește rata de vaccinare, acestea fiind adaptate în funcție de specificul comunității și caracteristicile părinților. În centrul acestor strategii se află construirea unei relații de încredere cu părinții, realizată prin comunicare adaptată și respect. Medicii folosesc diverse abordări în comunicarea cu părinții, de la explicarea pe înțelesul fiecăruia a beneficiilor vaccinării și până la adaptarea culturală a argumentelor. De asemenea, aceștia pun accent pe exemplele personale și cele din comunitate, arătând rezultatele pozitive ale vaccinării și consecințele negative ale nevaccinării.

Pentru a crește rata de vaccinare, medicii implementează și o serie de strategii practice, precum vizitele la domiciliu pentru cazurile speciale, oferirea de stimulente materiale (precum siropuri sau acadele), și uneori măsuri mai stricte precum refuzul de a elibera scutiri medicale sau amenințarea cu eliminarea de pe lista de pacienți. De multe ori aceștia adoptă o abordare graduală și repetitivă, profitând de fiecare interacțiune cu părinții pentru a discuta despre vaccinare, și pun accent pe pregătirea timpurie prin educație.

Tabelul 15. Strategiile implementate de către medicii de familie în promovarea vaccinării copiilor în mediul rural

Tip de strategie	Strategie	Citate reprezentative
Strategii de construire a relației	Construirea unei relații de încredere	„Cred că e foarte important să valorizăm părinții dacă vrem să obținem rezultate [...] Când există o relație așa pozitivă, cu părintele, atunci, na, crește și complianța lor. Dacă tot timpul îi beștelim și îi desfințăm [...] nici nu o să mai vină.” (MF 210)
		„Cred că mare parte dintre ei au nevoie de un mic ajutor. Adică sunt mame care... sunt minore, care nu au nici măcar 8 clase, care chiar dacă nu sunt analfabete, sunt analfabete funcționale [...] atunci trebuie să câștigi încrederea.” (MF 205)
		„Eu cred că încă în comunitățile rurale, oamenii au încredere în medic [...] Și dacă au încredere în medicul de familie și vin și întreabă eu aproape pot să vă spun 100% că i-am convins și le-am vaccinat copiii.” (MF 203)
	Pregătirea timpurie pentru vaccinare, din școală	„Din punctul meu de vedere expunerea precoce la informație în ceea ce privește beneficiile vaccinării încă în perioada în care viitorii părinți sunt elevi este extrem de importantă.” (MF 202)
Strategii de comunicare adaptată	Abordări repetate	„Tot le explicăm și le spunem la fiecare consult [...] deci chiar dacă e legat de altă problemă, noi ne uităm și eu și asistenta și le spunem, mai ai încă un vaccin.” (MF 214)
	Abordare graduală	„Eu le mai explic. Le dau explicații, le spun, le las porțița deschisă. Da. Aștept oricând, putem să-l facem oricând.” (MF 212)
	Adaptarea comunicării pe înțelesul fiecăruia/folosirea unui limbaj accesibil	„Trebuie, în primul rând, să le arăți respect, să le înțelegi emoțiile și temerile. Cred că e foarte important să distrugi anxietățile lor.” (MF 203)
		„Le spun inclusiv faptul că noi, generația noastră, suntem cu toții vaccinați pentru că pe vremea când eram noi copii nu întreba nimeni pe părinți vrei sau nu vrei să-ți vaccinezi copilul. Și că iată că am ajuns la vârsta asta sau anumite boli nu mai circulă sau circulă mult prea puțin tocmai pentru că cea mai mare parte dintre noi am fost vaccinate.” (MF 205)
	Exemplificarea beneficiilor vaccinării	„În momentul în care le explici, că majoritatea bolilor nu au tratament sau și dacă au tratament pot să ajute copilul, deci boala să fie invalidată, părintele înțelege, care vrea să înțeleagă și acceptă să-și aducă sugarul la vaccinare.” (MF 203)

Strategii bazate pe exemple și experiențe	Folosirea exemplelor personale pentru a susține vaccinarea	„Eu le dau exemplu familia mea și le spun întotdeauna că și eu mi-am vaccinat copiii. Nu aș putea să fac nimănui rău.” (MF 203)
	Folosirea exemplelor din comunitate pentru a susține vaccinarea	„A mai funcționat teama că vezi că vecinii de sus, de jos, din stânga, din dreapta sunt bolnavi. Eu vin să vaccinez copilul.” (MF 203)
Strategii practice	Vizite la domiciliu	„Sigur, sunt cazuri serioase de risc, deși sunt conștientă că n-am voie să fac chestia asta, să știți că ne-am mai dus și la domiciliu.” (MF 203)
	Refuz de a elibera scutiri	„Apoi le-am zis, nu mai vă dau scutiri dacă voi nu veniți și nu doar așa de lene că vă e lene să veniți. Nu mai vă dau nici scutiri dacă nu veniți.” (MF 205)
	Eliminarea de pe lista de pacienți	„Plus că mai pun și presiune, v-am zis, care când îi înscriu acum, le spun clar la părinți: «Măi dacă nu veniți și vă vaccinați, eu vă scot de pe listă»” (MF 201)
	Oferirea de stimulente	„Numai ca să ducem treaba până la capăt [...] le dădeam un sirop ca sponsorizare, siropuri primite de la [sponsor], ceva siropuri de plante, acadele.” (MF 207)

4.2.9. Resurse actuale și nevoi pentru a crește rata de vaccinare

În prezent, medicii de familie au la dispoziție diverse resurse pentru promovarea vaccinării, incluzând materiale informative și educaționale (în special pentru vaccinul HPV), sprijin din partea personalului medical (asistenți medicali și, în unele zone, asistenți medicali comunitari), și o bună aprovizionare cu vaccinuri prin DSP. Ei beneficiază și de relații de colaborare cu instituții ale statului și ONG-uri care susțin vaccinarea, precum și de posibilitatea de a oferi diverse stimulente materiale (siropuri, acadele) pentru a încuraja prezentarea la vaccinare. Cu toate acestea, medicii raportează că aceste resurse sunt adesea insuficiente sau inegal distribuite între comunități.

Pentru a crește ratele de vaccinare, medicii identifică nevoi multiple și interconectate. La nivel național, ei solicită un cadru legislativ mai strict privind vaccinarea și campanii mass-media mai intense de informare și educare. La nivel local și operațional, principalele nevoi includ: extinderea rețelei de asistență medicală comunitară, reducerea birocrăției în raportarea vaccinărilor, asigurarea transportului pacienților la cabinet, și o mai bună implicare a reprezentanților minorităților. O nevoie specifică frecvent menționată este reintroducerea vaccinării în școli, care în trecut asigura rate mai bune de acoperire vaccinală. Medicii subliniază și importanța dezvoltării propriilor abilități de comunicare prin participarea la cursuri specializate.

Tabelul 16. Resurse actuale și nevoi ale medicilor de familie pentru promovarea vaccinării copiilor în mediul rural

Resurse/nevoi	Resursă	Citate reprezentative
Resurse actuale	Materiale informative și educaționale	„Avem pliante... de exemplu, cele de HPV, am primit și pentru băieței și pentru fete, ca să le dăm să citească adolescenților.” (MF 203)
	Resurse umane	„În primul rând foarte important este rolul personalului cabinetului - asistenții medicali sunt cei care inițiază discuția legată de chemarea la vaccinare.” (MF 210) „Asistenta mea, am o asistentă pe care o am cu patru ore la mine și e și asistentă comunitară [...] Ea se duce pe teren, mobilizează, face.” (MF 201)
	Aprovizionare bună cu vaccinuri	„Nu există, cel puțin în ultimul an, eu nu am avut nicio problemă să nu găsesc un vaccin, să nu fie la DSP un vaccin.” (MF 203)
	Relații de colaborare cu instituțiile statului sau ONG-uri care susțin vaccinarea	„La nivel local nu, deci avem tot sprijinul de la doamna doctor și de la toți cei de la DSP și epidemiologie, oricând, aici nu este o problemă.” (MF 210) „Chiar au participat și mămici care nu făceau parte din lista mea, mai ales de un an și doi de când Organizația Salvați Copiii m-a contactat și am discutat despre vaccinare.” (MF 204)
Nevoi	Campanii mass-media și de informare	„O campanie mai intensă de informare, nu neapărat doar prin spoturi, le-am explicat, atâtea să fie și prin diverse flyere, bannere.” (MF 210) „Eu nu, la nivel local, dar la nivel național ar trebui să fie o campanie la televizor mult mai intensă.” (MF 207)
	Materiale informative	„Materiale informative ar fi utile. Scrise, planșe cu tot felul de informații ar fi bune.” (MF 210) „Da, materiale informative. Din când în când ne mai trimite de la epidemiologie, așa, dar foarte puține.” (MF 211)
	Creșterea participării la cursuri de comunicare medic-pacient	„Cursurile, atelierele de formare, atelierele de pregătire în vederea comunicării cu pacientul sunt din ce în ce mai frecvente, dar rămâne să vedem ce mecanisme găsim pentru a atrage cât mai mulți medici vaccinatori în acest proces.” (MF 203)
	Cadru legislativ mai strict	„Nu există cadrul legislativ [...] din punctul meu de vedere să dă prea multă libertate părinților în astfel de situații.” (MF 203)

Nevoia de asistență medicală comunitară	„Există o rețea bună în Sibiu, Mureș, Covasna, Harghita și să știți că rezultatele sunt pe toate planurile legate de sănătate mult mai bune. Ei și-au păstrat rețeaua.” (MF 203) „Dacă ar exista în fiecare sătuc un asistent medical comunitar sau măcar unul pe comună care să țină legătura cu medicul de familie [...] să sprijine mama și să se adreseze sau să acompanieze mama.” (MF 205) „Eu nu am timp sau nu cunosc zona. Sau nu cunosc unde se află pacientul în acel sat [...] Tocmai în ideea că nu reușeam să-i aducem, nu reușeam să-i prindem, avem nevoie de asistent.” (MF 208)
Reducerea birocrăției în raportarea vaccinurilor administrate	„Există sisteme pe care noi le plătim din banii cabinetului care fac această statistică automat [...] dar DSP-ul nu le primește pentru că nu sunt exact aceleași categorii de vârste pe care le dorește.” (MF 203)
Sprijin pentru transportul pacienților la cabinet	„Există mașina primăriei, există diverse microbuze cu care se pot face și de ce să nu facem? Ar fi util un astfel de instrument.” (MF 203) „Sunt copii și cazuri reale cu probleme și nu vin, că n-au transport, n-au mașină.” (MF 208)
Implicarea reprezentanților minorităților	„Să discute cu ei și ar putea să vină în comunitate la ei, acolo că v-am zis, ei au satele lor separate acolo. Dacă se duc și discută așa cum se duc în campanie electorală...” (MF 201)
Reintroducerea vaccinării în școli	„Era mult mai facil și mult mai simplu în campanii școlare să faci [...] de exemplu vaccinul de 14 ani, să îl realizezi la școală. Și cred că lucrurile astea au funcționat bine.” (MF 208)

4.3. Sinteza rezultatelor

Această analiză comparativă a rezultatelor indică câteva aspecte importante:

- Există o suprapunere semnificativă în identificarea barierelor în vaccinare, în special în ceea ce privește aspectele informaționale și atitudinale.
- Asistenții medicali comunitari și medicii au perspective similare asupra resurselor și nevoilor, dar asistenții pun mai mult accent pe nevoile de formare și resurse tehnice.
- Strategiile folosite sunt complementare, cu asistenții medicali comunitari concentrându-se mai mult pe relația cu comunitatea, în timp ce medicii au o abordare mai formală.

Tabelul 17. Sinteza rezultatelor și barierele identificate de către asistenți medicali comunitari și medici de familie împotriva vaccinării în mediul rural

Tip barieră	Asistenți medicali comunitari	Medici de familie
Atitudinale și comportamentale	• Reticența post-COVID19 • Refuzul categoric al unor comunități • Evitarea vaccinării • Frica de reacții adverse • Lipsa percepției privind gravitatea bolilor	• Reticența post-COVID19 • Refuzul categoric al unor comunități • Evitarea sau amânarea vaccinării • Refuz de administrare simultană a mai multor vaccinuri • Lipsa percepției privind gravitatea bolilor • Normele sociale și impactul negativ al comunității • Frica de reacții adverse
Socio-culturale	• Bariere culturale și lingvistice • Bariere religioase • Normele sociale și influența negativă a familiei/comunității • Mobilitatea ridicată a familiilor	• Bariere culturale (în special în comunitățile minoritare) • Bariere religioase • Mobilitatea ridicată a familiilor
Informaționale	• Impact mass-media negativ • Dezinformare pe rețelele sociale • Mituri despre vaccinare	• Impact mass-media negativ • Dezinformare pe rețelele sociale și internet • Mituri despre vaccinare
Sistemică/Administrative	• Lipsa carnetelor de vaccinare • Lipsa de timp • Lipsa resurselor materiale	• Birocrația excesivă • Lipsa consecințelor pentru nevaccinare • Desființarea vaccinării în școli • Lipsa transportului • Schimbarea frecvență a numerelor de telefon de către părinți

Tabelul 18. Sinteza resurselor și nevoilor identificate pentru a crește ratele de vaccinare în mediul rural din perspectiva asistenților medicali comunitari și a medicilor de familie

Tip resurse	Asistenți medicali comunitari	Medici de familie
Materiale informative	• Materiale de la DSP (pliante, broșuri) • Acces la multiplicare prin primărie (în unele cazuri)	• Materiale informative specifice (ex: pentru vaccinarea HPV) • Materiale educaționale
Resurse umane	• Sprijin din partea unor primării • Colaborare cu medici de familie (în unele cazuri)	• Personal medical de cabinet • Asistenți medicali comunitari (unde există)
Resurse logistice	• Spațiu în primărie pentru activități (în unele cazuri) • Transport (în unele cazuri)	• Aprovizionare bună cu vaccinuri prin DSP • Stimulente pentru părinți
Relații instituționale	• Colaborare cu DSP • Colaborare cu primăria	• Colaborare cu DSP • Colaborare cu ONG-uri • Relații cu instituțiile statului
Tip nevoi	• Asistenți medicali comunitari	• Medici de familie
Materiale	• Resurse tehnice (tablete) • Resurse pentru transport • Stimulente pentru pacienți	• Materiale informative actualizate • Planșe informative • Transport pentru pacienți
Formare	• Training-uri în domeniu • Cursuri de specializare	• Cursuri de comunicare medic-pacient
Instituționale	• Colaborare inter-instituțională formalizată • Echipă multidisciplinară	• Cadru legislativ mai strict • Reintroducerea vaccinării în școli • Implicarea AMC • Implicarea reprezentanților minorităților • Reducerea birocrăției în raportarea vaccinurilor administrate
Comunicare	• Materiale informative moderne (video-uri, pliante ilustrate)	• Campanii mass-media intensive • Materiale adaptate diferitelor comunități

Tabelul 19. Sinteza strategiilor de creștere a ratei de vaccinare în mediul rural din perspectiva asistenților medicali comunitari și a medicilor de familie

Tip strategie	Asistenți medicali comunitari	Medici de familie
Comunicare și relații	• Construirea unei relații de încredere • Pregătirea timpurie (din sarcină) • Contactări repetate • Abordare graduală	• Construirea unei relații de încredere • Pregătirea timpurie pentru vaccinare • Abordare graduală și repetitivă
Informare și educare	• Adaptarea comunicării la nivel de înțelegere • Exemplificarea beneficiilor • Adaptarea culturală a argumentelor	• Adaptarea comunicării pe înțelesul fiecăruia • Exemplificarea beneficiilor • Adaptarea culturală a argumentelor
Practice/Administrative	• Oferirea de alternative de transport • Abordarea etapizată a vaccinurilor • Sublinierea consecințelor practice	• Vizite la domiciliu • Refuz de a elibera scutiri • Eliminarea de pe lista de pacienți • Oferirea de stimulente părinților
Bazate pe exemple	• Folosirea experiențelor personale	• Folosirea exemplurilor din comunitate

5. RECOMANDĂRI

Pe baza rezultatelor studiului calitativ și a analizei literaturii de specialitate, propunem o serie de recomandări pentru creșterea ratelor de vaccinare în mediul rural din România. Aceste recomandări integrează trei perspective complementare:

- 1. Barierele, nevoile și strategiile de intervenție** identificate în Capitolul 3 prin interviurile cu medicii de familie și asistenții medicali comunitari care au în grijă sau în evidență peste 11.000 de copii din mediul rural. Studiul a evidențiat provocări multiple, de la comunicarea deficitară și lipsa informării proactive, până la bariere culturale și provocări sistemice.
- 2. Intervențiile dovedite eficiente** în creșterea ratelor de imunizare în mediul rural din țările din Europa de Est (descrise în Capitolul 1.6.1), precum vizitele la domiciliu, apelurile telefonice și mesajele text ale furnizorilor de servicii medicale, caravanele mobile de vaccinare și organizarea de zile de vaccinare în școli.
- 3. Intervențiile de tip „nudge”,** descrise în Capitolul 1.6.2, care s-au dovedit eficiente în literatura de specialitate pentru modificarea comportamentelor legate de vaccinare. Aceste intervenții subtile modifică arhitectura alegerii fără a elimina opțiuni și includ strategii precum schimbarea mesagerului, oferirea de stimulente, modificarea opțiunilor implicite sau folosirea normelor sociale.

Combinând aceste trei perspective, propunem un set comprehensiv de recomandări structurate pe mai multe niveluri de intervenție. Acestea sunt concepute pentru a aborda atât barierele imediate în calea vaccinării, cât și provocările sistemice mai largi, punând accent pe soluții practice și adaptabile la contextul local.

Tabelul 19. Recomandări integrate de intervenții pentru creșterea ratelor de vaccinare în mediul rural din România

Tipul de intervenție	Recomandări specifice
Informații accesibile și relevante	Pentru a adresa comunicarea deficitară și lipsa informării proactive: – Materiale informative (inclusiv sub formă video) adaptate cultural (focus pe consecințele bolilor care sunt de cel mai mare interes pentru părinți) și lingvistic, cu informații clare despre beneficiile și riscurile fiecărui vaccin – Comunicare proactivă din partea specialiștilor, cu timp dedicat pentru explicații – Comunicarea timpurie, pe perioada școlarizării și din timpul sarcinii – Abordarea graduală și repetitivă – Integrarea verificării statusului vaccinal la fiecare vizită medicală – Sistem standardizat de remindere personalizate prin SMS-uri/telefon pentru programări

Oferirea de stimulente	Pentru a adresa barierele logistice și de transport: - Vouchere pentru transport la cabinet sau asigurarea transportului prin primării - Pachete cu produse pentru copii (ex: scutece) la vaccinare - Siropuri și alte stimulente mici la cabinet
Invocarea normelor sociale	Pentru a adresa barierele culturale și neîncrederea în sistemul medical: - Implicarea liderilor comunitari și religioși - Propunerea unor „campioni ai vaccinării” din comunitate - Folosirea exemplelor pozitive din comunitate (inclusiv exemple personale ale asistenților comunitari și medicilor de familie) - Programe specifice pentru minorități cu mediatori sanitari
Schimbarea opțiunilor implicite	Pentru a adresa problema amânării continue a vaccinării: - Programare automată la vaccinare - Comunicare prezumtivă în relația medic-pacient - Verificare automată a statusului vaccinal la înscriere în școală/grădiniță
Schimbarea mesagerului	Pentru a adresa neîncrederea și barierele culturale: - Formarea AMC ca mesageri principali în comunitate - Implicarea medicilor specialiști (ex: ginecologi pentru HPV) sau a altor medici din afara comunității (pentru „a doua opinie”) - Utilizarea testimonialelor de la membrii comunității - Implicarea autorităților locale
Schimbarea modului de formulare	Pentru a adresa percepția scăzută a riscului și frica de reacții adverse: - Adresarea febrei ca reacție adversă frecventă la vaccin și descrierea modalităților de gestionare eficientă a acesteia - Accent pe beneficiile individuale ale vaccinării - Prezentarea consecințelor concrete ale bolilor prevenibile - Reformularea mesajelor pentru diferite grupuri culturale
Încurajarea afectului emoțional	Pentru a adresa frica și experiențele negative anterioare: - Utilizarea experiențelor personale (ale membrilor din comunitate, AMC și medici de familie) pozitive - Prezentări grafice despre protecția copiilor prin vaccinare - Povești reale din comunitate despre consecințele nevaccinării
Intervenții sistemice	Pentru a adresa provocările organizaționale și administrative: - Formalizarea colaborării medic-AMC prin protocoale clare care cuprind și problema vaccinării - Simplificarea sistemului de raportare a vaccinărilor - Training-uri în comunicare pentru personalul medical - Asigurarea resurselor tehnice (tablete) pentru AMC - Campanii mass-media intensive la nivel național - Dezvoltarea unei echipe multidisciplinare la nivel local care să promoveze vaccinarea copiilor - Reintroducerea vaccinării în școli

Implementarea acestor recomandări necesită o abordare integrată și coordonată la nivel național, regional și local, cu implicarea activă a tuturor actorilor relevanți: sistemul medical, autoritățile publice locale, organizațiile neguvernamentale și comunitățile. În contextul actual, marcat de o scădere îngrijorătoare a ratelor de vaccinare și de creșterea cazurilor de boli prevenibile prin vaccinare, este esențială o acțiune promptă și susținută. Succesul acestor intervenții depinde de capacitatea de a adapta strategiile la specificul local, de a construi încrederea în sistemul medical și de a asigura accesul echitabil la servicii de vaccinare pentru toate comunitățile, în special cele din mediul rural. Prin implementarea acestor recomandări, susținute de intervențiile de tip „nudge” și de o mai bună colaborare între toți actorii implicați, se poate realiza creșterea ratelor de vaccinare și, implicit, o mai bună protecție a sănătății copiilor din mediul rural împotriva bolilor prevenibile prin vaccinare.

6. LIMITĂRI ȘI DIRECȚII VIITOARE DE CERCETARE

Acest studiu prezintă câteva limitări care trebuie avute în vedere. O primă limitare se referă la lipsa părinților din lista de participanți a acestui studiu. Această limitare a fost determinată de reticența părinților de a participa la studiu, unii exprimând temeri că ar putea suferi consecințe negative (precum pierderea custodiei copiilor) dacă povestesc deschis despre refuzul lor de a vaccina. Lipsește astfel o perspectivă importantă, în special cea a minorităților și a părinților cu nivel scăzut de educație.

O a doua limitare importantă ține de absența unor actori cheie din comunitate, precum liderii religioși, ale căror perspective ar fi putut oferi o înțelegere mai nuanțată a barierelor în calea vaccinării. De asemenea, faptul că medicii de familie și AMC participanți provin din comune diferite limitează înțelegerea dinamicii locale și a modului în care aceștia colaborează la nivelul aceleiași comunități.

Pentru a adresa aceste limitări, cercetări viitoare ar putea: (1) explora modalități alternative de colectare a datelor, cum ar fi analiza discuțiilor și comentariilor părinților pe rețelele sociale, care ar oferi acces la un spectru mai larg de opinii și preocupări legate de vaccinare; (2) realiza studii de caz în comunități specifice, care să integreze perspectivele tuturor actorilor locali implicați în procesul de vaccinare (părinți, medici, AMC, autorități locale, lideri comunitari); și (3) dezvolta cercetări focalizate pe grupurile vulnerabile și minoritățile etnice, pentru a înțelege mai bine barierele specifice cu care acestea se confruntă.

7. REFERINȚE

- Ana-Maria Davitoiu (2021). *Review of the measles epidemic in children from Central Eastern Europe in the third millennium*. <https://www.spandidos-publications.com/10.3892/etm.2021.10248>
- About Pneumococcal Vaccines: For Providers | CDC. (2024). Retrieved December 12, 2024, from <https://www.cdc.gov/vaccines/vpd/pneumo/hcp/about-vaccine.html>
- Esposito, S., Rosafo, C., Partesotti, S., Fiore, M., Antodaro, F., Bergomi, A., Neglia, C., Argentiero, A., Principi, N., & Zona, S. (2023). Knowledge on Parental Hesitancy toward COVID-19 Vaccination of Children 5–11 Years Old. *Vaccines*, 11(3), 587. <https://doi.org/10.3390/VACCINES11030587/S1>
- Health at a Glance: Europe 2024. (2024). <https://doi.org/10.1787/B3704E14-EN>
- Introduction of PCV (Pneumococcal conjugate vaccine)*. (2024). Retrieved November 6, 2024, from [https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/introduction-of-pcv-\(pneumococcal-conjugate-vaccine\)](https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/introduction-of-pcv-(pneumococcal-conjugate-vaccine))
- Iova, C. F., Badau, D., Daina, L. G., Daina, M. D., & Șuteu, C. L. (2023). Evaluation of the Knowledge and Attitude of Adolescents Regarding the HPV Infection, HPV Vaccination and Cervical Cancer in a Region from the Northwest of Romania. *Patient Preference and Adherence*, 17, 2249–2262. <https://doi.org/10.2147/PPA.S421875>
- Iova, C. F., Daina, L. G., Daina, M. D., & Ghitea, T. C. (2024). The Effectiveness of Interventions Targeting Adolescents in HPV Vaccination—A Scoping Review. *Medicina* 2024, Vol. 60, Page 1550, 60(9), 1550. <https://doi.org/10.3390/MEDICINA60091550>
- Ilisiu, M. B., Hashim, D., Andreassen, T., Støer, N. C., Nicula, F., & Weiderpass, E. (2019). Hpv testing for cervical cancer in romania: High-risk hpv prevalence among ethnic subpopulations and regions. *Annals of Global Health*, 85(1). <https://doi.org/10.5334/AOGH.2502>
- Institutul Național de Sănătate Publică. (2024). <https://insp.gov.ro/wp-content/uploads/2024/04/Analiza-de-situatie-VACCINARE-2024.pdf>
- INFORMARE PRIVIND LISTA VACCINURILOR COMPENSATE PENTRU ADULȚI VALABILĂ CU DATA DE 01.12.2023. (2023). Retrieved December 12, 2024, from <https://www.casan.ro/casbv/post/type/local/informare-privind-lista-vaccinurilor-compensate-pentru-adulti-valabila-cu-data-de-01-12-2023.html>
- Kumar, D., Chandra, R., Mathur, M., Samdariya, S., & Kapoor, N. (2016). Vaccine hesitancy: Understanding better to address better. *Israel Journal of Health Policy Research*, 5(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/S13584-016-0062-Y/FIGURES/2>
- Ledderer, L., Kjær, M., Madsen, E. K., Busch, J., & Fage-Butler, A. (2020). Nudging in Public Health Lifestyle Interventions: A Systematic Literature Review and Metasynthesis. <https://doi.org/10.1177/1090198120931788>, 47(5), 749–764. <https://doi.org/10.1177/1090198120931788>

Liu, S., Durantini, M. R., Calabrese, C., Sanchez, F., & Albarracin, D. (2024). A systematic review and meta-analysis of strategies to promote vaccination uptake. *Nature Human Behaviour* 2024 8:9, 8(9), 1689–1705. <https://doi.org/10.1038/s41562-024-01940-6>

Manolescu, L. S. C., Zugravu, C., Zaharia, C. N., Dumitrescu, A. I., Prasacu, I., Radu, M. C., Letiția, G. D., Nita, I., Cristache, C. M., & Gales, L. N. (2022). Barriers and Facilitators of Romanian HPV (Human Papillomavirus) Vaccination. *Vaccines*, 10(10), 1722. <https://doi.org/10.3390/VACCINES10101722/S1>

Miko, D., Costache, C., Colosi, H. A., Neculicioiu, V., & Colosi, I. A. (2019). Qualitative Assessment of Vaccine Hesitancy in Romania. *Medicina* 2019, Vol. 55, Page 282, 55(6), 282. <https://doi.org/10.3390/MEDICINA55060282>

McEllistrem, M. C., Adams, J. M., Patel, K., Mendelsohn, A. B., Kaplan, S. L., Bradley, J. S., Schutze, G. E., Kim, K. S., Mason, E. O., & Wald, E. R. (2005). Acute otitis media due to penicillin-nonsusceptible *Streptococcus pneumoniae* before and after the introduction of the pneumococcal conjugate vaccine. *Clinical Infectious Diseases : An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 40(12), 1738–1744. <https://doi.org/10.1086/429908>

Möllenkamp, M., Zeppernick, M., & Schreyögg, J. (2019). The effectiveness of nudges in improving the self-management of patients with chronic diseases: A systematic literature review. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 123(12), 1199–1209. <https://doi.org/10.1016/J.HEALTHPOL.2019.09.008>

Nandi, A., & Shet, A. (2020). Why vaccines matter: understanding the broader health, economic, and child development benefits of routine vaccination. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 16(8), 1900–1904. <https://doi.org/10.1080/21645515.2019.1708669>

Norman, G., Kletter, M., & Dumville, J. (2024). Interventions to increase vaccination in vulnerable groups: rapid overview of reviews. *BMC Public Health*, 24(1), 1479. <https://doi.org/10.1186/S12889-024-18713-5>

Olson, O., Berry, C., & Kumar, N. (2020). Addressing Parental Vaccine Hesitancy towards Childhood Vaccines in the United States: A Systematic Literature Review of Communication Interventions and Strategies. *Vaccines* 2020, <https://doi.org/10.3390/VACCINES8040590>

Oligbu, G., Collins, S., Djennad, A., Sheppard, C. L., Fry, N. K., Andrews, N. J., Borrow, R., Ramsay, M. E., & Ladhani, S. N. (2019). Effect of Pneumococcal Conjugate Vaccines on Pneumococcal Meningitis, England and Wales, July 1, 2000–June 30, 2016 - Volume 25, Number 9—September 2019 - *Emerging Infectious Diseases journal - CDC*. *Emerging Infectious Diseases*, 25(9), 1708–1718. <https://doi.org/10.3201/EID2509.180747>

Pop, T. L., Burlea, M., Falup-Pecurariu, O., Borzan, C., Gabor-Harosa, F., Herdea, V., Pop, C. F., Rajka, D., Ognean, M. L., & Căinap, S. S. (2020). Overview of the pediatric healthcare system in Romania. *Turkish Archives of Pediatrics/Türk Pediatri Arşivi*, 55(Suppl 1), 69. <https://doi.org/10.14744/TURKPEDIATRIARS.2020.77775>

Paterson, P., Meurice, F., Stanberry, L. R., Glismann, S., Rosenthal, S. L., & Larson, H. J. (2016). Vaccine hesitancy and healthcare providers. *Vaccine*, 34(52), 6700–6706.

<https://doi.org/10.1016/J.VACCINE.2016.10.042>

Prezentare generală - Comisia Europeană. (2024). Retrieved December 11, 2024, from

https://health.ec.europa.eu/vaccination/overview_ro

Pluviano, S., Watt, C., & Della Sala, S. (2017). Misinformation lingers in memory: Failure of three pro-vaccination strategies. *PLOS ONE*, 12(7), e0181640.

<https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0181640>

Reñosa, M. D. C., Landicho, J., Wachinger, J., Dalglish, S. L., Bärnighausen, K., Bärnighausen, T., & McMahon, S. A. (2021). Nudging toward vaccination: a systematic review. *BMJ Global Health*, 6(9).

<https://doi.org/10.1136/BMJGH-2021-006237>

Serrano-Alarcón, M., Mckee, M., Palumbo, L., Salvi, C., Johansen, A., & Stuckler, D. (2024). How to increase COVID-19 vaccination among a population with persistently suboptimal vaccine uptake? Evidence from the North Macedonia mobile vaccination and public health advice caravan. *Health Policy*, 139, 104966. <https://doi.org/10.1016/J.HEALTHPOL.2023.104966>

Stanescu, A., Ruta, S. M., Cernescu, C., & Pistol, A. (2024). Suboptimal MMR Vaccination Coverages—A Constant Challenge for Measles Elimination in Romania. *Vaccines*, 12(1), 107.

<https://doi.org/10.3390/VACCINES12010107/S1>

Troeger, C., Blacker, B., Khalil, I. A., Rao, P. C., Cao, J., Zimsen, S. R. M., Albertson, S. B., Deshpande, A., Farag, T., Abebe, Z., Adetifa, I. M. O., Adhikari, T. B., Akibu, M., Al Lami, F. H., Al-Eyadhy, A., Alvis-Guzman, N., Amare, A. T., Amoako, Y. A., Antonio, C. A. T., ... Reiner, R. C. (2018). Estimates of the global, regional, and national morbidity, mortality, and aetiologies of lower respiratory infections in 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Infectious Diseases*, 18(11), 1191–1210.

[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(18\)30310-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(18)30310-4)

Vaccine hesitancy: A growing challenge for immunization programmes.

(2015). Retrieved December 11, 2024, from [https://www.who.int/news/](https://www.who.int/news/item/18-08-2015-vaccine-hesitancy-a-growing-challenge-for-immunization-programmes)

[item/18-08-2015-vaccine-hesitancy-a-growing-challenge-for-immunization-programmes](https://www.who.int/news/item/18-08-2015-vaccine-hesitancy-a-growing-challenge-for-immunization-programmes)

Vaccine Scheduler | ECDC. (2024). Retrieved December 12, 2024, from <https://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/Scheduler/ByCountry?SelectedCountryId=170&IncludeChildAgeGroup=true&IncludeAdultAgeGroup=false&SelectedVersionId=1161>

Immunization Agenda 2030: A Global Strategy To Leave No One Behind. (2020).

Retrieved December 12, 2024, from <https://www.who.int/publications/m/item/immunization-agenda-2030-a-global-strategy-to-leave-no-one-behind>



De 35 de ani, Salvați Copiii România inovează constant în beneficiul copiilor, dezvoltând programe sociale și politici publice care aduc un impact real și durabil. Misiunea principală a organizației este de a sprijini cei mai vulnerabili copii care trăiesc în România, prin intervenții directe și prin dialog continuu cu autoritățile publice, pentru a se asigura că interesul superior al copilului devine o prioritate absolută. Experiența extinsă la nivel național îi permite să funcționeze ca o punte între societate și instituțiile statului, monitorizând atent modul în care sunt respectate drepturile copilului. În același timp, Salvați Copiii stimulează solidaritatea în rândul companiilor și comunităților, generând inițiative care îi încurajează pe toți să se implice în conturarea unui viitor mai sigur și mai echitabil.

Ca membru Save the Children International – cea mai mare organizație independentă dedicată drepturilor copilului, cu 30 de membri și programe active în 108 țări – Salvați Copiii România contribuie la viziunea unei lumi în care orice copil să se poată bucura de dreptul la viață, educație, protecție și participare. De-a lungul acestor 35 de ani de activitate, organizația a reușit să implice peste 4.159.000 de copii în programe și campanii care au generat schimbări de profunzime în viața lor, demonstrând că, printr-o abordare responsabilă și creativă, un viitor mai bun pentru fiecare copil poate deveni o realitate.



Salvați Copiii
Save the Children Romania

Secretariatul General

Intr. Ștefan Furtună nr. 3, 010899

sector 1, București, România

telefon: +40 744 360 915

e-mail: secretariat@salvaticopiii.ro

website: www.salvaticopiii.ro