

Școala doctorală în domeniul Științe medicale

Cu titlu de manuscris

CZU: 615.371(478)(043.2)

MÎȚA, Valentin

**FENOMENUL DE EZITARE LA VACCINARE
ÎN REPUBLICA MOLDOVA**

331.03 MEDICINĂ SOCIALĂ ȘI MANAGEMENT

Teză de doctor în științe medicale

Chișinău, 2023

Teza a fost elaborată în cadrul Școlii de Management în Sănătate Publică, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”.

Conducător

Lozan Oleg,
doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar

Membrii comisiei de îndrumare:

Bîrcă Ludmila,
doctor în științe medicale, conferențiar universitar

Țurcan Laura,
doctor în științe medicale, medic epidemiolog

Paladi Adriana
doctor în științe filosofice, conferențiar universitar

Susținerea va avea loc la 31 ianuarie 2023, orele 14.00 în incinta USMF „Nicolae Testemițanu”, bd. Ștefan cel Mare și Sfânt, 165, biroul 205 în ședința Comisiei de susținere publică a tezei de doctorat, aprobată prin decizia Consiliului Științific al Consorțiului din 05 decembrie 2023 (*proces verbal nr. 25*).

Componența Comisiei de susținere publică a tezei de doctorat:

Președinte:

Cebanu Serghei,
dr. hab. șt. med., conf. univ.

Membrii:

Lozan Oleg,
dr. hab. șt. med., prof. univ.

Cazacu-Stratu Angela,
dr. șt. med., conf. univ.

Referenți oficiali:

Paraschiv Angela,
dr. hab. șt. med., conf. univ.

Bîrcă Ludmila,
dr. șt. med., conf. univ.

Franco Elisabetta,
PhD, Full Professor,
Università di Roma Tor Vergata

Autor

Mîța Valentin

CUPRINS

LISTA ABREVIERILOR	5
LISTA TABELELOR	6
LISTA FIGURILOR	7
 INTRODUCERE	
<i>Actualitatea și importanța problemei studiate.....</i>	10
 1. PRACTICI INTERNAȚIONALE ȘI NAȚIONALE CU PRIVIRE LA FENOMENUL DE EZITARE LA VACCINARE	
<i>1.1. Considerații generale</i>	18
<i>1.2. Concepte, teorii și abordări practice moderne</i>	21
<i>1.3. Progrese și noi perspective</i>	33
<i>1.4. Instrumente de măsurare a ezitării la vaccinare și caracteristicile scalei 5C</i>	34
<i>Sinteza la capitolul 1</i>	38
 2. MATERIAL ȘI METODE DE CERCETARE	
<i>2.1. Caracteristica generală și organizarea cercetării</i>	39
<i>2.2. Metodele de cercetare</i>	41
<i>2.3. Limitările studiului</i>	43
<i>Sinteza la capitolul 2</i>	44
 3. IDENTIFICAREA PARTICULARITĂȚILOR EZITĂRII LA VACCINARE ÎN CONTEXTUL NAȚIONAL ȘI VALIDAREA SCALEI 5C DE EVALUARE A DETERMINANȚILOR PSIHOSOCIALI AI EZITĂRII	
<i>3.1. Metodologia de adaptare și de validare a instrumentului de studiu</i>	46
<i>3.2. Caracteristica generală a studiului-pilot</i>	49
<i>3.3. Validarea scalei 5C a determinanților psihologici ai ezitării la vaccinare</i>	52
<i>3.4. Explorarea cantitativă a ezitării la vaccinare (studiu-pilot)</i>	62
<i>Sinteza la capitolul 3</i>	69
 4. IDENTIFICAREA CARACTERISTICELOR EZITĂRII LA VACCINARE LA LUCRĂTORII MEDICALI	
<i>4.1. Caracteristica generală și metodologia studiului</i>	71
<i>4.2. Explorarea și analiza determinanților ezitării la lucrătorii medicali</i>	72

<i>Sinteza la capitolul 4</i>	82
5. EVALUAREA DETERMINANȚILOR EZITĂRII LA VACCINARE LA PĂRINȚII COPIILOR CU VÂRSTA DE ≤18 ANI (STUDIU POPULAȚIONAL)	
<i>5.1. Caracteristica generală și metodologia studiului</i>	83
<i>5.2. Caracteristica generală a eșantionului: statutul demografic și socio-economic al respondenților</i>	90
<i>5.3. Evaluarea cantitativă a determinanților ezitării la vaccinare: prevalența factorilor de risc modificabili în rândul părinților/tutorilor de copii de vârstă preșcolară și școlară din Republica Moldova</i>	94
<i>Sinteza la capitolul 5.....</i>	113
CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI	114
BIBLIOGRAFIE	116
ANEXE	
Anexa 1. Determinanții ezitării la vaccinare: modelul canadian	124
Anexa 2. Modelul conceptual OMS EURO (COM-B) pentru determinarea utilizării, subutilizării și neutilizării serviciilor de vaccinare	125
Anexa 3. Chestionar pentru evaluarea ezitării la vaccinare la părinți (studiu-pilot)	126
Anexa 4. Chestionar pentru evaluarea ezitării la vaccinare la lucrătorii medicali	133
Anexa 5. Chestionar pentru evaluarea ezitării la vaccinare la părinți	139
Anexa 6. Ghidul de interviu cu părțile interesate (<i>stakeholders</i>)	145
INFORMAȚII PRIVIND VALORIFICAREA REZULTATELOR CERCETĂRII	
Lista publicațiilor și participările la forumuri științifice	146
Acte de implementare	150
Certificat de inovator	151
CURRICULUM VITAE	152
DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII	154

LISTA ABREVIERILOR

ANSP – Agenția Națională pentru Sănătate Publică

BPV – boli prevenibile prin vaccinare

DTP – vaccinul împotriva difteriei, tusei convulsive și tetanosului

DTP3 – acoperirea cu trei doze de vaccin împotriva difteriei, tusei convulsive și tetanosului

HPV – Virus Papiloma Uman (*Human Papilloma Virus*)

OMS – Organizația Mondială a Sănătății

PNI – Programul Național de Imunizare

ROR– vaccinul împotriva rujeolei, oreionului și rubeolei

SAGE – Grupul Consultativ Strategic de Experți în Imunizare al OMS (*Strategic Advisory Group of Experts on Immunization*)

SAGE WG – Grupul de lucru pentru ezitarea la vaccinare (*SAGE Working Group on Vaccine hesitancy*)

TIP – Programe de Imunizare Adaptate (*Tailoring Immunization Programmes*)

UE – Uniunea Europeană

USMF „Nicolae Testemițanu” – Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Modelul 5C – cinci factori determinanții ai ezitării la vaccinare („*Convingere*”, „*Confort*”, „*Constrângeri*”, „*Calcul*” și „*Responsabilitate Colectivă*”)

LISTA TABELELOR

Tabelul 3.1	Corelații dintre elementele scalei 5C și constructele pentru validare.
Tabelul 3.2	Corelații dintre elementele scalei 5C versus comportamentele precedente și intențiile referitoare la vaccinare.
Tabelul 3.3	Performanța scalei în prezicerea comportamentului pro vaccinare.
Tabelul 4.1	Distribuția comportamentelor precedente tipice pentru ezitare în rândul lucrătorilor medicali
Tabelul 5.1	Populația stabilă, la începutul anului 2019 pe Ani, Vârste, Medii și Sexe.
Tabelul 5.2	Distribuția copiilor pe tipologiile de instituții de învățământ în funcție de categoria de vârstă și Regiunile de Dezvoltare (RDD).
Tabelul 5.3	Stratificarea eșantionului de sondaj.
Tabelul 5.4	Numărul de chestionare preconizate pentru realizarea studiului în funcție de zona geografică și categoria de vârstă.
Tabelul 5.5	Distribuția respondenților pe grupe de vârstă și gen.
Tabelul 5.6	Distribuția precedentelor tipice pentru ezitare în populația studiată.
Tabelul 5.7	Distribuția scorurilor obținute pentru subscala <i>Convingere</i> .
Tabelul 5.8	Distribuția scorurilor obținute pentru subscala <i>Confort</i> .
Tabelul 5.9	Distribuția scorurilor obținute pentru subscala <i>Constrângeri</i> .
Tabelul 5.10	Distribuția scorurilor obținute pentru subscala <i>Calcul</i> .
Tabelul 5.11	Distribuția scorurilor obținute pentru subscala <i>Responsabilitate colectivă</i> .
Tabelul 5.12	Distribuția scorurilor obținute pentru intențiile pe viitor cu privire la vaccinările recomandate pentru adulți și copii.

LISTA FIGURILOR

- Figura 1.1** Atitudini și comportamente tipice referitor la vaccinare.
- Figura 1.2** Determinanții ezitării la vaccinare: modelul canadian
- Figura 1.3** Modelul conceptual OMS EURO (COM-B) pentru determinarea utilizării, subutilizării și neutilizării serviciilor de vaccinare.
- Figura 1.4** Modelul SAGE al determinanților ezitării la vaccinare.
- Figura 1.5** Modelul „3C” al ezitării la vaccinare (SAGE)
- Figura 1.6** Suprapunerea și interacțiunea dintre factorii care promovează ezitarea la vaccinare.
- Figura 2.1** Domenii explorate în cadrul cercetării.
- Figura 2.2** Etapele conceptuale de realizare a cercetării.
- Figura 3.1** Structura eșantionului în funcție de gen și pe grupuri de vârstă.
- Figura 3.2** Structura eșantionului în funcție de mediul de trai și zona geografică.
- Figura 3.3** Structura eșantionului în funcție de gradul de școlarizare și tipul de studii finalizate.
- Figura 3.4** Structura eșantionului în funcție de statutul ocupațional și venitul mediu per familie.
- Figura 3.5** Distribuția participanților la studiu în funcție de numărul de copii în familie și categoria de vârstă pentru copilul mai mic.
- Figura 3.6** Ponderea lucrătorilor din instituțiile medicale și distribuția lor pe categorii.
- Figura 3.7** Distribuția părerilor participanților în funcție de elementele subscalei *Convingere*.
- Figura 3.8** Distribuția părerilor participanților în funcție de elementele subscalei *Confort*.
- Figura 3.9** Distribuția părerilor participanților în funcție de elementele subscalei *Constrângeri*.
- Figura 3.10** Distribuția părerilor participanților în funcție de elementele subscalei *Calcul*.
- Figura 3.11** Distribuția părerilor participanților în funcție de elementele subscalei *Responsabilitate colectivă*.

- Figura 3.12** Distribuția intențiilor pe viitor a participanților cu privire la vaccinările proprii și/sau a copiilor.
- Figura 4.1** Structura eșantionului în funcție de gen și categoriile de vârstă.
- Figura 4.2** Structura eșantionului în funcție de mediu de trai și zonă geografică.
- Figura 4.3** Structura eșantionului în funcție de după tipul de studii finalizate.
- Figura 4.4** Structura eșantionului în funcție de în funcție de venitul mediu per familie.
- Figura 4.5** Structura eșantionului în funcție de numărul de copii în familie.
- Figura 4.6** Structura eșantionului pe categorii profesionale.
- Figura 4.7** Structura eșantionului în funcție de tipul instituției unde activează.
- Figura 4.8** Distribuția respondenților în funcție de comportamentele precedente, tipice pentru ezitare la vaccinarea copiilor.
- Figura 4.9** Distribuția respondenților în funcție de comportamentele tipice pentru ezitare la vaccinarea proprie, manifestate în trecut.
- Figura 4.10** Distribuția părerilor participanților în funcție de elementele subscalei *Convingere*.
- Figura 4.11** Distribuția părerilor participanților în funcție de elementele subscalei *Confort*
- Figura 4.12** Distribuția părerilor participanților în funcție de elementele subscalei *Constrângeri*.
- Figura 4.13** Distribuția părerilor participanților în funcție de elementele subscalei *Calcul*.
- Figura 4.14** Distribuția părerilor participanților în funcție de elementele subscalei *Responsabilitate colectivă*.
- Figura 4.15** Distribuția intențiilor pe viitor cu privire la acceptarea vaccinărilor pentru copiii lor, pentru ei înșiși sau recomandarea vaccinărilor pentru pacienți.
- Figura 5.1** Structura eșantionului în funcție de zona și mediul de trai.
- Figura 5.2** Structura eșantionului în funcție de statutul ocupațional.
- Figura 5.3** Structura eșantionului în funcție de apartenență la categoria lucrătorilor din instituții medicale și structura internă a subgrupului.
- Figura 5.4** Structura eșantionului în funcție de numărul de copii în familie.

- Figura 5.5** Distribuția respondenților în funcție de comportamentele tipice pentru ezitare la vaccinarea copiilor, manifestate în trecut.
- Figura 5.6** Distribuția respondenților în funcție de comportamentele precedente, tipice pentru ezitare la vaccinarea copiilor.
- Figura 5.7** Motivele din care părinții au manifestat comportamente tipice de ezitare la vaccinările proprii sau pentru copiii lor.
- Figura 5.8** Sursele de informare cu privire la vaccinări, preferate de părinții intervievați (răspuns multiplu).
- Figura 5.9** Gradul de manifestare a ezitării la vaccinare determinat prin prisma elementelor Scalei 5C (recodificate).

INTRODUCERE

Actualitatea și importanța problemei abordate

Vaccinurile sunt considerate una dintre cele mai importante realizări ale medicinei moderne. La nivel mondial, în fiecare an vaccinările previn până la trei milioane de decese [1]. Datorită programelor de imunizare populația mai multor țări se bucură de cele mai înalte niveluri de speranță de viață, au fost luate sub control unele boli grave care în trecut au cauzat milioane de cazuri de decese și de dizabilități. Mulți din cei care astăzi sunt părinți au crescut fără conștientizarea riscurilor asociate cu bolile prevenibile prin vaccinare și a beneficiilor aduse de imunizări la nivel individual și de comunitate. În schimb generațiile anterioare, au înțeles bine valoarea vaccinurilor, deoarece au trăit o experiență directă sau indirectă a daunelor cauzate de aceste boli [2].

Beneficiile care rezultă din vaccinări nu se limitează numai la îmbunătățirea tablourilor clinice sau epidemiologice, cum ar fi prevenirea bolilor și a consecințelor acestora, inclusiv consecințele economice aferente. Aceste beneficii sunt, de asemenea, capabile să promoveze creșterea economică a țărilor și să reducă sărăcia [3-7].

Valoarea economică a vaccinărilor, pe lângă valoarea științifică, este un aspect care ar trebui să favorizeze folosirea lor pe larg. Din această perspectivă, vaccinările reprezintă o investiție pentru sistemele de sănătate, rezultând economii directe și indirecte de costuri prin reducerea bolilor care pot fi prevenite prin vaccinare, care într-o viziune pe termen mediu și lung favorizează sustenabilitatea sistemelor de sănătate și economice ale unei țări. Vaccinările ocupă unul dintre cele mai înalte locuri din clasificarea tehnologiilor din domeniul ocrotirii sănătății în funcție de costul pentru anii de viață câștigați și a cazurilor de boli evitate. Cheltuielile susținute pentru vaccinuri sunt una dintre cele mai bune și mai profitabile modalități (pentru sistemul de sănătate și, în general, pentru întreaga societate) de a investi resursele limitate disponibile [8-10]

Pe lângă valoarea clinico-epidemiologică și economică, vaccinările au și o valoare socială. Fenomenul de protecție comunitară, care poate fi obținut în urma realizării unei acoperiri imune ridicate la populația țintă, cunoscute sub denumirea de imunitate colectivă (*herd immunity*), a reprezentat întotdeauna o plusvaloare a vaccinării la nivel populațional [11]. Tot din acest motiv, beneficiile vaccinării trebuie garantate într-un mod echitabil, fără disparități pentru întreaga populație. Valoarea socială a vaccinărilor se reflectă atât asupra individului, cât și a comunității. Impactul asupra sănătății populației este, prin urmare, semnificativ în ceea ce privește limitarea daunelor cauzate de boală sau a complicațiilor acesteia (morbiditate, mortalitate, utilizarea tratamentului medical, spitalizări) și reducerea costurilor directe și indirecte. Costurile susținute în urma bolilor, invalidității și deceselor premature reprezintă obstacole enorme în dezvoltarea și

bunăstarea societății. Pentru prevenirea și controlul bolilor prevenibile prin vaccinare este necesară o abordare globală: lupta Organizației Mondiale a Sănătății pentru eliminarea sau controlul bolilor infecțioase se desfășoară adesea pe baza strategiilor globale de vaccinare. Aceste strategii necesită eliminarea tuturor formelor de bariere ideologice și politice, dar și a obstacolelor economice și culturale, în favoarea unei abordări colective și globale în protecția sănătății populației [3-7].

Totuși, în ultimele decenii, în pofida creșterii disponibilității vaccinurilor, o bună parte a populației nu se vaccinează și nu își vaccinează copiii din motive ce nu țin de contraindicații medicale [12]. Acoperirea suboptimală cu vaccinări reprezintă în ziua de astăzi o amenințare continuă cu boli și cu decese prevenibile prin vaccinare și un obstacol în progresul spre eliminarea acestora. Reapariția de recent a bolilor prevenibile prin vaccinare confirmă necesitatea menținerii imunității populației la niveluri înalte [13-16].

Așadar, vaccinările au devenit victimă a propriului succes: nu se mai recunoaște faptul că starea de sănătate a populației s-a îmbunătățit semnificativ, că mortalitatea, în special în primii ani de viață, și complicațiile invalidante ale multor boli s-au redus drastic. Lipsa de conștientizare generează confuzie până la punctul de a considera în mod eronat că vaccinările sunt cauza unor boli [17].

Aceste considerații sunt susținute de date îngrijorătoare despre situația vaccinărilor în diferite țări, inclusiv în Republica Moldova. Conform datelor Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), în 2017 la nivel global au fost sub-vaccinați 19,9 milioane de copii. În 11 țări europene, unde vaccinările se bucurau de rate înalte de succes, acoperirea cu DTP3 s-a coborât sub pragul de 90%, atingând niveluri critice [18]. Ca rezultat, în două din cele șase regiuni ale OMS s-au înregistrat focare de difterie, cinci regiuni au fost afectate, o regiune (AMRO) și-a pierdut statutul „liberă de rujeolă”. Cu un an mai târziu, în 2018, rujeola a fost declarată endemică în toate regiunile OMS.

Epidemiile apărute în America de Nord și Europa Occidentală subliniază faptul că aceste boli se pot răspândi cu ușurință chiar și în țările cu sisteme de sănătate mature, care raportează o acoperire cu vaccinări bună la nivel național, dovedind prezența unor lacune în imunizări și evidențiind necesitatea asigurării unei acoperiri ridicate cu vaccinări la nivel subnațional, în special în rândul populațiilor vulnerabile [19].

Unul dintre principalii factori care contribuie la acest declin este ezitarea la vaccinare – un concept relativ nou, dezvoltat în 2014 de Grupul Consultativ Strategic de Experți în imunizări al OMS (WHO SAGE) ca răspuns la conștientizarea diminuării încrederii globale în vaccinuri și în vaccinări. Fenomenul, definit în engleză ca *Vaccine Hesitancy* [20-22], iar în română – ca

dezacord cu oferta completă de vaccinare sau „ezitare la vaccinare” (întârziere în acceptarea sau refuzul vaccinării, în ciuda disponibilității serviciilor de vaccinare; noțiunea include elemente precum incertitudinea și indecizia, întârzierea și reticența), este complex și în creștere continuă. Ezitarea la vaccinare este un fenomen comportamental specific contextului, a cărui intensitate variază între acceptarea indiscutabilă și refuzul complet al vaccinărilor din motive cum ar fi frica de efecte secundare, percepția unor opinii contradictorii cu privire la oportunitatea vaccinării – chiar și în rândul medicilor și profesioniștilor din domeniul sănătății – și o difidență generală, care se corelează direct cu exercițiul prioritar al libertății de alegere, dictat de opinii personale sau ideologice[23]. O interpretare eronată foarte des întâlnită derivă din convingerea că ezitarea la vaccinare poate proveni, în principal, din lipsa de cunoștințe specifice referitor la problemă. În consecință, majoritatea eforturilor au fost direcționate pentru a îmbunătăți acest decalaj cultural ipotetic cu noțiuni tehnice și cu o abordare unidirecțională [24].

Din 2014, numărul țărilor care au raportat date privind ezitarea la vaccinare a crescut constant, ajungând în 2017 la 83%, în timp ce numărul țărilor care efectuează o evaluare periodică a ezitării a crescut la 37%. Faptul că doar șapte țări au raportat lipsa completă a ezitării este o dovadă că problema a devenit o provocare cu adevărat globală [25].

În 2018, Organizația Mondială a Sănătății a declarat ezitarea la vaccinare ca una din cele mai importante amenințări pentru sănătatea globală, având o legătură directă cu altele două – gripa și rezistența antimicrobiană [26]. Pentru a acoperi decalajul creat, mai multe țări au adoptat, au consolidat sau au luat în considerare imunizarea obligatorie și/sau recomandată a copiilor.

În pofida priorității maxime acordate bolilor prevenibile prin vaccinare în Programul Național de Imunizare (PNI), Republica Moldova, ca și multe alte țări, se confruntă cu provocări majore în asigurarea unei protecții adecvate a populației. În ultimii 15 ani se observă o tendință alarmantă de neatingere a ratelor-țintă prevăzute în PNI, cu scăderea treptată a acoperirii cu vaccinări sub nivelul critic de siguranță. Conform rapoartelor anuale ale Agenției Naționale pentru Sănătate Publică (ANSP), acoperirea cu imunizări pentru vaccinul ROR la copiii cu vârsta de 12 luni a scăzut de la 97% în 2006 la 87% în 2017. În 2019, media națională pentru acoperirea ROR a fost de 88%, cu un nivel mai scăzut în zonele urbane (83%) comparativ cu zonele rurale (90%), unele regiuni având o acoperire deosebit de scăzută.

În 2022, cuprinderea cu vaccinări a copiilor cu vârsta de 1 an în teritoriile din dreapta Nistrului a variat între 68,6% (anti-Rotavirus) și 87,6% (VPO), iar în teritoriile de Est al țării – între 72,5% (tusea convulsivă) și 74,3% (ROR), iar pentru celelalte imunizări prevăzute în Calendar (cu excepția vaccinului BCG) nu a fost atins pragul de 90%. În teritoriile din regiunea transnistreană nu s-au efectuat vaccinări anti-Rotavirus și a fetelor contra HPV.

De mai mulți ani, în aceste rapoarte se menționează că nivelul insuficient al cuprinderii cu vaccinări la nivel național este determinat de refuzul de la vaccinări a unor grupuri de populație sub influența propagandei antivaccinale, de nivelul scăzut de cunoștințe la lucrători medicali privind contraindicațiile către vaccinare și de capacitățile lor insuficiente de comunicare cu părinții în ce privește consilierea vaccinală. De asemenea, o influență negativă asupra cuprinderii cu vaccinările de rutină, inclusiv a populației adulte, l-a avut pandemia Covid-19 și restricțiile impuse în legătură cu aceasta [27].

Scăderea progresivă a ratelor de acoperire cu imunizări și influența pandemiei Covid-19 a fost observată și în alte țări ale lumii. Studii recente relatează că pandemia a readus în atenția publicului importanța atât a vaccinării împotriva COVID-19, cât și a vaccinărilor de rutină [28-33]. Spre exemplu, în perioada martie-mai 2020, în Statele Unite ratele vaccinărilor de rutină a copiilor cu vârsta de până la un an au fost cu 18 % mai mici, comparativ cu anul precedent [34], iar lansarea ulterioară a vaccinării împotriva COVID-19 a condus la schimbări în atitudinile față de alte vaccinuri. Mai mult, studii ulterioare au arătat că direcția acestor schimbări a fost variabilă. Opel și colab. au constatat că atitudinile negative față de vaccinurile pediatrice au fost cu mult mai pronunțate înainte de pandemie, decât în perioada imediată de după debut [35], pe când He et al. au ajuns la concluzia că ezitarea la vaccinare la părinți a crescut într-o măsură mică, dar semnificativă, în timpul pandemiei de COVID-19 [36]. Conform unor autori, discrepanțele în ce privește direcția și/sau intensitatea schimbărilor în atitudinea părinților ar putea fi condiționate de diferite experiențe pe care persoanele le-au avut în legătură cu boala COVID-19 și/sau cu vaccinarea împotriva acesteia, dar și de unele norme sociale și subiective, care pot să contribuie la crearea unor focare localizate din punct de vedere geografic de persoane ezitante [37-40]. Rezultate asemănătoare au fost obținute de Lopes et al., care au dovedit persoanele care nu au acceptat vaccinarea împotriva COVID-19 sunt mai predispuși să creadă că riscurile comportate de vaccinările împotriva rujeolei, oreionului și rubeolei (ROR) depășesc beneficiile [41]. De asemenea, au fost stabilite corelații dintre atitudinile către vaccinările pediatrice și experiențele personale în ce privește COVID-19 (cum ar fi gravitatea bolii sau spitalizarea) [42] sau experiențele din colectivitate cu privire la vaccinarea împotriva COVID-19.

Prezența acestor corelații poate fi explicată prin Teoria Comportamentului Planificat (*Theory of Planned Behavior*), conform căreia comportamentele referitoare la sănătate, așa cum este vaccinarea, sunt condiționate de unele norme subiective sau sociale care sunt considerate predictorii importanți pentru convingerile părinților cu privire la vaccinarea copiilor [43-46].

În Republica Moldova, fenomenul de ezitare la vaccinare este puțin cunoscut, iar măsurile întreprinse pentru menținerea ratelor de acoperire vaccinală la niveluri înalte deseori necesită soluționări extreme, cum ar fi introducerea obligativității.

Luând în considerare potențialul enorm pe care îl are ezitarea la vaccinare în compromiterea rapidă a păturii imune a populației, OMS recomandă ca fiecare țară să dezvolte strategii de gestionare a acestui fenomen comportamental. Acestea trebuie să includă:

- consolidarea încrederii și prevenirea activă a fenomenului;
- evaluarea continuă calitativă și cantitativă a ezitării la vaccinare și a problemelor legate de vaccinare la nivel național;
- elaborarea unor strategii țintite care ar spori acceptarea vaccinărilor în rândul populației;
- planificarea măsurilor de intervenție în situații de criză.

Începând cu 2013 OMS a propus mai multe soluții în suportul țărilor care încearcă să contracareze problema ezitării la vaccinare. Una din soluții a fost Ghidul de adaptare a programelor de imunizare (*TIP – Tailoring Immunization Programmes*) [47], al cărui mod de abordare se bazează pe evaluarea perspectivelor comportamentale și sugerează un proces structurat pentru a obține informații despre barierele și factorii favorizanți referitori la vaccinare, care la rândul lor, determină alegerea și proiectarea intervențiilor adecvate.

Prezenta cercetare urmărește principiile acestei abordări, având în comun modelul și cadrul teoretic bazat pe cunoștințe preluate din științele comportamentale și adaptate la ezitarea la vaccinare (modelul COM-B):

- evaluează determinanții psihologici ai ezitării la vaccinare în relație cu comportamentele din trecut și intențiile pentru viitor;
- identifică subgrupurile populației vizate pentru intervenții specifice;
- furnizează dovezi științifice utile pentru proiectarea unor intervenții țintite.

Scopul cercetării

Argumentarea științifică a dezvoltării instrumentului de evaluare și de monitorizare a ezitării la vaccinare și aplicarea lui la nivel specific și populațional pentru elaborarea unui set de recomandări bazate pe dovezi cu privire la contracararea fenomenului studiat în context național.

Obiectivele cercetării

1. Analiza practicilor internaționale contemporane privind factorii determinanți ai ezitării la vaccinare și abordarea acestora prin metode științifice bazate pe dovezi.

2. Dezvoltarea și testarea instrumentului de diagnostic și monitorizare a ezitării la vaccinare adaptat la condițiile Republicii Moldova prin explorarea calitativă și cantitativă a fenomenului studiat.
3. Identificarea particularităților ezitării la vaccinare în rândul medicilor și lucrătorilor medicali cu studii medii.
4. Repurtarea datelor bazate pe dovezi privind fenomenul de ezitare și factorii săi determinanți în context populațional.
5. Elaborarea recomandărilor pentru proiectarea intervențiilor specifice cu privire la contracararea fenomenului de ezitare la vaccinare.

Noutatea și originalitatea științifică

În abordarea ezitării la vaccinare ca fenomen comportamental este crucială studierea particularităților și a factorilor determinanți prin metode care respectă rigorile și principiile cercetării științifice.

Prezenta cercetare, una de pionierat în Republica Moldova pe problema dată, evaluează ezitarea la vaccinare în context autohton cu un instrument standardizat, urmând fazele și principiile abordărilor moderne propuse de Grupul Consultativ Strategic de Experți în Imunizare al Organizației Mondiale a Sănătății (SAGE): evaluarea determinanților ezitării în relație cu comportamentele din trecut și intențiile pentru viitor, identificarea subgrupurilor populației vizate pentru intervenții specifice și proiectarea intervențiilor bazate pe dovezi.

Scala 5C de măsurare a antecedentelor (non) vaccinării extinde sfera evaluărilor calitative realizate până în prezent și asigură o conceptualizare teoretică mai largă a ezitării la vaccinare. Spre deosebire de alte măsuri existente, aceasta depășește captarea doar a încrederii și poate fi folosită ca instrument standardizat pentru diagnostic și pentru a sprijini proiectarea și evaluarea intervențiilor necesare.

Semnificația teoretică și valoarea aplicativă a lucrării

Supravegherea sistematică continuă a factorilor de risc comportamentali prin colectarea datelor autoraportate prin interviuare, ca componentă a sistemului mai larg de supraveghere și de control al bolilor prevenibile prin vaccinare, poate oferi informații utile pentru părțile interesate, implicate în acțiunile de răspuns: factori de decizie la nivel central și local, specialiști în sănătate publică, lucrători medicali, specialiști în comunicare, lideri și influenceri din comunități etc.

Rezultatele obținute în cadrul cercetării reprezintă dovezi științifice ce pot fi utile în elaborarea politicilor și strategiilor de prevenire și de control al bolilor prevenibile prin vaccinare,

facilitând identificarea priorităților și optimizarea intervențiilor întreprinse pentru prevenția primordială și primară a acestui grup de boli.

Evaluarea determinantilor psihosociali ai ezitării la vaccinare oferă o soluție inovativă pentru Republica Moldova și facilitează capacitățile de identificare a discrepanțelor locale și a subgrupurilor populației vizate pentru intervenții specifice, compararea datelor din teritorii și trasarea tendințelor în timp cu crearea unor condiții pentru proiectarea și ajustarea unor intervenții bazate pe dovezi.

Începând cu această cercetare, aplicarea periodică a unui instrument de diagnostic standardizat va contribui la obținerea informațiilor actualizate pentru determinarea și prioritizarea intervențiilor țintite și la monitorizarea în dinamică a eficacității măsurilor întreprinse.

De asemenea, cunoștințele obținute largesc orizontul de cercetare în acest domeniu și vor putea fi aplicate în procesul de instruire a specialiștilor în sănătate publică și a cadrelor medicale, precum și în activitatea științifică a cadrelor didactice din țară, constituind un suport științifico-metodologic pentru optimizarea supravegherii continue standardizate a factorilor de risc comportamentali care conduc la ezitare la vaccinare.

Teza a fost examinată și aprobată la:

- Ședința Școlii de Management în Sănătate Publică (proces verbal nr. 7 din 21.04.2020);
- Comitetul de Etică a Cercetării (Aviz favorabil nr. 6 din 14.10.2021);
- Seminarul științific de profil 331 SĂNĂTATE PUBLICĂ, specialitățile: 331.03 Medicină socială și management; 331.04 Modul sănătos de viață din 10.11.2021;
- Ședința Consiliului Științific de Consorțiu (proces verbal nr. 1/4.14 din 02.12 2021)

Publicațiile la tema tezei. La subiectul cercetării au fost publicate 11 lucrări științifice, inclusiv șase articole și cinci teze, două publicații naționale și nouă internaționale, trei cu factor de impact, au fost obținute trei acte de implementare și un certificat de inovator.

Volumul și structura tezei. Rezultatele cercetării au fost expuse pe 115 pagini de text de bază și conține introducere, cinci capitole, concluzii și recomandări. Lucrarea conține 12 tabele, 44 de figuri și cinci anexe.

Cuvintele cheie: *imunizări, ezitare la vaccinare, supraveghere, scala 5C, determinanți psihosociali, convingere, confort, constrângeri, calcul, responsabilitate colectivă.*

Sumarul compartimentelor tezei

În *Introducere* este evocată actualitatea și importanța problemei științifice abordate, scopul, obiectivele, metodologia cercetării, noutatea științifică, direcțiile noi de cercetare în știință și în practică, problema soluționată.

Capitolul 1 reprezintă o sinteză a informației din literatura de specialitate care totalizează viziunea complexă privind situația prin ezitarea la vaccinare din lume. Din literatura analizată au fost identificate definiții moderne ale fenomenului, spectrul de manifestare, nivelul de răspândire, particularitățile epidemiologice și factorii determinanți care contribuie la dezvoltarea și la răspândirea acestui fenomen comportamental în rândul populației. De asemenea, sunt descrise principalele repere existente în domeniul de cercetare la nivel național, european și mondial, precum și suporturile metodologice de abordare propuse de comunitatea academică și organizațiile internaționale din domeniul sănătății publice.

Capitolul 2 reflectă designul general al cercetării pe etape, care urmăresc direcțiile stipulate de obiectivele trasate pentru realizarea scopului stabilit. Pe lângă prezentarea generală a metodologiei este dată o caracteristică a eșantionului de studiu, metodele de colectare a datelor, volumul analizei datelor primare și metodele statistice utilizate.

În *Capitolul 3* sunt expuse rezultatele proprii referitor la adaptarea și validarea scalei 5C cu determinarea prin analiza de regresie a predictorilor potențiali ai comportamentelor relative la vaccinare și a sondajului-pilot realizat cu scopul testării în teren a instrumentului nou creat și explorării cognitive a fenomenului studiat sub aspectele de la baza cercetării.

Capitolul 4 conține rezultatele sondajului realizat cu scopul identificării caracteristicilor ezitării la vaccinare ale lucrătorilor medicali.

În *Capitolul 5* sunt prezentate rezultatele studiului populațional de tip transversal cu privire la evaluarea determinantilor ezitării la vaccinare la părinții copiilor cu vârsta de până la 18 ani.

Pe baza datelor obținute în cadrul cercetării au fost formulate concluzii generale și recomandări practice.

1. PRACTICI INTERNAȚIONALE ȘI NAȚIONALE CU PRIVIRE LA FENOMENUL DE EZITARE LA VACCINARE

Considerații generale

Vaccinarea este considerată una dintre cele mai importante realizări ale sănătății publice din secolul XX [48]. Începând cu primele tentative contra variolei (Jenner, 1796), utilizarea pe scară largă a vaccinurilor a comportat progrese considerabile în reducerea morbidității și a mortalității prin mai multe patologii. Succesul programelor de imunizare este unul dintre motivele pentru care multe țări din Regiunea Europeană a Organizației Mondiale a Sănătății se bucură astăzi de cele mai înalte niveluri de speranță de viață din lume. Cu toate acestea, acoperirea suboptimală cu vaccinări, adesea în grupuri de populație specifice, reprezintă o amenințare continuă de reîntoarcere a unor boli și de decese prevenibile prin vaccinare și subminarea deceniilor de progres în realizarea Obiectivelor de Dezvoltare ale Mileniului și a Planului Global de Acțiune privind Vaccinurile (2011-2020) [49]. Evenimente recente au demonstrat în mod elocvent rolul și potențialul ezitării la vaccinare în precipitarea situației cu rujeola (Italia, România, Ucraina, etc.), continuarea boicotării vaccinărilor în Nigeria unde exista un risc crescut de transmitere a virusului poliomieltic sălbatic, frânarea eforturilor de eliminare a poliomielitei în India [50-52] etc.

Scopul programelor de prevenire vaccinală este controlul, eliminarea și eradicarea (dacă este posibil) unor boli infecțioase, care pot provoca complicații grave și pentru care nu există o terapie eficientă, prin conferirea unui statut sănătos (imun) subiecților expuși riscului de contractare a acestor patologii datorită unor condiții epidemiologice, clinice, ocupaționale sau comportamentale [53].

În mod paradoxal, concomitent cu intensificarea utilizării și creșterea popularității vaccinurilor au evoluat și aspecte ca reducerea drastică a percepției gravității bolilor prevenite și unele probleme legate de acceptarea vaccinurilor cum ar fi scepticismul și preocupările cu privire la reglementarea și siguranța utilizării lor. În multe țări, aceste preocupări sunt prezente doar la o mică parte a populației și nu au dus neapărat la refuzul sau la reducerea semnificativă a utilizării vaccinurilor [54].

Totuși, în ultimele decenii a crescut considerabil numărul solicitărilor de scheme alternative de imunizare [55, 56], a amânărilor, a refuzului parțial sau total al vaccinărilor. Diverse studii arată că unele persoane deja vaccinate, precum părinții, femeile gravide, persoanele cu sistemul imunitar compromis și alte grupuri populaționale vizate de vaccinare, deseori exprimă dubii, aprehensiuni sau anxietăți legate de riscul efectelor secundare postvaccinale, de siguranța

ingredientelor și a adjuvanților folosiți care, la rândul lor, sunt fortificate de incomprehensiunea riscului expunerii la bolile prevenite de aceste vaccinuri [57-63].

De asemenea, dezvoltarea continuă a mijloacelor moderne de comunicare și facilitatea cu care se pot obține informațiile în cantități impresionante, dar deseori necalitative și/sau contrastante, amplifică răspândirea scepticismului față de vaccinări în populație, inclusiv și printre lucrătorii medicali, care ar trebui (în teorie) teoretic să reprezinte avangarda celor mai devotați susținători ai unei intervenții de sănătate publică atât de importantă, sigură și cost-eficientă.

Politizarea recomandărilor și deciziilor de vaccinare, mișcările populiste anti-establishment, precum și interesele comerciale ale industriei farmaceutice, au agravat și mai mult situația în unele țări, evidențiind astfel necesitatea de contrastare a dezinformării și a mișcărilor antivaccin cu strategii moderne de comunicare [64]. Alți factori, cum ar fi lipsa suportului politic și social, propaganda antivaccin, convingeri religioase și filozofice contrare, priorități de sănătate concurente și probleme apărute în urma reformelor sistemelor de sănătate în unele țări din Europa de Est, au influențat negativ realizarea programului de eliminare a rujeolei [65].

Este bine cunoscut faptul că, pentru stabilirea unei strategii preventive corecte nu este suficientă doar existența unui vaccin sigur și eficient. În adoptarea unor proceduri operaționale și strategii specifice eficace, cu reducerea semnificativă a numărului persoanelor receptive din comunitatea examinată, este esențială și cunoașterea mecanismului, și a căilor de transmitere a agentului cauzal, și a situației epidemiologice existente, inclusiv monitorizarea circulației acestuia în teritoriu [52].

Spre deosebire de alte medicamente, vaccinurile au efect atât la nivel individual, cât și comunitar. Deși nici un vaccin nu are o eficacitate de 100%, efectul utilizării acestora la nivel de comunitate ar putea conduce la eliminarea sau la eradicarea unor boli prevenibile prin vaccinare. Ratele ridicate de acoperire vaccinală, specifice pentru fiecare din aceste boli, sunt necesare pentru obținerea și susținerea imunității colective (*herd immunity*), minimalizând astfel riscul de îmbolnăvire dincolo de cel prevăzut doar prin imunizarea individuală. Conform datelor statistice, chiar și în națiunile cu rate optime de acoperire vaccinală pot exista categorii sociale restrânse sau întregi subgrupuri de populație în care acceptarea vaccinurilor este inferioară celei necesare pentru a asigura protecția întregii comunități. În ultimele decenii, aceste subpopulații au fost asociate cu apariția focarelor (mai mult sau mai puțin extinse) de rujeolă, de rubeolă, de oreion, de infecție cu *Haemophilus influenzae* b, infecție meningococică invazivă, de difterie, de tuse convulsivă, de poliomielită etc., inclusiv și în țările unde controlul asupra acestor boli a fost deja obținut [66-69].

Monitorizarea și abordarea preocupărilor în grupuri de persoane, care nu au avut, și-au pierdut sau își pierd încrederea în vaccinuri, reprezintă o provocare-cheie pentru sănătatea publică la nivel mondial, deoarece fără niveluri adecvate de acoperire o bună parte din beneficiile vaccinării ar putea fi pierdută. Pentru prevenirea acestui pericol, în majoritatea statelor europene și în multe țări din alte părți ale lumii se depun eforturi pentru optimizarea acoperirilor vaccinale, în special printre populațiile care opun rezistență, refuză sau pur și simplu amână vaccinările recomandate.

Mai multe studii remarcă faptul că scăderea încrederii publice și acceptării unor vaccinuri sau a întregului program de imunizare nu sunt probleme apărute recent. Începând cu 2001, Grupul Consultativ Strategic de Experți în imunizări al OMS (*SAGE - Strategic Advisory Group of Experts on Immunization*) a atras atenția în mod repetat la necesitatea abordării decalajului dintre percepția publică a vaccinurilor și consensul comunităților științifice și de sănătate publică prin realizarea unor strategii metodice și proactive de contracarare a mișcărilor antivaccin care devin din ce în ce mai rezonante, mai ales în Europa [48, 57-62, 70, 71].

Recunoscând relevanța ezitării la vaccinare și a potențialului ei considerabil în influențarea ratelor de acoperire vaccinală, dar și necesitatea perfecționării strategiilor de contrastare existente, în 2012 SAGE a creat un Grup de lucru (*WG - Working Group on Vaccine Hesitancy*), care cu sprijinul unui secretariat comun al OMS-UNICEF, a prezentat, în 2014, un raport final al activității desfășurate. După o rapidă ajustare la necesitățile țărilor cu venituri medii și joase, rezultatele obținute au fost publicate într-o ediție specială a revistei *Vaccine* [72]. Acestea conțin:

1. Definiția conceptului de „ezitare la vaccinare”, delimitarea componentelor sale și relevarea factorilor determinanți potențiali cu elaborarea unui model conceptual universal (*Model of determinants of vaccine hesitancy*);
2. Evaluarea încercărilor de elaborare și de testare a unor indicatori universali pentru măsurarea amplitudinii și caracteristicilor ezitării la vaccinare în cadrul monitorizării strategiilor și a politicilor de abordare întreprinse și a măsurării eficacității acestor intervenții (*WHO–UNICEF Joint Reporting Form*);
3. Sugerări pentru transformarea Ghidului pentru adaptarea programelor de imunizare (*WHO EURO Guide to Tailoring Immunization Programmes*) într-un instrument diagnostic universal de generare a datelor și de identificare a determinanților ezitării la vaccinare în diferite subgrupuri și/sau contexte specifice;
4. Un reviu sistematic al strategiilor de abordare a ezitării la vaccinare și examinarea metodelor de marketing social și comercial aplicabile în intervențiile de abordare a ezitării la vaccinare;

5. un *sinopsis* cu patru exemple din domeniul comunicării aplicabile în abordarea ezitării la vaccinare.

Printre sarcinile primordiale stabilite pentru grupul de lucru SAGE au fost elaborarea unei definiții a ezitării la vaccinare și a domeniului de aplicare cu delimitarea componentelor de bază și elaborarea unui model conceptual universal pentru clasificarea factorilor care influențează deciziile comportamentale cu privire la acceptarea vaccinurilor (*Model of determinants of vaccine hesitancy*). Realizarea acestor sarcini a fost posibilă după evaluarea utilizării termenilor similari prezenți în literatura științifică, modelelor de ezitare la vaccinare existente, rezultatelor unui reviu sistematic cu privire la factorii determinanți ai ezitării la vaccinare, a rapoartelor și a observațiilor cu privire la ezitarea la vaccinare, furnizate de către diferite organizații cu activitate din domeniu: rezultatelor unui studiu calitativ realizat cu participarea managerilor de imunizare din diferite țări, a observațiilor și experiențelor personale ale membrilor grupului de lucru.

1.2. Concepte, teorii și abordări practice moderne

Termenul de ezitare la vaccinare (*vaccine hesitancy*) a fost introdus cu scopul depolarizării unei dihotomii simpliste pro- sau contra, exprimând un spectru larg de atitudini față de vaccinuri, care include comportamente de indecizie, de incertitudine, de amânare, reluctanță/opoziție individuală sau în grup, condiționate de interacțiunea unor factori determinanți în diferite contexte istorice, geografice, socio-culturale, politice, etc.

Prima tentativă de încadrare a acestui fenomen fațetat a fost propusă într-un studiu canadian, care distingea printre părinții preocupați pentru vaccinarea copiilor persoane neinformate dar educabile, dezinformate dar corectabile, culte și deschise la confruntare, convinse și mulțumite și, în sfârșit, devotate și misionare [75].

Conceptul de spectru comportamental, referitor la ezitarea la vaccinare, a fost confirmat în mai multe studii [56, 76, 77], ulterior revizuite de către Leask și colab. [78], care susțineau că persoanele ezitante pot să accepte toate vaccinurile, fiind totodată îngrijorate din cauza lor, pot refuza sau amâna unele vaccinuri acceptând concomitent altele, sau le pot refuza pe toate. Conform acestor autori, ultimul grup reprezintă <2% din părinți, deși prevalența acestora poate varia din punct de vedere geografic. Doar unii din ei sunt absolut implacabili, fixați și obstinați pe propriile idei, ceea ce face posibilă și necesară întreprinderea unor tentative de reconvingere și a acestui contingent delicat de populație [78].

În pofida conotației sale negative, termenul **ezitare** (*hesitancy*) este considerat mai apropiat din punct de vedere semantic la **convingerea** (*confidence*), **acceptarea** (*acceptance*) sau

adoptarea (*uptake*) vaccinului – termeni întâlniți în literatură care captează doar în mod parțial amploarea conceptului. „Convingerea” acoperă o serie de aspecte, cum ar fi încrederea în vaccinuri (inclusiv preocupările legate de siguranța lor) și în lucrătorii medicali sau în decidenții politicilor de sănătate, *i.e.* doar o categorie de factori determinanți care pot afecta deciziile de acceptare a vaccinării. Incompletă pare a fi și noțiunea de „acceptare”, deoarece un vaccin poate fi acceptat, dar cu întârziere, nerespectând astfel programul de imunizare. Cu toate că asocierea *Vaccination hesitancy* nu se limitează doar la probleme legate de vaccin, cuprinzând o gamă mult mai largă de factori (cum ar fi serviciile de imunizare disponibile, contexte temporale, geografice sau socio-culturale, frica de seringi sau de injecții, lipsa îngrijorării cu privire la bolile prevenibile prin vaccinare, etc.), a fost acceptat termenul mai practic de *Vaccine hesitancy*, cu condiția de a explora ulterior factorii care ar putea să contribuie la apariția, la dezvoltarea sau la menținerea fenomenului în populație [23].

Definiția ezitării la vaccinare

Deși nu este nouă ca concept, în ultimii ani ezitarea la vaccinare a atras o atenție sporită în cadrul discuțiilor privind acceptarea vaccinurilor, mai ales atunci când adoptarea unora din ele sau a întregului program de imunizare era inferioară celei așteptate. Conform grupului de lucru SAGE al Organizației Mondiale a Sănătății:

„Ezitarea la vaccinare se referă la întârzierea în acceptarea sau refuzul vaccinării, în pofida disponibilității serviciilor de vaccinare. Ezitarea la vaccinare este complexă și specifică contextului, variind în funcție de timp, de loc și de vaccinuri și include factori precum confortul (complacency), comoditatea (convenience) și convingerea (confidence)”.

Atitudinile față de vaccinuri pot fi văzute ca un continuum, care variază de la acceptarea lor totală (inclusiv solicitarea activă) până la refuzul complet de la vaccinare (figura 1.1). Indivizii ezitanți reprezintă un grup eterogen cu comportamente aflate în mijlocul acestui continuum, și pot să accepte anumite vaccinuri nefiind siguri în decizia luată sau pot să le amâne sau să le refuze, acceptând altele [78, 79].

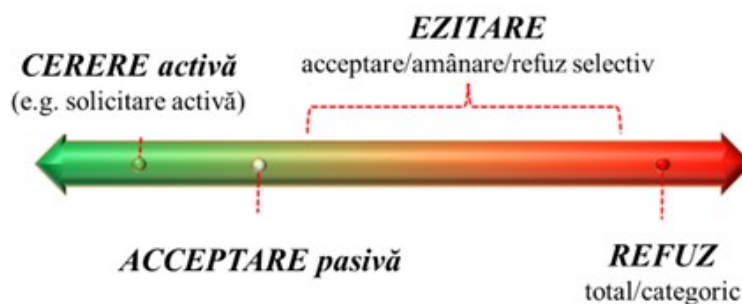


Figura 1.1. **Atitudini și comportamente tipice referitor la vaccinare**
(adaptat din *Report of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. WHO, 2014*).

Ulterior acest concept a fost dezvoltat prin definirea domeniului de aplicare a noțiunii de ezitare la vaccinare cu implicarea unei game de factori, care influențează nașterea și evoluția fenomenului în cadrul diferitor contexte [80], punând accentul pe următoarele aspecte fundamentale:

- a) ezitarea la vaccinare este un fenomen comportamental, specific pentru vaccin și context, și care poate fi măsurat în raport cu obiectivele de acoperire vaccinală așteptate, cu condiția că serviciile de imunizare sunt disponibile și accesibile. Ca argument de bază este considerat echivocul în decizia de a accepta sau de a nu accepta unul sau mai multe vaccinuri;
- b) ezitarea la vaccinare poate fi prezentă și atunci când nivelul de adoptare a vaccinului este scăzut din cauza disponibilității sau accesibilității reduse (e.g., programarea insuficientă și epuizarea stocurilor de vaccinuri, disponibilitatea limitată a serviciilor de vaccinare, reducerea acestora în prezența unui conflict sau a unui dezastru natural, comunicarea insuficientă a programului de imunizare etc.);
- c) situațiile, în care indivizii sau comunitățile nu au posibilitatea de a accepta sau de a refuza unul sau mai multe vaccinuri nu intră în sfera de aplicare a definiției de ezitare la vaccinare, ceea ce presupune că acoperirea vaccinală estimată nu poate fi considerată un indicator fiabil;
- d) în aceste situații, ezitarea la vaccinare nu reprezintă cauza principală a subvaccinării sau a nevaccinării în populație, devenind astfel prioritară abordarea limitării accesului și a disponibilității vaccinurilor prin îmbunătățirea serviciilor de imunizare;
- e) determinarea și evaluarea ezitării, diferențierea ei de alte cauze ale subvaccinării sau a nevaccinării populației sunt esențiale în selectarea ulterioară a intervențiilor de contracarare a adoptării scăzute a vaccinului;

- f) noțiunea de ezitare la vaccinare nu poate fie echivalată cu prezența îngrijorărilor cu privire la siguranța vaccinurilor, aceasta reprezentând doar unul dintre factorii care pot conduce la ezitare. O gestionare greșită a evenimentelor adverse grave după imunizare poate declanșa ezitarea la vaccinare la nivel local și/sau la distanță;
- g) comunicarea este un instrument-cheie pentru succesul oricărui program de imunizare, dar nu este considerată un determinant specific al ezitării la vaccinare. Comunicarea eficientă este esențială pentru diseminarea temerilor, abordarea preocupărilor și promovarea acceptării vaccinării, pe când o comunicare inadecvată sau insuficientă despre scopul, siguranța și eficacitatea vaccinărilor recomandate poate duce la ezitare;
- h) nu există un „remediu miraculos” sau o strategie de intervenție universală care ar funcționa în toate cazurile de ezitare la vaccinare. Amploarea și contextul problemei sunt variabile și necesită strategii adaptate, elaborate în baza unui diagnostic instantaneu al situației curente;
- i) ezitarea la vaccinare este o problemă globală complexă și în continuă schimbare, indiferent de nivelul de dezvoltare a țării. Interviuurile cu managerii de imunizare din diferite regiuni ale OMS au arătat că în unele cazuri pot fi afectate anumite minorități etnice din mediul rural și din comunitățile îndepărtate, în altele – rezidenții mai înstăriți din zone urbane care își exprimă îngrijorările cu privire la siguranța vaccinurilor. În unele zone preocupările sunt asociate la contestatori din motive religioase sau filozofice;
- j) determinanții ezitării la vaccinare pot acționa atât ca bariere, cât și ca promotori. De exemplu, în mai multe studii s-a stabilit că în anumite setări nivelul înalt de instruire reprezintă o barieră potențială în acceptarea vaccinului, pe când în altele – invers, educația se identifică ca un promotor al acceptării;
- k) ezitarea la vaccinare subminează cererea de vaccinuri (*vaccine demand*). Niveluri pronunțate de ezitare la vaccinare sunt asociate cu niveluri joase de solicitare, pe când determinarea unor rate scăzute de ezitare nu înseamnă neapărat că solicitarea va fi ridicată. Pentru a atinge obiectivul strategic de a avea o solicitare înaltă de vaccinuri la nivel individual și comunitar, așa cum este definit în Planul Global de Acțiune privind Vaccinurile (GVAP), sunt necesare strategii specifice adaptate la context, la comunitate și la vaccin, dincolo de cele destinate doar pentru abordarea ezitării (*e.g.*, atingerea unui grad cât mai înalt de conștientizare a populației în ce privește valoarea socială a vaccinărilor, informarea adecvată și implicarea activă a decidenților-cheie din domeniu etc.) [80].

Modele teoretice conceptuale ale ezitării la vaccinare

În procesul de elaborare a definiției au fost revizuite și o serie de modele conceptuale ale determinantilor [81-83], luând în considerare complexitatea și aplicabilitatea lor la nivel global și național, utilitatea lor potențială în elaborarea instrumentelor de evaluare și în monitorizare, dar și facilitatea comprehensiunii conceptului de ezitare la vaccinare. Revizuirea acestor modele a contribuit la confirmarea ipotezei că fenomenul este foarte complex (și nu este doar o totalitate de factori independenți) și la elaborarea modelelor conceptuale SAGE - **Matricea determinantilor ezitării la vaccinare** (*Working Group Determinants of Vaccine Hesitancy Matrix*) și **Modelul „3C”** (*Confidence, Complacency, Convenience Model of Vaccine Hesitancy*) [81, 82].

Modelul canadian. Una din primele încercări a fost modelul teoretic, propus în 2011 de către un grup de autori din Canada (figura 1.2, anexa 1). Ezitarea la vaccinare este văzută în acest model ca un continuum comportamental decizional - de la refuzul complet până la acceptarea totală a vaccinării. Rezultatul final poate fi influențat de argumente care țin de reflecțiile și de procesul de luare a deciziilor la nivel individual și de argumente referitoare la rolul lucrătorilor medicali sau de sănătate publică în general. Acest model ilustrează o gama largă de factori determinanți și este recunoscut ca foarte detaliat și util în sectorul academic, dar prea complex pentru a putea fi aplicat în practică.

Modelul conceptual COM-B. Un alt model al ezitării la vaccinare revizuit de grupul de lucru a fost modelul conceptual propus de Biroul Regional OMS pentru Europa (OMS EURO) pentru determinarea utilizării, subutilizării și neutilizării serviciilor de vaccinare, în care factorii determinanți sunt grupați în trei categorii: factori de oportunitate, de capacitate și motivaționali, cu o defalcare suplimentară în subcategorii (figura 1.3 din anexa 2). Acest model, la fel ca și cel canadian, subliniază complexitatea fenomenului, multitudinea și interacțiunea factorilor potențiali ai ezitării la vaccinare, cu o categorisire ușor comprehensibilă, dar puțin utilă din punct de vedere practic și inaplicabilă în condițiile unor țări, mai ales în cele în curs de dezvoltare, care, deseori sunt necunoscute sau puțin studiate. Aceste matrice mai complexe au fost utile în activitatea de revizuire sistematică a literaturii de specialitate a ezitării la vaccinare, inclusiv examinarea strategiilor potențiale de intervenție.

Modelul SAGE - Matricea determinantilor ezitării la vaccinare (*Working Group (WG) Determinants Matrix*) – reprezintă o abordare comprehensivă sistemică a fenomenului și captează o serie de influențe contextuale, individuale și de grup, precum și cele specifice vaccinului/vaccinării (figura 1.4 și anexa 3), fiind utilă în stabilirea indicatorilor și în elaborarea a instrumentelor diagnostice (chestionarelor pentru investigații) și a strategiilor de intervenție.

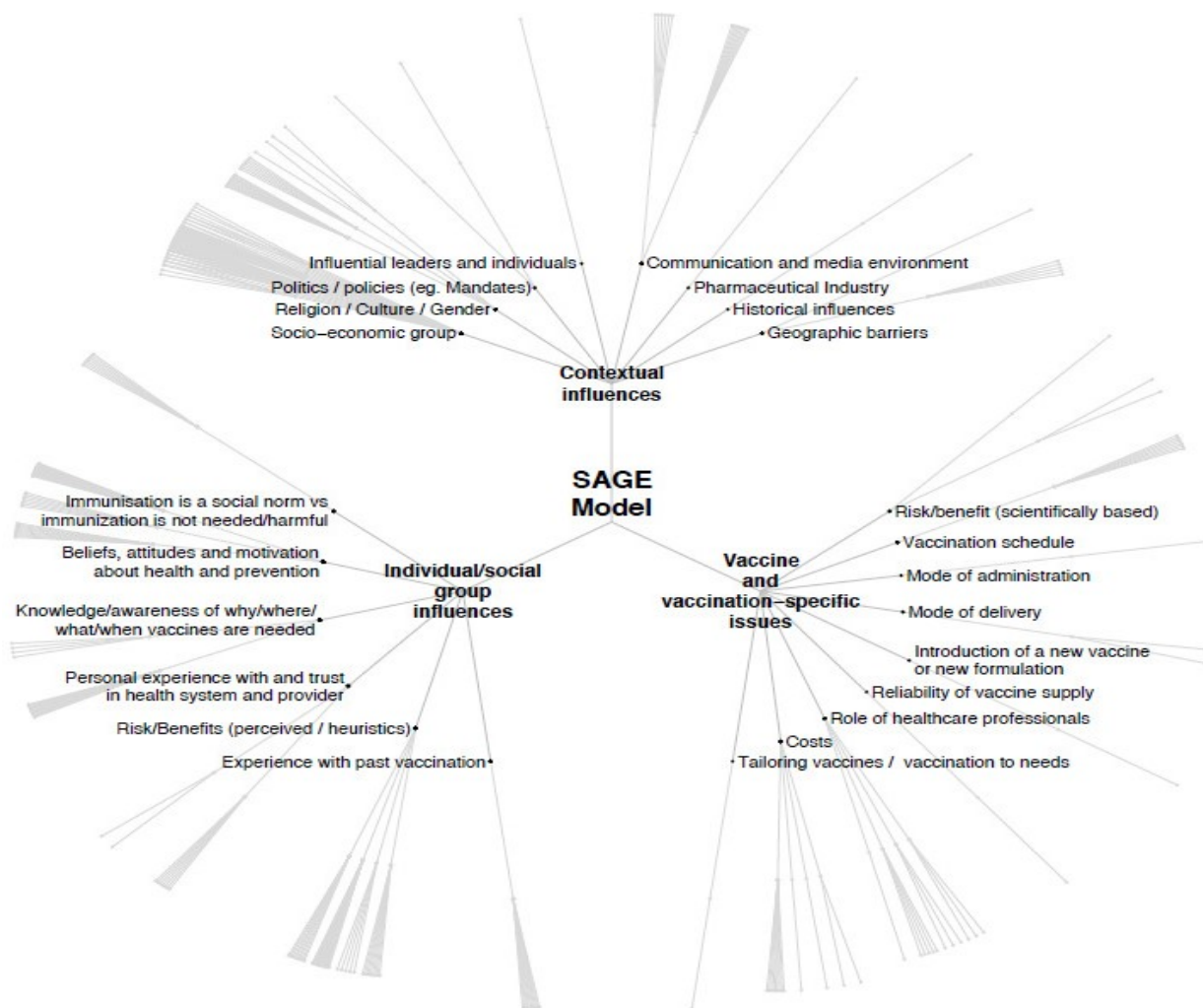


Figura 1.4. Modelul SAGE al determinanților ezitării la vaccinare (Sursa: OMS)

- A. Influențele contextuale** au fost definite ca influențe care apar sub influența factorilor istorici, socio-culturali, instituționali, economici sau politici. Acest grup include următoarele subcategorii:
- Mediul de comunicare-media.* Mass-media și social-media pot crea sentimente negative sau pozitive față de vaccinuri și pot oferi o platformă pentru lobby și lideri de opinie-cheie pentru a-i influența pe alții. Social-media permite utilizatorilor să-și exprime liber opiniile și experiențele, și poate facilita organizarea rețelelor sociale.
 - Influența liderilor, formatorilor de opinie și lobbyurilor anti- sau provaccinare.* Liderii di comunități și influencerii, inclusiv liderii religioși sau celebri, pot avea o influență semnificativă asupra acceptării sau ezitării la vaccinare.
 - Influențe istorice.* Influențele istorice negative (e.g., cazul Wakefield din Marea Britanie sau studiul Trovan (Pfizer) din Nigeria) pot submina încrederea publică și pot influența

acceptarea vaccinurilor, așa cum a avut loc în cazul rujeolei sau a poliomielitei, în special atunci când sunt combinate cu presiunile din partea liderilor influenți și mass-mediei. Experiențele unei comunități nu se limitează neapărat la contextul vaccinărilor, dar îl poate afecta.

- d) *Religia, cultura, genul, statutul socio-economic*. Influențele religioase sau culturale, cum ar fi interzicerea categorică a vaccinurilor de către unii lideri religioși sau neacceptarea vaccinatorilor de gen masculin sau aprecierea băieților în detrimentul fetelor, tații cărora nu permit vaccinarea copiilor, de asemenea joacă un rol foarte important.
- e) *Politică / politici (mandate)*. Vaccinarea obligatorie poate duce la ezitare la vaccinare nu neapărat din cauza preocupărilor în ce privește siguranța, eficacitatea sau alte aspecte, ci a rezistenței la noțiunea de vaccinare forțată.
- f) *Bariere geografice*. O populație poate avea încredere într-un vaccin și în serviciile medicale în general și poate fi motivată să se vaccineze, dar ezită, deoarece centrul de sănătate cu punctul de vaccinare este prea departe sau accesul la el este dificil.
- g) *Industria farmaceutică* (în special producătorii de vaccinuri) poate fi percepută ca fiind motivată doar din punct de vedere financiar și nu de interesele sănătății publice, ceea ce duce la o lipsă de încredere în vaccinuri, care se poate extinde până la neîncrederea în instituțiile medicale sau de guvernare, mai ales atunci când acestea sunt percepute ca fiind „împinse” de industrie și lipsite de transparență decizională.

B. Influențele individuale și de grup au fost definite ca influențe care apar din percepția personală sau din influențele mediului social. Acest grup include:

- a) *Experiențe referitoare la vaccinările anterioare*. Experiențele din trecut (negative sau pozitive) cu o anumită vaccinare poate influența ezitarea sau dorința de a se vaccina. Cunoașterea persoanelor care au suferit de boală prevenibilă prin vaccinare din cauza că nu s-au vaccinat poate spori acceptarea vaccinului, pe când experiența personală sau cunoașterea persoanelor care au experimentat reacție adversă post-vaccinare pot duce la ezitare.
- b) *Credințe, atitudini cu privire la sănătate și la prevenție*. Ezitarea la vaccinare poate rezulta din convingeri că bolile care pot fi prevenite prin vaccinare (BPV) sunt indispensabile pentru a construi imunitatea (și că vaccinurile distrug imunitatea naturală). Există și convingeri că unele comportamente (alăptarea la sân, medicina tradițională sau alternativă, naturopatia etc.) sunt la fel de importante sau mai importante decât vaccinarea pentru a menține sănătatea și a preveni bolile care pot fi prevenite prin vaccinare.

- c) *Nivelul de cunoștințe și gradul de conștientizare.* Luarea deciziilor cu privire la vaccinare pot fi influențate de o serie de factori cum ar fi cunoștințele și gradul de conștientizare la nivel individual sau de grup. Acceptarea vaccinărilor poate fi afectată de faptul dacă o persoană sau un grup de persoane posedă cunoștințe exacte. Gradul de conștientizare al importanței vaccinărilor poate fi insuficient din cauza lipsei dorinței de a se informa în acest domeniu, pe când percepțiile greșite pot să apară în urma dezinformării. Acumularea de cunoștințe despre vaccinuri nu este suficientă pentru a asigura acceptarea vaccinului, iar percepțiile greșite pot duce fie la ezitare, fie la acceptarea vaccinării.
- d) *Sistemul de sănătate și furnizorii de servicii – încrederea și experiențele personale.* Încrederea sau neîncrederea în guvern sau în autorități în general poate afecta încrederea în vaccinuri și/sau în programele de vaccinare livrate sau impuse de guvern. Ezitarea la vaccinare poate fi influențată și de experiențele din trecut, care țin de proceduri de sistem prea lungi sau complexe sau de interacțiunile dificile la nivel personal.
- e) *Compararea riscurilor cu beneficiile vaccinării (percepute, euristice).* Acceptarea vaccinurilor poate fi afectată de lipsa sau de nivelul scăzut de percepție a riscului bolilor prevenibile prin vaccinare. Confortul (*Complacency*) față de vaccinare se dezvoltă atunci când percepția riscului de îmbolnăvire este scăzută și nevoia de a se vaccina este puțin resimțită. Astfel persoanele suprapun necesitatea vaccinării cu percepțiile individuale cu privire la riscul propriu sau al copiilor săi de a se îmbolnăvi sau de a face o formă gravă sau amenințătoare pentru viață a unei boli care ar putea fi prevenită prin vaccinare.
- f) *Considerarea imunizărilor ca normă socială sau considerarea vaccinărilor ca non necesare ori dăunătoare.* Acceptarea vaccinurilor sau ezitarea la vaccinare poate fi influențată de normele comportamentale prezente în grupuri de rude, de prieteni, de colegi sau în general în societate.

C. Influențele specifice vaccinului/vaccinării sunt legate direct de vaccin sau de vaccinare.

Acest grup include următoarele subcategorii:

- a) *Prezența și luarea în considerare a dovezilor științifice cu privire la riscurile și la beneficiile comportate de vaccinare.* Dovezile științifice cu privire la riscurile și la beneficiile vaccinării și prezența (din punct de vedere istoric) problemelor legate de siguranță pot să determine ezitarea persoanelor, chiar și atunci când problemele de siguranță au fost deja clarificate și/sau abordate. De exemplu, problemele în acceptarea vaccinurilor au apărut în urma suspendării primului vaccin antirotaviral (RotaShield) din cauza riscului presupus de dezvoltare a invaginațiilor intestinale sau din cauza riscului

presupus de dezvoltare a sindromului Guillain-Barre în urma administrării vaccinului împotriva gripei porcine (în 1976) sau a narcolepsiei (în 2011) în urma vaccinării împotriva (A)H1N1. Un exemplu recent este punerea în discuție a eficacității și a siguranței vaccinului AstraZeneca în legătură cu riscul presupus de dezvoltare a unei reacții adverse rare (TTS - tromboza cu sindrom de trombocitopenie). Ezitări la vaccinare pot fi provocate și de evenimente adverse mai blânde, cum ar fi reacțiile locale.

- b) *Implementarea vaccinurilor noi sau schimbarea componenței lor.* Persoanele pot ezita în acceptarea unui vaccin nou atunci când consideră că acesta nu a fost testat suficient sau că nu este utilizat pe scară largă de mai mult timp sau deoarece consideră că noul vaccin nu este necesar sau nu văd impactul direct al vaccinului (de exemplu, vaccinul HPV contra cancerului de col uterin). Persoanele pot fi mai dispuse (adică mai puțin nepăsătoare) să accepte un vaccin nou atunci când percepția riscului unei anumite boli prevenibile prin vaccinare este ridicată. Recent, aceste probleme apar în ce privește implementarea vaccinurilor împotriva COVID-19.
- c) *Modul de administrare.* Modul de administrare a vaccinurilor poate de asemenea influența ezitarea la vaccinare din mai multe motive. De exemplu, modul de administrare pe cale orală sau nazală poate fi mai convenabil și mai acceptabil de către persoanele care au frică de injecții sau care nu au încredere în abilitățile lucrătorilor medicali sau în dispozitivele utilizate.
- d) *Proiectarea programului de vaccinare sau a modalităților de livrare.* Modul de livrare al vaccinurilor poate să influențeze ezitarea la vaccinare în mai multe moduri. Este posibil ca unii părinți să nu aibă încredere într-un vaccinator care merge de la casă la casă sau într-o campanie de imunizări organizată la nivel național, sau atunci când un centru de sănătate este prea departe sau orele de primire sunt incomode pentru utilizator.
- e) *Fiabilitatea și/sau sursa de furnizare a vaccinului.* Persoanele pot să ezite dacă nu au încredere în capacitatea sistemului de a furniza vaccinuri sau nu au încredere în vaccinurile procurate de la anumiți producători sau furnizori. Lucrătorii medicali pot ezita să recomande sau să administreze un vaccin (în special unul nou) dacă nu au încredere că oferta va continua, deoarece acest lucru poate să afecteze raportul lor cu clienții bazat pe încredere.
- f) *Nerespectarea programului de imunizări.* Deși vaccinarea este considerată importantă în prevenirea anumitor boli, uneori există o reticență în respectarea programului de imunizare recomandat, mai ales atunci când ciclul complet de vaccinare necesită administrări repetate la un anumit interval de timp și/sau la o anumită vârstă. Majoritatea programelor de

imunizare sunt relativ flexibile, ceea ce permite ajustarea lor pentru a satisface nevoile și preferințele individuale. Însă ajustările schemelor de vaccinare la nivel individual nu sunt fezabile la nivel de populație.

- g) *Cheltuielile suportate*. O persoană poate avea încredere în siguranța unui vaccin și în sistemul care îl livrează, poate fi motivată să se vaccineze, dar nu poate să își permită un anumit vaccin sau costurile asociate cu obținerea lui la punctul de imunizare, indiferent dacă este pentru ea sau pentru copilul (copiii) său. Acest tip de argumentare pentru nonvaccinare este contracarat cel mai des prin oferirea vaccinurilor în mod gratuit, toate costurile fiind suportate de către stat.
- h) *Rolul profesioniștilor din domeniul sănătății*. Lucrătorii medicali joacă un rol deosebit de important pentru pacienții lor. Un lucrător medical ezitant poate influența deciziile luate de către pacienții săi, care devin mai puțin disponibili de a se vaccina.

Modelul SAGE al determinanților ezitării la vaccinare reprezintă o abordare sistemică pentru înțelegerea motivelor acestui fenomen și este adaptat pentru setări caracteristice diferitor țări, inclusiv pentru cele cu venituri medii și joase. La revizuirea sistematică a literaturii de specialitate [66] nu a fost determinat niciun factor nou care nu s-ar fi încadrat în matricea determinanților ezitării la vaccinare elaborată de grupul de lucru SAGE.

Modelul „3Cs” al determinanților ezitării la vaccinare

Modelul „3Cs” (figura 1.5), considerat mai intuitiv și ușor comprehensibil, evidențiază trei categorii esențiale de factori (*Convingerea*, *Confortul* și *Conveniența*), care au fost încorporați în varianta finală a definiției de ezitare la vaccinare.

În timp ce unii dintre factorii prezentați în acest model ar putea fi înțeleși cu ușurință, există o mulțime de alți factori precum chestiunile de *Conveniență* (de exemplu, costurile, distanța geografică față de centrul de vaccinare), care într-o oarecare măsură, pot afecta *Convingerea*. Unii factori ar putea fi de asemenea incluși în toate cele trei Cs, în funcție de context. De exemplu, „Programul de imunizări” ar putea fi înțeles ca o problemă de *Convingere* (de exemplu, dacă părinții nu au încredere în acesta – „prea multe vaccinuri prea devreme”), ca o problemă de confort (de exemplu, dacă părinții au probleme de transport pentru a se prezenta la toate vizitele necesare pentru a-și imuniza pe deplin copilul) sau ca problemă de satisfacție (de exemplu, dacă părinții nu cred că este important pentru copilul lor să primească doze de rapel). În viața reală, problemele de convingere, confort și conveniență pot genera ezitări la vaccinare.

Înțelegerea modului în care barierele ce influențează adoptarea vaccinului aparțin uneia sau mai multor C-uri, este importantă în proiectarea activităților și a strategiilor cu un probabil impact pozitiv asupra ezitării la vaccinare. Tipurile variate de ezitare necesită intervenții diferite: problemele de *Conveniență* impunând activități și strategii cum ar fi reducerea costurilor sau evitarea barierelor geografice la serviciile de vaccinare etc.), în timp ce problemele legate de *Convingerea* scăzută pot solicita strategii de consolidare a încrederii, de exemplu consiliere.

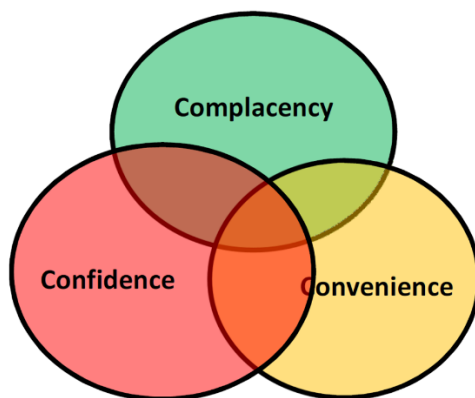


Figura 1.5. Modelul „3Cs” al ezitării la vaccinare (SAGE). (Sursa: OMS)

Conform autorilor, **Confortul** (*Vaccination complacency*) există acolo unde percepția riscului bolilor prevenibile prin vaccinare este scăzută, iar vaccinarea nu este considerată ca o acțiune preventivă necesară. **Confortul** (sau nepăsarea) pentru un anumit vaccin sau pentru vaccinare în general este influențat de o serie de necesități existențiale sau de sănătate, reținute mai importante în acel moment. Pe lângă percepția insuficientă a severității și a pericolului transmiterii bolii, **Confortul** poate fi condiționat de subaprecierea unor caracteristici ale vaccinului (eficacitatea și/sau profilul de siguranță) sau de lipsa de cunoștințe. Astfel, succesul programului de imunizare într-o populație poate să conducă mai întâi la o stare de satisfacție generală și apoi, în mod paradoxal, la ezitare, deoarece indivizii compară riscurile comportate de administrarea unui vaccin cu cele de a contracta o patologie, care nu mai este comună datorită utilizării acestuia. Gradul în care **Confortul** determină ezitarea poate fi influențat de către abilitățile persoanelor (auto-percepute sau reale) de a întreprinde anumite acțiuni pentru a fi vaccinate.

Conveniența (*Vaccination convenience*) intervine atunci când anumite condiții, cum ar fi disponibilitatea fizică a vaccinurilor, accesibilitatea lor financiară, accesibilitatea geografică, abilitatea persoanelor de a înțelege necesitatea și de a solicita imunizările în funcție de limbajul folosit și de nivelul de cunoștințe posedate (*health literacy*), afectează adoptarea vaccinărilor. Calitatea serviciilor (reală și/sau percepută) și gradul, în care acestea pot fi livrate într-un anumit

moment, loc sau context cultural convenabil și confortabil, de asemenea condiționează luarea deciziei și ar putea duce la ezitare.

Prin **Convingere** (*Vaccination confidence*) se subînțelege convingerea în faptul că vaccinările urmăresc cele mai bune interese pentru întreaga societate și pentru fiecare membru al ei [83] și a fost definită ca încrederea în: a) eficacitatea și siguranța vaccinurilor; b) sistemul care le furnizează, inclusiv fiabilitatea și competența serviciilor medicale și a profesioniștilor care livrează și administrează vaccinurile; c) motivațiile aduse de către decizorii politicilor de sănătate în ce privește când și care vaccinuri sunt necesare. Pe lângă înțelegerea factorilor care condiționează *Convingerea* în condițiile când furnizarea vaccinurilor, accesul la ele și informațiile sunt disponibile, este necesară și înțelegerea factorilor bazați pe credințe, care pot avea rădăcini puternice locale și contextuale și pot varia în funcție de timp și de un anumit vaccin.

Încrederea înaltă în programele de vaccinare este esențială pentru menținerea ratelor ridicate de acoperire vaccinală, mai ales atunci când acestea sunt necesare pentru întreținerea efectului de imunitate colectivă (*herd immunity*). Atingerea acestor obiective este strâns legată de gradul de înțelegere a atitudinilor față de vaccinuri sau de vaccinări. În 2018, acestui subiect i-a fost dedicat un studiu, care a evaluat starea de încredere în vaccinuri a populației din 28 de State membre ale Uniunii Europene (UE), iar pentru zece din ele – și în rândul medicilor de familie. Rezultatele evaluării au fost comparate cu cele obținute în 2016 într-un studiu similar efectuat în 67 de țări [66]. S-a stabilit că în Regiunea Europeană a OMS nivelul de convingere bazat pe siguranța vaccinurilor era mai jos decât în alte regiuni: șapte dintre primele zece țări care aveau cele mai scăzute niveluri erau state europene, dintre care patru (Franța, Grecia, Slovenia și Italia) fac parte din UE. Studiul a mai stabilit că în majoritatea grupelor de vârstă de până la 65 de ani încrederea în siguranța și în importanța vaccinului ROR, a celui contra gripei sezoniere și a vaccinărilor în general este mai joasă decât în grupa de vârstă de peste 65 de ani. Schimbări au fost observate și față de situația relevată în 2015 – multe țări (inclusiv Franța, Grecia, Italia și Slovenia) au devenit mai confidente nu numai în ce privește siguranța vaccinurilor, dar și în celelalte trei dimensiuni relevate (importanța percepută a vaccinurilor, eficacitatea lor practică și compatibilitatea cu credințele religioase ale participanților), în timp ce în Polonia convingerea a scăzut în toate dimensiunile relevate, iar în Republica Cehă, în Finlanda și în Suedia au crescut preocupările privind siguranța vaccinurilor. Cu toate că medicii de familie dețineau niveluri mai ridicate de încredere în vaccinuri decât populația generală, s-a constatat că 36% dintre medicii care au participat la studiu în Cehia și 25% în Slovacia nu sunt de acord că vaccinul ROR este sigur, iar 29% și 19%, respectiv, nu cred că acesta este important. Majoritatea medicilor de familie intervievați în aceste țări au declarat că nu sunt predispuși să recomande vaccinul gripal sezonier,

cu toate că Republica Cehă, Polonia și Slovacia au raportat recomandarea acestui vaccin femeilor însărcinate (*WHO, Immunization Schedule by Antigens, 2018*). În sfârșit, o corelație a fost stabilită dintre convingerea în rândul medicilor de familie și convingerea în rândul populației generale: în țările unde printre medicii de familie convingerea era mai înaltă, o proporție mai mare a populației a exprimat convingeri pozitive despre vaccinare [87].

1.3. Progrese și noi perspective

Recent au fost publicate studii cu noi constelații de predictorii psihologici care se potrivesc definițiilor factorilor de ezitare la vaccinare. Aceste realizări se referă la concepțiile teoretice existente, cum ar fi Modelul de Convingere în Sănătate (*Health Belief Model*) [88, 89] și Teoria Comportamentului Planificat (*Theory of Planned Behavior*) [90]. Astfel, modelul 3C a fost extins la un model 4C prin integrarea unui antecedent psihologic suplimentar – calculul (implicarea individului în căutarea extinsă a informațiilor). Acest factor condiționează o motivație individuală de a analiza și de a pune la îndoială vaccinarea [90], fiind adesea corelat pozitiv cu ezitarea la vaccinare [25, 91-93].

O altă abordare – Taxonomia 5A [94] – oferă o terminologie diferită pentru a explica acceptarea vaccinurilor, identificând cinci categorii de factori: acceptare, acces, accesibilitate (*affordability*), conștientizare (*awareness*) și activare. În cadrul acesteia, există o suprapunere considerabilă cu categoriile propuse de grupul de lucru SAGE: acceptarea este asemănătoare cu convingerea (cu atitudinea ca o potențială legătură), accesul se potrivește cu conveniența (bariere practice), la fel și accesibilitatea (costurile financiare; barierele financiare fiind incluse în factorul de conveniență), iar conștientizarea este comparabilă cu confortul (lipsa percepției că bolile prezintă un risc înalt și că vaccinarea este necesară). Taxonomia 5A adaugă un aspect suplimentar - activarea - care notează existența unor stimuli care pot crește vaccinarea (de exemplu, unele evocări) [94].

O abordare foarte interesantă a fost propusă recent de Majid & Ahmad [95, 96], care după o actualizare a revizuirilor sistematice realizate de Smith [97] și de Dubé et al. [98], au încercat să examineze factorii care promovează ezitarea la vaccinare și să identifice unele suprapuneri și relații între acești factori în cadrul procesului de luare a deciziilor individuale cu privire la vaccinare (figura 1.6).

Conform autorilor, există două tipuri de angrenaje: de intrare și de ieșire. Cele de intrare cuprind cei șapte factori care condiționează două angrenaje de ieșire, respectiv, ezitarea la vaccinare și luarea deciziilor în comun (*SDM - Shared Decision-Making*). Toți factorii sunt conectați unul cu celălalt chiar dacă într-un mod indirect, evocând combinațiile și conexiunile

numeroase care condiționează modul în care părinții își pot raționaliza decizia de a renunța la vaccinare.

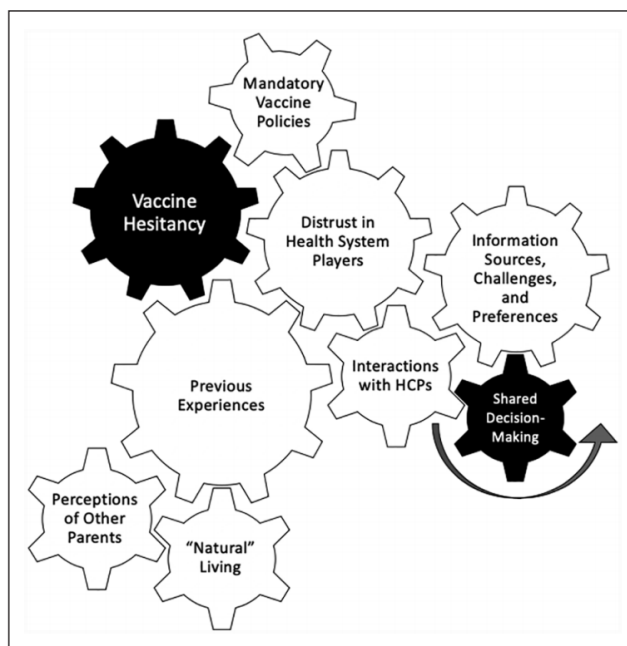


Figura 1.6. Suprapunerea și interacțiunea dintre factorii care promovează ezitarea la vaccinare

1.4. Instrumente de măsurare a ezitării la vaccinare și caracteristicile scalei 5C

În ultimii ani au fost depuse nenumărate eforturi pentru a defini și a măsura ezitarea sau convingerea în vaccinare. La ziua de astăzi au fost elaborate mai multe instrumente de măsurare, cum ar fi sondajul PACV (*Parents Attitudes about Childhood Vaccines*) al atitudinilor părinților cu privire la vaccinurile din copilărie [99], Scala de încredere în vaccinuri VCS (*Vaccine Confidence Scale*) [100, 101], Indicele global de încredere în vaccinuri GVCI (*Global Vaccine Confidence Index*) [102], Scala ezitării la vaccinare VHS (*Vaccine Hesitancy Scale*) publicată recent [103, 104], Scala de acceptare a vaccinurilor VAS (*Vaccine Acceptance Scale*) [105], Indicele de încredere în vaccinuri VCI (*Vaccine Confidence Index*) [106] etc.

Majoritatea instrumentelor de măsurare a ezitării la vaccinare se concentrează pe aspectele ezitării legate de *Convingere* și care doar ocazional depășesc acest factor. Un reviu sistematic recent cu privire la ezitarea la vaccinul antigripal a arătat că și alte componente ale ezitării sunt predictorii importanți ai intenției și ai comportamentului referitor la vaccinare [107]. Prin urmare, un instrument care ar ajuta la proiectarea campaniilor de vaccinare și a intervențiilor orientate spre creșterea acceptării vaccinurilor ar trebui să evalueze și *Confortul*, *Constrângerile* (i.e., conveniența din modelul 3C), *Calculul* și *Responsabilitatea colectivă*. Scalele existente (cu excepția GVCI) sunt destul de voluminoase și utilizează între opt și 20 de itemi pentru a evalua

diferite aspecte ale Convingerii, fiind astfel mai puțin practice pentru aplicare pe teren. De aici rezultă necesitatea unui instrument performant, ușor aplicabil și adaptabil la diferite contexte. Acestor caracteristici corespunde scala 5C, pentru care a fost demonstrată plusvaloarea în comparație cu instrumentele existente [108].

Modelul 5C include cinci factori determinanți (antecedente psihologice) care pot afecta comportamentul persoanelor în ceea ce privește luarea deciziei cu privire la vaccinare: *Convingerea* (încrederea), *Confortul* (percepția eronată riscului), *Constrângerile* (obstacole în calea executării), *Calculul* (căutarea extinsă de informații) și *Responsabilitatea colectivă* (sentimentul de responsabilitate pentru comunitate). Acest model integrează și extinde abordările „tradiționale” de ezitare și acceptare [109-111], și raportează aceste modele la teorii de analiză comportamentală care pot contribui la explicarea comportamentului în materie de sănătate [89-91].

Convingerea se referă la mai multe aspecte ale încrederii: nivelul de încredere al individului în eficacitatea și siguranța vaccinurilor, în sistemul de sănătate care oferă vaccinarea, în profesionalismul și în nivelul de pregătire al personalului medical care administrează vaccinul și încrederea în responsabilii de elaborarea politicilor de sănătate, văzuți ca factori de decizie în ceea ce privește vaccinurile și vaccinările recomandate. Niveluri majore de *Convingere* sunt asociate cu o mai bună cunoaștere și atitudini pozitive față de vaccinare, precum și o disponibilitate majoră de a se vaccina. Persoanele cu un nivel de *Convingere* înalt sunt mai puțin înclinate să creadă în teorii conspirative [112], fiind predispuși să aibă mai multă încredere în instituțiile din sistemul de sănătate și o percepție mai mare de un beneficiu general în urma tratamentelor cu preparate medicinale [108].

Confortul (sau percepția unei persoane asupra riscului comportat de o boală) se referă la riscul perceput la nivel individual, cum ar fi, de exemplu, în ce măsură o persoană se simte vulnerabilă și consideră că vaccinările sunt necesare. Studii recente sugerează că, atunci când persoanele consideră că o boală prevenibilă prin vaccinare prezintă o amenințare redusă, este posibilă o descreștere a nivelului de dorință și de intenție de a se vaccina [53, 82]. Cu toate că acest antecedent este strâns legat de o anumită boală, în general, nivelul de *Confort* poate fi afectat și de unii factori individuali precum vârsta, starea de sănătate și responsabilitățile fiecărui individ aparte sau de autoeficacitatea percepută și capacitatea de a întreprinde unele acțiuni pentru a se vaccina. Persoanele cu valori elevate de *Confort* sunt mai puțin dispuse de a se vaccina, fiind mai predispuse la un comportament riscant (deoarece percep doar riscul scăzut de a se îmbolnăvi) și acordă mai puțină atenție unor posibile consecințe negative în urma acestuia [108].

Constrângerile (ex *Conveniența* din modelul 3C [52]), reprezintă un șir de obstacole structurale și psihologice percepute la nivel individual. Referitor la implementarea vaccinării, *Constrângerile* pot include disponibilitatea fizică (de exemplu, lipsa de timp sau stresul cotidian), accesibilitatea din punctul de vedere al prețului și disponibilitatea de a plăti, accesibilitatea geografică, capacitatea de a înțelege (limbajul și cunoștințele în materie de sănătate) și atractivitatea serviciilor de imunizare [103]. Niveluri mai înalte de *Constrângeri* sunt asociate cu conștientizare joasă a controlului asupra comportamentului individual și o autoeficacitate redusă: individul are impresia că nu are abilitățile necesare pentru a obține o vaccinare, pe când persoanele „foarte constrânse” au mai multe șanse de a avea un acces redus la vaccinare și/sau la serviciile de sănătate, în general [108].

Calculul exprimă măsura în care persoanele se implică în căutarea activă a informațiilor despre un anumit vaccin și/sau despre boala în cauză, urmată de o analiză proprie cu contrapunerea riscurilor și a beneficiilor vaccinării în procesul de luare a deciziei dacă aceasta va fi acceptată sau nu. Indivizii cu un nivel mai exprimat de *Calcul* sunt de obicei mai repulsivi față de vaccinare, prudența lor (deseori falsă) fiind afectată în mare măsură de informațiile obținute din surse împotriva vaccinării, care predomină pe internet [109]. Betsch et al. au constatat că aceste persoane au deseori un stil cognitiv mai deliberativ de luare a deciziilor și un mod de gândire rațional, cu mai puține credințe superstițioase, dar nu și competențe suficiente de calcul matematic (*numeracy*) [108]. Totuși, conform autorilor, această abilitate este importantă în ce privește gestionarea corectă a căutării de informații și/sau înțelegerea rezultatelor obținute, iar în consecință – pentru limitarea unei percepții distorsionate a riscurilor (risc înalt la vaccinare *versus* risc scăzut de îmbolnăvire) [84].

Responsabilitatea colectivă a fost descrisă de Fine et al. ca o formă de motivație personală prosocială de a fi vaccinat cu scopul protejării altor persoane, contribuind astfel la reducerea transmiterii unor boli datorită efectului de imunitate colectivă (*herd immunity*) [11, 110]. Un nivel extrem de redus de *Responsabilitate colectivă* poate fi identificat ca un tip de „parazitism social”, cunoscut în literatura de specialitate sub numele de *free-riding* – beneficierea de un bun colectiv (i.e., de imunitatea colectivă) fără a contribui la producerea acestuia [111-113]. Un grad mai avansat de responsabilitate colectivă a fost asociat cu niveluri mai înalte de empatie și tendințe către valori colectiviste, adică cu percepția de a face parte dintr-un grup al cărui membri au grijă unii de alții și se susțin reciproc [108].

Fiecare antecedent reprezintă preferințe individuale sau reprezentări psihologice/mentale ale mediului în care trăiește respondentul. Astfel, realitățile politice sau inechitățile care erodează încrederea în sistemul de sănătate ar putea fi un motor al *Convingerii* scăzute pentru o persoană.

Accesarea dezinformării pe internet și partajarea unui mediu social plin de părinți critici pentru vaccinuri ar putea fi un motiv de încredere scăzută pentru o altă persoană din altă țară. Constrângerile percepute ar putea fi și o funcție a lipsei de acces, a furnizării de servicii inadecvate sau, pentru grupurile minoritare, a reticenței de a se înregistra.

Important de menționat că elementele scalei 5C oferă perspective asupra antecedentelor individuale, psihologice și nu sunt potrivite pentru a identifica factori legați de sisteme – dincolo de efectul pe care îl au asupra reprezentărilor mentale (de exemplu, de acces limitat). În calitate de instrument de diagnostic, intervenție și evaluare, scala 5C se prezintă ca o măsură solidă și validată pentru a fi utilizată în monitorizarea evoluției determinanților comportamentali referitori la vaccinare atât la nivel local, cât și global. De asemenea, este posibilă determinarea ponderii fiecărui antecedent și a corelațiilor dintre ele, ceea ce ar putea fi doar un prim-pas către explorări ulterioare (de exemplu, în focus grupuri) pentru a obține informații aprofundate despre schimbările survenite și a motivelor care au condus la acestea. Astfel de analize, care explorează cauzele de bază ale antecedentelor identificate, combinând analize calitative și cantitative, este necesară atât din perspectiva beneficiarilor, cât și a furnizorilor serviciilor de sănătate, pentru a dezvolta intervenții privind schimbarea comportamentului [109].

Abordarea *Programe de imunizare adaptate (TIP)*, recomandată de Organizația Mondială a Sănătății, utilizează modelul COM-B pentru a analiza comportamentul în funcție de capacitate, de motivație și de oportunitate [114]. Scala 5C poate fi, de asemenea, utilizată pentru a susține această metodologie, deoarece percepția scăzută a riscului poate fi interpretată ca un aspect al capacităților (cunoașterea și înțelegerea importanței); calculul și convingerea – ca motivație reflexivă și respectiv automată și constrângerile și responsabilitatea colectivă ca factori de oportunitate fizică și socială. Astfel, în cercetările viitoare se va încerca completarea acestor eforturi prin identificarea intervențiilor care se potrivesc cu „C-urile” relevante [110], adică, a celor mai potrivite pentru a depăși constrângerile, pentru a spori convingerea, pentru a reduce percepția scăzută a riscului (fără a crește reactanța psihologică) etc, dar și prin abordarea concomitentă a mai multor cauze, care ar putea crește succesul intervenției [115-118]. Evident, pentru planificarea și evaluarea intervenției vor fi necesare măsurări periodice cu compararea datelor pre- și postintervenție [115].

Sinteza la capitolul 1

Fenomenul de ezitare la vaccinare este unul foarte complex și variabil în timp, precum și în funcție de contextul specific. Prezenta cercetare va încerca, în premieră pentru Republica Moldova, să evalueze din punct de vedere cantitativ situația din țară. Scala 5C extinde sfera măsurilor disponibile și acoperă conceptualizarea teoretică mai largă a ezitării și a acceptării vaccinărilor. Spre deosebire de alte măsuri existente, scala 5C depășește captarea doar a încrederii și poate fi folosită ca instrument pentru diagnostic și pentru a sprijini proiectarea și evaluarea intervențiilor necesare. Pentru a dezvolta strategii bazate pe dovezi pe termen lung, motivele psihologice ale (non) vaccinării ar trebui să fie evaluate periodic, în mod sistematic și standardizat, iar datele astfel obținute, să fie utilizate pentru proiectarea politicilor de sănătate și pentru a dezvolta campanii specifice pentru grupurile-țintă.

2. MATERIAL ȘI METODE DE CERCETARE

2.1. Caracteristica generală și organizarea cercetării

Teza de doctor în științe medicale a fost realizată în cadrul Școlii de Management în Sănătate Publică, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova în perioada 2019-2023 și reprezintă un studiu complex de tip secvențial mixt (calitativ-cantitativ). Proiectarea designului cercetării a fost efectuată pe direcțiile stipulate de obiectivele prevăzute pentru realizarea scopului prestabilit.

Ca componentă calitativă au fost realizate discuții de grup și individuale cu medici specialiști în sănătate publică și în alte domenii cu scopul de explorare primară a argumentului cercetării și obținerea informațiilor necesare pentru organizarea etapei următoare, în mare parte dedicată creării instrumentului de studiu. Partea cantitativă este reprezentată de trei studii de tip descriptiv cu elemente analitice, transversal (anchetă bazată pe chestionar), care au urmărit scopul de a descrie fenomenele existente cu determinarea asocierilor epidemiologice.

Pentru atingerea scopului și obiectivelor, au fost explorate următoarele domenii (figura 2.1):

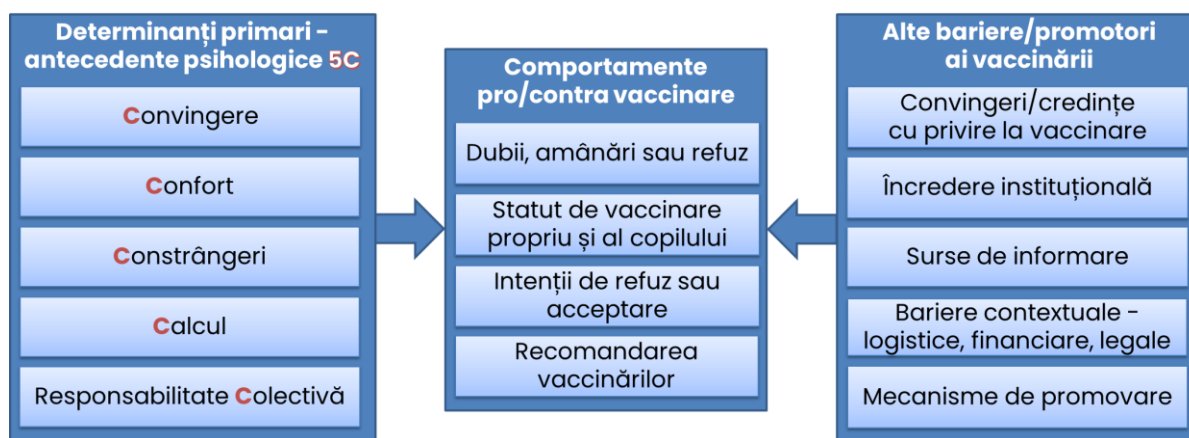


Figura 2.1. Domenii explorate în cadrul cercetării

1) Determinanți primari - antecedentele psihologice ale (non)vaccinării, pentru evaluarea cărora a fost aplicată scala de măsurare a 5C pentru *Convingere*, *Confort*, *Constrângeri*, *Calcul* și *Responsabilitate Colectivă*.

2) Comportamente pro/contra vaccinare:

- a) Comportamente precedente, tipice pentru ezitare (dubii, amânări sau refuz);
- b) Statut de vaccinare propriu/ al copilului (autodeclarat);

- c) Intenții pentru viitor cu privire la vaccinările recomandate (de la refuz categoric până la acceptare);
 - d) Recomandarea vaccinărilor de rutină (pentru lucrătorii medicali).
- 3) Alte bariere/promotori ai vaccinării:
- a) încrederea instituțională;
 - b) sursele de informații despre vaccinare folosite;
 - c) convingeri/credințele legate de vaccinare;
 - d) barierele contextuale (logistice, financiare, legale);
 - e) Implementarea mecanismelor de promovare etc.

Cercetarea s-a desfășurat în câteva etape, care au determinat raționamentul de studiu corespunzător fiecărui obiectiv (figura 2.2).

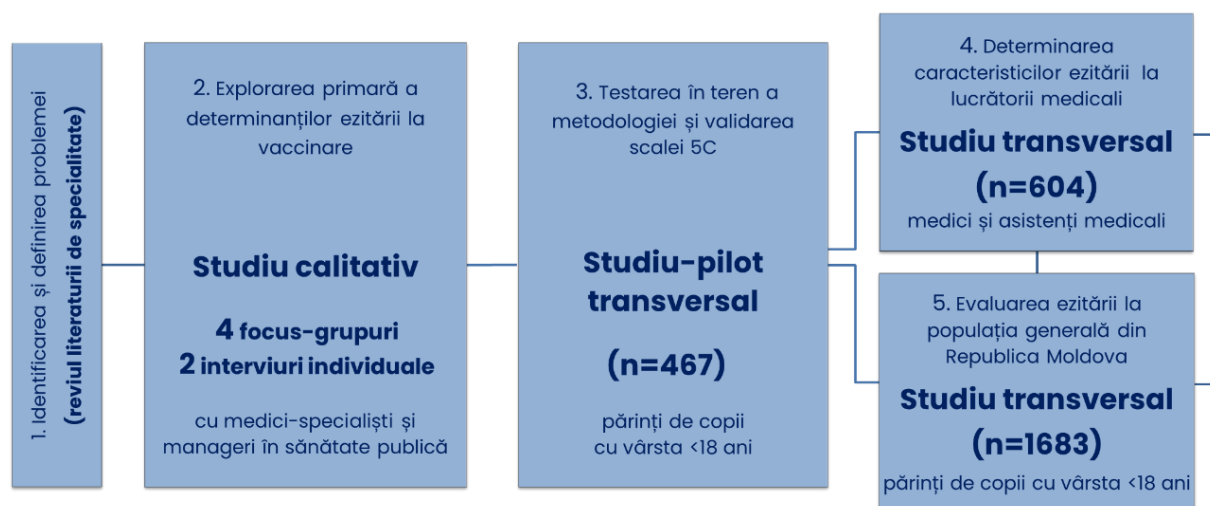


Figura 2.2. Etapele conceptuale de realizare a cercetării

În organizarea fiecărei etape au fost respectate unele principii generale care, în funcție de obiectivul respectiv, au determinat modul de obținere a dovezilor științifice necesare pentru atingerea scopului final:

I. Planificarea și programarea studiului cu definirea scopului și a sarcinilor cercetării. La această etapă, prin o analiză de sinteză a abordărilor și bunelor practici internaționale, s-a efectuat identificarea și definirea problemei de cercetat și au fost planificate activitățile de organizare a studiului cu elaborarea protocolului și programelor de cercetare, stabilirea modalităților și instrumentelor de colectare a materialului informativ primar și de prelucrare a datelor obținute.

II. Acumularea materialului informativ primar prin aplicarea tehnicilor de culegere a datelor - observație indirectă (rapoarte, studii primare și secundare, statistici oficiale) și directă (discuții

în focus grup, interviu individual, completarea chestionarului). Materialul colectat a fost supus expertizei calității informației respective.

III. Prelucrarea materialului acumulat prin verificarea cantitativă și logică, cu ajutorul programelor statistice Microsoft Excel și SPSS 22,0 (SPSS Inc) cu organizarea materialului analizat în tabele, diagrame și grafice.

IV. Analiza rezultatelor obținute cu formularea concluziilor și a propunerilor respective.

2.2. Metodele de cercetare

Metodele de cercetare folosite pot fi divizate în metode de acumulare, de analiză și de prezentare a datelor.

Metode de acumulare a datelor folosite:

- studiul aprofundat a surselor informaționale de profil cu elucidarea evoluției evenimentelor corelate cu apariția, menținerea și dezvoltarea fenomenului de ezitare la vaccinare în condițiile actuale (metoda istorică);
- aplicarea procedeeleor de analiză, de sinteză și de argumentare pe cale deductivă (metoda logică);
- aplicarea anchetării și interviuării individuale și în grup (metoda sociologică);
- aplicarea tehnicilor de analiză descriptivă și inferențială (metoda biostatistică);
- aplicarea tehnicilor de analiză și prezentare a datelor prin intermediul imaginilor intuitive și imediate (metoda grafică).

Au fost aplicate următoarele **metode de cercetare**: istorică, epidemiologică, sociologică, observațională descriptivă cu elemente analitice, biostatistică.

În calitate de **instrumente de cercetare** au fost folosite ghidul de interviu și chestionarul standardizat (scala Likert).

În calitate de **tehnici de colectare a datelor** au fost folosite:

- *tehnici indirecte*: consultare de rapoarte, studii și sinteze, statistici oficiale
- *tehnici directe*: discuții în focus grup, interviu individual, îndeplinirea chestionare
- în funcție de elementele studiate: studiu selectiv bazat pe eșantion
- în funcție de data culegerii: transversală

Procesarea și analiza statistică a datelor

La procesarea și analiza datelor s-au utilizat următoarele metode:

- Analiza calitativă: bibliografică, a conținutului, comparativă;

- Analiza cantitativă: analiza frecvențelor și a tendințelor, gruparea, serii statistice, tabele, reprezentarea grafică, determinarea semnificației datelor, analiza corelațională, analiza de regresie;
- Procedura de validare a chestionarului a necesitat traducerea și adaptarea întrebărilor la contextul autohton, pre-testul calitativ și testarea fiabilității (Cronbach α), validității de construct (analiza corelațională) și a validității concurente (regresie liniară și logică multiplă).

Datele colectate au fost introduse în baza de date electronice, atribuindu-se fiecărui chestionar un cod, și au fost securizate prin parolă, la care au acces doar membrii grupului care derulează cercetarea.

Pentru analiza statistică a datelor au fost folosite metodele manuală și asistată prin softuri computerizate (Microsoft Excel și IBM SPSS vers. 23). Procesarea și analiza statistică a datelor obținute în cercetare a fost efectuată în conformitate cu cerințele metodologiei cercetării științifice, reieșind din particularitățile tipului de design folosit pentru fiecare din ele.

Punctele-cheie conceptuale în analiza statistică efectuată au fost:

- verificarea datelor înregistrate, efectuată la momentul de creare a bazei de date electronice;
- transformarea datelor prin codificare, grupare, crearea categoriilor, clasarea pe niveluri ș.a.;
- utilizarea statisticilor descriptive pentru scala de măsurare numerică, nominală și ordinală cu determinarea ulterioară a proporțiilor, ratelor, rapoartelor, măsurarea indicatorilor de tendință centrală și de dispersie, analiza multifactorială a fenomenului studiat prin formare de scoruri și a unui tablou general de evaluare.

Estimarea diferențelor dintre ratele obținute din variabile nominale a fost efectuată prin analiză inferențială cu aplicarea testului statistic z pentru două proporții dintr-un eșantion (z -test), care a oferit un calcul pentru intervalul de încredere de 95% a ratelor de interes și respectiv valoarea p (probabilitatea că ipoteza nulă (H_0) este adevărată). Pentru compararea grupelor cu un număr mai mare de doi a fost utilizat testul χ pătrat, fiind calculată valoarea p , care în cazul îndeplinirii condiției $p \leq 0,05$ a indicat prezența semnificației statistice a diferențelor relevate în răspunsurile furnizate de respondenți. Pentru determinarea puterii relațiilor dintre variabilele nominale a fost calculat indicele *Cramer's V*, care a permis (în funcție de gradul de libertate (df) corespunzător) categorisirea în asocieri cu efect minor, mediu și major.

Extrapolarea rezultatelor obținute a fost efectuată după aplicarea statisticilor inferențiale, care a inclus efectuarea evaluărilor estimative în baza intervalelor de încredere (ÎI) calculate

pentru nivelul de încredere de 95% după metodele Wald (cu condiția: distribuție normală, eșantioane mari, variabilă dihotomică) și Wilson (cu condiția: distribuție asimetrică, eșantioane mici). Suplimentar, estimarea legăturii dintre expunere (determinanții studiați) și rezultat (comportamente din trecut sau intenții pentru viitor) a fost făcută prin calcularea raportului șanselor (POR – *Prevalence Odds Ratio*) și a raportului prevalențelor (PR – *Prevalence Ratio*), ceea ce permite lansarea unor ipoteze pentru studiile ulterioare.

Cu scopul de a identifica predictorii posibili ai rezultatului (Y) corespunzător, a fost construite modele de regresie liniară în trepte cu eliminarea înapoi. Astfel, a fost construite patru variabile de rezultat dihotomice: dacă respondenții au fost complet vaccinați și dacă și-au vaccinat copiii conform programului de imunizări („Da” sau „Nu”) și, respectiv, dacă au intenții de a se vaccina ei înșiși sau pe copiii lor pe viitor. În calitate de predictorii au fost folosite elementele (subscalele) respective, controlate pentru vârstă, gen, zonă geografică, gradul de educație etc., pentru a prezice comportamentul specific în raport cu fiecare vaccinare din modelul de regresie respectiv. La fiecare pas, variabilele au fost eliminate pe baza valorilor p obținute, modelele fiind optimizate prin selectarea graduală a componentelor pentru a stabili o limită a numărului total de variabile incluse în modelul final, utilizând criteriile Akaike (*Akaike Information Criteria AIC*) și prin calcularea raportului șanselor (*Odds ratio*) și a intervalelor de încredere de 95% (CI₉₅). Pentru evaluarea bunătații modelului ajustat (*goodness-of-fit analysis*) s-a folosit coeficientul de determinare pseudo- R^2 Nagelkerke, iar pentru testarea multicolarității s-au calculat factorii de inflație a variației (VIF), interpretând valorile VIF <5 ca lipsa problemelor de multicolaritate.

2.3. Limitările studiului

O limitare importantă constă în faptul, că condițiile de stare de urgență în sănătatea publică în legătură cu pandemia COVID-19, în care s-a desfășurat colectarea datelor pentru în primele două sondaje, au condiționat modul de administrare a chestionarului (format electronic cu administrare on line) nu au permis obținerea eșantioanelor reprezentative pentru populația studiată (populația generală și lucrătorii din instituțiile medicale, respectiv) și trebuie să fie considerate ca non-probabilistice (de conveniență), ceea ce impune o atenție deosebită în interpretarea rezultatelor obținute și a concluziilor respective. Totuși, luând în considerare scopul urmărit de aceste studii – explorarea cantitativă primordială a unui fenomen necunoscut – eșantioanele obținute au fost suficiente pentru a permite încrucișarea datelor și stabilirea corelațiilor dintre diferite variabile (datele socio-demografice, elementele scalei 5C, comportamentele din trecut și intențiile pentru viitor etc.) [119-121].

O altă limitare este că eșantionarea s-a efectuat fără a lua în considerare teritoriile administrative din stânga Nistrului.

Colectarea datelor pentru toate sondajele efectuate a avut loc în perioada pandemiei COVID-19, ceea ce foarte probabil a influențat răspunsurile furnizate de către participanți. O atenție deosebită necesită interpretarea rezultatelor obținute în ultimul studiu (de bază), deoarece perioada respectivă s-a caracterizat printr-o stagnare generală pronunțată pentru vaccinarea anti-COVID-19 și pentru o bună parte de vaccinări din vârsta pediatrică – motiv pentru care au fost întreprinse unele măsuri de intensificare a procesului de vaccinare la nivel național. Efectul acestor măsuri ar fi putut să influențeze părerile participanților la studiu în ambele direcții – pro sau contra vaccinare.

Sinteza la capitolul 2

Designul și suportul metodologic. Tipul de design ales a permis determinarea situației curente (*snap shot*), care a urmărit scopul de descriere a fenomenelor existente, stabilirea asocierilor epidemiologice, precum și determinarea direcțiilor și ipotezelor de cercetare pentru viitor. Etapa de pregătire a inclus elaborarea, validarea și pretestarea unui instrument de diagnostic (chestionar) adaptat la contextul național pentru a fi aplicabil în condițiile Republicii Moldova. Metodologia folosită pentru elaborarea instrumentului de cercetare se bazează pe protocolul de adaptare a scalei 5C de evaluare a antecedentelor psihologice ale (non)vaccinării, elaborat de un grup de cercetători europeni (*Center for Empirical Research in Economics and Behavioral Sciences, University of Erfurt, Germany*) sub egida Grupului Consultativ Strategic de Experți în imunizări al OMS (*SAGE WHO*).

Studiul a evaluat determinanții psihosociali ai ezitării la vaccinare în relație cu comportamentele din trecut și intențiile pentru viitor ale intervievaților, a identificat subgrupurile populației vizate pentru intervenții specifice și a contribuit la elaborarea unor recomandări pentru proiectarea unor intervenții bazate pe dovezi științifice.

Pentru atingerea scopului și obiectivelor trasate, cercetarea s-a desfășurat în câteva etape, pe parcursul cărora au fost combinate mai multe tipuri de design:

1. Studiul calitativ – au fost organizate focus grupuri cu medici specialiști în diferite domenii, focus grupuri cu specialiști în sănătate publică și interviuri individuale (manageri în sănătate publică).
2. Studiul de validare a chestionarului a inclus: a) elaborarea (traducerea și adaptarea la contextul național) instrumentului de diagnostic (chestionar standardizat); b) validarea propriu-zisă a chestionarului, realizată pe un eșantion de conveniență eterogen de >300 de

persoane (părinți/tutori de copii cu vârsta de până la 18 ani) cu scopul evaluării fiabilității, validității de construct și a validității concurente a chestionarului adaptat la necesitățile studiului; c) pretestul calitativ (cinci interviuri individuale pentru perfecționarea instrumentului de cercetare).

3. Studiu-pilot de tip observațional descriptiv transversal, realizat pe același eșantion cu scopul de pretestare a instrumentului și de obținere a informațiilor necesare pentru revizuirea chestionarului și organizarea studiului în faza următoare.
4. Studiu observațional descriptiv transversal cu elemente de analiză calitativă și cantitativă, realizat pe eșantion nonprobabilistic al populației pentru evaluarea caracteristicilor și a determinanților-cheie ai ezitării la vaccinare la lucrătorii medicali.
5. Studiu observațional descriptiv transversal (de prevalență) cu elemente de analiză calitativă și cantitativă, realizat pe eșantion reprezentativ al populației pentru evaluarea prevalenței, caracteristicilor și a determinanților-cheie ai ezitării la vaccinare la părinți/tutorii de copii cu vârsta de până la 18 ani.

3. IDENTIFICAREA PARTICULARITĂȚILOR EZITĂRII LA VACCINARE ÎN CONTEXTUL NAȚIONAL ȘI VALIDAREA SCALEI 5C DE EVALUARE A DETERMINANȚILOR PSIHOSOCIALI AI EZITĂRII

3.1. Metodologia de adaptare și de validare a instrumentului de studiu

Explorarea determinanților (non)vaccinării (studiu calitativ). Focus grupurile și interviurile individuale au fost realizate în noiembrie-decembrie 2019 și au avut ca scop identificarea determinanților ezitării la vaccinare pentru verificarea aplicabilității chestionarului original și/sau a necesității modificării acestuia prin adăugarea sau eliminarea unor elemente.

În această fază a studiului s-au organizat: trei ședințe de *focus group*, fiecare cu câte 10-11 medici specialiști în diferite domenii (reprezențați de medici și specialiști de profil înalt în diferite domenii care își fac studiile de masterat la Școala de Management în Sănătate Publică), un focus grup cu cinci specialiști în domeniul sănătății publice și două interviuri individuale cu manageri responsabili pentru politici de imunizări – toți din cadrul Agenției Naționale pentru Sănătate Publică. Ghidul de interviu standardizat, pus la dispoziție de autorii chestionarului original, a fost tradus și adaptat la contextul autohton și a cuprins 6 teme centrate pe evaluarea opiniei părților interesate (*stakeholders*) referitor la antecedentele psihologice ale ezitării la vaccinare (anexa 6).

Discuțiile au fost moderate de către autor și au avut o durată medie de circa o oră. La începutul discuțiilor, toți participanții au fost informați despre scopul studiului, metodele chestionarului original, a fost tradus și adaptat la contextul național și a cuprins șase teme centrate pe evaluarea opiniei părților interesate (*stakeholders*) referitor la antecedentele psihologice ale ezitării de colectare și de prelucrare a datelor obținute, după ce au completat un formular cu un minim de date personale și au semnat acordul de participare la studiu. Conținutul discuțiilor a fost înregistrat în modalitatea audio și transcrisă ulterior în format electronic (document Microsoft Word) pentru facilitarea analizei manuale prin selectarea temelor și a subtemelor discutate în cadrul ședințelor. După citirea transcrierilor cu aplicarea sistemului de codificare au fost identificate unele constatări, pe marginea cărora au fost formulate concluziile corespunzătoare pentru fiecare din subiectele discutate.

Studiu de validare a chestionarului. Validarea chestionarului a fost efectuată conform protocolului de adaptare a scalei 5C de evaluare a antecedentelor psihologice ale vaccinării care prevede două faze: 1) traducerea și adaptarea la contextul socio-demografic și cultural specific pentru fiecare țară și 2) validarea scalei traduse și eventual modificate prin adăugarea unor

elemente noi. Respectarea protocolului sugerat de autori va asigura comparabilitatea datelor obținute după aplicarea instrumentului dat în cadrul studiilor efectuate în diferite contexte la nivel național și internațional, în pofida prezenței unor diferențe de conținut.

Faza I

Traducerea a fost efectuată de către doi traducători independenți: primul – din engleză în română și al doilea – din română în engleză. Această procedură a permis confruntarea elementelor originale cu cele traduse și identificarea diferențelor semantice apărute.

Evaluarea de către experți a avut ca scop o valorificare riguroasă a corespunderii elementelor traduse cu definițiile antecedentelor incluse în scală. În calitate de experți, au fost consultați membrii Școlii de Management în Sănătate Publică (cercetători în domeniul sănătății publice, a epidemiologiei și a științelor sociale și comportamentale), responsabili pentru politici de imunizări din cadrul Agenției Naționale pentru Sănătate Publică, dirigenți de clinici (Spitalul Clinic Municipal de Ftiziopulmonologie și Spitalul Clinic Municipal Boli Contagioase la Copii) și masteranzii anului I și II ai Școlii de Management în Sănătate Publică – medici și specialiști de profil înalt în alte domenii, a căror activitate este legată nemijlocit cu sistemul de ocrotire a sănătății din Republica Moldova.

Pre-testul calitativ a fost efectuat prin distribuirea chestionarului tradus și adaptat la un grup redus de participanți (n=5) cu realizarea unui interviu cognitiv după îndeplinirea chestionarului pentru a obține un feedback referitor la aspecte precum și comprehensiunea conținutului, inducerea în eroare sau crearea confuziilor în cadrul chestionării, cu aportarea, la necesitate, a unor modificări [119].

Faza II

Elaborarea instrumentului de studiu a cuprins traducerea și adaptarea întrebărilor la contextul autohton, pre-testul calitativ și validarea/testarea fiabilității (*Cronbach α*), validității de construct (analiza corelațională) și validității concurente (regresia liniară și logistică multiplă). Varianta finală a chestionarului (Anexa 4) conține:

- informații generale destinate persoanelor care vor participa la studiu despre scopul cercetării, utilitatea ei practică și păstrarea confidențialității;
- consimțământul informat pentru participare la sondaj;
- partea cu datele socio-demografice ale participanților (zece întrebări);
- scala 5C, care conține câte trei întrebări pentru fiecare din cele cinci antecedente (15 întrebări);

- întrebări pentru determinarea comportamentelor precedente și a intențiilor pe viitor, referitoare la vaccinarea proprie și/sau a copiilor intervievaților (14 întrebări);
- alte întrebări componente ale constructelor de validare (33 de întrebări)
- partea finală cu informații suplimentare și mulțumiri.

Distribuirea chestionarelor și colectarea materialelor a avut loc în perioada mai-iunie 2020. Chestionarul a fost realizat în *Google forms* administrat *on line* prin plasarea invitației de participare și a link-ului de acces pe diferite platforme de socializare, inclusiv grupurile închise de Facebook „Ask a Mom” și „Vaccinare: DA sau BA”.

Obiectivul acestei faze a fost testarea fiabilității, validității de construct și validității concurente a chestionarului. În determinarea numărului de respondenți și a structurii eșantionului s-a ținut cont de recomandările pentru studiile de validare, care sugerează că acest tip de studii se concentrează pe stabilirea corelațiilor (în cazul nostru - între antecedentele 5C și constructele de validare) și nu pe distribuția într-o populație și de aceea nu este necesară utilizarea unui eșantion reprezentativ al populației studiate, fiind suficient un eșantion de conveniență eterogen [95]. Volumul eșantionului recomandat pentru realizarea acestui tip de studii este de cel puțin 300 de participanți, ceea ce ar permite detectarea corelațiilor mici ($r = 0,2$) cu o putere de cel puțin 95% [96, 97].

Fiabilitatea (*reliability*) este un mod de evaluare a coerenței interne a scalei aplicate, adică în ce proporție o totalitate de elemente reprezintă același construct. Astfel, după recodificarea unor elemente, pentru fiecare subscală 5C a fost calculat indicele *Cronbach α* și efectuată o analiză a sensibilității utilizând procedura „dacă item-ul ar fi fost eliminat” – pentru fiecare din antecedentele 5C s-a evaluat indicele *Cronbach α* în cazul dacă itemul corespunzător ar fi fost eliminat. Această tehnică a permis evaluarea necesității de eliminare sau de substituire a unor componente ale scalei în funcție de contextul cultural sau epidemiologic examinat.

Validitatea de construct a fost evaluată calculând coeficientul de corelație *Pearson* dintre constructele 5C și constructele de validare respective, comparând ulterior valorile obținute cu cele recomandate de autorii scalei originale.

Validitatea concurentă a fost evaluată pentru determinarea validității predictive (*predictive validity*) a antecedentelor 5C, adică a capacității acestora de a prezice comportamentele anterioare (vaccinările efectuate în trecut) și intențiile pentru viitor referitoare la vaccinări. Pentru fiecare variabilă dependentă a fost realizată o analiză de regresie liniară (pentru numărul cumulativ de vaccinări deja efectuate) sau logistică (pentru intențiile de a se vaccina sau de a-și vaccina copilul cel puțin în viitorul apropiat). Datele demografice au fost adăugate la modelele de regresie

în calitate de predictorii pentru pasul I al analizei, iar toate antecedentele 5C – pentru pasul II. În ambele faze, pentru fiecare din predictorii a fost confruntată creșterea coeficientului de determinare *Nagelkerke's R²*, adică creșterea efectului (a procentului din varianța totală explicată).

3.2. Caracteristica generală a studiului-pilot

Studiul-pilot de tip observațional descriptiv transversal selectiv, a urmărit scopul de pretestare a instrumentului și de obținere a informațiilor necesare pentru revizuirea chestionarului și organizarea studiului în faza următoare.

Chestionarele acumulate la etapa precedentă (faza II) au fost supuse unei analize cu intenția de pretestare a instrumentului de studiu și de obținere a informațiilor necesare pentru revizuirea lui și pentru organizarea la etapa următoare a sondajului propriu-zis de evaluare a determinanților (non)vaccinării.

Numărul minim de respondenți a fost calculat conform metodologiei standard pentru studiile descriptive (formula pentru populațiile mari sau necunoscute):

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \times p(1-p)}{e^2} \quad (1)$$

unde

$Z_{\alpha} = 1,96$ (pentru un nivel de încredere de 95%)

p – probabilitate de apariție a fenomenului cercetat (valoarea conservativă $p = 0,5$)

e – marja de eroare ($e \leq 0,05$)

n – volumul eșantionului reprezentativ

La rezultatul obținut din formula de bază a fost aplicat coeficientul pentru rata de non-răspuns, calculat conform formulei:

$$k = \frac{1}{1-f} \quad (2)$$

unde f este rata de non-răspuns (presupusă de 10%).

Aplicând formulele respective s-a obținut valoarea de 426,4 sau un minim de 427 de intervievați necesari pentru realizarea studiului.

Caracteristicile socio-demografice au inclus genul, vârsta, locul și mediul de trai, studiile finalizate de către respondent și, eventual, de către al doilea părinte, statutul ocupațional, venitul mediu per familie, numărul și vârsta copiilor prezenți în nucleul familial etc. O categorie aparte în cadrul analizei a fost reprezentată de către lucrătorii instituțiilor medicale în raport cu studiile și cu funcțiile deținute. Pentru fiecare din aceste categorii au fost evaluate diferențele relevate în răspunsurile furnizate cu determinarea semnificației statistice (testul χ^2) și a relațiilor existente între variabilele observate (*Pearson's r*).

Factorii determinanții comportamentali ale (non) vaccinării (*Convingere, Confort, Constrângeri, Calcul și Responsabilitate colectivă*) au fost mășurați cu ajutorul scalei validate. Pentru fiecare dintre aceste antecedente psihologice, respondenții și-au manifestat gradul de acord pe o scală *Likert* de 5 puncte (1 = dezacord categoric, 2 = dezacord moderat, 3 = părere neutră, 4 = de acord moderat, 5 = de acord categoric).

Comportamentele referitoare la vaccinările din trecut au fost evaluate în baza datelor anamnestice autodeclarate cu privire la efectuarea în ultimii ani a vaccinărilor recomandate (statutul de vaccinare anti-diftero-tetanică, antigripală și/sau cu vaccinurile recomandate pentru grupurile de risc) pentru părinții-respondenți la chestionar și a vaccinărilor recomandate conform vârstei atinse - pentru copiii acestora. Datele obținute au fost dihotomizate („vaccinat” =1 sau „nevaccinat” =0) în funcție de atingerea obiectivului de vaccinare completă. Statutul real de vaccinare nu a fost verificat deoarece chestionarele au fost anonime.

Intențiile de vaccinare pentru viitor au fost evaluate în baza răspunsurilor la întrebările corespunzătoare, dihotomizate în „se va vaccina fără nicio îndoială” sau, corespunzător, „își va vaccina copilul fără nicio îndoială” (=1), alte variante de răspuns fiind categorisite ca răspuns negativ (=0)

Din răspunsurile obținute la întrebările de evaluare a validității de construct din cadrul procedurii de validare a chestionarului au fost explorate și alte bariere sau factori favorizanți ai vaccinării precum cunoștințele despre vaccinări, nivelul de încredere în furnizorii serviciilor de sănătate sau în instituțiile de profil, și unele aspecte comportamentale ca percepția riscului (în general), invulnerabilitatea, modul de deliberare, conștiinciozitatea, orientarea comunitară, empatia etc. Pentru măsurarea fiecărui din aceste elemente a fost utilizată scala *Likert* de cinci puncte (1 = dezacord categoric, 2 = dezacord, 3 = părere neutră, 4 = acord, 5 = acord categoric), utilizând același tip de analiză.

Analiza statistică a fost efectuată în Microsoft Excel și în SPSS. Statisticile descriptive și inferențiale au fost calculate din date brute. Acordul cu afirmațiile din chestionar a fost măsurat

utilizând scala *Likert* de cinci puncte, datele descriptive fiind raportate sub formă de raport procentual al numărului de persoane care au fost de acord/în dezacord categoric (în funcție de sensul afirmației sau de întrebarea corespunzătoare), evidențiind astfel nu numai prezența sau absența dubiilor referitor la vaccinare, dar și intensitatea manifestării acestora, în context cu definiția ezitării la vaccinare.

Pentru identificarea factorilor asociați cu comportamentele precedente și intențiile pro sau contra vaccinare pentru viitor (pentru ei înșiși sau pentru copiii lor) a fost efectuată o analiză de regresie logistică. Cu acest scop au fost construite patru variabile de rezultat dihotomice: dacă respondenții au fost complet vaccinați și dacă și-au vaccinat copiii conform programului de imunizări („Da” sau „Nu”) și, respectiv, dacă au intenții de a se vaccina pe viitor ei înșiși sau pe copiii lor.

La primul pas, fiecare din modelele inițiale a conținut în calitate de covariate vârsta, genul și gradul de școlarizare a respondenților, iar la pasul următor – ca covariate s-au inclus antecedentele scalei 5C. Ulterior, modelele au fost optimizate prin selectarea graduală a componentelor utilizând criteriile *Akaike* (*Akaike Information Criteria AIC*) și prin calcularea raportului șanselor (*Odds ratio*) și a intervalelor de încredere de 95% (CI_{95}). Pentru evaluarea bunei potriviri a modelului ajustat (*goodness-of-fit analysis*) s-a folosit coeficientul de determinare *pseudo- R^2 Nagelkerke*, iar pentru testarea multicoliniarității au fost calculați factorii de inflație a variației (*VIF*), interpretând valorile $VIF < 5$ ca lipsa problemelor de multicoliniaritate.

3.3. Validarea scalei 5C a determinantilor psihologici ai ezitării la vaccinare

3.3.1. Explorarea calitativă a determinantilor (non) vaccinării

Determinanții psihosociali ai (non) vaccinării prezenți în populația Republicii Moldova au fost capturați prin intermediul discuțiilor de grup și individuale cu părțile interesate (*stakeholders*). În procesul de evaluare au fost urmărite recomandările protocolului de validare a scalei 5C folosind ghidul de interviu standardizat tradus și adaptat la contextul autohton. Structura și conținutul ghidului pot fi vizualizate în anexa 8. Discuțiile au fost organizate și petrecute cu medicii specialiști în diferite domenii (inclusiv medici de familie) și cu specialiștii și managerii în domeniul sănătății publice în incinta Școlii de Management în Sănătate Publică (USMF „Nicolae Testemițanu”) și în subdiviziunile Agenției Naționale de Sănătate Publică. În total au participat 39 de specialiști.

Primul argument discutat (*ice breaker*) a fost percepțiile participanților atunci când se vorbește despre imunizări (în general) sau doar despre anumite vaccinuri. Asocierile percepute au fost clasificate în pro- și contra vaccinare. Grupul asocierilor pozitive (provaccinare) se concentrează în jurul unor noțiuni ca protecția, dobândirea imunității, necesitate, responsabilitate, toate referindu-se la vaccinările la vârsta pediatrică și condiționate de rolul părinților în creșterea și dezvoltarea sănătoasă, fără primejdii a propriilor copii.

„Văd vaccinările ca ceva cum ar fi alimentele – necesar, util, numai că mai rar.” (medic ginecolog)

„Eu personal aș vaccina copilul meu fiind că cred că aceasta ar fi cea mai bună ieșire din situație – de protejare, de prevenire a unor maladii ce ar putea să reapară.” (medic ATI)

Au fost reținute ca importante și unele aspecte precum protejarea contra anumitor boli, succesele obținute la nivel mondial prin implementarea programelor de imunizări și experiențele recente cu privire la bolile prevenibile prin vaccinare:

„Când este vorba de vaccinări mă gândesc la variolă, poliomielită, difterie, care astăzi deja nu mai sunt așa de prezente.” (medic stomatolog)

„Eu am văzut personal ce se întâmplă dacă nu vaccinezi și tot timpul dau ca exemplu acest caz: copii-gemeni, nevaccinați până la 5 luni din motive „medicale”, la care ei fac o tuse convulsivă confirmată. Părinții s-au chinuit 1,5-2 luni cu tusea convulsivă la copii și la alți membri a familiei.” (medic de familie)

Asocierile negative (antivaccinare) se orientau spre temerile sau experiențele proprii sau ale altor părinți în ce privește reacțiile postvaccinale, preocupările pentru calitatea vaccinurilor și, în general, a serviciilor propuse de instituțiile de stat, necesitatea administrării obligatorii a acestora ca număr, în funcție de vârsta prea mică a copilului, de părerile și, mai ales, de exemplul personal al medicilor specialiști, care deseori sunt contradictorii sau puțin convingătoare.

„La primul copil am avut un vaccin administrat în picior. După aia copilul a avut dureri mari în picior, cu edem, aproape o săptămână l-a târât din urmă din cauza durerii. Am suferit și eu ca mamă, văzându-l în așa situație. Dar nu a fost un impediment să fac la timp aceleași vaccine la al doilea copil – ambii mei copii sunt vaccinați conform calendarului.” (medic terapeut)

„Iată, spre exemplu, vaccinul BCG – el se administrează într-un loc anumit, într-un termen anumit și într-o doză anumită. Dar când îți vine un copil cu abces rece la fesă poate să-ți vie să te gândești „da ce căuta vaccinul acolo?” (manager, medic terapeut)

„Sunt multe contraindicații false din partea specialiștilor, cu care noi ne confruntă. Mulți din ei nu sunt bine instruiți și atunci când un specialist îi spune unei mame: „Tu nu trebuie să faci vaccina”, atunci medicul de familie nu mai are cum de făcut...” (medic de familie)

„Am o cunoștință – ea-i medic neonatolog, spre regret de specialitate. Primul copil este vaccinat, al doilea – așa a hotărât ea – ca să nu fie vaccinat. Evident că în cartelă vaccinuri are, într-un fel – le-a bifat...” (medic ATI)

„Persoane cu influență, care ar trebui în principiu să fie vaccinate, singuri nu au încredere în ceea ce fac. Păi eu tot nu aș avea încredere. Ca când te duci la cineva acasă și îți propune ceva să mănânci, dar el nu mănâncă, eu nu cred, doar de să fiu foarte și foarte flămândă, că voi putea să mănânc. Nu o să mănânci, pur și simplu ți-i în grijă.” (medic chirurg)

Următorul argument abordat a fost antecedentul *Convingere*, care se referă la sentimentul de încredere a persoanelor de a se putea baza pe cineva sau pe ceva. În cadrul fiecărei discuții, participanții au menționat existența în rândul populației generale (inclusiv lucrătorii medicali) a unui nivel scăzut de încredere în eficacitatea și siguranța vaccinărilor, în sistemul care le livrează (inclusiv fiabilitatea și competența serviciilor de sănătate și a profesioniștilor din domeniul sănătății). Mulți participanți au pus în discuție corectitudinea motivațiilor factorilor de decizie cu privire la practicile vaccinale. Importanța acestor constatări poate fi amplificată, luând în considerare faptul că respondenții sunt lucrători medicali.

„Lumea nu acceptă vaccinurile pentru că: din păcate se mai întâlnește tehnica eronată de administrare a vaccinului. Eu personal când mi-am vaccinat copilul la 7 ani, s-a făcut cu metoda în fesă... Deci am avut justa intervenție. Asta se mai întâmplă, cât a fi de eronat – mult depinde de abilitatea personalului medical de a administra vaccinele” (medic de familie)

„Pentru ca să fie încredere în calitatea vaccinului, trebuie să fie încredere în faptul că cei care decid procurarea unui vaccin, o să-l procure pe cel mai bun, dar nu pe cel pentru care o să aibă beneficiu la prezent... Atâta timp cât la noi corupția este la nivelul la care este, nu poți să ai încredere că principiul „Noi procurăm pe cel mai ieftin” este întotdeauna principiul „Noi îl procurăm pe cel mai bun”. (manager)

„Noi am avut vaccinuri nu numai din India. Am avut și japonez, și din Franța, am avut vaccinuri că au dat un nivel foarte înalt de complicații postvaccinale BCG și am avut câteva picuri de complicații post vaccinale, chiar destul de multe pe țară. Tot noi, ca spital, și cu serviciul de sănătate publică, am alertat despre ce vaccinuri să aducă și vaccinurile au fost schimbate și apoi am arhivat problema făcută publică.” (manager)

„Da eu am evitat din simplu motiv - că vaccinele sunt aduse în plin sezon de gripă. Dacă ar fi aduse în septembrie, octombrie, în martie, eu chiar nu aș evita și aș promova. Dar când se aduce când toți sunt bolnavi... Eu din motivul asta evit.” (medic terapeut)

Majoritatea intervievaților au menționat că este foarte răspândită percepția eronată a riscurilor (i.e., elementul *Confort*) – un alt factor relevant responsabil pentru acceptarea scăzută a vaccinărilor în rândul populației generale. Percepția riscului bolilor prevenibile prin vaccinare este inadecvată, iar vaccinările nu sunt văzute ca o acțiune preventivă necesară. Faptul că persoanele nu cunosc, nu înțeleg și nu percep în mod adecvat riscul bolilor prevenibile prin vaccinare, punându-l pe același cântar cu riscurile (inevitabile) comportate de anumite vaccinuri sau de procedurile de vaccinare, joacă un rol decisiv în procesul de luare a deciziilor eronate cu privire la vaccinare. Participanții la focus-grupuri au pus accent pe faptul că multe persoane, cu care ei se întâlnesc în cadrul activității profesionale, nu se simt amenințate de boli infecțioase (risc perceput scăzut), nu văd vaccinarea ca pe ceva ce majoritatea oamenilor fac sau ar trebui să facă, sunt mai orientate spre rezultatele imediate decât spre cele de viitor și preferă comportamente cu riscuri crescute, simțindu-se invulnerabile.

„Dar eu nu vaccinez (ndr. fiica cu HPV) din cauza că e o patologie care poate fi depistată. În cazul când femeia sau fata este educată sexual, atunci riscu-i foarte mic. Este o

patologie a unui organ care, făcând analize regulate, poți să depistezi patologia în stadii precocă și poate fi tratată.” (medic ginecolog)

„Metoda de screening este o metodă de profilaxie. Eu, fiind ginecolog, mă gândesc că dacă persoana dată de genul feminin este responsabilă și odată la trei ani își face Pap-testul, atunci ea practic nu este în grupul de risc și chiar dacă este – sunt careva devieri, la un moment se pot foarte ușor trata. Dar principalul – să fie educată responsabilă.” (medic ginecolog)

„Eu odată m-am vaccinat și imediat, peste 2-3 zile am făcut o stare de febră, că nu puteam să ies, după care am evitat (ndr. râzând) – nici nu mă vaccinez, dar nici nu mă îmbolnăvesc”. (Medic terapeut)

Următorul aspect important, evidențiat în cadrul discuțiilor, reprezintă elementul *Constrângeri* – existența barierelor psihologice sau structurale în luarea deciziei provaccinare și transformarea intenției într-un comportament efectiv. Stresul cotidian, dificultățile logistice în obținerea vaccinărilor sau în relaționarea cu lucrătorii medicali, capacitatea joasă de a înțelege (limbajul și *health literacy*) a persoanelor, lipsa autocontrolului reprezintă „elemente-cheie”, care împiedică implementarea intențiilor de vaccinare într-un comportament. Majoritatea absolută a participanților a indicat lacune în procesul de comunicare cu pacienții din cauza capacității lor reduse de înțelegere. De asemenea, există bariere cum ar fi orarele incomode și, uneori, timpul îndelungat de așteptare la centrele de vaccinare. Alternativa obținerii vaccinărilor la centrele private este văzută ca o perspectivă pozitivă reieșind din importanța obținerii rezultatului final – o acoperire vaccinală cât mai largă. Specialiștii și managerii în sănătate publică au indicat o acceptare mai dificilă a vaccinărilor printre persoanele care percep aceste tip de bariere, caracterizate ca persoane cu o autoeficiență scăzută, presate de lipsa timpului și copleșite de dificultățile zilnice, mai ales de accesul necorespunzător la îngrijiri medicale.

„Rețin că este importantă crearea unui raport de încredere cu medicul de familie, dar care trebuie să fie bine privită și să aibă o bază. Nu se vine la medic doar la vaccinare sau când te cheamă și îl vezi pentru prima dată.” (medic ginecolog)

„Când vaccinul era la serviciu, adică când era distribuit prin instituțiile medicale, mă mai vaccinam, dar de când este la medicul de familie – categoric nu mă vaccinez, că nu dispun de timp pentru ca să-mi fac procedura. Chiar nu dispun de timp.” (medic terapeut, referitor la vaccinul antigripal)

„Și când te trimite medicul la vaccinuri, el nu trebuie să-ți spună: „Du-te, că ai ROR” sau „Du-te, că ai AKDC”... Trebuie să-ți lămurească pentru ce fel de boli tu te duci să vaccinezi copilul.” (o mamă, medic)

Majoritatea absolută a participanților au indicat, atât pentru pacienții lor, cât și pentru ei înșiși în calitate de părinți, prezența unui adevărat trend cu privire la implicarea motivată a persoanelor în căutarea extinsă a informațiilor (elementul *Calcul*), mai ales din surse ușor accesibile, dar de o calitate îndoielnică. Pentru a lua o decizie mai bună, persoanele compară riscurile de infecție și cele legate de vaccinări, indiferent de capacitatea lor de procesare a numerelor (*numeracy*). Aceste comparații duc la o percepție disproporționată a riscurilor legate de vaccinare. În calitate de lucrători medicali, participanții au manifestat stiluri cognitive deliberative de luare a deciziilor, evitând de a supune la riscuri suplimentare pe ei înșiși sau pe alții. În rândul populației generale, după părerea lor, aceste tendințe de protejare a semenilor se întâlnesc destul de rar.

„Am o cunoștință, - ei au al treilea copil, și ea-i categorică împotriva vaccinării și încă asta-i așa poziția ei. Ea s-a documentat în surse – internet, ea totul citește în internet - și a găsit scris că nu trebuie de vaccinat pentru că dau multe reacții adverse și de asta ea categoric nu vaccinează.” (medic stomatolog)

„Eu de recent mi-am vaccinat fetița contra Papillomavirus. M-am gândit foarte mult - să fac pasul asta, să nu-l fac... Chiar fiind medic, am fost influențată și pozitiv, și negativ din partea persoanelor nu din aria medicinei și chiar a colegilor mei medici de orice specialitate. Atunci am luat și am încercat singură să mă informez despre vaccin.” (medic reanimatolog)

„Referitor tot la vaccina asta (ndr. HPV), am găsit studii pro și contra, ce ține de vaccinarea fetițelor. Eu nu vaccinez și nici nu promovez acest vaccin. Chiar la capitolul acesta femeia are dreptul să decidă! Că literatură este, poftim informează-te și nu-i o boală care pot s-o eie vorbind cu cineva sau mâncând dintr-o farfurie.” (medic ginecolog)

„Eu nu vaccinez din cauza că e o patologie care poate fi depistată. În cazul când femeia sau fata este „educată” sexual, atunci riscu-i foarte mic. Este o patologie a unui organ care făcând analize regulate poți să depistezi patologia în stadii precoc” (medic ginecolog)

Elementul *Responsabilitate colectivă*. Absolut în toate discuțiile a fost menționat faptul că persoanele sunt puțin disponibile să manifeste comportamente prin care ar proteja persoanele din anturaj, în special atunci când este vorba despre vaccinarea personală sau a copiilor. Cu toate

că există persoane dispuse să se vaccineze nu doar din interes personal, numărul celor cărora nu le pasă de nimeni sau nu doresc să se vaccineze pentru beneficiul altora este cu mult mai mare. Conceptul de imunitate colectivă este foarte puțin cunoscut și ignorat, dar nu atunci când se poate profita de un beneficiu personal din comportamentul responsabil al altor persoane, deseori considerate cu carență de inteligență. Această formă de conviețuire în societate poartă numele de *free-riding*.

Eu cred că noi în primul rând ne gândim fiecare la noi și la copilul nostru și în ultima instanță mă gândesc la cei din jurul meu... asta este – egoismul de fiecare.” (medic de familie)

„Ei, în cazul dat, îți pui, așa să spunem, pielea ta proprie pentru cineva. Nu, pentru poporul nostru vaccinarea ar fi nu așa de des acceptată. Te protejezi pe tine însuși și pe cei din jur, adică pe tine însuși.” (medic terapeut)

„Cred că asta-i ultimul la care se gândește o persoană, cu toate că se vaccinează. Nu m-am gândit să mă vaccinez ca să nu îmbolnăvesc pe cineva și cred că e un punct, care nu prea s-a discutat, nu a fost răspândit.” (medic ginecolog)

„Ei nu-s responsabili de propria sănătate, mama – de sănătatea copilului său! Ce să vorbim de sănătatea colegului, vecinului de la grădiniță sau din clasă?” (medic reanimatolog)

Au fost relevate și alte momente tipice pentru contextul național. De exemplu, unii părinți nu-și vaccinează copiii, făcând escamotaje pentru a înscrie vaccinurile în fișa medicală. Astfel se evită discuțiile cu medicul de familie și problemele la admiterea copiilor în instituțiile de învățământ.

„Lumea face doar vaccinurile necesare pentru a fi admiși la grădiniță. Despre altele – nici nu vrea să audă.” (medic de familie)

„Mamele vaccinează copiii atunci când trebuie să îi ducă la grădiniță. Dau analize, văd dacă totul e bine și numai atunci vaccinează copilul.” (medic terapeut)

„La moment ce există posibilitatea de a obține certificatul fără să fie vaccinat, o bună parte din părinți optează pentru asta. În momentul când nu ar fi, eu cred că atitudinea față de vaccinare s-ar schimba.” (manager, medic cu stagiu)

„Nu este atât de obligatoriu din partea managerilor instituției – nu bat asupra vaccinării adulților, cât la copii. Poate este sau ar fi o problemă stimularea materială – în indicatorii de

performanță sunt incluși copiii, dar nu sunt maturii. Și atunci, se lasă așa cum este, dacă-l prinzi la tine în cabinet și vezi că-i din anul respectiv pentru vaccinare – îl mai trimiți, dacă nu – nu se mai ocupă nimeni cu chemarea pacienților” (medic de familie)

3.3.2. Evaluarea fiabilității, validității de construct și concurențe a chestionarului

Scopul urmărit în această fază a fost evaluarea validității și fiabilității conținutului scalei 5C, implicând constructele psihologice suplimentare. Pentru analiza datelor, unele argumente au fost recodificate.

Fiabilitatea. În calitate de indicator al fiabilității a fost calculat indicele Cronbach α pentru fiecare din cele cinci constructe de bază. Primii trei itemi ale scalei au evaluat constructul subscalei *Convingere* cu o fiabilitate de Cronbach α de 0,874. Analiza corelațională inter-item a stabilit prezența relațiilor puternice între variabile ($r = 0,785, 0,634$ și $0,692$, corespunzător). Pentru constructul *Confort* a fost determinată o fiabilitate de Cronbach α de 0,893, cu relații puternice între variabile ($r = 0,716, 0,713$ și $0,790$, corespunzător); pentru constructul *Constrângeri* – de 0,803, cu relații puternice între variabile ($r = 0,593, 0,551$ și $0,600$, corespunzător); pentru constructul *Calcul* – de 0,757, cu relații mai puțin puternice, dar satisfăcătoare între variabile ($r = 0,565, 0,550$ și $0,472$, corespunzător); pentru constructul *Responsabilitate colectivă* – de 0,761, cu relații puternice între variabile ($r = 0,444, 0,513$ și $0,637$, corespunzător). În cadrul analizei sensibilității prin procedura „dacă itemul este eliminat” nu au fost determinate motive pentru eliminarea/substituția elementelor din constructul corespunzător.

Validitatea de construct. Relațiile dintre constructele psihologice relevante pentru variabila *Convingere* au fost foarte semnificative ($p \leq 0,001$). Corelații puternice pozitive cu efecte foarte mari ($r^2 > 0,51$) și mari ($0,30 \leq r^2 \leq 0,50$), care explică $> 25\%$ din varianța totală, au fost determinate între această variabilă și atitudinile către vaccinări ($r = 0,868$), cunoștințele posedate ($r = 0,535$) și încrederea în furnizorii serviciilor de sănătate ($r = 0,554$). Încrederea în instituțiile care iau decizii cu privire la politicile de sănătate a corelat puțin mai slab ($r = -0,411$) și în sensul negativ, fiind totuși considerată cu efecte mari, explicând între 9% și 25% din varianța totală (tabelul 3.1). Relații puternice cu efecte foarte mari s-au determinat și pentru *Constrângeri* versus unele bariere structurale și psihologice în realizarea intențiilor de vaccinare într-un comportament, așa cum ar fi stresul cotidian ($r = 0,848$), necesitatea depunerii unui efort considerabil pentru a obține o vaccinare ($r = 0,873$), dar și percepția disconfortului în prezența furnizorilor de servicii de sănătate.

Tabelul 3.1. Corelații dintre elementele scalei 5C și constructele pentru validare

Convingere			
Atitudini	Cunoștințe	Încredere în furnizori	Încredere în instituții
$r = 0,868$	$r = 0,535$	$r = 0,554$	$r = -0,411$
$p = 0,000$			
Confort			
Riscul perceput pentru boli prevenibile prin vaccinare		Riscul perceput pentru orice problemă de sănătate	Invulnerabilitate
$r = -0,451$		$r = -0,451$	$r = -0,275$
$p = 0,000$			
Constrângeri			
Stresul de rutină	Dificultăți logistice	Disconfort în prezența medicului	Control comportamental
$r = 0,848$	$r = 0,873$	$r = 0,824$	$r = -0,317$
$p = 0,000$			
Calcul			
Cântărire beneficii vs. riscuri		Mod deliberativ de luare a deciziilor	Conștiinciozitate
$r = 0,834$		$r = 0,470$	$r = 0,212$
$p = 0,000$			
Responsabilitate colectivă			
Orientare comportamentală <i>free-rider</i>		Orientare comportamentală comunitară	Empatie
$r = 0,812$		$r = 0,180$	$r = -0,103$
$p = 0,000$		$p = 0,000$	$p = 0,028$

Același tip de relații s-au stabilit și între *Calcul* și preferințele de cântărire a riscurilor și a beneficiilor comportate de către imunizări ($r = 0,834$) și între *Responsabilitatea colectivă* și Orientarea comportamentală de tipul *free-rider* ($r = -0,812$). Relații puțin mai slabe, dar cu efecte mari, au fost stabilite între elementele scalei *Confort* versus riscul perceput pentru unele boli prevenibile prin vaccinare ($r = -0,451$) și între *Calcul* versus tipul comportamental deliberativ, efectul exercitat fiind și aici considerat ca mare. Cea mai slabă corelație a fost obținută între

Responsabilitate colectivă și nivelurile de empatie. Indicele de corelație determinat în acest caz a fost doar de 0,103 ($p \leq 0,001$).

Valabilitate concurrentă. În majoritatea cazurilor, corelații semnificative ($p \leq 0,01$) au fost determinate între cele cinci elemente ale scalei 5C versus comportamentele precedente și intențiile de vaccinare pentru viitor (tabelul 3.2). Direcția relațiilor statistice stabilite corespunde cu cele teoretic așteptate (pozitivă pentru subscalele *Convingere* și *Responsabilitate colectivă* și negativă pentru subscalele *Constrângeri*, *Confort* și *Calcul*). Coeficientul de corelație *Pearson* a variat între $r = 0,147$ și $r = 0,649$, $p < 0,001$). Pentru subscala *Calcul* nu a fost atins nivelul de semnificație statistică ($p > 0,05$) pentru corelațiile cu comportamentele din trecut și intențiile pe viitor.

Tabelul 3.2. Corelații dintre constructele scalei 5C (MDA) versus comportamentele referitoare la vaccinare din trecut și intențiile pe viitor

	<i>Comportamente din trecut</i>				<i>Intenții pe viitor</i>			
	pentru adulți		pentru copii		pentru adulți		pentru copii	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
<i>Convingere</i>	0,661	0,000	0,210	0,000	0,605	0,000	0,264	0,000
<i>Confort</i>	-0,603	0,000	-0,254	0,000	-0,549	0,000	-0,287	0,000
<i>Constrângeri</i>	-0,416	0,000	-0,160	0,001	-0,458	0,000	-0,147	0,002
<i>Calcul</i>	-0,268	0,000	-0,008	0,061	-0,269	0,000	-0,038	0,422
<i>Resp. colectivă</i>	0,648	0,000	0,247	0,000	0,577	0,000	0,286	0,000

Prezicerea comportamentului relativ la vaccinare (analiza de regresie). Pentru a compara performanța scalei în prezicerea comportamentului provaccinare, a fost efectuată analiza de regresie logistică binară. În calitate de variabile dependente au fost folosite acceptarea unei vaccinări în ultimii cinci ani sau vaccinarea recentă (în ultimii trei ani) contra gripei sezoniere pentru părinții intervievați și acceptarea vaccinărilor cu DTP, ROR sau contra gripei sezoniere pentru copiii acestora.

În calitate de predictorii au fost folosite elementele (subscalele) respective, controlate pentru vârstă, gen și gradul de educație, pentru a prezice comportamentul specific în raport cu fiecare vaccinare din modelul de regresie respectiv. S-a determinat că probabilitatea de a fi vaccinat în ultimii cinci ani cu vaccinurile recomandate pentru adulți crește cu circa 50% în funcție de un grad major de *Responsabilitate colectivă*, pe când pentru vaccinul antigripal această probabilitate crește cu mai mult de 100% în funcție de un grad major de *Convingere*, proporția de

varianță explicată pentru scorul total al subscalei (*Nagelkerke's R²*) fiind de 0,032 și 0,220, respectiv (tabelul 3.3).

Tabelul 3.3. Performanța scalei în prezicerea comportamentului pro vaccinare

	Vaccinat în ultimii 5 ani			Vaccinat cu vaccin antigripal		
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>OR</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>OR</i>
Convingere	0,164	0,159	1,178	0,759	0,229	2,136
Confort	-0,159	0,148	0,820	-0,128	0,190	0,880
Constrângeri	-0,067	0,124	0,935	-0,196	0,163	1,432
Calcul	-0,072	0,128	0,931	-0,088	0,141	0,916
Resp. colectivă	0,429	0,181	1,535	0,034	0,232	1,035
Gen	0,533	0,379	0,935	0,866	0,404	2,377
Vârstă	0,029	0,016	1,030	0,051	0,019	1,053
Studii superioare	-0,165	0,073	0,848	-0,176	0,083	0,839
Constanta	-2,668	1,322	0,069	-5,297	1,718	0,005
<i>Nagelkerke's R²</i>			0,032			0,220

Pentru vaccinările la copii o probabilitate mai înaltă de circa 30% de a fi vaccinat cu DTP s-a determinat în funcție de o percepție eronată majoră a riscurilor și de un grad major de școlarizare (*i.e.*, studii superioare), proporția de varianță explicată pentru scorul total al subscalei (*Nagelkerke's R²*) fiind de 0,235.

Pentru vaccinarea cu ROR s-a stabilit o situație diferită – o probabilitate mai înaltă de a fi vaccinat în caz de o percepție a riscurilor mai joasă (*OR* = 0,740), concomitent cu un grad de convingere mai înalt (*OR* = 1,396).

În ceea ce privește vaccinul antigripal, cu excepția subscalei *Convingere*, ceilalți patru predictorii din scala 5C au fost lipsiți de semnificație statistică și, prin urmare, se omite orice declarație cu privire la asocierea lor cu comportamentul referitor la această vaccinare (tabelul 3.3).

3.4. Explorarea cantitativă a ezitării la vaccinare (studiu-pilot)

În total, au acceptat participarea la studiu și au finalizat completarea chestionarului 563 de persoane. Din acest număr au fost selecționate și omise din analiză 44 de chestionare completate de persoane care au declarat că nu au copii și altele 61 de chestionare completate de părinți, cel mai mic copil al cărora avea vârsta de peste 18 ani. Astfel, după procedura de curățire a datelor, au fost selecționate pentru analiză 458 de chestionare care îndeplineau criteriile de includere.

Caracteristici socio-demografice ale participanților la studiu. Din 458 de participanți la studiu, 415 (90,7%) erau femei cu unul sau mai mulți copii cu vârsta de până la 18 ani, bărbații manifestând mai puțin interes față de subiect (figura 3.1).

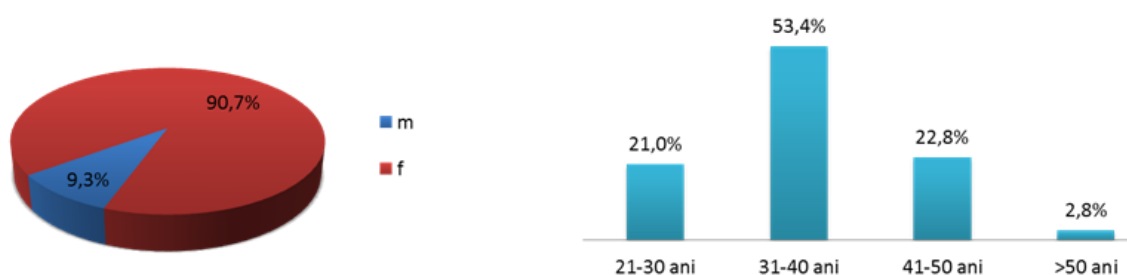


Figura 3.1. Structura eșantionului în funcție de gen și pe grupuri de vârstă

Vârsta medie a participanților a constituit 35,9 ani (SD =6,7). Din ei, 97 (21,2 %) de participanți erau din grupul de vârstă 21-30 de ani, 270 (59,0%) – 31-40 de ani, 78 (17,0%) și restul 13 (2,8%) – aveau vârsta de 50 și mai mulți ani.

În circa 2/3 din cazuri (67,9%) intervievații sunt rezidenți în mediul urban, restul 32,1% fiind din mediu rural. Circa o jumătate de participanți (48,8%) sunt rezidenți în municipiul Chișinău. Participanții cu proveniență din zona de nord a republicii au constituit 15,3%, din zona centru – 24,3% și zona sud – 11,6% din total (figura 3.2).

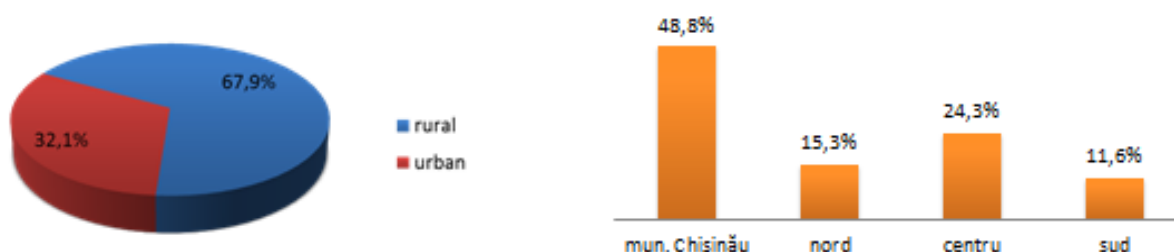


Figura 3.2. Structura eșantionului în funcție de mediul de trai și zona geografică

Circa 4/5 din participanți (84,1%) au indicat că au finalizat studii superioare, majoritatea cărora au obținut diplomă de licență (36,1%) sau de masterat sau rezidențiat (42,2%) (Figura 3.3).

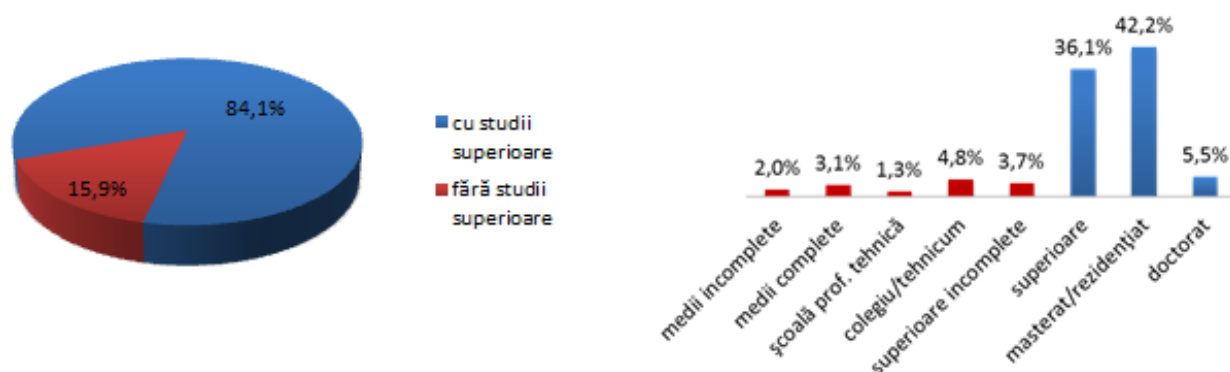


Figura 3.3. Structura eșantionului în funcție de gradul de școlarizare și tipul de studii finalizate

Peste 70% din respondenți au declarat că sunt angajați, 14,7% – casnici/e, 6,5% – au activitate de antreprenor, restul categoriilor fiind mai puțin reprezentate. Categorisirea în funcție de venitul mediu per familie (autodeclarat) a stabilit o distribuție uniformă în toate categoriile cu > 5000 lei/familie (circa 20,0%), mai puțin numeroase fiind categoriile ≤ 2500 lei/familie (5,5%) și 2501-5000 lei/familie (12,4%) (figura 3.4).

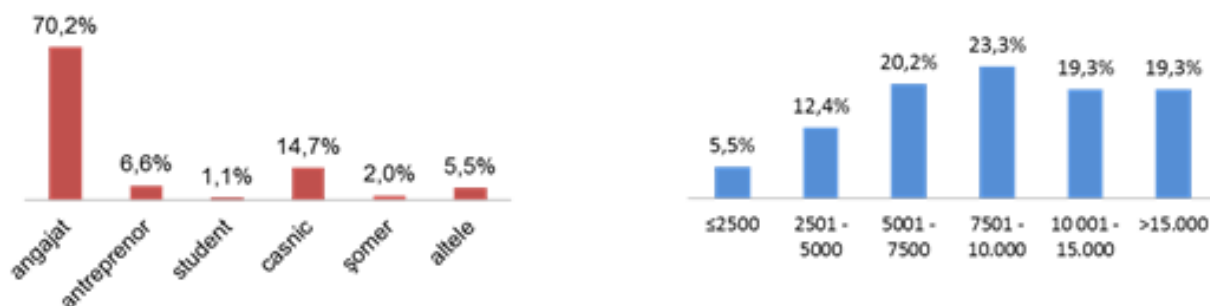


Figura 3.4. Structura eșantionului în funcție de statutul ocupațional și venitul mediu per familie

Circa 9/10 din intervievați au declarat că sunt părinți cu un copil (44,1%) sau doi copii (49,1%) în familie. Nucleele familiare cu trei și mai mulți copii au fost reprezentate doar de 6,9% din respondenți. După categoriile de vârstă, în 26,2% din cazuri cel mai mic copil din familie a fost din grupul de vârstă până la 2 ani, în 35,2% din cazuri – grupul de la 2 până la 5 ani, în 19,4% din cazuri – grupul de la 6 până la 9 ani, în 11,1% din cazuri – grupul de la 10 până la 13 ani și în 8,1% din cazuri – grupul de la 14 până la 17ani (figura 3.5).

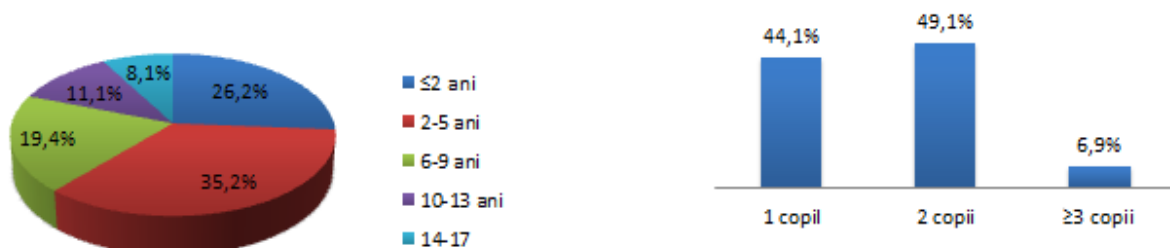


Figura 3.5. Structura eșantionului în funcție de numărul de copii în familie și categoria de vârstă pentru copilul mai mic

O categorie aparte din cadrul analizei au fost lucrătorii instituțiilor medicale, care au constituit circa 1/3 (32,2%) din numărul total de intervievați. Cel mai reprezentat din acest grup a fost personalul medical (48,2%), fiind urmat de personalul administrativ (19,9%), specialiștii în sănătate publică (18,7%), personalul medical mediu (9,6%) și personalul tehnic (3,6%). Astfel, peste 75% din intervievați au fost cu studii medicale (figura 3.6).

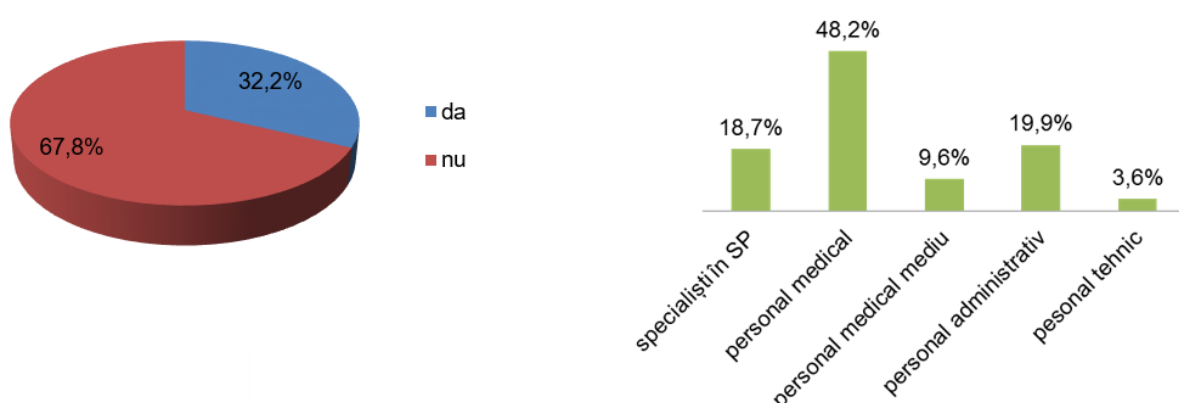


Figura 3.6. Ponderea lucrătorilor din instituțiile medicale și distribuția lor pe categorii

Explorarea cantitativă a determinanților (non)vaccinării. Primul antecedent măsurat a fost încrederea în eficacitatea și în siguranța vaccinărilor, inclusiv fiabilitatea și competența serviciilor și operatorilor care le furnizează, precum și în motivările deciziilor politice luate în acest domeniu (subscala *Convingere*), care include. Reieșind din răspunsurile obținute, circa 1/4 din respondenți s-a manifestat încrezută în faptul că vaccinările sunt sigure ($26,6\% \pm 2,1\%$) și că deciziile în domeniu, luate de autorități, sunt bine argumentate ($26,0\% \pm 2,0\%$), iar mai puțin de jumătate ($45,4 \pm 2,3\%$) sunt încrezuți în eficacitatea vaccinurilor (figura 3.7).

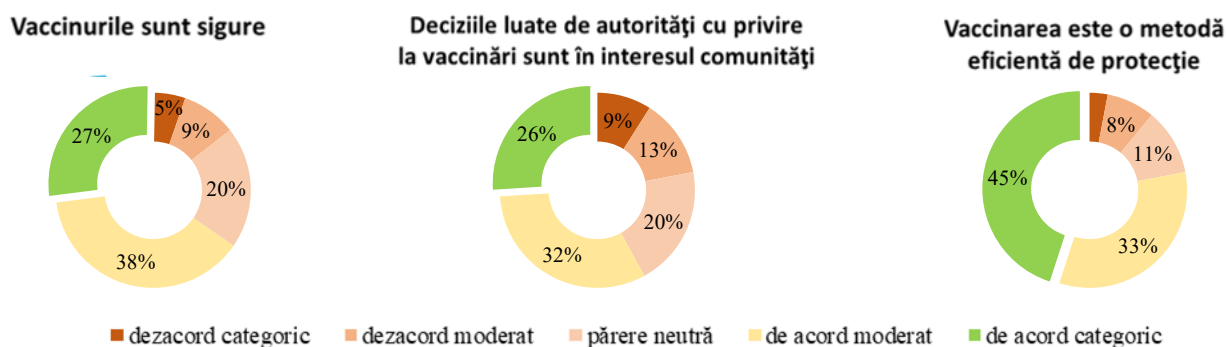


Figura 3.7. Distribuția părerilor participanților în funcție de elementele subscalei *Convingere*

Prezența dubiilor sub aceste aspecte este mai accentuată ($p < 0,05$) la persoanele din grupul vârstă 31-40 de ani ($70,0\% \pm 2,1\%$), la persoanele cu studii superioare ($71,3\% \pm 2,1\%$) și cu venit mediu per familie de 10-15000 lei ($82,8\% \pm 1,8\%$), iar printre lucrătorii instituțiilor medicale – la personalul medical mediu ($45,2\% \pm 2,3\%$). Pentru fiecare din elementele subscalei *Convingere* au fost obținute scorurile medii de 3,7 puncte, 3,5 puncte și 4,1 puncte, respectiv, scorul mediu total pentru această subscală fiind de 3,7 puncte ($SD = 1,0$).

Al doilea antecedent măsurat a fost la percepția inadecvată a riscurilor bolilor prevenibile și neconsiderarea vaccinărilor ca o acțiune preventivă indispensabilă (subscala *Confort*). Circa o jumătate din respondenți a manifestat o percepție inadecvată pentru riscurile comportate de bolile prevenibile prin vaccinare (figura 3.8).

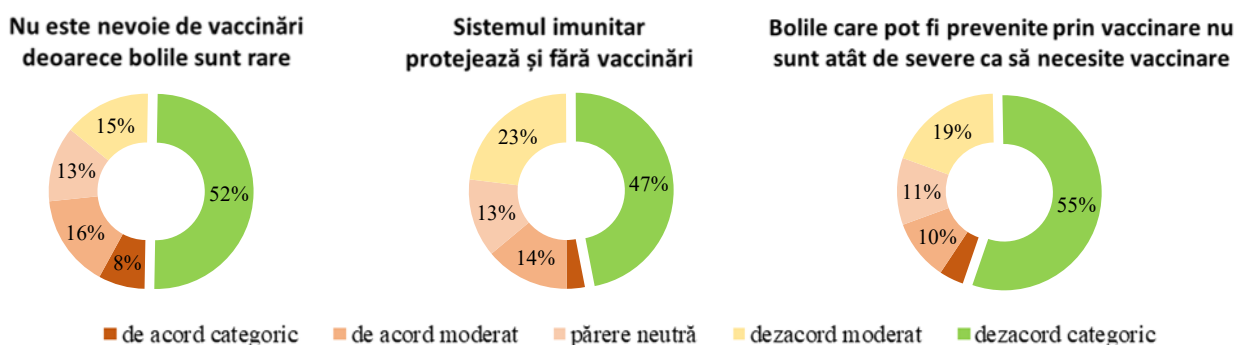


Figura 3.8. Distribuția părerilor participanților în funcție de elementele subscalei *Confort*

Acest antecedent a fost mai pronunțat ($p < 0,05$) la populația rurală ($58,4\% \pm 2,3\%$), la persoanele fără studii superioare ($51,8\% \pm 2,3\%$), la persoanele cu venit mediu lunar de până la 5000 lei ($63,6\% \pm 2,2\%$), la persoanele cu trei și mai mulți copii în familie ($67,7\% \pm 2,2\%$), personalul medical mediu fiind din nou grupul cel mai afectat ($42,6\% \pm 2,3\%$) printre lucrătorii

instituțiilor medicale. Pentru fiecare din elementele subscalei *Confort* a fost obținut un scor mediu de 2,1 puncte, 2,0 puncte și 2,0 puncte, respectiv, scorul mediu total pentru subscală fiind de 2,0 puncte (SD =1,1).

Barierile psihologice și/sau structurale în luarea deciziei provaccinare și transformarea intenției într-un comportament efectiv, cum ar fi stresul, necesitatea de a depune eforturi pentru a obține o vaccinare sau în relaționarea cu lucrătorii medicali (subscala *Constrângeri*), reprezintă o problemă de intensitate variabilă pentru 49,6%, 58,3% și 39,7% din respondenți, respectiv (figura 3.9).

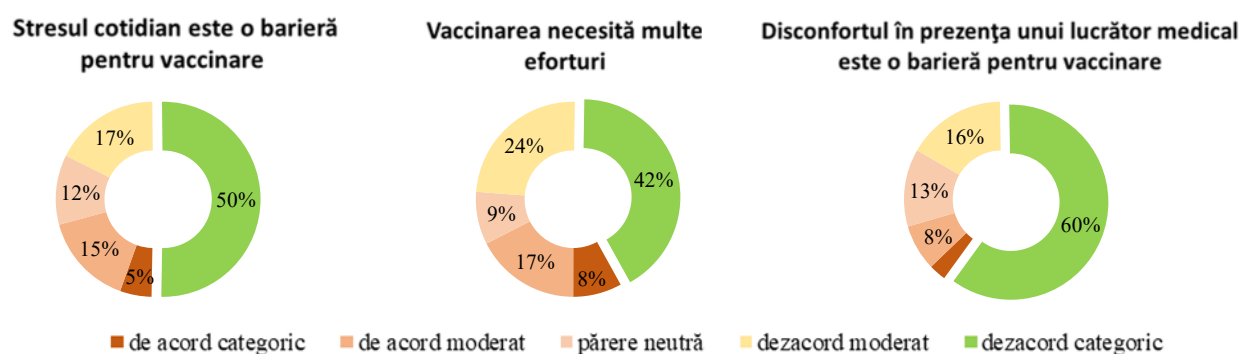


Figura 3.9. Distribuția părerilor participanților în funcție de elementele subscalei *Constrângeri*

Acest tip de bariere au fost mai frecvente ($p < 0,05$) la persoanele cu vârsta cuprinsă între 31 și 50 de ani ($50,2\% \pm 2,3\%$), la persoanele cu studii medii ($53,6\% \pm 2,3\%$), în familiile cu ≥ 3 copii ($69,9\% \pm 2,1\%$) și/sau cu un venit mediu per familie < 5000 lei ($67,5\% \pm 2,2\%$). Pentru fiecare element al subscalei *Constrângeri* a fost obținut un scor mediu de 2,1 puncte, 2,2 puncte și 1,8 puncte, respectiv, cu scorul mediu total de 2,0 puncte (SD=1,0).

Nivelul de *Calcul*, care se referă la confruntarea deliberată a riscului de boală cu riscurile posibile în urma vaccinării, s-a determinat măsurând necesitatea persoanelor de a înțelege bine argumentul înainte de a lua decizia cu privire la vaccinare (scorul mediu =4,5 puncte) cu evaluarea atentă a riscurilor și beneficiilor (scorul mediu =4,3 puncte) și a utilității practice la nivel individual a vaccinărilor propuse (scorul mediu =4,0 puncte), scorul mediu total fiind de 4,3 puncte (SD=0,8). Prezența antecedentului dat a fost determinată la majoritatea absolută a participanților ($96,5 \pm 0,9\%$), 3/5 din total ($57,4 \pm 2,3\%$) fiind de acord în mod categoric cu afirmațiile din chestionar (figura 3.10). Acest determinant al non vaccinării a fost mai accentuat printre persoanele cu vârsta > 40 ani, persoanele cu ≥ 3 copii în familie și printre părinții copiilor cu vârsta

de până la 5 ani. Nu au fost relevate diferențe semnificative în răspunsurile furnizate de participanți în funcție de gen, loc și mediu de trai, gradul și tipul de instruire.

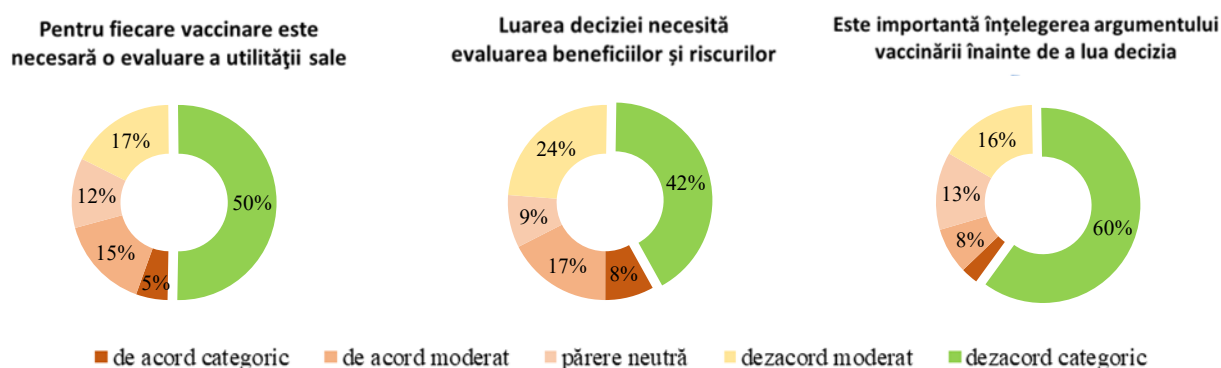


Figura 3.10. Distribuția părerilor participanților în funcție de elementele subscalei *Calcul*

Ultimul component al scalei 5C măsurat a fost **Responsabilitatea colectivă**. Circa 1 din 3 respondenți ($37,6 \pm 2,3\%$) au manifestat dubii asupra faptului că vaccinările sunt o acțiune preventivă colectivă și doar pentru o jumătate din numărul total ($50,3 \pm 2,3\%$) este important că astfel vor proteja și pe cei care nu pot fi vaccinați. De asemenea, circa jumătate din intervievați ($49,7 \pm 2,3\%$) au admis posibilitatea nevaccinării, atunci când alții se vaccinează, profitând astfel de efectul imunității colective (figura 3.11).

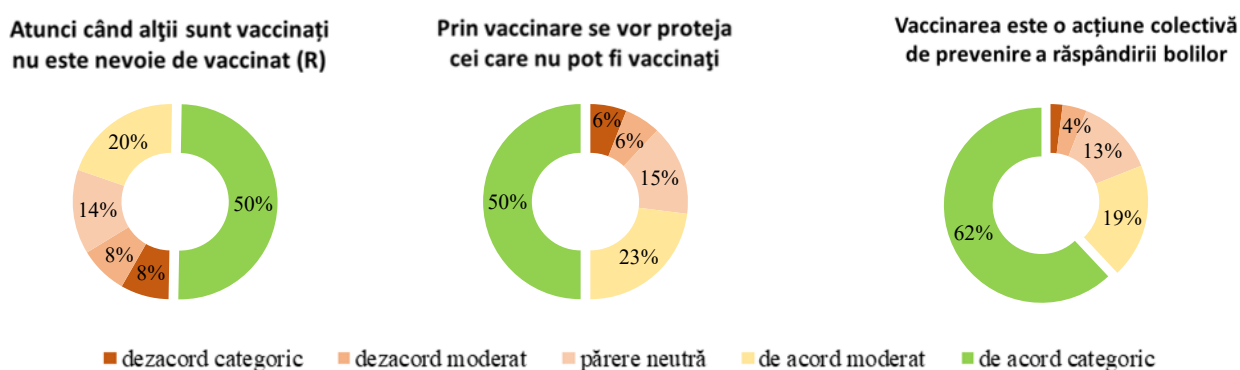


Figura 3.11. Distribuția părerilor participanților în funcție de elementele subscalei *Responsabilitate colectivă*

În studiul nostru, niveluri mai scăzute (statistic semnificative) de *Responsabilitate colectivă* au fost obținute la persoane din localitățile rurale (vs. urbane), la persoane cu studii medii, în familiile cu venit scăzut (<2500 lei) și cu mai mult de 2 copii în familie, dar și printre reprezentanții categoriei profesionale de antreprenori.

Un alt parametru important care a fost măsurat sunt intențiile către vaccinare (figura 3.12). Astfel, s-a determinat că doar unu din trei respondenți, cel puțin în timpul apropiat, ar accepta fără îndoială o vaccinare pentru sine însuși, iar 2 din 5 - pentru copilul său. Restul participanților manifestă conduite care corespund spectrului comportamental reunit sub noțiunea de ezitare la vaccinare.

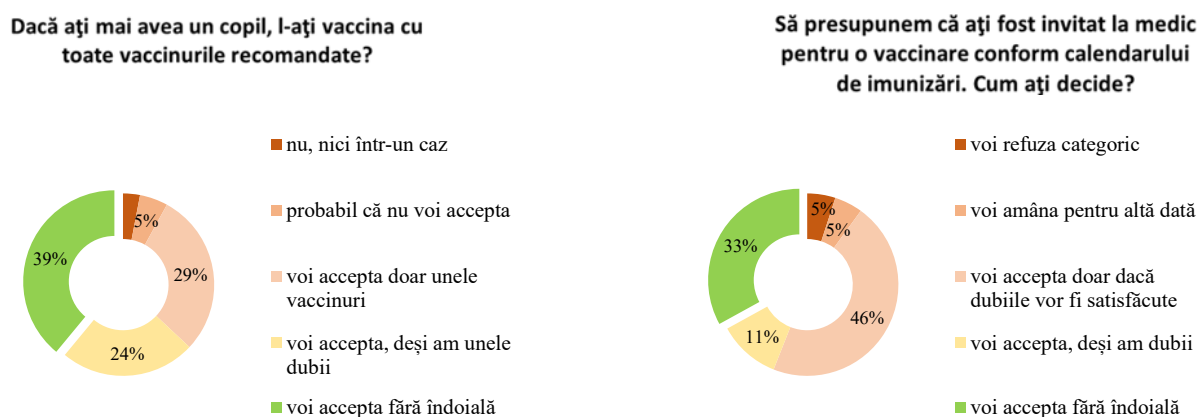


Figura 3.12. Distribuția intențiilor pentru viitor a participanților cu privire la vaccinările proprii și/sau ale copiilor

În cadrul analizei corelaționale au fost stabilite relații moderate pozitive (între *Convingere* sau *Responsabilitatea colectivă*) și negative (între *Confort* sau *Constrângeri*) versus *Intențiile către vaccinare* atât pentru sine, cât și pentru copii (tabelul 3.2). După mărimea efectului aceste corelații se consideră cu efect foarte mare ($r > 0,51$), explicând $>25\%$ din varianța totală. Mai slabă s-a adeverit corelația negativă cu *Calculul*, fiind totuși considerată cu efecte mari, explicând între 9% și 25% din varianța totală. Detalii suplimentare mai aprofundate cu privire la relațiile dintre aceste variabile pot fi găsite în compartimentul 3.3. *Validarea scalei 5C a determinanților psihologici ai ezitării la vaccinare.*

Sinteza la capitolul 3

Conform rezultatelor obținute, cele mai frecvente antecedente psihosociale caracteristice pentru populația Republicii Moldova sunt acoperite de elementele scalei 5C.

Există și alte aspecte, care ar putea fi evaluate dezvoltând alte elemente noi în cadrul acestui instrument. Totuși, considerând că argumentul vaccinărilor este unul foarte complex și că există o pleoră de motive pentru care persoanele acceptă sau ezită la vaccinare, cel puțin la moment, nu există niciun instrument perfect de măsurare a fiecărui motiv în mod particular. Acestea, fiind tipice pentru anumite subgrupuri ale populației sau anumitor vaccinuri, necesită efectuarea unor studii mai aprofundate, îngustând câmpul de cercetare în funcție de situația curentă periodic relevată cu ajutorul scalei generale. Elaborarea și/sau adaptarea la contextul specific a unor elemente noi necesită luarea în considerație și balansarea costurilor și eforturilor depuse pentru atingerea acestui scop. La moment, pentru o primă încercare de aplicare în teren, scala generală originală nu a necesitat alte modificări structurale esențiale.

La testarea fiabilității, scala 5C tradusă și adaptată la contextul național a demonstrat o coerență internă înaltă, valorile indicelui *Cronbach α* pentru fiecare construct (sub-scală) fiind corespunzătoare celor recomandate. În acceptarea ipotezelor de lucru înaintate, au fost relevate relații statistic semnificative ($p \leq 0,05$) dintre toate elementele scalei 5C și constructele psihologice corespunzătoare. Direcțiile corelațiilor cu alte constructe au corespuns cu cele așteptate.

Analiza de regresie a arătat că sub-scalele 5C sunt predictorii valabili ai comportamentului de vaccinare pentru mai multe vaccinări și că cantitatea de varianță explicată a fost relativ mare.

În general, scala 5C validată în cadrul acestei cercetări poate prezice acceptarea vaccinărilor în rândul populației și va asigura comparabilitatea datelor cu cele obținute în studiile succesive, inclusiv și cele internaționale, realizate conform metodologiei descrise.

Nivelul de *Convingere* în eficacitatea și siguranța vaccinărilor și în motivările deciziilor politice luate în acest domeniu este jos, cu 3/4 din populație care prezintă dubii de intensitate variabilă asupra acestor subiecte. Prezența dubiilor în rândul persoanelor cu un grad înalt de școlarizare și mai ales printre lucrătorii medicali, reprezintă o problemă, deoarece părerea lor reprezintă un punct de referință pentru alte categorii a populației.

Nivelurile înalte de *Confort* pentru bolile prevenibile și neconsiderarea vaccinărilor ca o acțiune preventivă indispensabilă, de asemenea, este o problemă, indicând prezența impedimentelor în comunicarea beneficiilor vaccinării către persoanele de rând, inclusiv din grupurile mai dezavantajate a populației și personalul medical mediu, mai afectați conform rezultatelor obținute în studiul nostru.

Barierile în luarea deciziei și transformarea intenției într-un comportament sunt o problemă de importanță minoră, dar deloc nesemnificativă luând în considerație intensitatea variabilă a prezenței acestor probleme în diferite grupuri de populație.

Nivelurile elevate de calcul indică prezența problemelor de comunicare. Este foarte probabil că combinarea acestora cu nivelul scăzut de *Convingere* printre lucrătorii medicali joacă un rol important în fortificarea motivațiilor pentru non vaccinare în rândul populației generale.

Fenomenul de *free riding* cum și alte aspecte relative la *Responsabilitatea colectivă* sunt destul de răspândite în societate și necesită intervenții de tip educațional.

Corelațiile cu efecte mari în explicarea varianței dintre cei 5 antecedenti și intențiile de vaccinare sugerează că modificarea (intenționată sau neintenționată) a oricărui din determinanții examinați condiționează creșterea sau diminuarea intențiilor către vaccinare, care ulterior vor conduce la o schimbare comportamentală, în cazul nostru – a ezitării la vaccinare.

Scala 5C este un instrument adaptabil la context și aplicabil pentru diagnosticarea ezitării la vaccinare în diferite grupuri de populație.

4. IDENTIFICAREA CARACTERISTICELOR EZITĂRII LA VACCINARE LA LUCRĂTORII MEDICALI

4.1. Caracteristica generală și metodologia studiului

Studiul privind evaluarea determinantilor ezitării la vaccinare în rândul lucrătorilor medicali (medici și asistenți medicali) a fost realizat în Republica Moldova în perioada aprilie-iulie 2021 și reprezintă un studiu selectiv transversal descriptiv cu elemente analitice. Numărul necesar de respondenți a fost calculat ținând cont de numărul total de medici ($n=12\,394$) și asistenți medicali ($n=12\,394$), per un total de 35 581 angajați în instituțiile medico-sanitare publice din țară (sursa: *Anuarul statistic al sistemului de sănătate din Moldova, anul 2020*).

Eșantionul pentru cazul de studiu observațional transversal, descriptiv în baza unui singur eșantion cu variabile dihotomice a fost estimat respectând condiția $p, H_0: p=p_0$. Volumul minim al eșantionului a fost calculat prin formula:

$$n = [DEFF * N * p(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p)) \quad (3),$$

cu ajutorul unui software open source pentru statistici epidemiologice (*Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, Version. www.OpenEpi.com*) luând în considerație următorii parametri:

- *Population size (for finite population correction factor or fpc) (N):* 35 581
(12.394 de medici și 23.187 asistenți medicali care au activat în a. 2020 în cadrul IMSP din țară, fără partea stingă a Nistrului și mun. Bender. Sursa: Biroul Național de Statistică)
- *Hypothesized % frequency of outcome factor in the population (p):*
50% (valoare conservativă)
- *Confidence limits (d):* 5%
- *Design effect (DEFF):* 1,5
- *Confidence Level:* 95%

În urma calculului automatizat s-a obținut: $n = 571$

Ulterior, la acest rezultat a fost aplicat coeficientul pentru rata de non-răspuns, care la rândul său a fost calculat conform formulei:

$$k = \frac{1}{1 - f} \quad (2),$$

unde f este rata de non-răspuns (presupusă de 10%).

Ca rezultat al aplicării formulelor respective, s-a obținut valoarea de 628,1 ceea ce corespunde unui minim de 629 de respondenți necesari pentru realizarea studiului.

Invitația de participare la studiu și chestionarul cu acordul informat au fost expediate pe adresele email ale instituțiilor selectate la întâmplare din lista instituțiilor de asistență primară și spitalicească din teritoriul respectiv, pentru a fi ulterior propuse spre completare tuturor medicilor și asistenților medicali din instituția respectivă.

Chestionarul realizat în varianta sa electronică (*Google forms*) a fost distribuit și repartizat prin email lucrătorilor medicali care activează în instituțiile medico-sanitare publice de asistență primară și spitalicească din țară. Metoda de eșantionare și modalitatea de administrare a instrumentului de studiu a fost condiționate de starea de urgență de sănătate publică în legătură cu pandemia COVID-19.

Chestionarul original a fost adaptat la particularitățile populației studiate (lucrători medicali) și a necesitat traducerea și adaptarea la contextul autohton a unor întrebări suplimentare, preluate din publicații cu studii similare. Varianta finală a chestionarului aplicat (anexa 3) conține:

- informații generale destinate persoanelor care vor participa la studiu despre scopul cercetării, utilitatea ei practică și păstrarea confidențialității;
- consimțământul informat pentru participare la sondaj;
- partea cu datele socio-demografice ale participanților (10 întrebări);
- scara 5C, care conține câte 3 întrebări pentru fiecare din cele 5 antecedente (15 întrebări);
- întrebări pentru determinarea comportamentelor precedente și intențiilor pe viitor, referitoare la vaccinarea proprie și/sau a copiilor intervievaților (17 întrebări)
- alte întrebări – componente ale constructelor de validare (4 întrebări);
- partea finală cu informații suplimentare și mulțumiri.

Pre-testul calitativ a fost petrecut pe un grup restrâns de 10 participanți, în urma căruia au fost făcute unele mici ajustări de conținut pentru a asigura calitatea instrumentului în ce privește claritatea și comprehensibilitatea întrebărilor și capacitatea de a nu induce respondenții în eroare.

4.2. Explorarea și analiza determinantilor ezitării la lucrătorii medicali

În total au fost recepționate răspunsuri la 657 chestionare. După procedura de curățire a datelor, au fost selecționate pentru analiză 604 chestionare.

Din 604 participanți incluși în studiu, 86,9% au fost femei cu 1 sau mai mulți copii până la 18 ani, bărbații manifestând mai puțin interes față de subiect (13,1%).

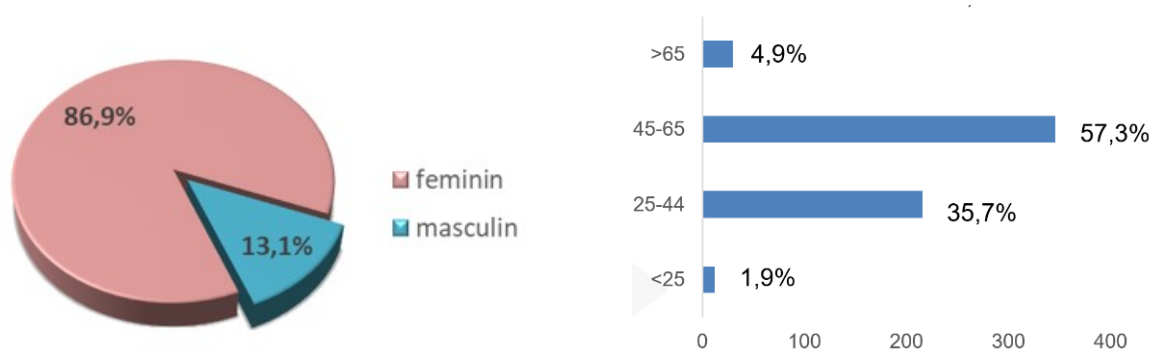


Figura 4.1. Structura eșantionului după gen și categoriile de vârstă

Vârsta medie a participanților a constituit 47,5 ani (SD =11,58 ani, mediana =48 ani, IQR =16 ani). Din ei, 4,9 % făceau parte din grupul de vârstă până la 25 ani, 35,8% – din grupul de vârstă 25-44 ani, 57,3% – din grupul de vârstă 45-64 ani, iar restul (1,9%) – aveau o vârstă de peste 65 ani (figura 4.1).

În circa 2/3 din cazuri (86,1%) intervievații au indicat reședința în mediul urban, restul 13,9% fiind din mediu rural. Circa o treime din participanți (65,1%) au fost rezidenți în municipiul Chișinău. Participanții cu proveniență din zona nord a republicii au constituit 10,3%, din zona centru – 20% și zona sud – 5% din total (figura 4.2).

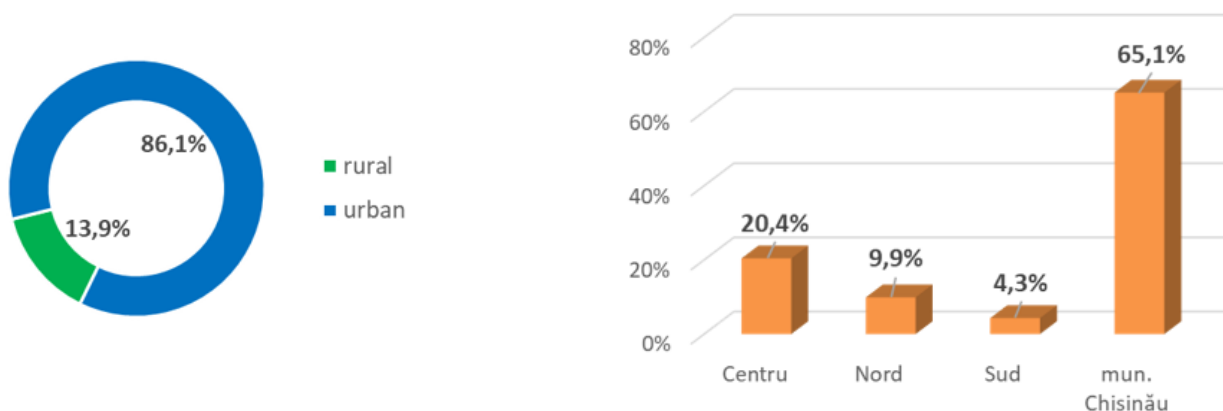


Figura 4.2. Structura eșantionului după mediu de trai și zonă geografică

Circa 2/3 din participanți (62,1%) au indicat că au finalizat studii superioare, iar 1/3 – (37,9%) au fost cu studii medii de specialitate (figura 4.3).

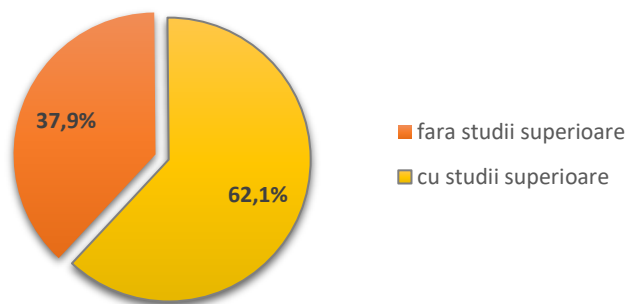


Figura 4.3. Structura eșantionului după tipul de studii finalizate

Majoritatea absolută a respondenților (94,5% din total) au declarat că sunt angajați, ceilalți fiind antreprenori, studenți sau având activități mixte. În funcție de venitul mediu lunar per nucleu familial (autodeclarat), circa 40% din participanții la studiu au indicat categoria 7501-10000 lei, circa 30% – categoria 5001-7500 lei, circa 15% – categoria 10001-15000 lei, restul fiind distribuiți uniform (8,1% și 9,6%, respectiv) între categoriile extreme ale clasificării (≤ 2500 lei și > 15000 lei, respectiv) (figura 4.4).

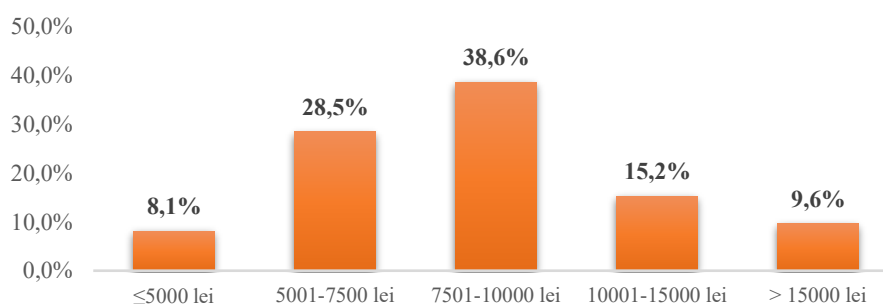


Figura 4.4. Structura eșantionului în funcție de venitul mediu per familie

Din numărul total de participanți, 89,4 % au declarat că sunt părinți sau tutore de unul sau mai mulți copii. Din ei, 73,9% au declarat că au un copil, iar 23,7% – că au 2 copii în componența nucleului familial. Familiile cu 3 și mai mulți copii au fost reprezentate doar de 2,4% din respondenți (figura 4.5).

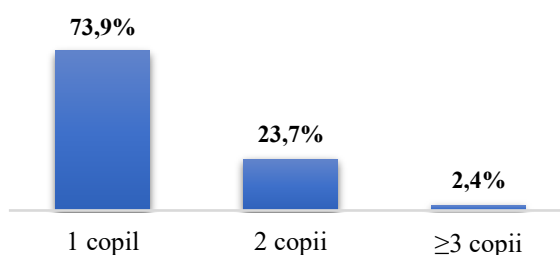


Figura 4.5. Distribuția participanților la studiu după numărul de copii în familie

Cele mai reprezentate categorii profesionale au fost medicii și asistenții medicali (54,8% și 40,2%, respectiv), pe când personalul administrativ, specialiștii în sănătate publică etc. au fost reprezentați de un număr cu mult mai redus de persoane. Reieșind din acestea, s-a dedus că majoritatea absolută a intervievaților au fost cu studii medicale (Figura 4.6).

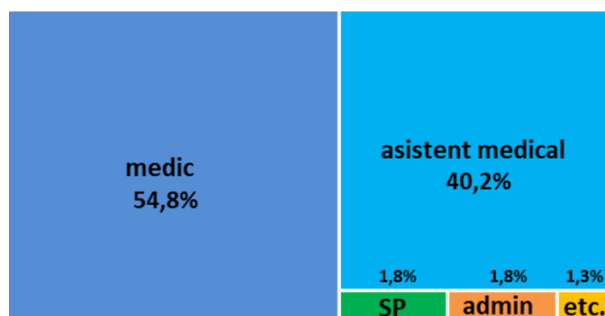


Figura 4.6. Structura eșantionului pe categorii profesionale

În studiu au participat angajații în diferite tipuri de instituții care acordă servicii de asistență medicală primară și spitalicească. Astfel, circa o treime din intervievați au declarat că activează în centrele de sănătate teritoriale, pentru restul participanților determinându-se următoarea distribuție, în ordine descrescândă: spital municipal – 21,7% din intervievați, spital departamental – 17,9% din intervievați, spital republican – 16,9% din intervievați și spital raional – 14,5% din intervievați (figura 4.7).

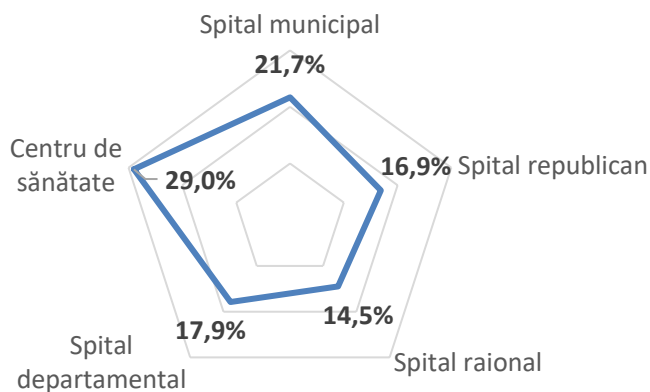


Figura 4.7. Structura eșantionului după tipul instituției unde activează

Comportamente precedente, tipice pentru ezitare

Intervievații au fost rugați să indice dacă în trecut au manifestat unele comportamente tipice pentru ezitare, cum ar fi spre exemplu prezența dubiilor, amânarea sau refuzul pentru vaccinările prevăzute în programul de imunizări, atât pentru copiii lor, cât și pentru ei înșiși.

Referitor la vaccinarea copiilor, 30,8% (CI₉₅ 28,6%-33,0%) din respondenți a indicat unul sau mai multe comportamente ezitante. În particular, la întrebarea dacă în trecut au fost împotriva sau la îndoială cu privire la vaccinările de rutină a copiilor proprii, lucrătorii medicali au dat un răspuns pozitiv în 16,7% (CI₉₅ 14,0%-19,9%) din cazuri. Circa unu din patru respondenți (26,7%, CI₉₅ 23,3%-30,3%) au declarat că cel puțin odată au amânat din careva motive aceste vaccinări, iar 7,0% (CI₉₅ 5,2%-9,3%) din respondenți – că le-au refuzat (figura 4.8).

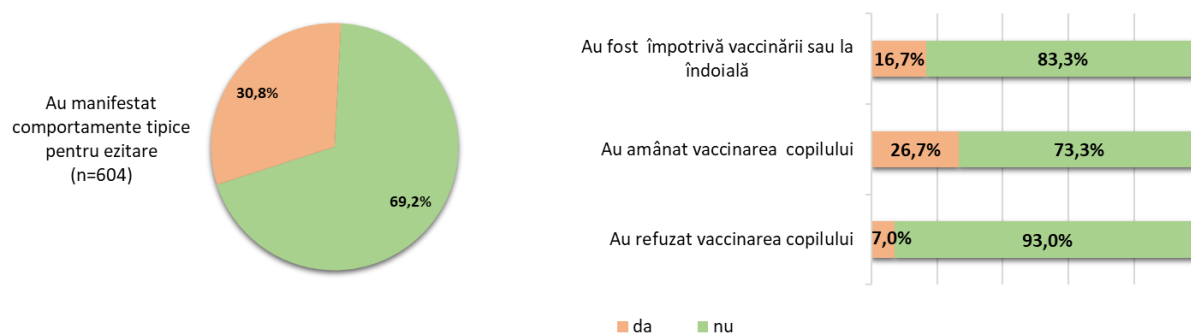


Figura 4.8. Distribuția respondenților în funcție de comportamentele precedente, tipice pentru ezitare la vaccinarea copiilor

În ceea ce privește vaccinările pentru ei înșiși, cel puțin unul din aceste comportamente s-a determinat la 30,5% (CI₉₅ 28,3%-32,7%) din lucrători medicali, în timp ce 17,5% (CI₉₅ 14,7%-20,8%) din ei au declarat că au fost împotriva sau la îndoială cu privire la vaccinările recomandate pentru vârsta adultă, circa unu din cinci lucrători medicali (19,9%, CI₉₅ 16,9%-23,2%) – că cel puțin odată a amânat aceste vaccinări, iar 22,5% (CI₉₅ 19,4%-25,6%) din intervievași – că le-au refuzat din diverse motive (figura 4.9).

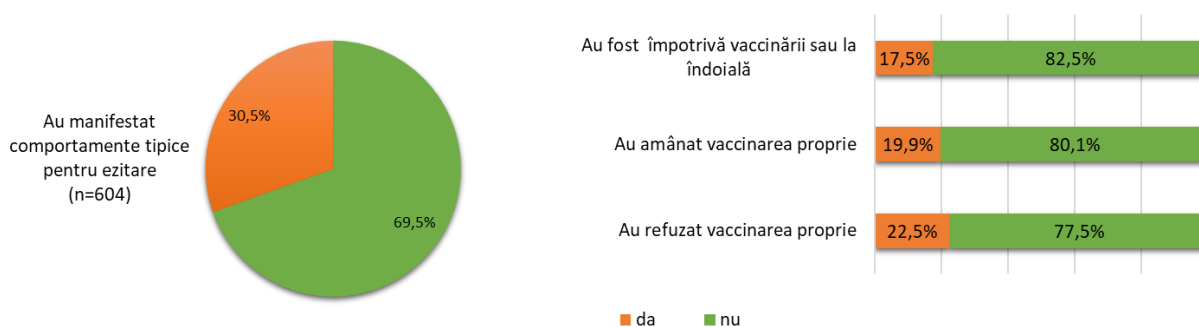


Figura 4.9. Distribuția respondenților în funcție de comportamentele tipice pentru ezitare la vaccinarea proprie, manifestate în trecut

Diferențele observate în răspunsurile părinților la întrebările analogice au fost testate pentru determinarea semnificației statistice, rezultatele analizei fiind reprezentate în tabelul 4.1:

Tabelul 4.1. Distribuția comportamentelor precedente tipice pentru ezitare în rândul lucrătorilor medicali

Comportamente din trecut	Da		CI ₉₅ (%)		Pearson's χ^2	p-value
	abs	%	min.	max.		
Au fost împotrivă sau la îndoială	101	16,7	14,0	19,9	0,1457	0,7026
Au fost împotrivă sau la îndoială	106	17,5	14,7	20,8		
Au amânat vaccinarea copilului	161	26,7	23,3	30,3	7,7956	0,0052
Au amânat vaccinarea proprie	120	19,9	16,9	23,2		
Au refuzat vaccinarea copilului	42	7,0	5,2	9,3	58,2191	<0,0001
Au refuzat vaccinarea proprie	136	22,5	19,4	26,0		
df = 1						

Rezultatele obținute denotă că respondenții au fost împotriva sau la îndoială în aceeași măsură în ce privește acceptarea vaccinurilor recomandate fie pentru copii, fie pentru ei înșiși. Pe acest fundal, s-a determinat că, referitor la vaccinările pentru copii, lucrătorii medicali ezitanți au preferat mai frecvent să le amâne decât să le refuze, spre deosebire de vaccinările proprii, unde diferențele relevate în răspunsuri sunt mai puțin exprimate.

Determinanții comportamentali ai (non)vaccinării

Primul antecedent măsurat a fost *Convingerea*, care include încrederea în eficacitatea și siguranța vaccinărilor, inclusiv fiabilitatea și competența serviciilor și operatorilor care le furnizează, cât și în motivările deciziilor politice luate în acest domeniu.

Cele mai multe dubii au fost exprimate pentru încrederea în autoritățile care iau decizii cu privire la vaccinări, urmate de cele asupra siguranței vaccinurilor, pe când eficacitatea vaccinărilor pare să fie un argument mai puțin pus la îndoială.

Astfel, doar jumătate din respondenți (47,4%, CI₉₅ 43,4%-51,3%) este încrezută în faptul că vaccinările sunt sigure și că deciziile în domeniu luate de autorități sunt bine argumentate (40,7%, CI₉₅ 36,8%-44,7%), pe când 60,4% din respondenți (CI₉₅ 56,5%- 64,3%) – consideră că vaccinurile sunt eficiente. Restul respondenților au manifestat dubii de intensitate variabilă cu privire la afirmațiile din chestionar (figura 4.10).

Lipsa dubiilor sub aceste aspecte s-a determinat mai puțin accentuată la persoanele din zona Sud a țării (de acord categoric– 36% din respondenți), persoane cu vârsta mai mică de 25 ani (33%, respectiv), din mediul rural (38%, respectiv), fără studii superioare (38%, respectiv), iar

printre lucrătorii instituțiilor medicale – la personalul medical mediu (41%, respectiv) și la lucrători medicali din instituțiile publice (46%, respectiv).

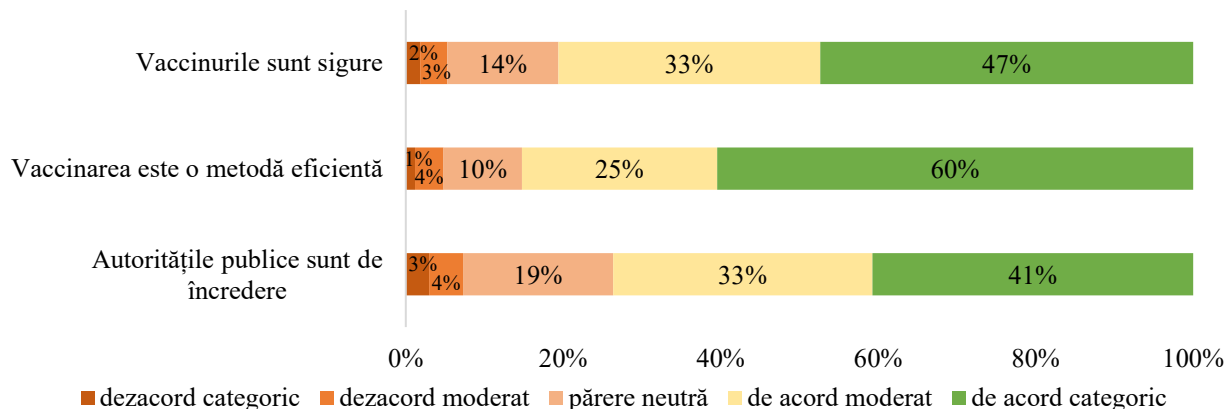


Figura 4.10. Distribuția părerilor participanților în funcție de elementele subscalei *Convingere*

Al doilea antecedent măsurat a fost *Confortul*, care se referă la percepția inadecvată a riscurilor comportate de bolile prevenibile prin vaccinări și neconsiderarea vaccinărilor ca o acțiune preventivă indispensabilă. Doar circa o jumătate din respondenți (49,5%, CI_{95} 45,5%-53,5%) sunt convinși în necesitatea vaccinărilor, indiferent de faptul că bolile prevenibile prin vaccinare nu se mai întâlnesc atât de des. La fel, doar 47,5% (CI_{95} 43,5%-51,5%) din respondenți sunt convinși precum că sistemul imun nu este atât de puternic ca să reușească să protejeze copiii evitând vaccinarea, iar pentru 55,3% (CI_{95} 51,3%-59,2%) severitatea acestor boli nu lasă dubii asupra necesității vaccinării ca măsură preventivă de protecție (figura 4.11). Acest antecedent a fost mai pronunțat la persoanele cu vârsta mai mică de 25 ani (58% din cazuri), la persoanele fără studii superioare (56% din cazuri), fără divergențe între populația rurală (51%) și cea urbană (49% din cazuri), personalul medical mediu fiind din nou grupul cel mai afectat printre lucrătorii instituțiilor medicale (42,0% din cazuri).

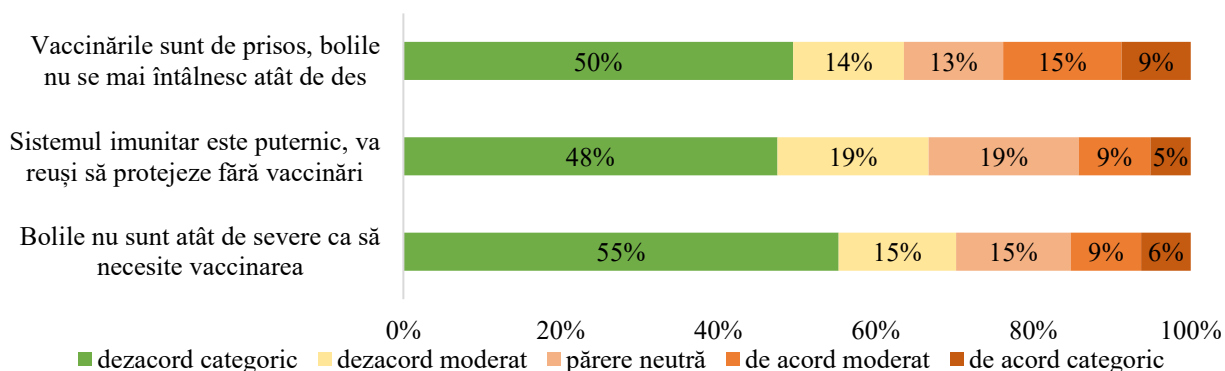


Figura 4.11. Distribuția părerilor participanților în funcție de elementele subscalei *Confort*

Barierile psihologice și/sau structurale în luarea deciziei pro vaccinare și transformarea intenției într-un comportament efectiv (elementele subscalei *Constrângeri*), cum ar fi stresul cotidian, dificultățile în obținerea vaccinărilor sau în relaționarea cu lucrătorii medicali, reprezintă o problemă de intensitate variabilă pentru respondenți (figura 4.12).

S-a determinat, că stresul cotidian nu este o barieră la obținerea unei vaccinări pentru 50,2% (CI₉₅ 46,2%-54,1%) din respondenți și că doar pentru 48,3% (CI₉₅ 44,4%-52,3%) din respondenți nu este necesar de a depune multe eforturi pentru vaccinarea copilului. Mai puțin pronunțată s-a determinat percepția unui disconfort în prezența unui lucrător medical ca barieră pentru a-și vaccina copilul – dezacordul categoric cu această afirmație a fost indicat de 59,4% (CI₉₅ 55,5%-63,3%) din participanții la studiu. Acest tip de barieră s-au relevat mai frecvente la persoanele cu vârsta mai mică de 25 ani (71% din cazuri), din mediul rural (55% din cazuri), la persoanele fără studii superioare (59% din cazuri), asistenți medicali (58% din cazuri), și la lucrători medicali din instituțiile publice (51% din cazuri, respectiv).

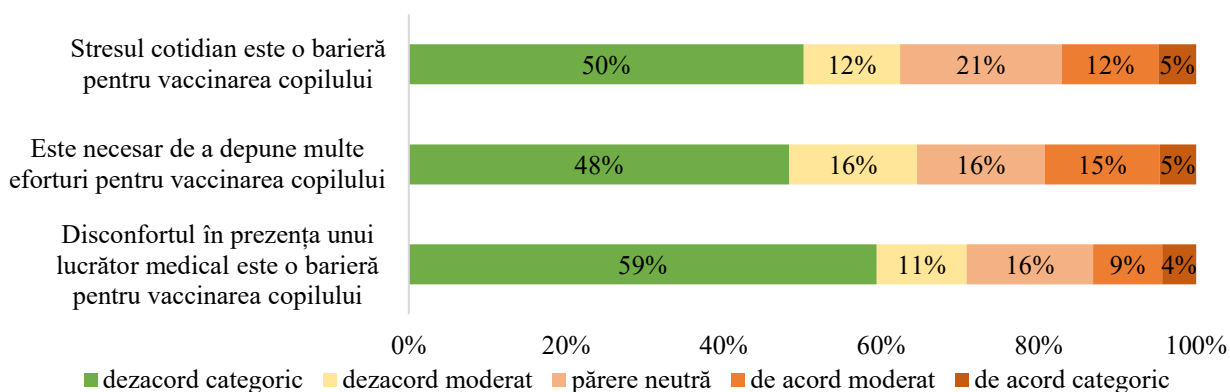


Figura 4.12. Distribuția părerilor participanților în funcție de elementele subscalei *Constrângeri*

Nivelul de manifestare a elementelor subscalei *Calcul*, care se referă la confruntarea deliberată a riscului de boală cu riscurile posibile în urma vaccinării, s-a determinat măsurând necesitatea persoanelor de a înțelege bine argumentul înainte de a lua decizia cu privire la vaccinare, cu evaluarea atentă a riscurilor și beneficiilor și a utilității practice la nivel individual a vaccinărilor propuse. Astfel, s-a stabilit că doar 6,6% (CI₉₅ 4,7%-8,7%) din respondenți nu efectuează o analiză risc-beneficiu proprie înainte de a accepta o vaccinare și că doar 8,9% (CI₉₅ 6,8%-11,3%) din respondenți nu au nevoie de o evaluare atentă a utilității vaccinării pentru copil. Încă mai pronunțată s-a determinat necesitatea pătrunderii în esența lucrurilor înainte de a accepta o vaccinare recomandată – acest lucru s-a determinat de o importanță majoră pentru 60,4% (CI₉₅

56,5%-64,3%) din respondenți și invers – nu reprezintă o problemă doar pentru 3,8% (CI₉₅ 2,4%-5,4%) din participanții la studiu (figura 4.13).

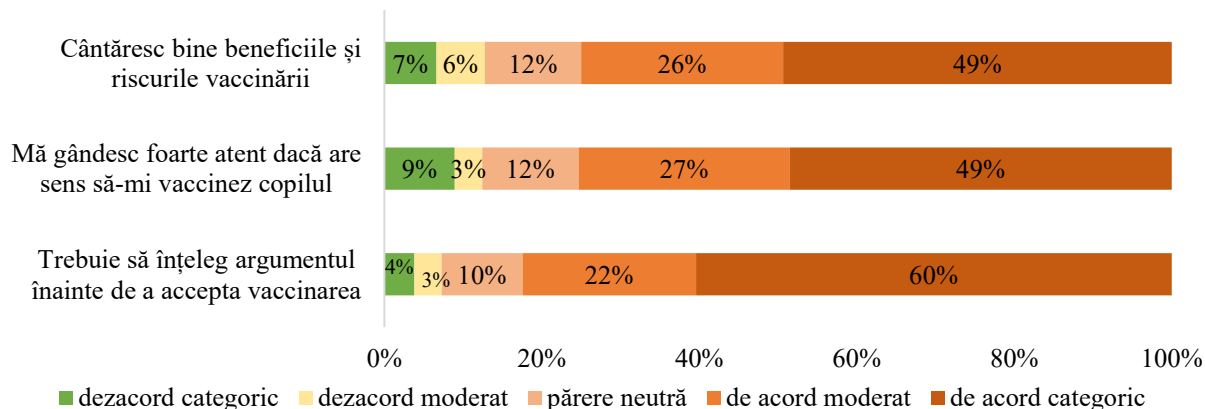


Figura 4.13. Distribuția părerilor participanților în funcție de elementele subscalei *Calcul*

Acest antecedent a fost mai pronunțat la persoanele cu vârsta mai mică de 25 ani (67% din cazuri), în raport egal printre lucrătorii instituțiilor medicale: medici și asistente.

Ultimul component al scalei 5C măsurat a fost *Responsabilitatea colectivă*. Circa 41,7% (CI₉₅ 39,4%-44,1%) din respondenți consideră, în diferită măsură, că ar putea să nu se vaccineze atunci când toți dimprejur sunt deja vaccinați, profitând astfel de efectul imunității colective fără a contribui la crearea și menținerea acesteia (fenomenul *free riding*). Circa o treime din respondenți (30,3%, CI₉₅ 28,1%-32,5%) au manifestat dubii de intensitate variabilă asupra faptului că vaccinările sunt o acțiune preventivă colectivă, iar pentru 35,4% (CI₉₅ 33,2%-37,7%) din intervievați nu este important că acceptând vaccinarea vor proteja astfel și pe cei care nu pot fi vaccinați (figura 4.14).

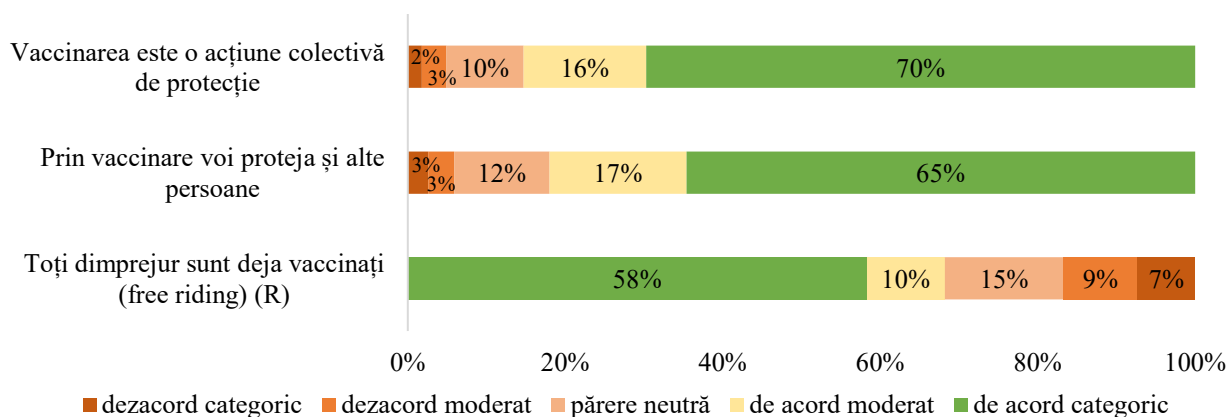


Figura 4.14. Distribuția părerilor participanților în funcție de elementele subscalei *Responsabilitate colectivă*.

Niveluri scăzute de *Responsabilitate colectivă* au fost obținute la persoane din localitățile rurale (vs. urbane), la persoane fără studii superioare, dar și printre reprezentanții categoriei profesionale de asistenți medicali din instituții publice (43% din cazuri) și private (29% din cazuri).

Intenții pentru viitoarele vaccinări

Un alt parametru important care a fost măsurat pentru lucrătorii din instituțiile medicale care au participat la studiu reprezintă intențiile pentru viitor referitor la vaccinările proprii, pentru copiii lor și referitor la recomandarea vaccinărilor pentru pacienți. Intervieuaților li s-au adresat următoarele întrebări: „Dacă ați mai avea un copil, ați vrea ca el să primească vaccinările recomandate?”, „Să presupunem că ați fost invitat la medicul Dvs. pentru o vaccinare conform calendarului de imunizări. Cum ați decide?” și „În viitor veți recomanda vaccinurile pacienților Dvs.?”. Astfel, s-a determinat că doar 54,5% (CI₉₅ 52,1%-56,9%) din respondenți, cel puțin în timpul apropiat, ar accepta fără îndoială o vaccinare pentru sine însuși, iar 52,2% (CI₉₅ 49,8%-54,6%) din respondenți – pentru copiii lor. În ce privește recomandarea vaccinărilor către pacienți, intenții pro vaccinare au fost mai pronunțate – 61,4% (CI₉₅ 59,1%-63,7%) din participanții la studiu au afirmat că vor recomanda pacienților toate vaccinurile fără îndoială (figura 4.15).

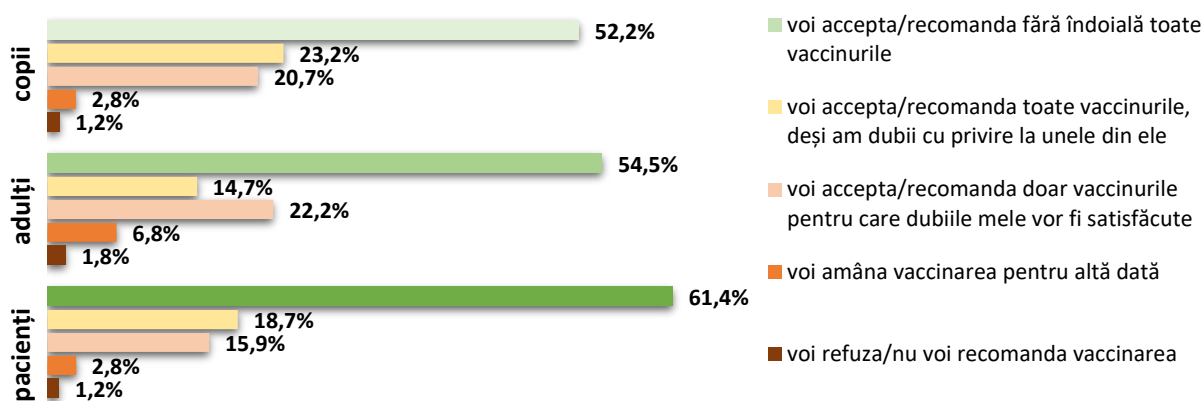


Figura 4.15. Distribuția intențiilor pe viitor cu privire la acceptarea vaccinărilor pentru copiii lor, pentru ei înșiși sau recomandarea vaccinărilor pentru pacienți

Restul participanților au manifestat intenții spre conduite care corespund spectrului comportamental reunit sub noțiunea de *ezitare la vaccinare*, fiind evident un nivel mai înalt de precauție atunci când este vorba despre acceptarea vaccinărilor destinate copiilor comparativ cu vaccinările proprii sau cu cele recomandate pacienților. În orice caz, la circa unu din patru din participanți la studiu s-a determinat prezența unor convingeri anti vaccinale mai exprimate, reprezentate de barele de culoare de la roz până la bordo din figura 4.15.

Sinteza la capitolul 4

Studiul cantitativ a oferit posibilitatea evidențierii determinanților psihosociali ai ezitării la vaccinare în rândul lucrătorilor din instituțiile medicale din Republica Moldova. Pentru atingerea scopului și a obiectivelor propuse au fost utilizate un set de metode și procedee metodologice de cercetare adecvate – abordările epidemiologică, sociologică și biostatistică corespund principiilor și tendințelor de cercetare actuale.

Obiectele investigate și volumul eșantionului sunt suficiente, cu toate că prezintă unele limitări în ce privește reprezentativitatea la nivel național, dar care cuprinde grupurile profesionale mai relevante în ce privește problema cercetată.

Rezultatele obținute în studiu confirmă că ezitarea la vaccinare în rândul personalului medical este un fenomen răspândit în RM, ceea ce subminează eforturile programelor de imunizare și reprezintă o amenințare reală la adresa sănătății publice, care trebuie abordată. Doi din zece lucrători medicali nu percep vaccinurile ca un produs sigur ce poate fi administrat copiilor și adulților, rata de ezitare fiind destul de mare pentru acest grup decizional.

Datele din studiului cantitativ indică că în rândul personalului medical persistă un nivel scăzut de încredere în producătorii și furnizorii de vaccinuri și în eficiența și siguranța vaccinărilor. Personalul fără studii superioare are o probabilitate de 2,54 (95% CI 1,60 - 4,01) ori mai mare față de personalul cu studii superioare de a nu percepe vaccinarea ca metodă eficientă în prevenirea maladiilor.

Percepția riscului bolilor prevenibile prin vaccinare este inadecvată, iar vaccinările nu sunt văzute ca o acțiune preventivă necesară. Cu cât venitul lunar este mai mare, cu atât lucrătorul medical este mai încrezut în siguranța și necesitatea vaccinurilor.

Printre barierele și motivațiile de ezitare privind vaccinările în rândul lucrătorilor medicali sunt menționate - contraindicațiile medicale, reacțiile adverse la vaccinare, frica de vaccin, lipsa vaccinului cu care ar vrea să se vaccineze, neîncredere în calitatea vaccinului, indisponibilitatea la timpul necesar (e.g., vaccinul antigripal) și influența resurselor mediatice.

5. EVALUAREA DETERMINANȚILOR EZITĂRII LA VACCINARE LA PĂRINȚII COPIILOR CU VÂRSTA DE ≤ 18 ANI (STUDIU POPULAȚIONAL)

5.1. Caracteristica generală și metodologia studiului

Studiul primar selectiv transversal (de prevalență) a fost realizat pe următoarele direcții:

- A. *Fiecare factor determinant în parte*: analiza sub aspectul cantitativ vs. calitativ a factorilor determinanți modificabili pentru ezitarea la vaccinare
- B. *Factorii determinanți împreună*: analiza acțiunii multifactoriale a factorilor determinanți modificabili în vederea evaluării fenomenului de ezitare la vaccinare în complex.

Obiectivul de studiu	Determinanții modificabili ai ezitării la vaccinare
Sursa de informație	Părinți de copii cu vârstă ≤ 18 ani din zonele teritoriale selectate
Metoda de colectare	Interviu standardizat de tip anchetă sociologică
Instrument de colectare	Chestionar standardizat
Volumul	Studiu selectiv bazat pe eșantion (n=1683)
Locul efectuării	RDD: Nord, Centru, Sud (inclusiv UTA Găgăuzia), mun. Chișinău

Metode de selectare și proiectare a eșantionului de studiu. Unitatea de cercetare constituie părinții/tutorii copiilor cu vârstă 0-17 ani (17 ani 11 luni și 364 de zile) în calitate de actori principali în procesul de luare a deciziilor cu privire la vaccinare.

Procedura de administrare a chestionarelor. Pentru facilitarea accesului la populația studiată, s-a convenit o strategie de colectare a datelor prin intermediul instituțiilor de învățământ, frecventate de copiii, părinții cărora au fost intervievați.

Astfel, au fost întocmite scrisori de solicitare către Direcțiile de învățământ din cadrul Consiliului municipal Chișinău și Consiliilor raionale Fălești, Sîngerei, Orhei, Strășeni, Căușeni și Cahul care au fost înmânate destinatarilor în cadrul vizitelor prealabil programate. Ulterior, în colaborare cu șefii de Direcții de învățământ au fost determinate instituțiile-candidați pentru participarea la studiu, managerii cărora au fost contactați telefonic cu scopul obținerii acordului de participare, programării vizitelor pentru consemnarea numărului necesar de chestionare și petrecerii instruirilor cu diriginții și profesorii din instituțiile corespunzătoare pentru a asigura realizarea corectă a colectării datelor și limitarea comiterii erorilor sistematice (*bias*) posibile la această etapă.

Conform metodologiei stabilite, formularele chestionarelor gata pentru a fi completate (variante tipărită) au fost repartizate dirigenților grupelor/claselor selecționate pentru a fi propuse în modalitate *directă* - părinților de copii care frecventează instituțiile preșcolare (în momentul aducerii sau luării copilului de la grădiniță) sau *indirectă*, cum ar fi în cazul instituțiilor școlare – prin intermediul elevilor, care la întoarcerea de la școală transmiteau chestionarul părinților și în zilele următoare îl aduceau înapoi completat, livrându-l dirigintelui de clasă.

Calculul volumului eșantionului reprezentativ. Studiul reprezintă un studiu epidemiologic neexperimental descriptiv, după volumul eșantionului – selectiv, eșantionul fiind construit pentru a obține indicatori cu o marjă de eroare <5% ($p < 0,05$) și de a permite inferențe statistice la nivel național. Pentru asigurarea reprezentativității la nivel național a rezultatelor obținute a fost folosită tehnica de eșantionare aleatorie stratificată pe clustere.

Numărul participanților care a alcătuit fiecare strat, a fost determinat în funcție de zonele geografice clasice acoperite de studiu: mun. Chișinău și Regiunile de Dezvoltare Nord, Centru și Sud (inclusiv U.T.A. Găgăuzia), gradul de urbanizare (urban sau rural) și categoriile de vârstă ale copiilor, părinții cărora au fost intervievați prin intermediul unui chestionar autoadministrat, distribuit în cadrul instituțiilor preșcolare și școlare selecționate.

Luând în considerație particularitățile de design al cercetării, legislația Republicii Moldova și recomandările experților internaționali cu privire la organizarea studiilor epidemiologice în domeniul sănătății copiilor, colectarea datelor a fost realizată în instituțiile de instruire preșcolară și școli, care fac parte din sistemul de învățământ general din Republica Moldova (conform Codului educației al Republicii Moldova nr. 152/2014, art. 20) și a cuprins următoarele categorii de instituții:

- a) de educație timpurie:
 - grupele ante preșcolare, pentru copiii cu vârsta de la 0 la 2 ani;
 - grupele preșcolare, pentru copiii cu vârsta de la 2 la 6 (7) ani, inclusiv grupele pregătitoare;
- b) de învățământ primar: clasele I-IV;
- c) de învățământ gimnazial: clasele V-IX;
- d) de învățământ liceal: clasele X-XII (XIII).

Din această listă au fost excluse clasele XII (XIII) de învățământ liceal, dat fiind faptul că sunt frecventate de elevi care la momentul colectării datelor deja au atins vârsta de 18 ani. De asemenea, din motive organizaționale, studiul nu a cuprins instituțiile de învățământ special, extrașcolar și alternativele educaționale, care își desfășoară activitățile pe teritoriul național.

Utilizând datele Biroului Național de Statistică a fost creat un tabel în care este reflectată distribuția copiilor din grupurile de vârstă respective pe Regiunile de Dezvoltare (RDD) din Republica Moldova în funcție de tipul instituției frecventate (tabele 5.1 și 5.2).

Tabelul. 5.1. Populația stabilă, la începutul anului 2019 pe ani, vârste, medii și sexe.

	Total RM			Urban			Rural		
Vârstă	Ambele sexe	Băieți	Fete	Ambele sexe	Băieți	Fete	Ambele sexe	Băieți	Fete
ante preșcolară (<2 ani)	65533	33774	31759	23828	12409	11419	41705	21365	20340
preșcolară (2-6 ani)	188529	97143	91386	68354	35409	32945	120175	61734	58441
școlară primară (7-10 ani)	155950	80507	75443	57635	30018	27617	98315	50489	47826
școlară gimnazială (11-15 ani)	186023	95746	90277	68386	35507	32879	117637	60239	57398
școlară liceală (16 -17 ani)	73516	37888	35628	26143	13635	12508	47373	24253	23120
Total	669551	345058	324493	244346	126978	117368	425205	218080	207125

*Notă: *fără populația din partea stângă a Nistrului și mun. Bender (Sursa: Biroul Național de Statistică)*

Tabelul 5.2. Distribuția copiilor pe tipologiile de instituții de învățământ în funcție de categoria de vârstă și Regiunile de Dezvoltare (RDD)

	Mun. Chișinău	RDD Nord	RDD Centru	RDD Sud (inclusiv U.T.A. Găgăuzia)	Total
Vârstă preșcolară:	36165	33340	38084	26522	134111
antepreșcolară (0-3 ani)	8520	9132	9577	7930	35159
preșcolară (4-6 ani)	27645	24208	28507	18592	98952
Vârstă școlară:	90143	81159	92264	57999	321565
primară (7-10 ani)	38827	34239	39185	24539	136790
gimnazială (11-15 ani)	41504	41063	47451	29414	159432
liceală (16-17 ani)	9812	5857	5628	4046	25343
Total *	126308	114499	130348	84521	455676

*Notă: *fără populația din partea stângă a Nistrului și mun. Bender (Sursa: Biroul Național de Statistică: Instituții de educație timpurie pe Localități, Ani și Indicatori; Instituții și elevi în învățământul primar și secundar general pe Localități, Ani și Indicatori. Anul de învățământ 2020/21).*

Eșantionul de sondaj a fost conceptualizat în clustere, stratificate pe grupe de vârstă preșcolară (<7 ani) și școlară (7-17 ani) și în dependența de mediul de reședință (urban vs. rural) (tabelul 5.3). În calitate de cluster s-a stabilit o grupă/clasă de mărime medie (30 elevi). Genul biologic al copiilor a fost exclus ca variabilă determinantă al numărului de straturi.

Tabelul 5.3. **Stratificarea eșantionului de sondaj**

Urban		Rural	
<7 ani	7-17 ani	<7 ani	7-17 ani
Băieți	Băieți	Băieți	Băieți
+	+	+	+
Fete	Fete	Fete	Fete

Pentru calcularea dimensiunii fiecărui strat a fost utilizată metodologia standard pentru studiile descriptive (formula pentru populațiile mari sau necunoscute):

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \times p(1-p)}{e^2} \quad (1),$$

unde:

Z_{α} = 1,96 (pentru un nivel de încredere de 95%)

p – probabilitate de apariție a fenomenului cercetat (valoarea conservativă $p = 0,5$)

e – marja de eroare ($e \leq 0,05$)

n – volumul eșantionului reprezentativ

La rezultatul obținut a fost aplicat coeficientul pentru rata de non-răspuns, care la rândul său a fost calculat conform formulei:

$$k = \frac{1}{1-f} \quad (2),$$

unde f este rata de non-răspuns (presupusă de 10%).

Calculul final al eșantionului pentru fiecare strat, bazat pe formulele anterioare, constituie 426,4, ceea ce corespunde unui minim de 427 intervievați necesari pentru completarea fiecărui

strat. Având în vedere, că eșantionul de studiu este compus 4 straturi, s-a obținut un număr de 1708 respondenți, care constituie volumul general al eșantionului.

Deoarece mărimea unui cluster a fost estimată ca mărimea unei grupe/clase de mărime medie (30 elevi), s-a determinat un total de 57 de cluster, care ulterior au fost selectate din lista instituțiilor de învățământ din zona geografică interesată în funcție de numărul de cluster necesare pentru a reprezenta totalitatea copiilor prezenți în fiecare zonă și, respectiv – a părinților care vor fi chestionați.

Luând în considerație scopul studiului și particularitățile demografice și socio-economice ale populației autohtone s-a convenit ca eșantionul reprezentativ să fie compus din părinții copiilor din mun. Chișinău și din pe zonele Nord, Centru, Sud (inclusiv U.T.A Găgăuzia), fiecare din ele fiind reprezentată de 2 raioane, alese în mod aleatoriu din lista teritoriilor administrative prezente în fiecare zonă (sursa: Anuarul statistic al Sistemului de Sănătate din Moldova pentru anul 2020. Demografia). Astfel, pentru zona Nord au fost identificate localitățile din raioanele Sîngerei și Fălești, pentru zona Centru – localitățile din raioanele Orhei și Strășeni, iar pentru zona Sud – localitățile din raioanele Căușeni și Cahul. Estimarea numărului de participanți și de cluster pentru fiecare zonă și raioanele care le reprezintă (grupe de grădiniță sau clase din școli, respectiv) a fost făcută prin calcul proporțional, reieșind din numărul populației infantile prezente în zona respectivă (tabelul 5.4).

Tabelul. 5.4. Numărul de chestionare preconizate pentru realizarea studiului în funcție de zona geografică și categoria de vârstă

	Vârstă preșcolară (<7 ani)	Vârstă școlară (7-17 ani)	Total
Municipiul Chișinău	136	338	473
Regiunea Nord	125	304	429
<i>Raionul Fălești</i>	62	146	208
<i>Raionul Sîngerei</i>	63	158	221
Regiunea Centru	143	346	489
<i>Raionul Orhei</i>	76	193	269
<i>Raionul Strășeni</i>	67	153	220
Regiunea Sud	99	217	317
<i>Raionul Căușeni</i>	41	95	136
<i>Raionul Cahul</i>	59	123	181
TOTAL	503	1205	1708

Respectiv, din totalul de 57 clustere, pentru mun. Chișinău au revenit 16 clustere (minimum 465 chestionare), pentru zona Nord – 14 clustere (minimum 429 chestionare), pentru zona Centru - 16 clustere (minimum 489 chestionare), pentru zona Sud - 11 clustere (minimum 317 chestionare). Ulterior, numărul de clustere și chestionare preconizate a fost subdivizat în funcție de numărul copiilor care frecventează instituțiile de învățământ corespunzătoare categoriilor de vârstă preșcolară și școlară prezente în fiecare raion (Tabelul 5.4).

Colectarea datelor. Studiul selectiv privind evaluarea determinanților ezitării la vaccinare a fost efectuat în perioada aprilie-iunie 2022. Colectarea datelor a avut loc în instituțiile de instruire preșcolară și școli din municipiul Chișinău (fiind cuprinse, sectoarele Botanica, Ciocana, Rîșcani, Buiucani și Centru) și din raioanele Sîngerei, Orhei, Strășeni, Căușeni și Cahul, luând în considerație numărul de clustere (grupe sau clase de copii) preconizate pentru teritoriul respectiv. În studiu au fost incluse persoane (părinți sau tutori de copii) care au luat cunoștință cu informațiile generale despre obiectivele cercetării, riscurile și beneficiile comportate participând la studiu, modalitatea de asigurare și păstrare a confidențialității datelor private etc. și au exprimat în scris (prin bifare în modulul de consens informat) acordul de a participa la sondaj. Aceste informații și acordul informat sunt parte componentă a formularului standardizat (varianta scoasă la tipar și înmănată respondentului) și sunt consultate înainte de a începe furnizarea răspunsurilor la întrebările din chestionar.

Analiza datelor. Conținutul chestionarelor a fost introdus într-o bază de date Excel® (versiunea 2019). Procedura de curățire a datelor a inclus redactarea și examinarea conținutului extras din fiecare chestionar. În cazul depistării datelor lipsă mai mult de 20% pentru variabilele principale (comportamentele din trecut, elementele scalei 5C și intențiile pentru viitor) chestionarul respectiv a fost exclus din analiză. Ulterior, unele date au fost transformate prin atribuirea scorurilor de la unu la cinci pentru scala *Likert* corespunzătoare (dezacord categoric, dezacord moderat, părere neutră, acord moderat și acord categoric), folosită în măsurarea intensității de manifestare a antecedentelor (non) vaccinării. Datele lipsă (<20%) din variabilele recodificate au fost înlocuite cu valoarea medie a scorului obținut per variabilă. De asemenea, din datele colectate au fost grupate sau dihotomizate, cu crearea unor variabile noi care au permis realizarea testelor în programul Excel.

Statisticile descriptive au fost calculate pentru toate variabilele incluse în chestionarul administrat. Pentru variabilele numerice au fost calculați indicatorii de tendință centrală și de dispersie a datelor, iar pentru cele categoriale – proporțiile cu intervalele de încredere corespunzătoare, calculate prin metodele *Wald* și *Wilson* (după caz). Pentru estimarea diferențelor dintre ratele obținute din variabile nominale a fost folosit testul χ^2 pentru două proporții dintr-un

eșantion (*z-test*), iar pentru compararea grupelor cu un număr mai mare de 2 a fost utilizat testul χ^2 . În acest caz, estimarea puterii relațiilor dintre variabilele nominale și categorisirea în asocieri cu efect minor, mediu și major a fost efectuată prin calcularea indicelui *Cramer's V*.

Ulterior, luând în considerație posibilitățile unui studiu transversal, care permite doar măsurarea efectului expunerii către rezultat, fără stabilirea relației cauză-efect, a fost calculat raportului prevalenței cu care se manifestă rezultatul (comportament ezitant din trecut și intenții de a ezita la vaccinările din viitor) la persoanele expuse și cele non expuse la acțiunea multifactorială combinată a determinantilor ezitării la vaccinare. Astfel, au fost determinate subgrupurile populaționale în care expunere sau rezultatele acestora sunt mai exprimate în termeni probabilistici.

Pasul următor a fost construirea modelelor de regresie liniară multivariabilă pentru a determina variabilele asociate în mod independent (predictori) cu comportamentele din trecut și intențiile cu privire la vaccinare pentru viitor (rezultatul corespunzător). Variabilele asociate în analiza univariabilă cu o valoare $p \leq 0,20$ au fost introduse în modelul de regresie multivariabilă utilizând selecția în trepte (înainte și înapoi). Fiecare variabilă respinsă a fost reevaluată în modelul final pentru a evalua bunătatea modelului. Un nivel de probabilitate de $p < 0,05$ (*two-sided tests*) a fost considerat semnificativ statistic. Coliniaritatea și potrivirea modelului a fost verificată utilizând criteriul de informare Akaike (*AIC*) și testul Hosmer și Lemeshow. De asemenea, au fost calculate *Odds ratio* (OR) și intervalele de încredere cu probabilitatea de 95% (IC₉₅) ale acestora.

5.2. Caracteristica generală a eșantionului: statutul demografic și socio-economic al respondenților.

Au fost analizate variabilele ce țin de statutul demografic și socio-economic al respondenților: vârstă, gen, locul de reședință, nivelul de educație și statutul ocupațional, apartinerea la categoria de lucrători medicali, venitul mediu lunar (per familie), numărul și vârsta copiilor din nucleul familial.

În total studiul a cuprins 1683 de participanți, dintre care 86,1% (CI₉₅ 84,4%-87,7%) au fost femei și 13,9% (CI₉₅ 12,3%-15,6%) – bărbați. Vârsta participanților la studiu a variat între 19 și 56 de ani, vârsta medie constituind 36,3 ani, cu abaterea standard (SD) = 6,54 ani, mediana = 36 ani și intervalul interquartilă (IQR) = 8 ani, respectiv. Repartizarea pe grupuri de vârstă este reprezentată în tabelul 5.5.

Circa trei din patru respondenți sau 74,7% din total (CI₉₅ 72,6 %-76,7%) au indicat că au o vârstă cuprinsă între 30 și 44 de ani, 13,1% (CI₉₅ 11,6%-14,8%) – vârsta de până la 29 de ani, iar restul 12,2% (CI₉₅ 10,7%-13,8%) – vârsta de peste 45 de ani.

Tabelul 5.5. Distribuția respondenților pe grupe de vârstă și gen

Grupul de vârstă (ani)	Femei				Bărbați				Total			
	n	%	CI 95 (%)		n	%	CI 95 (%)		n	%	CI 95 (%)	
<20	1	0,1	0,0	0,4	0	0,0	0,0	1,6	1	0,1	0,0	0,3
20-24	49	3,4	2,6	4,4	4	1,7	0,7	4,3	53	3,1	2,4	4,1
25-29	151	10,4	9,0	12,1	16	6,8	4,3	10,8	167	9,9	8,6	11,4
30-34	405	28,0	25,7	30,3	39	16,7	12,4	22,0	444	26,4	24,3	28,5
35-39	451	31,1	28,8	33,6	80	34,2	28,4	40,5	531	31,6	29,4	33,8
40-44	226	15,6	13,8	17,6	56	23,9	18,9	29,8	282	16,8	15,0	18,6
45-49	113	7,8	6,5	9,3	27	11,5	8,1	16,3	140	8,3	7,1	9,7
50-54	47	3,2	2,4	4,3	7	3,0	1,5	6,0	54	3,2	2,5	4,2
55-59	6	0,4	0,2	0,9	5	2,1	0,9	4,9	11	0,7	0,4	1,2
Total	1449	100,0			234	100,0			1683	100,0		

Au fost reprezentate toate regiunile de dezvoltare (RDD) ale Republicii Moldova cu excepția teritoriilor administrative din stânga Nistrului: RDD Nord – cu 24,2% din total, RDD Centru – 28,3% , RDD Nord – 24,2%, RDD Sud (inclusiv UTA Găgăuzia) – 19,0% și RDD municipiul Chișinău – 28,5%, respectiv (figura 5.1).

Repartiția participanților în funcție de mediul de trai a înregistrat reprezentanți în 56.6% (CI₉₅ 54,2%-58,9%) din mediu urban și în 43.4% (CI₉₅ 41,1%-45,8%) – din mediu rural al țării. La nivel teritorial, respondenții au indicat proveniența din raionul Singerei în 13,0% din cazuri, raionul Fălești – în 10,8% din cazuri, raionul Orhei – în 16,1% din cazuri, raionul Strășeni – în

11,0% din cazuri, raionul Căușeni – în 7,5% din cazuri și din raionul Cahul – în 10,9% din cazuri, respectiv.

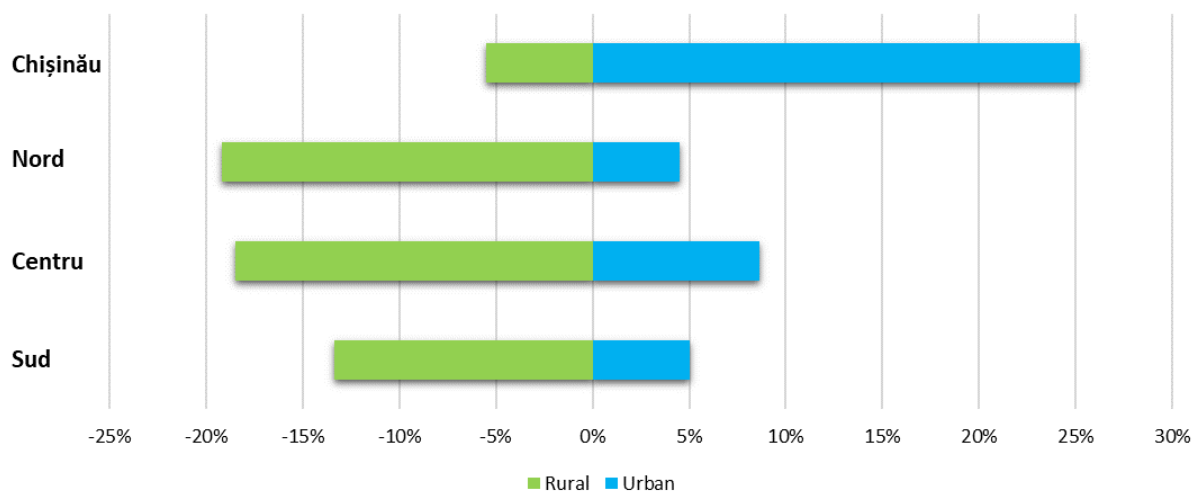


Figura 5.1. Structura eșantionului în funcție de zona și mediul de trai

După nivelul de educație al respondenților eșantionul s-a divizat în 40,3% (CI₉₅ 38,0%-42,7%) din persoane care au afirmat că posedă studii superioare și în altele 59,7% (CI₉₅ 57,3%-62,0%) – fără studii superioare. Majoritatea respondenților (30,8%, CI₉₅ 28,6%-33,0%) au afirmat că au finisat studii superioare complete cu diplomă de calificare, persoanele cu studii de masterat sau rezidențiat au constituit, respectiv, 8,9% (CI₉₅ 7,7%-10,4%) și 0,6% (CI₉₅ 0,3%-1,1%), 14,7% din respondenți (CI₉₅ 13,1%-16,4%) au indicat că au absolvit un colegiu sau tehnicum, iar 11,1% (CI₉₅ 9,7%-12,7%) – o școală profesională tehnică. Persoane cu studii medii complete au fost identificate în 10,0% din cazuri (CI₉₅ 8,7%-11,5%), cu studii medii incomplete – în 11,5% din cazuri (CI₉₅ 10,1%-13,1%), iar restul respondenților (2,7%, CI₉₅ 2,0%-3,6%) au ales ca variantă de răspuns ”Altele”. De menționat, că 13 participanți la studiu (sau 0,8% din total) au preferat să nu răspundă la această întrebare.

Referitor la statutul ocupațional, majoritatea intervievaților (69,1%, CI₉₅ 66,8%-71,2%) au afirmat că sunt angajați, 19,9% (CI₉₅ 18,1%-21,9%) – că se ocupă de lucrări casnice, iar restul 11,0% (CI₉₅ 9,6%-12,6%) – că aparțin la categorii mai puțin relevante, cu variații ponderale cuprinse între 1,4% și 3,5% (figura 5.2). În acest caz, doar 5 respondenți (sau 0,3% din total) nu au furnizat niciun răspuns.

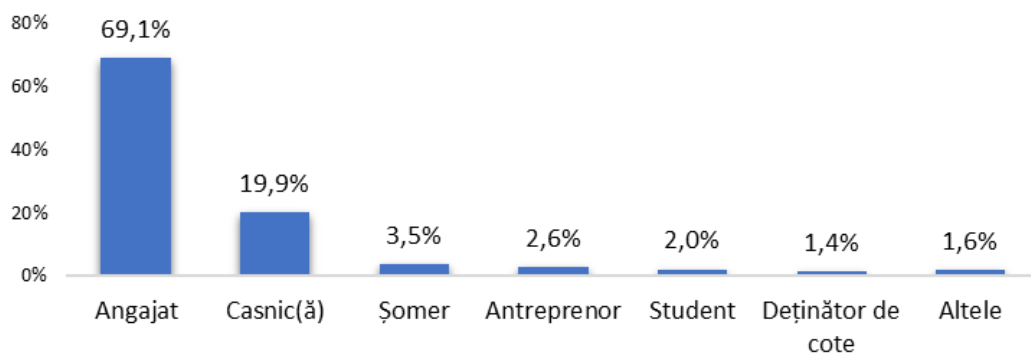


Figura 5.2. Structura eșantionului în funcție de statutul ocupațional

O categorie profesională specifică, determinată în rândul părinților și inclusă în analiza comparativă, au fost lucrătorii instituțiilor medicale, care au constituit 13,5% (CI₉₅ 11,9%-15,2%) din numărul total de participanți la studiu (figura 5.3). Subgrupul cel mai reprezentat din punct de vedere numeric au fost asistenții medicali – cu 5,9% din total (CI₉₅ 4,9%-7,2%), urmat de medici – cu 3,7% (CI₉₅ 2,9%-4,8%) și personalul administrativ – cu 1,8 % (CI₉₅ 1,3%-2,6%), respectiv. Categoria „Altele”, care reprezintă circa 2,0% din total (CI₉₅ 1,4%-2,7%), a inclus restul lucrătorilor din instituțiile medicale, inclusiv personalul auxiliar – cu 1,1% din total (CI₉₅ 1,4%-2,7%), specialiști în domeniul sănătății publice – cu 0,5% din total (CI₉₅ 0,2%-0,9%), farmaciști – cu 0,2% din total (CI₉₅ 0,1%-0,6%) etc.

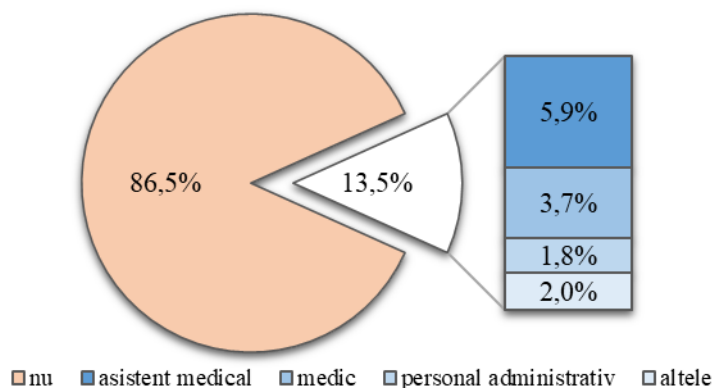


Figura 5.3. Structura eșantionului în funcție de apartenență la categoria lucrătorilor din instituții medicale și structura internă a subgrupului

În continuare, intervievaților li s-a propus să indice venitul mediu lunar per familie. Ținând cont de sensibilitatea argumentului, s-a determinat că aceste informații nu a fost furnizate de 62 de intervievați (sau 9,6% din total). Pentru restul cazurilor eșantionul s-a repartizat după cum urmează: 28,0% (CI₉₅ 25,8%-30,3%) au indicat un venit mediu lunar de 5001-7500 lei per familie, 24,3% (CI₉₅ 22,2%-26,5%) au indicat un venit de 2501-5000 lei per familie, 20,9% (CI₉₅

18,9%-23,0%) – un venit de 7501-10000 lei per familie, 10,4% (CI₉₅ 9,0%-12,0%) – un venit de până la 2500 lei, iar 8,1% (CI₉₅ 6,9%-9,5%) – un venit lunar mai mare de 15 mii de lei.

Pentru comparație, conform datelor Biroului Național de Statistică (2019) salariul minim lunar pe economie a constituit 7356,1 lei per angajat, iar minimul de existență a fost, în medie, de 2031,2 lei /persoană (2019, BNS).

Numărul de copii per nucleu familial a variat de la unu la șase copii (figura 5.4), majoritatea respondenților indicând unu sau doi copii în familie – 40,4% (CI₉₅ 38.1%-42,8%) și 45,6% (CI₉₅ 43,3%-48,0%), respectiv, iar restul 14,0% (CI₉₅ 12,4%-15,7%) – 3 și mai mulți copii.

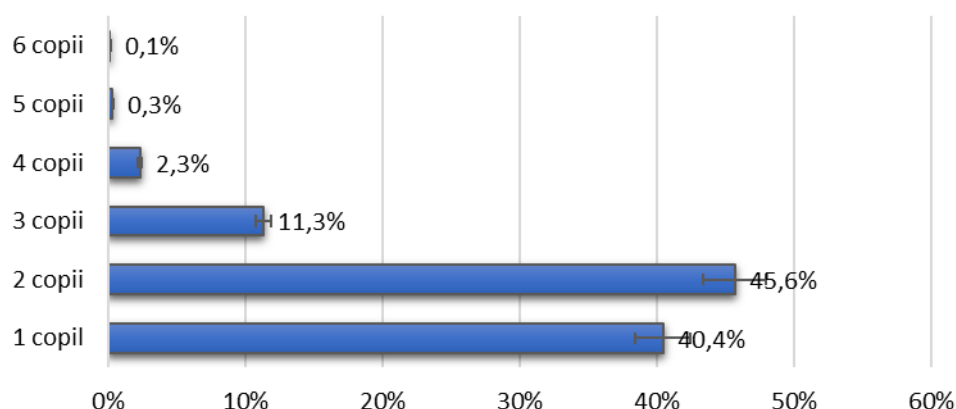


Figura 5.4. Structura eșantionului în funcție de numărul de copii în familie

De asemenea, intervievații au fost invitați să furnizeze informații cu privire la vârsta copiilor (minor și major, după caz) prezenți în familie. Astfel, mai mult de jumătate din respondenți sau 53,4% din total (CI₉₅ 51,0 %-55,8%) au indicat că copilul lor minor are o vârstă cuprinsă între 2 și 7 ani, 40,2% (CI₉₅ 37,9%-42,6%) – vârstă cuprinsă între 8 și 17 ani, iar restul 6,4% (CI₉₅ 5,3%-7,6%) – vârstă cuprinsă între 0 și 2 ani, respectiv. Analiza statistică descriptivă pentru această variabilă a determinat următorii parametri: media = 6,8 ani, abaterea standard (SD) = 3,86 ani, mediana = 6 ani, intervalul interquartilă (IQR) = 5,75 ani

Pentru variabila *Vârsta copilului mai mare din familie* s-a determinat următoarea distribuție: din numărul total de respondenți, 60,4% (CI₉₅ 58,1 %-62,7%) au indicat grupul de vârstă cuprinsă între 8 și 17 ani, 29,6% (CI₉₅ 27,5%-31,9%) – vârstă cuprinsă între 2 și 7 ani, 0,4% (CI₉₅ 0,2%-0,9%) – vârstă cuprinsă între 0 și 2 ani, iar restul 9,5% (CI₉₅ 8,2%-11,0%) – vârstă ≥18 ani, respectiv. În acest caz, analiza descriptivă a determinat următorii parametri: media = 10,2 ani, abaterea standard (SD) = 3,64 ani, mediana = 10 ani, intervalul interquartilă (IQR) = 5 ani.

5.3. Evaluarea cantitativă a determinantilor ezitării la vaccinare: prevalența factorilor de risc modificabili în rândul părinților/tutorilor de copii de vârstă preșcolară și școlară din Republica Moldova

Din punct de vedere metodologic, caracterizarea cantitativă a unui fenomen legat de sănătate se axează, de obicei, pe evidențierea aspectelor care ar cere unele schimbări, adică pe partea negativă a fenomenului studiat. Acest principiu a fost respectat și în descrierea următorilor factori determinanți ai ezitării la vaccinare: comportamentele tipice pentru ezitare din trecut, elementele scalei 5C (*Convingere, Confort, Constrângeri, Calcul și Responsabilitate colectivă*) și intențiile pe viitor cu privire la vaccinare.

Comportamente precedente, tipice pentru ezitare

Intervievații au fost rugați să indice dacă în trecut au avut unele dubii, au amânat sau au refuzat vaccinările prevăzute în programul de imunizări, atât pentru copiii lor, cât și pentru ei înșiși. De menționat, că pentru acest bloc de întrebări respondenții au indicat mai mult de un singur tip de comportament în 26,7% (CI₉₅ 24,6%-28,8%) din cazuri referitor la vaccinările copiilor și în 37,7% (CI₉₅ 35,4%-40,1%) din cazuri – referitor la vaccinările proprii.

Astfel, cu privire la vaccinarea copiilor, cel puțin unul din aceste precedente a fost indicat în 52,7% (CI₉₅ 50,3%-55,1%) din chestionare. În particular, la întrebarea dacă în trecut au fost împotriva sau la îndoială cu privire la vaccinările de rutină a copiilor, părinții au dat un răspuns pozitiv în 40,0% (CI₉₅ 37,6%-42,4%) din cazuri. Circa doi din trei respondenți (69,8%, CI₉₅ 67,7%-72,0%) au declarat că cel puțin odată au amânat din careva motive aceste vaccinări, iar circa unu din cinci respondenți (21,4%, CI₉₅ 19,5%-23,4%) – că le-au refuzat (figura 5.5).

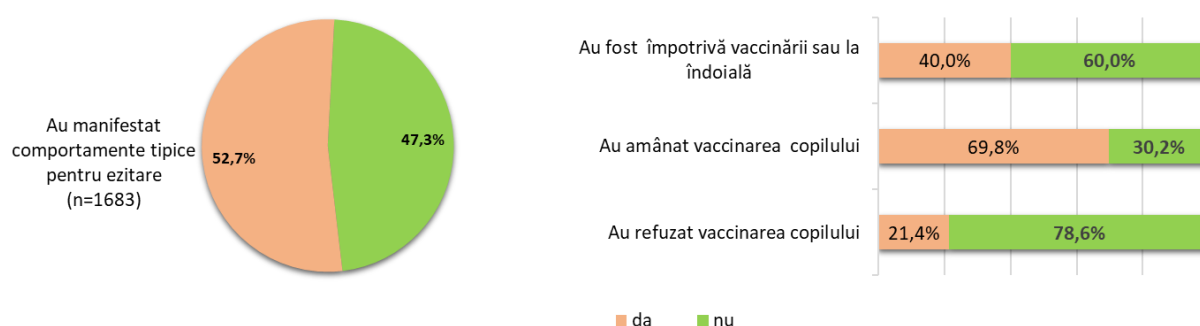


Figura 5.5. Distribuția respondenților în funcție de comportamentele precedente, tipice pentru ezitare la vaccinarea copiilor

În ceea ce privește vaccinările pentru ei înșiși, cel puțin unul din aceste comportamente a fost determinat la 57,5% (CI₉₅ 55,1%-59,8%) din părinți, în timp ce 40,3% (CI₉₅ 38,0%-42,7%) din părinți au declarat că au fost împotriva sau la îndoială cu privire la vaccinările recomandate

pentru vârsta adultă, circa unu din trei părinți (29,3%, CI₉₅ 27,2%-31,5%) – că cel puțin odată a amânat aceste vaccinări, iar 46,3% (CI₉₅ 44,0%-48,7%) din părinți – că le-au refuzat din diverse motive (figura 5.6).

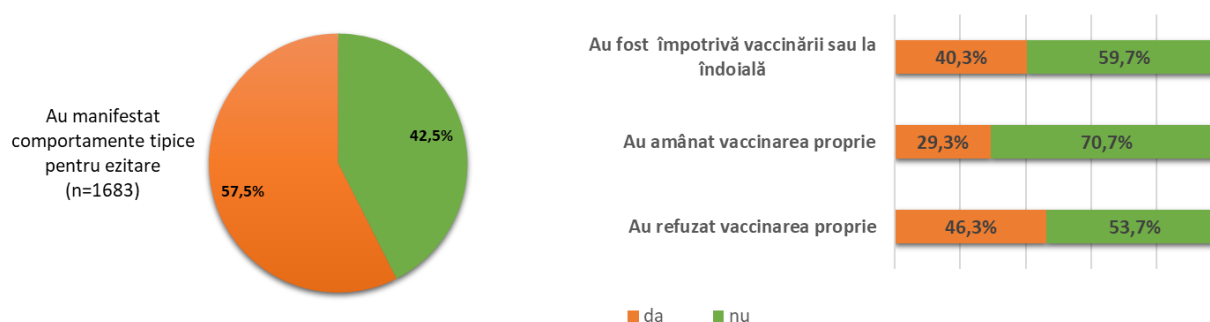


Figura 5.6. Distribuția respondenților în funcție de comportamentele tipice pentru ezitare la vaccinarea proprie, manifestate în trecut

Diferențele observate în răspunsurile părinților la întrebările analogice corespunzătoare au fost testate pentru determinarea semnificației statistice, rezultatele analizei fiind reprezentate în tabelul 5.6:

Tabelul 5.6. Distribuția precedentelor tipice pentru ezitare în populația studiată

Comportamente din trecut	Da		CI ₉₅ (%)		χ^2 (Pearson)	p
	n	%				
Au fost împotriva sau la îndoială pentru vaccinarea copilului	674	40,0	37,7	42,4	0,0308	0,8605
Au fost împotriva sau la îndoială pentru vaccinarea proprie	679	40,3	38,0	42,7		
Au amânat vaccinarea copilului	1175	69,8	67,6	72,0	552,7759	<0,0001
Au amânat vaccinarea proprie	493	29,3	27,2	31,5		
Au refuzat vaccinarea copilului	360	21,4	19,5	23,4	233,9821	<0,0001
Au refuzat vaccinarea proprie	780	46,3	44,0	48,7		

Reieșind din aceste rezultate, respondenții au fost împotriva sau la îndoială în aceeași măsură în ce privește acceptarea vaccinurilor recomandate fie pentru copii, fie pentru ei înșiși. Pe acest fundal, s-a determinat că referitor la vaccinările pentru copii, părinții preferă mai mult amânarea acestora, spre deosebire de vaccinările proprii, pentru care comportamentele tipice tind mai mult spre refuz.

Totuși, este de menționat faptul, că interpretarea acestor rezultate ar trebui să țină cont și de contextul în care a avut loc colectarea materialelor, răspunsurile intervievaților fiind, probabil, condiționate de atitudinile față de vaccinările anti-COVID-19, popularitatea cărora în rândul populației generale lăsa de dorit. În susținerea acestei ipoteze se prezintă și datele obținute din întrebarea cu răspuns multiplu cu privire la motivele care au condus la comportamentele precedente, tipice pentru ezitare (figura 5.7):

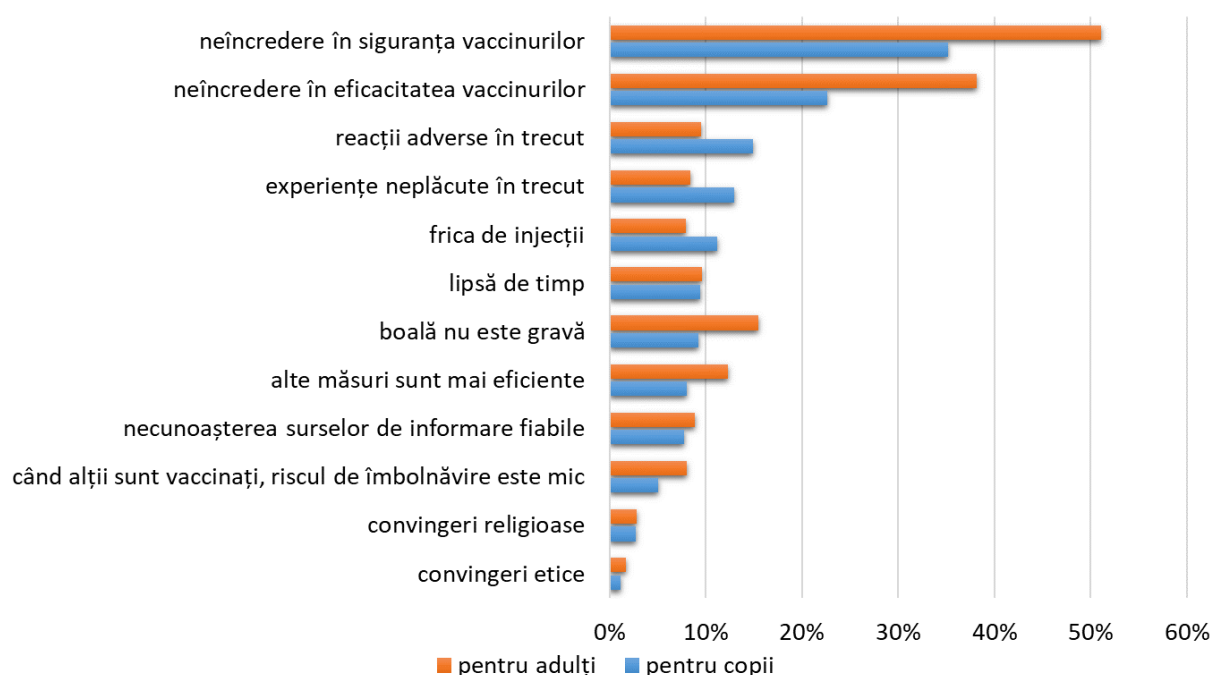


Figura 5.7. Motivele din care părinții au manifestat comportamente tipice pentru ezitare la vaccinările proprii sau pentru copiii lor

După cum se observă, în majoritatea cazurilor prezența dubiilor, amânarea sau refuzul vaccinărilor au fost condiționate de așa factori ca neîncrederea în siguranța vaccinurilor, relevată în 51,1% din răspunsuri (CI₉₅ 47,9%-54,2%) referitor la vaccinările pentru adulți și în 35,2% din răspunsuri (CI₉₅ 32,1%-38,4%) referitor la vaccinările pentru copii.

Pe locul II după importanță se regăsește neîncrederea în eficacitatea vaccinurilor, relevată în 38,2% din răspunsuri (CI₉₅ 35,2%-41,3%) referitor la vaccinările pentru adulți și în 22,7% din răspunsuri (CI₉₅ 20,0%-25,5%) referitor la vaccinările pentru copii. Pentru locurile III și IV situația relevată diferă: în timp ce pentru vaccinările pentru adulți urmează convingerile precum că boala respectivă nu este atât de gravă ca să necesite vaccinarea (15,5% din răspunsuri, CI₉₅ 13,4%-17,9%) și precum că alte măsuri preventive sunt mai eficiente (12,3% din răspunsuri, CI₉₅ 10,4%-14,5 %), pentru vaccinările copiilor urmează motive cum ar fi experiențe neplăcute din trecut

legate de reacții adverse postvaccinale (14,9% din răspunsuri, CI₉₅ 12,7%-17,4%) sau de procesul de imunizare *per integrum* (13,0% din răspunsuri, CI₉₅ 10,9%-15,3%).

Bariere percepute în acceptarea vaccinărilor recomandate în PNI

Cu scopul aprofundării informațiilor obținute cu privire la vaccinările din trecut, intervievaților li s-a propus un șir de întrebări referitoare la unele atitudini și practici legate de argument. Astfel, 77,0% (CI₉₅ 74,9%-79,0%) din numărul total de participanți la studiu au recunoscut că au auzit sau au văzut vreodată informații negative despre vaccinare, iar 51,3% (CI₉₅ 48,9%-53,7%), respectiv – că cunosc pe cineva care a avut o reacție adversă la o vaccinare. Circa 2/5 din respondenți (38,6%, CI₉₅ 36,3%-41,0%) au afirmat că, în general, au încredere în cele auzite sau văzute cu privire la vaccinării, indiferent de faptul dacă acestea au un caracter pro sau contra vaccinare. În același timp, în caz de nevoie de anumite cunoștințe cu privire la vaccinări, majoritatea intervievaților au indicat mai multe surse de informație. Astfel, în topul listei cu preferențele indicate (figura 5.8) drept sursă de informație se regăsesc medicii de familie (78,6% din participanți, CI₉₅ 76,5%-80,4%), urmați de medicii pediatri (26,6% din participanți, CI₉₅ 24,5%-28,7%) și asistenții medicali (26,6% din participanți, CI₉₅ 24,5%-28,7%).

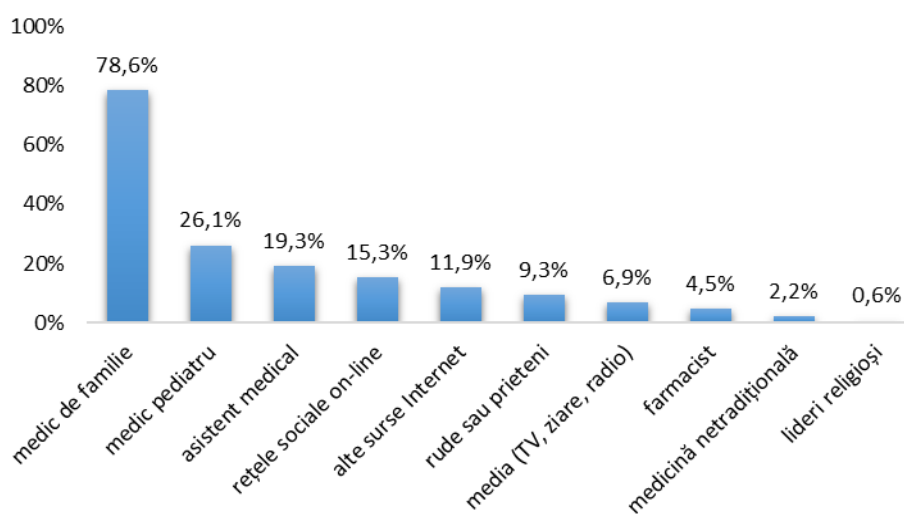


Figura 5.8. Sursele de informare cu privire la vaccinări, preferate de părinții intervievați (răspuns multiplu)

O cotă-parte importantă revine persoanelor care se autodocumentează din alte surse: 15,3% din participanți (CI₉₅ 13,7%-17,1%) au admis că obțin informații din rețelele sociale on line, 11,9% din participanți (CI₉₅ 10,5%-13,6%) – din alte site-uri din Internet, iar 6,9% din participanți (CI₉₅ 5,8%-8,2%) – din sursele mass-media (televiziune, ziare, radio etc.). Rudele sau prietenii au fost indicați drept sursă de informare de 9,3% din participanți (CI₉₅ 8,0%-10,8%), pe

când liderii religioși au fost menționați în cazuri unice. Farmaciștii și specialiștii în medicină netradițională (acupunctură, homeopatie etc.) se bucură de o popularitate mai redusă, fiind indicați de 4,5% (CI₉₅ 3,6%-5,6%) și 2,2% (CI₉₅ 1,6%-3,0%) din participanți, respectiv.

Pe acest fundal, majoritatea respondenților (79,3%, CI₉₅ 77,3%-81,1%) au afirmat că discută în mod deschis cu medicul de familie despre preocupările pe care le au cu privire la vaccinare, însă în unele cazuri (19,7% din participanți, CI₉₅ 17,9%-21,7%) s-au simțit forțați de către medic în luarea deciziei cu privire la vaccinare, iar în altele (3,7% din participanți, CI₉₅ 2,9%-4,8%) – au fost descurajați cu privire la un vaccin pe care l-ar fi dorit pentru copil. De asemenea, 25,5% din numărul total de respondenți (CI₉₅ 23,5%-27,6%) au afirmat că cel puțin odată au avut impresia că serviciile de sănătate nu le-au oferit cel mai bun vaccin existent pe piață, iar altele 13,0% (CI₉₅ 11,5%-14,5%) consideră că vaccinările la privat sunt mai bune decât cele gratuite oferite de către centrul de sănătate, argumentând această părere, dintr-o parte, cu afirmații ce țin de calitatea, proveniența și siguranța vaccinurilor utilizate, iar din alta – de diferențele percepute în organizarea procesului de vaccinare, cum ar fi gradul de expertiză și atitudinea personalului, posibilitatea de a alege vaccinul dorit etc.

Din altă parte, 25,3% din participanții la studiu (CI₉₅ 23,3%-27,3%) au declarat că sunt convingeți în faptul că vaccinurile sunt administrate copiilor începând cu o vârstă prea mică, iar 24,7% (CI₉₅ 22,7%-26,8%) și 10,4% din participanții (CI₉₅ 9,0%-11,9%), respectiv, au preferat să răspundă „Nu știu” sau să omită răspunsul. Astfel, doar 39,6% din participanții (CI₉₅ 37,3%-42,0%) au manifestat o atitudine clară pro vaccinare. O situație asemănătoare a fost determinată cu privire la numărul vaccinărilor administrate în copilărie: 29,0% din participanții la studiu (CI₉₅ 26,9%-31,2%) au declarat că sunt convingeți în faptul că vaccinurile administrate copiilor sunt prea multe, iar 27,5% (CI₉₅ 25,4%-29,7%) și 10,8% din participanții (CI₉₅ 9,4%-12,4%), respectiv, au preferat să răspundă „Nu știu” sau să omită răspunsul la această întrebare. În acest caz, cota-parte a participanților cu o atitudine pro vaccinare a fost de 32,7% (CI₉₅ 30,5%-35,0%).

Determinanții comportamentali ai (non)vaccinării

Determinanții psihologici care pot influența comportamentele pro sau contra vaccinare (*Convingere, Confort, Constrângeri, Calcul și Responsabilitate colectivă*) au fost măsurați cu ajutorul scalei *Likert*, gradul de acord cu afirmația respectivă fiind exprimat de la „în dezacord categoric” până la „de acord categoric”, cu 5 tipuri posibile de răspuns. Răspunsurile furnizate de respondenți au fost convertite într-o scară numerică, unde 1 corespunde cu „în dezacord categoric”, 2 – „în dezacord moderat”, 3 – „am o părere neutră”, 4 – „acord moderat” și 5 – „acord categoric”, ceea ce a permis calcularea scorurilor totale și medii și compararea acestora. De asemenea, din

aceste date au fost create variabile noi, dihotomice (pro sau contra vaccinare) care au fost necesare pentru calcularea raportului prevalențelor ($PR = \text{Prevalence Ratio}$) pentru fiecare factor determinant al ezitării la vaccinare. În acest caz, părerile neutre au fost considerate ca o atitudine contra vaccinate, pe când acordul categoric și cel moderat au fost categorisite în funcție de înțelesul semantic al afirmației corespunzătoare.

Subscala Convingere

Convingerea se referă la mai multe aspecte ale încrederii – încrederea în eficacitatea și siguranța vaccinurilor, încrederea în sistemul medical care oferă vaccinarea, inclusiv în profesionalismul și în calitatea personalului medical care administrează vaccinul și încrederea în responsabili de elaborarea politicilor în ceea ce privește vaccinurile și vaccinarea. Tabloul general al distribuției scorurilor obținute pentru această subscală este descris în tabelul 5.7.

Tabelul 5.7. Distribuția scorurilor obținute pentru subscala *Convingere*

Subscala <i>Convingere</i>	Scor *	n	%	CI₉₅ (%)	
<i>Încrederea în siguranța vaccinurilor</i>	1	113	6,7	5,6	8,0
	2	146	8,7	7,4	10,1
	3	634	37,7	35,4	40,0
	4	554	32,9	30,7	35,2
	5	236	14,0	12,4	15,8
<i>Încrederea în vaccinare ca metodă eficientă de protecție</i>	1	76	4,5	3,6	5,6
	2	122	7,2	6,1	8,6
	3	406	24,1	22,1	26,2
	4	712	42,3	40,0	44,7
	5	367	21,8	19,9	23,8
<i>Încrederea în autoritățile care iau decizii referitor la vaccinări în interesul întregii comunități</i>	1	115	6,8	5,7	8,1
	2	155	9,2	7,9	10,7
	3	617	36,7	34,4	39,0
	4	502	29,8	27,7	32,1
	5	294	17,5	15,7	19,4

Notă: * 1 = dezacord categoric; 2 = dezacord categoric; 3 = părere neutră; 4 = acord moderat; 5 = acord categoric

Din numărul total de respondenți, la afirmația „*Sunt convins în faptul că vaccinurile sunt sigure*” au manifestat dezacord categoric, moderat sau părere neutră (scor 1-3) circa 53,1% (CI₉₅ 50,7%-55,4%) din respondenți. Scorul mediu total obținut pentru această variabilă a constituit 3,39 puncte (SD=1,05, mediana =3, IQR =1).

La încrucișarea datelor s-a determinat că un nivel de încredere în siguranța vaccinurilor relativ mai jos există în rândul persoanelor care:

- nu posedă studii superioare – $PR = 1,23$ (CI₉₅ 1,015-1,502);

- b) în trecut au manifestat comportamente tipice pentru ezitare pentru vaccinările proprii – $PR = 1,97$ (CI₉₅ 1,605-2,417) și cele pentru copiii lor – $PR = 1,69$ (CI₉₅ 1,383-2,059);
- c) nu s-au vaccinat ei înșiși – $PR = 1,48$ (CI₉₅ 1,215-1,796) și nu și-au vaccinat copiii conform prevederilor PNI – $PR = 1,30$ (CI₉₅ 1,015-1,674);
- d) pentru viitor vor ezita să accepte vaccinările recomandate cât pentru adulți – $PR = 2,00$ (CI₉₅ 1,628-2,462), atât și pentru copii lor – $PR = 1,89$ (CI₉₅ 1,537-2,328), respectiv.

Diferențele detectate în răspunsurile furnizate de alte categorii de participanți din cadrul studiului nu au fost semnificative din punct de vedere statistic.

Pentru al doilea element al subscalei *Convingere*, afirmația corespunzătoare din chestionar fiind „*Vaccinarea este o metodă eficientă de protecție împotriva unor boli*”, o atitudine pro ezitare a fost relevată la 35,9% (CI₉₅ 33,6%-38,2%) din respondenți, scorul mediu total fiind de 3,69 puncte (SD=1,03, mediana =4, IQR =1). În acest caz, niveluri relativ mai scăzute de acest tip de încredere au fost înregistrate la persoanele care:

- a) nu posedă studii superioare – $PR = 1,47$ (CI₉₅ 1,195-1,819);
- b) în trecut au avut dubii, au amânat sau au refuzat vaccinările proprii – $PR = 1,97$ (CI₉₅ 1,605-2,417) și cele pentru copiii lor – $PR = 1,57$ (CI₉₅ 1,287-2,908);
- c) nu s-au vaccinat ei înșiși – $PR = 1,74$ (CI₉₅ 1,413-2,135) și nu și-au vaccinat copiii conform calendarului – $PR = 1,55$ (CI₉₅ 1,213-1,975);
- d) în viitor vor ezita la acceptarea vaccinărilor recomandate cât pentru adulți – $PR = 2,55$ (CI₉₅ 2,028-3,214), atât și pentru copii – $PR = 2,48$ (CI₉₅ 1,007-3,065), respectiv.

Alte diferențe observate nu au fost semnificative din punct de vedere statistic.

Pentru ultimul element al subscalei, care se referă la încrederea în autoritățile care iau decizii cu privire la vaccinare, atitudini „negative” au fost indicate de 52,7% (CI₉₅ 50,3%-55,1%) din respondenți obținându-se un scor mediu de 3,42 puncte (SD=1,09, mediana =3, IQR =1).

Mai puțină încredere în decizorii de politici referitoare la imunizări s-a înregistrat la următoarele categorii de participanți:

- a) în trecut au avut dubii, au amânat sau au refuzat vaccinările proprii – $PR = 1,67$ (CI₉₅ 1,364-2,033) și cele pentru copiii lor – $PR = 1,57$ (CI₉₅ 1,287-2,908);
- b) nu s-au vaccinat ei înșiși – $PR = 1,74$ (CI₉₅ 1,413-2,135) și nu și-au vaccinat copiii conform calendarului – $PR = 1,55$ (CI₉₅ 1,213-1,975);
- c) în viitor vor ezita la acceptarea vaccinărilor recomandate pentru adulți – $PR = 2,55$ (CI₉₅ 2,028-3,214).

Pentru alte variabile, inclusiv intențiile pentru viitoare vaccinări ale copiilor, diferențele relevate nu au fost statistic semnificative.

Cu privire la subscala *Convingere* în general, răspunsurile cu conotație negativă sau dubioasă (scorul atribuit fiind de la 3 până la 10 puncte), au fost relevate în 47,2% (CI₉₅ 44,8%-49,6%) din răspunsuri, scorul mediu total pe subscală constituind 3,50 puncte (SD=0,90, mediana =3,67, IQR =1).

La încrucișarea datelor s-au confirmat diferențele relevate pentru fiecare element aparte, cu următoarele valori ale Raportului prevalențelor (*PR*):

- a) părinți fără studii superioare *versus* părinți cu studii superioare –
 $PR = 1,31$ (CI₉₅ 1,074-1,594);
- b) părinți, care în trecut au manifestat comportamente tipice pentru ezitare *versus* părinți care nu le-au manifestat:
 - cu privire la vaccinările proprii – $PR = 2,06$ (CI₉₅ 1,676-2,529)
 - cu privire la vaccinările copiilor – $PR = 1,85$ (CI₉₅ 1,517-2,263)
- c) părinți cu statutul de vaccinare (declarat)
 - propriu: nevaccinați *versus* vaccinați conform recomandărilor PNI –
 $PR = 1,62$ (CI₉₅ 1,327-1,967)
 - al copiilor: nevaccinați *versus* vaccinați conform recomandărilor PNI –
 $PR = 1,36$ (CI₉₅ 1,063-1,738)
- d) părinți, care referitor la vaccinările pe viitor
 - pentru ei înșiși: vor ezita *versus* nu vor ezita – $PR = 2,17$ (CI₉₅ 1,759-2,679)
 - pentru copiii lor: vor ezita *versus* nu vor ezita – $PR = 2,08$ (CI₉₅ 1,691-2,552)

În plus, la analiza datelor agregate s-a determinat semnificația statistică a diferențelor relevate în răspunsurile părinților angajați în instituțiile medicale *versus* părinții din alte categorii profesionale – $PR = 1,35$ (CI₉₅ 1,009-1,795).

Subscala Confort

Cu referire la subscala *Confort*, care determină percepția persoanelor asupra riscului bolii, s-a solicitat exprimarea acordului participanților cu privire la afirmațiile „*Vaccinările sunt de prisos deoarece bolile prevenibile prin vaccinare nu se mai întâlnesc atât de des*”, „*Sistemul imunitar al copilului meu este atât de puternic, că va reuși să-l protejeze împotriva bolilor și fără vaccinare*” și „*Bolile care pot fi prevenite prin vaccinare nu sunt atât de severe ca să necesite vaccinarea*”. Distribuția scorurilor obținute pentru această subscală este reflectată în tabelul 5.8.

Tabelul 5.8. Distribuția scorurilor obținute pentru subscala Confort

Subscala <i>Confort</i>	Scor *	n	%	CI ₉₅ (%)	
<i>Vaccinările sunt de prisos, bolile nu se mai întâlnesc atât de des</i>	1	329	19,5	17,7	21,5
	2	339	20,1	18,3	22,1
	3	572	34,0	31,8	36,3
	4	340	20,2	18,4	22,2
	5	103	6,1	5,1	7,4
<i>Sistemul imunitar este puternic, copilul va fi protejat și fără vaccinare</i>	1	345	20,5	18,6	22,5
	2	409	24,3	22,3	26,4
	3	523	31,1	28,9	33,3
	4	307	18,2	16,5	20,2
	5	99	5,9	4,9	7,1
<i>Bolile nu sunt într-atât de severe ca să necesite vaccinarea</i>	1	355	21,1	19,2	23,1
	2	379	22,5	20,6	24,6
	3	555	33,0	30,8	35,3
	4	308	18,3	16,5	20,2
	5	86	5,1	4,2	6,3

Notă: * 1 = dezacord categoric; 2 = dezacord categoric; 3 = părere neutră; 4 = acord moderat; 5 = acord categoric

După cum se observă din datele incluse în tabel, afirmațiile au o conotație semantică inversă, ceea ce înseamnă că persoanele cu tendințe comportamentale spre ezitare vor furniza răspunsuri cu scoruri mai înalte (de la 3 până la 5 puncte).

Din numărul total de respondenți, pentru primul element al subscalei au exprimat diferite grade de acord sau părere neutră circa 60,3% (CI₉₅ 58,0%-62,6%) din respondenți. Scorul mediu obținut pentru această variabilă a constituit 2,73 puncte (SD=1,17, mediana =3, IQR =2).

Niveluri sporite ale acestui element au fost determinate la:

- părinții de gen feminin *versus* părinții de gen masculin – $PR=1,61$ (CI₉₅ 1,211-2,143);
- părinții, care în trecut au ezitat la vaccinările proprii – $PR=1,38$ (CI₉₅ 1,132-1,683) și la vaccinările copiilor – $PR=1,31$ (CI₉₅ 1,073-1,594);
- părinții, care în trecut nu s-au vaccinat ei înșiși conform recomandărilor PNI – $PR=1,25$ (CI₉₅ 1,004-1,555);

Pentru restul variabilelor, inclusiv statutul de vaccinare a copiilor și intențiile la vaccinările din viitor, diferențele observate nu au fost semnificative.

Analizând cel de-al doilea element al subscalei *Confort*, s-a determinat că o atitudine corespunzătoare definiției de ezitare a fost manifestată de 55,2% (CI₉₅ 52,8%-57,6%) din

respondenți, scorul mediu fiind de 2,64 puncte (SD=1,16, mediana =3, IQR =1). Printre categoriile mai afectate pot fi menționate următoarele:

- a) intervievații de gen feminin *versus* cei de gen masculin – $PR=1,36$ (CI₉₅ 1,023-1,795);
 - b) intervievații care nu s-au vaccinat – $PR=1,32$ (CI₉₅ 1,052-1,654) și nu și-au vaccinat copiii – $PR=1,39$ (CI₉₅ 1,065-1,811) *versus* cei care au respectat recomandările PNI;
 - c) intervievații care consideră că vor ezita la viitoarele vaccinări pentru ei înșiși – $PR=1,45$ (CI₉₅ 1,142-1,834) și la vaccinările copiilor – $PR=1,49$ (CI₉₅ 1,189-1,864);
- Pentru alte diferențe observate, nu au fost demonstrată o semnificație statistică plauzibilă.

Referitor la ultimul element al subscalei *Confort*, manifestări de ezitare au fost determinate la 56,4% (CI₉₅ 54,0%-58,7%) din respondenți obținându-se un scor mediu de 2,63 puncte (SD=1,15, mediana =3, IQR =1). Diferențe statistice semnificative au fost relevate doar în răspunsurile furnizate de intervievații care au ezitat la vaccinările proprii – $PR=1,22$ (CI₉₅ 1,004-1,485) și la vaccinările copiilor – $PR=1,24$ (CI₉₅ 1,020-1,505).

Per total, răspunsurile cu acord categoric și moderat sau neutre cu privire la elementele subscalei *Confort* au fost relevate în 57,3% (CI₉₅ 54,9%-59,6%) din răspunsuri, scorul mediu total pe subscală constituind 2,67 puncte (SD=0,99, mediana =2,67, IQR =1,33). Prin analiza comparativă a datelor agregate au fost determinate diferențe statistice semnificative doar în ce privește:

- a) răspunsurile furnizate de părinții care nu respectă *versus* părinții care respectă recomandările PNI și se imunizează la timp – $PR=1,47$ (CI₉₅ 1,142-1,882);
- b) răspunsurile furnizate părinții care nu intenționează *versus* părinții care intenționează pe viitor să-și vaccineze copiii – $PR=1,47$ (CI₉₅ 1,154-1,884).

Subscala Constrângeri

Subscala *Constrângeri* se referă la disponibilitatea fizică, accesibilitatea din punctul de vedere al prețului, accesibilitatea geografică, capacitatea de a înțelege limbajul și cunoștințele în materie de sănătate și atractivitatea serviciilor de imunizare. Referitor la această subscală, spre atenția intervievaților au fost propuse afirmațiile: „*Stresul cotidian mă împiedică să-mi vaccinez copilul*”, „*Pentru ca să-mi vaccinez copilul trebuie să depun multe eforturi*” și „*Disconfortul meu în prezența unui lucrător medical mă oprește să-mi vaccinez copilul*”, pentru care un scor mai înalt (de la 3 până la 5 puncte), ar indica o înclinație mai pronunțată spre ezitare.

Distribuția scorurilor obținute pentru această subscală este reflectată în tabelul 5.9.

Tabelul 5.9. Distribuția scorurilor obținute pentru subscala *Constrângeri*

Subscala <i>Constrângeri</i>	Scor *	n	%	CI ₉₅ (%)	
<i>Stresul cotidian este o barieră pentru vaccinarea copilului</i>	1	509	30,2	28,1	32,5
	2	331	19,7	17,8	21,6
	3	498	29,6	27,5	31,8
	4	274	16,3	14,6	18,1
	5	71	4,2	3,4	5,3
<i>Este necesar de a depune multe eforturi pentru vaccinarea copilului</i>	1	541	32,1	30,0	34,4
	2	371	22,0	20,1	24,1
	3	414	24,6	22,6	26,7
	4	271	16,1	14,4	17,9
	5	86	5,1	4,2	6,3
<i>Disconfortul în prezența unui lucrător medical este o barieră pentru vaccinarea copilului</i>	1	779	46,3	43,9	48,7
	2	292	17,3	15,6	19,2
	3	432	25,7	23,6	27,8
	4	132	7,8	6,7	9,2
	5	48	2,9	2,2	3,8

Notă: * 1 = dezacord categoric; 2 = dezacord categoric; 3 = părere neutră; 4 = acord moderat; 5 = acord categoric

Din totalul de respondenți, pentru primul element al subscalei *Constrângeri* au fost exprimate diferite grade de acord sau părere neutră de către circa 50,1% (CI₉₅ 47,7%-52,5%) din respondenți. Scorul mediu obținut pentru această variabilă a constituit 2,45 puncte (SD=1,19, mediana =3, IQR =2).

- a) părinți fără studii superioare *versus* părinți cu studii superioare – $PR = 1,31$ (CI₉₅ 1,074-1,594);
- b) părinți, care în trecut au manifestat comportamente tipice pentru ezitare *versus* părinți care nu le-au manifestat:
 - cu privire la vaccinările proprii – $PR = 1,37$ (CI₉₅ 1,125-1,664);
 - cu privire la vaccinările copiilor – $PR = 1,26$ (CI₉₅ 1,037-1,525);
- c) părinți cu statutul de vaccinare (declarat) propriu: nevaccinați *versus* vaccinați conform recomandărilor PNI – $PR = 1,42$ (CI₉₅ 1,115-1,807).

Pentru a doua afirmație atitudinea pro ezitare a fost exprimată de 45,8% (CI₉₅ 43,8%-48,2%) din respondenți, scorul mediu fiind de 2,41 puncte (SD=1,23, mediana =2, IQR =2).

- a) părinți, care în trecut au manifestat comportamente tipice pentru ezitare *versus* părinți care nu le-au manifestat:
 - cu privire la vaccinările proprii – $PR = 1,31$ (CI₉₅ 1,073-1,589);
 - cu privire la vaccinările copiilor – $PR = 1,34$ (CI₉₅ 1,105-1,629);

Pentru ultimul element din subscala *Constrângeri*, manifestări ale ezitării s-au determinat la 36,4% (CI₉₅ 34,1%-38,7%) din respondenți, obținându-se astfel un scor mediu de 2,04 puncte (SD=1,14, mediana =2, IQR =2).

- a) părinți fără studii superioare *versus* părinți cu studii superioare – $PR = 1,31$ (CI₉₅ 1,074-1,594);
- b) părinți, care în trecut au manifestat comportamente tipice pentru ezitare *versus* părinți care nu le-au manifestat:
 - cu privire la vaccinările proprii – $PR = 1,46$ (CI₉₅ 1,187-1,793);
 - cu privire la vaccinările copiilor – $PR = 1,34$ (CI₉₅ 1,099-1,644);
- c) părinți cu statutul de vaccinare (declarat) al copiilor: nevaccinați *versus* vaccinați conform recomandărilor PNI – $PR = 1,49$ (CI₉₅ 1,042-2,118);
- d) părinți, care referitor la vaccinările pe viitor
 - pentru ei înșiși: vor ezita *versus* nu vor ezita – $PR = 1,33$ (CI₉₅ 1,039-1,709);
 - pentru copiii lor: vor ezita *versus* nu vor ezita – $PR = 1,28$ (CI₉₅ 1,007-1,618).

În total, răspunsurile cu acord categoric și moderat sau neutre cu privire la elementele subscalei *Constrângeri* au fost relevate în 17,5% (CI₉₅ 15,7%-19,4%) din răspunsuri, scorul mediu total pe subscală fiind de 2,30 puncte (SD=0,98, mediana =2,33, IQR =1,67).

Analiza comparativă a datelor agregate a determinat diferențe statistice semnificative doar în ce privește răspunsurile furnizate de părinții care nu intenționează *versus* părinții care intenționează pe viitor să-și vaccineze copiii – $PR = 1,38$ (CI₉₅ 1,022-1,864).

Subscala Calcul

Subscala *Calcul* se referă la măsura în care persoanele caută în mod intenționat informații despre un vaccin și/sau despre boala în cauză și apoi își efectuează propria analiză risc-beneficiu pentru a se hotărî dacă se vaccinează sau nu. Astfel, respondenților li s-au propus să-și exprime gradul de acord cu următoarele afirmații: „Înainte de a accepta o vaccinare cântăresc bine beneficiile și riscurile probabile pentru a lua cea mai bună decizie”, „Pentru fiecare vaccinare aparte, mă gândesc foarte atent dacă aceasta are sens pentru copilul meu” și „Pentru mine este important să înțeleg bine despre ce este vorba înainte de a lua decizia cu privire la vaccinarea copilului meu”. Distribuția scorurilor obținute pentru această subscală este reflectată în tabelul 5.10.

Tabelul 5.10. Distribuția scorurilor obținute pentru subscala *Calcul*

<i>Subscala Calcul</i>	Scor *	n	%	CI ₉₅ (%)	
<i>Cântărirea riscurilor și beneficiilor înainte de a accepta o vaccinare</i>	1	71	4,2	3,4	5,3
	2	100	5,9	4,9	7,2
	3	248	14,7	13,1	16,5
	4	450	26,7	24,7	28,9
	5	814	48,4	46,0	50,8
<i>Cântărirea utilității pentru copil pentru fiecare vaccinare aparte</i>	1	78	4,6	3,7	5,7
	2	93	5,5	4,5	6,7
	3	247	14,7	13,1	16,4
	4	441	26,2	24,2	28,4
	5	824	49,0	46,6	51,3
<i>Importanța înțelegerii argumentului vaccinării înainte de acceptare</i>	1	50	3,0	2,3	3,9
	2	66	3,9	3,1	5,0
	3	206	12,2	10,8	13,9
	4	380	22,6	20,6	24,6
	5	981	58,3	55,9	60,6

Notă: * 1 = dezacord categoric; 2 = dezacord categoric; 3 = părere neutră; 4 = acord moderat; 5 = acord categoric

Și în cazul acestei subscale, scorurile mai înalte (de la 3 până la 5 puncte) indică prezența atitudinilor tipice pentru ezitare.

Pentru primul element al subscalei *Calcul*, și-au exprimat acordul categoric, acordul moderat și părerea neutră circa 89,8% (CI₉₅ 88,3%-91,2%) din respondenți, scorul mediu fiind de 4,09 puncte (SD=1,11, mediana =4, IQR =1). Al doilea element a acumulat și el circa 89,8% (CI₉₅ 88,3%-91,2%) din acest tip de păreri, cu un scor mediu de 4,09 puncte (SD=1,12). Pentru al treilea element din *Calcul*, manifestări tipice ale ezitării s-au determinat la 93,1% (CI₉₅ 91,8%-94,2%) din respondenți, obținându-se astfel scorul mediu de 4,29 puncte (SD=1,02, mediana =5, IQR =1).

Per total, răspunsurile cu un grad de acord categoric, moderat sau neutre cu privire la elementele acestei subscale au fost relevate în 90,9% (CI₉₅ 89,5%-92,2%) din răspunsuri, scorul mediu total pe subscală constituind 4,16 puncte (SD=0,94, mediana =4,33, IQR =1,33).

Este de menționat, că în cadrul analizei comparative în funcție de alte variabile a performanței elementelor separate ale subscalei *Calcul* (inclusiv, a datelor agregate pe întreaga subscală) nu au fost determinate diferențe semnificative din punct de vedere statistic.

Rezultatele obținute sugerează că acest antecedent are o amploare majoră și o distribuție universală în rândul populației studiate.

Subscala Responsabilitate colectivă

Responsabilitatea colectivă se referă la disponibilitatea persoanelor de a le proteja pe altele vaccinându-se, în cadrul efortului depus în comun pentru a dobândi un nivel satisfăcător al imunității colective. Referitor la această subscală, intervievaților au fost rugați să-și exprime acordul cu afirmațiile: „Atunci când toți dimprejur sunt vaccinați, copilul meu nu trebuie numaidecât să se vaccineze.”, „Mi-am vaccinat copilul deoarece astfel voi proteja și alte persoane cu un sistem imunitar slab” și „Vaccinarea este o acțiune colectivă de prevenire a răspândirii bolilor”. După cum se observă, elementele subscalei au o conotație semantică opusă, ceea ce înseamnă că persoanele cu tendințe comportamentale spre ezitare vor furniza răspunsuri cu scoruri mai înalte (de la 3 până la 5 puncte) pentru prima afirmație, iar pentru a doua a treia – răspunsuri cu scoruri mai joase (de la unu până la trei puncte). Scorurile obținute pentru această subscală sunt reflectate în tabelul 5.11.

Tabelul 5.11. Distribuția scorurilor obținute pentru subscala Responsabilitate colectivă

Subscala Responsabilitate colectivă	Scor *	n	%	CI₉₅ (%)	
<i>Considerarea vaccinării ca acțiune inutilă atunci când toți dimprejur sunt deja vaccinați (free riding)</i>	1	455	27,0	25,0	29,2
	2	272	16,2	14,5	18,0
	3	523	31,1	28,9	33,3
	4	242	14,4	12,8	16,1
	5	191	11,3	9,9	13,0
<i>Acceptarea vaccinării copilului pentru a proteja persoanele care nu pot fi vaccinate</i>	1	127	7,5	6,4	8,9
	2	114	6,8	5,7	8,1
	3	446	26,5	24,4	28,7
	4	470	27,9	25,8	30,1
	5	526	31,3	29,1	33,5
<i>Considerarea vaccinării ca acțiune colectivă de prevenire a răspândirii bolilor</i>	1	93	5,5	4,5	6,7
	2	91	5,4	4,4	6,6
	3	421	25,0	23,0	27,1
	4	453	26,9	24,9	29,1
	5	625	37,1	34,9	39,5

Notă: * 1 = dezacord categoric; 2 = dezacord categoric; 3 = părere neutră; 4 = acord moderat; 5 = acord categoric

Prima afirmație a acumulat 56,8% (CI₉₅ 54,4%-59,2%) din numărul total de respondenți care și-au exprimat acordul sau părerea neutră, iar scorul mediu a constituit 2,66 puncte (SD=1,31, mediana =3, IQR =3). Analiza comparativă a relevat niveluri sporite ale acestui element al subscalei în următoarele categorii de respondenți:

- a) părinți fără studii superioare *versus* părinți cu studii superioare –
PR =1,47 (CI₉₅ 1,166-1,855);

- b) părinți, care în trecut au manifestat comportamente tipice pentru ezitare *versus* părinți care nu le-au manifestat:
 - cu privire la vaccinările proprii – $PR = 1,36$ (CI_{95} 1,117-1,656);
 - cu privire la vaccinările copiilor – $PR = 1,41$ (CI_{95} 1,157-1,715);
- c) părinți cu statutul de vaccinare (declarat)
 - propriu: nevaccinați *versus* vaccinați conform recomandărilor PNI – $PR = 1,38$ (CI_{95} 1,109-1,729)
 - al copiilor: nevaccinați *versus* vaccinați conform recomandărilor PNI – $PR = 1,51$ (CI_{95} 1,168-1,958)
- d) părinți, care referitor la vaccinările pe viitor
 - pentru ei înșiși: vor ezita *versus* nu vor ezita – $PR = 1,42$ (CI_{95} 1,130-2,795);
 - pentru copiii lor: vor ezita *versus* nu vor ezita – $PR = 1,47$ (CI_{95} 1,178-1,829).

Pentru a doua afirmație atitudini de ezitare au fost identificate la 40,8% (CI_{95} 38,5%-43,2%) din respondenți, scorul mediu fiind de 3,68 puncte ($SD=1,19$, mediana =4, $IQR =2$).

- a) părinți, care în trecut au manifestat comportamente tipice pentru ezitare *versus* părinți care nu le-au manifestat:
 - cu privire la vaccinările proprii – $PR = 1,64$ (CI_{95} 1,335-2,006);
 - cu privire la vaccinările copiilor – $PR = 1,89$ (CI_{95} 1,544-2,319);
- b) părinți cu statutul de vaccinare (declarat)
 - propriu: nevaccinați *versus* vaccinați conform recomandărilor PNI – $PR = 1,44$ (CI_{95} 1,178-1,749);
 - al copiilor: nevaccinați *versus* vaccinați conform recomandărilor PNI – $PR = 1,48$ (CI_{95} 1,163-1,891);
- c) părinți, care referitor la vaccinările pe viitor
 - pentru ei înșiși: vor ezita *versus* nu vor ezita – $PR = 2,49$ (CI_{95} 2,996-3,108);
 - pentru copiii lor: vor ezita *versus* nu vor ezita – $PR = 2,13$ (CI_{95} 1,739-2,619).

Pentru ultimul element al subscalei, manifestări de ezitare au fost determinate la 64,1% (CI_{95} 61,7%-66,3%) din respondenți obținându-se un scor mediu de 3,85 puncte ($SD=1,15$, mediana =4, $IQR =2$). Analiza comparativă a relevat niveluri sporite ale acestui element al subscalei în următoarele categorii de respondenți:

- a) părinți, care în trecut au manifestat comportamente tipice pentru ezitare *versus* părinți care nu le-au manifestat:
 - cu privire la vaccinările proprii – $PR = 1,83$ (CI_{95} 1,483-2,269);
 - cu privire la vaccinările copiilor – $PR = 1,87$ (CI_{95} 1,520-2,307);
- b) părinți cu statutul de vaccinare (declarat)
 - propriu: nevaccinați *versus* vaccinați conform recomandărilor PNI – $PR = 1,69$ (CI_{95} 1,377-2,078);
 - al copiilor: nevaccinați *versus* vaccinați conform recomandărilor PNI – $PR = 1,76$ (CI_{95} 1,375-2,246);
- c) părinți, care referitor la vaccinările pe viitor
 - pentru ei înșiși: vor ezita *versus* nu vor ezita – $PR = 3,00$ (CI_{95} 2,362-3,108);
 - pentru copiii lor: vor ezita *versus* nu vor ezita – $PR = 2,64$ (CI_{95} 2,131-3,267).

La calcularea scorului final pentru subscala *Responsabilitate colectivă* și a scorului general al scalei 5C, pentru a redresa direcția semnificației semantice a afirmațiilor, scorurile originale au fost supuse unei proceduri de recodificare (după caz), obținând astfel următorul rezultat: cu cât scorul atribuit este mai mic, cu atât mai exprimat este gradul de ezitare.

Astfel, per total, atitudini de ezitare cu privire la elementele subscalei *Responsabilitate colectivă* au fost relevate în 44,5% (CI_{95} 42,2%-46,9%) din răspunsuri, scorul mediu total pe subscală constituind 3,40 puncte ($SD=0,73$, mediana =3,67, $IQR =0,67$).

La compararea datelor agregate au fost determinate următoarele categorii de participanți la studiu, care au furnizat scoruri mai joase, diferențele relevate fiind semnificative din punct de vedere statistic:

- a) părinții, care în trecut au ezitat la vaccinările proprii – $PR = 1,38$ (CI_{95} 1,132-1,683) și la vaccinările copiilor – $PR = 1,53$ (CI_{95} 1,254-1,867);
- b) părinții, care în trecut nu s-au vaccinat ei înșiși – $PR = 1,27$ (CI_{95} 1,046-1,542) și nu si-au vaccinat copiii conform recomandărilor PNI – $PR = 1,29$ (CI_{95} 1,010-1,649);
- c) părinții care nu intenționează *versus* părinții care intenționează pe viitor să se vaccineze – $PR = 1,733$ (CI_{95} 1,413-2,120) și să-și vaccineze copiii – $PR = 2,09$ (CI_{95} 1,701-2,557).

În ce privește scorul general, scala 5C *ad integrum* a relevat atitudini tipice pentru ezitare la vaccinare la 56,8% (CI_{95} 54,4%-59,2%) din răspunsuri, scorul mediu total pe scală constituind 3,20 puncte ($SD=0,45$, mediana =3,2, $IQR =0,47$). În acest caz, diferențe statistice semnificative au

fost găsite doar pentru răspunsurile furnizate de părinții care consideră că vor ezita la viitoarele vaccinări pentru ei înșiși – PR =1,35 (CI₉₅ 1,007-1,813) și la vaccinările copiilor – PR =1,43 (CI₉₅ 1,044-1,957).

Redresarea semantică cu recodificarea scorurilor obținute a permis și conturarea unui tablou general cu privire la frecvența manifestării diferitor determinanți psihologici ai (non) vaccinării, măsurați în cadrul studiului cu ajutorul scalei 5C (figura 5.9).

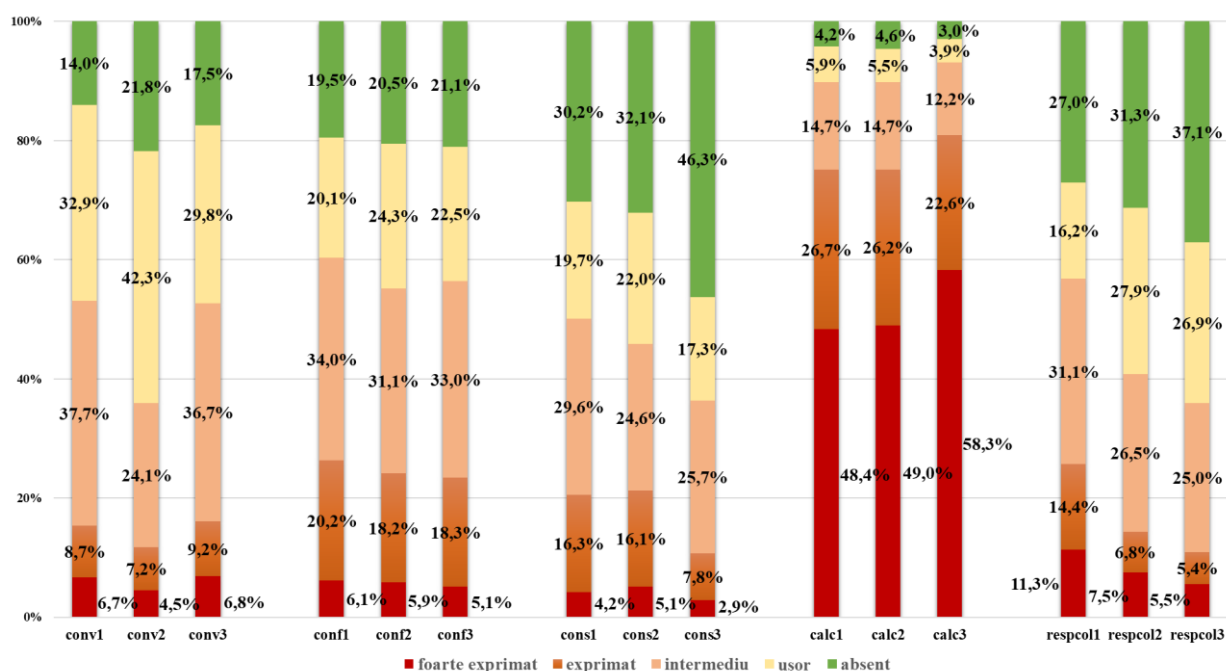


Figura 5.9. Gradul de manifestare a ezitării la vaccinare determinat prin prisma elementelor Scalei 5C (recodificate)

După cum se observă din reprezentarea grafică, intensitatea manifestării ezitării la vaccinare, văzută prin prisma elementelor scalei 5C, diferă pentru fiecare element aparte. Zona „verde” indică lipsa ezitării și este mai pronunțată pentru subscala *Constrângeri* care, după cum deja s-a menționat, include diferite aspecte legate de disponibilitatea, accesibilitatea și atractivitatea serviciilor de imunizare.

Zona „galbenă” ar putea fi categorisită ca o stare de ezitare ușoară (sau de tranziție), întrucât varianta corespunzătoare de răspuns („De acord moderat”) a scalei Likert utilizate totuși admite, din punct de vedere teoretic, prezența unor dubii cu privire la argumentul discutat, ceea ce ar reintra în limitele stabilite de noțiunea de ezitare la vaccinare, conform definiției propuse de OMS în 2014. Totuși, după o consultare a publicațiilor recente cu studii analogice, s-a convenit că, în cadrul analizei, la transformarea datelor prin dihotomizare, această categorie să fie clasată ca tip de comportament neezitant. În orice caz, s-a determinat că această zonă este mai pronunțată pentru

subscala *Convingere*, care include aspecte de încredere atât în siguranța și eficiența vaccinărilor, cât și în autoritățile publice și în instituțiile care le promovează și le furnizează.

Urmează trei zone de culoare roșie de diferită intensitate a căror conotație corespunde totalmente cu noțiunea de ezitare. Zona de culoare „roz palid” indică starea de indecizie totală („păreră neutră”) cu privire la argumentele propuse în chestionar și este mai exprimată aproximativ cu aceeași intensitate pentru subscalele *Convingere* și *Confort* și cu o intensitate puțin mai redusă pentru subscalele *Constrângeri* și *Responsabilitate colectivă*. Zona „roșie” („dezacord moderat”) indică o stare de indecizie moderată până la refuzul categoric cu privire la vaccinări, reprezentat de zona „bordo”. Ambele zone sunt mai exprimate (în special zona „bordo”) pentru subscala *Calcul*, care se referă la căutarea deliberată de informații și la o analiză risc-beneficiu înainte de a lua o decizie cu privire la vaccinări.

Așadar, s-a determinat că dintre antecedentele psihologice ale (non) vaccinării cel mai exprimat este *Calculul* (compararea riscului bolii cu riscurile comportate de vaccinări), urmat de *Confort* (percepția joasă asupra riscului comportat de o boală prevenibilă prin vaccinare) și de *Convingere* (nivelul redus de diferite forme de încredere). Mai puțin exprimate (aproximativ cu aceeași intensitate) s-au dovedit a fi *Responsabilitatea colectivă* (indisponibilitatea de a depune un efort comun pentru o imunitate colectivă) și *Constrângeri* (nivelul redus de disponibilitate, accesibilitate și atractivitate a serviciilor de imunizare).

Rezultatele acestei analize pot deja fi utile în trasarea direcțiilor principale pentru unele intervenții ținute cu scopul diminuării fenomenului de ezitare la vaccinare în rândul populației.

Intenții pentru viitoarele vaccinări recomandate în PNI

Ultimul grup de întrebări a determinat intențiile pe viitor cu privire la vaccinările recomandate în Programul Național de Imunizări (PNI), atât pentru părinții participanți la studiu, cât și pentru copii lor. Participanților li s-au adresat următoarele întrebări: „Să presupunem că ați fost invitat la medic pentru o vaccinare conform calendarului de imunizări. Cum ați decide?” și „Dacă ați mai avea un copil, ați vrea ca el să primească vaccinările recomandate?”

Măsurarea a fost realizată folosind o scală ordinală, cu oferirea respondenților a unor variante de răspuns care ar întruchipa trecerea graduală de la o atitudine de refuz categoric până la o acceptare fără îndoială. Între ele se regăsesc stările de intenție înclinate spre refuz (dubii sau amânare), înclinate spre acceptarea condiționată (odată cu satisfacerea dubiilor sau doar pentru unele vaccinuri) și înclinate spre acceptare (deși unele dubii există). Această abordare oferă o înțelegere mai precisă a intenției de vaccinare și corespunde cu definiția oficială a ezitării.

În final, rezultatele au fost recodificate atribuind un scor de la unu la cinci, după logica scor mai mic – înclinație spre ezitare sau refuz și invers, scor mai mare – o intenție mai mare de a se vaccina sau a-și vaccina copilul.

Scorurile obținute în evaluarea intențiilor părinților de a se vaccina pe viitor cu vaccinurile recomandate în PNI pentru adulți sunt reflectate în tabelul 5.12.

Tabelul 5.12. Distribuția scorurilor obținute pentru intențiile pe viitor cu privire la vaccinările recomandate pentru adulți și copii

	Scor	n	%	CI ₉₅ (%)	
<i>Intenții pentru vaccinările din viitor (la părinți)</i>	1	129	7,7	6,5	9,0
	2	175	10,4	9,0	11,9
	3	706	41,9	39,6	44,3
	4	274	16,3	14,6	18,1
	5	399	23,7	21,7	25,8
	Total	1683	100,0		
<i>Intenții pentru vaccinările din viitor (la copii)</i>	1	129	4,6	3,7	5,7
	2	175	5,8	4,8	7,0
	3	706	33,4	31,2	35,7
	4	274	28,5	26,4	30,7
	5	399	27,7	25,6	29,9
	Total	1683	100,0		

După cum se observă din aceste date, circa unu din patru părinți a declarat că va accepta fără îndoială vaccinările proprii (23,7%, CI₉₅ 21,7%-25,8%) sau pentru vaccinarea copiilor (27,7%, CI₉₅ 25,6%-29,9%) (tabelul 5.12.). Și invers, 7,7% (CI₉₅ 6,5%-9,0%) și 4,6%, (CI₉₅ 3,7%-5,7%), respectiv, au declarat că vor refuza în mod categoric ambele tipuri de vaccinări. Cea mai exprimată opinie pentru ambele categorii a fost că părinții ar accepta vaccinările doar în cazul că dubiile lor cu privire la acestea vor fi satisfăcute sau că ar accepta doar unele vaccinuri. Celelalte răspunsuri sunt distribuite într-un mod neuniform, care sugerează că părinții sunt mai predispuși să-și vaccineze copiii decât sa se vaccineze ei înșiși. În susținerea acestei ipoteze, este faptul că scorul mediu a constituit 3,38 puncte (SD=1,17, mediana =3 , IQR =1) pentru intențiile la adulți și 3,69 puncte (SD=1,08, mediana =4, IQR =2) – la copii.

Suplimentar, diferențele observate au fost explorate prin testul χ^2 pentru eșantioane independente, care a relevat diferențe foarte semnificative din punct de vedere statistic ($p < 0,0001$, $\chi^2 = 112,6682$, $df = 4$) în părerile participanților, pe când valoarea obținută pentru indicele *Cramer's V* = 0,1829 sugerează prezența unei asocieri cu efect mediu între aceste variabile ($0,15 \leq \text{Cramer's } V \leq 0,25$, $df = 4$).

În final, s-a stabilit că tabloul determinat pentru comportamentele din trecut, pentru gradul de exprimare a determinanților psihologici, dar și pentru intențiile pentru viitor diferă de cel determinat în cadrul studiului efectuat pe LM, părerile pro ezitare fiind în general mai exprimate (ceea ce apare ca ceva normal, sau mai bine zis – explicabil), dar în esență, în ambele modele se întrevește același șablon comportamental.

Sinteza la capitolul 5

Percepția riscului bolilor prevenibile prin vaccinare este inadecvată, iar vaccinările nu sunt văzute ca o acțiune preventivă necesară.

Nivelurile scăzute de încredere (subscala *Încredere*) în combinație căutarea deliberată a informațiilor referitor la vaccinare urmată de analiza risc-beneficiu la nivel individual (subscala *Calcul*) prezintă un factor important în menținerea motivațiilor pentru ezitarea la vaccinare, fiind derivată din sursele mediatice care par să influențeze puternic cererea pentru vaccinare.

Determinanții care influențează luarea deciziei de a se vaccina – deficiențele de comunicare; barierele psihologice; percepția joasă a riscurilor; încrederea că bolile prevenite prin vaccinare nu sunt atât de severe ca să necesite vaccinarea; dubiile privind siguranța vaccinurilor și utilitatea vaccinării ca măsură colectivă de prevenire a bolilor, denotă lacune în înțelegerea adecvată a recomandărilor, care, de fapt, depășește în mare măsură dovezile existente și este legată de prejudecata cognitivă, care trebuie recunoscută și corectată.

Rezultatele cercetării susțin necesitatea campaniilor educaționale și de formare profesională suplimentară pentru lucrătorii medicali despre vaccinuri, concepțiile greșite despre vaccinuri și practicile de vaccinare, inclusiv comunicarea eficientă cu persoanele ezitante la acceptarea vaccinărilor recomandate.

CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI

CONCLUZII

1. Rezultatele studiului au relevat că fenomenul de ezitare la vaccinare este unul foarte complex, specific și variabil în timp și este în creștere la nivel global. Capacitatea de metamorfoză frecventă și rapidă și potențialul enorm al ezitării la vaccinare în compromiterea pături imune a populației impune necesitatea evaluărilor periodice a determinanților predominanți și a strategiilor adaptate la contextul specific și bazate pe dovezi;
2. Studiul a determinat că scala 5C de măsurare a ezitării la vaccinare depășește spectrul elementelor captate de alte instrumente existente și este ușor adaptabilă și aplicabilă în diferite contexte pentru diagnosticarea și monitorizarea situației curente, oferind date bazate pe dovezi pentru proiectarea intervențiilor necesare și/sau evaluarea efectului celor întreprinse. Instrumentul dezvoltat permite colectarea continuă, analiza, interpretarea și difuzarea datelor către actorii implicați în menținerea ratelor de acoperire vaccinală la niveluri înalte;
3. Prezentul studiu a relevat că lucrătorii medicali manifestă preferințe exprimate de analiză risc-beneficiu în combinație cu o încredere scăzută în siguranța vaccinurilor și în autoritățile implicate în luarea deciziilor cu privire la vaccinări, ceea ce ar putea să joace un rol important în ezitarea la vaccinare în rândul populației generale. Nivelul înalt de scepticism indică prezența problemelor de comunicare – persoanele sunt în căutare continuă și activă de informații din surse credibile;
4. Determinanții principali ai ezitării la vaccinare relevați în rândul populației generale au fost căutarea deliberată a informațiilor referitor la vaccinări urmată de analiza risc-beneficiu la nivel individual, percepția inadecvată a riscurilor comportate de boală, încrederea scăzută în vaccinări și nivelul jos de responsabilitate colectivă. Faptul că acești determinanți afectează lucrătorii medicali, mai pronunțat personalul medical cu studii medii, reprezintă o problemă, deoarece părerea lor deseori este un punct de referință și o pârghe de influență asupra fenomenului de ezitare la vaccinare pentru alte categorii ale populației;
5. Studiul a evidențiat că părinții au manifestat dubii sau rezistență la acceptarea vaccinărilor recomandate pentru copii, cât și pentru adulți, dar au preferat mai mult să amâne vaccinările copiilor, spre deosebire de vaccinările proprii, pentru care comportamentele tipice tind mai mult spre refuz. Referitor la intențiile pentru viitor, părinții s-au manifestat mai predispuși să-și vaccineze copiii decât să se vaccineze ei înșiși. Mai frecvent, comportamentele ezitante au fost condiționate de neîncrederea în siguranța și eficacitatea vaccinurilor și de considerarea vaccinărilor ca inutile, deoarece bolile respective nu sunt grave și că alte măsuri sunt mai eficiente sau de experiențele neplăcute legate de vaccinările din trecut;
6. Rezultatele cercetării reprezintă date unice bazate pe dovezi care pot fi utilizate în monitorizarea manifestărilor fenomenului studiat în contextul național și în evaluarea periodică a eficacității măsurilor de răspuns pentru gestionarea ezitării la vaccinare în Republica Moldova.

RECOMANDĂRI

I. La nivelul Administrației Publice Centrale:

1. Includerea ezitării la vaccinare în lista priorităților strategice de sănătate publică ale Guvernului Republicii Moldova cu asigurarea unei colaborări intersectoriale naționale eficiente și comunicare internațională pentru fortificarea capacităților de contracarare a acestei provocări de nivel global;
2. Sporirea capacităților și nivelului de alfabetizare în domeniul sănătății publice și în special – cu privire la fenomenul de ezitare la vaccinare, a tuturor factorilor de decizie la nivel central și local;
3. Modificări curriculare la toate nivelurile de învățământ cu scopul includerii tematicilor ce țin de bolile prevenibile prin vaccinare și măsurile de prevenire ale acestora, consecințele majore asupra sănătății populației, sporirea gradului de alfabetizare și intensificarea măsurilor de contrastare a infodemiei;
4. Combaterea infodemiei prin promovarea informațiilor veridice bazate pe dovezi și dezbaterea miturilor cu privire la imunizări, bolile prevenibile prin vaccinare și reacțiile adverse asociate;
5. Organizarea campaniilor țintite de informare a populației cu utilizarea tehnologiilor contemporane, cu privire la riscurile comportate de bolile prevenibile prin vaccinare și măsurile de prevenire ale acestora, precum și dezvoltarea și aplicarea abilităților de informare din surse sigure referitor la riscurile comportate de bolile prevenibile prin vaccinare și evenimentele adverse post vaccinare. Comunicarea proactivă, cu asigurarea transmiterii către populație a informațiilor din surse sigure și oficiale, pentru contracararea miturilor cu privire la vaccinări;
6. Susținerea și promovarea cercetărilor în domeniul ezitării la vaccinare și impactul acesteia asupra sănătății publice, ca surse de date bazate pe dovezi necesare la dezvoltarea unor strategii și intervenții țintite în funcție de context;

II. La nivelul autorităților din domeniul sănătății:

7. Elaborarea și implementarea unui Sistem de supraveghere a factorilor determinanți ai ezitării la vaccinare cu utilizarea scalei 5C ca instrument de diagnostic și monitorizare a situației cu raportarea rezultatelor obținute către organismele internaționale din domeniu;
8. Elaborarea și încorporarea în Programul Național de Imunizări a unui plan de răspuns la schimbările caracteristicilor determinantilor ezitării la vaccinare în diferite grupuri de populație, ca parte a bunelor practici ale programului;
9. Revizuirea curriculară pentru fortificarea programelor profesionale la nivel mediu, universitar, postuniversitar și continuu a specialiștilor din domeniul sănătății cu privire la abordarea problemei ezitării la vaccinare, cu realizarea cursurilor de pregătire și perfecționare a lucrătorilor medicali cu privire la ezitarea la vaccinare ca fenomen comportamental;
10. Motivarea adecvată a personalul medical, ca sursă principală de informare pentru populație în ceea ce privește problemele de sănătate publică, promovarea politicilor de imunizare și combaterea miturilor care influențează acceptarea vaccinelor, realizarea activităților de promovare a vaccinelor și de combatere a fenomenului de ezitare la vaccinare;
11. Implicarea activă în campaniile de informare și alfabetizare a populației în domeniul sănătății publice, în special referitor la ezitarea la vaccinare, în colaborare cu autoritățile publice, centrale și locale, mass-media etc. cu promovarea mesajelor clare și precise cu privire la vaccinări.

BIBLIOGRAFIE

1. World Health Organization. 10 facts on immunization; 2019. Disponibil la: <https://www.who.int/features/factfiles/immunization/en/>
2. <http://www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/copertureMin2014.asp>.
3. Andre FE, Booy R, Bock HL, Clemens J, Datta SK, John TJ et al. Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide. *Bull World Health Organ*. 2008;86(2):140–6. doi:10.2471/BLT.07.040089.
4. Jansen KU, Anderson KS. The role of vaccines in fighting antimicrobial resistance (AMR). *Hum Vaccin Immunother*. 2018;14(9):2142–9. doi: 10.1080/21645515.2018.1476814.
5. Cameron RL, Kavanagh K, Cameron Watt D, Robertson C, Cuschieri K, Ahmed S et al. The impact of bivalent HPV vaccine on cervical intraepithelial neoplasia by deprivation in Scotland: reducing the gap. *J Epidemiol Community Health*. 2017;71(1):954–60. doi:10.1136/jech-2017–209113.
6. Boyce T, Gudorf A, de Kat C, Muscat M, Butler R, Bach Habersaat K. Towards equity in immunisation. *Euro Surveill*. 2019;24(2):1800204. doi:10.2807/1560–7917.ES.2019.24.2.1800204.
7. Riumallo-Herl C, Chang AY, Clark S, Constenla D, Clark A, Brenzel L et al. Poverty reduction and equity benefits of introducing or scaling up measles, rotavirus and pneumococcal vaccine in low-income and middle-income countries: a modelling study. *BMJ Glob Health*. 2017;3(2):000613. doi:10.1136/bmjgh-2017–000613.) .
8. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. National Health Accounts 2013 [Comptes Nationaux de la Santé 2013]. Paris, France: 2014.
9. Ehreth J. The global value of vaccination. *Vaccine*. 2003;21(7-8):596-600.
10. OECD. Health at a Glance 2011: OECD Indicators.
11. Fine P, Eames K, Heymann DL. “Herd immunity”: a rough guide. *Clin Infect Dis* 2011; 52:9116; PMID:21427399; <http://dx.doi.org/10.1093/cid/cir007>.
12. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255336/9789241565486-eng.pdf?sequence=1>.
13. Parent du Châtelet I, Antona D, Freymuth F, Muscat M, Haltermeyer-Zhou F, Maine C, et al. Spotlight on measles 2010: update on the ongoing measles outbreak in France, 2008-2010. *Euro Surveill* 2010; 15:15; PMID:20843472.
14. De Serres G, Markowski F, Toth E, Landry M, Auger D, Mercier M, et al. Largest measles epidemic in North America in a decade--Quebec, Canada, 2011: contribution of susceptibility, serendipity, and superspreading events. *J Infect Dis* 2013; 207:990-8; PMID:23264672; Disponibil la: <http://dx.doi.org/10.1093/infdis/jis923>.
15. Oostvogel PM, van Wijngaarden JK, van der Avoort HGAM, Mulders MN, Conyn-van Spaendonck MAE, Rümke HC, et al. Poliomyelitis outbreak in an unvaccinated community in The Netherlands, 1992-93. *Lancet* 1994; 344:665-70; PMID:7915354. Disponibil la: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)92091-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(94)92091-5).
16. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Notes from the field: Pertussis—California, January–June 2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2010; 59:817.
17. <http://www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/CommentoFranco2014.asp>.

18. https://www.epicentro.iss.it/vaccini/dati_Mondo.
19. 2018 Assessment report of the Global Vaccine Action Plan. Strategic Advisory Group of Experts on Immunization. Geneva: World Health Organization; 2018 (WHO/IVB/18.11). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
20. Addressing Vaccine Hesitancy. WHO 2016. www.who.int/immunization/programmes_systems/vaccine_hesitancy/en/.
21. Vaccine hesitancy: A growing challenge for immunization programmes. WHO 2015. www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/vaccine-hesitancy/en/.
22. Current practices in immunisation policymaking in European countries. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Current-practices-on-immunisation-policymaking-processes-Mar-2015.pdf>.
23. MacDonald NE, SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine* 2015;33(34):4161-4164.
24. <http://www.asset-scienceinsociety.eu/news/features/numbers-and-evidence-better-health-communication>
25. 2018 Assessment report of the Global Vaccine Action Plan. Strategic Advisory Group of Experts on Immunization. Geneva: World Health Organization; 2018 (WHO/IVB/18.11). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
26. Ten Health Issues WHO Will Tackle This Year. <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>.
27. Ten Health Issues WHO Will Tackle This Year. <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>.
28. Agenția Națională pentru Sănătate Publică (ANSP). Supravegherea de stat a sănătății publice în Republica Moldova: (Raport național, 2022). Disponibil la: <https://ansp.md/rapoarte/> [accesat la 01.12.2023]
29. Santoli JM, Lindley, DeSilva M, MB, Kharbanda EO, Daley MF, Galloway L, et al. Effects of the COVID-19 pandemic on routine pediatric vaccine ordering and administration—United States, 2020. *MMWR*, 69(19), 591–593.
30. Bramer CA, Kimmins LM, Swanson R, Kuo J, Vranesich P, Jacques-Carroll LA, et al. Decline in child vaccination coverage during the COVID-19 pandemic—Michigan Care Improvement Registry, May 2016–May 2020. *MMWR*, 69(20), 630–631.
31. The Lancet Child & Adolescent Health. Vaccine hesitancy: A generation at risk. *Lancet Child & Adolescent Health* [Internet]., 3(5), 281. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30092-6](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30092-6).
32. Santibanez TA, Nguyen KH, Greby SM, Fisher A, Scanlon P, Bhatt A, et al. Parental vaccine hesitancy and childhood influenza vaccination. *Pediatrics*, <https://doi.org/10.1542/peds.2020-007609>
33. Goldman RD, McGregor S, Marneni SR, Katsuta T, Griffiths MA, Hall JE, et al. Willingness to vaccinate children against influenza after the coronavirus disease 2019 pandemic. *Journal of Pediatrics*, 228, 87-93.e2.
34. Pullan S & Dey M. Vaccine hesitancy and anti-vaccination in the time of COVID-19: A Google Trends analysis. *Vaccine*, 10, 20. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.03.019>

35. DeSilva MB, Haapala J, Vazquez-Benitez G, Daley MF, Nordin JD, Klein NP, et al. Association of the COVID-19 pandemic with routine childhood vaccination rates and proportion up to date with vaccinations Across 8 US health systems in the vaccine safety datalink. *JAMA Pediatrics*, 176 (1) (2022), pp. 68-77, 10.1001/jamapediatrics.2021.4251.
36. Opel DJ, Furniss A, Zhou C, Rice JD, Spielvogel H, Spina C, et al. Parent attitudes towards childhood vaccines after the onset of SARS-CoV-2 in the United States. *Academic Pediatrics* (2022), 10.1016/j.acap.2022.06.014.
37. He K, Mack WJ, Neely M, Lewis L, Anand V. Parental perspectives on immunizations: Impact of the COVID-19 pandemic on childhood vaccine hesitancy. *J Commun Health*, 47 (2022), pp. 39-52, 10.1007/s10900-021-01017-9.
38. Hegde ST, Wagner AL, Clarke PJ, Potter RC, Swanson RG, Boulton ML. Neighborhood influence on the fourth dose of diphtheria-tetanus-pertussis vaccination. *Public Health*, 167 (2019), pp. 41-49, 10.1016/j.puhe.2018.11.009.
39. Masters NB, Eisenberg MC, Delamater PL, Kay M, Boulton ML, Zelner J. Fine-scale spatial clustering of measles nonvaccination that increases outbreak potential is obscured by aggregated reporting data. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 117 (2020), pp. 28506-28514, 10.1073/pnas.2011529117.
40. Lieu T.A., Ray G.T., Klein N.P., Chung C., Kulldorff M.. Geographic clusters in underimmunization and vaccine refusal. *Pediatrics*, 135 (2015), pp. 280-289, 10.1542/peds.2014-2715.
41. Gromis A, Liu K-Y. Spatial clustering of vaccine exemptions on the risk of a measles outbreak. *Pediatrics* 2021;149:e2021050971. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-050971>.
42. Lopes L, Schumacher S, Presiado M, 2022. KFF COVID-19 Vaccine Monitor: December 2022. KFF 2022. <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/poll-finding/kff-covid-19-vaccine-monitor-december-2022/>.
43. Tenforde MW, Self WH, Adams K, Gaglani M, Ginde AA, McNeal T, et al. Association between mRNA vaccination and COVID-19 hospitalization and disease severity. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 326 (2021), pp. 2043-2054, 10.1001/jama.2021.19499.
44. Xiao X, Wong RM. Vaccine hesitancy and perceived behavioral control: A meta-analysis. *Vaccine*, 38 (2020), pp. 5131-5138, 10.1016/j.vaccine.2020.04.076.
45. Li JY, Wen TJ, McKeever R, Kim JK. Uncertainty and negative emotions in parental decision-making on childhood vaccinations: extending the theory of planned behavior to the context of conflicting health information. *Journal of Health Communication*, 26 (2021), pp. 215-224, 10.1080/10810730.2021.1913677.
46. Sturm LA, Mays RM, Zimet GD. Parental beliefs and decision making about child and adolescent immunization: from polio to sexually transmitted infections. *J Develop Behav Pediatr*, 26 (2005), p. 441.
47. Chu H, Liu S. Integrating health behavior theories to predict American's intention to receive a COVID-19 vaccine. *Patient Education and Counseling*, 104 (2021), pp. 1878-1886, 10.1016/j.pec.2021.02.031.
48. Tailoring Immunization Programmes (TIP). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

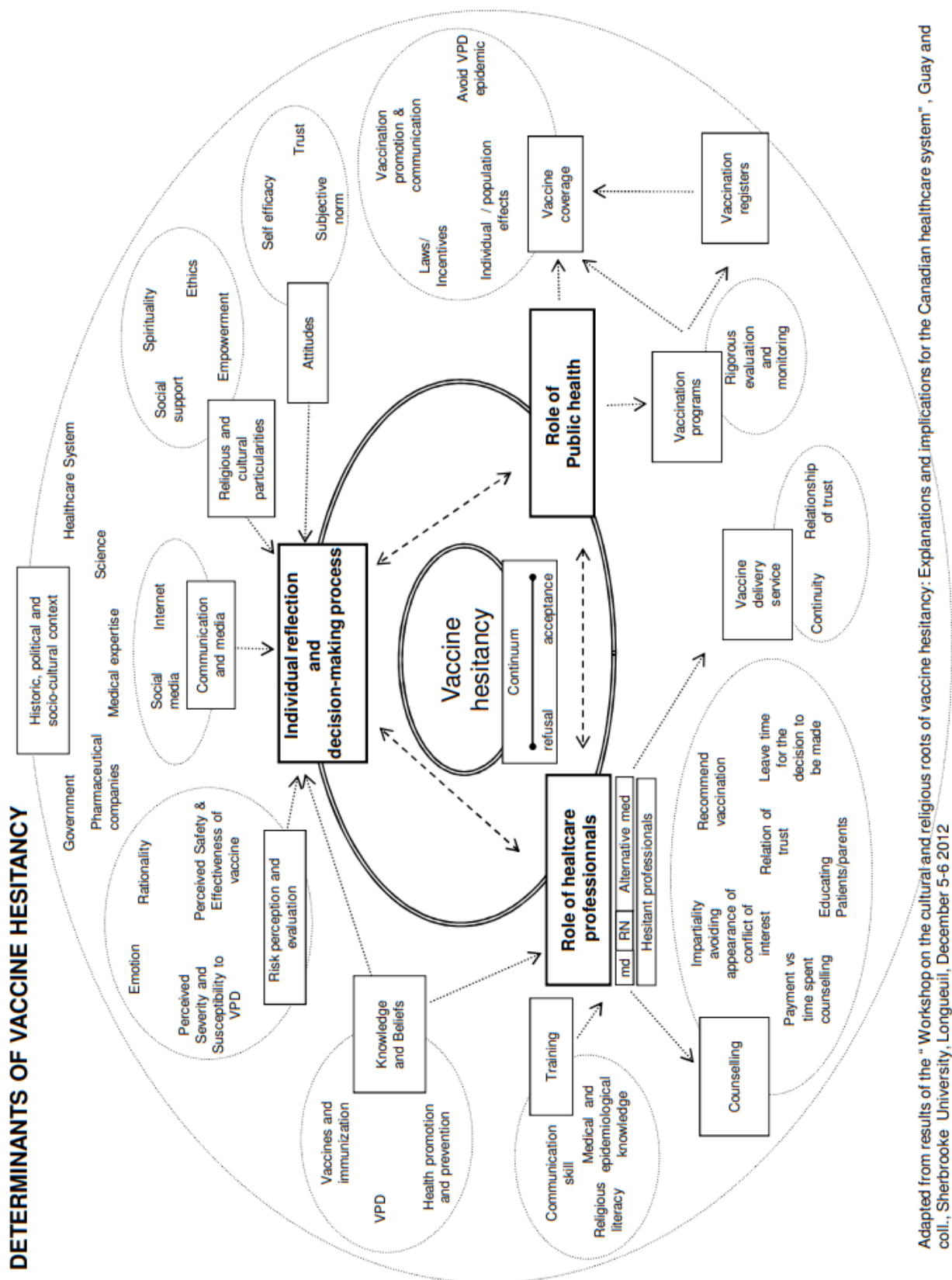
49. CDC. Ten great public health achievements. Atlanta: CDC, 2015. Disponibil la: <http://www.cdc.gov/about/history/tengpha.htm>.
50. Schuster M, Eskola J, Duclos P; SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Review of vaccine hesitancy: Rationale, remit and methods. *Vaccine*. 2015 Aug 14;33(34):4157-60. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.04.035.
51. Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization. April 2011 – conclusions and recommendations. *Wkly Epidemiol Rec* 2011;86(21):205–20.
52. Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization. November 2011 – conclusions and recommendations. *Wkly Epidemiol Rec* 2012;87(1):1–16.
53. https://www.repubblica.it/cronaca/2022/08/31/news/polio_bassetti_vaccinarsi_tutti_o_ris_chiamo_di_tornare_indietro_di_70_anni-363629475/
54. MacDonald NE, The SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine Hesitancy Definition Scope and Determinants. *Vaccine* 2015;33(34):4161–4.
55. Report of the Strategic Advisory Group of Experts (SAGE). Geneva, 14–15 June 2002.
56. Dempsey AF, Schaffer S, Singer D, Butchart A, Davis M, Freed GL. Alternative vaccination schedule preferences among parents of young children. *Pediatrics*. 2011;128(5):848–856pmid:21969290.
57. Robison SG, Groom H, Young C. Frequency of alternative immunization schedule use in a metropolitan area. *Pediatrics*. 2012;130(1):32–38pmid:22711719.
58. Gust DA, Darling N, Kennedy A, Schwartz B. Parents with doubts about vaccines: which vaccines and reasons why. *Pediatrics*. 2008;122(4):718–725pmid:18829793.
59. Dube E, Laberge C, Guay M, Bramadat P, Roy R, Bettinger J. Vaccine hesitancy: an overview. *Hum Vaccin Immunother*. 2013;9(8):1763-73.
60. Papagiannis D, Rachiotis G, Symvoulakis EK, Daponte A, Grivea IN, Syrogiannopoulos GA, et al. Vaccination against human papillomavirus among 865 female students from the health professions in central Greece: A questionnaire-based cross-sectional study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2013;6:435-9.
61. Navarro-Illana P, Diez-Domingo J, Navarro-Illana E, Tuells J, Aleman S, Puig-Barbera J. Knowledge and attitudes of Spanish adolescent girls towards human papillomavirus infection: where to intervene to improve vaccination coverage. *BMC Public Health*. 2014;14(490).
62. Lehmann BA, Ruiter RAC, Wicker S, van Dam D, Kok G. 'I don't see an added value for myself': a qualitative study exploring the social cognitive variables associated with influenza vaccination of Belgian, Dutch and German healthcare personnel. *BMC Public Health*. 2014;14.
63. Wicker S, Rabenau HF, Betz W, Lauer HC. Attitudes of dental healthcare workers towards the influenza vaccination. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*. 2012;215(4):482-6.
64. Brandt C, Rabenau HF, Bornmann S, Gottschalk R, Wicker S. The impact of the 2009 influenza A(H1N1) pandemic on attitudes of healthcare workers toward seasonal influenza vaccination 2010/11. *Eurosurveillance*. 2011;16(17). Maltezou HC, Maragos A, Katerelos P, Paisi A, Karageorgou K, Papadimitriou T, et al. Influenza vaccination acceptance among healthcare workers: a nationwide survey. *Vaccine*. 2008;26(11):1408-10.

65. Borjesson M, Enander A. Perceptions and socio-demographic factors influencing vaccination uptake and precautionary behaviours in response to the A/H1N1 influenza in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2014;42(2):215-22.
66. Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization. November 2008 – conclusions and recommendations. *Wkly Epidemiol Rec* 2009;84(1–2):1–16.
67. Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization. October 2009 – conclusions and recommendations. *Wkly Epidemiol Rec* 2009;84(50):517–32.
68. Lopez Hernandez B, Laguna Sorinas J, Marin Rodriguez I, Gallardo Garcia V, Perez Morilla E, Mayoral Cortes JM. Spotlight on measles 2010: an ongoing outbreak of measles in an unvaccinated population in Granada, Spain, October to November 2010. *Euro Surveill*. 2010;15(50).
69. Majumder MS, Cohn EL, Mekaru SR, Huston JE, Brownstein JS. Substandard vaccination compliance and the 2015 measles outbreak. *JAMA Pediatr*. 2015;169(5):494-5.
70. Hahne S, Macey J, Tipples G, Varughese P, King A, van Binnendijk R, et al. Rubella outbreak in an unvaccinated religious community in the Netherlands spreads to Canada. *Euro Surveill*. 2005;10(5):E050519 1.
71. Oostvogel PM, van Wijngaarden JK, van der Avoort HG, Mulders MN, Conyn-van Spaendonck MA, Rumke HC, et al. Poliomyelitis outbreak in an unvaccinated community in the Netherlands, 1992-93. *Lancet*. 1994;344(8923):665-70.
72. <https://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/press-releases/2019/measles-in-europe-record-number-of-both-sick-and-immunized>.
73. Larson HJ, Cooper LZ, Eskola J, Katz SL, Ratzan S. Addressing the vaccine confidence gap. *Lancet*. 2011 Aug 6; 378(9790):526-35.
74. Brandt C, Rabenau HF, Bornmann S, Gottschalk R, Wicker S. The impact of the 2009 influenza A(H1N1) pandemic on attitudes of healthcare workers toward seasonal influenza vaccination 2010/11. *Eurosurveillance*. 2011;16(17).
75. Hickler B, Guirguis S, Obregon R. Vaccine Special Issue on Vaccine Hesitancy. *Vaccine*. 2015 Aug 14;33(34):4155-6. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.04.034.
76. Dempsey AF, Schaffer S, Singer D, Butchart A, Davis M, Freed GL. Alternative vaccination schedule preferences among parents of young children. *Pediatrics*. 2011;128(5):848–856pmid:21969290.
77. Gust D, Brown C, Sheedy K, Hibbs B, Weaver D, Nowak G. Immunization attitudes and beliefs among parents: beyond a dichotomous perspective. *Am J Health Behav*. 2005;29(1):81–92pmid:15604052.
78. Smith PJ, Humiston SG, Marcuse EK, et al. Parental delay or refusal of vaccine doses, childhood vaccination coverage at 24 months of age, and the Health Belief Model. *Public Health Rep*. 2011;126(suppl 2):135–146pmid:21812176.
79. Leask J, Kinnersley P, Jackson C, Cheater F, Bedford H, Rowles G. Communicating with parents about vaccination: a framework for health professionals. *BMC Pediatr*. 2012;12:154pmid:22998654.
80. Opel DJ, Taylor JA, Mangione-Smith R, Solomon C, Zhao C, Catz S, Martin D. Validity and reliability of a survey to identify vaccine-hesitant parents. *Vaccine*. 2011 Sep 2;29(38):6598-605. doi: 10.1016/j.vaccine.2011.06.115. Epub 2011 Jul 16. PMID: 21763384.

81. Benin AL, Wisler-Scher DJ, Colson E, Shapiro ED, Holmboe ES. Qualitative analysis of mother's decision-making about vaccines for infants: the importance of trust. *Paediatrics* 2006;117:1532-41.
82. The Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) Report of the SAGE Working Group on Vaccine hesitancy. SAGE Rep. 2014 63. Disponibil on line: http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_Working_Group_vaccine_hesitancy_final.pdf.
83. https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/2_SAGE_Appendicies_Background_final.pdf.
84. Larson HJ, Jarrett C, Eckersberger E, Smith DM, Paterson P. Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: a systematic review of published literature, 2007–2012. *Vaccine*, 32 (April (19)) (2014), pp. 2150-2159.
85. World Health Organization Regional Office for Europe. 2013. The Guide for Tailoring Immunization Programs. Increasing coverage of infant and child vaccination in the WHO European Region. Disponibil la: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/187347/The-Guide-to-Tailoring-Immunization-Programmes-TIP.pdf.
86. Dubé E, Gagnon D, Nickels E, Jeram S, Schuster M. Mapping vaccine hesitancy--country-specific characteristics of a global phenomenon. *Vaccine*. 2014 Nov 20;32(49):6649-54. doi: 10.1016/j.vaccine.2014.09.039. PMID: 25280436; PMCID: PMC5355208
87. Vaccine Confidence Project. The State of Vaccine Confidence 2015. Disponibil on line: <http://www.vaccineconfidence.org/research/the-state-of-vaccine-confidence/>
88. Vaccine Confidence Project. The State of Vaccine Confidence 2018. Disponibil on line: <http://www.vaccineconfidence.org/research/the-state-of-vaccine-confidence/>.
89. Betsch C, Böhm R, Chapman GB. Using behavioral insights to increase vaccination policy effectiveness. *Policy Insights Behav Brain Sci*. 2015; 2: 61–73.
90. Carpenter CJ. A meta-analysis of the effectiveness of health belief model variables in predicting behavior. *Health Commun*. 2010; 25: 661–669. <https://doi.org/10.1080/10410236.2010.521906> PMID:21153982.
91. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process*. 1991; 50: 179–211.
92. Betsch C, Böhm R, Chapman GB. Using behavioral insights to increase vaccination policy effectiveness. *Policy Insights Behav Brain Sci*. 2015; 2: 61–73.
93. Marti M, de Cola M, MacDonald NE, Dumolard L, Duclos P. Assessments of global drivers of vaccine hesitancy in 2014 - Looking beyond safety concerns. *PLOS ONE*. 2017; 12: e0172310. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172310> PMID: 28249006.
94. Betsch C, Rossmann C, Pletz MW, Vollmar HC, Freytag A, Wichmann O, et al. Increasing influenza and pneumococcal vaccine uptake in the elderly: Study protocol for the multi-methods prospective intervention study Vaccination60+. *Public Health* (2018) 18:885. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5787-9>.
95. Thomson A, Robinson K, Vallée-Tourangeau G. The 5 As: a practical taxonomy for the determinants of vaccine uptake. *Vaccine* 34:1018–1024. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.11.065>.

96. Bedford H, Attwell K, Danchin M, Marshall H, Corben P, Leask J. Vaccine hesitancy, refusal and access barriers: The need for clarity in terminology. *Vaccine*. 2017; <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.08.004> PMID: 28830694.
97. Majid, U., & Ahmad, M. The Factors That Promote Vaccine Hesitancy, Rejection, or Delay in Parents. *Qual Health Res*. 2020 Sep;30(11):1762-1776. doi: 10.1177/1049732320933863. Epub 2020 Jun 29
98. Smith, T. C. Vaccine rejection and hesitancy: A review and call to action. *Open Forum Infectious Diseases*, 4(3), ofx146. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofx146>
99. Dubé, E., Gagnon, D., MacDonald, N., Bocquier, A., Peretti-Watel, P., & Verger, P. (2018). Underlying factors impacting vaccine hesitancy in high income countries: A review of qualitative studies. *Expert Review of Vaccines*, 17(11), 989–1004. <https://doi.org/10.1080/14760584.2018.1541406>
100. Opel DJ, Taylor JA, Zhou C, Catz S, Myaing M, Mangione-Smith R. The relationship between parent attitudes about childhood vaccines survey scores and future child immunization status: a validation study. *JAMA Pediatr*. 2013; 167: 1065–1071. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.2483> PMID: 24061681.
101. Gilkey MB, Reiter PL, Magnus BE, McRee A-L, Dempsey AF, Brewer NT. Validation of the vaccination confidence scale: a brief measure to identify parents at risk for refusing adolescent vaccines. *Acad Pediatr*. 2016; 16: 42–49. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2015.06.007> PMID: 26300368.
102. Gilkey MB, Magnus BE, Reiter PL, McRee A-L, Dempsey AF, Brewer NT. The Vaccination Confidence Scale: a brief measure of parents' vaccination beliefs. *Vaccine*. 2014; 32: 6259–6265. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.09.007> PMID: 25258098.
103. Larson HJ, de Figueiredo A, Xiaohong Z, Schulz WS, Verger P, Johnston IG, et al. The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey. *EBioMedicine*. 2016; 12: 295–301. <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2016.08.042> PMID: 27658738.
104. Larson HJ, Jarrett C, Schulz WS, Chaudhuri M, Zhou Y, Dube E, et al. Measuring vaccine hesitancy: the development of a survey tool. *Vaccine*. 2015; 33: 4165–4175. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.037> PMID: 25896384.
105. Shapiro GK, Tatar O, Dube E, Amsel R, Knauper B, Naz A, et al. The vaccine hesitancy scale: Psychometric properties and validation. *Vaccine*. 2018; 36: 660–667. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.12.043> PMID: 29289384.
106. Sarathchandra D, Navin MC, Largent MA, McCright AM. A survey instrument for measuring vaccine acceptance. *Prev Med*. 2018; 109: 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.01.006> PMID: 29337069.
107. Frew PM, Murden R, Mehta C, Chamberlain A, Hinman A, Nowak G, et al. Development of an Index for Measurement of Parents' Vaccine Confidence and Linkage to Pediatric Immunization Acceptance; undated; https://www.hhs.gov/sites/default/files/Frew_Development%20of%20a%20Vaccine%20Confidence%20Index%20to%20Measure%20Parental%20Confidence%20in%20Childhood%20Vaccinations_remediated.pdf.
108. Schmid P, Rauber D, Betsch C, Lidolt G, Denker M-L. Barriers of Influenza Vaccination Intention and Behavior—A Systematic Review of Influenza Vaccine Hesitancy, 2005–2016.

- PLOS ONE. 2017; 12:e0170550. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170550> PMID: 28125629.
109. Betsch C, Schmid P, Heinemeier D, Korn L, Holtmann C, Böhm R. Beyond confidence: Development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination. PLoS ONE 13(12): e0208601. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208601>.
 110. Kata A. Anti-vaccine activists, Web 2.0, and the postmodern paradigm--an overview of tactics and tropes used online by the anti-vaccination movement. Vaccine. 2012 May 28;30(25):3778-89
 111. Fine P, Eames K, Heymann DL. "Herd Immunity": A Rough Guide. Clin Infect Dis. 2011; 52: 911–916.<https://doi.org/10.1093/cid/cir007> PMID: 21427399
 112. Olson, Mancur (1971) [1965]. The Logic of Collective Action: Public Goods and the Theory of Groups (Revised ed.). Harvard University Press. ISBN 0-674-53751-3, 47.
 113. Betsch C, Böhm R, Korn L. Inviting free-riders or appealing to prosocial behavior? Game-theoretical reflections on communicating herd immunity in vaccine advocacy. Health Psychol. 2013; 32: 978–985. <https://doi.org/10.1037/a0031590> PMID: 24001248.
 114. Betsch C, Böhm R, Korn L, Holtmann C. On the benefits of explaining herd immunity in vaccine advocacy. Nat Hum Behav. 2017; <https://doi.org/10.1038/s41562-017-0056>
 115. Butler R, MacDonald NE, SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Diagnosing the determinants of vaccine hesitancy in specific subgroups: The Guide to Tailoring Immunization Programmes (TIP). Vaccine. 2015; 33: 4176–4179. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.038> PMID: 25896376.
 116. Frew PM, Lutz CS. Interventions to increase pediatric vaccine uptake: An overview of recent findings. Hum Vaccines Immunother. 2017; 13: 2503–2511. <https://doi.org/10.1080/21645515.2017.1367069>. PMID: 28949819.
 117. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. Implement Sci. 2011; 6. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42> PMID: 21513547.
 118. Bruder M, Haffke P, Neave N et al. Measuring individual differences in generic beliefs in conspiracy theories across cultures: conspiracy Mentality Questionnaire. FrontPsychol4:225.
 119. Rossmann C. Strategic Health Communication. Theory- and Evidence-Based Campaign Development. In: Holtzhausen D, Zerfass A, editors. The Routledge Handbook of Strategic Communication. New York; London: Routledge/Taylor & Francis Group; pp. 409–423.
 120. Tsang S, Royse C, Terkawi A. Guidelines for developing, translating, and validating a questionnaire in perioperative and pain medicine. Saudi J Anaesth. 2017;11:80.
 121. Clark LA, Watson D. Constructing validity: Basic issues in objective scale development. Psychol Assess. 1995;7:309–19
 122. Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007;39:175–91



Adapted from results of the "Workshop on the cultural and religious roots of vaccine hesitancy: Explanations and implications for the Canadian healthcare system", Guay and coll., Sherbrooke University, Longueuil, December 5-6 2012

Figura 1.2. Determinanții ezitării la vaccinare: modelul canadian (sursa: OMS)

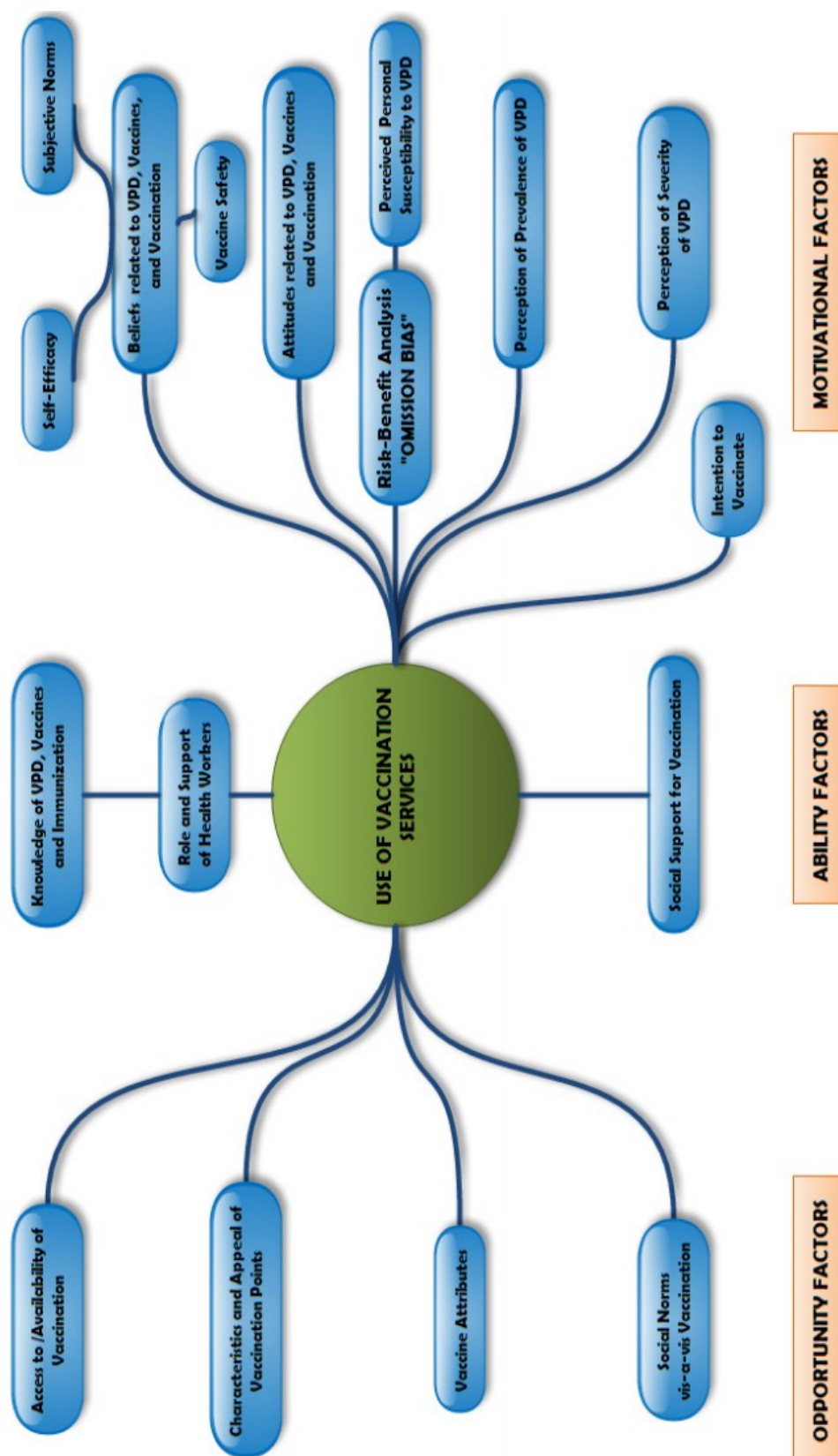


Figura 1.3. Modelul conceptual OMS EURO (COM-B) pentru determinarea utilizării, subutilizării și neutilizării serviciilor de vaccinare (Sursa: OMS)

CHESTIONAR PENTRU EVALUAREA EZITĂRII LA VACCINARE LA PĂRINȚI

Multstimată/e Dnă/Dn,

Vă invităm să participați la un studiu realizat de către Școala de Management în Sănătate Publică (ȘMSP), care și-a pus scopul de a evalua motivele pentru care cetățenii RM se vaccinează sau nu se vaccinează.

Sunteți eligibil pentru acest studiu doar dacă aveți vârsta mai mult de 18 ani. În cele ce urmează, vi se va propune un șir de întrebări, pentru unele din care veți avea impresia că depășesc subiectul vaccinărilor, iar pentru altele - că deja ați răspuns la o întrebare asemănătoare. Nu vă îngrijorați – suntem conștienți de acest fapt. Toate întrebările sunt importante în modalitatea în care vă sunt propuse și vă rugăm să răspundeți la fiecare din ele.

De asemenea, este foarte important să răspundeți la întrebări în ordinea în care vi se prezintă și să nu vă întoarceți la paginile precedente pentru a face unele schimbări. Acesta este singurul mod în care vom putea folosi cu succes informațiile obținute de la Dvs.

Completarea chestionarului va dura cel mult 20 de minute. Vă rugăm să începeți a răspunde la întrebări numai dacă v-ați asigurat că veți avea timp suficient pentru a finaliza întregul chestionar într-o singură ședință. De asemenea, pentru a evita distragerile, vă rugăm să închideți toate tipurile de programe de comunicare (de exemplu, chat sau e-mail) .

Acesta este un studiu non-comercial autofinanțat de Școala de Management în Sănătate Publică (ȘMSP).

Vă asigurăm 100% de confidențialitate (chestionarul este anonim) și că toate răspunsurile Dvs. vor fi luate în considerație fiind utilizate exclusiv în scopuri științifice.

Vă mulțumim pentru timpul acordat și efortul depus!

Consimțământ informat

Procedez cu completarea chestionarului deoarece doresc să particip la acest studiu și înțeleg că toate răspunsurile mele vor fi folosite doar în scopuri științifice. Sunt conștient că rezultatele acestui sondaj pot fi publicate numai în mod anonim pentru a crește transparența în știință.

sunt de acord ☐

nu sunt de acord ☐

INFORMAȚII GENERALE	
Data chestionării (ZZ/LL/AAAA) _____ / _____ / 2020	
Indicați genul Dvs.:	Feminin ☐ Masculin ☐
Ce vârstă aveți acum?	_____ ani
Indicați orașul/satul de reședință	_____
Mediul de trai în care locuiți?	Rural ☐ Suburban ☐ Urban ☐
Care este nivelul cel mai înalt de studii finalizate de către Dvs.?	
Studii medii incomplete ☐	Studii medii complete (fără diplomă de licență) ☐
Școală profesională tehnică (SPTU) ☐	Colegiu/Tehnicum ☐
Studii superioare incomplete ☐	Studii superioare cu diplomă de calificare ☐
Masterat /Rezidențiat (Nivel profesional) ☐	Doctorat ☐ Altele ☐
În caz dacă soțul/soția Dvs. participă la luarea deciziilor cu privire la vaccinarea copiilor, care este nivelul cel mai înalt de studii finalizate de către D-lui/D-ei	
Studii medii incomplete ☐	Studii medii complete (fără diplomă de licență) ☐
Școală profesională tehnică (SPTU) ☐	Colegiu/Tehnicum ☐
Studii superioare incomplete ☐	Studii superioare cu diplomă de calificare ☐
Masterat /Rezidențiat (Nivel profesional) ☐	Doctorat ☐ Altele ☐
Care este statutul Dvs. ocupațional?	
Student ☐	Antreprenor ☐
Angajat ☐	Șomer ☐
Casnic (ă) ☐	Deținător de cote ☐
Altele ☐ (vă rugăm să specificați) _____	
Activați în cadrul unei instituții medicale?	Da ☐ Nu ☐
Dacă da, indicați categoria la care aparțineți:	
specialist în domeniul sănătății publice ☐	personal medical mediu ☐
medic ☐	personal administrativ ☐
Altele ☐ (vă rugăm să specificați) _____	personal tehnic ☐
Care este venitul mediu lunar în familia Dvs.?	
<2500 lei ☐ 2501-5000 lei ☐ 5001-7500 lei ☐ 7501-10000 lei ☐ 10001-15000 lei ☐ >15000 lei ☐	

Vă rugăm să citiți cu atenție și să răspundeți la întrebările de mai jos
Care este vârsta copilului/copilor Dvs.?

(Puteți bifa mai multe - Alegeți vârsta pentru fiecare copil - Dacă nu aveți copii, puteți sări peste această întrebare)

< 1 an	☐	5 ani	☐	10 ani	☐	15 ani	☐
1 an	☐	6 ani	☐	11 ani	☐	16 ani	☐
2 ani	☐	7 ani	☐	12 ani	☐	17 ani	☐
3 ani	☐	8 ani	☐	13 ani	☐	18 ani	☐
4 ani	☐	9 ani	☐	14 ani	☐	>18 ani	☐

Cineva din copiii Dvs. suferă de afecțiuni cronice, care sunt considerate contraindicații la vaccinare?

Da ☐ Nu ☐ Nu știu ☐

Dacă ați bifat "Da", specificați mai jos care sunt aceste afecțiuni

Dvs. în persoană ați fost vaccinat în ultimii 5 ani?

Da ☐ Nu ☐ Nu-mi amintesc ☐

În general, ați fost vaccinat împotriva următoarelor boli:

(puteți alege mai multe, bifați căsuța corespunzătoare):

	da	nu	nu știu			da	nu	nu știu
Hepatita B (HVB)	☐	☐	☐		Tuberculoza	☐	☐	☐
Difteria-Tetanus (în ultimii 10 ani)	☐	☐	☐		Poliomielita	☐	☐	☐
Rujeolă-Oreion-Rubeolă (ROR)	☐	☐	☐		Gripa sezonieră (în ultimii 3 ani)	☐	☐	☐

Vă rugăm să indicați dacă copilul Dvs. a fost vaccinat împotriva următoarelor boli:

(Dacă aveți mai mulți copii, considerați doar copilul cel mai vârstnic - Puteți alege mai multe răspunsuri, bifați căsuța corespunzătoare)

	da	nu	nu știu			da	nu	nu știu
Hepatita B (HVB)	☐	☐	☐		Tuberculoza	☐	☐	☐
Difteria, tetanus, t. convulsivă	☐	☐	☐		Poliomielita	☐	☐	☐
Infecție pneumococică	☐	☐	☐		Diaree rotavirală	☐	☐	☐
Haemophilus influenza b (Hib)	☐	☐	☐		Gripa sezonieră (în ultimii 3 ani)	☐	☐	☐
Rujeolă-Oreion-Rubeolă (ROR)	☐	☐	☐		Papilomavirusul uman (HPV)	☐	☐	☐

Vă rugăm să indicați cât de mult sunteți de acord cu următoarele afirmații:

Sunt convins că vaccinurile sunt sigure.

în dezacord categoric ☐ în dezacord moderat ☐ am o părere neutră ☐ de acord moderat ☐ de acord categoric ☐

Vaccinarea este o metodă eficientă de protecție împotriva unor boli.

în dezacord categoric ☐ în dezacord moderat ☐ am o părere neutră ☐ de acord moderat ☐ de acord categoric ☐

Sunt încrezut că, atunci când este vorba despre vaccinare, autoritățile publice iau decizii în interesul întregii comunități.

în dezacord categoric ☐ în dezacord moderat ☐ am o părere neutră ☐ de acord moderat ☐ de acord categoric ☐

Vaccinările sunt necesare.

în dezacord categoric	☐	în dezacord moderat	☐	am o părere neutră	☐	de acord moderat	☐	de acord categoric	☐
--------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------

Este o idee bună să mă vaccinez.

în dezacord categoric	☐	în dezacord moderat	☐	am o părere neutră	☐	de acord moderat	☐	de acord categoric	☐
--------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------

Substanțele chimice care intră în componența vaccinurilor nu sunt periculoase.

în dezacord categoric	☐	în dezacord moderat	☐	am o părere neutră	☐	de acord moderat	☐	de acord categoric	☐
--------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------

Vaccinările conduc la unele boli precum autismul, scleroza multiplă sau diabet.

în dezacord categoric	☐	în dezacord moderat	☐	am o părere neutră	☐	de acord moderat	☐	de acord categoric	☐
--------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------

Vaccinarea provoacă afecțiuni alergice.

în dezacord categoric	☐	în dezacord moderat	☐	am o părere neutră	☐	de acord moderat	☐	de acord categoric	☐
--------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------

Copiii ar fi mai rezistenți dacă ar primi mai puține vaccinuri.

în dezacord categoric	☐	în dezacord moderat	☐	am o părere neutră	☐	de acord moderat	☐	de acord categoric	☐
--------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------

Multe vaccinări sunt administrate prea devreme; astfel sistemul imunitar al copilului nu are posibilitatea să se dezvolte de sine stătător.

în dezacord categoric	☐	în dezacord moderat	☐	am o părere neutră	☐	de acord moderat	☐	de acord categoric	☐
--------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------

Sistemul imunitar al copiilor nu este supraîncărcat de prea multe vaccinări.

în dezacord categoric	☐	în dezacord moderat	☐	am o părere neutră	☐	de acord moderat	☐	de acord categoric	☐
--------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------

Uneori, nu am încredere în opinia medicului meu și sunt nevoit să mă sfătui cu altcineva.

în dezacord categoric	☐	în dezacord moderat	☐	am o părere neutră	☐	de acord moderat	☐	de acord categoric	☐
--------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------

Instituțiile de asistență medicală au grijă doar să reducă costurile și nu de ceea ce este cu adevărat necesar pentru sănătatea copilului meu.

în dezacord categoric	☐	în dezacord moderat	☐	am o părere neutră	☐	de acord moderat	☐	de acord categoric	☐
--------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------

Vaccinările sunt de prisos, deoarece bolile care pot fi prevenite prin vaccinare nu se mai întâlnesc atât de des.

în dezacord categoric	☐	în dezacord moderat	☐	am o părere neutră	☐	de acord moderat	☐	de acord categoric	☐
--------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------

Sistemul imunitar al copilului meu este atât de puternic, că va reuși să-l protejeze împotriva bolilor și fără vaccinare.

în dezacord categoric	☐	în dezacord moderat	☐	am o părere neutră	☐	de acord moderat	☐	de acord categoric	☐
--------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------

Bolile care pot fi prevenite prin vaccinare nu sunt atât de severe ca să necesite vaccinarea.

în dezacord categoric	☐	în dezacord moderat	☐	am o părere neutră	☐	de acord moderat	☐	de acord categoric	☐
--------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------

Să presupunem că copilul Dvs. nu fost vaccinat sau nu a fost bolnav de rujeolă. După părerea Dvs., pe o scară de la 0 până la 10 (unde 0=0%, iar 10=100%), cât de probabil este că el se va îmbolnăvi de rujeola pe viitor?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Atunci când mă duc undeva singur (fără o persoană de încredere), sunt sigur că nu mi se va întâmpla nimic de rău.

în dezacord categoric ☐ în dezacord moderat ☐ am o părere neutră ☐ de acord moderat ☐ de acord categoric ☐

Este puțin probabil să am probleme de sănătate, nu așa ca alte persoanele de vârsta mea.

în dezacord categoric ☐ în dezacord moderat ☐ am o părere neutră ☐ de acord moderat ☐ de acord categoric ☐

Stresul cotidian mă împiedică să-mi vaccinez copilul.

în dezacord categoric ☐ în dezacord moderat ☐ am o părere neutră ☐ de acord moderat ☐ de acord categoric ☐

Pentru ca să-mi vaccinez copilul trebuie să depun multe eforturi.

în dezacord categoric ☐ în dezacord moderat ☐ am o părere neutră ☐ de acord moderat ☐ de acord categoric ☐

Disconfortul meu în prezența unui lucrător medical mă oprește să-mi vaccinez copilul.

în dezacord categoric ☐ în dezacord moderat ☐ am o părere neutră ☐ de acord moderat ☐ de acord categoric ☐

Dacă aș vrea, aș putea să-mi vaccinez copilul fără probleme.

în dezacord categoric ☐ în dezacord moderat ☐ am o părere neutră ☐ de acord moderat ☐ de acord categoric ☐

În caz că copilul meu va avea o problemă de sănătate, mă voi adresa la un medic.

absolut improbabil ☐ puțin probabil ☐ probabil ☐ foarte probabil ☐ mă voi adresa numaidecât ☐

Am atât de multă încredere în medicul meu, încât încerc mereu să urmez sfaturile sale, inclusiv și cele cu privire la vaccinare.

în dezacord categoric ☐ în dezacord moderat ☐ am o părere neutră ☐ de acord moderat ☐ de acord categoric ☐

Înainte de a accepta o vaccinare cântăresc bine beneficiile și riscurile probabile pentru a lua cea mai bună decizie.

în dezacord categoric ☐ în dezacord moderat ☐ am o părere neutră ☐ de acord moderat ☐ de acord categoric ☐

Pentru fiecare vaccinare aparte, mă gândesc foarte atent dacă aceasta are sens pentru copilul meu.

în dezacord categoric ☐ în dezacord moderat ☐ am o părere neutră ☐ de acord moderat ☐ de acord categoric ☐

Pentru mine este important să înțeleg bine despre ce este vorba înainte de a lua decizia cu privire la vaccinarea copilului meu.

în dezacord categoric ☐ în dezacord moderat ☐ am o părere neutră ☐ de acord moderat ☐ de acord categoric ☐

De obicei, înainte de a lua orice decizie, mă gândesc bine la obiectivele pe care vreau să le ating.

în dezacord categoric ☐ în dezacord moderat ☐ am o părere neutră ☐ de acord moderat ☐ de acord categoric ☐

Consider că este mai bine să-mi planific activitățile în mod detaliat, decât să le las în voia soartei.

în dezacord categoric ☐ în dezacord moderat ☐ am o părere neutră ☐ de acord moderat ☐ de acord categoric ☐

Mă consider destul de dezorganizat

în dezacord categoric ☐ în dezacord moderat ☐ am o părere neutră ☐ de acord moderat ☐ de acord categoric ☐

Mă consider o persoană de încredere, pe care te poți sprijini în orice moment.									
în dezacord categoric	☐	în dezacord moderat	☐	am o părere neutră	☐	de acord moderat	☐	de acord categoric	☐
Lucrurile care îmi aparțin le mențin îngrijite și ordonate.									
în dezacord categoric	☐	în dezacord moderat	☐	am o părere neutră	☐	de acord moderat	☐	de acord categoric	☐
Nu mă las până când sarcina pusă nu este îndeplinită.									
în dezacord categoric	☐	în dezacord moderat	☐	am o părere neutră	☐	de acord moderat	☐	de acord categoric	☐
Atunci când toți dimprejur sunt vaccinați, copilul meu nu trebuie numai decât să se vaccineze.									
în dezacord categoric	☐	în dezacord moderat	☐	am o părere neutră	☐	de acord moderat	☐	de acord categoric	☐
Mi-am vaccinat copilul deoarece astfel voi proteja și alte persoane cu un sistem imunitar slab.									
în dezacord categoric	☐	în dezacord moderat	☐	am o părere neutră	☐	de acord moderat	☐	de acord categoric	☐
Vaccinarea este o acțiune colectivă de prevenire a răspândirii bolilor.									
în dezacord categoric	☐	în dezacord moderat	☐	am o părere neutră	☐	de acord moderat	☐	de acord categoric	☐
Mă deranjează mult faptul că alte persoane neglijează ceea de ce am nevoie.									
în dezacord categoric	☐	în dezacord moderat	☐	am o părere neutră	☐	de acord moderat	☐	de acord categoric	☐
Atunci când iau o decizie, iau în considerație nevoile și sentimentele altor persoane.									
în dezacord categoric	☐	în dezacord moderat	☐	am o părere neutră	☐	de acord moderat	☐	de acord categoric	☐
Cred că oamenii ar trebui să facă mai mult pentru a fi de ajutor unii pentru alții.									
în dezacord categoric	☐	în dezacord moderat	☐	am o părere neutră	☐	de acord moderat	☐	de acord categoric	☐
De multe ori fac tot ce este posibil pentru ca să ajut o altă persoană.									
în dezacord categoric	☐	în dezacord moderat	☐	am o părere neutră	☐	de acord moderat	☐	de acord categoric	☐
Cred că cel mai bine este să-mi caut de treabă atunci când alte persoane au nevoie de ajutor.									
în dezacord categoric	☐	în dezacord moderat	☐	am o părere neutră	☐	de acord moderat	☐	de acord categoric	☐
Oamenii ar trebui să-și păstreze necazurile pentru ei înșiși.									
în dezacord categoric	☐	în dezacord moderat	☐	am o părere neutră	☐	de acord moderat	☐	de acord categoric	☐
Mă deranjează să văd că cineva este tratat cu lipsă de respect.									
în dezacord categoric	☐	în dezacord moderat	☐	am o părere neutră	☐	de acord moderat	☐	de acord categoric	☐
Devin iritat când cineva plânge.									
în dezacord categoric	☐	în dezacord moderat	☐	am o părere neutră	☐	de acord moderat	☐	de acord categoric	☐
Atunci când văd că cineva este exploatat/profitat, îmi vine spontan să-i iau apărarea.									

în dezacord categoric ☐
 în dezacord moderat ☐
 am o părere neutră ☐
 de acord moderat ☐
 de acord categoric ☐

Cum ați proceda în următoarele situații?

Să presupunem că ați fost invitat la medic pentru o vaccinare conform calendarului de imunizări.

Cum ați decide?

voi refuza în mod categoric ☐
 voi încerca să amân vaccinarea pentru altă dată ☐
 voi accepta doar dacă toate dubiile mele vor fi satisfăcute ☐
 voi accepta necătând la unele îndoieli ☐
 voi accepta fără îndoială ☐

Dacă ați mai avea un copil, l-ați vaccina cu toate vaccinurile recomandate?

nu, nici într-un caz ☐
 nu, probabil că nu voi accepta vaccinarea ☐
 da, însă voi accepta doar unele vaccinuri ☐
 da, voi accepta toate vaccinurile, necătând că am dubii cu privire la unele din ele ☐
 da, voi accepta fără îndoială toate vaccinurile ☐

În sfârșit, ați finalizat chestionarul. Sperăm mult că nu v-ați plictisit.

Scopul acestui studiu este de a înțelege mai bine percepția vaccinărilor, unele aspecte care descurajează părinții și cele care promovează comportamentul lor pozitiv față de vaccinare.

Din acest motiv, a fost necesară cunoașterea unor aspecte ce țin de modul în care înfrunțați anumite situații sau celor ce țin de accesul la îngrijirea sănătății.

Dacă doriți să aflați mai multe despre acest studiu, vă invităm să ne scrieți la adresa: sph@usmf.md

Vă mulțumim pentru colaborare și vă dorim multă sănătate.

CHESTIONAR PENTRU EVALUAREA EZITĂRII LA VACCINARE LA LUCRĂTORII MEDICALI

Mult stimată/e Dnă/Dn,

Vă invităm să participați la un studiu realizat de către Școala de Management în Sănătate Publică, care și-a pus scopul de a evalua motivele pentru care cetățenii RM se vaccinează sau nu se vaccinează.

Sunteți eligibil pentru acest studiu doar dacă aveți vârsta mai mult de 18 ani. În cele ce urmează, vi se va propune un șir de întrebări, pentru unele din care veți avea impresia că depășesc subiectul vaccinărilor, iar pentru altele - că deja ați răspuns la o întrebare asemănătoare. Nu vă îngrijorați – suntem conștienți de acest fapt. Toate întrebările sunt importante în modalitatea în care vă sunt propuse și vă rugăm să răspundeți la fiecare din ele.

De asemenea, este foarte important să răspundeți la întrebări în ordinea în care vi se prezintă și să nu vă întoarceți la paginile precedente pentru a face unele schimbări. Acesta este singurul mod în care vom putea folosi cu succes informațiile obținute.

Completarea chestionarului va dura cel mult 20 de minute. Vă rugăm să începeți a răspunde la întrebări numai dacă v-ați asigurat că veți avea timp suficient pentru a finaliza întregul chestionar într-o singură ședință. De asemenea, pentru a evita distragerile, vă rugăm să închideți toate tipurile de programe de comunicare (de exemplu, chat sau e-mail) .

Acesta este un studiu non-comercial autofinanțat de Școala de Management în Sănătate Publică.

Vă asigurăm 100% de confidențialitate (chestionarul este anonim) și că toate răspunsurile Dvs. vor fi luate în considerație fiind utilizate exclusiv în scopuri științifice.

Vă mulțumim pentru timpul acordat și efortul depus!

Consimțământ informat

Procedez cu completarea chestionarului deoarece doresc să particip la acest studiu și înțeleg că toate răspunsurile mele vor fi folosite doar în scopuri științifice. Sunt conștient că rezultatele acestui sondaj pot fi publicate numai în mod anonim pentru a crește transparența în știință.

sunt de acord ☐

nu sunt de acord ☐

INFORMAȚII GENERALE	
Data chestionării (ZZ/LL/AAAA) / / 2020	
Indicați genul Dvs.:	Feminin ☐ Masculin ☐
Ce vârstă aveți acum?	_____ ani
Indicați orașul/satul de reședință	_____
Mediul de trai în care locuiți?	Rural ☐ Urban ☐
Care este nivelul cel mai înalt de studii finalizate de către Dvs.?	
Studii medii incomplete ☐	Studii medii complete (fără diplomă de licență) ☐
Școală profesională tehnică (SPTU) ☐	Colegiu/Tehnicum ☐
Studii superioare incomplete ☐	Studii superioare complete cu diplomă de calificare ☐
Masterat /Rezidențiat ☐	Doctorat ☐ Altele ☐
În caz dacă soțul/soția Dvs. participă la luarea deciziilor cu privire la vaccinarea copiilor, care este nivelul cel mai înalt de studii finalizate de către D-lui/D-ei	
Studii medii incomplete ☐	Studii medii complete (fără diplomă de licență) ☐
Școală profesională tehnică (SPTU) ☐	Colegiu/Tehnicum ☐
Studii superioare incomplete ☐	Studii superioare cu diplomă de calificare ☐
Masterat /Rezidențiat ☐	Doctorat ☐ Altele ☐
Care este statutul Dvs. ocupațional?	
Student ☐	Antreprenor ☐
Angajat ☐	Șomer ☐
Casnic (ă) ☐	Deținător de cote ☐
Altele ☐ (vă rugăm să specificați)	

Activați în cadrul unei instituții medicale?

Da ☐

Nu ☐

Dacă ați răspuns **Da**, indicați categoria la care aparțineți:

specialist în domeniul sănătății publice ☐

personal medical mediu ☐

medic ☐

personal administrativ ☐

personal tehnic ☐

Altele ☐ (vă rugăm să specificați) _____

Care este venitul mediu lunar în familia Dvs.?

<2500 lei ☐

2501-5000 lei ☐

5001-7500 lei ☐

7501-10000 lei ☐

10001-15000 lei ☐

>15000 lei ☐

Vă rugăm să citiți cu atenție și să răspundeți la întrebările de mai jos

1. Sunteți părinte sau tutor de copii?

Da ☐

Nu ☐

2. Dacă ați bifat "Da", care este vârsta copilului/copiilor Dvs.? (Puteți bifa mai multe - Alegeți vârsta pentru fiecare copil)

< 1 an ☐

5 ani ☐

10 ani ☐

15 ani ☐

1 an ☐

6 ani ☐

11 ani ☐

16 ani ☐

2 ani ☐

7 ani ☐

12 ani ☐

17 ani ☐

3 ani ☐

8 ani ☐

13 ani ☐

18 ani ☐

4 ani ☐

9 ani ☐

14 ani ☐

>18 ani ☐

3. Vă rugăm să indicați dacă copilul Dvs. a fost vaccinat împotriva următoarelor boli:

(Dacă aveți mai mulți copii, considerați doar copilul cel mai vârstnic - Puteți alege mai multe răspunsuri, bifați căsuța corespunzătoare)

	da	nu	nu știu				da	nu	nu știu
Hepatita B (HVB)	☐	☐	☐			Tuberculoza	☐	☐	☐
Difteria, tetanus, tusea convulsivă	☐	☐	☐			Poliomielita	☐	☐	☐
Infecție pneumococică	☐	☐	☐			Diareea rotavirală	☐	☐	☐
Haemophilus influenza b (Hib)	☐	☐	☐			Gripa sezonieră (în ultimii 3 ani)	☐	☐	☐
Rujeolă-Oreion-Rubeolă (ROR)	☐	☐	☐			Papilomavirusul uman (HPV)	☐	☐	☐

4. Cineva din copiii Dvs. suferă de afecțiuni cronice, care sunt considerate contraindicații la vaccinare?

Da ☐

Nu ☐

Nu știu ☐

5. Dacă ați bifat "Da", specificați care sunt aceste afecțiuni: _____

6. Ați ezitat vreodată înainte de vaccinarea copilului Dvs.?

Da ☐

Nu ☐

7. Ați amânat vreodată vaccinarea copilului Dvs.?

Da ☐

Nu ☐

8. Ați refuzat vreodată vaccinarea copilului Dvs.?

Da ☐

Nu ☐

9. Dacă ați bifat "Da" la cel puțin una din întrebările 5, 6 și 7, indicați motivele pentru care ați ezitat să vaccinați sau ați amânat /respins vaccinarea copilului Dvs. (puteți alege mai multe, bifați căsuța corespunzătoare):

	da	nu	nu știu		da	nu	nu știu
Lipsă de timp	☐	☐	☐	Frică de injecții	☐	☐	☐
Convingeri religioase	☐	☐	☐	Convingeri etice	☐	☐	☐
Nu credeam că vaccinul este eficient	☐	☐	☐	Nu credeam că boala respectivă este gravă	☐	☐	☐
Nu credeam că vaccinul respectiv este sigur	☐	☐	☐	Credeam că alte măsuri preventive sunt mai eficiente	☐	☐	☐
Consideram puțin probabil ca să fiu afectat de boala respectivă, pe măsură ce alții sunt vaccinați	☐	☐	☐	Nu știam de unde să obțin informații fiabile despre vaccinuri	☐	☐	☐
Eu sau copilul meu am avut experiențe neplăcute relative la vaccinările anterioare	☐	☐	☐	Eu sau copilul meu am avut reacții adverse la vaccinările anterioare	☐	☐	☐
Altele (vă rugăm să specificați)							

10. Dvs. în persoană ați fost vaccinat împotriva următoarelor boli?

(puteți alege mai multe, bifați căsuța corespunzătoare):

	da	nu	nu știu		da	nu	nu știu
Hepatita B (HVB)	☐	☐	☐	Tuberculoza	☐	☐	☐
Difteria-Tetanus (în ultimii 10 ani)	☐	☐	☐	Poliomielita	☐	☐	☐
Rujeolă-Oreion-Rubeolă (ROR)	☐	☐	☐	Gripa sezonieră în ultimii 3 ani)	☐	☐	☐

11. Ați ezitat vreodată înainte de vaccinarea pentru Dvs.?

Da ☐

Nu ☐

12. Ați amânat vreodată vaccinarea pentru Dvs.?

Da ☐

Nu ☐

13. Dvs. în persoană ați refuzat vreodată să vă vaccinați cu un anumit vaccin?

Da ☐

Nu ☐

14. Dacă ați bifat "Da" la cel puțin una din întrebările 11, 12 și 13, indicați motivele pentru care ați ezitat să vaccinați sau ați amânat/respins vaccinarea pentru Dvs. (puteți alege mai multe, bifați căsuța corespunzătoare):

	da	nu	nu știu		da	nu	nu știu
Lipsă de timp	☐	☐	☐	Frică de injecții	☐	☐	☐
Convingeri religioase	☐	☐	☐	Convingeri etice	☐	☐	☐
Nu credeam că vaccinul este eficient	☐	☐	☐	Nu credeam că boala respectivă este gravă	☐	☐	☐
Nu credeam că vaccinul respectiv este sigur	☐	☐	☐	Credeam că alte măsuri preventive sunt mai eficiente	☐	☐	☐
Consideram puțin probabil ca să fiu afectat de boala respectivă, pe măsură ce alții sunt vaccinați	☐	☐	☐	Nu știam de unde să obțin informații fiabile despre vaccinuri	☐	☐	☐
Eu sau copilul meu am avut experiențe neplăcute relative la vaccinările anterioare	☐	☐	☐	Eu sau copilul meu am avut reacții adverse la vaccinările anterioare	☐	☐	☐
Altele (vă rugăm să specificați)							

43. Care sunt sursele de informație cu privire la vaccinare pe care o folosiți Dvs. (puteți alege mai multe, bifați căsuța corespunzătoare):

Nu mă informez în acest domeniu	☐	Membri de familie și rude	☐	Prieteni și cunoștințe	☐	Medicul de familie	☐	Colegi de serviciu	☐
Autorități de sănătate publică	☐	Conferințe științifice	☐	Cursuri de perfecționare	☐	Literatură științifică	☐	Ghiduri și protocoale	☐
Căutări pe internet	☐	Rețele sociale	☐	Programe TV	☐	Cărți, reviste și ziare	☐	Nu doresc să răspund	☐

44. Cât de des întâlniți informații legate de vaccinare în mass-media?

Foarte rar ☐ De 1-3 ori pe lună ☐ O dată pe săptămână ☐ 3-4 ori pe săptămână ☐ În fiecare zi ☐

15. Aproximativ câți pacienți consultați pe săptămână? _____.

16. De câte ori pe săptămână oferiți consultații și recomandări cu privire la vaccinare?

Nu ofer astfel de consultații ☐ 1-3 ori ☐ 4-6 ori ☐ 7-9 ori ☐ 10 și mai multe ori ☐

17. Aproximativ (în %) câți dintre pacienții Dvs. considerați că ezită (de exemplu, își exprimă îngrijorarea pentru efectele secundare, presupun să nu se vaccineze) sau se opun vaccinării _____%.

Vă rugăm să indicați cât de mult sunteți de acord cu următoarele afirmații:

18. Sunt convins că vaccinurile sunt sigure.

în dezacord categoric ☐ în dezacord moderat ☐ am o părere neutră ☐ de acord moderat ☐ de acord categoric ☐

19. Vaccinarea este o metodă eficientă de protecție împotriva unor boli.

în dezacord categoric ☐ în dezacord moderat ☐ am o părere neutră ☐ de acord moderat ☐ de acord categoric ☐

20. Sunt încrezut că, atunci când este vorba despre vaccinare, autoritățile publice iau cele mai bune decizii în interesul întregii comunități.

în dezacord categoric ☐ în dezacord moderat ☐ am o părere neutră ☐ de acord moderat ☐ de acord categoric ☐

21. Vaccinările sunt de prisos, deoarece bolile care pot fi prevenite prin vaccinare nu se mai întâlnesc atât de des.

în dezacord categoric ☐ în dezacord moderat ☐ am o părere neutră ☐ de acord moderat ☐ de acord categoric ☐

22. Sistemul imunitar este atât de puternic, că reușește să protejeze împotriva bolilor și fără vaccinare.

în dezacord categoric ☐ în dezacord moderat ☐ am o părere neutră ☐ de acord moderat ☐ de acord categoric ☐

23. Bolile care pot fi prevenite prin vaccinare nu sunt atât de severe ca să necesite vaccinarea.

în dezacord categoric ☐ în dezacord moderat ☐ am o părere neutră ☐ de acord moderat ☐ de acord categoric ☐

24. Stresul cotidian mă împiedică să mă vaccinez sau să-mi vaccinez copilul.

în dezacord categoric ☐ în dezacord moderat ☐ am o părere neutră ☐ de acord moderat ☐ de acord categoric ☐

25. Pentru ca să mă vaccinez sau să-mi vaccinez copilul trebuie să depun multe eforturi.

în dezacord categoric ☐ în dezacord moderat ☐ am o părere neutră ☐ de acord moderat ☐ de acord categoric ☐

26. Disconfortul meu în prezența unui lucrător medical mă oprește să mă vaccinez sau să-mi vaccinez copilul.

în dezacord categoric ☐ în dezacord moderat ☐ am o părere neutră ☐ de acord moderat ☐ de acord categoric ☐

27. Înainte de a accepta o vaccinare cântăresc bine beneficiile și riscurile probabile pentru a lua cea mai bună decizie.

în dezacord categoric ☐ în dezacord moderat ☐ am o părere neutră ☐ de acord moderat ☐ de acord categoric ☐

28. Pentru fiecare vaccinare aparte, mă gândesc foarte atent dacă aceasta are sens pentru mine sau pentru pacienții mei.

în dezacord categoric ☐ în dezacord moderat ☐ am o părere neutră ☐ de acord moderat ☐ de acord categoric ☐

29. Pentru mine este important să înțeleg bine despre ce este vorba înainte de a lua decizia cu privire la o vaccinare.

în		în		am o		de acord		de acord	
dezacord	☐	dezacord	☐	păreră	☐	moderat	☐	categoric	☐
categoric		moderat		neutră					

30. Atunci când toți dimprejur sunt vaccinați, eu sau pacienții mei nu trebuie numaidecât să se vaccineze.

în		în		am o		de acord		de acord	
dezacord	☐	dezacord	☐	păreră	☐	moderat	☐	categoric	☐
categoric		moderat		neutră					

31. Vaccinările sunt necesare deoarece astfel se vor proteja și alte persoane cu un sistem imunitar slab.

în		în		am o		de acord		de acord	
dezacord	☐	dezacord	☐	păreră	☐	moderat	☐	categoric	☐
categoric		moderat		neutră					

32. Vaccinarea este o acțiune colectivă de prevenire a răspândirii bolilor.

în		în		am o		de acord		de acord	
dezacord	☐	dezacord	☐	păreră	☐	moderat	☐	categoric	☐
categoric		moderat		neutră					

33. Este mai bine să fii imunizat prin boală decât prin vaccin.

în		în		am o		de acord		de acord	
dezacord	☐	dezacord	☐	păreră	☐	moderat	☐	categoric	☐
categoric		moderat		neutră					

34. Riscul de reacții adverse depășește beneficiile vaccinurilor.

în		în		am o		de acord		de acord	
dezacord	☐	dezacord	☐	păreră	☐	moderat	☐	categoric	☐
categoric		moderat		neutră					

35. Rujeola este o boală care poate avea consecințe grave.

în		în		am o		de acord		de acord	
dezacord	☐	dezacord	☐	păreră	☐	moderat	☐	categoric	☐
categoric		moderat		neutră					

36. Respectarea măsurilor igienice este suficientă pentru prevenirea bolilor, deci, vaccinarea nu este strict necesară.

în		în		am o		de acord		de acord	
dezacord	☐	dezacord	☐	păreră	☐	moderat	☐	categoric	☐
categoric		moderat		neutră					

37. Vaccinurile pot provoca daune grave pe termen lung sănătății, cum ar fi autismul, infertilitatea, etc.

în		în		am o		de acord		de acord	
dezacord	☐	dezacord	☐	păreră	☐	moderat	☐	categoric	☐
categoric		moderat		neutră					

38. Cred că în zilele noastre, populația este vaccinată împotriva prea multor boli.

în		în		am o		de acord		de acord	
dezacord	☐	dezacord	☐	păreră	☐	moderat	☐	categoric	☐
categoric		moderat		neutră					

39. Am destule cunoștințe despre vaccinare pentru a putea răspunde la întrebările pacienților mei.

în		în		am o		de acord		de acord	
dezacord	☐	dezacord	☐	păreră	☐	moderat	☐	categoric	☐
categoric		moderat		neutră					

40. Discut cu plăcere despre vaccinare cu pacienții mei.

în		în		am o		de acord		de acord	
dezacord	☐	dezacord	☐	păreră	☐	moderat	☐	categoric	☐
categoric		moderat		neutră					

41. Mă consider obligat să recomand vaccinarea pacienților mei.

în		în		am o		de acord		de acord	
dezacord	☐	dezacord	☐	păreră	☐	moderat	☐	categoric	☐
categoric		moderat		neutră					

42. Cred că este important ca toți profesioniștii din domeniul sănătății să recomande pacienților vaccinările.

în dezacord categoric ☐ în dezacord moderat ☐ am o părere neutră ☐ de acord moderat ☐ de acord categoric ☐

45. De obicei, mass-media reflectă subiectele legate de vaccinare într-un mod corect și rezonabil.

în dezacord categoric ☐ în dezacord moderat ☐ am o părere neutră ☐ de acord moderat ☐ de acord categoric ☐

46. Deseori mass-media creează un „echilibru fals”, invitând activiști anti-vaccinare să contracareze mesajele experților.

în dezacord categoric ☐ în dezacord moderat ☐ am o părere neutră ☐ de acord moderat ☐ de acord categoric ☐

47. Mass-media ar trebui să ofere un spectru complet de opinii cu privire la problemele legate de vaccinare, chiar dacă acestea includ opinii non-științifice.

în dezacord categoric ☐ în dezacord moderat ☐ am o părere neutră ☐ de acord moderat ☐ de acord categoric ☐

48. Cred că vaccinurile administrate în instituțiile publice sunt cele mai bune vaccinuri prezente pe piață.

în dezacord categoric ☐ în dezacord moderat ☐ am o părere neutră ☐ de acord moderat ☐ de acord categoric ☐

49. Autoritățile din domeniul sănătății nu ar recomanda vaccinuri nesigure.

în dezacord categoric ☐ în dezacord moderat ☐ am o părere neutră ☐ de acord moderat ☐ de acord categoric ☐

50. Sunt încrezut că companiile farmaceutice furnizează vaccinuri efective și sigure.

în dezacord categoric ☐ în dezacord moderat ☐ am o părere neutră ☐ de acord moderat ☐ de acord categoric ☐

Cum ați proceda în următoarele situații?

51. Să presupunem că ați fost invitat la medic pentru o vaccinare conform calendarului de imunizări. Cum ați decide?

voi refuza în mod categoric ☐ voi încerca să amân vaccinarea pentru altă dată ☐ voi accepta doar dacă toate dubiile mele vor fi satisfăcute ☐ voi accepta, deși am unele dubii ☐ v

52. Pentru viitor veți accepta vaccinurile recomandate pentru Dvs. sau pentru copilul Dvs.?

nu, nici într-un caz ☐ nu, probabil că nu voi accepta vaccinarea ☐ da, însă voi accepta doar unele vaccinuri ☐ da, voi accepta toate vaccinurile, deși am dubii cu privire la unele din ele ☐ da, voi accepta fără îndoială toate vaccinurile ☐

53. Pentru viitor veți recomanda vaccinurile pacienților Dvs.?

nu, nici într-un caz ☐ nu, probabil că nu voi recomanda vaccinarea ☐ da, însă voi recomanda doar unele vaccinuri ☐ da, voi recomanda toate vaccinurile, deși am dubii cu privire la unele din ele ☐ da, voi recomanda fără îndoială toate vaccinurile ☐

În sfârșit, ați finalizat chestionarul. Sperăm mult că nu v-ați plictisit. Scopul acestui studiu este de a înțelege mai bine percepția vaccinărilor, unele aspecte care descurajează persoanele și cele care promovează comportamentul lor pozitiv față de vaccinări.

Dacă doriți să aflați mai multe despre acest studiu, vă invităm să ne scrieți la adresa: sph@usmf.md

Vă mulțumim pentru colaborare și vă dorim multă sănătate.

CHESTIONAR PENTRU EVALUAREA EZITĂRII LA VACCINARE LA PĂRINȚI

Mult stimată/e Doamnă/Domn,

Vă invităm să participați la un studiu realizat de către Școala de Management în Sănătate Publică, care și-a pus scopul de a evalua motivele pentru care cetățenii RM se vaccinează sau nu se vaccinează.

Sunteți eligibil pentru acest studiu doar dacă aveți vârsta mai mult de 18 ani. În cele ce urmează, vi se va propune un șir de întrebări, pentru unele din care veți avea impresia că depășesc subiectul vaccinărilor, iar pentru altele - că deja ați răspuns la o întrebare asemănătoare. Nu vă îngrijorați – suntem conștienți de acest fapt. Toate întrebările sunt importante în modalitatea în care vă sunt propuse și vă rugăm să răspundeți la fiecare din ele.

De asemenea, este foarte important să răspundeți la întrebări în ordinea în care vi se prezintă și să nu vă întoarceți la paginile precedente pentru a face unele schimbări. Acesta este singurul mod în care vom putea folosi cu succes informațiile obținute de la Dvs.

Completarea chestionarului va dura cel mult 20 de minute. Vă rugăm să începeți a răspunde la întrebări numai dacă v-ați asigurat că veți avea timp suficient pentru a finaliza întregul chestionar într-o singură ședință. De asemenea, pentru a evita distragerile, vă rugăm să închideți toate tipurile de programe de comunicare (de exemplu, chat sau e-mail).

Acesta este un studiu non-comercial autofinanțat de Școala de Management în Sănătate Publică.

Vă asigurăm 100% de confidențialitate (chestionarul este anonim) și că toate răspunsurile Dvs. vor fi luate în considerație fiind utilizate exclusiv în scopuri științifice.

Vă mulțumim pentru timpul acordat și efortul depus!

Consimțământ informat

Procedez cu completarea chestionarului deoarece doresc să particip la acest studiu și înțeleg că toate răspunsurile mele vor fi folosite doar în scopuri științifice. Sunt conștient că rezultatele acestui sondaj pot fi publicate numai în mod anonim pentru a crește transparența în știință.

sunt de acord ☐

nu sunt de acord ☐

INFORMAȚII GENERALE

Indicați genul Dvs.: Feminin ☐ Masculin ☐

Indicați vârsta Dvs. ? ____ ani

Indicați orașul/satul de reședință _____ Mediul de trai ? Rural ☐ Urban ☐

Care este nivelul cel mai înalt de studii finalizate de către Dvs.?

Studii medii incomplete ☐

Studii medii complete (fără diplomă de licență) ☐

Școală profesională tehnică (SPTU) ☐

Colegiu/Tehnicum ☐

Studii superioare incomplete ☐

Studii superioare complete cu diplomă de calificare ☐

Masterat /Rezidențiat ☐

Doctorat ☐

Altele ☐

În caz dacă soțul/soția Dvs. participă la luarea deciziilor cu privire la vaccinarea copiilor, care este nivelul cel mai înalt de studii finalizate de către D-lui/D-ei

Studii medii incomplete ☐

Studii medii complete (fără diplomă de licență) ☐

Școală profesională tehnică (SPTU) ☐

Colegiu/Tehnicum ☐

Studii superioare incomplete ☐

Studii superioare cu diplomă de calificare ☐

Masterat /Rezidențiat ☐

Doctorat ☐

Altele ☐

Care este statutul Dvs. ocupațional?

Student ☐

Antreprenor ☐

Angajat ☐

Șomer ☐

Casnic (ă) ☐

Deținător de cote ☐

Altele ☐ (vă rugăm să specificați) _____

Activați în cadrul unei instituții medicale?

Da ☐

Nu ☐

Dacă ați răspuns Da, indicați categoria la care aparțineți:

specialist în domeniul sănătății publice ☐
medic ☐
personal medical mediu ☐

personal administrativ ☐
personal tehnic ☐

Altele ☐ (vă rugăm să specificați) _____

Care este venitul mediu lunar în familia Dvs.?

<2500 lei ☐ 2501-5000 lei ☐ 5001-7500 lei ☐ 7501-10000 lei ☐ 10001-15000 lei ☐ >15000 lei ☐

Vă rugăm să citiți cu atenție și să răspundeți la întrebările de mai jos:

1. Care este vârsta copilului/copiiilor Dvs.? (Puteți bifa mai multe - Alegeți vârsta pentru fiecare copil)

< 1 an	☐
1 an	☐
2 ani	☐
3 ani	☐
4 ani	☐

5 ani	☐
6 ani	☐
7 ani	☐
8 ani	☐
9 ani	☐

10 ani	☐
11 ani	☐
12 ani	☐
13 ani	☐
14 ani	☐

15 ani	☐
16 ani	☐
17 ani	☐
18 ani	☐
>18 ani	☐

2. Vă rugăm să indicați dacă copilul Dvs. a fost vaccinat împotriva următoarelor boli:

(Dacă aveți mai mulți copii, considerați doar copilul cel mai vârstnic - Puteți alege mai multe răspunsuri, bifați căsuța corespunzătoare)

	da	nu	nu știu
Hepatita B (HVB)	☐	☐	☐
Difteria, tetanus, tusea convulsivă	☐	☐	☐
Infecție pneumococică	☐	☐	☐
Haemophilus influenza b (Hib)	☐	☐	☐
Rujeolă-Oreion-Rubeolă (ROR)	☐	☐	☐

	da	nu	nu știu
Tuberculoza	☐	☐	☐
Poliomielita	☐	☐	☐
Diareea rotavirală	☐	☐	☐
Gripa sezonieră (în ultimii 3 ani)	☐	☐	☐
Papilomavirusul uman (HPV)	☐	☐	☐

3. Dvs. sau copiii Dvs. suferă de afecțiuni cronice, care sunt considerate contraindicații la vaccinare?

Da ☐ Nu ☐ Nu știu ☐

4. Dacă ați bifat "Da", specificați mai jos care sunt aceste afecțiuni:

5. Ați fost vreodată împotriva sau la îndoială înainte de a vaccina copilul Dvs.?

Da ☐ Nu ☐

6. Ați amânat vreodată vaccinarea copilului Dvs. pentru un motiv care nu era o boală sau o alergie?

Da ☐ Nu ☐

7. Ați refuzat vreodată vaccinarea copilului Dvs. ?

Da ☐ Nu ☐

8. Dacă ați bifat "Da" la cel puțin una din întrebările 5, 6 sau 7, indicați motivele pentru care ați ezitat să vaccinați sau ați amânat /respins vaccinarea copilului Dvs. (puteți alege mai multe, bifați căsuța corespunzătoare):

a) Lipsă de timp	☐
b) Frică de injecții	☐
c) Convingeri religioase	☐
d) Convingeri etice	☐
e) Nu credeam că vaccinul este eficient	☐
f) Nu credeam că boala respectivă este gravă	☐

g) Nu credeam că vaccinul respectiv este sigur	☐
h) Credeam că alte măsuri preventive sunt mai eficiente	☐
i) Consideram puțin probabil ca copilul meu să fie afectat de boala respectivă, pe măsură ce alții sunt vaccinați	☐
j) Eu sau copilul meu am avut experiențe neplăcute relative la vaccinările anterioare	☐
k) Copilul meu a avut reacții adverse la vaccinările anterioare	☐
l) Nu știam de unde să obțin informații fiabile despre vaccinuri	☐

Altele ☐ (specificați) _____

9. În trecut, Dvs. în persoană ați fost vaccinat împotriva următoarelor boli? (puteți alege mai multe, bifați căsuța corespunzătoare):

	da	nu	nu știu
Hepatita B (HVB)	☐	☐	☐
Difteria-Tetanus (în ultimii 10 ani)	☐	☐	☐
Rujeolă-Oreion-Rubeolă (ROR)	☐	☐	☐

	da	nu	nu știu
Poliomielita	☐	☐	☐
Gripa sezonieră (în ultimii 3 ani)	☐	☐	☐
COVID-19	☐	☐	☐

10. Ați fost vreodată împotriva sau la îndoială înainte de vaccinarea Dvs. ?

Da ☐

Nu ☐

11. Ați amânat vreodată vaccinarea Dvs. pentru un motiv care nu era o boală sau o alergie?

Da ☐

Nu ☐

12. Dvs. în persoană ați refuzat vreodată să vă vaccinați cu un anumit vaccin?

Da ☐

Nu ☐

13. Dacă ați bifat "Da" la cel puțin una din întrebările 10, 11 și 12, indicați motivele pentru care ați ezitat să vaccinați sau ați amânat/respins vaccinarea pentru Dvs. (puteți alege mai multe, bifați căsuța corespunzătoare):

a) Lipsă de timp	☐	g) Nu credeam că vaccinul respectiv este sigur	☐
b) Frică de injecții	☐	h) Credeam că alte măsuri preventive sunt mai eficiente	☐
c) Convingeri religioase	☐	i) Consideram puțin probabil ca să fiu afectat de boala respectivă, pe măsură ce alții sunt vaccinați	☐
d) Convingeri etice	☐	j) Eu sau copilul meu am avut experiențe neplăcute relative la vaccinările anterioare	☐
e) Nu credeam că vaccinul este eficient	☐	k) Eu sau copilul meu am avut reacții adverse la vaccinările anterioare	☐
f) Nu credeam că boala respectivă este gravă	☐	l) Nu știam de unde să obțin informații fiabile despre vaccinuri	☐

Altele ☐ (specificați) _____

14. Careva din aceste condiții v-a împiedicat de recent să obțineți vreun vaccin?

(puteți alege mai multe, bifați căsuța corespunzătoare)

a)	Medicul de familie lipsește și nu are cine să vă spună când și unde să vă adresați.	☐	f)	Este prea scump pentru Dvs. de a ajunge până la centrul de imunizări.	☐
b)	Medicul de familie nu vă spune când și unde să vă adresați.	☐	g)	Orele de primire la centrul de imunizări nu corespund cu exigențele Dvs.	☐
c)	Este destul de complicat pentru Dvs. și necesită multe eforturi.	☐	h)	Altele	☐
d)	Centrul de imunizări se găsește prea departe	☐	i)	Nimic nu mă împiedică	☐
e)	Timpul de așteptare în clinică este îndelungat	☐	j)	Nu știu	☐

15. Cunoașteți pe cineva care a avut o reacție adversă la o vaccinare?

Da ☐

Nu ☐

16. Discutați în mod deschis cu medicul de familie despre preocupările pe care le aveți cu privire la vaccinări?

Da ☐

Nu ☐

17. Ați văzut sau ați auzit vreodată informații negative despre vaccinare?

Da ☐

Nu ☐

18. În general, aveți încredere în cele auzite despre vaccinării?

Da ☐

Nu ☐

19. V-ați simțit vreodată forțat de către medicul Dvs. în luarea deciziei cu privire la vaccinare?

Da ☐

Nu ☐

20. Medicul Dvs. v-a descurajat vreodată cu privire la un vaccin pe care l-ați dorit pentru copilul Dvs.?

Da ☐

Nu ☐

Dacă da, pentru care vaccin? _____ Din care motiv? _____

21. Ați avut vreodată impresia că serviciile de sănătate nu v-au oferit cel mai bun vaccin existent pe piață?

Da ☐	Nu ☐																														
22. Considerați vaccinările la privat mai bune decât cele gratuite furnizate de către centrul Dvs. de sănătate?																															
Da ☐	Nu ☐ Nu știu ☐																														
De ce? _____																															
23. Credeți că vaccinurile sunt administrate copiilor începând cu o vârstă prea mică?																															
Da ☐	Nu ☐ Nu știu ☐																														
24. Credeți că vaccinurile administrate copiilor sunt prea multe?																															
Da ☐	Nu ☐ Nu știu ☐																														
25. Vi s-a întâmplat să nu obțineți un vaccin odată ce v-ați prezentat la centrul de imunizare?																															
Da ☐	Nu ☐																														
Dacă da, din ce motiv nu ați obținut vaccinul? _____																															
26. Ulterior, ați revenit la centrul de imunizare pentru a obține vaccinul dorit?																															
Da ☐	Nu ☐ Nu îmi amintesc ☐																														
27. Atunci când aveți nevoie de informații cu privire la vaccinare vă adresați la: (puteți alege mai multe)																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>a)</td><td>Medic de familie</td><td style="text-align: center;">☐</td></tr> <tr><td>b)</td><td>Pediatru</td><td style="text-align: center;">☐</td></tr> <tr><td>c)</td><td>Farmacist</td><td style="text-align: center;">☐</td></tr> <tr><td>d)</td><td>Asistentă medicală</td><td style="text-align: center;">☐</td></tr> <tr><td>e)</td><td>Rude sau prieteni</td><td style="text-align: center;">☐</td></tr> </table>	a)	Medic de familie	☐	b)	Pediatru	☐	c)	Farmacist	☐	d)	Asistentă medicală	☐	e)	Rude sau prieteni	☐	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>f)</td><td>Rețele sociale online</td><td style="text-align: center;">☐</td></tr> <tr><td>g)</td><td>Alte site-uri internet</td><td style="text-align: center;">☐</td></tr> <tr><td>h)</td><td>Media (TV, ziare, radio)</td><td style="text-align: center;">☐</td></tr> <tr><td>i)</td><td>Lideri religioși</td><td style="text-align: center;">☐</td></tr> <tr><td>j)</td><td>Specialist în medicină netradițională (homeopatie, acupunctură etc.)</td><td style="text-align: center;">☐</td></tr> </table>	f)	Rețele sociale online	☐	g)	Alte site-uri internet	☐	h)	Media (TV, ziare, radio)	☐	i)	Lideri religioși	☐	j)	Specialist în medicină netradițională (homeopatie, acupunctură etc.)	☐
a)	Medic de familie	☐																													
b)	Pediatru	☐																													
c)	Farmacist	☐																													
d)	Asistentă medicală	☐																													
e)	Rude sau prieteni	☐																													
f)	Rețele sociale online	☐																													
g)	Alte site-uri internet	☐																													
h)	Media (TV, ziare, radio)	☐																													
i)	Lideri religioși	☐																													
j)	Specialist în medicină netradițională (homeopatie, acupunctură etc.)	☐																													
Altele ☐ (specificați) _____																															

Vă rugăm să indicați cât de mult sunteți de acord cu următoarele afirmații:

28. Sunt convins că vaccinurile sunt sigure.

în dezacord
categoric ☐

în dezacord
moderat ☐

am o părere
neutră ☐

de acord
moderat ☐

de acord
categoric ☐

29. Vaccinarea este o metodă eficientă de protecție împotriva unor boli.

în dezacord
categoric ☐

în dezacord
moderat ☐

am o părere
neutră ☐

de acord
moderat ☐

de acord
categoric ☐

30. Sunt încrezut că, atunci când este vorba despre vaccinare, autoritățile publice iau decizii în interesul întregii comunități.

în dezacord
categoric ☐

în dezacord
moderat ☐

am o părere
neutră ☐

de acord
moderat ☐

de acord
categoric ☐

31. Vaccinările sunt de prisos, deoarece bolile care pot fi prevenite prin vaccinare nu se mai întâlnesc atât de des.

în dezacord
categoric ☐

în dezacord
moderat ☐

am o părere
neutră ☐

de acord
moderat ☐

de acord
categoric ☐

32. Sistemul imunitar al copilului meu este atât de puternic, că va reuși să-l protejeze împotriva bolilor și fără vaccinare.

în dezacord
categoric ☐

în dezacord
moderat ☐

am o părere
neutră ☐

de acord
moderat ☐

de acord
categoric ☐

33. Bolile care pot fi prevenite prin vaccinare nu sunt atât de severe ca să necesite vaccinarea.

în dezacord
categoric ☐

în dezacord
moderat ☐

am o părere
neutră ☐

de acord
moderat ☐

de acord
categoric ☐

34. Stresul cotidian mă împiedică să-mi vaccinez copilul.

în dezacord
categoric ☐

în dezacord
moderat ☐

am o părere
neutră ☐

de acord
moderat ☐

de acord
categoric ☐

35. Pentru ca să-mi vaccinez copilul trebuie să depun multe eforturi.

în dezacord categoric	☐	în dezacord moderat	☐	am o părere neutră	☐	de acord moderat	☐	de acord categoric	☐
--------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------

36. Disconfortul meu în prezența unui lucrător medical mă oprește să-mi vaccinez copilul.

în dezacord categoric	☐	în dezacord moderat	☐	am o părere neutră	☐	de acord moderat	☐	de acord categoric	☐
--------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------

37. Înainte de a accepta o vaccinare cântăresc bine beneficiile și riscurile probabile pentru a lua cea mai bună decizie.

în dezacord categoric	☐	în dezacord moderat	☐	am o părere neutră	☐	de acord moderat	☐	de acord categoric	☐
--------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------

38. Pentru fiecare vaccinare aparte, mă gândesc foarte atent dacă aceasta are sens pentru copilul meu.

în dezacord categoric	☐	în dezacord moderat	☐	am o părere neutră	☐	de acord moderat	☐	de acord categoric	☐
--------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------

39. Pentru mine este important să înțeleg bine despre ce este vorba înainte de a lua decizia cu privire la vaccinarea copilului meu.

în dezacord categoric	☐	în dezacord moderat	☐	am o părere neutră	☐	de acord moderat	☐	de acord categoric	☐
--------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------

40. Atunci când toți dimprejur sunt vaccinați, copilul meu nu trebuie numai decît să se vaccineze.

în dezacord categoric	☐	în dezacord moderat	☐	am o părere neutră	☐	de acord moderat	☐	de acord categoric	☐
--------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------

41. Mi-am vaccinat copilul deoarece astfel voi proteja și alte persoane cu un sistem imunitar slab.

în dezacord categoric	☐	în dezacord moderat	☐	am o părere neutră	☐	de acord moderat	☐	de acord categoric	☐
--------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------

42. Vaccinarea este o acțiune colectivă de prevenire a răspândirii bolilor.

în dezacord categoric	☐	în dezacord moderat	☐	am o părere neutră	☐	de acord moderat	☐	de acord categoric	☐
--------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------

Cum ați proceda în următoarele situații?

43. Să presupunem că ați fost invitat la medic pentru o vaccinare conform calendarului de imunizări. Cum ați decide?

voi refuza în mod categoric	☐	voi încerca să amân vaccinarea pentru altă dată	☐	voi accepta doar dacă toate dubiile mele vor fi satisfăcute	☐	voi accepta, deși am unele dubii	☐	voi accepta fără îndoială	☐
-----------------------------------	--------------------------	--	--------------------------	--	--------------------------	--	--------------------------	------------------------------	--------------------------

44. Dacă ați mai avea un alt copil, ați vrea ca el să primească vaccinările recomandate?

nu, nici într-un caz	☐	nu, probabil că nu voi accepta vaccinarea	☐	da, însă voi accepta doar unele vaccinuri	☐	da, voi accepta toate vaccinurile, deși am dubii cu privire la unele din ele	☐	da, voi accepta fără îndoială toate vaccinurile	☐
----------------------------	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------

În sfârșit, ați finalizat chestionarul. Sperăm mult că nu v-ați plictisit. Scopul acestui studiu este de a înțelege mai bine percepția vaccinarilor, unele aspecte care descurajează persoanele și cele care promovează comportamentul lor pozitiv față de vaccinare. Dacă doriți să aflați mai multe despre acest studiu, vă invităm să ne scrieți la adresa: sph@usmf.md

Vă mulțumim pentru colaborare și vă dorim multă sănătate.

Ghidul de interviu cu părțile interesate (stakeholders)

Focus Group

Evaluarea opiniilor experților/părților interesate (stakeholders)
cu privire la cauzele ezitării vaccinale în RM

Bine ați venit.

Vă mulțumim pentru interesul dvs. pentru acest studiu.

Suntem în curs de elaborare a unui set de întrebări pentru a evalua motivele pentru care oamenii se vaccinează sau nu se vaccinează. Astfel, încercăm să cunoaștem cât mai multe aspecte ale acestui argument pentru a elabora un instrument de diagnostic (chestionar) valid, care ne va servi pentru următoarele faze ale studiului.

1. Ce vă vine în minte atunci când vă gândiți la imunizare?
2. Din experiența dvs. personală, ce impresie aveți despre faptul cum în ziua de astăzi sunt acceptate vaccinările în țara noastră?
 - a. După părerea dvs., care sunt cei mai importanți factori responsabili pentru uptake-ul scăzut al imunizării?
3. După părerea dvs., cât de relevantă este încrederea în siguranța și eficacitatea vaccinurilor și încrederea în sistemul de sănătate care o furnizează?
- 3.1. Puteți da careva exemplu?
4. În opinia dvs., cât de relevant este faptul că oamenii nu percep riscul bolilor prevenibile prin vaccinare?
 - a. Vă vine în minte vreun exemplu concret?
5. Reieșind din experiența dvs., cât de relevante sunt barierele și constrângerile în cadrul luării deciziilor cu privința la imunizare?
 - a. Puteți da careva exemplu?
6. Din experiența dvs., cât de multe informații despre vaccinare doresc să aibă persoanele comune?
- 6.1. Unde ele se adresează mai des pentru a obține aceste informații și de ce?
7. După părerea dvs., cât de important în societatea noastră este faptul că vaccinurile protejează și alte persoane?
- 7.1. Puteți da vreun exemplu?
8. Există altceva ce merită să fie menționat?
9. Mulțumim pentru suport!

LISTA PUBLICAȚIILOR ȘI PARTICIPĂRIILOR LA FORUMURI ȘTIINȚIFICE

a dlui **Mîța Valentin**, realizate la teza de doctor în științe medicale
cu tema „*Fenomenul de ezitare la vaccinare în Republica Moldova*”

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Republica

LUCRĂRI ȘTIINȚIFICE

- **Articole în reviste științifice peste hotare:**

- ✓ **articole în reviste ISI, SCOPUS și alte baze de date internaționale***

1. Amadori F., Terracciano E., Gennaio I., **Mîța V.**, Gargano D., Zaratti L., Franco E., Arigliani R. Opinions and attitudes of Italian healthcare workers towards recommended but not compulsory Rotavirus vaccination. In: *Human Vaccines & Immunotherapeutics*. 2020; Jul 2;1-6. ISSN: 2164-5515. doi: 10.1080/21645515.2020.1776546. (**IF: 3,452**).
2. **Mîța V.**, Arigliani M., Zaratti L., Arigliani R., Franco E. Italian Physicians' Opinions on Rotavirus Vaccine Implementation. In: *Pathogens*. 2017; Nov 3;6(4). ISSN: 2076-0817. doi: 10.3390/pathogens6040056 (**IF: 3,405**).
3. Gervasi G., Capanna A., **Mîța V.**, Zaratti L., Franco E. Nosocomial rotavirus infection: An up-to-date evaluation of European studies. In: *Human Vaccines & Immunotherapeutics*. 2016; May 16;1-6. ISSN: 2164-5515. doi: 10.1080/21645515.2016.1183858. (**IF: 2,157**).
4. **Mîța V.**, Capanna A., Gervasi G., Zaratti L., Franco E. Universal vaccination for Rotavirus infection control. In: *Igiene e sanità pubblica*. 2015; Jul-Aug;71(4):447-54. PMID: 26519750.
5. Dugo V., Zaratti L., **Mîța V.**, Franco E. Update of recommendations for the prevention of Hepatitis A in Italy. In: *Igiene e sanità pubblica*. 2014 Jul-Aug;70(4):431-41. PMID: 25353273.

- **Articole în reviste științifice naționale acreditate:**

- ✓ **articole în reviste de categoria B**

6. Cornei A., **Mîța V.**, Lozan O. Conlucrarea serviciului de supraveghere de stat a sănătății publice cu asistența medicală primară la nivel teritorial. In: *One Health & Risk Management*. ISSN (Online): 2587-3466 (in press).
7. Timotin A., Paladi A., **Mîța V.**, Chihai V., Lozan O. Digital social listening in COVID-19 pandemic for informed interventions in the Republic of Moldova: integrated data. In: *One Health & Risk Management*. ISSN (Online): 2587-3466 (in press).

- **Rezumate/abstracte/teze în lucrările conferințelor științifice naționale și internaționale**

8. **Mîța V.** Fenomenul de ezitare la vaccinare în Republica Moldova. În: Managementul sănătății publice: realizări, provocări și perspective. În: *Materialele Conferinței științifice dedicate aniversării a 75 de ani de la fondarea USMF "Nicolae Testemițanu"*. Chișinău; 2020, pp. 23-24.
9. Terracciano E., **Mîța V.**, Regina I., Arigliani R., Zaratti L., Franco E. Gastroenteriti da Rotavirus: quale futuro? In: *Atti congressuali 51° Congresso Nazionale della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica*. Garda; 2018, p. 228.

10. **Mita V.**, Arigliani M., Arigliani R., Franco E. Cosa pensano i medici italiani della vaccinazione anti-rotavirus? In: *Atti congressuali 49° Congresso Nazionale della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica*. Napoli; 2016, p. 658.
 11. **Mita V.**, Gervasi G., Capanna A., Zaratti L., Franco E. Ruolo dell'infezione da rotavirus nelle ospedalizzazioni e nelle infezioni nosocomiali. In: *Atti congressuali 48° Congresso Nazionale della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica*. Milano; 2015, p. 44.
 12. Dugo V., Zaratti L., **Mita V.**, Franco E. Attuali rischi per l'epatite A in Italia e indicazioni per la prevenzione. In: *Atti congressuali 47° Congresso Nazionale della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica*. Riccione; 2014, pp. 165-166.
- **Participări cu comunicări la foruri științifice**
 - ✓ **internațional**
 - 13. Terraciano E., **Mita V.**, Regina I., Arigliani R., Zaratti L., Franco E. Gastroenteriti da Rotavirus: quale futuro? *51° Congresso Nazionale della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica*. Garda; 2018.
 - 14. **Mita V.**, Gervasi G., Capanna A., Zaratti L., Franco E. Ruolo dell'infezione da rotavirus nelle ospedalizzazioni e nelle infezioni nosocomiali. *48° Congresso Nazionale della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica*. Milano; 2015.
 - ✓ **național**
 - 15. **Mîța V.** Fenomenul de ezitare la vaccinare în Republica Moldova. În: Managementul sănătății publice: realizări, provocări și perspective. *Conferința științifică a USMF "Nicolae Testemițanu"*, 29 septembrie - 01 octombrie 2020.
 - **Participări cu postere la foruri științifice:**
 - ✓ **internațional**
 - 16. **Mita V.**, Arigliani M., Arigliani R., Franco E. Cosa pensano i medici italiani della vaccinazione anti-rotavirus? *49° Congresso Nazionale della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica*. Napoli 2016.
 - 17. Dugo V., Zaratti L., **Mita V.**, Franco E. Attuali rischi per l'epatite A in Italia e indicazioni per la prevenzione. *47° Congresso Nazionale della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica*. Riccione 2014.
 - **Brevete de invenții, patente, certificate de înregistrare, materiale la saloanele de invenții:** - 18. Lozan O., Paladi A., Timotin A., Bîrcă L., Țurcan L., **Mîța V.** Aplicarea chestionarului standardizat de evaluare a determinanților psihosociali ai ezitării la vaccinare în rândul populației Republicii Moldova. Certificat de Inovator Nr. 6013, 2023.03.04.

15 03 2023 nr. 50

la nr. _____ din _____

ACT DE IMPLEMENTARE

Prin prezenta se confirmă că rezultatele științifice obținute în cadrul realizării tezei de doctor în științe medicale „Fenomenul de ezitare la vaccinare în Republica Moldova” elaborată de către Dl **Valentin MÎȚA**, doctorand, asistent universitar, Școala de Management în Sănătate Publică, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie ”Nicolae Testemițanu”, reprezintă un suport de valoare aplicativă pentru asigurarea deciziilor bazate pe dovezi în cadrul IMSP Clinica Universitară de Asistență Medicală Primară a USMF „Nicolae Testemițanu”.

Dovezile oferite în cadrul evaluării determinantilor psihologici și sociali ai ezitării la vaccinare sunt utile pentru regândirea modului de abordare a acestui fenomen comportamental în rândul populației cu scopul creșterii acceptabilității vaccinurilor și menținerea ratelor de acoperire vaccinală la nivelurile recomandate de Organizația Mondială a Sănătății.

Cunoașterea tendințelor evolutive a factorilor, care pot să influențeze luarea deciziilor pro- sau contra- vaccinare în rândul populației, servește drept suport metodologic pentru identificarea direcțiilor de consolidare a măsurilor de prevenire și control a bolilor prevenibile prin vaccinare adaptate la contextul specific.

Rezultatele cercetării servesc drept suport inovativ pentru profesioniștii implicați în activitatea didactică, științifică și practică relativă la prevenirea și controlul maladiilor prevenibile prin vaccinare.

Medic șef

dr. șt. med., asist. univ.



Angela Tomacinschii



CONSILIUL MUNICIPAL CHIȘINĂU
PRIMAR GENERAL AL MUNICIPIULUI CHIȘINĂU
DIRECȚIA GENERALĂ ASISTENȚĂ MEDICALĂ ȘI SOCIALĂ

nr. 1-04/2-421 din 27.03.23

Către autoritatea solicitantă

Referință: Act de implementare

Direcția generală asistență medicală și socială (DGAMS) a Consiliului municipal Chișinău confirmă că rezultatele științifice obținute în cadrul realizării tezei de doctor în științe medicale "Fenomenul de ezitare la vaccinare în Republica Moldova" elaborată de către Dl **Valentin MÎȚA**, doctorand, asistent universitar, Școala de Management în Sănătate Publică, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", reprezintă un suport de valoare aplicativă pentru asigurarea deciziilor bazate pe dovezi în cadrul Direcției Generale.

Analiza interpretativă a factorilor determinanți ai ezitării la vaccinare, ca fenomen comportamental complex și variabil în timp, spațiu și în diferite grupuri de populație, oferă un suport metodologic solid în sprijinul estimării dimensiunii problemei de sănătate publică și a evidențierii particularităților sale contextuale care sunt utile și servesc drept referință în elaborarea unor intervenții țintite de prevenire și control a maladiilor prevenibile prin vaccinare.

În acest context, dovezile științifice obținute în cadrul cercetării pot servi ca un punct de pornire pentru următoarele evaluări periodice a tendințelor și modificărilor structurale ale fenomenului de ezitare la vaccinare în rândul populației, cu posibilitatea de a întreprinde măsuri de intervenție prompte și adecvate în funcție de contextul creat.

Șef Direcție generală

Boris GÎLCA, dr. șt. med., conf. univ.



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
AGENȚIA NAȚIONALĂ PENTRU SĂNĂTATE PUBLICĂ



MD 2028, mun. Chișinău, str. Gh. Asachi 67A, Tel. +373 22 574 501; Fax. +373 22 729 725, <https://ansp.md> e-mail: office@ansp.gov.md

ACT DE IMPLEMENTARE

Prin prezenta se confirmă că rezultatele științifice obținute în cadrul realizării tezei de doctor în științe medicale "Fenomenul de ezitare la vaccinare în Republica Moldova" elaborată de către Dl **Valentin MÎȚA**, doctorand, asistent universitar, Școala de Management în Sănătate Publică, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", reprezintă un suport de valoare aplicativă pentru *Programul pilot de dezvoltare de competențe profesionale ale personalului abilitat cu funcții de control de stat în domeniul sănătății publice*, organizat și desfășurat cu suportul Organizației Mondiale a Sănătății la Școala de Management în Sănătate Publică în perioada 19 decembrie 2022 – 01 aprilie 2023 (Dispoziția Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 829-d din 30.11.2022).

Rezultatele cercetării, care includ dovezile oferite de evaluarea determinanților psihologici și sociali ai ezitării la vaccinare și alte actualități în epidemiologia și politicile de control a bolilor prevenibile prin vaccinare, servesc drept suport inovativ în instruirea complexă, interdisciplinară cu formarea și dezvoltarea unor competențe profesionale specifice pentru inspectorii sanitari de stat.

Director adjunct ANSP,
Inspector-șef sanitar de stat

Digitally signed by Guștiuc Vasile
Date: 2023.03.24 12:50:30 EET
Reason: MoldSign Signature
Location: Moldova



Vasile GUȘTIUC



Republica Moldova
Ministerul Sănătății

CERTIFICAT DE INOVATOR

Nr. **6913**

Pentru inovația cu titlul

**APLICAREA CHESTIONARULUI STANDARDIZAT
DE EVALUARE A DETERMINANȚILOR
PSIHOSOCIALI AI EZITĂRII LA VACCINARE ÎN
RÂNDUL POPULAȚIEI REPUBLICII MOLDOVA**

Inovația a fost înregistrată pe data de
la Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
"Nicolae Testemițanu"

Se recunoaște calitatea de autor(i)

**LOZAN Oleg, PALADI Adriana,
TIMOTIN Alina, BÎRCĂ Ludmila,
ȚURCAN Laura, MÎȚA Valentin**

Data eliberării **03 aprilie 2023**

L.Ș.

(Semnătura autorizată)



CV-ul AUTORULUI



Curriculum Vitae

Valentin Mita

PERSONAL INFORMATION

Valentin MITA



15/1, Cuza Voda Bld., Apt. 178, Chisinau, MD-2060
+39 349 4236 526 +373 686 06 730
valentinmita70@gmail.com

Sex Male | Date of birth 16/12/1970 | Nationality Moldovan

WORK EXPERIENCE

- 2018 - present University lecturer (part time)
State University of Medicine and Pharmacy "Nicolae Testemitanu", School of Public Health Management
- 2013 - present Research assistant
Tor Vergata University of Rome, Department of Biomedicine and Prevention
- 1999 - present Independent contractor (free-lance)
Order of Physicians, Surgeons and Dentists in the Province of Rome, Self-employed professional activity
- 1994 - 1999 University lecturer (full time)
State University of Medicine and Pharmacy "Nicolae Testemitanu", Department of Public Health, Discipline Epidemiology

EDUCATION AND TRAINING

- 2019 - present PhD in Public health and health care management
State University of Medicine and Pharmacy "Nicolae Testemitanu"
- 2018 - 2020 Master in Public Health
State University of Medicine and Pharmacy "Nicolae Testemitanu", School of Public Health Management
- 2012 - 2014 Dottore Magistrale
Tor Vergata University of Rome, School of Medicine and Surgery
- 1998 - 1999 Diploma in Parasitology
Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Moscow, Russia
- 1988 - 1994 MD, Medical Doctor
State University of Medicine and Pharmacy "Nicolae Testemitanu", School of Preventive Medicine

PERSONAL SKILLS

Mother tongue(s) Romanian, Russian

Foreign language(s)

	UNDERSTANDING		SPEAKING		WRITING
	Listening	Reading	Spoken interaction	Spoken production	
Italian	C2	C2	C2	C2	C2
French	A2	B1	A2	A2	A2
English	B1	B2	A2	A2	B1

Levels: A1 and A2: Basic user - B1 and B2: Independent user - C1 and C2: Proficient user
Common European Framework of Reference for Languages

Communication skills

Good skills in teamwork, openness in relationships and ability to communicate and negotiate with colleagues based on mutual respect and cultural differences

Digital competence

SELF-ASSESSMENT				
Information processing	Communication	Content creation	Safety	Problem solving
Proficient	Proficient	Proficient	Proficient	Proficient

ADDITIONAL INFORMATION

Relevant publications

Amadori F., Terracciano E., Gennaio I., **Mita V.**, Gargano D., Zaratti L., Franco E., Arigliani R. Opinions and attitudes of Italian healthcare workers towards recommended but not compulsory Rotavirus vaccination. *Human Vaccines & Immunotherapeutics* 2020 Jul 2;1-6.

Mita V., Arigliani M., Zaratti L., Arigliani R., Franco E. Italian Physicians' Opinions on Rotavirus Vaccine Implementation. *Pathogens*. 2017 Nov 3;6(4).

Gervasi G, Capanna A, **Mita V.**, Zaratti L., Franco E. Nosocomial rotavirus infection: An up-to-date evaluation of European studies. *Hum Vaccin Immunother*. 2016 May 16:1-6. [Epub ahead of print]

Mita V., Capanna A, Gervasi G, Zaratti L., Franco E. Universal vaccination for Rotavirus infection control. *Ig Sanita Pubbl*. 2015 Jul-Aug;71(4):447-54

Dugo V, Zaratti L., **Mita V.**, Franco E. Update of recommendations for the prevention of Hepatitis A in Italy. *Ig Sanita Pubbl*. 2014 Jul-Aug;70(4):431-41

Terracciano E., **Mita V.**, Regina I., Arigliani R., Zaratti L., Franco E. Gastroenteriti da Rotavirus: quale futuro? 51° Congresso Nazionale della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica. Garda 2018 (Poster)

Mita V., Arigliani M., Arigliani R., Franco E. Cosa pensano i medici italiani della vaccinazione anti-rotavirus? 49° Congresso Nazionale della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica. Napoli 2016 (Poster)

Mita V., Gervasi G, Capanna A, Zaratti L., Franco E. Ruolo dell'infezione da rotavirus nelle ospedalizzazioni e nelle infezioni nosocomiali. 48° Congresso Nazionale della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica. Milano 2015 (Oral presentation)

Dugo V, Zaratti L., **Mita V.**, Franco E. Aggiornamento delle raccomandazioni per la prevenzione dell'epatite A in Italia. 47° Congresso Nazionale della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica. Riccione 2014 (Poster)

Presentation

DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII

Subsemnatul, declar pe răspundere personală, că materialele prezentate în teza de doctorat sunt rezultatul propriilor cercetări și realizări științifice. Conștientizez că, în caz contrar, urmează să suport consecințele în conformitate cu legislația în vigoare.

Valentin MÎȚA

Semnătura

Data