

ОПЕРАТИВНА ПОДКРЕПА

**Инструменти и методи за
насърчаване на приемането и
темпа на ваксинацията: подход
на базата на социалните и
поведенческите науки**

Април 2025 г.

ECDC ОПЕРАТИВНА ПОДКРЕПА

**Инструменти и методи за насърчаване
на приемането и темпа на
вакسينацията: подход на базата на
социалните и поведенческите науки**

Април 2025 г.



Настоящият доклад на Европейския център за профилактика и контрол върху заболяванията е координиран от Sarah Earnshaw Blomquist (ECDC) и John Kinsman (ECDC).

Автори, дали своя принос

Emma Appelqvist, външен експерт на ECDC; и Susana Barragan, Irina Ljungqvist, Gaetano Marrone, Manasvini Moni, Maike Winters и Andrea Wuerz, ECDC.

Настоящият доклад е изпратен за консултация на Siff Malve Nielsen, регионалната служба на Световната здравна организация (СЗО) за Европа и Hannah Nohlen, Съвместен изследователски център на Европейската комисия.

Следните автори допринесоха за съставянето на списъка с

мерки за повишаване на приемането на ваксинацията (раздел 2.2): Keiti Aren, Естонски здравен съвет; Ewa Augustynowicz, Полски национален институт по общественото здравеопазване; Ludmila Bezdíčková, Чешки институт за следдипломно медицинско обучение; Margita Brtošová, Регионална служба по общественото здраве в Долни Кубин, Словакия; Madelene Danielsson и Héléne Englund, Шведска агенция за общественото здравеопазване; Живка Гецова, Български национален център по заразни и паразитни болести; Lucy Jessor, Изпълнителна служба по здравеопазване на Ирландия; Camilla Jordman, Финландски институт за здравеопазване и благосъстояние; Pania Karnaki, Гръцки институт „Пролеписис“; Mia Kontio, Финландски институт за здравеопазване и благосъстояние; Stephan Lewandowsky, Бристолски университет, Обединеното кралство; Rasa Liausėdienė, Национален център за общественото здравеопазване на Литва; Alison Maassen, EuroHealthNet, Белгия; Gineta Megelinskienė, Министерство на здравеопазването на Литва; Sirbu Anca Mirela и Adiana Pistol, Румънски национален институт за общественото здравеопазване; Julia Neufeind, Институт Роберт Кох, Германия; Dimitrios Paraskevis, Национален и Каподистрийски университет в Атина; Bo Terning Hansen, Норвежки институт за общественото здраве; и Stine Ulendorf Jacobsen, Датски орган по здравеопазването.

Предложено позоваване: Европейски център за профилактика и контрол върху заболяванията. Инструменти и методи за насърчаване на приемането и темпа на ваксинацията: подход на базата на социалните и поведенческите науки. Стокхолм: ECDC; 2025 г.

Стокхолм, април 2025 г.

ISBN 978-92-9498-796-9

doi: 10.2900/7701140

Catalogue number TQ-01-25-026-BG-N

© Европейски център за профилактика и контрол върху заболяванията, 2025 г.

Възпроизвеждането е разрешено при посочване на източника.

Съдържание

Въведение.....	1
Обхват и цел.....	1
Целева аудитория.....	2
Как да се използва настоящият документ	2
Контекст.....	2
Най-актуални тенденции във ваксинационното покритие в ЕС/ЕИП.....	2
Основни целеви популации за ваксинация през целия живот	3
Как се използват в настоящия доклад термините, свързани с ваксинацията	3
Приемане на ваксинацията.....	3
Колебания относно ваксинацията.....	4
Темп на ваксинацията	4
Ваксинационно покритие.....	4
Част 1. Подходи на базата на социалните и поведенческите науки за подобряване на приемането и темпа на ваксинацията в държавите от ЕС/ЕИП.....	5
1.1 Моделът „5С“	5
1.2 Работа за подобряване на приемането и темпа на ваксинацията в държавите от ЕС/ЕИП	7
Част 2. Инструменти и методи за насърчаване на приемането и темпа на ваксинацията през целия живот ...	8
2.1 Инструмент за проучване за събиране на поведенчески данни за приемането и темпа на ваксинацията	8
Как да адаптирате инструмента за проучване и да разработите изследователския протокол и плана за анализ	11
Целева популация.....	11
Размер на извадката	12
Събиране на данни	12
Изготвяне на извадка	12
Презентация на проучването.....	12
Изследователски протокол и план за анализ	12
Качествен анализ.....	13
Спазване на етичните стандарти	13
Докладване и тълкуване на данните.....	13
Примерен план за анализ	13
Допълнителни съвети относно инференциалния анализ	16
Допълнителни съвети относно качествените методи	16
Количествени спрямо качествени методи	16
Избор на участниците	17
Събиране на данни	17
Анализ на данните	17
Инструменти, даващи възможност за размисъл и ограничаване на предубежденията	18
Други ресурси	18
2.2 Методи за преодоляване на поведенческите пречки пред ваксинацията	18
Списък с мерки за увеличаване на приемането на ваксинацията	18
Как да използвате рамката от 5 стъпки на СЗО, за да структурирате разработването на стратегии и мерки за приемане на ваксинацията.....	31
Референтни документи.....	35

Фигури

Фигура 1. Континуум на приемането на ваксинацията.....	4
Фигура 2. Преглед на модела „5С“	5

Таблицы

Таблица 1. Инструмент за проучване за събиране на поведенчески данни за приемането и темпа на ваксинацията	8
Таблица 2. Значение на високата оценка въз основа на предварително написания код за анализ	14
Таблица 3. Мерки, свързани с програми за ваксинация на деца	20
Таблица 4. Мерки, свързани с ваксинацията срещу човешки папиломавирус (HPV)	22
Таблица 5. Мерки, свързани с ваксинацията срещу COVID-19 и грип.....	24
Таблица 6. Мерки за ваксинация срещу други заболявания (маймунска шарка, коклюш).....	28
Таблица 7. Финансирани от ЕС или частично финансирани от ЕС многонационални мерки.....	29

Въведение

Органите в областта на общественото здравеопазване и ръководителите на програми за ваксинация обръщат специално внимание на тенденциите в епидемиологията, свързани с ваксинационно покритие под оптималния праг, например като анализират равнищата на ваксинационно покритие по фактори, като възраст, пол, географско местоположение и образователно равнище. Като цяло обаче се обръща по-малко внимание на разбирането на социалните и поведенческите пречки и улесняващи фактори — включително такива, свързани със структурни фактори — които може да са в основата на решението на дадено лице да приеме, отложи или откаже ваксинация за себе си или за децата си.

Успешните програми за ваксинация се основават на разбиране и отчитане на убежденията, опасенията и очакванията на отделните лица и общностите спрямо ваксината и заболяването. Доверието в препоръките за ваксинация и в компетентните органи също играе съществена роля. В този смисъл подходите на базата на социалните и поведенческите науки могат да осигурят важно допълнение към анализа на епидемиологичните данни и данните за ваксинационното покритие при разработването, прилагането и оценката на стратегии и мерки за подобряване на приемането и темпа на ваксинацията през целия живот.

Обхват и цел

Настоящият доклад се основава на продължилите повече от 15 години усилия на ECDC в подкрепа на държавите от ЕС/ЕИП за увеличаване на приемането и темпа на ваксинацията. По-конкретно, той се основава на техническия доклад на ECDC „Улесняване на приемането и темпа на ваксинацията срещу COVID-19“, публикуван през 2021 г. [1]. Той разширява обхвата на първоначалния доклад, като включва оперативни инструменти и методи, които включват най-новите подходи в областта на социалните и поведенческите науки, с използвани и приспособими формати, които отговарят на реалните условия на органите за обществено здравеопазване и програмите за ваксинация.

Докладът се състои от две части:

Част 1. Подходи на базата на социалните и поведенческите науки за подобряване на приемането и темпа на ваксинацията в държавите от ЕС/ЕИП обобщава модела „5C“, който е в основата на инструмента за проучване в Част 2, и предоставя специфичен за ЕС/ЕИП контекст за тези, които ще бъдат ангажирани с работа или вземане на решения, свързани с насърчаване на приемането и темпа на ваксинацията.

Част 2. Инструменти и методи за насърчаване на приемането и темпа на ваксинацията през целия живот предоставя практически инструменти и методи, които мултидисциплинарните екипи могат да използват за установяване на социалните и поведенческите пречки и факторите, улесняващи ваксинацията, като по този начин подпомагат разработването и прилагането на стратегии и мерки за справяне с ваксинационно покритие под оптималния праг. Тази част от документа включва:

- Раздел 2.1. **Инструмент за проучване** чрез събиране на социални и поведенчески данни за приемането и темпа на ваксинацията и за подпомагане на установяване на пречките и факторите, улесняващи ваксинацията, в определени групи от населението, който се състои от:
 - инструмент за проучване с въпроси, разработени и организирани въз основа на петте „C“ в модела „5C“;
 - инструкции за адаптиране на инструмента за проучване и разработване на изследователски протокол и план за анализ;
 - примерен план за анализ; и
 - съвети относно допълнителни качествени методи.
- Раздел 2.2: Методи за преодоляване на поведенческите пречки пред ваксинацията, включително:
 - **списък с мерки за повишаване на приемането на ваксинация** — класифицирани според това кои конкретни „C“ от модела „5C“ са разгледани — които са били приложени на национално и поднационално ниво, за да стимулират и подпомогнат разработването на целеви мерки за справяне с ваксинационно покритие под оптималния праг;
 - инструкции за това как да се използва рамката на Световната здравна организация (СЗО) „**5 стъпки за прилагане на поведенческите науки**“, за да се подпомогне структурата на разработването на стратегии и мерки, включително как представените тук инструменти и методи се вписват в този процес [2].

Целева аудитория

Основната целева аудитория на този доклад включва учени в областта на социалните и поведенческите науки, специалисти по кампании и комуникации, ръководители и екипи на програми за ваксинация, както и епидемиологични и биомедицински експерти, работещи в национални и регионални органи за обществено здравеопазване в държавите от ЕС/ЕИП.

Други аудитории, които могат да имат полза от този доклад, са създателите на политики и лидерите на общественото здравеопазване, които определят приоритетите и бюджетите в областта на ваксинацията, както и академичните среди, професионалните групи и организациите на гражданското общество, работещи в областта на ваксинацията.

Всички тези аудитории имат принос, за да се гарантира, че населението има подходящ и равнопоставен достъп до програмите за ваксинация, както и че хората разбират напълно ползите от ваксинацията, както и рисковете от отлагане или отказ от ваксинация.

Как да се използва настоящият документ

След като прегледате въведението, в което се описват най-новите тенденции във ваксинацията и някои от основните термини, използвани в настоящия доклад, можете да се запознаете с **Част 1**, за да получите общ преглед на модела „5С“ и обобщение на извършената в последно време работа за подобряване на приемането и темпа на ваксинацията в държавите от ЕС/ЕИП.

В Част 2, **раздел 2.1** можете да се запознаете с инструмента за проучване и инструкциите как да го адаптирате към вашите изследователски въпроси, обстановка, изследвана(и) популация(и) и всяка конкретна ваксина(и), както и да съставите план за анализ. Обърнете внимание, че инструментът на проучването е достъпен и под формата на [документ в Word, който може да се редактира](#), и можете да изтеглите [кода на анализа](#), написан както в Stata, така и в R.

След като определите и установите факторите, улесняващи и възпрепятстващи ваксинацията, използвайте инструмента за проучване, списъкът с мерки за повишаване на приемането на ваксинацията в **раздел 2.2** може да ви помогне при разработването на стратегии и мерки за справяне с ваксинационно покритие под оптималния праг чрез примери за това как могат да бъдат обхванати определени елементи. Рамката на СЗО „5 стъпки за прилагане на поведенческите науки“, описана също в раздел 2.2, може да подпомогне цялостното планиране на проекта за тази работа [2].

Контекст

Въпреки че в ЕС/ЕИП има относително високи общи равнища на ваксинационно покритие, по-специално за националните програми за ваксинация в детска възраст, има групи, които не са ваксинирани или са недостатъчно ваксинирани. Освен това в много държави от ЕС/ЕИП равнището на ваксинационно покритие на възрастното население, включително сезонните ваксинации, предлагани на здравните работници, и бустерните ваксинации, предлагани на възрастните хора и рисковите групи, е под оптималния праг. Необходими са непрекъснати усилия за установяване на пропуските в имунитета на населението, включително сред тези, които може да са пропуснали или отложили ваксинацията, и след това за прилагане на адаптирани стратегии и мерки за постигане и поддържане на целевите нива на ваксинационно покритие.

Пандемията от COVID-19 обърна вниманието към начина, по който социалните и поведенческите фактори са свързани с това дали се спазват препоръките — например относно носенето на маска, ограниченията върху движението и физическото дистанциране. Поведенческите фактори също оказаха значително въздействие върху приемането и темпа на ваксинацията по време на въвеждането на програмите за ваксинация срещу COVID-19. Освен това социалните неравенства създават пречки пред ваксинацията на определени групи от населението, които трябва да бъдат идентифицирани и преодолени, за да се осигури равен достъп до програмите за ваксинация срещу COVID-19 [3]. Тези неотдавнашни примери разкриват текущата необходимост от оперативни инструменти за справяне с тези предизвикателства.

Най-актуални тенденции във ваксинационното покритие в ЕС/ЕИП

По време на пандемията COVID-19 е регистриран по-малък брой случаи на заразяване с болести, предотвратими чрез ваксинация. Въпреки това броят на случаите на заболявания като морбили и коклюш се е увеличил след това през 2023 г. и 2024 г. В няколко държави от ЕС/ЕИП покритието на рутинната детска ваксинация срещу морбили е под препоръчителното ниво (≥ 95 % от населението, отговарящо на условията за ваксинация, ваксинирано с две дози ваксина, съдържаща морбили), за да се предотвратят епидемии от морбили и да се предпазят децата, които са твърде малки, за да бъдат ваксинирани, или тези,

които не могат да бъдат имунизирани по медицински причини [4]. Редица фактори са допринесли за неотдавнашното увеличаване на случаите на коклюш, включително наличието на неваксинирани или лица, при които периодът на активност на ваксината е изтекъл. Освен това по-малкото съприкосновение с вирус — което може да осигури естествено подсилване — поради физическото дистанциране по време на пандемията от COVID-19 може да е довело до отслабване на имунитета [5].

Темпът на ваксинация срещу сезонен грип, която се препоръчва за по-възрастните хора и другите групи с по-висок риск от сериозни усложнения, както и за здравните работници, остава под оптималния праг навсякъде в ЕС/ЕИП [6]. Покритието най-често е далеч под целта, определена в препоръката на Съвета от 2009 г., а именно 75 % ваксинационно покритие на по-възрастните хора и другите рискови групи. Освен това равнищата на ваксинационно покритие сред по-възрастните хора, както и сред здравните работници, показват низходяща тенденция през грипния сезон 2023—2024 г. в сравнение с предходните периоди [6,7].

Като се има предвид продължаващата циркулация на вируса SARS-CoV-2, в държавите от ЕС/ЕИП продължават да се прилагат препоръки за ваксинация срещу COVID-19, но има известни различия между отделните държави (напр. различни възрастови прагове). Националните препоръки са насочени главно към конкретни групи от населението, изложени на по-висок риск от развитие на тежко заболяване (например по-възрастните хора и лицата с хронични заболявания). Но въпреки тези препоръки, обхватът на ваксинацията срещу COVID-19 като цяло е нисък. За 28-те държави от ЕС/ЕИП, които са предоставили данни за възрастовата група 60 и повече години, средното ваксинационно покритие срещу COVID-19 от септември 2023 г. до юли 2024 г. е 14,0 % (диапазон: 0,02—66,1 %), с големи разлики между отделните държави. За 27-те държави от ЕС/ЕИП, които са предоставили данни за възрастовата група 80 и повече години, средното ваксинационно покритие е 21,5 % (диапазон: 0,03—93,9 %), също с големи разлики между отделните държави [8].

Основни целеви популации за ваксинация през целия живот

В настоящия доклад се препоръчва „подход, основан на жизнения цикъл“, за да се улесни приемането и темпа на ваксинацията. В програмата на СЗО за имунизациите до 2030 г. се отбелязва, че „всички хора се възползват от препоръчаните имунизации през целия живот, ефективно съчетани с други основни здравни услуги“ [9]. При подхода, основан на жизнения цикъл, на лицата се препоръчват различни ваксини в зависимост от възрастта и здравните им нужди през целия им живот. Следователно при оценката на приемането на ваксинацията от дадена популация следва да се вземат предвид конкретните ваксини, препоръчани за конкретните възрастови групи и други целеви групи, както и местните условия по отношение на програмите за ваксинация.

Основните целеви популации за ваксинация през целия живот включват:

- родители, на които се предлага ваксинация на техните деца или юноши като част от националните имунизационни програми;
- по-възрастни хора;
- бременни жени;
- изложени на риск от медицинска гледна точка групи, например лицата, които са имунокомпрометирани;
- социално уязвими лица и общности; и
- здравните работници, които са важни не само от гледна точка на приемането на ваксинацията за себе си, но и заради ролята им да препоръчват и обясняват на значението на ваксинацията на пациентите.

Как се използват в настоящия доклад термините, свързани с ваксинацията

Причините за ваксинационно покритие под оптималния праг в дадена популация могат да се дължат на много фактори и да включват поведенчески, културни, политически, икономически и обществени фактори. [10—12] Като се има предвид различното използване на термини, свързани с ваксинационното поведение, както и с ваксинацията в по-общ план, по-долу е представено пояснение за начина, по който тези термини се използват в настоящия доклад.

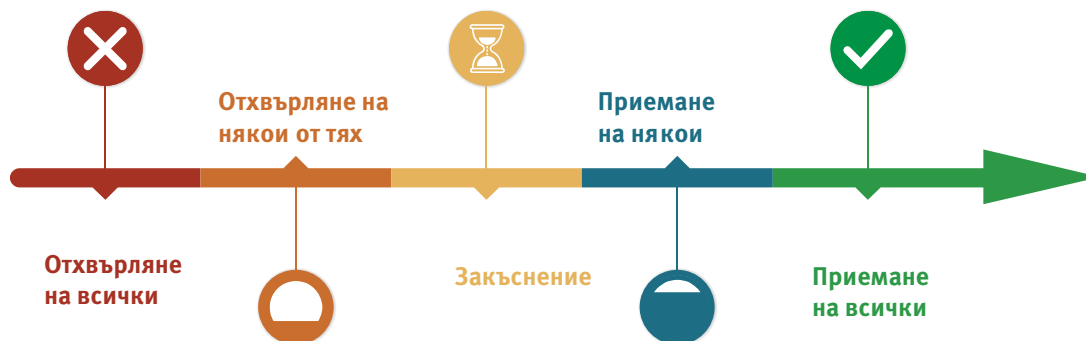
Приемане на ваксинацията

Настоящият доклад се съсредоточава върху приемането на ваксинацията. Терминът се отнася до желанието и готовността за ваксинация. Той отчита сложността на структурите и факторите на околната среда, които оказват влияние върху решението на дадено лице да се ваксинира. Позоваването на приемането на ваксинацията също така води до избягване на прехвърлянето на вината върху индивида, който естествено може да има въпроси относно ваксинацията и/или конкретни ваксини и поради това може да се „колебае“. Освен това се счита, че приемането се осъществява в един континуум, който се простира от пълно

приемане до категоричен отказ, и по-голямата част от колебаещите се относно ваксинацията хора ще попаднат някъде по средата на този континуум (фигура 1)[13].

Терминът „приемане на ваксинацията“ означава, че когато има възможност да се ваксинира, дадено лице или общност избира да го направи [14]. Важно е обаче също така да се приеме, че осигуряването на достъп до ваксинация — например в здравен център — не винаги предоставя на хората реална възможност да се ваксинират. Факторите, които допринасят за приемането на ваксините, са сложни, специфични за конкретната ситуация и варират в зависимост от времето, мястото и вида на ваксината.

Фигура 1. Континуум на приемането на ваксинацията



Източник: ECDC

Скалата на континуума обозначава реакциите на хората към ваксинацията.

Колебания относно ваксинацията

Рамката на СЗО за поведенчески и социални водачи (BESD), в която се прави преглед на основните области, свързани с темпа на ваксинацията, описва колебанията относно ваксинацията като „мотивационно състояние на противоречие или противопоставяне на ваксинацията“[15]. Това може да доведе до забавяне на приемането или отказ от ваксинация. Въз основа на това разбиране в настоящия доклад се използва терминът „колебания относно ваксинацията“, за да се обозначи психологическото състояние на индивида по отношение на намерението и желанието му да се ваксинира.

Експертите са обсъждали сложността на термина „колебания относно ваксинацията“ и твърдят, че този термин трябва да се използва само за обозначаване на конкретна ситуация, в която има опасения във връзка с ваксините, а не като определяне на хората [14]. Определянето на хората като „колебаещи се относно ваксините“ може да не е уместно, тъй като е естествено да има въпроси или опасения, преди някой да се съгласи да получи лекарство, например ваксина.

Темп на ваксинацията

В настоящия доклад терминът „темп на ваксинацията“ се използва за обозначаване на получаването от дадено лице на ваксина. Важно е да се отбележи, че този термин може да се използва за обозначаване както на получаването на ваксина от дадено лице, така и на абсолютния брой хора, които са получили конкретна ваксина. Във втория случай темпът на ваксинацията се използва като показател за ваксинацията [16].

Въпреки това трябва да се отбележи, че приемането на ваксинацията не е равнозначно на темпа на ваксинацията [17]. Това е така, защото при „приемането“ не се отчитат някои фактори, например наличието на ваксини или структурни фактори, които могат да възпрепятстват достъпа (т.е. хората могат да приемат ваксинацията, но темпът на ваксинация все още е нисък поради други проблеми). Освен това някои хора могат да се ваксинират, въпреки че имат въпроси и притеснения; следователно от психологическа гледна точка те не „приемат“ напълно ваксинацията.

Ваксинационно покритие

„Ваксинационното покритие“ е друг показател за ваксинацията и е термин, който обикновено се използва за отчитане на дела на определено население, което е получило определен брой дози от конкретна ваксина.

Част 1. Подходи на базата на социалните и поведенческите науки за подобряване на приемането и темпа на ваксинацията в държавите от ЕС/ЕИП

1.1 Моделът „5C“

Въведени са няколко модела от социалните и поведенческите науки като инструменти за описване на приемането и темпа на ваксинацията. Тези модели са полезни за специалистите и политиците, работещи по политиките и програмите за ваксинация, тъй като предоставят систематични средства за разбиране на сложните фактори, които могат да улеснят или възпрепятстват приемането и темпа на ваксинацията. Въпреки това всички модели имат своите силни страни и ограничения: не съществува един-единствен модел, който да може да обхване всички фактори и аспекти на сложността. На практика факторите и конструкциите в различните модели често са взаимосвързани и се припокриват.

Моделът „5C“ е използван за категоризиране на въпросите в инструмента за проучване, предоставен в настоящия доклад (раздел 2.1) [18], и за класифициране на примерите в списъка с мерки за повишаване на приемането на ваксинацията (раздел 2.2). Моделът „5C“ предоставя структуриран начин за разбиране на основните области, които могат да повлияят на желанието и готовността на дадено лице да се ваксинира (фигура 2). Разработеният през 2018 г. модел се основава на пет компонента, които влияят върху намеренията и поведението за ваксинация: доверие, самонадеяност, ограничения, преценка и колективна отговорност (Confidence, Complacency, Constraints, Calculation, Collective responsibility). Той се основава на теориите за приемане на ваксинацията, както и на психологическите модели на здравното поведение [18]. Моделът може да се използва за установяване на пречките и факторите, улесняващи приемането на ваксинацията, в дадена популация в определен момент или последователно във времето, което улеснява ранното откриване на по-ниски нива на приемане на ваксинацията в определени популации и позволява предприемането на бързи действия.

Фигура 2. Преглед на модела „5C“



Източник: ECDC, въз основа на [18]

Петте компонента на модела „5C“ са определени и описани, както следва:

- **Доверието** (Confidence) се отнася до доверието на дадено лице в безопасността и ефективността на ваксинацията, доверието в специалистите и създателите на политики, които препоръчват ваксинацията, и доверието в здравните органи и здравните системи, които ги предоставят [18,19].
- **Самонадеяността** (Complacency) се отнася до възприемания от дадено лице риск от сериозен изход, произтичащ от заразяване с дадено заболяване [19]. Самонадеяността обикновено характеризира относителна липса на интерес; например самонадеяността може да бъде висока, когато възприеманият риск от заболяване е нисък и поради това ваксинацията се възприема като ненужна [20].
- **Ограниченията** (Constraints) се отнасят до усещаните или действителните пречки за ваксинацията, пред които е изправено дадено лице [19]. Тези ограничения могат да бъдат както психологически, така и структурни; например те се отнасят до самооценката или възприеманата способност на дадено лице да се ваксинира, да получи достъп до системата за записване или да си вземе отпуск от работа, за да отиде на час за ваксинация.
- **Преценката** (Calculation) се отнася до начина, по който дадено лице сравнява и съпоставя личните ползи и потенциалните рискове от ваксинацията [19]. Начинът, по който хората търсят и използват информация за ваксинацията, може да повлияе на тази конструкция, както и наличието на информация, нейното възприемано качество и способността на даденото лице да разбира здравната информация [21].
- **Колективната отговорност** (Collective responsibility) се отнася до желанието на хората да защитят другите, като се ваксинират, като средство за предотвратяване на разпространението на болести [19].

Учените в сферата на социалните и поведенческите науки използват данните за тези пет конструкции, за да разберат и предвидят поведението във връзка с ваксинацията. Това разкрива, че значението на всеки елемент „C“ за приемането на дадена ваксина от дадено лице или общността може да се промени с течение на времето, тъй като контекстът и ситуациите се променят. В по-широк план промените в местния контекст могат да доведат до промени в приемането на ваксинацията — от приемане към отказ или обратното. Насочването върху конкретните елементи „C“, идентифицирани като пречки и фактори, улесняващи приемането на ваксинацията, може да подпомогне разработването на емпирично обосновани, целенасочени стратегии и мерки за справяне с ваксинационен темп под оптималния праг [21].

Макар че моделът „5C“ е насочен предимно към психологическите предпоставки за ваксинация, ясно е, че ваксинационният темп под оптималния праг се дължи на множество други фактори. Например компонентът „Ограничения“ на модела включва структурни фактори, които са извън контрола на даденото лице, например колко лесно е да се ваксинира практически и финансово, както и до каква степен има достъп до подходяща информация.

Моделът „5C“ доразвива модела „3C“, първоначално предложен през 2015 г., в който трите основни фактора, влияещи върху вземането на решения за ваксинацията, са самонадеяността, удобството и доверието [22]. По време на пандемията от COVID-19 е разработен моделът „7C“, който включва спазване и конспирация в допълнение към елементите „5C“. Също така е разработена адаптирана скала „7C“ за родителите, за да се оцени желанието и готовността им да ваксинират децата си [20].

1.2 Работа за подобряване на приемането и темпа на ваксинацията в държавите от ЕС/ЕИП

В продължение на повече от 15 години ECDC работи в подкрепа на държавите от ЕС/ЕИП за увеличаване на приемането и темпа на ваксинацията. Съвсем наскоро, през 2021 г. ECDC публикува техническия доклад „Улесняване на приемането и темпа на ваксинацията срещу COVID-19“, на който се основава настоящият доклад [1]. През същата година ECDC се фокусира и върху стратегиите за справяне с онлайн дезинформацията във връзка с ваксинацията, като публикува технически доклад и електронно обучение [23,24]. След пандемията от COVID-19 и с оглед на предизвикателствата при информирането за значението и въздействието на ваксинацията, ECDC публикува и ръководство за ефективна комуникация относно съотношението между ползите и рисковете от ваксинацията [25]. Всички ръководства, инструменти и изследвания на ECDC относно комуникацията в областта на приемането на имунизацията и ваксинацията са достъпни на уебсайта на ECDC [26].

Освен това, за да предостави на обществеността надежден, научнообоснован информационен ресурс за ваксинацията, ECDC разработи Европейския портал за ваксиниране (EVIP) в сътрудничество с Европейската комисия (ЕК) и Европейската агенция по лекарствата (ЕМА). Порталът, който е достъпен на всички езици на ЕС/ЕИП, е пуснат в действие по време на Европейската седмица на имунизацията през 2020 г. [27].

Също така Европейската комисия е разработила редица действия за подпомагане на усилията на държавите да увеличат приемането и темпа на ваксинацията. Дейностите за повишаване на доверието във ваксинацията включват например координиране на усилията за увеличаване на темпа на ваксинацията, улесняване на обмена на добри практики, справяне с невярната информация и дезинформацията и предоставяне на насоки за изграждане на доверие [28]. Неотдавна Съвместният изследователски център на Европейската комисия публикува няколко доклада с акцент върху поведенческите науки относно приемането и търсенето на ваксинацията [29,30].

От 2018 г. насам в рамките на проекта „Доверие във ваксините“ Европейската комисия е възложила провеждането на проучвания на всеки две години за проследяване на доверието към ваксинацията в ЕС [31]. В проучването се използва индекс, с който се оценяват четири измерения: доверие във: i) значението; ii) безопасността; и iii) ефективността на ваксинацията; както и iv) съвместимостта на ваксинацията с религиозните или личните убеждения. Резултатите сочат, че макар голяма част от респондентите да имат положителни убеждения по отношение на ваксинацията, доверието варира с течение на времето — както като цяло, така и по отношение на конкретни ваксини и по възрастова група. Продължават да се наблюдават големи географски различия в доверието, като по-ниските нива на доверие се наблюдават особено в държавите от Източна и Централна Европа. Освен това доверието на по-възрастните хора е постоянно по-високо от това на по-младите поколения и изглежда, че тази разлика се увеличава в по-голямата част от държавите — членки на ЕС.

През 2019 г. Европейската комисия създаде Коалиция за ваксинация, която обединява европейски асоциации на здравни специалисти и студентски сдружения в областта на здравеопазването и ваксинацията, с цел да се осигури по-добро обучение на медицинските специалисти относно ваксинацията и по-добра информация за широката общественост [32]. Европейската комисия също така провежда активна кампания за насърчаване на ваксинацията (#UnitedInProtection) [33].

Освен това редица многонационални проекти получиха финансиране чрез безвъзмездни средства от Европейския съюз за научни изследвания и иновации и програмата „ЕС в подкрепа на здравето“ за инициативи, насочени към увеличаване на темпа на ваксинацията. Сред тях са [JITSUVAX](#) (Джиу джицу с дезинформацията в епохата на COVID-19: използване на обучение, основано на опровергаване, за подобряване на броя на ваксинираните и знанията за ваксините), [RIVER-EU](#) (Намаляване на различията в темпа на ваксиниране в европейския регион) и [AcToVax4NAM](#) (Достъп до ваксинация за новопристигнали мигранти) [34-36]. Описанията на целите проекти, както и на някои национални и поднационални мерки, свързани със JITSUVAX и RIVER-EU, са включени в списъка на мерките за увеличаване на приемането на ваксинацията в раздел 2.2 от настоящия доклад.

В по-широкия европейски регион регионалната служба на СЗО за Европа е разработила подход за адаптиране на програмите за имунизация (TIP), за да помогне на държавите да постигнат висок и справедлив темп на ваксинация [37].

Част 2. Инструменти и методи за насърчаване на приемането и темпа на ваксинацията през целия живот

2.1 Инструмент за проучване за събиране на поведенчески данни за приемането и темпа на ваксинацията

Този инструмент за проучване може да се използва за събиране на социални и поведенчески данни за приемането и темпа на ваксинацията, като по този начин се установяват пречките и факторите, улесняващи ваксинацията, при определени групи от населението (таблица 1; инструментът е достъпен и под формата на [документ в Word, който може да се редактира](#)). Той е разработен въз основа на въпроси от проучването, които са психометрично валидирани в предишни проучвания [15,18,19,31,40-42]. Инструментът включва:

- подкрепа за събиране на информирано съгласие;
- осем въвеждащи въпроса, свързани със социално-демографските фактори и поведението при ваксинация;
- петнадесет точки, основани на модела „5C“, в които респондентите могат да оценят доколко са съгласни или несъгласни с редица твърдения; и
- седем предложени въпроса за качествена оценка.

В 15-те точки, базирани на модела „5C“, има по три точки за всеки елемент „C“, като една от тях е определена като основен показател за всеки елемент „C“. В идеалния случай проучването се провежда, като се използва пълният набор от 15 точки; ако обаче има ограничения в ресурсите, то може да се ограничи до петте основни точки.

Списъкът с предложените качествени въпроси с отворен край може да бъде добавен към проучването, за да се получи повече информация за процесите на мислене и действията на хората, или да се използва като основа за отделни качествени проучвания (Таблица 1; въпросите са достъпни и във версията на инструмента за проучване в [документ в Word, който може да се редактира](#)). Въпросите за качествена оценка, даващи възможност за отговор с отворен край, могат да бъдат ценна възможност за респондентите да отговорят със собствени думи.

Преди да се използва инструментът, е важно да се събере мултидисциплинарен изследователски екип, като за предпочитане е да се включи лице с опит в изготвянето на проучвания и статистическия анализ. Екипът трябва да определи точните въпроси на изследването и да разработи заедно изследователски протокол и план за анализ. След инструмента се предоставя подробна информация за това как да се адаптира инструментът за проучване и как да се разработи изследователски протокол. Примерен план за анализ е представен по-късно в настоящия раздел, а [кодът за анализ](#) (полета 1—3), написан както в Stata, така и в R, също може да бъде изтеглен.

Таблица 1. Инструмент за проучване за събиране на поведенчески данни за приемането и темпа на ваксинацията

Информирано съгласие

Благодарим Ви за проявения интерес към нашето изследване. Ние сме изследователи от (посочете името на институцията) и се интересуваме от (посочете целите на изследването). Вашите отговори ще ни помогнат да подготвим и адаптираме нашите мерки за подобряване на темпа на ваксинацията. Ще са необходими приблизително (приблизителен брой минути) минути, за да отговорите на въпросите. Преди да се съгласите с условията на изследването, прочетете внимателно информацията по-долу.

Вашето участие в това изследване е изцяло доброволно и въпросите нямат правилни или грешни отговори. Въпросите са свързани с ваксинацията и Вашето отношение към нея. Ще поискаме и информация за Вас лично, например пол, възраст и ниво на образование. Отговорите, които давате, ще бъдат анонимизирани. Това означава, че не можем да проследим данните обратно до Вас. Данните ще бъдат събрани от (посочете името на агенцията за събиране на данни) и ще бъдат споделени с изследователския екип в (посочете името на институцията на изследователите). Съветът за вътрешен преглед в (въведете институцията на съвета за вътрешен преглед) е преразгледал изследователския

протокол и е дал своето одобрение за провеждане на изследването (въведете номера на одобрението в кръгли скоби).

Вашите данни ще се съхраняват на сървърите на (посочете мястото за съхранение на данни) и ще бъдат достъпни само за изследователите, ангажирани с този проект. Вашите данни ще се съхраняват на това място в продължение на (посочете броя на годините) години. Вашите данни могат да бъдат използвани за други изследователски проекти в бъдеще, които по подобен начин целят да разберат нагласите относно ваксинацията. Използването и съхранението на данни ще бъде в съответствие с Общия регламент относно защитата на данните (ОРЗД) и националното законодателство.

Ако имате въпроси или притеснения относно това изследване или относно начина, по който ще използваме и съхраняваме вашите данни, можете да се свържете с (въведете име) на (въведете имейл адрес).

Съгласие

Като се съгласявам да участвам, разбирам, че:

Моето участие е доброволно.

Моите данни ще бъдат използвани за изследвания относно отношението към ваксинацията.

Моите данни ще бъдат анонимизирани.

Моите данни ще бъдат съхранявани по сигурен начин в съответствие с правилата на ОРЗД и националното законодателство.

Мога да оттегля участието си по всяко време.

Съгласни ли сте да участвате в това изследване?

Да/Не

Тема	Точка	Въпрос	Варианти за отговор
Социално-демографски данни	1	На колко години сте?	Брой години
	2	Какъв е Вашият пол?	1. Мъж 2. Жена 3. Небинарен 4. Друго / Предпочитам да не казвам
	3	Къде в страната живеете?	Регионално деление според отделната държава (да бъдат номерирани от 1)
	4	Коя е най-високата степен на образование, която сте завършили?	Варианти, съобразени с особеностите в страната (да се номерират от 1)
	5	В момента сте...?	1. Наето лице 2. Самостоятелно заето лице 3. Без работа 4. Учащ 5. Пенсионер 6. Не мога да работя 7. Друго 99. Предпочитам да не казвам
Поведение при ваксинация	6	Доколкото Ви е известно, получили ли сте всички ваксини, които Ви са били препоръчани?	1. Нито една 2. Някои 3. Всички

			99. Не знам / Предпочитам да не казвам
	7	Отказвали ли сте или отлагали ли сте ваксинация, която Ви е била препоръчана?	1. Нито една 2. Някои 3. Всички 99. Не знам / предпочитам да не казвам
	8	Възнамерявате ли в бъдеще да се ваксинирате според препоръките във Вашата страна?	1. Със сигурност не 2. Вероятно не 3. Може би 4. Вероятно да 5. Определено 99. Не знам / Предпочитам да не казвам

Елементи „5С“	Точка	Въпрос	Възможности за отговор на всички въпроси, свързани с „5С“
До каква степен сте съгласни или не сте съгласни със следните твърдения?			1. Категорично съгласен/а 2. Отчасти несъгласен/а 3. Неутрален/на 4. Отчасти съгласен/а 5. Напълно съгласен/а 99. Не знам / предпочитам да не казвам
Доверие	9 (основна)	Като цяло считам, че ваксините са безопасни [31].	
	10	Като цяло считам, че ваксините са ефективни [31].	
	11	Вярвам, че органите в областта на общественото здраве препоръчват само безопасни и ефективни ваксини [19].	
Самонадеяност	12 (основна)	Ваксинирам се, тъй като е твърде рисковано да се заразя [19].	
	13	За мен не са необходими ваксинации, тъй като така или иначе рядко се разболявам [19].	
	14	Ваксинацията не е необходима, тъй като болестите, които могат да бъдат предотвратени чрез ваксинация, вече не са често срещани [18].	
Ограничения	15 (основна)	На практика за мен ще бъде трудно да се ваксинирам [40].	
	16	Грижа се своевременно да получавам най-важните ваксини [19].	
	17	Лесно ми е да получа достъп до услугите за ваксинация [15].	
Преценка	18 (основна)	Когато обмислям дали да се ваксинирам, преценявам ползите и рисковете, за да взема възможно най-доброто решение [18].	

	19	Като цяло правя това, което моят лекар или медицински специалист препоръчва относно ваксинацията [41].	
	20	Информацията, която получавам за ваксините от здравните органи, е надеждна [42].	
Колективна отговорност	21 (основна)	Ваксинирам се, защото по този начин предпазвам другите хора [19].	
	22	Когато всички са ваксинирани, не се налага и аз да се ваксинирам [18].	
	23	Повечето от близките ми роднини и приятелите ми искат да се ваксинирам [15].	
Въпроси за качествена оценка, изискващи отговор с отворен край			
1. Какви въпроси или опасения имате, когато обмисляте да се ваксинирате?			
2. Кои са първите неща, които ви идват на ум, когато си помислите за ваксини?			
3. Доверие: Като цяло, какво мислите за безопасността и ефективността на ваксините?			
4. Самонадеяност: Как оценявате риска да се разболеете от болести, които могат да бъдат предотвратени чрез ваксинация?			
5. Ограничения: Какви пречки срещате, когато се опитвате да се ваксинирате? Това може да включва физически, психологически или други видове затруднения.			
6. Преценка: Какъв вид информация търсите и четете, когато се опитвате да вземете решение дали да се ваксинирате или не?			
7. Колективна отговорност: Какво мислите за ваксинацията като средство за защита на другите?			

Как да адаптирате инструмента за проучване и да разработите изследователския протокол и плана за анализ

Инструментът за проучване трябва да бъде адаптиран към въпросите на изследването, по-специално към населението, което представлява интерес за изследването, и към конкретната(ите) ваксина(и), ако е приложимо. По-долу са представени важни съображения и насоки за разработването на изследователския протокол и плана за анализ.

Целева популация

Въпросите на изследването и изследователският протокол трябва ясно да посочват целевата група на изследването. След това въпросите в инструмента за проучване могат да бъдат адаптирани въз основа на целевата популация. Например, в зависимост от въпросите от изследването, може да се изследва приемането и темпа на ваксинацията сред възрастното население като цяло или сред лицата, полагащи грижи за малки деца, мигрантите, медицинските работници, хората на възраст над 65 години или други уязвими или населението с недостатъчно обслужване. Например, ако дадено изследване има за цел да разбере отношението към ваксинацията в детска възраст, общото твърдение „Като цяло, мисля, че ваксините са безопасни“ може да бъде редактирано на „Като цяло, мисля, че ваксините в детска възраст са безопасни“.

Също така въпросите ще трябва да бъдат адаптирани въз основа на целевата(ите) ваксина(и), ако е приложимо. Инструментът за проучване е насочен към ваксинационните нагласи като цяло, но може лесно да се адаптира, така че да е насочен към конкретни ваксини.

Предложените социално-демографски въпроси също ще трябва да бъдат адаптирани към местната обстановка. Например, когато се задава въпрос за нивото на образование на респондента, вариантите за отговор трябва да отразяват образователната система в конкретната среда. Второ, тъй като оригиналният инструмент за проучване е написан на английски език, пилотните преводи на проучването сред хора от

целевата популация ще дадат информация дали преведените елементи на проучването са разбрани, съобразени с културата и/или се нуждаят от допълнително преразглеждане.

Размер на извадката

Извършени заедно със специалист по статистика, изчисленията на размера на извадката трябва да дадат информация за минималния брой респонденти, които са необходими за изследването, за да се осигури достатъчна статистическа стойност за откриване на значими ефекти. Може да се наложи размерът на извадката да бъде завишен, за да се компенсира потенциалната липса на отговор и отпадане. За да се осигури достатъчен брой респонденти, преди началото на изследването е необходимо задълбочено разбиране на целевата група и начина, по който да се достигне до нея.

Събиране на данни

Методът за събиране на данни следва да бъде избран въз основа на съображения, свързани с целевата популация, наличните ресурси и вида на извадката. Когато са насочени към широката група от възрастното население в държава с висока степен на навлизане на интернет, онлайн проучванията или интервютата могат да бъдат подходящи методи. Личните интервюта могат да бъдат по-подходящи за определени групи от населението (напр. по-възрастните хора).

Изготвяне на извадка

Изготвянето на извадка от целевата популация на изследването може да се извърши по няколко начина [43]. Когато е необходима представителна извадка от популацията, най-добрият подход е случайната извадка. Някои от най-често срещаните начини за това са обикновени или систематични случайни извадки, както и гнездови (кълъстерни) или стратифицирани (районирани) извадки. Ако ресурсите позволяват, формирането на извадка може да се възложи на фирми, които имат опит в тази област. Ако за постигане на целите на изследването не е необходима представителност, а с това и обобщаване за по-широка популация, може да се използва не-случайна извадка. Някои често срещани начини за формиране на неслучайни извадки включват извадки „по удобство“, „снежна топка“ и целеви извадки.

Презентация на проучването

Начинът, по който проучването се представя на респондентите, зависи от метода на събиране на данните, който ще се използва за проучването. Всички въпроси, свързани с елементите „5С“, имат еднакви варианти за отговор въз основа на 5-степенна Ликертова скала (от „Категорично несъгласен“ до „Напълно съгласен“). Поради това проучването може да бъде представено в писмена форма като една голяма таблица, като Ликертовата скала е представена вертикално до всеки въпрос (както е посочено в таблица 1). Друг вариант е въпросите да се задават един по един по време на лично интервю или онлайн, като Ликертовата скала се предоставя на интервюирувания като възможности за отговор. Най-добре е да не се използват заглавията на инструмента на проучването (напр. социално-демографски променливи, доверие, ограничения) в действителното проучване, така че респондентите да не са пристрастни към дадени отговори.

В инструмента за проучване на всеки отговор е зададена цифрова стойност (напр. въпрос 6: 1 = нито един, 2 = някои, 3 = всички, 99 = не знам/предпочитам да не казвам). Не е необходимо тези зададени стойности да бъдат видими за респондентите в проучването, но следва да се използват в структурата на проучването, така че резултатите да бъдат представени в този формат. Предварително написаният код за анализ се основава на тези числа.

Изследователски протокол и план за анализ

Изследователският протокол следва да посочва целевата популация, размера на извадката, метода за събиране на данните и подхода за формиране на извадките. Той следва също така да съдържа раздел за начина, по който ще се извършва анализът на данните.

Анализите трябва да бъдат кратки и да отговарят на въпросите от изследването. За целите на описателните анализи могат да бъдат създадени обобщаващи таблици с демографските данни на респондентите на изследването. Основните показатели за всеки елемент „С“ могат да бъдат обобщени и стратифицирани по демографски променливи, например пол и образование, ако е необходимо. Трите основни поведенчески показателя на инструмента за проучване — i) предишна ваксинация; ii) предишен отказ за ваксинация; и iii) намерение за ваксинация — могат по подобен начин да бъдат обобщени описателно и стратифицирани по демографски променливи. Могат да бъдат проведени инференциални статистически анализи за проверка на връзките между поведенческите резултати, 5-те елемента „С“ и демографските данни.

За да можете да извършите този анализ, е важно да следвате зададените цифрови стойности на вариантите за отговор, както е предвидено в инструмента за проучване. По-долу е представен примерен план за

анализ, който включва както описателен, така и инференциален анализ на резултатите от проучването (карета 1—3), а също така може да бъде изтеглен предварително написан [код за анализ](#) (в Stata и R).

Качествен анализ

Ако в изследването са включени качествени въпроси с отворен отговор, въпросите, предложени в таблица 1, трябва да бъдат внимателно прегледани и адаптирани, за да отразяват местната обстановка. Писмените отговори на отворените въпроси в анкетата или стенограмите от интервютата трябва да бъдат внимателно анализирани и кодирани. Индуктивният анализ може да помогне за идентифициране на главните теми, възникващи от кодовете, за да се получи по-богата представа за мисловните процеси и действията на хората. Анализът може да се извърши и дедуктивно, като се използват 5-те елемента „С“ като теми или се използва комбинация от двата подхода. За да се извлече максимална полза от този вид изследване, водещата роля в анализа трябва да се поеме от опитен изследовател на качеството. В края на настоящия раздел можете да намерите допълнителни съвети относно събирането и анализа на качествени данни.

Спазване на етичните стандарти

Преди да започне събирането на данни, е важно да се гарантира, че се спазват националните етични насоки. Това може да включва изискването да се поиска проверка за спазването на етичните стандарти на изследването. Съветите за вътрешен преглед (СВП) ще разгледат плановете на изследването и ще определят дали е необходима проверка, и ако е така, ще разгледат подробно плановете за изследването, за да дадат разрешение. Вероятно СВП ще проверят дали плановете за събиране и анализ на данни са в съответствие с Общия регламент относно защитата на данните (ОРЗД). Това означава, че в предложението за изследване трябва ясно да се опише как ще се извършва анонимизирането, съхранението на данните и достъпа до тях. Всички проучвания трябва да информират потенциалните участници за целите на изследването и за начина, по който ще се използват и съхраняват техните данни, както и да изтъкват, че отговорите им ще бъдат анонимизирани, че участието им е доброволно и че могат да прекратят изследването във всеки един момент, без да бъдат изложени на каквито и да било неблагоприятни последици. Тази информация следва да бъде последвана от въпрос дали участникът е съгласен с това и дали желае да участва в изследването. Този процес осигурява информирано съгласие, което трябва да бъде получено, преди да бъдат зададени на участника каквито и да било въпроси. Образецът за това е предоставен в инструмента за проучване (таблица 1), както и в [документа в Word, който може да се редактира](#).

Докладване и тълкуване на данните

След анализ на данните е важно да се изведат основните резултати и да се разгледат потенциалните мерки. Основните резултати могат да бъдат обобщени с помощта на таблици и фигури и могат да бъдат описани в доклад или публикувани в научно рецензирано списание. Мултидисциплинарният екип, работещ по изследването, ще трябва да обмисли най-добрия(ите) начин(и) за представяне на получените данни на заинтересованите страни и да ги използва за установяване на пречките и факторите, улесняващи ваксинацията, при конкретните групи от населението. Вероятно данните ще дадат насока за потенциални стратегии и мерки, по-специално по отношение на това кои от 5-те елемента „С“ може да са от най-голямо значение като целеви области. Примери за това как държавите от ЕС/ЕИП са насочили конкретни елементи „С“ са представени в списъка с мерки за повишаване на приемането на ваксинацията (раздел 2.2).

Примерен план за анализ

Този примерен план за анализ предоставя основна структура за анализа на данните от проучването (карета 1—3; пълният [код за анализ](#), написан както в Stata, така и в R, също е на разположение за изтегляне). В идеалния случай анализът трябва да се извърши на три етапа:

- фаза 1: подготовка на данните (каре 1);
- фаза 2: описателен анализ (каре 2); и
- фаза 3: инференциален анализ (каре 3).

Подготвянето на данните означава изчистване на данните и подготвянето им за анализи (каре 1). Изчистването на данните може да включва проверка дали отговорите са реалистични (напр. никой не може да бъде на 178 години) и проверяване, че всички променливи са в цифрова форма. С предварително написания код можете да проверите дали всички променливи имат правилните зададени стойности и етикети. Например за променливата „пол“ на мъжете може да се зададе номер 1, а на жените — номер 2.

Като част от подготовката на данните, някои променливи трябва да бъдат обратно кодирани. Но преди да се направи това, следва да се определи значението на високата оценка (таблица 2).

Таблица 2. Значение на високата оценка въз основа на предварително написания код за анализ

Конструирание	Значение на високата оценка
Доверие	Високо доверие във ваксинацията, висока степен на готовност за ваксинация
Самонадеяност	Висока степен на самонадеяност, ниска степен на готовност за ваксинация
Ограничения	Ограничения, които възпрепятстват ваксинацията, ниска степен на готовност за ваксинация
Преценка	Силна ангажираност с анализа на разходите и ползите от ваксинацията, ниска степен на готовност за ваксинация
Колективна отговорност	Ваксинацията се възприема като колективна отговорност, висока степен на готовност за ваксинация

Например за самонадеяността въпрос 12 гласи: „Ваксинирам се, защото е твърде рисковано да се заразя“. Високата оценка по този въпрос (т.е. човек, който отговаря с „5. Напълно съгласен“) би отразила човек, който е с ниска степен на самонадеяност и следователно с висока степен на готовност за ваксинация. Числената стойност обаче е висока, което може да се тълкува неправилно като висока степен на самонадеяност и следователно ниска готовност за ваксинация. За да се смекчи този проблем, е важно тези въпроси да се кодират обратно, както е показано в каре 3 (имайте предвид, че **кодът за анализ** за това може да се изтегли). След като се направи обратно кодиране, може да се изчислят средните стойности за всеки елемент „С“. След това данните са готови за описателен анализ.

За описателните анализи трите основни поведенчески показателя на инструмента за проучване — i) предишна ваксинация; ii) предишен отказ от ваксинация; и iii) намерение за ваксинация — могат да бъдат обобщени и стратифицирани по съответните социално-демографски променливи (каре 2). След това могат да бъдат обобщени основните показатели за всеки елемент „SC“.

За инференциалните анализи са дадени няколко предложения (каре 3). Би било интересно да се разберат социално-демографските прогнозни показатели за всеки от 5-те елемента „С“. Например имат ли жените по-висока степен на самонадеяност, отколкото мъжете? Следващата част от инференциалните анализи има за цел да разбере какви са прогнозните показатели на трите горепосочени основни поведенчески показателя. При тези анализи социално-демографските променливи и 5-те елемента „С“ се разглеждат като потенциални прогнозни показатели. По-долу са предоставени и допълнителни съвети за това как да се провеждат тези инференциални анализи.

Каре 1. Подготовка на данните

Извършете обратно кодиране на следните елементи:

- Самонадеяност (високи оценки = висока степен на самонадеяност и следователно ниска степен на готовност за ваксинация)
 - B12: Ваксинирам се, тъй като е твърде рисковано да се заразя.
- Ограничения (високи оценки = много ограничения — т.е. всекидневни препятствия пред ваксинацията — и следователно ниска степен на готовност за ваксинация)
 - B16: Грижа се своевременно да получавам най-важните ваксини.
 - B17: Лесно ми е да получа достъп до услугите за ваксинация.
- Изчисление (високи оценки = обстоятелни съображения по отношение на разходите и ползите и ниска степен на готовност за ваксинация)
 - B19: Като цяло правя това, което моят лекар или медицински специалист препоръчва относно ваксинацията.
 - B20: Информацията, която получавам за ваксините от здравните власти, е надеждна.
- Колективна отговорност (високи резултати = висока степен на готовност за ваксинация с цел защита на другите).
 - B22: Когато всички са ваксинирани, не се налага и аз да се ваксинирам.

Изчисляване на средните оценки за всеки елемент „С“:

- Добавете оценките на трите елемента на доверието и ги разделете на 3
- Съберете оценките от трите елемента в раздел „Задоволство“ и ги разделете на 3.
- Съберете оценките от трите елемента в „Ограничения“ и ги разделете на 3.
- Съберете оценките от трите елемента в „Преценка“ и ги разделете на 3.
- Съберете оценките от трите елемента в раздел „Колективна отговорност“ и ги разделете на 3.

Карте 2. Описателен анализ:

Резюме на поведенческите резултати:

- % ваксинирани съгласно препоръките:
 - По възраст
 - По пол
 - По образование
 - По региони
- % отказани препоръчани ваксинации:
 - По възраст
 - По пол
 - По образование
 - По региони
- %, които възнамеряват да се ваксинират в съответствие с препоръките:
 - По възраст
 - По пол
 - По образование
 - По региони

Основни показатели:

- Доверие: %, които са съгласни, че ваксините са безопасни (т.е. отговорили са с 4 или 5)
- Самонадеяност: %, които се ваксинират, защото е твърде рисковано да се заразят (т.е. отговорили са с 4 или 5)
- Ограничения: %, които казват, че на практика ще е трудно да се ваксинират (т.е. отговорили са с 4 или 5)
- Преценка: %, които са съгласни, че когато обмислят да се ваксинират, преценяват ползите и рисковете, за да вземат възможно най-добро решение (т.е. отговорили са с 4 или 5)
- Колективна отговорност: %, които са съгласни, че се ваксинират, защото така предпазват други хора (т.е. отговорили са с 4 или 5)

Среден резултат за елемент „С“, стратифициран по възраст, пол, образование, регион и трудов статус.

Карте 3. Инференциален анализ:

Социално-демографски прогнозни показатели за всеки елемент „С“:

Резултат: Доверие (средна оценка 1—5): Прогнозни показатели: възраст, пол, образование, регион, статус на заетост

Резултат: Самонадеяност (среден резултат 1—5): Прогнозни показатели: възраст, пол, образование, регион, статус на заетост

Резултат: Ограничения (средна оценка 1—5): Прогнозни показатели: възраст, пол, образование, регион, статус на заетост

Резултат: Преценка (средна оценка 1—5): Прогнозни показатели: възраст, пол, образование, регион, статус на заетост

Резултат: Колективна отговорност (средна оценка 1—5): Прогнозни показатели: възраст, пол, образование, регион, статус на заетост

В този анализ всеки един от 5-те елемента „С“ се разглежда като резултат, а социално-демографските променливи се тестват като прогнозни показатели. Това ще помогне да се разбере дали социално-демографските променливи оказват въздействие върху средната оценка за всеки от 5-те елемента „С“. Тъй като резултатът е средна оценка, може да се извърши линейна регресия. Резултатът от тези анализи е коефициент, който изразява количествено връзката между прогнозната променлива и резултата, като посочва очакваната промяна в средната оценка на резултата при промяна на прогнозната променлива с една единица.

Прогнозни показатели за ваксиниране в съответствие с препоръките

Резултат: Получени ваксинации в съответствие с препоръките (Нито една, Някои, Всички). Прогнозни показатели: Средни резултати за всички 5 елемента „С“, възраст, пол, образование, регион, трудов статус

Прогнозни показатели за отлагане или отказ от ваксинация

Резултат: отказ от ваксинация (Нито една, Някои, Всички). Прогнозни показатели: Средни резултати за всички 5 елемента „С“, възраст, пол, образование, регион, трудов статус

Прогнозни показатели за намерението за ваксинация

Резултат: намерения за ваксинация (оценка 1—5). Прогнозни показатели: Средни резултати за всички 5 елемента „С“, възраст, пол, образование, регион, трудов статус.

Допълнителни съвети относно инференциалния анализ

Когато се анализира променлива на резултата с три или пет ординални категории, изборът на подходящ регресионен модел зависи от начина, по който се обработва резултатът. Освен това броят на наблюденията във всяка категория играе решаваща роля. Ако в някои категории има твърде малко наблюдения, може да се наложи те да бъдат сбити, за да се осигури статистическа стойност.

Ако резултатът се запази в ординалната си форма, може да се използва ординален логистичен регресионен модел, ако се приеме, че е налице предположението за пропорционални вероятности. При този вид регресия отговорите се разглеждат като подредени стъпки, като се приема, че преминаването от отговор 1 („Напълно несъгласен/а“) към 2 („Несъгласен/а“) е подобно на преминаването от 4 („Съгласен/а“) към 5 („Напълно съгласен/а“) по отношение на влияещите фактори. Например, ако това, че сте жена, увеличава вероятностите за преминаване от 1 към 2, то също така увеличава шансовете за преминаване от 3 („Неутрален/а“) към 4 („Съгласен/а“) със същия процент в сравнение с мъжете. По същия начин, ако възрастта увеличава вероятностите за преминаване на по-висока позиция (например от 2 на 3), се приема, че тя има същия пропорционален ефект на всяка стъпка от скалата (например също от 4 на 5). Това предположение се нарича предположение за пропорционални вероятности.

Друг вариант е, ако резултатът е разделен само на две категории (напр. резултатът „Получени ваксинации съгласно препоръките“ е разделен на 0 = Не напълно ваксиниран/а (включва „нито една“ и „Някои“) и 1 = Напълно ваксиниран/а („Получени всички препоръчани ваксини“), тогава най-подходящият избор е бинарният логистичен регресионен модел, който оценява как тези фактори увеличават или намаляват вероятността да бъдеш напълно ваксиниран/а. Както за ординалната логистична регресия, така и за бинарна логистична регресия, изходът ще бъде представен в съотношения на вероятности.

Ако резултатът от петте категории е сведен до три категории, може да се използва модел на полиномна логистична регресия. Да предположим, че групираме отговорите за намерението за ваксинация (оценка 1—5) в три категории: ниско намерение (1—2 = „Малко вероятно е да се ваксинирам“), умерено намерение (3 = „Несигурен/а“ или „Неутрален/а“) и високо намерение (4—5 = „Вероятно е да се ваксинирам“). Тъй като тези три категории нямат строг ред (т.е. „Умерено“ не е непременно по средата между „ниско“ и „високо“), можем да използваме полиномна логистична регресия вместо ординален модел. Моделът избира една категория като референтна група (напр. „Ниско намерение“) и ще оцени вероятностите за „Умерено“ спрямо „Ниско и Високо“ спрямо „Ниско“. Резултатът от полиномната логистична регресия се представя под формата на относителни съотношения на риска.

В крайна сметка изборът на модел зависи както от теоретичните съображения, така и от практическите ограничения, например размера на извадката от наблюдения в различните категории. Тези съображения открояват колко е важно в мултидисциплинарния изследователски екип да има опитен специалист по статистика.

Допълнителни съвети относно качествените методи

Резултатите от инструмента за проучване ще осигурят фундаментално разбиране на пречките и факторите, улесняващи приемането на ваксинацията, в конкретна популация. Малко вероятно е обаче те да обяснят причините за съществуването на тези пречки и улесняващи фактори. Качествените методи могат да предоставят информация в тази област, като помагат да се разкрият нюансите на контекста, като предлагат идеи за това как да се преодолеят конкретните пречки и да се улесни приемането на ваксинацията [44].

Количествени спрямо качествени методи

Количествените методи са полезни за получаване на цифрови данни и за осъществяване на статистически анализ по отношение на приоритетната област на научните изследвания. Например количествените проучвания могат да помогнат да се разбере желанието на дадено лице или общност да се ваксинира и пречките, пред които може да са изправени. Въпреки това, тъй като много от инструментите за събиране на количествени данни — например проучвания или регистри — са предварително разработени от изследователите с фиксирани отговори, получените познания са ограничени до въпроси, за които вече е известно, че не са достатъчно добре разбрани. Съща така количествените методи са насочени към разбиране на основните тенденции на дадена популация, което може да ограничи по-задълбоченото разглеждане на причините за тези тенденции или изключения.

От друга страна, качествените методи използват изследователя като инструмент за събиране на данни. Те следват систематичен, но гъвкав подход за събиране на данни, като използват възникващ дизайн с адаптации, направени по време на цялостния процес. Използването на въпроси с отворен край е от основно значение в качествените методи, тъй като позволява на респондентите да отговорят и опишат опита и възгледите си със свои собствени думи и език. Отчитането на мислите, чувствата и нагласите на

участниците е от решаващо значение за получаването на културни и социални впечатления, тъй като участниците могат да помогнат да се определят и повдигнат на въпросите, които са важни за тях.

Избор на участниците

За подбора на участниците в качествените изследвания могат да се използват различни техники за подбор на извадки, като обикновено се използва целева извадка (т.е. избиране на участници, които е вероятно да са най-подходящи за изследването). Броят на участниците обикновено се определя въз основа на „насищане на данните“, което се достига, когато не се събира съществено нова аналитична/значима информация, и тогава процесът на събиране на данни може да бъде прекратен [45]. Използваните методи за събиране на данни и техники за анализ ще се ръководят от въпросите на изследването.

Събиране на данни

Два качествен метода за събиране на данни, които могат да бъдат от значение в този контекст, включват [46]:

- **Полуструктурирани интервюта**, които се провеждат индивидуално с изследовател и участник. При тях често се използва ръководство за интервюта, в което има въпроси, свързани с отговора на общите въпроси от изследването. Полуструктурираните интервюта обикновено са с продължителност 40–60 минути и могат да се провеждат лично или онлайн, за предпочитане в тиха и неразсейваща среда. Интервюта са особено подходящи за разбиране на възгледите, преживяванията, убежденията и мотивацията на хората, без да се влияят от другите, както и за обсъждане на чувствителни въпроси.
- За разлика от тях **дискусиите във фокус групи** се провеждат в групи с водещ и обикновено с трима до осем участници. Също така при тях често се използва ръководство за обсъждане, съобразено с общите въпроси на изследването. За разлика от интервюта, този метод е полезен за разбиране на груповата динамика и нормите в дадена общност, включително сходствата и различията в гледните точки. Фокус групите трябва да бъдат умело водени, за да се гарантира, че всички участници се чувстват комфортно да споделят мнението си.

Има някои общи неща, които трябва да се имат предвид и при двата метода:

- В ръководството за интервю/дискусия трябва да се предвижда време за изграждане на доверие между изследвателя и участника/ците. Първоначалните въпроси могат да бъдат по-обикновени за преодоляване на напрежението, последвани от общи въпроси по темата, и едва след това да се премине към по-конкретни или чувствителни въпроси.
- Въпросите трябва да са с отворен край, т.е. да не може да се отговори с „да“ или „не“. Целта е да се насърчат участниците да споделят открито и подробно.
- Трябва да се избягват насочващи въпроси, т.е. въпроси, които насочват участниците към определен отговор.
- Интервюирането и воденето трябва да са гъвкави. Участниците могат да повдигнат теми, които са свързани с общите въпроси на изследването, но не са включени в ръководството. Трябва да се отдели време на тези дискусии, разговорът може да се върне към останалите въпроси, когато е необходимо.
- Интервюиращите и водещите трябва да проявяват съпричастност и да предвидят паузи, да сменят или прекратят разговора, за да се гарантира комфорта на участниците, особено когато се обсъждат чувствителни въпроси.

Анализ на данните

Качествените методи предлагат разнообразни възможности за анализ на данните и гъвкавост при използването им, което ви позволява да изберете тези, които отговарят на конкретните ви нужди. Два от тях са анализ на съдържанието и тематичен анализ. Ако анализът на качествените данни може да се разглежда в определен спектър, анализът на съдържанието обикновено е по-описателен, а тематичният анализ обикновено е по-интерпретативен.

Анализът на съдържанието е обобщаващ термин за „систематично кодиране и категоризиране“ на текстовите данни [47]. Въз основа на теориите за комуникацията се анализират тенденциите и честотата на думите, за да се открият модели и значение. „Кодовете“ (т.е. малки единици текст със значение) са организирани в категории въз основа на общи модели. Това може да се направи както индуктивно (т.е. да се създаде от данните), така и дедуктивно (т.е. да се използват предварително съществуващи категории, извлечени от теория, рамка или модел). Анализът на съдържанието може да се извърши количествено, например, като се изчислява броят на случаите, в които даден въпрос е повдигнат по време на обсъждане. При качествения подход обаче се взема предвид и контекстът на думите, за да се разбере както видимото, така и скритото значение.

Тематичният анализ се отнася до процеса на идентифициране на теми или модели от интерес в данните [48]. Въпреки че започва с процес на кодиране, подобен на този при анализа на съдържанието,

тематичният анализ надхвърля категоризацията на данните и се опитва да интерпретира скрития смисъл в текста (т.е. да заключи какви идеи, предположения, концептуализации и идеологии могат да се оформят от казаното от участниците). Тези теми могат да бъдат създадени индуктивно или дедуктивно; често обаче дедуктивните теми трябва да се коригират, за да се отразят скритите значения, идентифицирани във вашия набор от данни.

Инструменти, даващи възможност за размисъл и ограничаване на предубежденията

Важно е да се помни, че при всички научни изследвания в областта на общественото здравеопазване, независимо дали са качествени или количествени, изследователите не са просто пасивни наблюдатели, а могат активно да повлияят на научните изследвания и резултатите от тях. Всички стъпки, предприети от изследователите по време на процеса — от установяването на изследователските въпроси до анализа на данните — се влияят от техния конкретен произход, гледни точки и съзнателни или несъзнателни предубеждения. Важно е този въпрос да се разгледа проактивно по време на изследователския процес, а резултатите да се тълкуват по съответния начин. Методологията на качествените изследвания разполага с няколко инструмента, които позволяват този процес на размисъл и ограничаване на предубежденията, включително:

- **Декларация за самооценка** — Изследователите трябва да се замислят и да се запитат защо участват в изследването, какви предубеждения могат да имат спрямо целевата група във връзка с темата на изследването и как елементи от тяхната идентичност или произход могат да повлияят на начина, по който провеждат изследването или интерпретират резултатите. След това самооценката се обобщава в кратък текст и се включва при разпространението на резултатите с цел прозрачност [49].
- **Триъгълно свързване на изследователите/проверка на членовете на екипа** — двама или повече изследователи могат да кодират част от данните независимо един от друг, след което да сравнят кодовете, за да открият разлики и прилики, преди да постигнат единодушие относно начина на тълкуване и категоризиране на данните. Това увеличава достоверността на резултатите. Подобен процес може да се проведе и с участници от целевата група като средство за валидиране на заключенията, получени от данните, в които са участвали. Това се нарича проверка на членовете [50].

Други ресурси

Има няколко източника, които описват по-подробно изследователския процес, включително как да се извършва анализът на данните и да се тълкуват резултатите. Те включват:

- [„Практическо ръководство за качествени изследвания за въвеждане на нови ваксини“](#) на СЗО
- [„Бързи качествени научни изследвания за увеличаване на темпа на ваксинация срещу COVID-19: инструмент за научни изследвания и мерки“](#) на СЗО

Контролният списък [„Консолидирани критерии за докладване на качествени изследвания \(COREQ\)“](#) е полезно ръководство за докладване и описване на качествени изследвания.

2.2 Методи за преодоляване на поведенческите пречки пред ваксинацията

Списък с мерки за увеличаване на приемането на ваксинацията

В таблиците по-долу се предлага списък с мерки на национално и поднационално равнище за стимулиране и подпомагане на разработването на мерки, когато ваксинационното покритие е под оптималния праг. Примерите се отнасят до ваксинация в детска възраст (таблица 3), ваксинация срещу човешки папиломавирус (HPV) (таблица 4), ваксинация срещу COVID-19 и грип (таблица 5) и ваксинация срещу други заболявания (коклюш и морбили) (таблица 6). Много от мерките са насочени към уязвими групи от населението, например мигрантите, и се основават на подкрепа на диалога между медицинските специалисти, които отговарят за ваксинацията, и пациентите. Също така са представени изцяло или частично финансирани от ЕС многонационални мерки (таблица 7).

За да събере тези примери за мерки на национално и поднационално равнище, на 4 септември 2024 г. директорът на ECDC се свърза с компетентните координиращи органи на Центъра. Тя поиска от тях да определят експерт или експерти относно приемането на ваксинацията в своята държава, които да могат да отговорят на проучване (каре 4), и да бъдат на разположение за всякакви необходими допълнителни разяснения. През първата седмица на октомври 2024 г. е изпратено напомняне.

Каре 4. Въпросник за националните експерти относно приемането и темпа на ваксинацията

1. Водейща организация (т.е. наименование на организацията, която е ръководила цялостната мярка)
 2. Сътрудници (т.е. имена на организации, които са оказали съдействие за разработването/изпълнението и/или оценката на мярката)
 3. Равнище на мярката (т.е. на какво равнище е била изпълнена мярката?) — отговор с един избор:
 - a. Национално
 - b. Регионално
 - c. Местно/общностно
 - d. На няколко нива
 - e. Други Посочете: *свободен текст*
 4. Целева популация (т.е. коя(и) е(са) била(и) целевата(ите) група(и) от населението за вашата мярка?) — отговор с един избор:
 - a. широката общественост
 - b. възрастни (на и над 18 години)
 - c. деца (на възраст до 12 години включително)
 - d. юноши (на възраст 13—17 години)
 - e. родители/лица, полагащи грижи
 - f. възрастните хора
 - g. социално уязвими групи от населението
 - h. медицински специалисти
 - i. медиите
 - j. друго — уточнете *свободен текст*
 6. Посочете всички допълнителни подробности за вашата целева популация: *свободен текст*
 7. Опишете накратко мярката. Интересуваме се от следните аспекти (кратък, но изчерпателен отговор):
 - a. Каква е конкретната цел на мярката във връзка с целевата(ите) популация(и)?
 - b. Каква е обосновката на мярката? (Споделете всички аргументи или мотиви за мярката, включително данни/опит от предишни изследвания/обхват, ако е приложимо)
 - c. Кога и къде се е провела мярката?
 - d. Какви са основните й дейности?
 - e. Какви са резултатите или въздействията от мярката? (Споделете всички подробности за официални или неофициални оценки, ако е приложимо)
 - f. Какви са основните заключения, които извлякохте от процеса на разработване/прилагане/оценка на мярката? Споделете подробности за всички улесняващи фактори, пречки и предизвикателства, както и за решенията или наблюденията, които сте направили в процеса.
 8. Имате ли външен публичен уебсайт или документ, който обобщава мярката или предоставя информация за основните дейности? Споделете връзка тук (ако е приложимо): * свободен текст * или качете съответните файлове тук (ако е приложимо): * поле за качване на файл *
- Има ли нещо друго, което бихте искали да споделите за мярката и вашите впечатления? *свободен текст*

Четиринадесет от 30-те държави от ЕС/ЕИП отговориха, като предоставиха общо 26 примера за мерки, 24 от които са включени в таблиците по-долу. Описанията на мерките по-долу са леко редактирани, за да се осигури последователност в стила и представянето, но иначе са представени така, както са споделени от държавите в техните отговори на проучването (включително връзки, където са предоставени). В някои случаи информацията е допълнена по електронна поща по време на етапа на външния преглед и тя е включена в текста по-долу.

Проведен е семинар със служители на ECDC и външен експерт с цел преглед на примерите за мерки и класифициране на всяка мярка с помощта на модела „5C“. Много от мерките обхващат два или повече от 5-те елемента „C“, като повечето са насочени към доверието и/или ограниченията. По-малко примери се отнасят до преценката или самонадеяността и нито един пример не се отнася до колективната отговорност.

Също така ECDC установи контакт с няколко финансирани от ЕС многонационални проекта чрез координация с Eurohealthnet, включително RIVER-EU (Намаляване на неравенствата по отношение на темпа на ваксинацията в Европейския регион) и AcToVax4NAM (Достъп до ваксинация за новопристигнали мигранти) [34,35]. Национален експерт във Франция, определен от компетентния координиращ орган на ECDC във Франция, също е поддържал контакт с координаторите на JITSUVAX (Джиу джицу с дезинформацията в епохата на COVID-19) [36]. Повече информация за тези финансирани от ЕС многонационални проекти е включена в таблица 7.

Таблица 3. Мерки, свързани с програми за ваксинация на деца

Държава членка	Целева аудитория	Описание на мярката	Съответстващи елементи „С“
Дания [51]	медицински специалисти	Проведен е полудневен модул за обучение за медицински сестри в сферата на общественото здравеопазване от много от 98-те общини в Дания. Обучението включва знания за датската програма за ваксинация на деца и за болестите, предотвратими чрез ваксинация, както и насоки за общуване с колебаещи се родители. Медицинските сестри са определени за „посланици на ваксинацията“ и са насърчавани да споделят наученото с други колеги. Медицинските сестри са избрани като целева група за обучението поради редовните им посещения при новите родители и присъствието им в училищата. Програмата е проведена през 2019 г., 2021 г. и 2022 г. Не е извършена систематична оценка, но в края на всеки ден е събирана обратна информация. Медицинските сестри са оценили актуализираната информация за заболяванията, обхванати от програмата за ваксинация, и са изразили задоволство от възможността да се срещнат и да обсъдят опита си с колеги. Интересът към програмата се запазва постоянен всяка година.	доверие
Франция [52-54]	родители/лица, полагащи грижи	Акушерките са обучавани да използват мотивационно интервюиране (МИ), за да подготвят току-що родилите майки и партньорите им за ваксинацията на новородените. Опитът от Квебек показва, че чрез изграждане на партньорство с медицинския специалист, мотивационното интервюиране може да помогне за засилване на мотивацията и ангажираността на човек към промяна на поведението. Мярката е проведена от ноември 2021 г. до април 2022 г. в две родилни отделения: Sainte Musse, Тулон; Saint Joseph, Марсилия в Югоизточна Франция. Проведено е рандомизирано контролирано изпитване, в което се установи значително намаляване с 33 % на опасенията относно ваксинацията в групата с мотивационно интервюиране в сравнение със 17 % незначително намаляване в контролната група (листовка). Първоначално измереното намаление на опасенията относно ваксинацията се запазва също толкова голямо, когато с майките се установява контакт седем месеца след напускането на родилното отделение. Съвместна работна група проучва възможността за прехвърляне на тази мярка към други целеви популации. Тази мярка е частично подкрепена с безвъзмездната помощ от програмата за научни изследвания и иновации на Европейския съюз „Хоризонт 2020“ 964728 (JITSUVAX), описана в таблица 7. Повече информация: www.jitsuvax.com	доверие, преценка
Швеция [55,56]	медицински специалисти	Програмите на СЗО за адаптиране на имунизациите (TIP), включващи поетапен процес за идентифициране на пречките и факторите, улесняващи ваксинацията, в местния контекст, проектиране и разработване на адаптирани мерки, както и изпълнение и проследяване на дейностите, са преведени и адаптирани към шведските условия за изпълнение на регионално равнище. Досега в четири региона са започнали пилотни проекти въз основа на настоящото ръководство. Основните дейности включват семинари за улесняване на прилагането на метода TIP с всеки от регионалните участници, отговорни за изпълнението на националната имунизационна програма (НИП). Проведени са също съвместни срещи и лекции с регионалните участници, както и сътрудничество и обмен на опит. Адаптациата е въз основа на предишна работа по ръководството за ТИП през 2013 г. с фокус върху сомалийска общност извън	доверие, ограничения, самонадеяност

		Стокхолм. Това е направено, тъй като въпреки общото високо ваксинационно покритие в Швеция по отношение на ваксинацията в детска възраст в рамките на НИП, има нужда да се окаже по-добра подкрепа на регионалните и местните участници, за да разберат промените в покритието и приемането на ваксинацията. Ясно се вижда, че в допълнение към превода е необходимо непрекъснато адаптиране към дадената среда. Пилотните проекти улесняват съвместното изграждане на капацитет и колективното обучение и натрупване на знания. Пилотните проекти започнаха през 2021 г. и продължават до 2025 г., като оценката е планирана за по-късен етап. Шведското ръководство за T1P ще бъде преразгледано и актуализирано през 2025 г. въз основа на обратната информация и извлечените поуки от работата с четирите пилотни проекта.	
Швеция [57,58]	медицински специалисти	Разработени са образователни материали в подкрепа на диалога относно ваксинацията. Тази мярка е насочена към медицинските сестри и лекарите, които работят в областта на ваксинацията в детските или училищните здравни служби. Може да се използва и от други медицински специалисти, работещи в областта на ваксинацията. Целта е да се подпомогнат ваксиниращите медицински сестри в изграждането на доверие по време на разговорите с родителите, като се предостави инструмент за структуриран и открит диалог и обучителни модули за размисъл и съвместно обучение с колегите в местната среда. Известно е, че диалогът между медицинския персонал и родителите е силен инструмент за изграждане на доверие във ваксинацията. Констатациите от качествено проучване с интервюта от 2019 г., проведено от Агенцията по обществено здравеопазване на Швеция с медицински сестри (детски здравни грижи и училищно здравеопазване), разкриват, че има пропуски в подкрепата и структурите на медицинските сестри, за да се справят в някои случаи, в които се чувстват неудобно и не знаят как да отговорят на конкретните въпроси и/или общите колебания на родителите преди вземането на решение за ваксина. За да се удовлетвори тази необходимост, е разработен адаптираният учебен материал, базиран на материалите за обучение на СЗО „Разговори за изграждане на доверие във ваксинацията и други проучвания“. Основните образователни материали, които са на разположение за изтегляне от 2023 г. за медицинските работници, включват ръководство за потребителя за провеждане на обучението, презентация в PowerPoint за обучението и брошура, обобщаваща инструмента от пет стъпки за подпомагане на диалога. Подходът от пет стъпки има за цел да създаде открит диалог с родителите относно ваксинацията, като същевременно проучи и отговори на въпросите, които те биха могли да имат. Предлагането на материали е обявено няколко пъти по време на Европейската имунизационна седмица и чрез различни електронни писма до професионалните мрежи. По време на разработването на материала са проведени редица семинари за тестване и съвместно създаване на материала с целевите групи в няколко региона и професионални мрежи. След публикацията са проведени редица презентации и семинари, за да се разпространи материалът и да се проследят реакциите към него. Инструментът все още не е подложен на систематична оценка. Това ще започне през 2025 г.	доверие, ограничения, самонадеяност
Румъния	родители/лица, полагащи грижи	Мярката се фокусира върху изпращането на текстови съобщения с напомняния до родителите и лицата, полагащи грижи. В Румъния от 2011 г. има национален електронен регистър за ваксинация. Изпращането на напомняния чрез текстово съобщение е мярка, въведена	ограничения

		през 2018 г., която има за цел да засили спазването от страна на лицата, полагащи грижи, на ваксинацията за деца в съответствие с националния имунизационен календар. Обикновено се наблюдава спад в съблюдаването на препоръчителните за децата ваксини от страна на лицата, полагащи грижи, с изключение на ваксините, препоръчани през първите дни след раждането. Това би могло да се дължи на колебание, но също така и на недостатъчна информация относно препоръчителната възраст за ваксинация и наличността на ваксините. Текстовите съобщения се изпращат на национално равнище, за всички деца, преди очакваната дата за ваксинация. Има планове за оценка на въздействието на тази мярка.	
--	--	--	--

Таблица 4. Мерки, свързани с ваксинацията срещу човешки папиломавирус (HPV)

Държава членка	Целева аудитория	Описание на мярката	Съответстващи елементи „С“
Дания [59]	социално уязвими групи от населението	Мярката е съсредоточена върху диалога с хората от етническите малцинства с цел споделяне на знания относно ваксинацията срещу HPV и други здравни услуги, придобиване на знания за пречките пред целевите групи и повишаване на доверието в здравните услуги, медицинските специалисти и здравните органи. Датският орган по здравеопазването си сътрудничи с Mino Danmark за провеждането на „Разговори с Mino“ — събитие, което насърчава демократичния диалог и дава думата на граждани с произход от малцинствата, за да обсъждат и споделят своите трудности. Проведени са шест такива разговора и са положени усилия за популяризиране във всички области, което допринесе за привличането на участници в проявите. Всеки разговор с Mino се състои от две тематични дискусии: първата се отнася конкретно до ваксинацията срещу HPV и скрининга за рак на маточната шийка. Участниците в тематичните дискусии се различават според града, така че да се чуят мненията на местните жители. Събитията са проведени през октомври и ноември 2023 г. в районите Vejle, Brøndby, Gellerupparken (Aarhus), Vollsmose (Odense), Tingbjerg и Slagelse. Областите са избрани въз основа на райони, в които живеят много граждани от етнически малцинства. Като цяло публиката се включи много активно и зададе много въпроси. Освен това се получи добре, тъй като в тематичните дискусии участваха лица с житейски опит, които можеха да споделят преживяванията си и които създадоха благоприятна атмосфера.	доверие, ограничения, самонадеяност
Германия [60]	деца (на възраст 12 години и по-малки), юноши (на възраст 13—17 години)	Прегледът на здравословното състояние на подрастващите (J1), осъществявана от общопрактикуващи лекари и педиатри, може да се извършва на възраст между 12 и 14 години. Това е възможност за проверка на общото здравословно състояние, ваксинационния статус и развитието на пубертета. Тези редовни прегледи на здравословното състояние са безплатни и дават възможност за диалог на подрастващите и техните родители с медицинските специалисти, а това представлява добра възможност да се напомни на целевите групи за ваксинацията срещу HPV. Резултатите от оценката сочат, че вероятността за приемане на ваксина срещу HPV е по-голяма, ако подрастващите жени преминават здравния преглед J1. Връзката между здравния преглед J1 и приема на ваксинация срещу HPV е най-силна при 12-годишните и намалява с увеличаване на възрастта. Тази констатация предполага както положителна връзка на здравния преглед J1 с ваксинацията срещу HPV като цяло, така и с	ограничения, доверие, самонадеяност

		навременното предприемане на ваксинация преди започване на сексуален живот. Въпреки това здравният преглед J1 все още не се използва в достатъчна степен от юношите в Германия. Допълнителна информация за здравния преглед J1: Всяко дете в Германия има право по закон на 10 U-прегледа. Разходите се покриват от здравното осигуряване. U-прегледите се провеждат през първите шест години от живота. По време на тези прегледи педиатърът проверява дали детето се развива по подходящ за възрастта му начин. Това включва теми като защитата чрез ваксинация. U-прегледите помагат да се открият в ранен етап заболявания или забавяне в развитието. Своевременното лечение или специализираната подкрепа могат да предотвратят или поне да намалят възможните последици за здравето. В юношеската възраст се добавя още един профилактичен преглед — J1.	
Германия [61]	медицински специалисти	Проведено е обучение на медицински специалисти в техники за мотивационно интервюиране, включително педиатри и медицински асистенти, работещи в частни практики в Бремен и Бавария, за да се окаже подкрепа на пациентите при вземането на решение за ваксинация срещу HPV. Мярката включва оценка на нуждите от обучение на медицинските специалисти, например кои са трудните теми за ваксинацията срещу HPV, чрез представително проучване. Разработени са дейности за обучение, които свързват мотивационните техники за интервюиране с темите, свързани с ваксинацията срещу HPV. Участващите частни практики са получили или а) класическо обучение по HPV; б) обучение за провеждане на мотивационно интервюиране; или в) не е проведено обучение. Оценката на капацитета на участващите медицински специалисти да водят разговори относно ваксинацията срещу HPV с помощта на техниките за мотивационно интервюиране все още продължава към момента на подаване на данните на ECDC през октомври 2024 г. Ограниченията включват трудности при привличането на медицински специалисти и при убеждаването им да усвоят новите методи.	доверие
Румъния	Рискови групи	Ваксини с възстановяване на разходите (50 % — 100 %) се предлагат за някои високорискови групи (HPV; варицела; менингококова — B, ACWY ваксина; хепатит B), като акцентът се поставя върху хората с хронични заболявания. В Румъния ваксинацията на възрастните, включително ваксинацията на здравните работници, не е била много добре застъпена преди септември 2023 г. В рамките на националната програма за ваксинация безплатно се предоставят само COVID-19, грипна ваксина, dTpa за бременни жени, ваксина срещу хепатит B за неваксинирани лица, подложени на диализа, и HPV ваксина за подрастващи жени. В края на август 2023 г. е приета нова правна рамка, с която се урежда възстановяването на разходите за някои ваксини за някои високорискови групи, с цел да се увеличи достъпът и темпът на някои ваксини. Предлагат се курсове за доставчиците на здравни услуги, както и кампании за подобряване на комуникацията. Някои от причините за ниския темп на ваксинация сред някои високорискови групи са разходите за ваксините, трудностите при достъпа до тях, както и липсата на препоръка от страна на обичайния доставчик на здравно обслужване. Оценката на тази мярка за периода 2023-2024 г. показва увеличение на ваксинацията срещу HPV. Само за първите 10 месеца, след като започва възстановяване на разходите за ваксинация, повече от 70 000 души са започнали да се	ограничения

		ваксинират. В сравнение с предходния сезон се наблюдава и повишаване на темпа на противогрипната ваксина, особено при децата.	
--	--	---	--

Таблица 5. Мерки, свързани с ваксинацията срещу COVID-19 и грип

Държава членка	Целева аудитория	Описание на мярката	Съответстващи елементи „С“
България [62]	широката общественост, здравни работници	По време на пандемията от COVID-19 е дадено началото на образователна интернет платформа „+ мен (plusmen.bg)“ за ваксинация, за да се насърчи ваксинацията срещу COVID-19 и да се отговори на опасенията във връзка с ваксинацията. Целта е да се помогне на широката общественост да направи информиран избор относно ваксинацията, като се предостави информация на достъпен език от квалифицирани медицински специалисти. След пандемията COVID-19 уебсайтът е разширен, за да включва пълната имунизационна програма. Обхванатите теми включват обяснения на рисковете от болестите, предотвратими чрез ваксинация, и ползите от ваксинацията, както и информация за безопасността и достъпа до ваксинация. Информацията за различните групи от широката общественост е съобразена с техните нужди. Информацията, насочена към медицинските специалисти, включва научно обосновани материали за ползите от ваксинацията, информация за характеристиките на ваксината и записи от вебинари, които представляват интерес за специалистите. По този начин проектът се стреми да подобри готовността им за оптимално прилагане на имунопрофилактиката и отговор на опасенията на пациентите.	преценка, самонадеяност, доверие
Дания [63,64]	социално уязвими групи от населението	По време на програмата за ваксинация през пандемията от COVID-19 са осъществени редица мерки за ангажиране на общността, включително ваксинация на място без записване на час и обмен на информация, за да се достигне до социално уязвими групи от населението с по-ниско от средното ниво на ваксинация. По-долу са изброени някои от тях: Датският съвет за бежанците е създал гореща линия, на която гражданите от етническите малцинства могат да получат отговори на въпросите си за ваксинацията срещу COVID-19 на родния си език и от служители, които разбират и познават културния им произход. Мрежа от лекари с произход от малцинствата е извършила ваксинация на място без записване на час в местните райони на целевата група. Медицинските специалисти от Корпуса за здравен диалог са присъствали на изнесени места за ваксинация без записване на час, например в училища, гимназии и на обществени места, работни места и културни събития, за да споделят информация и да отговарят на въпроси.	ограничения, доверие
		Фондацията за социална отговорност е разработила информационни материали, разпространявани от доброволни „посланици“ в районите, като всички тези посланици съответстваха на състава на целевата група по отношение на пол и етнически произход. Ваксинация на място без записан час е била предоставена на разположение на служителите, работещи във вериги магазини, където организацията, представляваща магазините, е осигурила достъп до помещенията и служителите, включително пунктове за ваксинация в складовете.	

		Червеният кръст предлага придружаване на уязвими граждани във всички общини и присъстваше на местата за ваксинация. Сътрудничеството с асоциацията за социално жилищно настаняване („Danmarks Almene boliger“) допринесе за информирането на техните служители и жители за ваксинацията чрез статии и други медийни канали. Направена е качествена оценка на резултатите от целенасочените усилия. Въпреки че не може да се установи причинно-следствена връзка, данните от наблюдението на местно ниво показват увеличаване на ваксинационното покритие в периода преди и след целенасочените усилия. Важен извод е, че местата за ваксинация без записан час постигат значително по-малък успех, ако не са придружени от значителни усилия по отношение на ангажирането на общността и обмяна на информация.	
Естония	възрастни хора, рискови групи	Здравната каса изпрати чрез мобилни телефони персонализирани съобщения за напомняне за ваксинация срещу грип и COVID-19 на възрастните хора и други рискови групи. Идентифицирани са лицата, които попадат в целевите рискови групи за грип и COVID-19, и е създадена система за съобщения по мобилен телефон, за да се изпращат своевременно напомняния на идентифицираните групи с информация кога и къде трябва да се ваксинират. Тази мярка е разработена поради необходимостта да се отговори на въпросите кога, къде и кой трябва да се ваксинира и да се подсилат съществуващите кампании в социалните и традиционните медии. Мярката е започнала преди две години и продължава и днес по време на грипния сезон. Неофициалната обратна информация от населението като цяло и медицинските работници е положителна, което показва, че това е всеобхватна мярка за подобряване на ваксинационния темп.	ограничения, самонадеяност
Финландия	деца (на възраст 6 и по-малко години), родители/лица, полагащи грижи	Проведена е инициатива за ваксинация срещу грип в детските градини с ваксинатори от общинските здравни центрове. Целевите групи за ваксинация включват деца на възраст пет и по-малко години, както и деца на възраст 6 години, които прекарват известно време в детски градини преди и след предучилищни занятия, както и техните родители и лицата, полагащи грижи, ако принадлежат към рискови групи. Мярката се провежда в Etelä-Savo в периода 2020—2022 г. Целта е да се предпазят децата и обществото от грип, който може да се разпространи лесно, особено в затворени среди като детските градини. В детските градини са поставени плакати, за да се информират родителите, че се предлага ваксинация, без да е необходим допълнителен маркетинг. Не е необходимо за де записват часове, тъй като ваксинацията се прави, когато детето се оставя или взема от детската градина. Било е възможно да се обхванат много семейства с деца с минимални ресурси и ваксинационното покритие се увеличи на местно ниво.	ограничения, самонадеяност
Финландия	широката общественост, възрастни (на възраст 18 и повече години)	В много градове, например в Espoo и Tampere, ваксинациите се предлагат в големи търговски центрове. Персоналът е от здравния център на общината/града, а ваксините се разпределят от местния фармацевтичен център/болничната аптека. Счита се, че търговските центрове централно разположени и леснодостъпни, а това ги прави удобно място за провеждане на ваксинации. Когато ваксинациите се предлагат на леснодостъпни места, това може да увеличи ваксинационното покритие и да спомогне за защитата на общностите от грип и COVID-19, като спестява на хората време и усилия. Ваксинацията в позната среда, например в	ограничения

		търговски център, може да намали стреса и тревожността, свързани с медицинските процедури. Големият поток от потребители в търговските центрове позволява ваксинациите да се прилагат на голям брой хора за кратък период от време. Въпреки това събитията за ваксинация, организирани в търговски центрове, изискват добро планиране и организация, за да се гарантира, че всичко ще протече безопасно и ефективно. По време на дискусиите с районите, в които това се прилага от 2020—22 г., стана ясно, че жителите на тези райони са доволни от този вариант. Не е необходимо да се планира допълнително време за ваксинация, тъй като ваксинацията се извършваше успоредно с други задачи.	
Гърция [65]	население, живеещо в отдалечени райони, социално уязвими групи от населението	От януари 2021 г. насам са реализирани много действия за улесняване на достъпа до ваксинация срещу COVID-19 за всички граждани. Имунизационната програма се прилага в отдалечени райони и острови чрез изграждането на допълнителни центрове за ваксинация. Била е разработена програма за ваксинация в домашни условия, включително лични лекари и мобилни имунизационни пунктове, за да се улесни ваксинацията за хората, които не са били в състояние да отидат в център за ваксинация, включително уязвими групи от населението, например бежанци, мигранти и роми. В подкрепа на този проект е разработено ново софтуерно приложение за планиране и регистриране на назначения от лични лекари и здравни центрове. Данните за ваксинацията са събрани чрез въвеждането за първи път на електронен имунизационен регистър (ИИС).	ограничения
Ирландия [66]	медицински специалисти, бременни жени	Целта на мярката е да се повиши приемането на ваксинацията сред бременните жени, като се отговори на техните въпроси и опасения, с акцент върху разработването на материали и обучението на акушерките. Създаден е национален форум, който да изслуша и разбере опасенията на жените и да разработи материали в сътрудничество с наставници акушерки, включително видеоматериали в подкрепа на акушерките в комуникацията им с пациентите. Акушерките са доверени лица, които оказват влияние, тъй като подкрепят жените по време на бременността им. Освен това са проведени редовни уебинари със медицинските работници в общността, за да ги подкрепят в ролята им на основни разпространители на програмата за ваксинация срещу COVID-19, така че да могат бързо да отговорят на запитвания с факти и подкрепа. Извършена е съвместна работа с НПО, представляващи уязвими общности, например пътуващата общност (напр. Pavee Point), и с медицински специалисти за разработване на видеоматериали с ясни и точни съвети на 10 езика. Ваксината е достъпна в аптеките и в някои родилни домове. Дейностите се провеждаха от септември до декември 2021 г. в родилни домове и аптеки. Някои родилни центрове организираха клиники за ваксинация в родилните домове с висок процент на приемане. По време на мярката е имало 58 % ваксинирани сред бременните и 77 % сред техните партньори.	доверие, ограничения
Ирландия [67]	социално уязвими групи от населението	В периода 2021-2023 г. е създаден форум на общността за организациите на мигрантите с цел споделяне на актуална информация за програмата за ваксинация COVID-19, разбиране на техните нужди и подкрепа на исканията им за подкрепа. През 2022 г. почти 12 % от ирландското население е било граждани на държави извън Ирландия. Целта е да се подпомогнат всички живеещи в Ирландия, които отговарят на условията за ваксинация срещу COVID-19, и да се разберат техните изисквания за информация, като се вземат предвид езикът, форматът на информацията	ограничения, доверие

		и начинът, по който говорим за ваксините, и да се отговори на опасенията и въпросите. Дейностите включват ежесмесна онлайн среща с общностни групи, за да се чуят техните опасения и да се отговори на въпроси, които са получили от своите членове, както и седмична актуална информация за дейността на кампанията от здравната служба, споделяна по електронна поща, за да могат групите да споделят със своите членове. На общността е предоставено и адаптирано обучение по мотивационно интервюиране. Малко финансиране е предоставено на общностни групи за разработване на материали за техните общности.	
Ирландия [68]	широката общественост, социално уязвимите групи от населението	Целта е ваксината срещу COVID-19 да стане достъпна за възможно най-много хора и да се намали тежестта на заболяването. Текущите дейности от 2021 г. включват клиници в общността, съвети относно рисковете от болестта COVID-19 и ползите от ваксинацията срещу COVID-19, както и множество възможности за ваксинация срещу COVID-19. Специално внимание е отделено на лицата, живеещи в сборни центрове, като са осигурени ваксини в тези условия (напр. лицата в затвори, заведения за дългосрочни грижи и бежанците, търсещи закрила) и за лицата от уязвимите групи (напр. лицата, ползващи услуги за бездомни). Достъп до ваксинация срещу COVID-19 е осигурен и в условия, в които са възникнали огнища, например в помещенията за опаковане на месо. В достъпни обществени места и търговски центрове са осигурени мобилни клиници за ваксинация. Ваксината се предоставя безплатно на хората, които отговарят на условията, в участващите аптеки и в практиките на общопрактикуващите лекари. Огнищата на болестта са намалели в резултат на високото ниво на ваксинация. Доверието с общностите е изградено чрез разбиране и преодоляване на опасенията им. Достъпността на ваксинацията е основен въпрос при обсъждането на начина, по който трябва да бъдат създадени клиници за ваксинация. На групите, отговарящи на условията, са изпратени текстови съобщения и напомнания по електронна поща.	ограничения
Литва [69]	медицински специалисти	Мярка за увеличаване на ваксинацията на рисковите групи срещу COVID-19 чрез включване на финансов стимул за медицинските специалисти да призовават рисковите лица да си направят едновременно ваксинация срещу сезонен грип и COVID-19 по време на едно и също посещение. Рисковите групи, на които се препоръчва ваксинация, включват лицата с хронични заболявания на възраст над 65 години, здравните работници, лицата, живеещи в домове за възрастни хора, и бременните жени. Ваксинацията срещу COVID-19 може да бъде направена във всички лични здравни заведения, които разполагат с ваксини срещу COVID-19, а не непременно в личното здравно заведение, където лицето е регистрирано. Регистрацията за ваксинация се извършва чрез Системата за предварителна регистрация на пациенти (IPR IS); ваксинацията срещу COVID-19 е безплатна за всички.	ограничения
Словакия [70]	социално уязвими групи	Проведена е кампания за преодоляване на пречките пред ваксинацията срещу COVID-19, характерни за област Rožňava — район с рядко населени села на големи разстояния едно от друго — с цел да се преодолее дезинформацията и ниската осведоменост за ползите от ваксинацията. Основните целеви групи са маргинализираните и малцинствените групи, т.е. ромите и унгарското малцинство. Кампанията се проведе между май 2021 г. и март 2022 г. и включваше посещения на мобилни екипи за ваксинация в градове, малки общини, работни места и домакинства, както и срещи с представители на	доверие, ограничения, самонадеяност

		населени места с ниски нива на ваксинация и допълнителни дни за ваксинация в болниците. Открита е телефонна линия за записване за ваксинация и за отговаряне на запитвания относно ваксинацията. Целевата информация е предоставена чрез брошури на няколко езика, телевизионни излъчвания, уебстраница на кампанията и публикации в социалните медии. Резултатът от тази мярка е повишен процент на ваксинация от 21% през май 2021 г. до 42% през март 2022 г. в област Rožňava, с разлики от 13—60% в различните общини. Други регионални служби за обществено здравеопазване в Словакия изразиха интерес да прилагат наученото от този опит за собствените си дейности.	
Швеция	рискови групи	Лицата на възраст между 18 и 64 години, принадлежащи към медицинските рискови групи за ваксинация срещу грип, се идентифицират чрез електронни здравни досиета (въз основа на кодове по МКБ-10). Информацията за ваксинацията срещу сезонен грип се изпраща на тези лица под формата на писмо на домашния им адрес. Това се извършва ежегодно преди кампанията за ваксинация срещу сезонния грип. Предоставяйки информацията пряко на засегнатите лица, здравният персонал може да ги подтикне и по този начин да увеличи покритието.	ограничения
Румъния	населението като цяло, рискови групи	Ваксинацията срещу грип се извършва в общинските аптеки заедно с програма за обучение на фармацевтите за популяризиране и предоставяне на ваксинация срещу грип. Аптеките са получили разрешение да предоставят ваксина срещу грип, а аптеките, имащи право да предоставят тази услуга, са обявени. В Румъния темпът на ваксинация срещу грип е нисък, както сред рисковите групи, така и сред населението като цяло. Тази мярка, започнала през 2022—2023 г., има за цел да се увеличи достъпът до ваксинация срещу грип, особено за населението като цяло, и да се намали разпространението на грипни вируси в общността. Обучавани са все по-голям брой фармацевти. Броят на участващите аптеки също се е увеличил, както и броят на ваксинациите срещу грип, извършени в аптеките.	ограничения

Таблица 6. Мерки за ваксинация срещу други заболявания (маймунска шарка, коклюш)

Държава членка	Целева аудитория	Описание на мярката	Съответстващи елементи „С“
Финландия [71]	Рискови групи за маймунска шарка	През 2022 г. ваксинацията срещу маймунска шарка е приложена на персонала на HIV Point в техните помещения. HIV Point се управлява от Финландската фондация за ХИВ и има за цел да насърчава здравето, благосъстоянието и равенството на най-засегнатите от ХИВ, като се фокусира върху превенцията на ХИВ и други сексуално предавани инфекции. На хората с ХИВ и други сексуално предавани инфекции се предоставят услуги за тестване, подкрепа и консултиране. Лицата могат да бъдат ваксинирани анонимно и да получат информация за ХИВ и хепатит В. Лицата са доволни от услугата. HIV Point се възприема като безопасно място, където хората от рисковата група могат да отидат да се ваксинират, без да бъдат отритнати или стигматизирани.	ограничения
Норвегия [72,73]	бременни жени, медицински работници по майчино здравеопазване	Мярката е насочена към обучение на здравните работници за ваксинация на бременни жени срещу коклюш. Дейностите включват адаптиране на насоките за пренатални грижи, добавяне на ваксинацията на майките в учебната програма на акушерките, изменение на	доверие, ограничения

		нормативната уредба, което дава на акушерките право да изискват ваксини, и правни разяснения относно подходящото наблюдение на покритието, ефективността и безопасността на ваксинацията (т.е. правен достъп до лични данни от няколко централни здравни регистъра). Мярката е на национално равнище и се прилага по време на рутинния пренатален преглед през седмица 24 от бременността. На тези, които са преминали 24-ата седмица, също се предлага последваща ваксинация при следващия удобен преглед. Проведени са проучвания относно нагласите, намеренията и информационните потребности на здравните работници и бременните жени по отношение на ваксинацията на майките срещу коклюш, за да се осигури информация за планирането на мярката. Освен това са привлечени синдикатите на здравните работници и са изпратени писма до общините преди и по време на изпълнението. Изпълнението е започнало през май 2024 г. През първите шест месеца на мярката са ваксинирани 27 058 бременни жени от целевата група, което представлява приблизително 69 % ниво на покритие.	
--	--	---	--

Таблица 7. Финансирани от ЕС или частично финансирани от ЕС многонационални мерки

Държави	Целева аудитория	Описание на мярката	Съответстващи елементи „С“
Франция, Германия, Румъния, Обединеното кралство [36,74]	медицински специалисти	JITSUVAX (Джиу джицу с дезинформацията в епохата на COVID-19) е проект, финансиран от програмата „Хоризонт 2020“ на ЕС, координиран от Университета в Бристол, който работи с пет други институции на ЕС, както и една в Канада. Проектът ще се изпълнява от април 2021 г. до март 2025 г. Рамка от четири стъпки за подобряване на разговорите за ваксинация между здравните работници и обществеността, наречена техниката „емпатично опровергаващо интервю“, е разработена и тествана чрез онлайн проучвания с общественици, които имат опасения относно ваксинацията, а след това е приложена като мярка за обучение в Обединеното кралство, Франция, Германия и Румъния. Мярката включва обучение на здравните работници за използване на емпатично опровергаващо интервю и оценка на резултатите от преподаването на тази техника върху уменията и увереността на здравните работници, както и последващото въздействие върху доверието, нагласите и приема на ваксинацията от страна на пациентите. Емпатичното опровергаващо интервю води началото си от мотивационното интервюиране, но освен това има за цел да се справи непосредствено с дезинформацията относно ваксинацията. Мярката е осъществена в периода 2022—2024 г. При онлайн тестването е установено, че лицата, които имат опасения относно ваксинацията, са по-възприемчиви към здравния работник, който използва подхода на емпатичното опровергаващо интервю, отколкото към контролния подход на директни фактологични отговори на погрешните схващания за ваксинацията. Действията за обучение във всичките четири държави показват, че обучението за провеждане на емпатично опровергаващо интервю повишава уменията и самочувствието на медицинските специалисти да провеждат разговори относно ваксинацията и да се справят с дезинформацията. Включването на емпатичното опровергаващо интервю е частично подкрепено от безвъзмездната помощ 964728	доверие, преценка

		(JITSUVAX) по програма „Хоризонт 2020“ на Европейския съюз за научни изследвания и иновации.	
Гърция, Полша, Нидерландия, Словакия [34]	общности с недостатъчно обслужване.	Намаляването на неравенствата при темпа на ваксини в европейския регион — включване на слабо общностите с недостатъчно обслужване (RIVER-EU) е финансиран от ЕС петгодишен проект (2021—2026 г.), в рамките на който са осъществени различни мерки за преодоляване на пречките пред здравната система пред ваксинацията на групи с недостатъчно обслужване в четири европейски държави: Гърция, Полша, Нидерландия и Словакия. RIVER-EU започва с изучаване на пречките и факторите, които улесняват достъпа до ваксинация, във всяка група с недостатъчно обслужване, въз основа на градивните елементи на здравната система на СЗО [75]. Освен това в рамките на реалистичен преглед са установени 36 ефективни мерки на здравната система за подобряване на темпа на ваксинацията в общностите с недостатъчно обслужване. Въз основа на тези констатации за всяка ситуация е проведено „изследване на възможностите за пренасяне с участието на всички заинтересовани страни“, за да се определят и изберат полезни и потенциално преносими мерки за преодоляване на пречките и засилване на благоприятните фактори в сътрудничество с всички значими групи заинтересовани страни от съответната целева ситуация [76]. Сред тях са например родителите, подрастващите, практикуващите специалисти, учителите в училищата, медицинските и местните органи, НПО и създателите на политики. Мярката, която всички държави са избрали и самостоятелно определили като най-полезна, е „мярката за насърчаване на здравето“. Специалистите, насърчаващи здравето, използват от своята културна и езикова близост с общността с недостатъчно обслужване, за да предоставят съобразена с нуждите на общността информация за ваксинацията, да помогнат за преодоляване на специфичните за общността пречки, да изградят доверие и да помогнат на хората да се ориентират в здравната система, за да получат достъп до ваксинация. Освен това в зависимост от конкретната ситуация са индивидуално разгледани допълнителни подходи за мярка от други мерки, основани на доказателства [76]. Въз основа на доказателствата на специалистите, насърчаващи здравето, в други условия всяка държава адаптира мярката с конкретни елементи на мярката и форми на предоставяне за изпълнение към конкретната си ситуация, като използва резултатите от анализа на възможностите за пренасяне с участието на всички заинтересовани страни [77,78]. При всички ситуации участието на медицинските специалисти, най-вече на лекарите, е важен аспект за приемането. Медицинските специалисти са обучени като специалисти, насърчаващи здравето (Полша), работили са в екип със специалист, насърчаващ здравето (Гърция, Нидерландия), или са били на място, за да предоставят специализирана медицинска информация, когато е необходимо (Словакия). Основната обща констатация е, че мярката е адаптивна, гъвкава и отговаря на нуждите на общността на място, за да се премахнат пречките пред достъпа до ваксинация. RIVER-EU поддържа акцента върху гледните точки на самите членове на общностите посредством научни изследвания, основани на участието.	доверие, ограничения, самонадеяност, преценка
Кипър, Германия, Гърция, Италия, Малта, Полша,	Professionals FOR Health (PFH), всички специалисти в областта на здравеопазването и	Проектът „Достъп до ваксинация за новопристигнали мигранти“ (AcToVax4NAM) е с продължителност три години и половина и се финансира от програмата EU4Health. Проектът AcToVax4NAM използва цялостна и многостранна методология, насочена към подобряване на достъпа до ваксинация и нейното приемане сред новопристигналите	ограничения

Румъния, Испания [35]	социалните грижи, участващи във ваксинацията на новопристигнали мигранти	мигранти в ЕС/ЕИП. Проектът разработи всеобхватен концептуален рамков инструмент, представящ целия процес на ваксинация, като го раздели на пет центъра: право на участие, достъпност, спазване, постигане и оценка. Инструментът е полезен за характеризирание на системните пречки и предлагане на решения за преодоляването им. За да се повиши капацитетът на специалистите в областта на здравеопазването и социалните грижи, AcToVax4NAM разработи специализирано обучение, съобразено със спецификата на държавата, насочено към организационната грамотност за ваксинацията и въпросите на межкултурните познания. Сред другите разработени инструменти са речник на основните термини относно ваксинацията, който има за цел да повиши способността на здравната система да реагира на проблемите, свързани с грамотността за ваксинацията, като информира и споделя по лесно използваем начин важна информация, свързана с ваксините. Речникът е предназначен предимно за всички специалисти извън сферата на здравеопазването, които се срещат с новопристигнали мигранти в ежедневната си работа и следователно могат да популяризират здравето си и да ги подканят да се ваксинират. Изготвени са и диаграми, за да се помогне на държавите да идентифицират конкретните пречки и да прилагат целенасочени решения в зависимост от конкретната ситуация. Има и удобна за ползване база данни с идентифицирани и новоразработени инструменти. Всички резултати от проекта, заедно с изпробваните решения и окончателните препоръки, са достъпни на уебсайта на проекта.	
-----------------------	--	--	--

Как да използвате рамката от 5 стъпки на СЗО, за да структурирате разработването на стратегии и мерки за приемане на ваксинацията

„5-те стъпки за прилагане на поведенческите науки“ на СЗО е поетапна рамка, която може да бъде полезна, за да структурирате разработването на стратегии и мерки за приемане на ваксинацията [2]. Тази рамка използва подхода на „системното мислене“, при който се отчита как различните части на една система си взаимодействат и си влияят взаимно, за да се справи със сложните проблеми на общественото здраве. В този раздел са дадени указания как рамката от 5 стъпки може да се приложи при разработването на стратегии и мерки за приемане на ваксинацията, включително как да се включат в този процес инструментите и методите, представени в настоящия доклад.

5-те стъпки включват:

- Стъпка 1: **определяне** на проблема по отношение на поведението;
- Стъпка 2: **установяване** на улесняващите фактори и пречките за идентифицираното поведение;
- Стъпка 3: **разработване** на стратегията, която да отчита нуждите на конкретните аудитории;
- Стъпка 4: **изпълнение** на стратегията; и
- Стъпка 5: **оценка** на мярката с цел извличане на познания и извършване на корекции при необходимост.

Стъпка 1: Определяне

Първата стъпка е да се избере целево поведение за мярка, като се вземе предвид вероятното въздействие на промяната на поведението върху резултата, върху който се опитвате да повлияете, както и осъществимостта на промяната в поведението и измерването на промяната. Определянето на възможно най-конкретно целево поведение ще улесни фокусирането върху разработването и оценката на мярката.

Казано накратко, за да определите проблема по отношение на поведението, помислете „кой“ трябва да прави „какво“ по различен начин, както и „къде“, „кога“ и „колко често“ трябва да го прави. Важно е да се вземе предвид поведението на другите хора, както и на целевата група.

Обмислете следните въпроси:

- Чие поведение трябва да се промени?
- Какво поведение трябва да се промени? Кой какво трябва да прави по различен начин?
- Къде трябва да го направят?
- Кога и колко често трябва да го правят?

Стъпка 2: Установяване

Втората стъпка включва установяване на пречките и факторите, улесняващи желаното поведение, независимо дали става въпрос за възприемане на желано поведение, прекратяване на нежелано поведение или промяна на поведението. Пречките и улесняващите фактори могат да се намират в рамките на човека (напр. способности, мотивация), в неговата социална и културна среда (напр. това, което другите правят/очакват, съзнателно или несъзнателно) или извън нея (напр. инфраструктура, достъпност).

Инструментът за проучване (раздел 2.1), който се основава на модела „5C“ (самонадеяност, удобство, доверие, преценка и колективна отговорност), подпомага събирането на данни за установяване на пречките и факторите, улесняващи ваксинацията, като по този начин позволява да се разбере какво трябва да се промени, за да се повиши темпът. Инструментът за проучване може да се използва хоризонтално (моментна снимка във времето) или надлъжно (с течение на времето).

Инструментът за проучване включва както количествени, така и качествени въпроси, както и въпроси за събиране на социално-демографска информация. Комбинирането на количествени и качествени въпроси в рамките на подхода на смесените методи ще помогне да се осигури по-задълбочен поглед от различни гледни точки, а това ще спомогне за по-доброто определяне на областите за целенасочени мерки.

Дори в условията на недостиг на експертни познания и ресурси, установяването е стъпка, която трябва да бъде систематично обхваната, преди да се премине към разработването на ефективни стратегии и мерки.

Обмислете следните въпроси:

- Кои са поведенческите пречки и факторите, улесняващи приемането на ваксинацията?
- Кои от 5-те елемента „C“ са важни за целевата(ите) група(и) от населението, свързана(и) с конкретната ваксинация?
- Важни ли са повече от един от елементите „5C“ за някои групи от населението във връзка с конкретната ваксинация?

Стъпка 3: Разработване

Констатациите от стъпка 2 (установяване) предоставят основата за разработване на стратегиите и мерките, които е най-вероятно да окажат положително въздействие върху ваксинацията. Списъкът с мерки за повишаване на приемането на ваксинацията, представен по-рано в настоящия раздел, предоставя конкретни примери, които могат да послужат за източник и да предоставят информация за разработването на стратегии и мерки, съобразени с конкретни елементи „С“.

Стратегиите и мерките следва да бъдат съобразени с индивидуалните нужди и предпочитания на целевата популация. Те следва да бъдат разработени съвместно с целевата популация и съответните заинтересовани страни и е вероятно да имат най-голямо въздействие, когато включват комбинация от мерки, които могат да работят в синхрон помежду си.

Обмислете следните въпроси:

- Какви стратегии и мерки биха могли да мотивират и/или да улеснят целевото поведение?
- Стратегиите и мерките приемливи ли са и подходящи ли са за индивидуалните нужди и предпочитания на целевата популация?
- Избраните от вас стратегии и мерки включват ли комбинация от взаимодопълващи се подходи, например обхващащи повече от един от 5-те елемента „С“?

Стъпка 4: Изпълнение

Планиране на изпълнението на стратегия или мярка по отношение на това какво, къде, кога и кой е следващата стъпка. Може да бъде полезен подробен план за мярка, включващ конкретни компоненти (напр. начин на предоставяне, доставчик, обстановка) и потенциални пречки и улесняващи фактори, свързани с всеки компонент. Използването на полезните взаимодействия с други местни, национални и международни инициативи, например Европейската имунизационна седмица, може да помогне за увеличаване на обхвата и подкрепата [80].

Съвместното проектиране с целевата аудитория може да се използва за увеличаване на шансовете за успешно прилагане. Наред с това, че помага да се повиши приемливостта за целевата аудитория и други важни заинтересовани страни (например тези, които я предоставят), работата с представители на целевата аудитория може да помогне и за идентифициране на важни пречки и улесняващи фактори при прилагането.

Примерите за пречки и улесняващи фактори при прилагането включват:

- Разходи за хората, които имат достъп до мярката, например дали тя е евтина/скъпа мярка за вашата целева аудитория?
- Интегриране в по-широка система, например как вашата мярка се интегрира в съществуващите работни процеси? Има ли подкрепа от други заинтересовани страни?
- Технологични ограничения, например има ли вашата целева аудитория достъп до интернет и умения за цифрова грамотност?
- Времеви ограничения, например има ли целевата аудитория време да се включи в мярката ви?
- Политическа обстановка, например как по-широката политическа обстановка би могла да повлияе на вашата мярка?
- Физически достъп, например дали целевата ви аудитория има физическа възможност да получи достъп до вашата мярка или е твърде мобилна по отношение на промяната на местоположението?

Обмислете следните въпроси:

- По какъв начин ще бъде осъществена мярката, например лице в лице, цифрови медии, печатни медии, мобилно приложение?
- Какво съдържание трябва да бъде представено?
- Кой ще представи съдържанието?
- Къде ще се осъществи изпълнението?
- През какъв период от време ще се осъществи изпълнението?

Стъпка 5: Оценка

Оценката е съществен компонент на всяка стратегия или мярка, за да се разбере дали се постигат целите, да се установи ефектът и да се предостави информация за необходимите корекции в хода на изпълнението. По-конкретно, оценката може да помогне за:

- събиране на доказателства за ефикасността на дадена мярка;
- да се разбере защо е успешна (или не) и за кого;
- идентифициране на неочаквани резултати;
- оценка на общата приложимост на дадена програма;
- да се обоснове използването на ресурси;
- да се извършат корекции или подобрения на мярката въз основа на мониторинга и оценката.

Съществуват три основни вида оценки, свързани с различните етапи на стратегията или мярката:

- Оценка на процеса — какви видове дейности, свързани със стратегията или мярката, могат да бъдат наблюдавани?
- Оценка на резултатите — може ли да се направят заключения относно ефекта от стратегиите и мерките, като обикновено се предоставят сравнения между преди (мярката) и след това (например промени в знанията, нагласите или поведението)?
- Оценка на въздействието: какво въздействие са оказали стратегиите и мерките върху темпа на ваксинацията (например потенциални промени в ваксинационното покритие сред изложените на риск групи от населението)?

Оценката в по-малък мащаб може да генерира полезни данни и знания за усъвършенстване и контекстуализиране на дадена стратегия или мярка с цел постигане на по-голямо въздействие върху здравето, преди да се разшири. Данните могат да се събират от различни източници, включително прегледи на документи, както и събиране на първични данни чрез качествени и/или количествени методи.

Подробни насоки за това как да се оценява ефекта на мерките, насочени към здравното поведение, включително съображения и инструменти, са публикувани от СЗО [81].

Обмислете следните въпроси:

- Осъществима ли е стратегията или мярката и приемлива ли е?
- Дали стратегията или мярката са били осъществени по предназначение?
- Какви промени в целевото поведение могат да се наблюдават, които могат да се дължат на стратегията или мярката?

Референтни документи

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