

SPRIJIN OPERAȚIONAL



Instrumente și metode de promovare a acceptării vaccinării și a ratei de vaccinare: o abordare bazată pe științele sociale și comportamentale

Aprilie 2025

SPRIJIN OPERAȚIONAL AL **ECDC**

Instrumente și metode de promovare a acceptării vaccinării și a ratei de vaccinare: o abordare bazată pe științele sociale și comportamentale

Aprilie 2025



Acest raport al Centrului European de Prevenire și Control al Bolilor a fost coordonat de Sarah Earnshaw Blomquist (ECDC) și John Kinsman (ECDC).

Coautori

Emma Appelqvist, expert extern al ECDC; și Susana Barragan, Irina Ljungqvist, Gaetano Marrone, Manasvini Moni, Maike Winters și Andrea Wuerz, ECDC.

Acest raport a fost trimis spre consultare lui Siff Malve Nielsen, Biroul regional pentru Europa al Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), și Hannah Nohlen, Centrul Comun de Cercetare al Comisiei Europene.

Următorii autori au contribuit la colecția de intervenții menite să mărească gradul de acceptare a vaccinării (Secțiunea 2.2): Keiti Aren, Consiliul pentru Sănătate din Estonia; Ewa Augustynowicz, Institutul național de sănătate publică din Polonia; Ludmila Bezdíčková, Institutul pentru învățământul medical postuniversitar din Cehia; Margita Brtošová, Autoritatea regională pentru sănătate publică din Dolný Kubín, Slovacia; Madelene Danielsson și Hélène Englund, Agenția pentru sănătate publică din Suedia; Zhivka Getsova, Centrul național de boli infecțioase și parazitare din Bulgaria; Lucy Jessop, Health Service Executive Ireland; Camilla Jordman, Institutul pentru sănătate și starea de bine din Finlanda; Pania Karnaki, Institutul de prevenție din Grecia; Mia Kontio, Institutul pentru sănătate și starea de bine din Finlanda; Stephan Lewandowsky, Universitatea din Bristol, Regatul Unit; Rasa Liausediene, Centrul național de sănătate publică din Lituania; Alison Maassen, EuroHealthNet, Belgia; Ginreta Megelinskienė, ministrul sănătății din Lituania; Sîrbu Anca Mirela și Adriana Pistol, Institutul Național de Sănătate Publică din România; Julia Neufeind, Institutul Robert Koch, Germania; Dimitrios Paraskevis, Universitatea Națională și Kapodistrian din Atena; Bo Terning Hansen, Institutul de Sănătate Publică din Norvegia; și Stine Ulendorf Jacobsen, Autoritatea pentru sănătate din Danemarca.

Citare recomandată: Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor. Instrumente și metode de promovare a acceptării vaccinării și a ratei de vaccinare: o abordare bazată pe științele sociale și comportamentale Stockholm: ECDC; 2025.

Stockholm, aprilie 2025

ISBN 978-92-9498-796-9

doi: 10.2900/7701140

Număr de catalog TQ-01-25-026-RO-N

© Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor, 2025

Reproducerea este autorizată cu condiția menționării sursei.

Cuprins

Introducere	1
Domeniu de aplicare și scop	1
Publicul țintă	1
Modul de utilizare a acestui document	2
Context.....	2
Cele mai recente tendințe de acoperire vaccinală în UE/SEE	2
Principalele populații țintă pentru vaccinare pe tot parcursul vieții	3
Cum se folosesc în acest raport termenii referitori la vaccinare.....	3
Acceptarea vaccinării	3
Reticența față de vaccinare.....	4
Rata de vaccinare	4
Acoperirea vaccinală	4
Partea 1. Abordări din domeniul științelor sociale și comportamentale pentru îmbunătățirea acceptării vaccinării și a ratei de vaccinare în țările UE/SEE.....	5
1.1 Modelul 5C	5
1.2 Eforturi de îmbunătățire a acceptării vaccinării și a ratei de vaccinare în țările UE/SEE	7
Partea 2. Instrumente și metode de promovare a acceptării vaccinării și a ratei de vaccinare pe tot parcursul vieții 8	
2.1 Instrument de anchetă pentru culegerea de date comportamentale despre acceptarea vaccinării și rata de vaccinare	8
Modul de adaptare a instrumentului de anchetă și de elaborare a protocolului de studiu și a planului de analiză	11
Populația țintă	11
Mărimea eșantionului	11
Culegerea datelor	11
Eșantionarea	11
Prezentarea anchetei	12
Protocol de studiu și plan de analiză	12
Analiza calitativă	12
Autorizarea etică.....	12
Raportarea și interpretarea datelor	13
Exemplu de plan de analiză	13
Recomandări suplimentare privind analiza inferențială.....	15
Recomandări suplimentare privind metodele calitative.....	15
Metode cantitative vs. metode calitative	16
Selecția participanților.....	16
Culegerea datelor	16
Analiza datelor	16
Instrumente pentru autorefecție și reducerea subiectivității (bias)	17
Alte resurse.....	17
2.2 Metode de abordare a barierelor comportamentale din calea vaccinării	18
Colecție de intervenții menite să mărească gradul de acceptare a vaccinării	18
Utilizarea cadrului în 5 pași al OMS pentru structurarea elaborării strategiilor și intervențiilor de acceptare a vaccinării	29
Referințe.....	32

Figuri

Figura 1. Continuumul acceptării vaccinării	3
Figura 2. Prezentare generală a modelului 5C.....	5

Tabele

Tabelul 1. Instrument de anchetă pentru culegerea de date comportamentale despre acceptarea vaccinării și rata de vaccinare.....	8
Tabelul 2. Semnificația unui scor mare, pe baza codului de analiză prescris.....	13
Tabelul 3. Intervenții legate de programele de vaccinare a copiilor.....	19
Tabelul 4. Intervenții legate de vaccinarea împotriva papilomavirusului uman (HPV)	21
Tabelul 5. Intervenții legate de vaccinarea împotriva COVID-19 și a gripei	22
Tabelul 6. Intervenții privind vaccinarea împotriva altor boli [variola maimuței (mpox), tusea convulsivă]	26
Tabelul 7. Intervenții în mai multe țări finanțate integral sau parțial de UE	27

Introducere

Autoritățile de sănătate publică și administratorii programelor de vaccinare acordă o atenție deosebită tendințelor epidemiologice legate de acoperirea vaccinală suboptimă, de exemplu analizând acoperirea vaccinală în funcție de factori precum vârsta, sexul, localizarea geografică și nivelul de studii. În general însă, se pune mai puțin accentul pe înțelegerea barierelor și factorilor facilitatori sociali și comportamentali – inclusiv a celor legați de factori structurali – care pot sta la baza deciziei individuale de a accepta, amâna sau refuza vaccinarea pentru sine sau pentru copiii săi.

Succesul programelor de vaccinare se bazează pe înțelegerea și luarea în considerare a convingerilor, preocupărilor și așteptărilor oamenilor și comunităților în ceea ce privește vaccinul și boala. Încrederea în recomandările de vaccinare și în autoritățile competente joacă, de asemenea, un rol esențial. În acest context, abordările din domeniul științelor sociale și comportamentale pot fi o completare importantă a analizei datelor epidemiologice și a celor despre acoperirea vaccinală în momentul elaborării, implementării și evaluării strategiilor și intervențiilor menite să îmbunătățească acceptarea vaccinării și ratei de vaccinare pe tot parcursul vieții.

Domeniu de aplicare și scop

Acest raport se bazează pe eforturile depuse de ECDC de peste 15 ani pentru a sprijini țările UE/SEE în creșterea gradului de acceptare a vaccinării și a ratei de vaccinare. Mai exact, se bazează pe raportul tehnic al ECDC intitulat „Facilitarea acceptării și a implementării vaccinării împotriva COVID-19”, publicat în 2021 [1]. Extinde raportul inițial incluzând instrumente și metode operaționale care conțin cele mai recente abordări din domeniul științelor sociale și comportamentale, cu formate utilizabile și adaptabile care se potrivesc contextelor reale ale autorităților de sănătate publică și ale programelor de vaccinare.

Raportul este prezentat în două părți:

Partea 1. Abordările din domeniul științelor sociale și comportamentale pentru îmbunătățirea acceptării vaccinării și a ratei de vaccinare în țările UE/SEE sintetizează modelul 5C care stă la baza instrumentului de anchetă din Partea 2 și oferă un context specific UE/SEE pentru cei care vor fi implicați în activități sau în procesul decizional legat de promovarea acceptării vaccinării și a ratei de vaccinare.

Partea 2. Instrumente și metode pentru promovarea acceptării vaccinării și a ratei de vaccinare pe tot parcursul vieții oferă instrumente și metode practice pe care echipele multidisciplinare le pot folosi pentru a identifica barierele sociale și comportamentale și factorii care facilitează vaccinarea, sprijinind astfel elaborarea și implementarea strategiilor și intervențiilor menite să remedieze acoperirea vaccinală suboptimă. Această parte a documentului cuprinde:

- Secțiunea 2.1: Un **instrument de anchetă** pentru a culege date sociale și comportamentale despre acceptarea vaccinării și rata de vaccinare și pentru a sprijini identificarea barierelor și a factorilor care facilitează vaccinarea la anumite categorii de populație, cuprinzând:
 - un instrument de anchetă cu întrebări concepute și organizate pe baza celor cinci C din modelul 5C;
 - instrucțiuni pentru adaptarea instrumentului de anchetă și elaborarea protocolului de studiu și a planului de analiză;
 - un exemplu de plan de analiză și
 - recomandări pentru metode calitative complementare.
- Secțiunea 2.2: Metode de abordare a barierelor comportamentale din calea vaccinării, și anume:
 - o **colecție de intervenții menite să mărească gradul de acceptare a vaccinării** – clasificate în funcție de C-urile specifice din modelul 5C pe care le abordează – care au fost implementate la nivel național și subnațional, pentru a inspira și contribui la elaborarea de intervenții specifice menite să remedieze acoperirea vaccinală suboptimă;
 - instrucțiuni de utilizare a **cadrului „5 pași în aplicarea științei comportamentale”** al Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), pentru a contribui la structurarea elaborării de strategii și intervenții, inclusiv despre cum se încadrează în acest proces instrumentele și metodele prezentate aici [2].

Publicul țintă

Publicul țintă principal al acestui raport include specialiști în științe sociale și comportamentale, specialiști în campanii și comunicare, administratori și echipe de programe de vaccinare, precum și experți în epidemiologie și biomedicină care lucrează la autorități naționale și regionale de sănătate publică din țările UE/SEE.

Alte categorii de public care pot beneficia de acest raport sunt factorii de decizie și liderii din domeniul sănătății publice care stabilesc prioritățile și bugetele în domeniul vaccinării, precum și cadrele universitare, categoriile profesionale și organizațiile societății civile care se ocupă de vaccinare.

Toate aceste categorii de public au un rol în asigurarea accesului adecvat și echitabil al populației la programele de vaccinare și, de asemenea, asigură că oamenii înțeleg pe deplin beneficiile vaccinării, precum și riscurile amânării sau refuzului vaccinării.

Modul de utilizare a acestui document

După parcurgerea introducerii, care descrie cele mai recente tendințe de vaccinare și unii termeni-cheie folosiți în acest raport, puteți consulta **Partea 1** pentru a avea o privire de ansamblu a modelului 5C și un rezumat al activităților recente de îmbunătățire a acceptării vaccinării și a ratei de vaccinare în țările UE/SEE.

Consultați Partea 2, **Secțiunea 2.1**, pentru a vedea instrumentul de anchetă și instrucțiunile de adaptare a acestuia la propriile întrebări de cercetare, la cadrul, populația (populațiile) studiată (studiate) și orice vaccin(uri) specific(e), precum și de stabilire a unui plan de analiză. Rețineți că instrumentul de anchetă este disponibil și ca [document Word editabil](#) și puteți descărca [codul de analiză](#), scris atât în Stata, cât și în R.

După ce ați definit și identificat factorii care facilitează și pe cei care împiedică vaccinarea folosind instrumentul de anchetă, colecția de intervenții menite să mărească gradul de acceptare a vaccinării din **Secțiunea 2.2** vă poate ajuta să elaborați strategii și intervenții menite să remedieze acoperirea vaccinală suboptimă, prin exemple de modalități în care pot fi vizate anumite C-uri. Cadrul „5 pași în aplicarea științei comportamentale” al OMS, descris și în Secțiunea 2.2, poate susține planificarea generală a proiectului pentru această activitate [2].

Context

Chiar dacă există niveluri generale relativ mari de acoperire vaccinală în UE/SEE, în special pentru programele naționale de vaccinare a copiilor, există subcategoriile nevaccinate sau subvaccinate. În plus, ratele de vaccinare la populațiile adulte, incluzând vaccinările sezoniere pentru personalul medical și dozele de rapel pentru adulți mai în vârstă și categorii cu risc, sunt sub nivelul optim în multe țări din UE/SEE. Trebuie depuse eforturi continue pentru a identifica lacunele de imunitate în rândul populației, inclusiv în rândul celor care ar fi putut rata sau amâna vaccinarea, și apoi pentru a implementa strategii și intervenții adaptate în vederea atingerii și menținerii nivelurilor vizate de acoperire vaccinală.

Pandemia de COVID-19 a scos în evidență legătura dintre factorii sociali și comportamentali și respectarea sau nerespectarea recomandărilor – de exemplu, în ceea ce privește purtarea măștii, restricțiile de circulație și distanțarea fizică. Factorii comportamentali au avut, de asemenea, un impact semnificativ asupra acceptării vaccinării și a ratei de vaccinare în timpul desfășurării programelor de vaccinare împotriva COVID-19. În plus, inegalitățile sociale au creat bariere în calea vaccinării pentru anumite categorii de populație, care trebuiau identificate și abordate pentru a asigura accesul echitabil la programele de vaccinare împotriva COVID-19 [3]. Aceste exemple recente demonstrează nevoia actuală de instrumente operaționale pentru a aborda astfel de provocări.

Cele mai recente tendințe de acoperire vaccinală în UE/SEE

În timpul pandemiei de COVID-19 au fost raportate mai puține infecții cu boli care pot fi prevenite prin vaccinare. Numărul de cazuri de boli precum rujeola și tusea convulsivă a crescut însă ulterior, în 2023 și 2024. În mai multe țări din UE/SEE, acoperirea vaccinală obișnuită a copiilor împotriva rujeolei este sub nivelul recomandat ($\geq 95\%$ din populația eligibilă vaccinată cu două doze de vaccin rujeolic) pentru a preveni focarele de rujeolă și a-i proteja pe cei prea tineri pentru a fi vaccinați sau pe cei care nu pot fi imunizați din motive medicale [4]. Mai mulți factori au contribuit la creșterea recentă a numărului de cazuri de tuse convulsivă, printre care prezența persoanelor nevaccinate sau nevaccinate la zi. În plus, este posibil ca expunerea mai mică la virus – care poate oferi imunitate naturală – din cauza distanțării fizice în timpul pandemiei de COVID-19 să fi dus la scăderea imunității [5].

Rata de vaccinare împotriva gripei sezoniere – recomandată la adulții mai în vârstă și la alte categorii cu risc mai mare de complicații grave, precum și la personalul medical – rămâne sub nivelul optim în întreaga UE/SEE [6]. De cele mai multe ori, acoperirea este cu mult sub obiectivul stabilit în Recomandarea din 2009 a Consiliului, care prevede o acoperire vaccinală de 75 % a adulților mai în vârstă și a altor categorii cu risc. Mai mult, ratele de acoperire vaccinală la adulții mai în vârstă, precum și la personalul medical, au prezentat o tendință de scădere în sezonul gripal 2023-2024, față de perioadele anterioare [6,7].

Având în vedere circulația continuă a virusului SARS-CoV-2, în țările UE/SEE continuă să fie în vigoare recomandări de vaccinare împotriva COVID-19, cu unele diferențe între țări (de exemplu, praguri de vârstă diferite). Recomandările naționale se axează în principal pe anumite categorii de populație cu risc mai mare de boli grave (de exemplu, adulții mai în vârstă și persoanele cu afecțiuni medicale preexistente), dar, în pofida acestor

recomandări, rata de vaccinare împotriva COVID-19 este în general scăzută. Pentru cele 28 de țări din UE/SEE care au furnizat date pentru grupa de vârstă 60 de ani și peste, acoperirea mediană a vaccinării împotriva COVID-19 din septembrie 2023 până în iulie 2024 a fost de 14,0 % (interval: 0,02–66,1 %), cu variații mari între țări. Pentru cele 27 de țări UE/SEE care au furnizat date pentru grupa de vârstă 80 de ani și peste, acoperirea mediană a fost de 21,5 % (interval: 0,03–93,9 %), tot cu variații mari între țări [8].

Principalele populații țintă pentru vaccinare pe tot parcursul vieții

Acest raport pledează pentru o „abordare pe tot parcursul vieții” față de facilitarea acceptării vaccinării și a ratei de vaccinare. Agenda de imunizare pentru 2030 a OMS prevede că: „Toți oamenii beneficiază de imunizările recomandate pe tot parcursul vieții, integrate eficient cu alte servicii de sănătate esențiale” [9]. Printr-o abordare pe tot parcursul vieții se recomandă diferite vaccinări, în funcție de vârstă și de nevoile de sănătate de pe parcursul vieții. În consecință, evaluarea acceptării vaccinării la o populație ar trebui să ia în considerare vaccinurile specifice recomandate la anumite grupe de vârstă și la alte categorii țintă, precum și contextul local în ceea ce privește programele de vaccinare.

Principalele populații țintă pentru vaccinare pe tot parcursul vieții sunt:

- părinții, cărora li se propune vaccinarea copiilor sau adolescenților lor în cadrul programelor naționale de imunizare;
- adulții mai în vârstă;
- femeile gravide;
- categoriile cu risc medical, cum ar fi persoanele imunocompromise;
- persoanele și comunitățile vulnerabile din punct de vedere social și
- personalul medical, care este important în ceea ce privește nu numai acceptarea vaccinării proprii, ci și rolul lor în recomandarea și explicarea valorii vaccinării către pacienți.

Cum se folosesc în acest raport termenii referitori la vaccinare

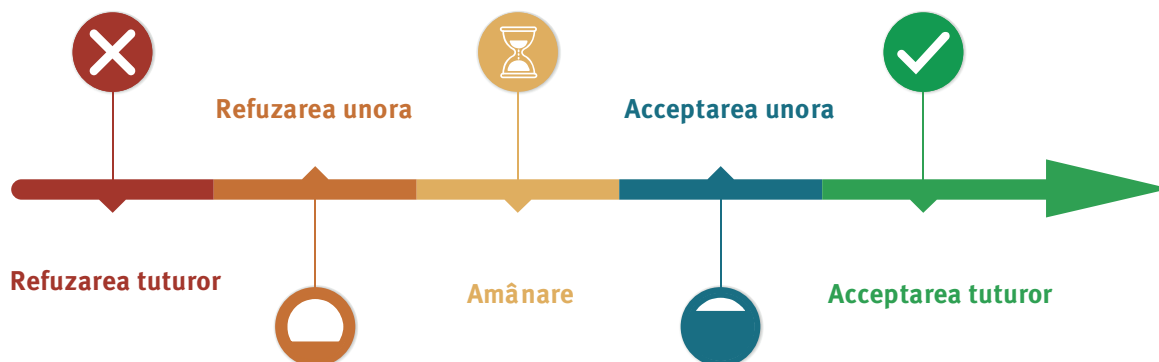
Motivele pentru ratele suboptimale de acoperire vaccinală la o populație pot fi multifactoriale și pot cuprinde factori comportamentali, culturali, politici, economici și societali. [10–12] Având în vedere folosirea diferită a termenilor referitori la comportamentul de vaccinare, precum și la vaccinare în sens mai larg, sunt furnizate mai jos clarificări cu privire la modul în care sunt folosiți termenii în acest raport.

Acceptarea vaccinării

Acest raport se axează pe acceptarea vaccinării. Termenul se referă la dorința și intenția de a se vaccina și recunoaște complexitatea structurilor și a factorilor de mediu care influențează decizia individuală de a se vaccina. Acceptarea vaccinării este o mențiune prin care se evită și culpabilizarea unei persoane, care poate avea, în mod firesc, întrebări despre vaccinare și/sau anumite vaccinuri și care, prin urmare, poate fi „reticentă”. Mai mult, se înțelege că acceptarea există de-a lungul unui continuum care merge de la acceptarea totală la refuzul categoric, iar majoritatea persoanelor reticente față de vaccin se situează undeva la mijlocul acestui continuum (Figura 1) [13].

Termenul „acceptarea vaccinării” presupune că o persoană sau o comunitate alege să se vaccineze când i se oferă această posibilitate [14]. Este însă important să se recunoască și că disponibilitatea vaccinării – de exemplu, într-un centru medical – nu oferă neapărat persoanelor o posibilitate viabilă de vaccinare. Factorii care contribuie la acceptarea vaccinării sunt complecși, specifici contextului și variază în funcție de timp, loc și tipul de vaccin.

Figura 1. Continuumul acceptării vaccinării



Sursa: ECDC

Scala de pe continuum se referă la răspunsurile individuale la vaccinare.

Reticența față de vaccinare

Cadrul BeSD (Behavioural and Social Drivers) al OMS – care oferă o imagine de ansamblu a domeniilor majore legate de adoptarea vaccinării – descrie reticența față de vaccinare ca o „stare motivațională de conflict sau de opoziție față de vaccinare” [15]. Acest lucru poate duce la amânarea acceptării sau refuzul vaccinării. Pornind de la această înțelegere, raportul de față folosește „reticența față de vaccinare” pentru a face referire la starea psihologică a unei persoane în ceea ce privește intenția și disponibilitatea sa de a se vaccina.

Experții au discutat despre complexitatea termenului „reticență față de vaccinare” și se susține că acest termen ar trebui folosit doar pentru a face referire la o situație specifică în care există preocupări cu privire la vaccinuri, nu ca etichetă pentru oameni [14]. Este posibil ca etichetarea persoanelor ca fiind „reticente față de vaccinare” să nu fie utilă, având în vedere că întrebările sau preocupările lor înainte de a accepta un medicament, cum ar fi un vaccin, sunt firești.

Rata de vaccinare

În acest raport, termenul „rata de vaccinare” este folosit pentru a se referi la vaccinarea individuală. Este important de reținut că acest termen poate fi folosit pentru a se referi atât la vaccinarea individuală, cât și la numărul absolut de persoane care s-au vaccinat cu un anumit vaccin. În acest din urmă caz, rata de vaccinare este folosită ca indicator al vaccinării [16].

Trebuie remarcat însă că acceptarea vaccinării nu este echivalentă cu rata de vaccinare [17], deoarece „acceptarea” nu ia în considerare factori ca disponibilitatea vaccinurilor sau factori structurali care pot împiedica accesul (de exemplu, se poate ca oamenii să accepte vaccinarea, dar rata de vaccinare să fie în continuare mică din cauza altor probleme). Mai mult, unele persoane pot să se vaccineze chiar dacă au întrebări și preocupări, ele „neacceptând”, astfel, pe deplin vaccinarea, din punct de vedere psihologic.

Acoperirea vaccinală

„Acoperirea vaccinală” este alt indicator al vaccinării și un termen folosit frecvent pentru a raporta proporția unei populații definite care s-a vaccinat cu un număr specific de doze dintr-un anumit vaccin.

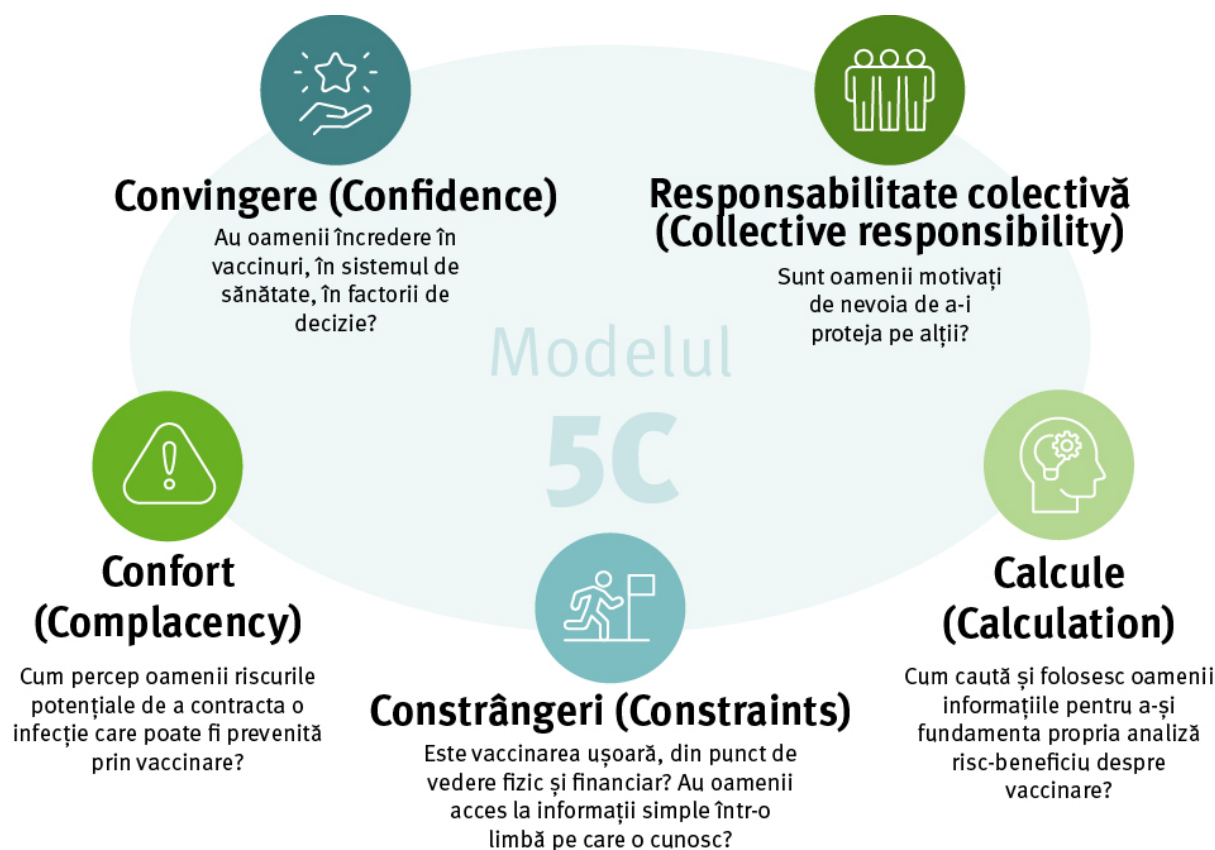
Partea 1. Abordări din domeniul științelor sociale și comportamentale pentru îmbunătățirea acceptării vaccinării și a ratei de vaccinare în țările UE/SEE

1.1 Modelul 5C

Mai multe modele din științele sociale și comportamentale au fost introduse ca instrumente de descriere a acceptării vaccinării și a ratei de vaccinare. Aceste modele sunt utile practicienilor și factorilor de decizie care lucrează în domeniul politicilor și programelor de vaccinare, deoarece oferă un mijloc sistematic de analiză și înțelegere a factorilor complecși care pot facilita sau împiedica acceptarea vaccinării și rata de vaccinare. Toate modelele au însă puncte forte și limitări: nu există niciun model care să poată surprinde singur toți factorii și toate complexitățile. În practică, factorii și conceptele din diferitele modele sunt adesea interconectate și se suprapun.

Modelul 5C a fost folosit pentru a clasifica întrebările din instrumentul de anchetă furnizat în acest raport (Secțiunea 2.1) [18] și pentru a clasifica exemplele din colecția de intervenții menite să mărească gradul de acceptare a vaccinării (Secțiunea 2.2). Modelul 5C oferă o metodă structurată de înțelegere a domeniilor principale care pot influența dorința și disponibilitatea unei persoane de a se vaccina (Figura 2). Elaborat în 2018, modelul se bazează pe cinci componente care influențează intențiile și comportamentul de vaccinare: convingere, confort, constrângeri, calcule și responsabilitate colectivă. Se bazează pe teorii de acceptare a vaccinării, precum și pe modele psihologice ale comportamentelor în materie de sănătate [18]. Modelul poate fi folosit pentru identificarea barierelor și a factorilor care facilitează acceptarea vaccinării la o populație la un moment dat sau succesiv, în timp, facilitând detectarea timpurie a ratelor mici de acceptare a vaccinării la populațiile identificate și permițând luarea de măsuri prompte.

Figura 2. Prezentare generală a modelului 5C



Sursa: ECDC, pe baza [18]

Cele cinci componente ale modelului 5C sunt definite și descrise după cum urmează:

- **Convingerea (Confidence)** se referă la încrederea unei persoane în siguranța și eficacitatea vaccinării, la încrederea în profesioniștii și factorii de decizie care recomandă vaccinarea, precum și la încrederea în autoritățile publice din domeniul sănătății și în sistemele de sănătate care propun vaccinarea [18,19].
- **Confortul (Complacency)** se referă la riscul perceput de o persoană cu privire la o consecință gravă a unei anumite boli [19]. Confortul descrie, de obicei, lipsa relativă de interes; de exemplu, confortul poate fi mare când riscul perceput al unei boli este mic și, prin urmare, vaccinarea este percepută ca fiind inutilă [20].
- **Constrângerile (Constraints)** se referă la barierele percepute sau reale în calea vaccinării cu care se confruntă cineva [19]. Aceste constrângeri pot fi atât psihologice, cât și structurale; de exemplu, se referă la autoeficacitatea sau capacitatea percepută a unei persoane de a se vaccina, de a accesa un sistem de rezervare sau de a-și lua liber de la serviciu pentru a merge la o programare de vaccinare.
- **Calcululele (Calculation)** se referă la modul în care cineva compară și evaluează beneficiile personale și riscurile potențiale ale vaccinării [19]. Modul în care oamenii caută și folosesc informațiile despre vaccinare poate influența acest concept, precum și disponibilitatea informațiilor, calitatea percepută a acestora și capacitatea de a înțelege informațiile despre sănătate [21].
- **Responsabilitatea colectivă (Collective responsibility)** se referă la dorința oamenilor de a-i proteja pe alții prin vaccinare ca mijloc de prevenire a răspândirii bolilor [19].

Oamenii de știință din domeniul științelor sociale și comportamentale folosesc datele despre aceste cinci concepte pentru a înțelege și a anticipa comportamentul legat de vaccinare. Se ilustrează astfel că importanța fiecărui C în acceptarea unui anumit vaccin de către o persoană sau o comunitate se poate schimba în timp, odată cu contextele și situațiile. În sens mai larg, schimbările unui context local pot duce la schimbări în acceptarea vaccinării, de la acceptare la refuz sau invers. Concentrarea asupra C-urilor specifice identificate ca bariere și factori care facilitează acceptarea vaccinării poate sprijini elaborarea de strategii și intervenții empirice, direcționate și menite să abordeze rata suboptimă de vaccinare [21].

Deși modelul 5C se axează în principal pe istoricul psihologic al vaccinării, este evident că rata suboptimă de vaccinare se datorează multor alți factori. De exemplu, componenta „constrângeri” a modelului cuprinde factori structurali care nu se află în controlul oamenilor, cum ar fi cât este de ușor să se vaccineze din punct de vedere practic și financiar, precum și măsura în care pot avea acces la informații adecvate.

Modelul 5C extinde modelul 3C, propus inițial în 2015, în care cei trei factori majori care influențează luarea deciziilor privind vaccinarea erau confortul, comoditatea și convingerea [22]. În timpul pandemiei de COVID-19 a fost elaborat modelul 7C, care, pe lângă cele 5C-uri, cuprinde conformitatea și conspirația. A fost elaborată și o scară 7C adaptată pentru a evalua dorința și disponibilitatea părinților de a-și vaccina copiii [20].

1.2 Eforturi de îmbunătățire a acceptării vaccinării și a ratei de vaccinare în țările UE/SEE

De peste 15 de ani ECDC depune eforturi pentru a sprijini țările din UE/SEE în mărirea gradului de acceptare a vaccinării și a ratei de vaccinare. Cel mai recent, în 2021, ECDC a publicat raportul tehnic intitulat „Facilitarea acceptării și a implementării vaccinării împotriva COVID-19”, pe care se bazează acest raport [1]. În același an, ECDC s-a concentrat, de asemenea, asupra strategiilor menite să abordeze informarea greșită online cu privire la vaccinare, prin publicarea unui raport tehnic și a unui curs online [23,24]. În urma pandemiei de COVID-19 și având în vedere dificultățile de comunicare a importanței și impactului vaccinării, ECDC a publicat și un ghid de comunicare eficientă în privința raportului dintre beneficiile și riscurile vaccinării [25]. Toate ghidurile, instrumentele și activitățile de cercetare ale ECDC referitoare la comunicarea privind imunizarea și acceptarea vaccinării sunt disponibile pe site-ul ECDC [26].

În plus, pentru a pune la dispoziția publicului o resursă de informații de încredere, bazate pe date științifice, despre vaccinare, ECDC a dezvoltat Portalul european de informații despre vaccinare (EVIP) în colaborare cu Comisia Europeană (CE) și cu Agenția Europeană pentru Medicamente (EMA). Disponibil în toate limbile UE/SEE, portalul a fost lansat în 2020, în timpul Săptămânii europene a imunizării [27].

De asemenea, Comisia Europeană a elaborat mai multe acțiuni pentru a sprijini eforturile țărilor de a mări gradul de acceptare a vaccinării și rata de vaccinare. Activitățile de stimulare a încrederii în vaccinare pot fi, de exemplu, coordonarea eforturilor de a mări rata de vaccinare, facilitarea schimbului de bune practici, abordarea informării greșite și a dezinformării și furnizarea de recomandări pentru consolidarea încrederii [28]. Mai recent, Centrul Comun de Cercetare al Comisiei Europene a publicat mai multe rapoarte cu accent pe științele comportamentale, care se axează pe acceptarea și cererea de vaccinare [29,30].

Din 2018, prin Proiectul privind încrederea în vaccinuri, Comisia Europeană este implicată în derularea de anchete o dată la doi ani în vederea monitorizării încrederii în vaccinare în UE [31]. Ancheta folosește un indice care măsoară patru dimensiuni: încrederea în i) importanța, ii) siguranța și iii) eficacitatea vaccinării, precum și iv) compatibilitatea vaccinării cu convingerile religioase sau personale. Rezultatele arată că, deși o mare parte a respondenților au convingeri pozitive în ceea ce privește vaccinarea, încrederea variază de-a lungul timpului – atât în general, cât și în legătură cu anumite vaccinuri și în funcție de grupa de vârstă. Persistă variații geografice importante în ceea ce privește încrederea, cu niveluri de încredere mai mici observate mai ales în țările din Europa de Est și Centrală. În plus, încrederea adulților vârstnici este constant mai mare decât cea a generațiilor mai tinere, iar acest decalaj pare să se adâncească în majoritatea statelor membre ale UE.

În 2019, Comisia Europeană a înființat o Coaliție pentru vaccinare care reunește asociațiile europene ale profesioniștilor din domeniul sănătății și asociațiile studențești din domeniul sănătății și vaccinării, cu scopul de a oferi o educație mai bună în domeniul vaccinării profesioniștilor din domeniul sănătății și o informare mai bună publicului larg [32]. Comisia Europeană desfășoară și o campanie de promovare a vaccinării (#UnitedInProtection) [33].

În plus, o serie de proiecte multinaționale au primit finanțare prin granturi pentru cercetare și inovare ale Uniunii Europene și prin Programul „UE pentru sănătate” pentru inițiative care vizează mărirea ratei de vaccinare. Printre ele se numără [JITSUVAX](#) (Jiu Jitsu cu informarea greșită în perioada COVID-19: utilizarea metodei “Empathetic Refutational Interview (ERI)” pentru a mări rata de vaccinare și pentru o cunoaștere mai bună a vaccinurilor), [RIVER-EU](#) (Reducerea inegalităților în rata de vaccinare în regiunea europeană) și [AcToVax4NAM](#) (Acces la vaccinare pentru migranții nou sosiți) [34-36]. Descrierile proiectelor generale, precum și unele intervenții naționale și subnaționale legate de JITSUVAX și RIVER-EU se găsesc în colecția de intervenții menite să mărească gradul de acceptare a vaccinării din Secțiunea 2.2 a acestui raport.

În regiunea europeană extinsă, Biroul Regional pentru Europa al OMS a elaborat abordarea „Adaptarea programelor de imunizare” (*Tailoring Immunisation Programmes*, TIP) pentru a sprijini țările în atingerea unei rate mari și echitabile de vaccinare [37].

Partea 2. Instrumente și metode de promovare a acceptării vaccinării și a ratei de vaccinare pe tot parcursul vieții

2.1 Instrument de anchetă pentru culegerea de date comportamentale despre acceptarea vaccinării și rata de vaccinare

Acest instrument de anchetă se poate folosi pentru a culege date sociale și comportamentale despre acceptarea vaccinării și rata de vaccinare, sprijinind astfel identificarea barierelor și a factorilor care facilitează vaccinarea la anumite populații (Tabelul 1; instrumentul este disponibil și ca [document Word editabil](#)). A fost elaborat pe baza unor întrebări de anchetă validate psihometric în studii anterioare [15,18,19,31,40-42] și este format din:

- sprijin pentru obținerea consimțământului în cunoștință de cauză;
- opt întrebări introductive cu privire la factorii sociodemografici și la comportamentul de vaccinare;
- cincisprezece itemi bazați pe modelul 5C, în care respondenții pot evalua cât de mult sunt de acord sau nu sunt de acord cu o serie de afirmații și
- șapte întrebări calitative sugerate.

În cei 15 itemi bazați pe modelul 5C, există trei itemi pentru fiecare C, dintre care unul este desemnat ca indicator de bază pentru fiecare C. Ancheta se realizează ideal cu întregul set de 15 itemi; dacă există însă constrângeri de resurse, se poate limita la cei cinci itemi de bază.

Lista întrebărilor deschise calitative sugerate poate fi adăugată la o anchetă pentru a oferi mai multe informații despre procesele de gândire și acțiunile oamenilor sau poate fi folosită ca bază pentru studii calitative separate (Tabelul 1; întrebările sunt disponibile și în versiunea [editabilă ca document Word](#) a instrumentului de anchetă). Întrebările calitative la care se pot da răspunsuri deschise pot fi o oportunitate valoroasă pentru respondenți de a răspunde cu propriile cuvinte.

Înainte de a folosi acest instrument, este important să se constituie o echipă de cercetare multidisciplinară, care să includă, de preferință, o persoană calificată în conceperea sondajelor și în analiza statistică. Echipa ar trebui să decidă cu privire la întrebările exacte de cercetare și să elaboreze împreună un protocol de studiu și un plan de analiză. Informații detaliate despre modul de adaptare a instrumentului de anchetă și de elaborare a unui protocol de studiu sunt furnizate după instrument. Ulterior în această secțiune este prezentat un exemplu de plan de analiză, iar [codul de analiză](#) (Casetele 1-3), scris atât în Stata, cât și în R, poate fi și descărcat.

Tabelul 1. Instrument de anchetă pentru culegerea de date comportamentale despre acceptarea vaccinării și rata de vaccinare

Consimțământul în cunoștință de cauză

Vă mulțumim pentru interesul față de studiul nostru. Suntem cercetători de la (introduceți numele institutului) și suntem interesați de (introduceți obiectivele studiului). Răspunsurile dumneavoastră ne vor ajuta în documentarea și adaptarea intervențiilor noastre pentru a mări rata de vaccinare. Pentru a răspunde la întrebări, aveți nevoie de aproximativ (un număr estimat de minute) de minute. Înainte de a fi de acord cu studiul, vă rugăm să citiți cu atenție informațiile de mai jos.

Participarea dumneavoastră la acest studiu este în întregime voluntară și nu există răspunsuri corecte sau greșite la întrebări. Întrebările sunt despre vaccinare și despre atitudinea dumneavoastră față de vaccinare. Vom solicita și unele informații personale, cum ar fi sexul, vârsta și nivelul de studii. Răspunsurile pe care le dați vor fi anonimizate, ceea ce înseamnă că nu putem identifica datele ca fiind ale dumneavoastră. Datele vor fi culese de (introduceți numele agenției responsabile cu culegerea datelor) și vor fi comunicate echipei de cercetare la (introduceți numele institutului de cercetare). Comitetul de evaluare internă de la (introduceți instituția CEI) a revizuit protocolul studiului și și-a dat acordul pentru efectuarea studiului (introduceți numărul de aprobare în paranteză rotundă).

Datele dumneavoastră vor fi stocate pe serverele din (introduceți locul de stocare a datelor) și vor fi accesibile numai cercetătorilor afiliați la acest proiect. Datele dumneavoastră vor fi stocate aici timp de (indicați numărul de ani) ani. Datele dumneavoastră pot fi folosite în viitor pentru alte proiecte de cercetare care vizează în mod

similar înțelegerea atitudinilor față de vaccinare. Utilizarea și stocarea datelor se efectuează în conformitate cu Regulamentul general privind protecția datelor (RGPD) și cu legislația națională.

Dacă aveți întrebări sau preocupări cu privire la acest studiu sau la modul în care vă folosim și stocăm datele, puteți lua legătura cu (introduceți numele) de la (introduceți adresa de e-mail).

Consimțământul

Fiind de acord să particip, înțeleg că:

Participarea mea este voluntară.

Datele mele vor fi folosite pentru activități de cercetare privind atitudinea față de vaccinare.

Datele mele vor fi anonimizate.

Datele mele vor fi stocate în siguranță, în conformitate cu normele RGPD și cu legislația națională.

Mă pot retrage oricând din studiu.

Sunteți de acord să participați la acest studiu?

Da/Nu

Subiect	Item	Întrebare	Opțiuni de răspuns
Date sociodemografice	1	Ce vârstă aveți?	Numărul de ani
	2	Care este sexul dumneavoastră?	1. Bărbătesc 2. Femeiesc 3. Non-binar 4. Altul/Prefer să nu răspund
	3	Unde locuiți în țară?	Opțiuni pentru regiune adaptate contextului național (se numerează de la 1)
	4	Care este cel mai înalt nivel de studii absolvite?	Opțiuni adaptate la contextul național (se numerează de la 1)
	5	Sunteți în prezent...?	1. Angajat 2. Lucrător independent 3. Fără loc de muncă 4. Elev 5. Pensionar 6. Inapt de muncă 7. Altele 99. Prefer să nu răspund
Comportamentul față de vaccinare	6	Din câte știți, ați făcut toate vaccinurile care v-au fost recomandate?	1. Niciunul 2. Unele 3. Toate 99. Nu știu/Prefer să nu răspund
	7	Ați refuzat sau ați amânat vaccinurile care v-au fost recomandate?	1. Niciunul 2. Unele 3. Toate 99. Nu știu/ Prefer să nu răspund
	8	În viitor, intenționați să vă vaccinați conform recomandărilor din țara dumneavoastră?	1. Categorie nu 2. Probabil că nu 3. Poate 4. Probabil că da 5. Categorie

			99. Nu știu/Prefer să nu răspund
--	--	--	----------------------------------

5C	Item	Întrebare	Opțiuni de răspuns pentru toate întrebările legate de cele 5C-uri
		În ce măsură sunteți sau nu sunteți de acord cu următoarele afirmații?	1. Nu sunt deloc de acord 2. Parțial nu sunt de acord 3. Neutru 4. Sunt parțial de acord 5. Sunt întru totul de acord 99. Nu știu/ Prefer să nu răspund
Convingere	9 (de bază)	În general, cred că vaccinurile sunt sigure [31].	
	10	În general, cred că vaccinurile sunt eficiente [31].	
	11	Am încredere că autoritățile de sănătate publică recomandă doar vaccinuri sigure și eficiente [19].	
Confort	12 (de bază)	Mă vaccinez pentru că este prea riscant să mă îmbolnăvesc [19].	
	13	Vaccinurile nu-mi sunt necesare, deoarece mă îmbolnăvesc rar [19].	
	14	Vaccinarea nu este necesară deoarece bolile care pot fi prevenite prin vaccinare nu mai sunt frecvente [18].	
Constrângeri	15 (de bază)	În practică, îmi va fi greu să mă vaccinez [40].	
	16	Mă asigur că fac vaccinurile cele mai importante în timp util [19].	
	17	Îmi este ușor să accesez serviciile de vaccinare [15].	
Calcul	18 (de bază)	Când mă gândesc să mă vaccinez, cântăresc beneficiile și riscurile pentru a lua cea mai bună decizie posibilă [18].	
	19	În general, fac vaccinurile pe care mi le recomandă medicul sau personalul medical [41].	
	20	Informațiile pe care le primesc despre vaccinuri de la autoritățile publice din domeniul sănătății sunt fiabile [42].	
Responsabilitatea colectivă	21 (de bază)	Mă vaccinez pentru că astfel protejez alte persoane [19].	
	22	Când toată lumea este vaccinată, nu trebuie să mă vaccinez și eu [18].	
	23	Majoritatea rudelor și prietenilor mei apropiați vor să mă vaccinez [15].	

Întrebări calitative care necesită un răspuns deschis

1. Ce întrebări sau preocupări aveți când vă gândiți să vă vaccinați?
2. Care sunt primele lucruri care vă vin în minte când vă gândiți la vaccinuri?
3. **Convingerea:** În general, ce părere aveți despre siguranța și eficacitatea vaccinurilor?
4. **Confortul:** Cum vă evaluați riscul de a vă îmbolnăvi de boli care pot fi prevenite prin vaccinare?
5. **Constrângerile:** Ce fel de obstacole întâmpinați când încercați să vă vaccinați? Pot fi dificultăți fizice, psihologice sau de altă natură.
6. **Calcululele:** Ce fel de informații căutați și citiți când încercați să luați o decizie cu privire la necesitatea vaccinării?
7. **Responsabilitatea colectivă:** Ce părere aveți despre vaccinare ca mijloc de a-i proteja pe ceilalți?

Modul de adaptare a instrumentului de anchetă și de elaborare a protocolului de studiu și a planului de analiză

Acest instrument de anchetă trebuie adaptat la întrebările de cercetare, în special la populația de interes a studiului și la vaccinul (vaccinurile) specific(e), dacă este cazul. Mai jos sunt prezentate considerente și recomandări importante de elaborare a protocolului de studiu și a planului de analiză.

Populația țintă

Întrebările de cercetare și protocolul de studiu trebuie să indice în mod clar populația țintă a studiului. Întrebările din instrumentul de anchetă pot fi apoi adaptate în funcție de populația țintă. De exemplu, în funcție de întrebările de cercetare, acceptarea vaccinării și rata de vaccinare pot fi studiate în rândul populației adulte generale sau în rândul îngrijitorilor de copii mici, al populațiilor de migranți, al personalului medical, al persoanelor de peste 65 de ani sau al altor populații vulnerabile sau slab deservite. De exemplu, dacă un studiu își propune să înțeleagă atitudinile față de vaccinarea copiilor, afirmația generală „În general, cred că vaccinurile sunt sigure” poate fi adaptată astfel: „În general, cred că vaccinurile pentru copii sunt sigure”.

Întrebările trebuie adaptate și în funcție de vaccinul (vaccinurile) țintă, dacă este cazul. Instrumentul de anchetă vizează atitudinile față de vaccinare în general, dar poate fi ușor adaptat pentru a viza vaccinuri specifice.

Întrebările sociodemografice sugerate trebuie adaptate și la contextul local. De exemplu, când se întreabă despre nivelul de studii al unui respondent, opțiunile de răspuns trebuie să reflecte sistemul de învățământ din mediul respectiv. În al doilea rând, având în vedere că instrumentul inițial de anchetă a fost redactat în limba engleză, testarea traducerilor anchetei în rândul persoanelor care fac parte din populația dumneavoastră țintă va arăta dacă itemii traduși ai anchetei sunt înțeleși, adecvați din punct de vedere cultural și/sau necesită revizuirii suplimentare.

Mărimea eșantionului

Împreună cu un statistician, calculele privind mărimea eșantionului trebuie să arate numărul minim de respondenți care sunt necesari pentru studiu, pentru a asigura o putere statistică adecvată de detectare a efectelor semnificative. Este posibil să fie nevoie de un eșantion mai mare pentru a compensa lipsa potențială de răspuns și rata de refuz. Pentru a asigura o număr adecvat de respondenți, înainte de începerea studiului este necesară o înțelegere aprofundată a populației țintă și a modului de a ajunge la aceasta.

Culegerea datelor

Metoda de culegere a datelor trebuie selectată pe baza considerentelor referitoare la populația țintă, resursele disponibile și tipul de eșantionare. Când vizează populația adultă generală dintr-o țară cu accesibilitate mare la internet, anchetele sau interviurile online pot fi metode adecvate. Interviurile față în față pot fi mai potrivite pentru anumite categorii de populație (de exemplu, adulți mai în vârstă).

Eșantionarea

Eșantionarea populației țintă a studiului se poate realiza în mai multe feluri [43]. Când este nevoie de un eșantion reprezentativ al populației, cea mai bună abordare este eșantionarea aleatorie. Unele dintre cele mai frecvente metode de a face acest lucru sunt eșantionarea aleatorie simplă sau sistematică, precum și eșantionarea grupală sau stratificată. Dacă resursele o permit, eșantionarea poate fi externalizată către companii cu expertiză în acest

domeniu. Dacă reprezentativitatea – și așadar generalizarea la o populație mai largă – nu este necesară pentru îndeplinirea obiectivelor studiului, se poate folosi eșantionarea nealeatorie. Unele metode frecvente de eșantionare nealeatorie sunt eșantionarea de conveniență, eșantionarea de tip „bulgăre de zăpadă” și eșantionarea intenționată.

Prezentarea anchetei

Modul în care ancheta este prezentată respondenților depinde de metoda de culegere a datelor utilizată pentru anchetă. Toate întrebările legate de cele 5C-uri au aceleași opțiuni de răspuns bazate pe o scală Likert în 5 puncte (de la „dezacord total” la „acord total”). Prin urmare, ancheta poate fi prezentată în formă scrisă ca un tabel mare, cu scala Likert prezentată vertical lângă fiecare întrebare (ca în Tabelul 1). Alternativ, întrebările pot fi adresate una câte una în timpul unui interviu față în față sau online, scala Likert fiind distribuită persoanei intervievate ca opțiuni de răspuns. Cel mai bine este să nu folosiți antetele instrumentului de anchetă (de exemplu, Variabile sociodemografice, Convingere, Constrângeri) în ancheta propriu-zisă, pentru ca respondenții să nu fie influențați să dea anumite răspunsuri.

În instrumentul de anchetă, fiecărui răspuns îi este atribuită o valoare numerică (de exemplu, Întrebarea 6: 1 = Niciunul, 2 = Unele, 3 = Toate, 99 = Nu știu/Prefer să nu răspund). Aceste valori atribuite nu trebuie să fie vizibile pentru respondenții sondajului, ci ar trebui utilizate în back-end-ul anchetei, pentru ca rezultatele să fie furnizate în acest format. Codul de analiză prescris se bazează pe aceste numere.

Protocol de studiu și plan de analiză

Protocolul de studiu trebuie să descrie populația țintă, mărimea eșantionului, metoda de culegere a datelor și metoda de eșantionare. De asemenea, trebuie să conțină o secțiune referitoare la modul în care se va efectua analiza datelor.

Analizele trebuie să fie concise și să răspundă la întrebările de cercetare. Pentru analizele descriptive se pot crea tabele de sinteză ale datelor demografice ale respondenților la studiu. Dacă se dorește, indicatorii de bază ai fiecărui C pot fi sintetizați și stratificați în funcție de variabile demografice precum sexul și studiile. În mod similar, cei trei indicatori comportamentali principali ai instrumentului de anchetă – i) rata de vaccinare din trecut, ii) refuzul de vaccinare din trecut și iii) intenția de vaccinare – pot fi sintetizați în mod descriptiv și stratificați în funcție de variabilele demografice. Se pot efectua analize statistice inferențiale pentru a testa asocierile dintre rezultatele comportamentale, cele 5C-uri și datele demografice.

Pentru a putea efectua această analiză este important să se respecte valorile numerice atribuite opțiunilor de răspuns, după cum se sugerează în instrumentul de anchetă. Mai jos este prezentat un exemplu de plan de analiză care cuprinde atât analize descriptive, cât și analize inferențiale ale rezultatelor anchetei (Casetele 1-3), iar [codul de analiză](#) prescris (în Stata și R) poate fi și descărcat.

Analiza calitativă

Dacă în studiu sunt incluse întrebări calitative deschise, întrebările sugerate în Tabelul 1 trebuie revizuite cu atenție și adaptate pentru a reflecta contextul local. Răspunsurile scrise la întrebările deschise dintr-o anchetă sau transcrierile interviurilor trebuie analizate cu atenție și codificate. Analiza inductivă poate ajuta la identificarea temelor generale care se desprind din coduri pentru a oferi o perspectivă mai bogată asupra proceselor de gândire și acțiunilor oamenilor. Analiza poate fi efectuată și deductiv, folosind cele 5C-uri ca teme sau folosind o combinație a ambelor abordări. Pentru a surprinde pe deplin beneficiile acestui tip de cercetare, analiza ar trebui condusă de un cercetător calitativ cu experiență. La sfârșitul acestei secțiuni pot fi găsite recomandări suplimentare privind culegerea și analiza datelor calitative.

Autorizarea etică

Înainte de începerea oricărei culegeri de date este important să se asigure respectarea recomandărilor etice naționale, de exemplu cerința de a solicita o autorizare etică pentru studiu. Comitetele de evaluare internă (CEI) examinează planurile studiului și stabilesc dacă este necesară autorizarea și, în caz afirmativ, examinează în detaliu planurile studiului pentru acordarea autorizării. Comitetele CEI analizează cel mai probabil dacă planurile de culegere și analiză a datelor respectă Regulamentul general privind protecția datelor (RGPD), ceea ce înseamnă că propunerea de studiu trebuie să descrie în mod clar modul de gestionare a anonimizării, a stocării datelor și a accesului la date. Toate studiile trebuie să informeze potențialii participanți cu privire la obiectivele studiului și la modul în care datele lor vor fi utilizate și stocate, precum și să sublinieze că răspunsurile lor vor fi anonimizate, că participarea lor este voluntară și că se pot retrage oricând din studiu fără consecințe negative. Aceste informații trebuie urmate de o întrebare adresată participantului, și anume dacă este de acord cu acest lucru și dacă este dispus să participe la studiu. Acest proces asigură consimțământul în cunoștință de cauză, care trebuie obținut înainte ca participantului să i se adreseze orice întrebare. Un model în acest sens este furnizat în instrumentul de anchetă (Tabelul 1), precum și în [documentul Word editabil](#).

Raportarea și interpretarea datelor

După analiza datelor, este important să se filtreze rezultatele principale și să se ia în considerare intervențiile potențiale. Rezultatele principale pot fi rezumate prin tabele și figuri și pot fi descrise într-un raport sau publicate într-o revistă științifică cu evaluare inter pares. Echipa multidisciplinară care lucrează la studiu trebuie să ia în considerare cel mai bun mod (cele mai bune moduri) de a prezenta datele obținute părților interesate vizate și de a le utiliza pentru a identifica barierele și factorii care facilitează vaccinarea la anumite populații. Datele vor oferi probabil direcții pentru strategiile și intervențiile potențiale, mai ales în ceea ce privește identificarea celor mai relevante dintre cele 5C-uri ca domenii prioritare. În colecția de intervenții menite să mărească gradul de acceptare a vaccinării (Secțiunea 2.2) sunt prezentate exemple ale modului în care țările UE/SEE au vizat anumite C-uri.

Exemplu de plan de analiză

Acest exemplu de plan de analiză oferă o structură de bază pentru analiza datelor din anchetă (Casetele 1-3; [codul de analiză](#) complet, scris atât în Stata, cât și în R, este disponibil și pentru descărcare). În mod ideal, analiza ar trebui efectuată în trei etape:

- Etapa 1: pregătirea datelor (Casetă 1);
- Etapa 2: analiza descriptivă (Casetă 2) și
- Etapa 3: analiza inferențială (Casetă 3).

Pregătirea datelor înseamnă curățarea și pregătirea lor pentru analize (Casetă 1). Curățarea datelor poate presupune să se verifice dacă răspunsurile sunt realiste (de exemplu, nimeni nu poate avea 178 de ani) și să se garanteze că toate variabilele sunt în formă numerică. Cu ajutorul codului prescris puteți verifica de două ori dacă toate variabilele au valorile atribuite și etichetele corecte. De exemplu, pentru variabila de sex, bărbaților li se poate atribui numărul 1 și femeilor numărul 2.

La pregătirea datelor, unele variabile trebuie codificate invers, dar, înainte de a face acest lucru, trebuie definită semnificația unui scor mare (Tabelul 2).

Tabelul 2. Semnificația unui scor mare, pe baza codului de analiză prescris

Concept	Semnificația unui scor mare
Convingerea	Nivel mare de încredere în vaccinare, disponibilitate mare pentru vaccinare
Confortul	Nivel mare de confort, disponibilitate mică pentru vaccinare
Constrângerile	Constrângeri împotriva vaccinării, disponibilitate mică pentru vaccinare
Calcululele	Implicare mare în analiza cost-beneficiu a vaccinării, disponibilitate mică pentru vaccinare
Responsabilitatea colectivă	Vaccinarea percepută ca responsabilitate colectivă, disponibilitate mare pentru vaccinare

De exemplu, la Confort, întrebarea 12 este: „Mă vaccinez pentru că este prea riscant să mă îmbolnăvesc”. Un scor mare la această întrebare (adică cineva care răspunde „5. Sunt întru totul de acord”) ar reflecta o persoană cu nivel mic de confort și, prin urmare, cu disponibilitate mare pentru vaccinare. Cu toate acestea, valoarea numerică mare ar putea fi interpretată incorect ca nivel mare de confort și, prin urmare, disponibilitate mică pentru vaccinare. Pentru a preveni acest lucru, este important să se inverseze codul acestor întrebări, așa cum se arată în Casetă 3 (de remarcat că [codul de analiză](#) aferent poate fi descărcat). După inversarea codificării se pot calcula scorurile medii pentru fiecare C. Datele sunt apoi gata pentru analiza descriptivă.

Pentru analizele descriptive, cei trei indicatori comportamentali principali ai instrumentului de anchetă - i) rata de vaccinare din trecut, ii) refuzul de vaccinare din trecut și iii) intenția de vaccinare - pot fi sintetizați și stratificați în funcție de variabilele sociodemografice relevante (Casetă 2). În continuare pot fi rezumați indicatorii de bază pentru fiecare din cele 5C-uri.

Pentru analizele inferențiale sunt prezentate mai multe sugestii (Casetă 3). Ar putea fi interesant să se înțeleagă predictorii sociodemografici pentru fiecare din cele 5C-uri. De exemplu, femeile au un nivel mai mare de confort decât bărbații? Următoarea parte a analizelor inferențiale vizează înțelegerea predictorilor celor trei indicatori comportamentali principali menționați mai sus. Pentru aceste analize, variabilele sociodemografice și cele 5C-uri sunt tratate ca predictorii potențiali. Mai jos sunt oferite, de asemenea, recomandări suplimentare de efectuare a acestor analize inferențiale.

Caseta 1. Pregătirea datelor

Se codifică în sens invers următorii itemi:

- Confort (scoruri mari = nivel mare de confort și, prin urmare, disponibilitate mică pentru vaccinare)
 - Î12: Mă vaccinez pentru că este prea riscant să mă îmbolnăvesc.
- Constrângeri (scoruri mari = multe constrângeri – și anume, obstacole zilnice în calea vaccinării – și, prin urmare, disponibilitate mică pentru vaccinare)
 - Î16: Mă asigur că fac vaccinurile cele mai importante în timp util.
 - Î17: Îmi este ușor să accesez serviciile de vaccinare.
- Calcule (scoruri mari = considerente ample privind raportul cost-beneficii și disponibilitate mică pentru vaccinare)
 - Î19: În general, fac vaccinurile pe care mi le recomandă medicul sau personalul medical.
 - Î20: Informațiile pe care le primesc despre vaccinuri de la autoritățile publice din domeniul sănătății sunt fiabile.
- Responsabilitatea colectivă (scoruri mari = disponibilitate de vaccinare pentru a-i proteja pe ceilalți).
 - Î22: Când toată lumea este vaccinată, nu trebuie să mă vaccinez și eu.

Calculați scorurile medii ale fiecărui C:

- Adunați scorurile celor trei itemi de la Convingere și împărțiți la 3
- Adunați scorurile celor trei itemi de la Confort și împărțiți la 3
- Adunați scorurile celor trei itemi de la Constrângeri și împărțiți la 3
- Adunați scorurile celor trei itemi de la Calcule și împărțiți la 3
- Adunați scorurile celor trei itemi de la Responsabilitate colectivă și împărțiți la 3

Caseta 2. Analiza descriptivă

Rezumate ale rezultatelor comportamentale:

- % s-au vaccinat conform recomandărilor:
 - După vârstă
 - După sex
 - După nivel de studii
 - După regiune
- % au refuzat vaccinările recomandate:
 - După vârstă
 - După sex
 - După nivel de studii
 - După regiune
- % intenționează să se vaccineze conform recomandărilor:
 - După vârstă
 - După sex
 - După nivel de studii
 - După regiune

Indicatori de bază:

- Convingerea: % sunt de acord că vaccinurile sunt sigure (adică au răspuns 4 sau 5)
- Confortul: % se vaccinează pentru că este prea riscant să se îmbolnăvească (adică au răspuns 4 sau 5)
- Constrângerile: % spun că, în practică, vaccinarea va fi dificilă (adică au răspuns 4 sau 5)
- Calculele: % sunt de acord că, atunci când se gândesc să se vaccineze, cântăresc beneficiile și riscurile pentru a lua cea mai bună decizie posibilă (adică au răspuns 4 sau 5)
- Responsabilitatea colectivă: % sunt de acord că se vaccinează deoarece astfel protejează alte persoane (adică au răspuns 4 sau 5)

Scorul mediu per C stratificat după vârstă, sex, nivel de studii, regiune și statut profesional.

Caseta 3. Analiza inferențială

Predictori sociodemografici pentru fiecare C:

Rezultat: Convingerea (scor mediu 1-5): Predictori: vârstă, sex, nivel de studii, regiune, statut profesional

Rezultat: Confortul (scor mediu 1-5): Predictori: vârstă, sex, nivel de studii, regiune, statut profesional

Rezultat: Constrângerile (scor mediu 1-5): Predictori: vârstă, sex, nivel de studii, regiune, statut profesional

Rezultat: Calculele (scor mediu 1-5): Predictor: vârstă, sex, nivel de studii, regiune, statut profesional

Rezultat: Responsabilitatea colectivă (scor mediu 1-5): Predictor: vârstă, sex, nivel de studii, regiune, statut profesional

În această analiză, fiecare din cele 5C-uri este tratat ca rezultat, iar variabilele sociodemografice sunt testate ca predictor. Acest lucru va ajuta să se înțeleagă dacă variabilele sociodemografice au un impact asupra scorului mediu al fiecăruia din cele 5C-uri. Deoarece rezultatul este un scor mediu, se poate efectua o regresie liniară. Rezultatul acestor analize este un coeficient care cuantifică relația dintre predictor și rezultat, indicând modificarea preconizată a scorului mediu al rezultatului pentru o modificare de unitate a variabilei predictor.

Predictori ai vaccinării conforme cu recomandările

Rezultat: Vaccinuri făcute conform recomandărilor (Niciunul, Unele, Toate). Predictor: Scoruri medii ale tuturor celor 5C-uri, vârstă, sex, nivel de studii, regiune, statut profesional

Predictori ai amânării sau refuzului vaccinării

Rezultat: refuzul vaccinării (Niciunul, Unele, Toate). Predictor: Scoruri medii ale tuturor celor 5C-uri, vârstă, sex, nivel de studii, regiune, statut profesional

Predictori ai intenției de vaccinare

Rezultat: intenții de vaccinare (scor 1-5). Predictor: Scoruri medii ale tuturor celor 5C-uri, vârstă, sex, nivel de studii, regiune, statut profesional.

Recomandări suplimentare privind analiza inferențială

Când se analizează o variabilă de rezultat cu trei sau cinci categorii ordinale, alegerea unui model de regresie adecvat depinde de modul în care este tratat rezultatul. În plus, numărul de observații din fiecare categorie joacă un rol crucial. Dacă unele categorii au prea puține observații, poate fi necesar să fie regrupate pentru a asigura puterea statistică.

Dacă rezultatul este păstrat în forma sa ordinală, se poate folosi un model de regresie logistică ordinală, presupunând că ipoteza proporțională a probabilităților este valabilă. Acest tip de regresie tratează răspunsurile ca trepte ordonate, presupunând că trecerea de la un răspuns de 1 („Nu sunt deloc de acord”) la 2 („Nu sunt de acord”) este similară trecerii de la 4 („Sunt de acord”) la 5 („Sunt într-un total de acord”) în ceea ce privește factorii de influență. De exemplu, dacă faptul de a fi femeie mărește probabilitatea de a trece de la 1 la 2, o mărește în aceeași proporție și pe cea de a trece de la 3 („Neutru”) la 4 („Sunt de acord”), comparativ cu bărbații. În mod similar, dacă vârsta mai avansată mărește probabilitatea de a urca cu un punct (de exemplu, de la 2 la 3), se presupune că are același efect proporțional la fiecare treaptă a scării (de exemplu, de la 4 la 5). Această ipoteză se numește ipoteza proporțională a probabilităților.

În mod alternativ, dacă rezultatul este împărțit în doar două categorii (de exemplu, rezultatul „Vaccinuri făcute conform recomandărilor” este împărțit în 0 = Incomplet vaccinat (include „Niciunul” și „Unele”) și 1 = Complet vaccinat („Toate vaccinurile recomandate făcute”), atunci un model de regresie logistică binară este cea mai potrivită alegere, pentru a estima cum măresc sau scad acești factori probabilitatea de a fi complet vaccinat. Atât pentru regresia logistică ordinală, cât și pentru regresia logistică binară, rezultatul va fi prezentat în procente de probabilitate.

Dacă rezultatul pentru cele cinci categorii este redus la trei categorii, se poate folosi un model de regresie logistică multinomială. Să presupunem că vom grupa răspunsurile privind intenția de vaccinare (scor 1-5) în trei categorii: intenție scăzută (1-2 = „Puțin probabil să se vaccineze”), intenție moderată (3 = „Nesigur” sau „Neutru”) și intenție ridicată (4-5 = „Probabil să se vaccineze”). Dat fiind că aceste trei categorii nu au o ordine strictă (adică a fi „moderat” nu este neapărat la jumătatea distanței dintre „scăzut” și „ridicat”), putem utiliza regresia logistică multinomială în loc de modelul ordinal. Modelul selectează o categorie ca grupă de referință (de exemplu, „Intenție scăzută”) și estimează probabilitatea pentru „Moderată” comparativ cu „Scăzută și ridicată” și cu „Scăzută”. Rezultatul regresiei logistice multinomiale este indicat sub formă de rapoarte de risc relativ.

În cele din urmă, alegerea modelului depinde atât de considerente teoretice, cât și de constrângeri practice, cum ar fi mărimea eșantionului de observații pe categorii. Aceste considerente evidențiază importanța de a avea un statistician calificat în echipa de cercetare multidisciplinară.

Recomandări suplimentare privind metodele calitative

Rezultatele instrumentului de anchetă vor oferi o înțelegere fundamentală a barierelor și a factorilor care facilitează acceptarea vaccinării în rândul unei populații specifice. Este puțin probabil însă să explice de ce există astfel de bariere și factori facilitatori. Metodele calitative pot furniza informații în acest domeniu, contribuind la descoperirea nuanțelor contextului și oferind idei de abordare a barierelor specifice și a factorilor care facilitează acceptarea vaccinării [44].

Metode cantitative vs. metode calitative

Metodele cantitative sunt utile pentru obținerea de date numerice și efectuarea de analize statistice în domeniul de interes al cercetării. De exemplu, anchetele cantitative pot ajuta la înțelegerea dorinței unei persoane sau a unei comunități de a se vaccina și a obstacolelor cu care se pot confrunta acestea. Cu toate acestea, deoarece multe instrumente de culegere de date cantitative - cum ar fi anchetele sau registrele - sunt concepute în prealabil de către cercetători cu răspunsuri fixe, informațiile generate se limitează la aspecte despre care se știe deja că sunt insuficient înțelese. Metodele cantitative se concentrează și pe înțelegerea tendințelor centrale ale unei populații, ceea ce poate limita o examinare mai aprofundată a motivelor din spatele acestor tendințe sau excepții.

Pe de altă parte, metodele calitative utilizează cercetătorul ca instrument de culegere de date. Ele urmează o abordare sistematică, dar flexibilă de culegere a datelor, folosind un design emergent, cu adaptări efectuate pe parcursul procesului. În metodele calitative este esențială folosirea întrebărilor deschise, care permit respondenților să răspundă și să-și descrie experiențele și opiniile în propriile cuvinte și în propria limbă. Captarea gândurilor, sentimentelor și atitudinilor participanților este esențială pentru a obține informații culturale și sociale, deoarece participanții pot contribui la definirea și semnalarea chestiunilor care sunt importante pentru ei.

Selecția participanților

În cercetarea calitativă pot fi folosite o varietate de tehnici de eșantionare pentru selectarea participanților, eșantionarea intenționată (adică alegerea participanților care sunt susceptibili de a fi cei mai relevanți pentru cercetare) fiind frecvent utilizată. Numărul de participanți este de obicei definit pe baza „saturației datelor”, care este atinsă când nu se mai culeg informații analitice/relevante substanțial noi, moment în care procesul de culegere a datelor se poate încheia [45]. Metodele de culegere a datelor și tehnicile de analiză folosite vor fi ghidate de întrebările de cercetare.

Culegerea datelor

Două metode calitative de culegere a datelor care pot fi relevante în acest context sunt [46]:

- **Interviuri semistructurate**, care se desfășoară individual, între un cercetător și un participant. Se folosește deseori un ghid de intervievare, care conține întrebări relevante pentru a răspunde la întrebările generale ale cercetării. Interviurile semistructurate durează de obicei 40-60 de minute și pot avea loc față în față sau online, de preferință într-un mediu liniștit, fără distrageri. Interviurile sunt ideale pentru a înțelege opiniile, experiențele, convingerile și motivațiile persoanelor, fără influența altor persoane, precum și pentru a discuta aspecte sensibile.
- În schimb, **discuțiile grupurilor tematice (focus group)** se desfășoară în grupuri, între un facilitator și, de regulă, trei până la opt participanți. Aceștia folosesc adesea un ghid pentru discuții adaptat la întrebările generale ale cercetării. Spre deosebire de interviuri, această metodă este utilă pentru a înțelege dinamica de grup și normele dintr-o comunitate, de exemplu asemănările și diferențele de perspectivă. Grupurile tematice trebuie facilitate cu pricepere pentru a se asigura că toți participanții se simt în largul lor când își împărtășesc opiniile.

În cazul ambelor metode trebuie să se țină cont de câteva lucruri simple:

- Ghidul de intervievare/pe discutații trebuie să prevadă timp pentru stabilirea încrederii între cercetător și participant (participanți). Întrebările inițiale pot fi mai degrabă întrebări obișnuite pentru a sparge gheața, urmate de întrebări generale despre subiect și abia apoi de întrebări mai specifice sau sensibile.
- Întrebările trebuie să fie deschise, adică să nu se poată răspunde cu „da” sau „nu”, pentru a încuraja participanții să-și împărtășească opiniile în mod deschis și pe larg.
- Trebuie evitate întrebările cu răspuns sugerat, adică întrebările care direcționează participanții către un anumit răspuns.
- Interviu și facilitarea ar trebui să fie flexibile. Participantul (participanții) poate (pot) aduce în discuție teme care sunt relevante pentru întrebările generale ale cercetării, dar care nu sunt cuprinse în ghid. Ar trebui să se acorde timp acestor discuții, iar conversația poate fi readusă la întrebările rămase la momentul potrivit.
- Intervievatorii și facilitatorii trebuie să fie empatici și atenți la întreruperea, schimbarea sau oprirea conversației pentru a asigura confortul participanților, în special când se discută aspecte sensibile.

Analiza datelor

Metodele calitative oferă o varietate de opțiuni pentru analiza datelor și flexibilitate în folosirea lor, permițându-vă să le alegeți pe cele care corespund nevoilor dumneavoastră specifice. Două dintre ele sunt analiza de conținut și analiza tematică. Dacă analiza calitativă a datelor ar putea fi observată pe un spectru, analiza de conținut tinde să fie mai descriptivă, iar analiza tematică mai interpretativă.

Analiza de conținut este un termen generic pentru „codificarea și clasificarea sistematică” a datelor textuale [47]. Pornind de la teoriile comunicării sunt analizate tendințele și frecvențele cuvintelor pentru a găsi modele și

înțelesuri. „Codurile” (adică unitățile mici de text cu semnificație) sunt organizate în categorii bazate pe modele comune. Acest lucru se poate realiza atât în mod inductiv (și anume, creat pe baza datelor), cât și în mod deductiv (și anume, cu categorii preexistente derivate dintr-o teorie, un cadru sau un model). Analiza de conținut se poate efectua cantitativ, de exemplu calculând de câte ori se aduce într-o discuție o anumită problemă. În cadrul unei abordări calitative însă, se ține seama și de contextul cuvintelor pentru a înțelege atât semnificația aparentă, cât și pe cea subiacentă.

Analiza tematică se referă la procesul de identificare a temelor sau modelelor de interes în cadrul datelor [48]. Deși începe cu un proces de codificare similar celui din analiza de conținut, analiza tematică merge dincolo de clasificarea datelor și încearcă să interpreteze semnificația ascunsă a unui text (adică, să deducă ce idei, ipoteze, conceptualizări și ideologii pot influența afirmațiile participanților). Aceste teme pot fi create în mod inductiv sau deductiv, dar vor exista adesea ajustări ale temelor deductive pentru a reflecta semnificațiile ascunse identificate în seria dumneavoastră de date.

Instrumente pentru autorefecție și reducerea subiectivității (bias)

Este important de reținut că, în orice cercetare din domeniul sănătății publice, fie calitativă, fie cantitativă, cercetătorii nu sunt doar observatori pasivi, ci pot influența în mod activ cercetarea și rezultatele ei. Toate măsurile luate de cercetători în cursul procesului, de la stabilirea întrebărilor de cercetare până la analiza datelor, sunt influențate de experiențele, perspectivele și prejudecățile lor conștiente sau inconștiente specifice. Este important să se abordeze proactiv acest aspect în timpul procesului de cercetare și să se interpreteze rezultatele în consecință. Metodologia de cercetare calitativă dispune de câteva instrumente pentru a permite acest proces de autorefecție și a reduce subiectivitatea (bias), și anume:

- **Afirmații de reflexivitate** – Cercetătorii trebuie să autorefecteze și să se întrebe de ce se implică în cercetare, ce aspecte subiective (bias) pot avea despre grupul țintă în legătură cu subiectul cercetării și cum pot părți ale identității sau trecutului lor să influențeze cum desfășoară cercetarea sau interpretează rezultatele. Această autorefecție este apoi rezumată într-un scurt paragraf și inclusă la diseminarea rezultatelor pentru transparență [49].
- **Triangularea cercetătorilor/Validarea datelor de către participanți** – Doi sau mai mulți cercetători pot codifica o secțiune de date în mod independent, apoi pot compara codurile pentru a identifica diferențe și asemănări, înainte de a ajunge la un consens cu privire la modul de interpretare și clasificare a datelor. Se mărește astfel credibilitatea rezultatelor. Ca mijloc de validare a informațiilor obținute din datele la care au contribuit, se poate realiza un proces similar și cu participanții din categoria țintă, numit validarea datelor de către participanți [50].

Alte resurse

Există mai multe resurse disponibile care descriu mai detaliat procesul de cercetare, de exemplu modul de efectuare a analizei datelor și de interpretare a rezultatelor, și anume:

- OMS – „[A field guide to qualitative research for new vaccine introduction](#)” (Un ghid de teren de cercetare calitativă pentru introducerea de vaccinuri noi)
- OMS – „[Rapid qualitative research to increase COVID-19 vaccination uptake: a research and intervention tool](#)” (Cercetare calitativă rapidă pentru mărirea ratei de vaccinare împotriva COVID-19: un instrument de cercetare și intervenție)

Lista de verificare „[Consolidated criteria for reporting qualitative research \(COREQ\)](#)” (Criterii consolidate pentru raportarea cercetării calitative) este un ghid util pentru raportarea și descrierea cercetării calitative.

2.2 Metode de abordare a barierelor comportamentale din calea vaccinării

Colecție de intervenții menite să mărească gradul de acceptare a vaccinării

Tabelele de mai jos oferă o colecție de intervenții de la nivel național și subnațional pentru a oferi inspirație și informații în proiectarea de intervenții menite să abordeze acoperirea vaccinală suboptimă. Exemplele se referă la vaccinarea copiilor (Tabelul 3), vaccinarea împotriva papilomavirusului uman (HPV) (Tabelul 4), vaccinarea împotriva COVID-19 și a gripei (Tabelul 5) și vaccinarea împotriva altor boli (tuse convulsivă și variola maimuței) (Tabelul 6). Multe intervenții se axează pe populații vulnerabile, cum ar fi migranții, și se bazează pe sprijinirea comunicării dintre personalul medical responsabil de vaccinare și pacienți. Sunt prezentate și intervenții multinaționale finanțate integral sau parțial de UE (Tabelul 7).

Pentru a culege aceste exemple de intervenții naționale și subnaționale, la 4 septembrie 2024, directorul ECDC a contactat organisme competente cu rol de coordonare ale Centrului și le-a solicitat să numească unul sau mai mulți experți în acceptarea vaccinării din țara lor, care să poată răspunde la o anchetă (Caseta 4) și care să fie disponibili să ofere toate clarificările suplimentare necesare. În prima săptămână a lunii octombrie 2024 s-a trimis un mesaj de reamintire.

Caseta 4. Chestionar pentru experții naționali privind acceptarea vaccinării și rata de vaccinare

1. Organizația principală (de exemplu, numele organizației care a condus întreaga intervenție)
 2. Colaboratori (de exemplu, numele organizațiilor care au contribuit la conceperea/implementarea și/sau evaluarea intervenției)
 3. Nivelul de intervenție (adică la ce nivel a fost implementată intervenția?) – Un singur răspuns:
 - a. Național
 - b. Regional
 - c. Local/comunitar
 - d. Niveluri multiple
 - e. Altă variantă: Precizați: *Text liber*
 4. Populația țintă [de exemplu, care a(u) fost categoria (categoriile) de populație țintă pentru intervenția dumneavoastră?] – Un singur răspuns:
 - a. Publicul larg
 - b. Adulții (18 ani și peste)
 - c. Copiii (până la 12 ani inclusiv)
 - d. Adolescenții (13–17 ani)
 - e. Părinți/Îngrijitori
 - f. Persoanele în vârstă
 - g. Populațiile vulnerabile din punct de vedere social
 - h. Personalul medical
 - i. Mass-media
 - j. Altă variantă – Precizați: *Text liber*
 6. Vă rugăm să furnizați orice alte detalii relevante despre populația țintă: *Text liber*
 7. Vă rugăm să descrieți pe scurt intervenția. Suntem interesați de următoarele aspecte (răspuns scurt, dar cuprinzător):
 - a. Care a fost obiectivul specific al intervenției în raport cu populația (populațiile) țintă?
 - b. Care au fost motivele intervenției? (Împărtășiți orice raționament sau motivație pentru intervenție, inclusiv datele/experiența din activitățile de cercetare/privind acoperirea anterioare, după caz)
 - c. Când și unde a avut loc intervenția?
 - d. Care au fost principalele activități?
 - e. Care au fost rezultatele sau impactul intervenției? (Împărtășiți orice detalii despre evaluările formale sau informale, dacă este cazul)
 - f. Ce ați descris ca principale învățăminte desprinse din procesul de concepere/implementare/evaluare a intervenției? Vă rugăm să împărtășiți detalii despre orice factori facilitatori, bariere și dificultăți, precum și orice soluții sau informații obținute în timpul procesului.
 8. Aveți un site public extern sau un document care rezumă intervenția sau oferă informații despre activitățile principale? Partajați linkul aici (dacă este cazul): *Text liber* sau încărcați fișierele relevante aici (dacă este cazul): *Casetă de încărcare fișiere*
- Doriți să ne mai spuneți ceva despre intervenție și despre experiența dumneavoastră? *Text liber*

Au răspuns 14 din cele 30 de țări UE/SEE, acestea furnizând în total 26 de exemple de intervenții, dintre care 24 sunt incluse în tabelele de mai jos. După o editare simplă pentru a asigura coerența stilului și a prezentării, descrierile intervențiilor de mai jos sunt prezentate așa cum au fost comunicate de țări în răspunsurile lor la anchetă (inclusiv linkurile, dacă este cazul). În unele cazuri, informațiile au fost completate prin e-mail în timpul fazei de evaluare externă și încorporate apoi în textul de mai jos.

A fost organizat un atelier de lucru cu personalul ECDC și un expert extern pentru a analiza exemplele de intervenții și a clasifica fiecare intervenție în raport cu modelul 5C. Multe intervenții au acoperit două sau mai multe din cele 5C-uri, majoritatea abordând Convingerea și/sau Constrângerile. Mai puține exemple s-au referit la Calcule sau la Confort și niciun exemplu nu a vizat Responsabilitatea colectivă.

De asemenea, ECDC a luat legătura cu mai multe proiecte multinaționale finanțate de UE în coordonare cu Eurohealthnet, inclusiv RIVER-EU (Reducerea inegalităților în rata de vaccinare în regiunea europeană) și AcToVax4NAM (Accesul la vaccinare pentru migranții nou sosiți) [34,35]. Un expert național din Franța, identificat de organismul de coordonare competent al ECDC din Franța, a asigurat, de asemenea, contactul cu coordonatorii JITSUVAX (Jiu Jitsu cu informare greșită în perioada COVID-19) [36]. Mai multe informații despre aceste proiecte multinaționale finanțate de UE sunt incluse în Tabelul 7.

Tabelul 3. Intervenții legate de programele de vaccinare a copiilor

Stat membru	Publicul țintă	Descrierea intervenției	C-urile corespunzătoare
Danemarca [51]	Personalul medical	A fost organizat un modul de formare de o jumătate de zi pentru asistenții medicali din domeniul sănătății publice în multe din cele 98 de orașe din Danemarca. Cursul a difuzat cunoștințe despre Programul danez de vaccinare a copiilor și despre bolile care pot fi prevenite prin vaccinare, precum și îndrumări privind comunicarea cu părinții reticenți față de vaccinare. Asistenții medicali au fost desemnați „ambasadori ai vaccinării” și au fost încurajați să împărtășească lecțiile învățate și cu alți colegi. Asistenții medicali au fost aleși ca categorie țintă a formării datorită vizitelor lor regulate la proaspătii părinți și a prezenței lor în școli. Programul s-a derulat în 2019, 2021 și 2022. Nu s-a efectuat o evaluare sistematică, dar s-a colectat feedback la sfârșitul fiecărei zile. Asistenții medicali au apreciat informațiile actualizate despre bolile vizate de programul de vaccinare, precum și oportunitatea de a se întâlni cu colegii și de a discuta despre experiențele lor. Interesul pentru program a rămas constant în fiecare an.	Convingerea
Franța [52-54]	Părinții/Îngrijitorii	Moșele au fost instruite cum să folosească interviul motivațional pentru a pregăti mamele care tocmai născuseră și partenerii acestora pentru vaccinarea nou-născuților. Experiența din Quebec a arătat că, prin construirea unui parteneriat cu personalul medical, interviul motivațional poate contribui la consolidarea motivației și a angajamentului unei persoane față de schimbarea comportamentului. Intervenția a avut loc din noiembrie 2021 până în aprilie 2022 în două secții de maternitate: Sainte Musse, Toulon; Saint Joseph, Marsilia în sud-estul Franței. A fost efectuat un studiu clinic intervențional randomizat și controlat care a constatat o reducere semnificativă cu 33 % a motivelor de îngrijorare cu privire la vaccinare în brațul cu interviu motivațional, față de o scădere nesemnificativă de 17 % în brațul de control (prospect). Reducerea motivelor de îngrijorare cu privire la vaccinare, măsurată inițial, a rămas la fel de mare când mamele au fost contactate la șapte luni de la părăsirea secției de maternitate. Un grup de lucru în colaborare examinează transferabilitatea acestei intervenții la alte populații țintă. Această intervenție a fost parțial susținută de grantul Uniunii Europene pentru cercetare și inovare - Orizont 2020, 964728 (JITSUVAX) și este descrisă în Tabelul 7. Informații suplimentare: www.jitsuvax.com	Convingerea, Calculele

Suedia [55,56]	Personalul medical	Programele de adaptare a imunizărilor (Tailoring Immunizations Programmes, TIP) ale OMS, care includ un proces în etape pentru identificarea barierelor și a factorilor care facilitează vaccinarea în contextul local, conceperea și dezvoltarea de intervenții adaptate, precum și implementarea și urmărirea activităților, au fost traduse și adaptate la contextul suedez pentru implementare regională. Până în prezent, patru regiuni au demarat proiecte-pilot pe baza acestui ghid. Printre activitățile principale se numără ateliere de lucru pentru a facilita metoda TIP cu fiecare dintre actorii regionali responsabili de implementarea Programului național de imunizare (PNI). De asemenea, au avut loc reuniuni comune și prelegeri cu actorii regionali, precum și activități de cooperare și schimb de experiență. Adaptarea se bazează pe activitatea anterioară privind ghidul TIP din 2013, axat pe o comunitate somaleză din afara orașului Stockholm. Acest lucru a fost realizat deoarece, în ciuda unei acoperiri vaccinale în general mari la copii în Suedia, în cadrul PNI, actorii regionali și locali trebuie susținuți mai bine pentru a înțelege schimbările care au loc în acoperirea vaccinală și acceptarea vaccinării. Reiese clar că, pe lângă traducere, este nevoie și de o adaptare contextuală continuă. Proiectele pilot facilitează consolidarea capacităților comune, învățarea colectivă și generarea de cunoștințe. Proiectele pilot au început în 2021 și se desfășoară până în 2025, evaluarea fiind planificată pentru mai târziu. Ghidul TIP suedez va fi revizuit și actualizat în 2025 pe baza feedbackului și a lecțiilor învățate din cele patru proiecte pilot.	Convingerea, Constrângerile, Confortul
Suedia [57,58]	Personalul medical	Au fost elaborate materiale educaționale pentru a sprijini dialogul cu privire la vaccinare. Această intervenție se adresează asistenților medicali și medicilor responsabili de vaccinare în cadrul serviciilor de asistență medicală pentru copii sau în școli. Poate fi folosită și de alte cadre medicale responsabile de vaccinare. Obiectivul este de a sprijini asistenții medicali care se ocupă de vaccinare în construirea încrederii în timpul conversației cu părinții, prin furnizarea unui instrument de dialog structurat și deschis și a unor module de formare pentru reflecție și formare împreună cu colegii din mediul local. Dialogul dintre personalul medical și părinți este cunoscut drept un instrument puternic pentru construirea încrederii în vaccinare. Concluziile unui studiu de interviu calitativ realizat în 2019 de Agenția de Sănătate Publică din Suedia cu asistenți medicali (asistență medicală pentru copii și asistență medicală școlară) au indicat o lipsă de sprijin și de structură pentru asistenții medicali care trebuiau să facă față unor situații în care se simțeau inconfortabil și nu știau cum să răspundă la întrebări specifice ale părinților și/sau la reticența generală înainte de luarea unei decizii privind vaccinarea. Pentru a răspunde acestei nevoi a fost elaborat un material de formare adaptat, inspirat de materialul de formare al OMS intitulat „Conversații pentru construirea încrederii în vaccinare și alte studii”. Principalele materiale educaționale disponibile pentru descărcare începând din 2023 pentru personalul medical sunt un manual de utilizare pentru desfășurarea formării, o prezentare PowerPoint a formării și o broșură care rezumă instrumentul în cinci pași pentru sprijinirea dialogului. Abordarea în cinci pași urmărește să genereze un dialog deschis cu părinții în privința vaccinării, explorând și abordând în același timp întrebările pe care aceștia le-ar putea avea. Disponibilitatea materialelor a fost comunicată de mai multe ori în timpul Săptămânii europene a imunizării și prin diverse e-mailuri adresate rețelelor profesionale. În timpul elaborării materialului au fost organizate mai multe ateliere pentru testarea și crearea în comun a materialului cu categoriile țintă din câteva regiuni și rețele profesionale. După publicare au fost efectuate o serie de prezentări și ateliere pentru a difuza materialul și a urmări reacțiile la acesta. Instrumentul nu a fost încă evaluat în mod sistematic, urmând ca acest lucru să înceapă în 2025.	Convingerea, Constrângerile, Confortul

România	Părinți/Îngrijitorii	Intervenția se axează pe trimiterea de mesaje text de reamintire părinților și îngrijitorilor. În România a fost instituit în 2011 un Registru Electronic Național de Vaccinări. Trimiterea de mesaje text de reamintire a fost o intervenție pusă în aplicare în 2018, cu scopul de a mări conformarea îngrijitorilor la vaccinarea copiilor, potrivit calendarului național de imunizare. De regulă, conformarea îngrijitorilor la vaccinurile recomandate pentru copii scade, cu excepția vaccinurilor recomandate în primele zile după naștere. Acest lucru ar fi putut fi cauzat de reticență, dar și de informațiile insuficiente despre vârstele recomandate pentru vaccinare și disponibilitatea vaccinurilor. Mesajele text se trimit la nivel național, pentru toți copiii, înainte de data estimată a vaccinării. Există planuri de evaluare a impactului acestei intervenții.	Constrângerile
---------	----------------------	---	----------------

Tabelul 4. Intervenții legate de vaccinarea împotriva papilomavirusului uman (HPV)

Stat membru	Publicul țintă	Descrierea intervenției	C-urile corespunzătoare
Danemarca [59]	Populațiile vulnerabile din punct de vedere social	Intervenția s-a axat pe dialogul cu persoane care provin din minorități etnice, cu scopul de a face schimb de cunoștințe privind vaccinarea împotriva HPV și alte servicii de sănătate, de a dobândi cunoștințe despre barierele din cadrul categoriilor țintă și de a mări încrederea în serviciile de sănătate, în personalul medical și în autoritățile din domeniul sănătății. Autoritatea daneză pentru sănătate a colaborat cu Mino Danmark pentru a organiza „Mino Talks” (Discuții Mino), un eveniment care promovează conversațiile democratice și oferă cuvântul cetățenilor care provin din minorități pentru a dezbate și a împărtăși provocările cu care se confruntă. Au avut loc șase Discuții Mino și au fost lansate eforturi de sensibilizare în toate zonele, care au contribuit la recrutarea pentru evenimente. Fiecare Discuție Mino a constat în două dezbateri, prima fiind dedicată în mod specific vaccinării împotriva HPV și screeningului pentru cancerul de col uterin. Dezbaterile au fost diferite de la un oraș la altul, pentru ca vocile locale să poată fi auzite. Evenimentele au avut loc în octombrie și noiembrie 2023 în zonele Vejle, Brøndby, Gellerupparken (Aarhus), Vollsmose (Odense), Tingbjerg și Slagelse. Zonele au fost selectate pe baza zonelor în care locuiesc mulți cetățeni ai minorităților etnice. În general, publicul a fost foarte implicat și a adresat multe întrebări. În plus, ce a funcționat bine a fost că la dezbateri au participat persoane care și-au putut împărtăși experiența de viață, creându-se astfel un spațiu sigur.	Convingerea, Constrângerile, Confortul
Germania [60]	Copiii (12 ani și sub), Adolescenții (13–17 ani)	Controlul medical al adolescenților (J1) – realizat de medici generaliști și pediatri – se poate efectua între 12 și 14 ani. Este o ocazie de a verifica starea generală de sănătate, situația vaccinării și dezvoltarea la pubertate. Aceste controale medicale periodice sunt gratuite și permit interacțiunea adolescenților și a părinților lor cu personalul medical, ceea ce reprezintă o bună ocazie de a reaminti categoriilor țintă despre vaccinarea împotriva HPV. Rezultatele evaluării au sugerat o probabilitate mai mare de vaccinare împotriva HPV dacă adolescentele fac controlul medical J1. Asocierea dintre controlul medical J1 și vaccinarea împotriva HPV a fost cea mai puternică la copiii de 12 ani și a scăzut odată cu înaintarea în vârstă. Această constatare sugerează o asociere pozitivă a controlului medical J1 atât cu vaccinarea împotriva HPV în general, cât și cu vaccinarea la timp înainte de începerea vieții sexuale. Totuși, controlul medical J1 nu se face încă suficient la adolescenții din Germania. Informații suplimentare despre controlul medical J1: Fiecare copil din Germania are dreptul legal la 10 controale medicale. Costurile sunt acoperite de asigurarea de sănătate.	Constrângerile, Convingerea, Confortul

		Controalele medicale au loc în primii șase ani de viață. La aceste programări, pediatrul verifică dacă copilul se dezvoltă potrivit vârstei și se abordează subiecte precum protecția prin vaccinare. Controalele medicale contribuie la detectarea bolilor sau a întârzierilor de dezvoltare într-un stadiu incipient. Tratamentul oportun sau sprijinul special poate preveni sau cel puțin reduce posibilele consecințe asupra sănătății. În adolescență se adaugă un control de prevenție suplimentar, J1.	
Germania [61]	Personalul medical	Formarea personalului medical în tehnici de interviu motivațional, inclusiv a medicilor pediatri și a asistenților medicali care lucrează în cabinete private din Bremen și Bavaria, a fost efectuată pentru a sprijini pacienții în decizia lor de vaccinare împotriva HPV. Intervenția a inclus evaluarea printr-o anchetă reprezentativă a nevoilor de formare ale personalului medical, cum ar fi identificarea subiectelor dificile privind vaccinarea împotriva HPV. Au fost elaborate activități de formare care fac legătura între tehnicile de interviu motivațional și subiectele vaccinării împotriva HPV. Cabinetele private participante au primit (a) formare clasică privind HPV, (b) formare privind interviul motivațional sau (c) nicio formare. La momentul transmiterii datelor către ECDC, în octombrie 2024, se desfășoară o evaluare a capacităților personalului medical participant de a purta conversații despre vaccinarea împotriva HPV utilizând tehnici de interviu motivațional. Printre limitări s-au numărat dificultățile de a recruta cadre medicale și de a le convinge să învețe metode noi.	Convingerea
România	Categorii cu risc	Se oferă vaccinuri rambursate (50 % până la 100 %) pentru anumite categorii cu risc mare (HPV; varicelă; meningococic împotriva serogrupurilor B, ACWY; hepatită B), cu accent pe persoanele cu boli cronice. În România, vaccinarea adulților, inclusiv vaccinarea personalului medical, nu a fost foarte bine reprezentată înainte de septembrie 2023. Doar vaccinurile împotriva COVID-19, gripei, dTpa pentru femeile gravide, vaccinul împotriva hepatitei B pentru persoanele nevaccinate care fac dializă și HPV pentru adolescente au fost furnizate gratuit în cadrul programului național de vaccinare. La sfârșitul lunii august 2023 a fost adoptat un nou cadru juridic care reglementează rambursarea anumitor vaccinuri pentru unele categorii cu risc mare, cu scopul de a mări disponibilitatea și vaccinarea cu anumite vaccinuri. Se oferă cursuri pentru furnizorii de servicii medicale, împreună cu campanii de comunicare îmbunătățite. Unele dintre motivele ratei mici de vaccinare în rândul unor categorii cu risc mare sunt costul vaccinurilor, dificultatea accesului la ele, precum și lipsa unei recomandări din partea furnizorului obișnuit de servicii medicale. Evaluarea din 2023-2024 a acestei intervenții a arătat o creștere a vaccinării împotriva HPV. În primele 10 luni de rambursare a vaccinărilor, peste 70 000 de persoane au început să se vaccineze. S-a observat și o creștere a ratei de vaccinare împotriva gripei, mai ales la copii, în comparație cu sezonul anterior.	Constrângerile

Tabelul 5. Intervenții legate de vaccinarea împotriva COVID-19 și a gripei

Stat membru	Publicul țintă	Descrierea intervenției	C-urile corespunzătoare
Bulgaria [62]	Publicul larg, Personalul medical	În timpul pandemiei de COVID-19 a fost lansată o platformă web educațională „+men (+me)” despre vaccinare pentru a promova vaccinarea împotriva COVID-19 și pentru a răspunde preocupărilor legate de vaccinare. Scopul a fost de a ajuta publicul larg să facă alegeri în cunoștință de cauză cu privire la vaccinare, prin furnizarea de informații într-un limbaj simplu din partea unor cadre medicale de încredere. După pandemia de COVID-19, site-ul a fost extins pentru a include programul complet de imunizare.	Calculule, Confortul, Convingerea

		Printre subiectele abordate se numără explicații privind riscurile asociate bolilor care pot fi prevenite prin vaccinare și beneficiile vaccinării, precum și informații despre siguranța și accesul la vaccinare. Informațiile destinate diferitelor categorii ale publicului larg sunt diferențiate în funcție de nevoile acestora. Informațiile destinate personalului medical cuprind materiale științifice privind beneficiile vaccinării, informații despre caracteristicile vaccinurilor și înregistrări ale webinarilor de interes pentru specialiști. Astfel, proiectul își propune să le îmbunătățească gradul de pregătire pentru a aplica în mod optim imunoprofilaxia și a răspunde la preocupările pacienților.	
Danemarca [63,64]	Populațiile vulnerabile din punct de vedere social	În timpul programului de vaccinare din pandemia de COVID-19 au fost puse în aplicare o serie de intervenții de implicare a comunității, inclusiv vaccinarea pop-up și schimbul de informații, pentru a ajunge la populațiile vulnerabile social cu o rată de vaccinare mai mică decât media. O selecție a acestora este prezentată mai jos: Consiliul pentru refugiați din Danemarca a deschis o linie telefonică de urgență la care cetățenii aparținând unei minorități etnice puteau primi răspunsuri la întrebările pe care le aveau despre vaccinarea împotriva COVID-19 în limba lor maternă și de la angajați care le înțelegeau și cunoșteau mediul cultural. O rețea de medici proveniți din minorități au efectuat vaccinări „pop-up” (mobile) în zonele în care locuia categoria țintă. Cadre medicale ale Corpului de dialog în domeniul sănătății au fost prezente la centrele de vaccinare „pop-up”, de exemplu la școli, licee și în locuri publice, la locuri de muncă și la evenimente culturale, pentru a face schimb de informații și a răspunde la întrebări.	Constrângerile, Convingerea
		Fundația pentru Responsabilitate Socială a elaborat materiale de informare distribuite de „ambasadori” de cartier voluntari, care reflectau componența categoriei țintă în ceea ce privește sexul și originea etnică. Vaccinarea „pop-up” a fost pusă la dispoziția angajaților care lucrează în lanțuri de magazine, dacă organizația care reprezintă magazinele a pus la dispoziție facilități și personal, inclusiv standuri de vaccinare în depozite. Crucea Roșie a oferit însoțire la vaccinare cetățenilor vulnerabili din toate localitățile și a fost prezentă la centrele de vaccinare. Cooperarea cu asociația de locuințe sociale („Danmarks Almene Boliger”) a dus la informarea angajaților și rezidenților cu privire la vaccinare prin articole și alte canale media. S-a efectuat o evaluare calitativă a experiențelor rezultate din eforturile specifice. Deși nu s-a putut stabili o legătură de cauzalitate, datele de monitorizare la nivel local au arătat o creștere a acoperirii vaccinale între momentul dinaintea eforturilor specifice și cel ulterior. O lecție importantă a fost că centrele de vaccinare „pop-up” au mult mai puțin succes dacă nu sunt însoțite de un efort substanțial în ceea ce privește implicarea comunității și schimbul de informații.	
Estonia	Vârstnicii, Categoriile cu risc	Fondul de asigurări de sănătate a trimis persoanelor în vârstă și altor categorii cu risc mesaje personalizate pe telefonul mobil de reamintire a vaccinării antigripale și împotriva COVID-19. Au fost identificate persoanele care se încadrează în categoriile țintă cu risc pentru gripă și COVID-19 și a fost pus la punct un sistem de mesagerie telefonică mobilă pentru a trimite în timp util mesaje de reamintire categoriilor identificate, cu informații despre momentul și locul în care ar trebui să se vaccineze. Această intervenție a fost concepută ca urmare a necesității de a răspunde întrebărilor referitoare la momentul, locul și persoanele care ar trebui să vaccineze și de a consolida campaniile existente în mijloacele de comunicare socială și tradițională. Intervenția a început în urmă cu doi ani și continuă și astăzi în sezonul gripal.	Constrângerile, Confortul

		Feedbackul informal din partea populației generale și a personalului medical a fost pozitiv, ceea ce arată că este o măsură cuprinzătoare pentru a îmbunătăți rata de vaccinare.	
Finlanda	Copiii (6 ani și sub), Părinții/Îngrijitorii	S-a desfășurat o inițiativă de vaccinare împotriva gripei în centrele de îngrijire de zi cu medici vaccinatori de la centrele de sănătate din localități. Categoriile țintă pentru vaccinare au fost copiii în vârstă de cinci ani și mai mici, precum și copiii de șase ani care frecventează centrele de îngrijire de zi înainte și după grădiniță, precum și părinții și îngrijitorii lor, dacă aparțineau categoriilor cu risc. Intervenția a avut loc în Etelä-Savo, în perioada 2020-2022. Scopul a fost de a proteja copiii și comunitatea împotriva gripei, care se poate răspândi cu ușurință, mai ales în medii închise, cum ar fi centrele de îngrijire de zi. Au fost lipite afișe la centrele de îngrijire de zi pentru a informa părinții despre disponibilitatea vaccinării, fără să fie nevoie de mai multă publicitate. Nu au trebuit făcute programări separate, vaccinarea fiind administrată la lăsarea sau la luarea copilului de la centrul de zi. S-a putut ajunge la multe familii cu copii cu resurse minime, iar acoperirea vaccinală a crescut pe plan local.	Constrângerile, Confortul
Finlanda	Publicul larg, Adulții (18 ani și peste)	În multe orașe, de exemplu Espoo și Tampere, vaccinurile au fost puse la dispoziție în marile centre comerciale. Personalul venea de la centrul de sănătate al municipiului/orașului, iar vaccinurile erau distribuite de la centrul farmaceutic local/farmacia spitalului. Centrele comerciale au fost considerate ca fiind situate central și ușor accesibile și, prin urmare, un loc convenabil pentru administrarea vaccinurilor. Punerea la dispoziție a vaccinurilor în locuri ușor accesibile poate mări acoperirea vaccinală și poate ajuta la protejarea comunităților împotriva gripei și COVID-19, permițând oamenilor să câștige timp și să facă mai puține eforturi. Vaccinarea într-un mediu familiar, cum ar fi un centru comercial, poate reduce stresul și anxietatea asociate cu procedurile medicale. Afluența mare de clienți din centrele comerciale permite administrarea vaccinărilor la un număr mare de persoane într-o perioadă scurtă de timp. Evenimentele de vaccinare organizate în centrele comerciale necesită însă o bună planificare și organizare pentru a se asigura că totul se desfășoară în siguranță și eficient. În urma discuțiilor avute în locurile în care au fost implementate evenimentele în perioada 2020-2022, a reieșit clar că locuitorii acestor zone erau mulțumiți de această opțiune. Nu a fost nevoie să se planifice timp suplimentar pentru vaccinare din moment ce se putea face în paralel cu alte treburi.	Constrângerile
Grecia [65]	Populațiile din regiuni îndepărtate, Populațiile vulnerabile din punct de vedere social	Începând din ianuarie 2021 au fost implementate numeroase acțiuni pentru a facilita accesul tuturor cetățenilor la vaccinare împotriva COVID-19. Programul de imunizare a fost implementat în regiuni îndepărtate și în insule prin dezvoltarea unor centre de vaccinare suplimentare. Programul de vaccinare la domiciliu, cu medici din sistemul privat și unități mobile de imunizare, a fost elaborat pentru a facilita vaccinarele celor care nu puteau merge la un centru de vaccinare, inclusiv a categoriilor vulnerabile ale populației, cum ar fi refugiații, migrantii și romii. În sprijinul acestui proiect a fost dezvoltată o nouă aplicație software pentru planificarea și înregistrarea programărilor de către medicii din sistemul privat și centrele de sănătate. Datele despre vaccinare au fost culese prin constituirea pentru prima dată a unui registru electronic de vaccinări (IIS).	Constrângerile
Irlanda [66]	Personalul medical, Femeile gravide	Intervenția a vizat creșterea gradului de acceptare a vaccinării în rândul femeilor gravide, răspunzând la întrebările și preocupările lor, cu accent pe elaborarea de materiale și pe formarea moașelor. A fost înființat un forum național pentru a asculta și a înțelege preocupările femeilor și pentru a elabora materiale în colaborare cu tutorii moașelor, inclusiv materiale video pentru a sprijini moașele în comunicarea cu pacienții. Moașele sunt voci de încredere care au influență în sprijinirea femeilor în timpul sarcinii. În plus, au fost organizate regulat webinare cu lucrătorii din domeniul sănătății publice pentru a-i sprijini în rolul lor de mesageri principali ai	Convingerea, Constrângerile

		programului de vaccinare împotriva COVID-19, ca să poată răspunde rapid întrebărilor cu date concrete și sprijin. S-au desfășurat activități de colaborare cu ONG-uri care reprezintă comunități vulnerabile, cum ar fi comunitățile de nomazi (de exemplu, Pavee Point), și cu personalul medical, pentru a realiza materiale video cu recomandări clare și exacte în 10 limbi. Vaccinul a fost pus la dispoziție în farmacii și în unele maternități. Activitățile au avut loc în perioada septembrie-decembrie 2021 la maternități și în farmacii. Unele servicii de maternitate au organizat clinici de vaccinare în cadrul maternităților, cu rată mare de acceptare. În timpul intervenției s-a înregistrat o rată de administrare de 58 % în rândul pacientelor gravide și de 77 % în rândul partenerilor.	
Irlanda [67]	Populațiile vulnerabile din punct de vedere social	În perioada 2021-2023 a fost înființat un forum comunitar pentru organizațiile de migranți, pentru a împărtăși informații actualizate despre programul de vaccinare împotriva COVID-19, pentru a le înțelege nevoile și a le sprijini cererile de sprijin. În 2022, aproape 12 % din populația irlandeză era alcătuită din cetățeni non-irlandezi. Scopul a fost de a sprijini toate persoanele care locuiau în Irlanda și care erau eligibile pentru vaccinarea împotriva COVID-19 și de a le înțelege cerințele în materie de informare, luând în considerare limba, formatul informațiilor și modul în care vorbim despre vaccinuri și abordăm preocupările și întrebările. Activitățile au inclus o întâlnire lunară online cu grupurile comunitare pentru a le asculta preocupările și a răspunde întrebărilor pe care le primeau de la membrii lor, precum și o actualizare săptămânală a activității de campanie din partea serviciului de sănătate, transmisă prin e-mail pentru ca grupurile să o transmită mai departe membrilor lor. Comunității i s-a oferit și o formare adaptată în legătură cu interviul motivațional. O mică sumă de bani a fost pusă la dispoziția grupurilor comunitare pentru a finanța elaborarea de materiale pentru comunitățile lor.	Constrângerile, Convingerea
Irlanda [68]	Publicul larg, Populațiile vulnerabile din punct de vedere social	Scopul a fost de a face vaccinul împotriva COVID-19 accesibil unui număr cât mai mare de persoane și de a reduce povara bolii. Printre activitățile în curs începând din 2021 se numără clinici în comunitate, consiliere cu privire la riscurile bolii COVID-19 și beneficiile vaccinării împotriva COVID-19, precum și oportunități multiple de vaccinare împotriva COVID-19. O atenție deosebită a fost acordată persoanelor care trăiesc în medii aglomerate prin furnizarea de vaccinuri în aceste locuri (de exemplu, celor din închisori, centre de îngrijire de lungă durată și refugiaților care solicită protecție) și categoriilor vulnerabile ale populației (de exemplu, celor care accesează servicii pentru persoane fără adăpost). Accesul la vaccinarea împotriva COVID-19 a fost asigurat și în locurile în care apăreau focare, de exemplu în unitățile de ambalare a cărnii. S-au deschis clinici mobile de vaccinare în medii comunitare accesibile și în centre comerciale. Pentru persoanele eligibile, vaccinul este disponibil gratuit în farmaciile participante, precum și la cabinetele medicilor de familie. Focarele au fost reduse ca urmare a ratei mari de vaccinare. S-a construit o relație de încredere cu comunitățile prin înțelegerea și abordarea preocupărilor lor. Accesibilitatea vaccinării a stat la baza analizei modului în care ar trebui înființate clinicile de vaccinare. De asemenea, au fost trimise mesaje text și e-mailuri de reamintire categoriilor eligibile.	Constrângerile
Lituania [69]	Personalul medical	O intervenție pentru creșterea acoperirii vaccinale împotriva COVID-19 în rândul categoriilor cu risc prin includerea unui stimul financiar pentru personalul medical, ca să îndemne persoanele cu risc să se vaccineze atât împotriva gripei sezoniere, cât și împotriva COVID-19 în cadrul aceleiași consultații. Printre categoriile cu risc cărora li se recomandă vaccinarea se numără persoanele cu boli cronice, cele cu vârsta peste 65 de ani, personalul medical, persoanele care locuiesc în instituții rezidențiale și femeile gravide. Vaccinarea împotriva COVID-19 se poate efectua la toate unitățile de asistență medicală personală care dețin vaccinuri împotriva COVID-	Constrângerile

		19, nu neapărat la unitatea de asistență medicală personală la care este înregistrată persoana. Înregistrarea în vederea vaccinării se efectuează prin sistemul de înregistrare prealabilă a pacienților (IPR IS); vaccinarea împotriva COVID-19 este gratuită pentru toți.	
Slovacia [70]	Categoriile vulnerabile din punct de vedere social	S-a desfășurat o campanie de abordare a barierelor din calea vaccinării împotriva COVID-19 specifice districtului Rožňava, o regiune cu sate slab populate, aflate la distanțe mari unele de altele, cu scopul de a combate informarea greșită și gradul mic de conștientizare a beneficiilor vaccinării. Principalele categorii țintă au fost categoriile marginalizate și minoritare, și anume romii și o minoritate maghiară. Campania a avut loc în perioada mai 2021-martie 2022 și a implicat echipe mobile de vaccinare care s-au deplasat în orașe, localități mici, locuri de muncă și gospodării și s-au întâlnit cu reprezentanți din locuri cu rate mici de vaccinare, precum și zile suplimentare de vaccinare în spitale. S-a deschis o linie telefonică pentru înregistrarea în vederea vaccinării și pentru a răspunde la întrebări despre vaccinare. S-au furnizat informații specifice prin broșuri disponibile în mai multe limbi, reclame TV, o pagină web a campaniei și postări pe platformele de comunicare socială. Rezultatul acestei intervenții a fost creșterea ratelor de vaccinare în districtul Rožňava, de la 21 % în mai 2021 la 42 % în martie 2022, cu o variație între 13-60 % în localități diferite. Alte instituții regionale de sănătate publică din Slovacia s-au arătat interesate să aplice în activitățile lor informații din această experiență.	Convingerea, Constrângerile, Confortul
Suedia	Categorii cu risc	Persoanele cu vârsta între 18 și 64 de ani care aparțin categoriilor cu risc medical pentru vaccinarea antigripală sunt identificate prin intermediul dosarelor electronice de sănătate (pe baza codurilor ICD-10). Informațiile despre vaccinarea împotriva gripei sezoniere sunt trimise acestor persoane sub forma unei scrisori la adresa lor de domiciliu. Scrisoarea se trimite anual, înainte de începerea campaniei de vaccinare împotriva gripei sezoniere. Furnizând informațiile direct celor în cauză, personalul medical îi poate impulsiona și, astfel, poate mări acoperirea vaccinală.	Constrângerile
România	Populația generală, Categoriile cu risc	Vaccinarea antigripală a fost furnizată în farmaciile comunitare, împreună cu un program de formare a farmaciștilor pentru promovarea și furnizarea vaccinării antigripale. Farmaciile au fost autorizate să administreze vaccinul antigripal și au fost promovate farmaciile care furnizau acest serviciu. În România, rata de vaccinare împotriva gripei este mică, atât în rândul categoriilor cu risc, cât și în rândul populației generale. Această intervenție, care a început în perioada 2022-2023, a avut ca scop creșterea accesului la vaccinarea antigripală, în special pentru populația generală, și reducerea circulației în comunitate a virusurilor gripale. S-a furnizat formare unui număr tot mai mare de farmaciști. A crescut și numărul de farmacii înscrise în program, precum și numărul de vaccinări antigripale efectuate în farmacii.	Constrângerile

Tabelul 6. Intervenții privind vaccinarea împotriva altor boli [variola maimuței (mpox), tusea convulsivă]

Stat membru	Publicul țintă	Descrierea intervenției	C-urile corespunzătoare
Finlanda [71]	Categoriile cu risc pentru variola maimuței	În 2022, vaccinarea împotriva variolei maimuței (mpox) a fost administrată membrilor personalului HIV Point, în unitățile lor. HIV Point este gestionat de Fundația finlandeză pentru HIV și urmărește să promoveze sănătatea, starea de bine și egalitatea pentru persoanele cele mai afectate de HIV, punând accentul pe prevenirea HIV și a altor infecții cu transmitere sexuală. Persoanelor cu HIV și cu alte infecții cu transmitere sexuală li se furnizează servicii de testare, sprijin și consiliere. Vaccinarea se poate administra în mod anonim și se pot obține informații despre HIV și hepatita B.	Constrângerile

		Persoanele au fost mulțumite de acest serviciu. HIV Point a fost văzut ca un loc sigur în care persoanele din categoria cu risc puteau merge să se vaccineze fără să iasă în evidență sau să fie stigmatizate.	
Norvegia [72,73]	Femeile gravide, Personalul medical din maternități	Intervenția s-a axat pe dotarea cadrelor medicale cu echipamentul necesar pentru vaccinarea femeilor gravide împotriva tusei convulsive. Printre activități s-au numărat adaptarea recomandărilor de îngrijire prenatală, adăugarea vaccinării femeilor gravide la programul de studii al moașelor, modificarea reglementărilor pentru a acorda moașelor dreptul de a solicita vaccinuri și clarificări juridice privind supravegherea adecvată a acoperirii vaccinale, a eficacității și siguranței vaccinării (și anume, accesul legal la datele cu caracter personal din mai multe registre centrale de sănătate). Intervenția este națională și se administrează în timpul controlului prenatal de rutină din săptămâna 24 a sarcinii. Gravidelor care au trecut de săptămâna 24 li se oferă, de asemenea, o vaccinare de recuperare la următorul control convenabil. Au fost efectuate sondaje privind atitudinile, intențiile și nevoile de informare ale personalului medical și ale femeilor gravide cu privire la vaccinarea gravidelor împotriva tusei convulsive, pentru a documenta planificarea intervenției. În plus, au fost implicate sindicatele personalului medical și, de asemenea, au fost trimise scrisori autorităților locale înaintea și în timpul implementării. Implementarea a început în mai 2024. În primele șase luni ale intervenției au fost vaccinate 27 058 de femei gravide din categoria țintă, rezultând o rată de acoperire estimată la 69 %.	Convingerea, Constrângerile

Tabelul 7. Intervenții în mai multe țări finanțate integral sau parțial de UE

Țări	Publicul țintă	Descrierea intervenției	C-urile corespunzătoare
Franța, Germania, România, Regatul Unit [36,74]	Personalul medical	JITSUVAX (Jiu Jitsu cu informare greșită în perioada COVID-19) este un proiect finanțat de UE prin programul Orizont 2020, coordonat de Universitatea din Bristol, care colaborează cu alte cinci instituții din UE, precum și cu una din Canada. Proiectul se va derula din aprilie 2021 până în martie 2025. Un cadru în patru pași pentru îmbunătățirea conversațiilor despre vaccinare dintre personalul medical și public, numit metoda „Empathetic Refutational Interview (ERI)”, a fost dezvoltat și testat prin studii online cu membri ai publicului care aveau îngrijorări cu privire la vaccinare și apoi implementat ca intervenție de formare în Regatul Unit, Franța, Germania și România. Intervenția a inclus formarea personalului medical în vederea utilizării ERI și evaluarea impactului predării acestei tehnici asupra competențelor și convingerii personalului medical, precum și a impactului ulterior asupra convingerii, atitudinilor și participării pacienților la vaccinare. ERI are la bază interviul motivațional, dar urmărește, în plus, să abordeze în mod direct informarea greșită despre vaccinare. Intervenția a fost efectuată în perioada 2022-2024. Testarea online a arătat că persoanele îngrijorate cu privire la vaccinare erau mai receptive la un cadru medical care folosea abordarea ERI decât la o abordare de control de contracarare directă a concepțiilor greșite privind vaccinarea. Intervențiile de formare din toate cele patru țări au arătat că formarea în tehnica ERI a îmbunătățit competențele și convingerea personalului medical în discuțiile despre vaccinare și abordarea informării greșite. Intervenția ERI a fost sprijinită parțial de grantul 964728 (JITSUVAX) din cadrul programului Orizont 2020 al Uniunii Europene pentru cercetare și inovare.	Convingerea, Calculele

Grecia, Polonia, Țările de Jos, Slovacia [34]	Comunitățile slab servite	Reducerea inegalităților în rata de vaccinare în regiunea europeană – Implicarea comunităților slab servite (RIVER-EU) este un proiect finanțat de UE cu durata de cinci ani (2021-2026), care implementează diverse intervenții pentru a aborda barierele sistemului de sănătate din calea vaccinării pentru categoriile slab servite din patru țări europene: Grecia, Polonia, Țările de Jos și Slovacia. RIVER-EU a început prin a studia barierele și factorii care facilitează accesul la vaccinare la fiecare categorie slab servită, pe baza elementelor de bază pentru sistemul de sănătate ale OMS [75]. Mai mult, o analiză realistă a identificat 36 de intervenții eficiente ale sistemului de sănătate pentru a îmbunătăți rata de vaccinare în comunitățile slab servite. Pe baza acestor constatări, în fiecare context s-a efectuat „o cercetare participativă a transferabilității” pentru a identifica și selecta intervenții utile și potențial transferabile pentru a depăși barierele și a consolida factorii facilitatori, în colaborare cu toate categoriile relevante de părți interesate din contextul țintă respectiv [76]. Printre ele s-au numărat, de exemplu, părinți, adolescenți, practicieni, profesori, autorități medicale și locale, ONG-uri și factori de decizie. Intervenția considerată în mod independent drept cea mai utilă și selectată de toate țările a fost o „intervenție de promovare a sănătății”. Promotorii din domeniul sănătății își valorifică alinierea culturală și lingvistică cu comunitatea slab servită pentru a oferi informații personalizate despre vaccinare, a contribui la depășirea barierele specifice comunității, a consolida încrederea și a sprijini oamenii să navigheze în sistemul de sănătate ca să aibă acces la vaccinare. În plus, în funcție de contextul specific, au fost luate în considerare individual alte abordări de intervenție din alte intervenții bazate pe dovezi [76]. Pe baza dovezilor obținute de promotorii din domeniul sănătății în alte contexte, fiecare țară a adaptat intervenția cu elemente specifice de intervenție și forme de implementare în contextul lor specific, folosind rezultatele analizei participative a transferabilității [77,78]. În toate contextele, implicarea personalului medical, în principal a medicilor, a reprezentat un aspect important al acceptabilității. Fie cadrele medicale au fost instruite și ca promotori în domeniul sănătății (Polonia), fie au fost asociate cu un promotor în domeniul sănătății (Grecia, Țările de Jos) sau au fost prezente pentru a furniza informații medicale specializate la nevoie (Slovacia). Principala constatare comună a fost că intervenția este adaptabilă, flexibilă și răspunde nevoilor comunității de la fața locului pentru a elimina barierele din calea accesului la vaccinare. RIVER-EU a păstrat accentul pe perspectivele membrilor comunității prin intermediul cercetării participative.	Convingerea, Constrângerile, Confortul, Calculele
Cipru, Germania, Grecia, Italia, Malta, Polonia, România, Spania [35]	Personalul medical, Cadrele medicale și asistenții sociali implicați în vaccinarea migranților nou sosiți	Accesul la vaccinare pentru migranții nou sosiți (AcToVax4NAM) a fost un proiect de trei ani și jumătate, finanțat de programul „UE pentru sănătate”. Proiectul AcToVax4NAM a folosit o metodologie cuprinzătoare și cu multiple fațete, menită să îmbunătățească accesul la vaccinare și rata de vaccinare în rândul migranților nou sosiți în UE/SEE. Proiectul a elaborat un instrument cuprinzător de cadru conceptual care reprezintă întregul proces de vaccinare, împărțindu-l în cinci nuclee: drepturi, accesibilitate, conformare, realizare și evaluare. Instrumentul este util pentru caracterizarea barierele sistemice și pentru propunerea de soluții pentru depășirea lor. Pentru a consolida capacitățile cadrelor medicale și asistenților sociali, AcToVax4NAM a conceput cursuri de formare specializate, specifice fiecărei țări, axate pe probleme legate de educația organizațională în materie de vaccinuri și de competențe interculturale.	Constrângerile

		Alt instrument elaborat este glosarul de termeni esențiali privind vaccinarea, care are ca scop îmbunătățirea capacității de reacție a sistemului de sănătate la problemele legate de educația în materie de vaccinuri, informarea și schimbul, într-un mod ușor de utilizat, de informații esențiale referitoare la vaccinuri. Glosarul se adresează în primul rând personalului nemedical care intră în contact cu migranți nou sosiți în activitatea sa zilnică și care, prin urmare, poate promova sănătatea acestora și le poate recomanda vaccinarea. De asemenea, au fost elaborate diagrame pentru a ajuta țările să identifice barierele specifice și să aplice soluții ținute în contextul lor particular. Este disponibilă și o bază de date ușor de utilizat cu instrumentele identificate și dezvoltate recent. Toate rezultatele proiectului, împreună cu soluțiile testate și recomandările finale, sunt disponibile pe site-ul proiectului.	
--	--	--	--

Utilizarea cadrului în 5 pași al OMS pentru structurarea elaborării strategiilor și intervențiilor de acceptare a vaccinării

Cadrul „5 pași în aplicarea științei comportamentale” al OMS este un cadru pas cu pas care poate fi util pentru structurarea elaborării strategiilor și intervențiilor de acceptare a vaccinării [2]. Folosește o abordare de tip „gândire sistemică” – care ia în considerare cum interacționează și se influențează reciproc diferitele părți ale unui sistem – pentru a aborda complexitatea problemelor de sănătate publică. Această secțiune oferă instrucțiuni cu privire la modul în care cadrul în 5 pași se poate aplica la elaborarea strategiilor și intervențiilor de acceptare a vaccinării, inclusiv modul de integrare în acest proces a instrumentelor și metodelor prezentate în raport.

Cei 5 pași sunt:

- Pasul 1: **definirea** problemei din punctul de vedere al comportamentului;
- Pasul 2: **identificarea** factorilor facilitatori și a barierelor din calea comportamentului identificat;
- Pasul 3: **conceperea** strategiei ținând cont de nevoile categoriilor specifice de public;
- Pasul 4: **implementarea** strategiei și
- Pasul 5: **evaluarea** intervenției pentru a desprinde învățăminte și a face ajustări, după caz.

Pasul 1: Definirea

Primul pas este selectarea unui comportament țintă pentru intervenție, luând în considerare impactul probabil al schimbării comportamentului asupra rezultatului pe care doriți să-l influențați, precum și fezabilitatea schimbării comportamentului și a măsurării schimbării. Definirea unui comportament țintă care să fie cât mai specific posibil va facilita orientarea elaborării și evaluării intervenției.

Pe scurt, pentru a defini problema în termeni de comportament, luați în considerare „cine” trebuie să facă „ce” diferit, precum și „unde”, „când” și „cât de des”. Este important să se țină seama de comportamentul celorlalți, precum și de cel al categoriei țintă.

Luați în considerare următoarele întrebări:

- Al cui comportament trebuie să se schimbe?
- Ce comportament ar trebui să se schimbe? Cine trebuie să facă ce anume diferit?
- Unde trebuie să facă acest lucru?
- Când și cât de des trebuie să facă acest lucru?

Pasul 2: Identificarea

Al doilea pas implică identificarea barierelor și a factorilor care facilitează comportamentul dorit, fie că este vorba despre adoptarea unui comportament dorit, încetarea unui comportament nedorit sau schimbarea unui comportament. Barierele și factorii facilitatori pot viza persoana (de exemplu, abilități, motivații), mediul social și cultural (de exemplu, ce fac/așteaptă ceilalți, conștient sau inconștient) sau cadrul extern (de exemplu, infrastructură, accesibilitate).

Instrumentul de anchetă (Secțiunea 2.1), care se bazează pe modelul 5C (Confort, Comoditate, Convingere, Calcule și Responsabilitate Colectivă), sprijină culegerea de date pentru identificarea barierelor și a factorilor care facilitează vaccinarea, permițând astfel să se înțeleagă ce trebuie schimbat pentru a îmbunătăți implementarea. Instrumentul de anchetă se poate folosi transversal (un instantaneu în timp) sau longitudinal (în timp).

Instrumentul de anchetă conține atât întrebări cantitative și calitative, cât și întrebări pentru strângerea de informații sociodemografice. Combinarea întrebărilor cantitative și calitative într-o abordare bazată pe metode mixte va contribui la furnizarea de informații mai aprofundate din perspective multiple, ajutând la o mai bună identificare a domeniilor pentru intervenții specifice.

Chiar și în cazul în care expertiza și resursele lipsesc, identificarea este un pas care ar trebui parcurs sistematic înainte de a trece la elaborarea de strategii și intervenții eficiente.

Luați în considerare următoarele întrebări:

- Care sunt barierele comportamentale și factorii care facilitează acceptarea vaccinării?
- Care dintre cele 5C-uri sunt importante pentru categoria (categoriile) de populație vizată (vizate) în legătură cu o anumită vaccinare?
- Sunt mai multe din cele 5C-uri importante pentru unele categorii de populație în legătură cu o anumită vaccinare?

Pasul 3: Elaborarea

Constatările de la pasul 2 (identificarea) constituie baza pentru desemnarea strategiilor și intervențiilor cu cele mai mari șanse de a avea un impact pozitiv asupra vaccinării. Colecția de intervenții menite să mărească gradul de acceptare a vaccinării, prezentată mai sus în această secțiune, oferă exemple concrete care pot inspira și contribui la elaborarea de strategii și intervenții adaptate la anumite C-uri.

Strategiile și intervențiile ar trebui adaptate pentru a răspunde la nevoile și preferințele unice ale populației țintă. Ar trebui elaborate în comun cu populația țintă și cu părțile interesate relevante și sunt susceptibile să aibă cel mai mare impact dacă includ o combinație de intervenții care pot funcționa împreună prin crearea de sinergii.

Luați în considerare următoarele întrebări:

- Ce strategii și intervenții ar putea motiva și/sau facilita comportamentul țintă?
- Sunt strategiile și intervențiile acceptabile și adecvate nevoilor și preferințelor unice ale populației țintă?
- Strategiile și intervențiile selectate implică o combinație de abordări sinergice, de exemplu acoperind mai multe din cele 5C-uri?

Pasul 4: Implementarea

Următorul pas este planificarea implementării unei strategii sau intervenții privind ce, unde, când și cine. Poate fi util un plan de intervenție detaliat, care să includă componente specifice (de exemplu, modul de furnizare, furnizorul, cadrul), precum și potențialele bariere și factorii facilitatori în legătură cu fiecare componentă. Valorificarea sinergiilor cu alte inițiative locale, naționale și internaționale, cum ar fi Săptămâna europeană a imunizării, poate contribui la îmbunătățirea impactului și a sprijinului [80].

Elaborarea în comun cu publicul țintă poate fi valorificată pentru a îmbunătăți șansele de succes ale implementării. Pe lângă faptul că ajută la mărirea gradului de acceptabilitate în rândul publicului țintă și al altor părți interesate importante (cum ar fi cele responsabile de realizare), colaborarea cu reprezentanți ai publicului țintă poate contribui și la identificarea barierelor importante în calea implementării și a factorilor importanți care facilitează implementarea.

Printre exemplele de bariere în calea implementării și de factori care facilitează implementarea se numără:

- Costurile pentru persoanele care au acces la intervenție, de exemplu, este o intervenție cu costuri mici sau mari pentru publicul țintă?
- Integrarea într-un sistem mai larg, de exemplu, cum se integrează intervenția dumneavoastră în fluxurile de lucru existente? Este susținută de alte părți interesate?
- Constrângerile tehnologice, de exemplu, are publicul țintă acces la internet și competențe de alfabetizare digitală?
- Constrângerile de timp, de exemplu, are publicul țintă timp să se implice în intervenția dumneavoastră?
- Contextul politic, de exemplu, cum ar putea contextul politic mai larg să vă influențeze intervenția?
- Accesul fizic, de exemplu, poate publicul țintă să aibă acces fizic la intervenția dumneavoastră sau este prea mobil în ceea ce privește schimbarea locației?

Luați în considerare următoarele întrebări:

- Cum se va realiza intervenția, de exemplu, față în față, prin mass-media digitală, presa scrisă, aplicație mobilă?
- Ce conținut urmează să fie furnizat?
- Cine va furniza conținutul?
- Unde va avea loc implementarea?
- În ce perioadă va avea loc implementarea?

Pasul 5: Evaluarea

Evaluarea este o componentă esențială a oricărei strategii sau intervenții, pentru a înțelege dacă sunt îndeplinite obiectivele, pentru a demonstra impactul și pentru a contribui la orice ajustări necesare pe parcurs. În mod concret, evaluarea poate contribui la:

- culegerea de dovezi privind eficacitatea unei intervenții;

- înțelegerea motivului pentru care a funcționat (sau nu) și pentru cine;
- identificarea rezultatelor neașteptate;
- estimarea caracterului generalizabil al unui program;
- justificarea utilizării resurselor;
- efectuarea de ajustări sau îmbunătățiri ale intervenției pe baza monitorizării și evaluării.

Există trei tipuri principale de evaluare referitoare la diferite faze ale strategiei sau intervenției:

- Evaluarea procesului – Ce tip de activități legate de strategie sau de intervenție pot fi monitorizate?
- Evaluarea rezultatelor – Se pot trage concluzii cu privire la efectul strategiilor și intervențiilor, de obicei prin comparații între înainte (de intervenție) și după (de exemplu, schimbări ale cunoștințelor, atitudinilor sau comportamentului)?
- Evaluarea impactului: Ce impact au avut strategiile și intervențiile asupra ratei de vaccinare (de exemplu, schimbări potențiale ale acoperirii vaccinale în rândul populației cu risc)?

Evaluarea la scară mai mică poate genera date și informații utile pentru îmbunătățirea și contextualizarea unei strategii sau intervenții în vederea obținerii unui impact mai mare asupra sănătății înainte de extinderea la scară mai mare. Datele pot fi culese din surse diferite, de exemplu din analize de documente, precum și prin culegere de date primare cu metode calitative și/sau cantitative.

OMS a publicat recomandări detaliate, inclusiv considerații și instrumente, de evaluare a impactului intervențiilor care vizează comportamentele legate de sănătate [81].

Luați în considerare următoarele întrebări:

- Este strategia sau intervenția fezabilă și acceptabilă?
- Strategia sau intervenția a fost realizată conform așteptărilor?
- Ce schimbări ale comportamentului țintă care pot fi atribuite strategiei sau intervenției se pot observa?

Referințe

1. European Centre for Disease Prevention and Control. Facilitating COVID-19 vaccination acceptance and uptake in the EU/EEA. Stockholm: ECDC, 2021. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/facilitating-covid-19-vaccination-acceptance-and-uptake>
2. World Health Organization (WHO). Principles and steps for applying a behavioural perspective to public health. Geneva: WHO; 2021. Available at: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/bi-tag-technical-note1_principles-and-steps.pdf?sfvrsn=efdefb39_5&download=true
3. Boyce T, Gudorf A, de Kat C, Muscat M, Butler R, Habersaat KB. Towards equity in immunisation. Euro Surveill. 2019;24(2):1800204. Available at: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.2.1800204>
4. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Threat assessment brief: Measles on the rise in the EU/EEA – Considerations for public health response. Stockholm: ECDC; 2024. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/threat-assessment-brief-measles-rise-eueea-considerations-public-health-response>
5. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Increase of pertussis cases in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2024. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/increase-pertussis-cases-eueea>
6. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Survey report on national seasonal influenza vaccination recommendations and coverage rates in EU/EEA countries. Stockholm: ECDC; 2024. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/survey-report-national-seasonal-influenza-vaccination-recommendations>
7. European Commission (EC). Council Recommendation of 22 December 2009 on seasonal influenza vaccination. Brussels: EC; 2009. Available at: <https://eur-lex.europa.eu/eli/reco/2009/1019/oj>
8. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). COVID-19 vaccination coverage in the EU/EEA during the 2023–24 season campaigns. Stockholm: ECDC; 2024. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-vaccination-coverage-eueea-during-2023-24-season-campaigns-1-september>
9. World Health Organization (WHO). Immunisation Agenda 2030: A global strategy to leave no one behind. Geneva: WHO; 2020. Available at: <https://www.who.int/publications/m/item/immunization-agenda-2030-a-global-strategy-to-leave-no-one-behind>
10. Dubé E, Gagnon D, MacDonald N, Bocquier A, Peretti-Watel P, Verger P. Underlying factors impacting vaccine hesitancy in high income countries: a review of qualitative studies. Expert Rev Vaccines. 2018 Nov;17(11):989-1004.
11. Lane S, MacDonald NE, Marti M, Dumolard L. Vaccine hesitancy around the globe: Analysis of three years of WHO/UNICEF Joint Reporting Form data – 2015–2017. Vaccine. 2018 Jun 18;36(26):3861-7.
12. Larson HJ, Cooper LZ, Eskola J, Katz SL, Ratzan S. Addressing the vaccine confidence gap. Lancet. 2011 Aug 6;378(9790):526-35.
13. Vaccination Acceptance Research Network (VARN) – Sabin Vaccine Institute. VARN2022: Shaping Global Vaccine Acceptance with Localized Knowledge. Washington, DC: Sabin Vaccine Institute; 2022. Available at: <https://www.sabin.org/global-immunization/vaccination-acceptance-research-network/varn2022-conference>
14. Dudley MZ, Privor-Dumm L, Dubé È, MacDonald NE. Words matter: Vaccine hesitancy, vaccine demand, vaccine confidence, herd immunity and mandatory vaccination. Vaccine. 2020 Jan 22;38(4):709-11.
15. World Health Organization (WHO). Behavioural and social drivers of vaccination: tools and practical guidance for achieving high uptake. Geneva: WHO; 2022. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049680>
16. MacDonald SE, Russell ML, Liu XC, Simmonds KA, Lorenzetti DL, Sharpe H, et al. Are we speaking the same language? an argument for the consistent use of terminology and definitions for childhood vaccination indicators. Hum Vaccin Immunother. 2019;15(3):740-7.
17. Dubé È, Ward JK, Verger P, MacDonald NE. Vaccine Hesitancy, Acceptance, and Anti-Vaccination: Trends and Future Prospects for Public Health. Annu Rev Public Health. 2021 Apr 1;42:175-91.

18. 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*. 2018;13(12):e0208601.
19. Geiger M, Rees F, Lilleholt L, Santana AP, Zettler I, Wilhelm O, et al. Measuring the 7Cs of vaccination readiness. *Eur J Psychol Assess*. 2022;38(4):261-9.
20. Rees F, Geiger M, Lilleholt L, Zettler I, Betsch C, Böhm R, et al. Measuring parents readiness to vaccinate themselves and their children against COVID-19. *Vaccine*. 2022 Jun 21;40(28):3825-34.
21. Lewandowsky S, Schmid P, Habersaat KB, Nielsen SM, Seale H, Betsch C, et al. Lessons from COVID-19 for behavioural and communication interventions to enhance vaccine uptake. *Commun Psychol*. 2023 Nov 24;1(1):35.
22. MacDonald NE. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*. 2015 Aug 14;33(34):4161-4.
23. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Countering online vaccine misinformation in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/countering-online-vaccine-misinformation-eu-eea>
24. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). E-learning: how to address online vaccination misinformation. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/e-learning-how-address-online-vaccination-misinformation>
25. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Effective communication around the benefit and risk balance of vaccination in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2024. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/effective-communication-around-benefit-and-risk-balance-vaccination-eueea>
26. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Communication on immunisation. Stockholm: ECDC; 2025. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/immunisation-and-vaccines/communication>
27. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). European Vaccination Information Portal. Stockholm: ECDC; 2025. Available at: <https://vaccination-info.europa.eu/en>
28. European Commission Directorate-General for Health and Food Safety. Factsheet – Implementation of EU actions to boost vaccine confidence. Brussels: European Commission; 2022.
29. European Commission: Joint Research Centre, Hoffmann M, Baggio M, Krawczyk M. Vaccination demand and acceptance – A literature review of key behavioural insights. Publications Office of the European Union; 2023.
30. European Commission: Joint Research Centre, Baggio M, Krawczyk M, Nohlen H, Pantazi M, et al. Applying lessons from behavioural sciences to vaccination acceptance and demand – Final report. Publications Office of the European Union; 2022. Available at: <https://data.europa.eu/doi/10.2760/420194>
31. The Vaccine Confidence Project. State of vaccine confidence in the European Union. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2022. Available at: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b89452df-6958-11ed-b14f-01aa75ed71a1/language-en>
32. Coalition for Vaccination. Brussels: 2025. Available at: <https://coalitionforvaccination.com>
33. European Commission Directorate-General for Health and Food Safety. #UnitedInProtection. Brussels: European Commission. Available at: https://vaccination-protection.ec.europa.eu/index_en
34. Reducing Inequalities in Vaccine uptake in the European Region (RIVER-EU). Reducing Inequalities in Vaccine uptake in the European Region – Engaging Underserved communities. RIVER-EU [Accessed: 11 Apr 2025]. Available at: <https://river-eu.org/>
35. Access to vaccination for newly arrived migrants (Act2Vax4NAM). Results. [Accessed: 11 Apr 2025]. Available at: <https://www.accesstovaccination4nam.eu/results>
36. University of Bristol. The JITSUVAX Project – Jiu Jitsu with misinformation in the age of COVID-19. [Accessed 11 Apr 2025]. Available at: <https://jitsuvax.info>
37. World Health Organization Regional Office for Europe (WHO/Europe). TIP Tailoring Immunization Programmes. Copenhagen: WHO/Europe; 2019. Available at: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289054492>
38. Larson HJ, de Figueiredo A, Xiahong Z, Schulz WS, Verger P, Johnston IG, et al. The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey. *EBioMedicine*. 2016 Oct;12:295-301.

39. Luyten J, Bruyneel L, van Hoek AJ. Assessing vaccine hesitancy in the UK population using a generalized vaccine hesitancy survey instrument. *Vaccine*. 2019 Apr 24;37(18):2494-501.
40. Oudin Doglioni D, Gagneux-Brunon A, Gauchet A, Bruel S, Olivier C, Pellissier G, et al. Psychometric validation of a 7C-model of antecedents of vaccine acceptance among healthcare workers, parents and adolescents in France. *Nature. Sci Rep* 2023;13:19895. Available at: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-46864-9>
41. Marron L, Ferenczi A, O'Brien KM, Cotter S, Jessop L, Morrissey Y, et al. A national survey of parents' views on childhood vaccinations in Ireland. *Vaccine*. 2023 Jun 7;41(25):3740-54.
42. Luyten J, Bruyneel L, van Hoek AJ. Assessing vaccine hesitancy in the UK population using a generalized vaccine hesitancy survey instrument. *Vaccine*. 2019;37(18):2494-501. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.03.041>.
43. Guest G, Namey E. Sampling: The foundation of good research. In *Sampling: The foundation of good research*. Thousand Oaks, California, USA: SAGE Publications Inc; 2015. Available at: <https://doi.org/10.4135/9781483398839.n17>
44. Stickley T, O'Caithain A, Homer C. The value of qualitative methods to public health research, policy and practice. *Perspect Public Health*. 2022 Jul;142(4):237-40.
45. Moser A, Korstjens I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *Eur J Gen Pract*. 2018 Dec;24(1):9-18.
46. Gill P, Stewart K, Treasure E, Chadwick B. Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups. *Br Dent J*. 2008 Mar 22;204(6):291-5.
47. Zhang Y, Wildemuth BM. Qualitative analysis of content. In B. Wildemuth (Ed.), *Applications of Social Research Methods to Questions in Information and Library Science*: Westport, CT: Libraries Unlimited; 2009. Available at: https://pages.ischool.utexas.edu/yanz/Content_analysis.pdf
48. Moira Maguire BD. Doing a thematic analysis: A practical, step-by-step guide for learning and teaching scholars. *Dundalk: All Ireland Journal of Higher Education*; 2017. Available at: <https://ojs.aishe.org/index.php/aishe-j/article/view/335>
49. Michelle K, Jamieson GHG, Pownall M. Reflexivity in quantitative research: A rationale and beginner's guide. 2023;17(4). Available at: <https://doi.org/10.1111/spc3.12735>
50. Stahl NA, King JR. Understanding and Using Trustworthiness in Qualitative Research. *Journal of Developmental Education*. 2020;44(1).
51. Sundhedsstyrelsen [Danish Health Authority]. Sundhedsplejersker som vaccinations-ambassadører [Sundheds nurses as vaccination ambassadors]. Danish. Copenhagen: Sundhedsstyrelsen; 2022. Available at: <https://www.sst.dk/da/Fagperson/Graviditet-og-smaaboern/Barnets-sundhed/Vaccination-af-boern/Boernevaccinationsprogrammet/Sundhedsplejersker-som-vaccinationsambassadoerer>
52. Verger P, Cogordan C, Fressard L, Gosselin V, Donato X, Biferi M, et al. A postpartum intervention for vaccination promotion by midwives using motivational interviews reduces mothers' vaccine hesitancy, south-eastern France, 2021 to 2022: a randomised controlled trial. *Euro Surveill*. 2023 Sep;28(38): 2200819. Available at: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2023.28.38.2200819>
53. Garrison A, Fressard L, Mitilian E, Gosselin V, Berthiaume P, Casanova L, et al. Motivational interview training improves self-efficacy of GP interns in vaccination consultations: A study using the Pro-VC-Be to measure vaccine confidence determinants. *Hum Vaccin Immunother*. 2023 Dec 31;19(1):2163809.
54. Mitilian E, Gosselin V, Casanova L, Fressard L, Berthiaume P, Verger P, et al. Assessment of training of general practice interns in motivational interviews about vaccination. *Hum Vaccin Immunother*. 2022 Nov 30;18(6):2114253.
55. Folkhälsomyndigheten [Swedish Public Health Agency]. Metod för att förstå förändringar i vaccinationstäckning och vaccinationsvilja [A method to understand changes in vaccination acceptance and uptake]. Swedish. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2024. Available at: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/vaccinationer/kommunicera-om-vaccinationer/metod-for-att-forsta-forandringar-i-vaccinationstackning-och-vaccinationsvilja>
56. Folkhälsomyndigheten [Swedish Public Health Agency]. Uppföljning av orsaker till lägre vaccinationstäckning [Follow-up of reasons for lower vaccination coverage]. Swedish. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2022. Available at: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/vaccinationer/nationella-vaccinationsprogram/uppfoljning-av-vaccinationsprogram/uppfoljning-av-orsaker-till-lagre-vaccinationstackning/>

57. Folkhälsomyndigheten [Swedish Public Health Agency]. Att prata om vaccination inom barnhälsovård, elevhälsa och andra verksamheter [To talk about vaccination in child healthcare, student health and other activities]. Swedish. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2023. Available at: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/a/att-prata-om-vaccination-inom-barnhalsovard-elevhalsa-och-andra-verksamheter-anvandarhandledning-for-verksamhet-som-erbjuder-vaccination>
58. Folkhälsomyndigheten [Swedish Public Health Agency]. Att prata om vaccination – fem steg för att utforska och möta frågor [Talking about vaccination – five steps to explore and meet questions]. Swedish. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2023. Available at: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/a/att-prata-om-vaccination-fem-steg-for-att-utforska-och-mota-fragor>
59. Mino Danmark. Homepage. Copenhagen.. [Accessed: 11 Apr 2025]. Danish. Available at: <https://mino.dk/>
60. Rieck T, Feig M, Deleré Y, Wichmann O. Utilization of administrative data to assess the association of an adolescent health check-up with human papillomavirus vaccine uptake in Germany. *Vaccine*. 2014 Sep 29;32(43):5564-9.
61. Robert Koch Institute Germany (RKI). Intervention Study to Increase HPV Vaccination Coverage in Germany. Berlin: RKI; 2023. Available at: <https://www.rki.de/EN/Topics/Infectious-diseases/Immunisation/Research-projects/invest-hpv.html?nn=16781014>
62. Bulgarian Ministry of Health. Специализиран сайт за имунизациите в България [Specialized site for immunizations in Bulgaria]. Bulgarian. Sofia: Bulgarian Ministry of Health [Accessed: 11 Apr 2025]. Available at: <https://www.плюсмен.бг>
63. Sundhedsstyrelsen [Danish Health Authority]. Særligt målrettede vaccinationsindsatser [Specially targeted vaccination efforts]. Danish. Copenhagen: Sundhedsstyrelsen; 2022. Available at: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Corona/Vaccination/SAERLIGT-MAALRETTEDE-VACCINATIONSINDSATSER.ashx?sc_lang=da&hash=9D6B47A611387F5C363CEA4506EDAF43
64. Sundhedsstyrelsen [Danish Health Authority]. Evaluering af den nære vaccinationsindsats [Evaluation of the vaccination efforts]. Danish. Copenhagen: Sundhedsstyrelsen; 2021. Available at: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/Corona/Vaccination/Evaluering-af-den-saerlige-vaccinationsindsats-i-uge-22-til-25-2021.ashx>
65. Government of Greece. Εμβολιασμός κατά της COVID-19 [Vaccination against COVID-19]. Greek. Athens: Government of Greece; 2022. Available at: <https://emvolio.gov.gr>
66. Leader reporter. Covid-19 vaccination clinic to open at University Maternity Hospital Limerick. Limerick: Limerick Live; 2021. Available at: <https://www.limerickleader.ie/news/coronavirus/666433/covid-19vaccinationclinic-to-open-at-university-maternity-hospital-limerick.html>
67. Health Service Executive (HSE) Ireland. Translated COVID-19 information. Dublin: HSE Ireland; 2024. Available at: <https://www.hse.ie/eng/services/covid-19-resources-and-translations/translated-covid19-information>
68. Niamh Griffin. Vaccine uptake among homeless people reaches 80%. Dublin, Cork: Irish Examiner; 2021. Available at: <https://www.irishexaminer.com/news/arid-40308689.html>
69. Official Statistics Portal Lithuania. Šaltojo sezono skiepai [Cold season starting]. Lithuanian. Vilnius: Official Statistics Portal Lithuania. [Accessed: 11 Apr 2025]. Available at: <https://osp.stat.gov.lt/skiepu-svieslente>
70. RÚVZ so sídlom v Rožňave [Rožňava Regional Health Office]. VIDEOSPOT - Vakcinačná kampaň RÚVZ Rožňava [Vaccination campaign of the Rožňava Regional Health Office]. Slovak. Rožňava: Rožňava Regional Health Office; 2021. Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=ODsVbK2AUJs>
71. HIV Point. Homepage (English). Helsinki: HIV Point. [Accessed: 11 Apr 2025]. Available at: <https://hivpoint.fi/en>
72. Folkehelseinstituttet [Norwegian Institute of Public Health]. Kikhostevaksine til gravide [Whooping cough vaccine for pregnant women]. Norwegian. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2025. Available at: <https://www.fhi.no/va/kikhostevaksine-til-gravide>
73. Folkehelseinstituttet [Norwegian Institute of Public Health]. Innføring av tilbud om gratis kikhostevaksine til gravide [Introduction of offer of free whooping cough vaccine for pregnant women]. Norwegian. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2025. Available at: <https://www.fhi.no/va/kikhostevaksine-til-gravide/om-innforingen-av-kikhostevaksine-til-gravide/>
74. Holford D, Schmid P, Fasce A, Lewandowsky S. The empathetic refutational interview to tackle vaccine misconceptions: Four randomized experiments. *Health Psychology*. 2024;43(6):426-37.

75. World Health Organization (WHO). Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: WHO; 2010. Available at: <https://iris.who.int/handle/10665/258734>
76. Schloemer T, Schröder-Bäck P. Criteria for evaluating transferability of health interventions: a systematic review and thematic synthesis. Implement Sci. 2018 Jun 26;13(1):88.
77. Molokwu J, Dwivedi A, Mallawaarachchi I, Hernandez A, Shokar N. Tiempo de Vacunarte (time to get vaccinated): Outcomes of an intervention to improve HPV vaccination rates in a predominantly Hispanic community. Prev Med. 2019 Apr;121:115-20.
78. Parra-Medina D, Morales-Campos DY, Mojica C, Ramirez AG. Promotora Outreach, Education and Navigation Support for HPV Vaccination to Hispanic Women with Unvaccinated Daughters. J Cancer Educ. 2015 Jun;30(2):353-9.
79. Willis N, Hill S, Kaufman J, Lewin S, Kis-Rigo J, De Castro Freire SB, et al. 'Communicate to vaccinate': the development of a taxonomy of communication interventions to improve routine childhood vaccination. BMC Int Health Hum Rights. 2013 May 11;13:23.
80. World Health Organization Regional Office for Europe (WHO/Europe). European Immunization Week. Copenhagen: WHO/Europe; 2025. Available at: <https://www.who.int/europe/campaigns/european-immunization-week>
81. World Health Organization Regional Office for Europe (WHO/Europe). Evaluating the impact of interventions addressing health behaviour: considerations and tools for policy-makers. Copenhagen: WHO/Europe; 2024. Available at: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2024-10200-49972-75147>

**European Centre for Disease
Prevention and Control (ECDC)**

Gustav III:s Boulevard 40
16973 Solna, Sweden

Tel. +46 858 60 10 00
ECDC.info@ecdc.europa.eu

www.ecdc.europa.eu



Publications Office
of the European Union