

OPERAČNÍ PODPORA



Nástroje a metody na podporu akceptace a využití očkování: společenskovední a behaviorální přístup

duben 2025

OPERAČNÍ PODPORA STŘEDISKA **ECDC**

Nástroje a metody na podporu akceptace a využití očkování: společenskovední a behaviorální přístup

duben 2025



Tuto zprávu Evropského centra pro prevenci a kontrolu nemocí koordinovali Sarah Earnshaw Blomquist (ECDC) a John Kinsman (ECDC).

Přispívající autoři

Emma Appelqvist, externí odbornice ECDC, a Susana Barragan, Irina Ljungqvist, Gaetano Marrone, Manasvini Moni, Maike Winters a Andrea Wuerz, ECDC.

Tato zpráva byla zaslána ke konzultaci Siff Malve Nielsen z Regionální kanceláře Světové zdravotnické organizace (WHO) pro Evropu a Hannah Nohlen ze Společného výzkumného střediska Evropské komise.

Do knihovny intervencí pro zlepšení akceptace očkování (oddíl 2.2) přispěli tyto autoři: Keiti Aren, estonská Rada pro zdravotnictví; Ewa Augustynowicz, polský Národní institut veřejného zdraví; Ludmila Bezdíčková, Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví; Margita Brtošová, Regionální úřad veřejného zdravotnictví v Dolném Kubíně, Slovensko; Madelene Danielsson a Hélène Englund, švédská Agentura veřejného zdraví; Živka Getsova, Bulharské národní centrum infekčních a parazitárních nemocí; Lucy Jessop, Úřad pro služby ve zdravotnictví, Irsko; Camilla Jordman, finský Institut pro zdraví a sociální péči; Pania Karnaki, řecký institut Prolepsis; Mia Kontio, finský Institut pro zdraví a sociální péči; Stephan Lewandowsky, univerzita v Bristolu, Spojené království; Rasa Liausediene, litevské Národní centrum veřejného zdraví; Alison Maassen, EuroHealthNet, Belgie; Ginreta Megelinskienė, Ministerstvo zdravotnictví Litvy; Sirbu Anca Mirela a Adiana Pistol, rumunský Národní institut veřejného zdraví; Julia Neufeind, Institut Roberta Kocha, Německo; Dimitrios Paraskevis, Národní a Kapodistrijská univerzita v Aténách; Bo Terning Hansen, norský Institut veřejného zdraví; a Stine Ulendorf Jacobsen, dánský Úřad pro zdraví.

Doporučená citace: Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí. Nástroje a metody na podporu akceptace a využití očkování: společenskovední a behaviorální přístup. Stockholm: ECDC; 2025.

Stockholm, duben 2025

ISBN 978-92-9498-796-9

doi: 10.2900/7701140

Katalogové číslo TQ-01-25-026-CS-N

© Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí, 2025.

Reprodukce povolena pod podmínkou uvedení zdroje.

Obsah

Úvod.....	1
Oblast působnosti a účel.....	1
Cílové skupiny	1
Jak tento dokument používat	2
Souvislosti.....	2
Nejnovější trendy v míře proočkovanosti v EU/EHP	2
Klíčové cílové populace pro očkování v průběhu života	3
Jak se v této zprávě používají pojmy související s očkováním	3
Akceptace očkování	3
Váhavý postoj k očkování	3
Proočkovanost.....	4
Míra proočkovanosti	4
Část 1 Společenskovední a behaviorální přístupy k posílení akceptace a využití očkování v zemích EU/EHP.....	5
1.1 Model 5 C.....	5
1.2 Práce na zlepšení akceptace a využití očkování v zemích EU/EHP.....	7
Část 2 Nástroje a metody na podporu akceptace a využití očkování v průběhu celého života.....	8
2.1 Nástroj pro provádění průzkumů pro shromažďování údajů o chování při akceptaci a využití očkování	8
Jak přizpůsobit nástroj pro provádění průzkumů a vypracovat protokol studie a plán analýzy	11
Cílová populace	11
Velikost vzorku	11
Sběr údajů	11
Výběr vzorku	11
Prezentace průzkumu.....	11
Protokol studie a plán analýzy.....	12
Kvalitativní analýza	12
Etické schválení.....	12
Podávání zpráv a interpretace údajů	12
Příklad plánu analýzy.....	13
Další doporučení týkající se inferenční analýzy	15
Další doporučení ke kvalitativním metodám	15
Kvantitativní vs. kvalitativní metody.....	15
Výběr účastníků.....	15
Sběr údajů	16
Analýza údajů.....	16
Nástroje umožňující sebereflexi a zmírnění předsudků	16
Další zdroje.....	17
2.2 Metody pro odstraňování behaviorálních překážek při očkování.....	18
Knihovna intervencí pro zlepšení akceptace očkování	18
Jak využít model 5 kroků organizace WHO pro strukturování tvorby strategií a intervencí zaměřených na akceptaci očkování?	28
Odkazy	31

Obrázky

Obrázek 1. Rozložení – jak je očkování akceptováno	3
Obrázek 2. Přehled modelu 5 C	5

Tabulky

Tabulka 1. Nástroj pro provádění průzkumů pro shromažďování údajů o chování při akceptaci a využití očkování ...	8
Tabulka 2. Význam vysokého skóre na základě předem napsaného analytického kódu	13
Tabulka 3. Intervence související s očkovacími programy dětí	19
Tabulka 4. Intervence související s očkováním proti lidskému papilomaviru (HPV)	21
Tabulka 5. Intervence v souvislosti s očkováním proti covidu-19 a chřipce.....	22
Tabulka 6. Intervence v oblasti očkování proti jiným nemocem (mpox, černému kašli).....	26
Tabulka 7. Intervence zahrnující více zemí financované z prostředků EU nebo částečně financované z prostředků EU	26

Úvod

Orgány veřejného zdraví a vedoucí očkovacích programů věnují velkou pozornost epidemiologickým trendům souvisejícím s nedostatečnou mírou proočkovanosti, například analýzou míry proočkovanosti podle faktorů, jako je věk, pohlaví, zeměpisná poloha a úroveň vzdělání. Obecně je však kladen menší důraz na pochopení sociálních a behaviorálních překážek a faktorů usnadňujících očkování, a to včetně těch, které se týkají strukturálních faktorů, které mohou být důvodem pro rozhodnutí jednotlivce akceptovat, odložit nebo odmítnout očkování pro sebe nebo pro své děti.

Úspěšné očkovací programy jsou založeny na pochopení a zohlednění přesvědčení, obav a očekávání jednotlivců a komunit v souvislosti s vakcínou a nemocí. Klíčovou roli hraje také důvěra v doporučení týkající se očkování a v příslušné orgány. V této souvislosti mohou přístupy z oblasti sociálních a behaviorálních věd významně doplnit analýzu epidemiologických údajů a údajů o proočkovanosti při navrhování, provádění a vyhodnocování strategií a intervencí zaměřených na zlepšení akceptace a využití očkování v průběhu života.

Oblast působnosti a účel

Tato zpráva navazuje na více než 15 let úsilí střediska ECDC na podporu zemí EU/EHP při zvyšování akceptace a využití očkování. Konkrétně vychází z odborné zprávy střediska ECDC „Usnadnění přijetí a využití očkování proti COVID-19“, která byla zveřejněna v roce 2021 [1]. Rozšiřuje původní zprávu o operativní nástroje a metody, které zahrnují nejnovější společenskovední a behaviorální přístupy, a o použitelné a přizpůsobitelné formáty, které odpovídají reálnému kontextu orgánů veřejného zdraví a očkovacích programů.

Předložená zpráva má dvě části:

Část 1 Společenskovední a behaviorální přístup k posílení akceptace a využití očkování v zemích EU/EHP shrnuje model 5 C, který je základem nástroje pro provádění průzkumů v části 2 a poskytuje kontext specifický pro EU/EHP pro ty, kteří se zapojí do práce nebo rozhodování v souvislosti s podporou akceptace a využití očkování.

Část 2 Nástroje a metody na podporu akceptace a využití očkování v průběhu celého života poskytují praktické nástroje a metody, které mohou multidisciplinární týmy využít k diagnostice sociálních a behaviorálních překážek a faktorů usnadňujících očkování, a tím podpořit návrh a realizaci strategií a intervencí pro řešení nedostatečné míry proočkovanosti. Tato část dokumentu obsahuje:

- Oddíl 2.1: **Nástroj pro provádění průzkumů** ke shromažďování sociálních a behaviorálních údajů o akceptaci a využití očkování a k podpoře diagnostiky překážek a faktorů usnadňujících očkování v konkrétních populacích, který se skládá z:
 - nástroje pro provádění průzkumů s otázkami navrženými a uspořádanými na základě pěti C modelu 5 C,
 - pokynů, jak přizpůsobit nástroj pro provádění průzkumu a vypracovat protokol studie a plán analýzy,
 - příkladu plánu analýzy a
 - poradenství ohledně doplňkových kvalitativních metod.
- Oddíl 2.2: Metody pro odstraňování behaviorálních překážek při očkování, mezi které patří:
 - **knihovna intervencí pro zlepšení akceptace očkování** rozdělených podle toho, která konkrétní C z modelu 5 C řeší, které byly provedeny na úrovni jednotlivých států a na úrovni nižší, aby inspirovala a informovala o návrhu cílených intervencí na řešení nedostatečné míry proočkovanosti,
 - návod, jak používat rámec Světové zdravotnické organizace (WHO) „**5 kroků pro aplikaci behaviorální vědy**“, který pomáhá strukturovat vývoj strategií a intervencí, včetně toho, jak do tohoto procesu zapadají zde představené nástroje a metody [2].

Cílové skupiny

Mezi hlavní cílové skupiny této zprávy patří sociologové a behaviorální vědci, specialisté na kampaně a komunikaci, manažeři a týmy očkovacích programů a epidemiologové a biomedicínské odborníci pracující ve vnitrostátních a regionálních orgánech veřejného zdraví v zemích EU/EHP.

Dalšími cílovými skupinami, pro které by tato zpráva mohla být přínosná, jsou tvůrci politik a vedoucí představitelé v oblasti veřejného zdraví, kteří stanovují priority a rozpočty v oblasti očkování, jakož i akademičtí pracovníci, profesní skupiny a organizace občanské společnosti zabývající se očkováním.

Všechny tyto cílové skupiny hrají důležitou úlohu při zajišťování toho, aby obyvatelstvo mělo náležitý a rovný přístup k očkovacím programům a aby lidé plně chápali přínosy očkování i rizika odkladu očkování či jeho odmítnutí.

Jak tento dokument používat

Po přečtení úvodu, který popisuje nejnovější trendy v oblasti očkování a některé klíčové pojmy použité v této zprávě, můžete nahlédnout do **části 1** a získat přehled o modelu 5 C a shrnutí nedávné práce zaměřené na zlepšení akceptace a využití očkování v zemích EU/EHP.

V části 2 **oddílu 2.1** naleznete nástroj pro provádění průzkumů a pokyny, jak jej přizpůsobit otázkám výzkumu, prostředí, studované populaci (populacím) a případným specifickým vakcínám, jakož i jak sestavit plán analýzy. Chtěli bychom upozornit, že nástroj pro provádění průzkumů je k dispozici také jako [editovatelný dokument ve Wordu](#) a můžete si také stáhnout [analytický kód](#), napsaný ve Stata i R.

Jakmile jste pomocí nástroje pro provádění průzkumů definovali a diagnostikovali faktory usnadňující očkování a jeho překážky, může vám knihovna intervencí pro zlepšení akceptace očkování v **oddílu 2.2** pomoci při navrhování strategií a intervencí pro řešení nedostatečné míry proočkovanosti, a to prostřednictvím příkladů, jak se lze zaměřit na jednotlivá C. Celkové plánování projektu pro tuto práci může podpořit rámec organizace WHO „5 kroků pro aplikaci behaviorální vědy“, který je rovněž popsán v oddílu 2.2 [2].

Souvislosti

Přestože celková míra proočkovanosti v EU/EHP je poměrně vysoká, zejména pokud jde o národní očkovací programy dětí, existují skupiny neočkovaných nebo nedostatečně očkovaných osob. Kromě toho míra proočkovanosti u dospělých obyvatel, včetně sezónního očkování nabízeného zdravotnickým pracovníkům a posilovacích dávek nabízených starším dospělým a rizikovým skupinám, je v mnoha zemích EU/EHP nedostatečná. Je třeba neustále usilovat o identifikaci mezer v imunitě v populaci, včetně osob, které mohly očkování zmeškat nebo odložit, a následně provádět přizpůsobené strategie a intervence k dosažení cílové míry proočkovanosti a jejího udržení.

Pandemie covidu-19 zaměřila pozornost na to, jak sociální a behaviorální faktory souvisejí s tím, zda doporučení jsou či nejsou dodržována, například ohledně nošení roušek, omezení pohybu a omezení fyzického kontaktu. Na akceptaci a využití očkování během zavádění očkovacích programů proti covidu-19 měly rovněž významný dopad behaviorální faktory. Pro některé skupiny obyvatelstva dále vytvořily překážky očkování sociální nerovnosti, které bylo třeba identifikovat a odstranit, aby byl zajištěn rovný přístup k očkovacím programům proti covidu-19 [3]. Tyto nedávné příklady ukazují, že k řešení uvedených problémů jsou v současné době zapotřebí operativní nástroje.

Nejnovější trendy v míře proočkovanosti v EU/EHP

Během pandemie covidu-19 byl hlášen nižší počet infekcí nemocemi, jimž lze předcházet očkováním. Počet případů onemocnění, například spalniček a černého kašle, se však následně v letech 2023 a 2024 zvýšil. V několika zemích EU/EHP je míra proočkovanosti dětí proti spalničkám pod doporučenou úroveň (≥ 95 % vhodné populace má být očkováno dvěma dávkami vakcíny proti spalničkám), aby se zabránilo propuknutí spalniček a ochránily osoby, které jsou příliš mladé na to, aby byly očkovány, nebo osoby, které nemohou být očkovány ze zdravotních důvodů [4]. K nedávnému nárůstu případů černého kašle přispělo několik faktorů, včetně přítomnosti neočkovaných osob nebo osob, jejichž očkování již nebylo aktuální. Kromě toho mohlo v důsledku fyzického odloučení během pandemie covidu-19 dojít k oslabení imunity z důvodu menšího vystavení viru, které může přirozeně posilovat imunitu [5].

V celé EU/EHP zůstává nedostatečná proočkovanost proti sezónní chřipce. Ta se doporučuje u starších dospělých a jiných skupin s vyšším rizikem závažných komplikací, jakož i u zdravotnických pracovníků [6]. Míra proočkovanosti je nejčastěji daleko nižší než cíl stanovený v doporučení Rady z roku 2009, tj. 75% míra proočkovanosti starších dospělých a dalších rizikových skupin. Kromě toho míra proočkovanosti u starších dospělých, jakož i u zdravotnických pracovníků vykazovala v chřipkové sezóně 2023–2024 ve srovnání s předchozími obdobími klesající trend [6,7].

Vzhledem k pokračujícímu šíření viru SARS-CoV-2 mají země EU/EHP i nadále v platnosti doporučení týkající se očkování proti covidu-19, přičemž mezi jednotlivými zeměmi existují určité rozdíly (např. různé věkové hranice). Vnitrostátní doporučení se zaměřují především na konkrétní skupiny obyvatelstva, u nichž je vyšší riziko vzniku závažného onemocnění (např. starší dospělí a lidé s již existujícími zdravotními potížemi). Navzdory těmto doporučením je však míra proočkovanosti proti covidu-19 obecně nízká. Ve 28 zemích EU/EHP, které poskytly údaje pro věkovou skupinu 60 let a více, činil medián míry proočkovanosti proti covidu-19 od září 2023 do července 2024 14,0 % (rozmezí: 0,02–66,1 %), s velkými rozdíly mezi jednotlivými zeměmi. Ve 27 zemích EU/EHP, které poskytly údaje pro věkovou skupinu 80 let a více, činil medián míry proočkovanosti 21,5 % (rozmezí: 0,03–93,9 %), rovněž s velkými rozdíly mezi jednotlivými zeměmi [8].

Klíčové cílové populace pro očkování v průběhu života

Tato zpráva prosazuje „přístup zohledňující celý život“ k usnadnění akceptace a využití očkování. Program organizace WHO pro imunizaci do roku 2030 uvádí, že „všichni lidé mají v průběhu celého života prospěch z doporučených imunizací, které jsou účinně integrovány s dalšími základními zdravotnickými službami“ [9]. V rámci přístupu zohledňujícího celý život se jednotlivcům doporučuje různé očkování v závislosti na jejich věku a zdravotních potřebách v průběhu celého života. Při hodnocení přijatelnosti očkování v populaci by se proto mělo přihlížet ke konkrétním vakcínám doporučeným pro určité věkové skupiny a další cílové skupiny, jakož i k místnímu kontextu očkovacích programů.

Mezi klíčové cílové populace pro očkování v průběhu celého života patří:

- rodiče, kterým je v rámci vnitrostátních imunizačních programů nabídnuto očkování pro jejich děti nebo dospívající,
- starší dospělí,
- těhotné ženy,
- skupiny rizikové ze zdravotního hlediska, například osoby s oslabenou imunitou,
- sociálně zranitelní jednotlivci a komunity a
- zdravotničtí pracovníci, kteří jsou nejen důležití z hlediska akceptace očkování pro sebe, ale také z hlediska své úlohy při doporučování a vysvětlování hodnoty očkování svým pacientům.

Jak se v této zprávě používají pojmy související s očkováním

Důvody nedostatečné míry proočkování v populaci mohou zahrnovat více faktorů, a to behaviorální, kulturní, politické, hospodářské a společenské faktory. [10–12] Vzhledem k rozmanitému používání pojmů souvisejících s chováním týkajícím se očkování i s očkováním obecněji je níže uvedeno vysvětlení, jak jsou dané pojmy používány v této zprávě.

Akceptace očkování

Tato zpráva se zaměřuje na akceptaci očkování. Tímto pojmem se rozumí ochota a záměr podstoupit očkování. Uznává složitost struktur a faktorů prostředí, které ovlivňují rozhodnutí osoby nechat se očkovat. Odvolávání se na akceptaci očkování se také odklání od svalování viny na jednotlivce, který přirozeně může mít otázky ohledně očkování a/nebo konkrétních vakcín, a proto může „váhat“. Dále se má za to, že akceptace očkování se kontinuálně pohybuje od plné akceptace až po úplné odmítání, přičemž většina lidí, kteří se očkování obávají, se nachází někde uprostřed tohoto intervalu (obrázek 1) [13].

Pojem „akceptace očkování“ znamená, že pokud se jednotlivci nebo komunitě dostane příležitosti, rozhodnou se očkovat [14]. Je však také důležité si uvědomit, že zpřístupnění očkování, například ve zdravotnickém středisku, nemusí nutně znamenat, že jednotlivci mají reálnou možnost nechat se očkovat. Faktory, které přispívají k akceptaci očkování, jsou složité, specifické pro daný kontext a liší se v závislosti na čase, místě a typu vakcíny.

Obrázek 1. Rozložení – jak je očkování akceptováno



Zdroj: ECDC

Toto rozložení odkazuje na reakce jednotlivců na očkování.

Váhavý postoj k očkování

Rámec organizace WHO pro behaviorální a sociální hybné síly (BESD), který poskytuje přehled hlavních oblastí souvisejících s proočkováním, popisuje váhavý postoj k očkování jako „motivační stav rozporuplného vztahu k očkování nebo nesouhlasu s očkováním“ [15]. To může vést ke zpoždění při akceptaci očkování nebo jeho

odmítnutí. Na základě těchto poznatků se termín „váhavý postoj k očkování“ v této zprávě používá pro označení psychologického stavu jednotlivce, pokud jde o jeho úmysl a ochotu nechat se očkovat.

Odborníci diskutovali o složitosti pojmu „váhavý postoj k očkování“ a je zastáván názor, že tento pojem by se měl používat pouze k označení konkrétní situace, kdy panují obavy ohledně vakcín, a nikoli jako označení pro lidi [14]. Označovat lidi za „s váhavým postojem k očkování“ nemusí být užitečné, protože mít otázky nebo obavy předtím, než souhlasíte s podáním léku, například vakcíny, je přirozené.

Proočkovanost

V této zprávě se pojem „proočkovanost“ používá k označení akceptování určité vakcíny jednotlivcem. Je důležité uvést, že tento pojem lze použít jak k označení akceptace vakcíny jednotlivcem, tak i absolutního počtu osob, kterým byla podána konkrétní vakcína. Ve druhém případě se proočkovanost používá jako ukazatel očkování [16].

Je však třeba poznamenat, že akceptace očkování nerovná se proočkovanosti [17]. Je tomu tak proto, že „akceptace“ nezohledňuje určité faktory, například dostupnost vakcín nebo strukturální faktory, které mohou bránit přístupu k nim (tj. že lidé mohou očkování akceptovat, ale míra jejich využití je v důsledku jiných problémů stále nízká). Někteří lidé se navíc mohou nechat očkovat, i když mají otázky a obavy, a proto očkování psychologicky plně „neakceptují“.

Míra proočkovanosti

„Míra proočkovanosti“ je další ukazatel očkování a pojem, který se běžně používá k hlášení podílu vymezené populace, které byl podán konkrétní počet dávek konkrétní vakcíny.

Část 1 Společenskovední a behaviorální přístupy k posílení akceptace a využití očkování v zemích EU/EHP

1.1 Model 5 C

Jako nástroje pro popis akceptace a využití očkování bylo zavedeno několik modelů ze sociálních a behaviorálních věd. Tyto modely jsou užitečné pro odborníky z praxe a tvůrce politik, kteří pracují s politikami a programy očkování, neboť poskytují systematický způsob, jak rozložit a pochopit složité faktory, které mohou usnadnit nebo znemožnit akceptaci a využití očkování. Všechny modely však mají své silné stránky a omezení: neexistuje žádný jednotný model, který by dokázal zachytit všechny faktory a složitosti. V praxi jsou faktory a konstrukty v různých modelech často vzájemně propojeny a překrývají se.

Model 5 C byl použit ke kategorizaci otázek v nástroji pro provádění průzkumů uvedeném v této zprávě (oddíl 2.1) [18] a ke klasifikaci příkladů v knihovně intervencí pro zlepšení akceptace očkování (oddíl 2.2). Model 5 C poskytuje strukturovaný způsob, jak porozumět hlavním oblastem, které mohou ovlivnit ochotu a připravenost jednotlivce nechat se očkovat (obrázek 2). Tento model byl vyvinut v roce 2018 a je založen na pěti složkách, které ovlivňují záměry nechat se očkovat a chování v souvislosti s očkováním: Confidence (důvěra), Complacency (uspokojení), Constraints (překážky), Calculation (rozvaha) a Collective responsibility (kolektivní odpovědnost). Vychází z teorií akceptovatelnosti očkování, jakož i z psychologických modelů chování ve vztahu ke zdraví [18]. Model lze použít k diagnostikování překážek a faktorů usnadňujících akceptaci očkování v populaci v určitém časovém okamžiku nebo postupně v průběhu času, což usnadňuje včasné odhalení nižší míry akceptace očkování v identifikovaných populacích a umožňuje rychlé přijímání opatření.

Obrázek 2. Přehled modelu 5 C



Zdroj: Středisko ECDC, na základě [18]

Pět složek modelu 5 C je definováno a popsáno takto:

- **Důvěra (Confidence)** znamená důvěru jednotlivce v bezpečnost a účinnost očkování, důvěru v odborníky a tvůrce politik, kteří očkování doporučují, a důvěru v orgány veřejného zdraví a zdravotnické systémy, které je poskytují [18,19].
- **Uspokojení (Complacency)** se týká vnímání rizika závažného následku, které pro jedince vyplývá z onemocnění danou chorobou [19]. Uspokojení obvykle popisuje relativní nedostatek zájmu. Například uspokojení může být vysoké, pokud je vnímané riziko onemocnění nízké, a proto je očkování vnímáno jako zbytečné [20].
- **Překážky (Constraints)** se vztahují k vnímaným nebo skutečným překážkám v oblasti očkování, s nimiž se jednotlivci potýká [19]. Tyto překážky mohou být psychologické i strukturální. Týkají se například vlastní účinnosti nebo vnímané schopnosti člověka nechat se očkovat, získat přístup k rezervačnímu systému nebo si vzít volno z práce, aby se dostavil na očkování.
- **Rozvaha (Calculation)** se týká toho, jak jednotlivci porovnává a zvažuje osobní přínosy a potenciální rizika očkování [19]. Tento konstrukt může ovlivnit způsob, jakým lidé vyhledávají a používají informace o očkování, stejně jako dostupnost informací, jejich vnímanou kvalitu a schopnost jednotlivce porozumět zdravotním informacím [21].
- **Kolektivní odpovědnost (Collective responsibility)** se týká ochoty lidí chránit ostatní tím, že se nechají očkovat, a to jako prostředek prevence šíření nemocí [19].

Sociální a behaviorální vědci využívají údaje o těchto pěti konstruktech k pochopení a předvídání chování týkajícího se očkování. To dokládá, že význam každého C pro akceptaci dané vakcíny jednotlivcem nebo komunitou se může s měnícími se kontexty a situacemi v průběhu času měnit. Obecněji řečeno mohou změny v místním kontextu vést k přesunům v akceptaci očkování, a to buď od akceptace k odmítnutí, nebo naopak. Zaměření se na specifické faktory, které byly identifikovány jako překážky či faktory usnadňující akceptaci očkování, může podpořit vývoj empiricky podložených, cílených strategií a intervencí k řešení nedostatečné proočkovanosti [21].

Ačkoli se model 5 C zaměřuje především na psychologické předpoklady očkování, je zřejmé, že k nedostatečné proočkovanosti dochází v důsledku mnoha dalších faktorů. Například složka překážky modelu zahrnuje strukturální faktory, které jednotlivci nemůže ovlivnit, například to, jak snadné je nechat se očkovat z praktického a finančního hlediska a také to, do jaké míry má přístup k příslušným informacím.

Model 5 C rozšiřuje model 3 C, který byl původně navržený v roce 2015. V něm byly třemi hlavními faktory ovlivňujícími rozhodování o očkování uspokojení (Complacency), pohodlnost (Convenience) a důvěra (Confidence) [22]. Během pandemie covidu-19 byl vypracován model 7 C, který kromě výše uvedených 5 C zahrnuje také soulad s předpisy (Compliance) a konspiraci (Conspiracy). Pro rodiče byla také vytvořena upravená škála 7 C, která slouží k posouzení jejich ochoty a připravenosti nechat své děti očkovat [20].

1.2 Práce na zlepšení akceptace a využití očkování v zemích EU/EHP

Již více než 15 let se středisko ECDC snaží podporovat země EU/EHP při zvyšování akceptace a využití očkování. Naposledy v roce 2021 zveřejnilo středisko ECDC odbornou zprávu „Usnadnění přijetí a využití očkování proti COVID-19“, na níž tato zpráva navazuje [1]. V témže roce se středisko ECDC zaměřilo také na strategie boje proti dezinformacím o očkování on-line, a to zveřejněním odborné zprávy a e-learningu [23,24]. V návaznosti na pandemii covidu-19 a s ohledem na problémy při informování o významu a dopadu očkování vydalo středisko ECDC také průvodce účinné komunikace týkající se poměru přínosů a rizik očkování [25]. Všechny průvodce, nástroje a výzkumy střediska ECDC týkající se komunikace o imunizaci a akceptaci očkování jsou k dispozici na webových stránkách střediska ECDC [26].

Středisko ECDC dále ve spolupráci s Evropskou komisí (EK) a Evropskou agenturou pro léčivé přípravky (EMA) vyvinulo evropský informační portál o očkování (EVIP), a to s cílem poskytnout veřejnosti spolehlivý zdroj informací o očkování založený na vědeckých poznatcích. Portál, který je k dispozici ve všech jazycích EU/EHP, byl spuštěn během evropského týdne imunizace v roce 2020 [27].

Evropská komise rovněž vypracovala několik opatření na podporu úsilí zemí o zlepšení akceptace a využití očkování. Činnosti na podporu důvěry v očkování zahrnují například koordinaci úsilí o zvýšení proočkovanosti, usnadnění výměny osvědčených postupů, odstraňování chyb a řešení dezinformací a poskytování pokynů pro budování důvěry [28]. V nedávné době Společné výzkumné středisko Evropské komise zveřejnilo několik zpráv o akceptaci očkování a poprvé po něm se zaměřením na behaviorální vědu [29,30].

Od roku 2018 Evropská komise zapojila do projektu „Vaccine Confidence Project“ (Projekt důvěry v očkování), který každé dva roky provádí průzkumy s cílem monitorovat důvěru v očkování v EU [31]. Tento průzkum používá index, který sleduje čtyři oblasti: důvěru ve i) význam, ii) bezpečnost a iii) účinnost očkování a iv) sloučitelnost očkování s náboženským nebo osobním přesvědčením. Výsledky ukazují, že ačkoli velká část respondentů má k očkování kladný vztah, důvěra se v průběhu času měnila, a to jak obecně, tak i ve vztahu ke konkrétním vakcínám a podle věkových skupin. Přetrvávají velké geografické rozdíly v důvěře, přičemž nižší úroveň důvěry je pozorována zejména v zemích východní a střední Evropy. Důvěra starších dospělých je navíc trvale vyšší než u mladších generací a zdá se, že se tento rozdíl ve většině členských států EU prohlubuje.

V roce 2019 zřídila Evropská komise koalici pro očkování, která sdružuje evropská sdružení zdravotnických pracovníků a studentská sdružení v oblasti zdraví a očkování s cílem zajistit lepší vzdělávání v oblasti očkování pro zdravotnické pracovníky a lepší informace pro širokou veřejnost [32]. Evropská komise se rovněž aktivně zapojila do kampaně na podporu očkování (#UnitedInProtection) [33].

Kromě toho získala celá řada projektů zahrnujících více zemí finanční prostředky prostřednictvím grantů Evropské unie na výzkum a inovace a program EU4Health pro iniciativy zaměřené na zvýšení proočkovanosti. Patří mezi ně [JITSUVAX](#) (Jiu Jitsu s dezinformacemi ve věku covidu-19: využití učení založeného na vyvracení informací ke zvýšení proočkovanosti a znalostí), [RIVER-EU](#) (Snižování nerovností v proočkovanosti v evropském regionu) a [AcToVax4NAM](#) (Přístup k očkování pro nově přichozí migranty) [34-36]. Popisy celkových projektů, jakož i některé intervence na vnitrostátní a nižší úrovni související s JITSUVAX a RIVER-EU, jsou obsaženy v knihovně intervencí pro zlepšení akceptace očkování v oddílu 2.2 této zprávy.

V širším evropském regionu vypracovala Regionální kancelář organizace WHO pro Evropu přístup k imunizačním programům na míru (TIP) s cílem podpořit země při dosahování vysoké a spravedlivé proočkovanosti [37].

Část 2 Nástroje a metody na podporu akceptace a využití očkování v průběhu celého života

2.1 Nástroj pro provádění průzkumů pro shromažďování údajů o chování při akceptaci a využití očkování

Tento nástroj pro provádění průzkumů lze použít ke shromáždění sociálních a behaviorálních údajů o akceptaci a využití očkování, a tím podpořit diagnostiku překážek a faktorů usnadňujících očkování v konkrétních populacích (tabulka 1, nástroj je k dispozici také jako [editovatelný dokument Word](#)). Byl vypracován na základě otázek z průzkumů, které byly psychometricky potvrzeny v předchozích studiích [15,18,19,31,40-42]. Zahrnuje:

- podporu při získávání informovaného souhlasu,
- osm úvodních otázek týkajících se sociodemografických a behaviorálních faktorů týkajících se očkování,
- patnáct položek založených na modelu 5 C, kde respondenti mohou hodnotit, jak souhlasí nebo nesouhlasí s řadou tvrzení, a
- sedm navrhovaných kvalitativních otázek.

U 15 položek založených na modelu 5 C existují pro každé C tři položky, přičemž jedna je určena jako hlavní ukazatel pro každé C. Ideální je, aby byl průzkum proveden za použití úplného souboru 15 položek. Pokud však existují omezené zdroje, lze jej omezit na pět základních položek.

Seznam navrhovaných kvalitativních otevřených otázek lze buď přidat k dotazníkové studii, aby bylo možné lépe nahlédnout do myšlenkových procesů a jednání lidí, nebo použít jako základ pro samostatné kvalitativní studie (tabulka 1, otázky jsou k dispozici také jako verze [editovatelného dokumentu ve Wordu](#) nástroje pro provádění průzkumů). Kvalitativní otázky umožňující otevřenou odpověď mohou být pro respondenty cennou příležitostí k tomu, aby odpověděli vlastními slovy.

Před použitím nástroje je důležité sestavit multidisciplinární výzkumný tým, pokud možno včetně osoby, která má zkušenosti s navrhováním průzkumů a statistickou analýzou. Tento tým by měl rozhodnout o přesných otázkách výzkumu a společně vypracovat protokol studie a plán analýzy. Podrobné informace o tom, jak přizpůsobit nástroj pro provádění průzkumů a vypracovat protokol studie, jsou uvedeny za tímto nástrojem. Příklad analytického plánu je uveden níže v tomto oddílu a rovněž lze stáhnout [analytický kód](#) (rámečky 1–3) napsaný ve Stata i R.

Tabulka 1. Nástroj pro provádění průzkumů pro shromažďování údajů o chování při akceptaci a využití očkování

Informovaný souhlas

Děkujeme vám za váš zájem o tuto studii. Jsme výzkumní pracovníci z (vložte název instituce) a zajímáme se o (vložte cíle studie). Vaše odpovědi nám pomohou ujasnit a přizpůsobit naše intervence tak, aby se zvýšila proočkovanost. Zodpovězení otázek zabere přibližně (odhadovaný počet minut) minut. Než účast ve studii odsouhlasíte, přečtěte si pečlivě níže uvedené informace.

Vaše účast v této studii je zcela dobrovolná a na jednotlivé otázky neexistují žádné správné nebo špatné odpovědi. Otázky se týkají očkování a vašeho postoje k němu. Rovněž vás požádáme o určité informace týkající se vaší osoby, bude to například vaše pohlaví, věk a úroveň vzdělání. Odpovědi, které nám poskytnete, budou anonymizované, což znamená, že tyto údaje k vám nemůžeme zpětně dohledat. Údaje bude sbírat (uvedte název agentury pro shromažďování údajů) a budou sdíleny s výzkumným týmem z (uvedte název výzkumné instituce). Interní kontrolní komise (vložte instituci, pod kterou tato komise spadá) přezkoumala protokol studie a udělila souhlas s provedením studie (vložte číslo souhlasu v kulatých závorkách).

Vaše údaje budou uloženy na serverech (uvedte místo uchovávání údajů) a budou přístupné pouze výzkumným pracovníkům přiřazeným k tomuto projektu. Vaše údaje zde budou uchovávány po dobu (uvedte počet let) let. Vaše údaje budou moci být v budoucnu použity pro další výzkumné projekty, které se podobně zaměřují na pochopení postojů k očkování. Používání a uchovávání údajů bude probíhat v souladu s obecným nařízením o ochraně osobních údajů (GDPR) a vnitrostátními právními předpisy.

Máte-li jakékoli dotazy nebo obavy ohledně této studie nebo ohledně toho, jak budeme vaše údaje používat a uchovávat, můžete se obrátit na (vložte název) na adrese (vložte e-mailovou adresu).

Souhlas

Souhlasem s účastí беру na vědomí, že:

Moje účast je dobrovolná.

Moje údaje budou použity pro výzkum postojů k očkování.

Moje údaje budou anonymizovány.

Moje údaje budou bezpečně uchovávány v souladu s pravidly obecného nařízení o ochraně osobních údajů (GDPR) a vnitrostátními právními předpisy.

Svou účast mohu kdykoli odvolat.

Souhlasíte s účastí v této studii?

Ano/Ne

Téma	Položka	Otázka	Možnosti odpovědi
Sociodemografické údaje	1	Kolik vám je let?	počet let
	2	Pohlaví	1. muž 2. žena 3. nebinární osoba 4. jiné / nepřeji si uvést
	3	Kde žijete?	možnosti regionů přizpůsobené situaci v konkrétní zemi (bude číslováno od 1)
	4	Jaká je nejvyšší úroveň vašeho dokončeného vzdělání?	možnosti přizpůsobené situaci v konkrétní zemi (bude číslováno od 1)
	5	V současné době jste ...?	1. zaměstnaný(á) 2. osoba samostatně výdělečně činná 3. bez práce 4. student 5. v důchodu 6. neschopen/á pracovat 7. jiné 99. nepřeji si uvést
Chování týkající se očkování	6	Pokud je vám známo, podstoupil(a) jste všechna doporučená očkování?	1. žádné 2. některá 3. všechna 99. nevím / nepřeji si uvést
	7	Odmítl(a) jste očkování, které vám bylo doporučeno, nebo jste toto očkování odložil(a)?	1. žádné 2. některá 3. všechna 99. nevím / nepřeji si uvést
	8	Hodláte se v budoucnu nechat očkovat podle doporučení ve vaší zemi?	1. rozhodně ne 2. pravděpodobně ne 3. možná 4. pravděpodobně ano 5. rozhodně 99. nevím / nepřeji si uvést

5 C	Položka	Otázka	Možnosti odpovědi na všechny otázky související s 5 C
V jaké míře souhlasíte či nesouhlasíte s těmito tvrzeními?			1. rozhodně nesouhlasím 2. částečně nesouhlasím 3. neutrální 4. částečně souhlasím 5. rozhodně souhlasím 99. nevím / nepřeji si uvést
Důvěra	9 (hlavní otázka)	Celkově si myslím, že vakcíny jsou bezpečné [31].	
	10	Celkově si myslím, že vakcíny jsou účinné [31].	
	11	Věřím orgánům veřejného zdraví, že budou doporučovat pouze bezpečné a účinné vakcíny [19].	
Uspokojení	12 (hlavní otázka)	Nechávám se očkovat, protože je příliš riskantní se nakazit [19].	
	13	Očkování je pro mě zbytečné, protože stejně onemocním jen zřídka [19].	
	14	Očkování je zbytečné, protože nemoci, kterým lze předcházet očkováním, již nejsou běžné [18].	
Překážky	15 (hlavní otázka)	V praxi pro mě bude obtížné nechat se očkovat [40].	
	16	Dbám na to, abych se nejdůležitějšími vakcínami nechal/a očkovat včas [19].	
	17	Přístup k očkovacím službám je pro mě snadný [15].	
Rozvaha	18 (hlavní otázka)	Když se zamyslím nad tím, zda se nechám očkovat, zvažuji výhody a rizika, abych mohl/a učinit co nejlepší rozhodnutí [18].	
	19	Obecně se při očkování řídím doporučením svého lékaře nebo zdravotnického pracovníka [41].	
	20	Informace o vakcínách, které dostávám od orgánů veřejného zdraví, jsou spolehlivé [42].	
Kolektivní odpovědnost	21 (hlavní otázka)	Nechávám se očkovat, protože tak chráním ostatní lidi [19].	
	22	Když jsou očkováni všichni, tak já se nemusím nechat očkovat [18].	
	23	Většina mé blízké rodiny a přátel chce, abych se nechal(a) očkovat [15].	
Kvalitativní otázky vyžadující otevřenou odpověď			
1. Jaké otázky si pokládáte nebo jaké máte obavy, když uvažujete o očkování?			
2. Co vás jako první napadne, když se řekne vakcína?			
3. Důvěra: Co si obecně myslíte o bezpečnosti a účinnosti vakcín?			
4. Uspokojení: Jak hodnotíte riziko onemocnění nemocemi, kterým lze předcházet očkováním?			

- | |
|--|
| 5. Překážky: S jakými překážkami se setkáváte, když se chcete nechat očkovat? To může zahrnovat problémy fyzické, psychologické nebo jiné druhy překážek. |
| 6. Rozvaha: Jaký druh informací hledáte a čtete při rozhodování o tom, zda se nechat očkovat, či nikoli? |
| 7. Kolektivní odpovědnost: Co si myslíte o očkování jako prostředku ochrany ostatních? |

Jak přizpůsobit nástroj pro provádění průzkumů a vypracovat protokol studie a plán analýzy

Tento nástroj pro provádění průzkumů by měl být přizpůsoben otázkám výzkumu, zejména studované populaci, která je předmětem zájmu, a případně konkrétní vakcíně či vakcínám. Níže jsou uvedena důležitá kritéria a pokyny k vypracování protokolu studie a plánu analýzy.

Cílová populace

Otázky výzkumu a protokol studie by měly jasně uvádět cílovou populaci studie. Otázky v nástroji pro provádění průzkumů lze poté upravit podle cílové populace. V závislosti na otázkách výzkumu lze například zkoumat akceptaci a využití očkování v běžné dospělé populaci nebo mezi osobami pečujícími o malé děti, migranty, zdravotnickými pracovníky, osobami staršími 65 let nebo jinými zranitelnými skupinami či skupinami s nedostatečnou dostupností očkování. Například pokud je cílem studie zjistit postoje k očkování dětí, lze obecné tvrzení „Celkově si myslím, že vakcíny jsou bezpečné“ upravit na „Celkově si myslím, že dětské vakcíny jsou bezpečné“.

Otázky bude rovněž třeba případně upravit na základě cílové vakcíny či cílových vakcín. Nástroj pro provádění průzkumů se zaměřuje na obecné postoje k očkování, ale lze jej snadno upravit tak, aby se zaměřil na konkrétní vakcíny.

Navrhované sociodemografické otázky bude rovněž třeba přizpůsobit místnímu prostředí. Například při dotazu na úroveň vzdělání respondenta by možnosti odpovědi měly odrážet vzdělávací systém v daném kontextu. Vzhledem k tomu, že původní nástroj pro provádění průzkumů byl sepsán v angličtině, pilotní překlady průzkumu mezi lidmi ve vaší cílové populaci poskytnou informace o tom, zda jsou přeložené položky průzkumu chápány, zda jsou z kulturního hlediska vhodné a/nebo zda je třeba je dále revidovat.

Velikost vzorku

Statistik by společně s výpočtem velikosti vzorku měl určit minimální počet respondentů, který je pro studii potřebný, aby byla zajištěna dostatečná statistická síla pro zjištění významných účinků. Velikost vzorku může být zapotřebí zvětšit, aby se vykompenzovalo případné neposkytnutí odpovědi a úbytek respondentů. Aby bylo možné získat dostatečný počet respondentů, je třeba ještě před zahájením studie důkladně porozumět cílové populaci a způsobu, jak ji oslovit.

Sběr údajů

Metoda sběru údajů by měla být vybrána na základě zohlednění cílové populace, dostupných zdrojů a typu výběru vzorků. Při zaměřování se na běžnou dospělou populaci v zemi s vysokou mírou rozšíření internetu mohou být vhodnými metodami on-line průzkumy nebo rozhovory. Pro určité skupiny obyvatelstva (např. starší dospělí) mohou být vhodnější osobní rozhovory.

Výběr vzorku

Výběr vzorku z cílové populace studie lze provést několika způsoby [43]. Pokud je třeba získat reprezentativní vzorek populace, nejlepším přístupem je pravděpodobnostní výběr. Mezi nejběžnější způsoby, jak toho dosáhnout patří jednoduchý nebo systematický odběr vzorků, jakož i shlukový nebo stratifikovaný výběr vzorků. Pokud to zdroje dovolí, lze odběr vzorků zadat společností, které mají odborné znalosti v této oblasti. Pokud pro splnění cílů studie není nutná reprezentativnost a s ní spojené zobecňování na širší populaci, lze použít nepravděpodobnostní výběr. Mezi běžné způsoby nepravděpodobnostního výběru vzorků patří výběrový soubor, metoda sněhové koule a účelový výběr vzorků.

Prezentace průzkumu

Způsob, jakým je průzkum respondentům předložen, závisí na metodě sběru údajů, která bude pro průzkum použita. Všechny otázky související s 5 C mají stejné možnosti odpovědi založené na pětibodové Likertově škále (od „rozhodně nesouhlasím“ po „rozhodně souhlasím“). Průzkum by proto mohl být předložen v písemné podobě jako jedna velká tabulka, přičemž Likertova škála by byla uvedena vedle každé otázky svisle (stejně jako v tabulce 1).

Alternativně lze otázky klást postupně během osobního nebo on-line rozhovoru, přičemž respondentovi jsou možné odpovědi poskytnuty jako Likertova škála. Nejlepší je ve stávajícím průzkumu nepoužívat záhlaví nástroje pro provádění průzkumů (např. sociodemografické proměnné, důvěra, překážky), aby respondenti nebyli vůči určitým odpovědím předpojatí.

V nástroji pro provádění průzkumů má každá odpověď přiřazenou číselnou hodnotu (např. otázka 6: 1 = žádné, 2 = některé, 3 = všechny, 99 = nevím / nepřeji si uvést). Tyto přiřazené hodnoty nemusí být pro respondenty průzkumu viditelné, ale měly by být použity v backendu průzkumu, aby výsledky byly uvedeny v tomto formátu. Předepsaný analytický kód z těchto čísel vychází.

Protokol studie a plán analýzy

V protokolu studie by měla být uvedena cílová populace, velikost vzorku, metoda sběru údajů a způsob výběru vzorku. Měla by také obsahovat oddíl o tom, jak bude provedena analýza údajů.

Analýzy by měly být stručné a odpovídat na otázky výzkumu. Pro popisné analýzy je možné vytvořit souhrnné tabulky demografických údajů respondentů studie. V případě potřeby lze hlavní ukazatele každého C lze shrnout a stratifikovat podle demografických proměnných, například podle pohlaví a vzdělání. Tři klíčové behaviorální ukazatele nástroje pro provádění průzkumů, tedy i) proočkovanosť v minulosti, ii) odmítnutí očkování v minulosti a iii) úmysl očkovat se, lze podobně shrnout popisně a stratifikovat podle demografických proměnných. Za účelem testování souvislostí mezi behaviorálními výsledky, 5 C a demografiemi lze provádět inferenční statistické analýzy.

Aby bylo možné tuto analýzu provést, je důležité dodržovat přiřazené číselné hodnoty možností odpovědí, jak je doporučeno v nástroji pro provádění průzkumů. Níže je uveden příklad plánu analýzy, který zahrnuje popisnou i inferenční analýzu výsledků průzkumu (rámečky 1–3), a také je možné stáhnout předpřipravený [analytický kód](#) (ve Stata i R).

Kvalitativní analýza

Pokud jsou do studie zařazeny otevřené kvalitativní otázky, otázky navržené v tabulce 1 by měly být pečlivě přezkoumány a upraveny tak, aby odrážely místní prostředí. Písemné odpovědi na otevřené otázky v dotazníku nebo přepisy rozhovorů by měly být pečlivě analyzovány a kódovány. Induktivní analýza může pomoci identifikovat společná témata vyplývající z kódů, aby bylo možné poskytnout bohatší vhled do myšlenkových procesů a jednání lidí. Analýzu lze rovněž provést deduktivně s využíváním 5 C jako témat nebo lze využít kombinace obou přístupů. Aby bylo možné využít plně výhod tohoto typu výzkumu, měl by se analýzy ujmout zkušený kvalitativní výzkumník. Na konci tohoto oddílu naleznete další rady týkající se sběru a analýzy kvalitativních údajů.

Etické schválení

Před zahájením jakéhokoli sběru údajů je důležité zajistit, aby byly dodržovány národní etické pokyny. To může zahrnovat požadavek na získání etického schválení studie. Interní kontrolní komise přezkoumají plány studie a určí, zda je nutné povolení, a pokud ano, podrobně přezkoumají plány studie, aby ji mohly schválit. Interní kontrolní komise pravděpodobně přezkoumají, zda se plány sběru a analýzy údajů řídí obecným nařízením o ochraně osobních údajů (GDPR). To znamená, že v návrhu studie musí být jasně popsáno, jak bude probíhat anonymizace, uchovávání údajů a přístup k nim. Všechny studie by měly potenciální účastníky informovat o cílech studie a o tom, jak budou jejich údaje použity a uchovávány, a také zdůraznit, že jejich odpovědi budou anonymizovány, že jejich účast je dobrovolná a že mohou studii kdykoli ukončit, aniž by jim hrozily jakékoli negativní dopady. Po těchto informacích by měla následovat otázka, zda s tím účastník souhlasí a je ochoten se studii zúčastnit. Tento postup poskytuje informovaný souhlas, který musí být získán předtím, než jsou účastníkovi předloženy jakékoli otázky. Šablona pro tento dotazník je uvedena v nástroji pro provádění průzkumů (tabulka 1) a také jako [editovatelný dokument ve Wordu](#).

Podávání zpráv a interpretace údajů

Po analýze údajů je důležité shrnout hlavní výsledky a zvážit možné intervence. Hlavní výsledky lze shrnout pomocí tabulek a číselných údajů a mohou být popsány ve zprávě nebo zveřejněny ve vědeckém recenzovaném časopise. Multidisciplinární tým pracující na studii bude muset zvážit nejlepší způsob či způsoby, jak získané údaje prezentovat zúčastněným stranám a využít je k diagnostice překážek a faktorů usnadňujících očkování u konkrétních populací. Údaje budou pravděpodobně naznačovat směřování potenciálních strategií a intervencí, zejména pokud jde o to, která z 5 C mohou mít největší význam jako prioritní oblasti. Příklady toho, jak se země EU/EHP zaměřily na jednotlivá C, jsou uvedeny v knihovně intervencí pro zlepšení akceptace očkování (oddíl 2.2).

Příklad plánu analýzy

Tento příklad plánu analýzy poskytuje základní strukturu pro analýzu údajů z průzkumů (rámečky 1–3, ke stažení je rovněž k dispozici úplný [analytický kód](#) napsaný ve Stata i R). Analýza by měla být v ideálním případě provedena ve třech fázích:

- Fáze 1: příprava údajů (rámeček 1),
- Fáze 2: popisná analýza (rámeček 2) a
- Fáze 3: inferenční analýza (rámeček 3).

Příprava údajů znamená jejich čištění a přípravu na analýzu (rámeček 1). Čištění údajů může zahrnovat kontrolu, zda jsou odpovědi realistické (např. nikomu nemůže být 178 let), a zajištění, aby všechny proměnné byly v číselné podobě. Pomocí předpřipraveného kódu můžete dvakrát zkontrolovat, zda všechny proměnné mají správně přiřazené hodnoty a popisky. Například u proměnné týkající se pohlaví může být mužům přiděleno číslo 1 a ženám číslo 2.

V rámci přípravy údajů je třeba některé proměnné zpětně kódovat. Předtím je však třeba definovat význam vysokého skóre (tabulka 2).

Tabulka 2. Význam vysokého skóre na základě předem napsaného analytického kódu

Konstrukt	Význam vysokého skóre
Důvěra	vysoká důvěra v očkování, vysoká připravenost na očkování
Uspokojení	vysoké uspokojení, nízká připravenost na očkování
Překážky	překážky brání očkování, nízká připravenost na očkování
Rozvaha	vysoká míra zapojení do analýzy nákladů a přínosů očkování, nízká připravenost k očkování
Kolektivní odpovědnost	očkování je vnímáno jako kolektivní odpovědnost, vysoká připravenost na očkování

Například v otázce 12 týkající se uspokojení se uvádí: „Nechávám se očkovat, protože je příliš riskantní se nakazit“. Vysoké skóre u této otázky (tj. někdo, kdo odpovídá „5. rozhodně souhlasím“) by odráželo někoho, kdo má nízkou míru uspokojení, a tedy vysokou míru připravenosti na očkování. Číselná hodnota je však vysoká, což by mohlo být nesprávně interpretováno jako vysoké uspokojení, a tedy nízká míra připravenosti na očkování. Pro zmírnění tohoto problému je důležité tyto otázky zpětně kódovat, jak je ukázáno v rámečku 3 (chtěli bychom upozornit, že [analytický kód](#) pro tuto analýzu je možné stáhnout). Po provedení zpětného kódování lze vypočítat průměrné skóre pro jednotlivá C. Údaje jsou tedy připraveny k popisné analýze.

Pro účely popisných analýz lze tři klíčové behaviorální ukazatele nástroje pro provádění průzkumů, tedy i) proočkovanosť v minulosti, ii) odmítnutí očkování v minulosti a iii) úmysl očkovat, shrnout a stratifikovat podle příslušných sociodemografických proměnných (rámeček 2). Dále lze shrnout klíčové ukazatele pro každé z 5 C.

Pro inferenční analýzy je uvedeno několik návrhů (rámeček 3). Bylo by zajímavé pochopit sociodemografické prediktory pro každé z 5 C. Mají například ženy vyšší uspokojení než muži? Další část inferenční analýzy je zaměřena na pochopení prediktorů tří výše uvedených klíčových behaviorálních ukazatelů. Pro tyto analýzy se sociálně-demografické proměnné a 5 C považují za potenciální prediktory. Další informace o tom, jak tyto inferenční analýzy provádět, jsou uvedeny níže.

Rámeček 1. Příprava údajů

Zpětný kód následujících položek:

- Uspokojení (vysoké skóre = vysoké uspokojení, a tudíž nízká míra připravenosti na očkování)
 - OTÁZKA 12: Nechávám se očkovat, protože je příliš riskantní se nakazit.
- Překážky (vysoké skóre = mnoho překážek, tj. očkování brání každodenní překážky, a tudíž nízká míra připravenosti na očkování)
 - OTÁZKA 16: Dbám na to, abych se nejdůležitějšími vakcínami nechal očkovat včas.
 - OTÁZKA 17: Přístup k očkovacím službám je pro mě snadný.
- Rozvaha (vysoké skóre = rozsáhlé uvažování týkající se nákladů a přínosů a nízká míra připravenosti na očkování)
 - OTÁZKA 19: Obecně se při očkování řídím doporučením svého lékaře nebo zdravotnického pracovníka.
 - OTÁZKA 20: Informace o vakcínách, které dostávám od orgánů veřejného zdraví, jsou spolehlivé.
- Kolektivní odpovědnost (vysoké skóre = míra připravenosti na očkování a chránit ostatní).
 - OTÁZKA 22: Když jsou očkování všichni, tak já se také nemusím nechat očkovat.

Vypočítejte průměrné skóre pro každé C:

- Sečtete skóre tří položek v části důvěra a vydělíte je třemi.
- Sečtete skóre tří položek v části uspokojení a vydělíte je třemi.
- Sečtete skóre tří položek v části překážky a vydělíte je třemi.
- Sečtete skóre tří položek v části rozvaha a vydělíte je třemi.
- Sečtete skóre tří položek v části kolektivní odpovědnost a vydělíte je třemi.

Rámeček 2. Popisná analýza

Shrnutí výsledků v oblasti chování:

- % očkovaných podle doporučení:
 - podle věku,
 - podle pohlaví,
 - podle vzdělání,
 - podle regionu.
- % zamítnutých doporučených očkování:
 - podle věku,
 - podle pohlaví,
 - podle vzdělání,
 - podle regionu.
- % osob, které se hodlají nechat očkovat v souladu s doporučeními:
 - podle věku,
 - podle pohlaví,
 - podle vzdělání,
 - podle regionu.

Základní ukazatel:

- důvěra: % respondentů, kteří souhlasí s tím, že vakcíny jsou bezpečné (tj. odpověděli 4 nebo 5),
- uspokojení: % respondentů, kteří se nechají očkovat, protože je příliš riskantní se nakazit (tj. odpověděli 4 nebo 5),
- překážky: % respondentů, kteří tvrdí, že v praxi bude obtížné se nechat očkovat (tj. odpověděli 4 nebo 5),
- rozvaha: % respondentů, kteří souhlasí s tím, že při přemýšlení o očkování zváží přínosy a rizika, aby mohli učinit nejlepší rozhodnutí (tj. odpověděli 4 nebo 5),
- kolektivní odpovědnost: % respondentů, kteří souhlasí s tím, že se nechají očkovat, protože tak chrání jiné osoby (tj. odpověděli 4 nebo 5).

Průměrné skóre na C stratifikované podle věku, pohlaví, vzdělání, regionu a postavení v zaměstnání.

Rámeček 3. Inferenční analýza

Sociálně-demografické prediktory pro každé C:

výsledek: důvěra (průměrné skóre 1–5): prediktory: věk, pohlaví, vzdělání, region, postavení v zaměstnání,

výsledek: uspokojení (průměrné skóre 1–5): prediktory: věk, pohlaví, vzdělání, region, postavení v zaměstnání,

výsledek: překážky (průměrné skóre 1–5): prediktory: věk, pohlaví, vzdělání, region, postavení v zaměstnání,

výsledek: rozvaha (průměrné skóre 1–5): prediktory: věk, pohlaví, vzdělání, region, postavení v zaměstnání,

výsledek: kolektivní odpovědnost (průměrné skóre 1–5): prediktory: věk, pohlaví, vzdělání, region, postavení v zaměstnání,

V této analýze se každé z 5 C považuje za výsledek a sociodemografické proměnné jsou testovány jako prediktory. To pomůže pochopit, zda sociodemografické proměnné mají vliv na průměrné skóre každého z 5 C. Vzhledem k tomu, že výsledkem je průměrné skóre, lze provést lineární regresi. Výstupem těchto analýz je koeficient, který kvantifikuje vztah mezi prediktorem a výsledkem a udává očekávanou změnu průměrného skóre výsledku při změně prediktivní proměnné o jednu jednotku.

Prediktory očkování v souladu s doporučeními

Výsledek: Očkování obdržena podle doporučení (žádné, některá, všechna). Prediktory: průměrné skóre všech 5 C, věk, pohlaví, vzdělání, region, postavení v zaměstnání.

Prediktory odložení nebo odmítnutí očkování

Výsledek: odmítnutí očkování (žádné, některá, všechna). Prediktory: průměrné skóre všech 5 C, věk, pohlaví, vzdělání, region, postavení v zaměstnání.

Prediktory záměru nechat se očkovat

Výsledek: záměr nechat se očkovat (skóre 1–5). Prediktory: průměrné skóre všech 5 C, věk, pohlaví, vzdělání, region, postavení v zaměstnání.

Další doporučení týkající se inferenční analýzy

Při analýze výsledné proměnné se třemi nebo pěti ordinálními kategoriemi závisí volba vhodného regresního modelu na tom, jak je výsledek zpracován. Kromě toho hraje klíčovou roli počet pozorování v každé kategorii. Pokud je v některé z kategorií příliš málo pozorování, může být nutné je seskupit, aby se zajistila statistická síla.

Pokud je výsledek zachován v ordinální formě, lze za předpokladu, že platí předpoklad proporcionální pravděpodobnosti, použít ordinální logistický regresní model. Tento typ regrese považuje odpovědi za uspořádané kroky a předpokládá, že přechod od odpovědi 1 („rozhodně nesouhlasím“) k odpovědi 2 („nesouhlasím“) je z hlediska ovlivňujících faktorů podobný přechodu od odpovědi 4 („souhlasím“) k odpovědi 5 („rozhodně souhlasím“). Například pokud to, že jste žena, zvyšuje pravděpodobnost přechodu z 1 na 2, zvyšuje to také možnost přechodu z 3 („neutrální“) na 4 („souhlasím“) o stejný podíl ve srovnání s muži. Stejně tak, pokud vyšší věk zvyšuje pravděpodobnost postupu o jeden bod (např. z 2 na 3), předpokládá se, že má stejný proporcionální účinek na každém stupni stupnice (např. také ze 4 na 5). Tento předpoklad se nazývá předpokladem proporcionálních šancí.

Alternativně, pokud je výsledek seskupen pouze do dvou kategorií (např. výsledek „Očkování obdržena podle doporučení“ je rozdělen na 0 = očkování nebylo provedeno v plném rozsahu (zahrnuje „žádné“ a „některé“) a 1 = očkování bylo provedeno v plném rozsahu („Obdržena všechna doporučená očkování“), je nejvhodnější volbou binární logistický regresní model s odhadem, jak tyto faktory zvyšují nebo snižují pravděpodobnost provedení plného očkování. Pro ordinální logistickou regresi i pro binární logistickou regresi bude výstup prezentován v poměrech pravděpodobností.

Pokud se výsledek s pěti kategoriemi omezí na tři kategorie, lze použít multinomiální logistický regresní model. Předpokládejme, že odpovědi o záměru nechat se očkovat (skóre 1-5) rozdělíme do tří kategorií: nízký záměr (1-2 = „Pravděpodobně se nenechám očkovat“), střední záměr (3 = „Nejsem si jistý“ nebo „Neutrální“) a vysoký záměr (4-5 = „Pravděpodobně se nechám očkovat“). Protože tyto tři kategorie nemají jednoznačné pořadí (tj. být „mírný“ nemusí být nutně na půli cesty mezi „nízký“ a „vysoký“), můžeme místo ordinálního modelu použít multinomiální logistickou regresi. Model vybere jednu kategorii jako referenční skupinu (např. „nízký záměr“) a odhadne pravděpodobnosti pro „mírný“ vs. „nízký a vysoký“ vs. „nízký“. Výstup multinomiální logistické regrese je uveden ve formě poměrů relativního rizika.

Volba modelu v konečném důsledku závisí na teoretických úvahách i na praktických překážkách, například na velikosti vzorku pozorování napříč kategoriemi. Tyto úvahy zdůrazňují význam zkušeného statistika v multidisciplinárním výzkumném týmu.

Další doporučení ke kvalitativním metodám

Výsledky nástroje pro provádění průzkumů poskytnou základní informace o překážkách a faktorech usnadňujících akceptaci očkování v konkrétní populaci. Není však pravděpodobné, že by vysvětlily, proč tyto překážky a faktory usnadňující očkování existují. Kvalitativní metody mohou přinést porozumění této oblasti tím, že pomáhají odhalit nuance kontextu a nabízejí nápady, jak překonat konkrétní překážky a faktory usnadňující akceptaci očkování [44].

Kvantitativní vs. kvalitativní metody

Kvantitativní metody jsou užitečné pro získávání číselných údajů a provádění statistické analýzy týkající se prioritní oblasti výzkumu. Například kvantitativní průzkumy mohou pomoci porozumět ochotě jednotlivce nebo komunity nechat se očkovat a překážkám, kterým mohou čelit. Protože však mnoho nástrojů kvantitativního sběru údajů, jako jsou průzkumy nebo registry, je předem navrženo výzkumnými pracovníky s pevně stanovenými odpověďmi, jsou získané poznatky omezeny na otázky, o nichž je již známo, že nejsou dostatečně pochopeny. Kvantitativní metody se rovněž zaměřují na pochopení ústředních tendencí populace, což může omezit hlubší zkoumání důvodů, které za těmito tendencemi nebo výjimkami stojí.

Na druhou stranu kvalitativní metody využívají výzkumného pracovníka jako nástroj pro sběr údajů. Při sběru údajů se řídí systematickým, ale flexibilním přístupem, a využívají vznikající návrh s úpravami prováděnými v průběhu celého procesu. Využívání otevřených otázek je ústředním prvkem kvalitativních metod, neboť respondentům umožňují odpovědět a popsat své zkušenosti a názory ve svých vlastních slovech a jazyce. Zásadní význam pro získání kulturních a sociálních poznatků má zachycení myšlenek, pocitů a postojů účastníků, protože účastníci mohou pomoci definovat a nastolit otázky, které jsou pro ně důležité.

Výběr účastníků

K výběru účastníků kvalitativního výzkumu lze použít různé metody vzorkovacích technik, přičemž se běžně používá účelový výběr vzorků (tj. výběr účastníků, kteří budou pro výzkum pravděpodobně nejrelevantnější). Počet účastníků se obvykle určuje na základě „nasycení údajů“, kterého je dosaženo, když nejsou shromážděny žádné

podstatně nové analytické/relevantní informace. V tomto okamžiku lze proces sběru údajů uzavřít [45]. Použité metody sběru údajů a analytické metody se budou řídit otázkami výzkumu.

Sběr údajů

Dvě metody sběru kvalitativních údajů, které mohou být v této souvislosti relevantní [46]:

- **Polostrukturované rozhovory**, které probíhají individuálně mezi výzkumným pracovníkem a účastníkem. Často používají průvodce pro vedení rozhovoru, který obsahuje otázky důležité pro zodpovězení obecných otázek výzkumu. Polostrukturované rozhovory trvají obvykle 40-60 minut a mohou probíhat osobně nebo on-line, nejlépe v klidném prostředí a bez rozptylování. Rozhovory jsou ideální pro pochopení názorů, zkušeností, přesvědčení a motivace jednotlivců bez vlivu jiných osob, jakož i pro diskusi o citlivých otázkách.
- Naproti tomu **cílené skupinové diskuse** probíhají ve skupinách s moderátorem a obvykle se třemi až osmi účastníky. Často také využívají průvodce diskusí, který je přizpůsoben obecným otázkám výzkumu. Na rozdíl od rozhovorů je tato metoda užitečná pro pochopení skupinové dynamiky a norem v určité komunitě, včetně podobností a rozdílů v úhlech pohledu. Činnost cílových skupin je třeba vést obratně, aby bylo zaručeno, že se všichni účastníci cítí dobře a sdílí své názory.

V souvislosti s oběma metodami je třeba mít na paměti několik společných věcí:

- Průvodce pro rozhovory/diskuze musí poskytnout čas na nastolení důvěry mezi výzkumným pracovníkem a účastníkem či účastníky. Úvodní otázky mohou být spíše neformálními otázkami na prolomení ledů, po nichž následují obecné otázky na dané téma, a teprve poté se přechází ke konkrétnějším nebo citlivějším otázkám.
- Otázky by měly být otevřené, tj. nemělo by na ně být možné odpovědět „ano“ nebo „ne“. Cílem je povzbudit účastníky k otevřenému a širokému sdílení.
- Je třeba se vyhnout návodným otázkám, tj. otázkám, které účastníky navádějí k určité odpovědi.
- Vedení rozhovorů a jejich usnadňování by mělo být flexibilní. Účastníci mohou upozornit na témata, která jsou relevantní pro obecné otázky výzkumu, ale nejsou zahrnuta v průvodci. Těmto diskusím je třeba věnovat dostatek času a konverzaci lze v případě potřeby vrátit zpět ke zbývajícím otázkám.
- Vedoucí rozhovorů a moderátoři musí být empatičtí a dbát na to, aby zajistili pohodlí účastníků, zejména při diskusi o citlivých otázkách, a rozhovor případně pozastavili, upravili nebo přerušili.

Analýza údajů

Kvalitativní metody nabízejí celou řadu možností analýzy údajů a flexibilitu při jejich používání, díky čemuž si můžete vybrat ty, které odpovídají vašim konkrétním potřebám. Dvě z nich představují obsahová analýza a tematická analýza. Pokud se na kvalitativní analýzu údajů díváme jako na určité spektrum, obsahová analýza má tendenci být spíše popisná, zatímco tematická analýza má tendenci být spíše interpretační.

Obsahová analýza je zastřešující pojem pro „systematické kódování a kategorizaci“ textových údajů [47]. Na základě teorií komunikace jsou tyto trendy a frekvence slov analyzovány s cílem nalézt určité vzorce a význam. „Kódy“ (tj. malé textové jednotky s určitým významem) jsou rozděleny do kategorií na základě společných vzorců. To lze provést jak induktivně (tj. vytvořit z údajů), tak deduktivně (tj. mít předem existující kategorie odvozené z teorie, rámce nebo modelu). Obsahovou analýzu lze provést kvantitativně, například počítáním toho, kolikrát je konkrétní otázka v diskusi vznesena. Při kvalitativním přístupu se však bere v úvahu také kontext jednotlivých slov, aby bylo možné pochopit jak zdanlivý, tak skrytý význam.

Tematická analýza se vztahuje na proces určování témat nebo vzorců zájmu v rámci získaných údajů [48]. I když tematická analýza začíná procesem kódování podobným procesem v obsahové analýze, tematická analýza jde nad rámec kategorizace údajů a snaží se interpretovat skrytý význam textu (tj. vyvodit, které myšlenky, předpoklady, konceptualizace a ideologie mohou formovat to, co účastníci říkají). Tato témata mohou být vytvořena induktivně nebo deduktivně, nicméně deduktivní témata budou často upravována tak, aby odrážela skryté významy identifikované ve vašem souboru údajů.

Nástroje umožňující sebereflexi a zmírnění předsudků

Je důležité mít na paměti, že v jakémkoli výzkumu v oblasti veřejného zdraví, ať už kvalitativním či kvantitativním, nejsou výzkumní pracovníci pouhými pasivními pozorovateli, ale mohou aktivně ovlivňovat výzkum a jeho výsledky. Všechny kroky, které výzkumní pracovníci přijmou v průběhu procesu, od stanovení otázek výzkumu až po analýzu údajů, jsou ovlivněny jejich specifickým zázemím, úhly pohledu a vědomými či nevědomými předsudky. Je důležité se tímto problémem aktivně zabývat již v průběhu výzkumu a jeho výsledky podle toho interpretovat. Metodologie kvalitativního výzkumu má několik nástrojů, které tento proces sebereflexe umožňují a zmírňují předsudky:

- **Prohlášení o reflexi** – výzkumní pracovníci musí vykazovat sebereflexi a ptát se sami sebe, proč se do výzkumu zapojují, jaké předsudky mohou mít o cílové skupině ve vztahu k tématu výzkumu a jak mohou části jejich identity nebo původu ovlivnit způsob, jakým výzkum provádějí nebo interpretují jeho výsledky. Toto

sebehodnocení je poté shrnuto v krátkém odstavci a zahrnuto do šíření výsledků v zájmu transparentnosti [49].

- **Triangulace vyšetřovatelů / kontrola členů** – dva nebo více výzkumných pracovníků může nezávisle kódovat část údajů, poté porovnat kódy, aby našli rozdíly a podobnosti, a poté dosáhnout konsensu o tom, jak údaje interpretovat a kategorizovat. To zvyšuje důvěryhodnost výsledků. Podobný proces lze provést i s účastníky z cílové skupiny jako prostředek k ověření poznatků získaných z údajů, k nimž přispěli. Jedná se o takzvanou kontrolu členů [50].

Další zdroje

K dispozici je několik zdrojů, které podrobněji popisují výzkumný proces, včetně toho, jak provádět analýzu údajů a interpretovat zjištění. Patří mezi ně:

- [„A field guide to qualitative research for new vaccine introduction“](#) (Terénní průvodce pro kvalitativní výzkum v oblasti zavádění nových vakcín) Světové zdravotnické organizace
- [„Rapid qualitative research to increase COVID-19 vaccination uptake: a research and intervention tool“](#) (Rychlý kvalitativní výzkum za účelem zvýšení proočkovanosti proti covidu-19: nástroj pro výzkum a intervence) Světové zdravotnické organizace

Kontrolní seznam [„Consolidated criteria for reporting qualitative research \(COREQ\)“](#) (Konsolidovaná kritéria pro podávání zpráv o kvalitativním výzkumu (COREQ)) je užitečným průvodcem pro podávání zpráv a popis kvalitativního výzkumu.

2.2 Metody pro odstraňování behaviorálních překážek při očkování

Knihovna intervencí pro zlepšení akceptace očkování

Níže uvedené tabulky nabízejí knihovnu intervencí na úrovni jednotlivých států a nižších úrovních, které mohou být inspirací a podkladem pro navrhování intervencí zaměřených na řešení nedostatečné míry proočkovanosti. Příklady se týkají očkování dětí (tabulka 3), očkování proti lidskému papilomaviru (HPV) (tabulka 4), očkování proti covidu-19 a chřipce (tabulka 5) a očkování proti jiným onemocněním (černému kašli a mpox) (tabulka 6). Mnoho intervencí se zaměřuje na zranitelné skupiny obyvatelstva, například na migranty, a je založeno na podpoře komunikace mezi zdravotnickými pracovníky, kteří jsou odpovědní za poskytování očkování, a pacienty. Rovněž jsou uvedeny intervence zahrnující více zemí financované z prostředků EU nebo částečně financované z prostředků EU (tabulka 7).

Za účelem shromáždění těchto příkladů intervencí na celostátní nebo nižší než celostátní úrovni se ředitelka střediska ECDC dne 4. září 2024 obrátila na příslušné koordinační orgány střediska. Požádala je, aby jmenovali odborníka nebo odborníky na problematiku akceptace očkování ve své zemi, kteří by mohli odpovědět na dotazník (rámeček 4) a byli k dispozici pro případná další upřesnění. Připomínka byla odeslána v prvním týdnu října 2024.

Rámeček 4. Dotazník pro národní odborníky týkající se akceptace a využití očkování

1. Vedoucí organizace (tj. název organizace, která vedla celkovou intervenci)
 2. Spolupracovníci (tj. názvy všech organizací, které pomáhaly s návrhem/realizací a/nebo hodnocením intervence).
 3. Úroveň intervence (tj. na jaké úrovni byla intervence provedena?) — odpověď s jednou možností:
 - a. celostátní
 - b. regionální
 - c. místní/komunitní
 - d. více úrovní
 - e. jiné: upřesněte: *volný text*
 4. Cílová populace (tj. na kterou cílovou skupinu nebo na které cílové skupiny populace jste se při intervenci zaměřili?) — Odpověď s jednou možností:
 - a. široká veřejnost
 - b. dospělí (od 18 let)
 - c. děti (ve věku do 12 let včetně)
 - d. dospívající (ve věku od 13 do 17 let)
 - e. rodiče / pečující osoby
 - f. starší osoby
 - g. sociálně zranitelné skupiny obyvatel
 - h. zdravotníci pracovníci
 - i. média
 - j. jiné, upřesněte: *volný text*
 6. Uveďte jakékoli další relevantní informace o vaší cílové populaci: *volný text*
 7. Popište prosím stručně intervenci. Zajímají nás následující aspekty (krátká, ale vyčerpávající odpověď):
 - a. Jaký byl specifický cíl intervence ve vztahu k cílové populaci či cílovým skupinám obyvatel?
 - b. Jaké bylo odůvodnění této intervence? (Uveďte jakékoli důvody nebo motivaci pro intervenci, a to i případných předchozích výzkumů / údajů o proočkovanosti / zkušenosti).
 - c. Kdy a kde se intervence uskutečnila?
 - d. Jaké byly její klíčové činnosti?
 - e. Jaké byly výsledky nebo dopady této intervence? (Případně sdělte podrobnosti o formálních nebo neformálních hodnoceních.)
 - f. Jaké jsou podle vás hlavní poznatky, které jste získali z procesu navrhování/provádění/hodnocení této intervence? Podělte se s námi o podrobnosti o všech usnadňujících faktorech, překážkách a problémech, jakož i o řešeních nebo poznatcích, které jste v rámci této aktivity získali.
 8. Máte externí veřejnou webovou stránku nebo dokument, který shrnuje intervenci nebo poskytuje informace o hlavních aktivitách? Pokud je tomu tak, zde uveďte odkaz: *volný text* nebo sem případně nahrajte příslušné soubory: *Rámeček pro nahrání souboru*.
- Je ještě něco, co byste chtěl(a) o intervenci a svých zkušenostech sdělit? *volný text*

Odpovědělo 14 ze 30 zemí EU/EHP, které poskytly celkem 26 příkladů intervencí, 24 z nich naleznete v níže uvedených tabulkách. Níže uvedené popisy intervencí byly mírně upraveny, aby byla zajištěna konzistentnost stylu a prezentace, ale jinak jsou uvedeny tak, jak je země uvedly ve svých odpovědích na dotazník (včetně odkazů, pokud byly uvedeny). V některých případech byly ve fázi externího přezkumu informace doplněny e-mailem a byly zapracovány do níže uvedeného textu.

Byl uspořádán seminář se zaměstnanci střediska ECDC a externím odborníkem za účelem přezkoumání příkladů intervence a klasifikace každé intervence za použití modelu 5 C. Mnoho intervencí se týkalo dvou nebo více oblastí 5 C, přičemž většina z nich se zabývala důvěrou a/nebo překážkami. Méně příkladů se týkalo rozvahy nebo uspokojení, kolektivní odpovědnosti se netýkal žádný příklad.

Středisko ECDC rovněž navázalo kontakt s několika projekty financovanými EU zahrnujícími více zemí prostřednictvím koordinace se sítí Eurohealthnet, včetně projektu RIVER-EU (Reducing Inequalities in Vaccination uptake in the European Region) a AcToVax4NAM (Access to Vaccination for Newly Arrived Migrants) [34,35]. Národní odborník ve Francii, který byl identifikován příslušným koordinačním orgánem střediska ECDC ve Francii, rovněž kontaktoval koordinátory JITSUVAX (Jiu Jitsu s dezinformacemi ve věku covidu-19) [36]. Více informací o těchto projektech zahrnujících více zemí financovaných z prostředků EU je uvedeno v tabulce 7.

Tabulka 3. Intervence související s očkovacími programy dětí

Členský stát	Cílová skupina	Popis intervence	Odpovídající C
Dánsko [51]	zdravotnickí pracovníci	Pro sestry z oblasti veřejného zdraví z mnoha z 98 dánských obcí byl uspořádán půldenní školicí modul. Školení zahrnovalo znalosti o dánském očkovacím programu dětí a o nemocech, kterým lze předcházet očkováním, a také pokyny pro komunikaci s rodiči, kteří s očkováním váhají. Sestry byly jmenovány „ambasadorkami očkování“ a byly vyzvány, aby se o získané zkušenosti podělily s ostatními kolegy. Sestry byly vybrány jako cílová skupina pro školení vzhledem k jejich pravidelným návštěvám nových rodičů a přítomnosti ve školách. Program byl realizován v letech 2019, 2021 a 2022. Systematické hodnocení nebylo provedeno, ale na konci každého dne byla získána zpětná vazba. Sestry ocenily aktuální informace o nemocech, na které se očkovací program vztahuje, a ocenily možnost setkat se s kolegy a prodiskutovat s nimi zkušenosti. Zájem o program zůstával každým rokem stejný.	důvěra
Francie [52-54]	rodiče / pečující osoby	Porodní asistentky byly vyškoleny v používání motivačních rozhovorů k přípravě matek, které právě porodily, a jejich partnerů na očkování novorozenců. Zkušenosti z Quebecu ukázaly, že budováním partnerství se zdravotnickým pracovníkem může motivační rozhovor pomoci posílit motivaci a odhodlání dané osoby ke změně chování. Intervence se uskutečnila od listopadu 2021 do dubna 2022 ve dvou porodnicích: Sainte Musse, Toulon; Saint Joseph, Marseille v jihovýchodní Francii. Byla provedena randomizovaná kontrolovaná studie, ve které bylo zjištěno významné 33% snížení obav z očkování v rameni, ve kterém byl proveden motivační rozhovor, přičemž v kontrolním rameni (leták) došlo k nevýznamnému 17% snížení. Když byly matky kontaktovány sedm měsíců po odchodu z porodnice, původně zjištěné snížení obav v souvislosti s očkováním se nezměnilo a zůstalo stejné. Spolupracující pracovní skupina zkoumá přenositelnost této intervence na další cílové populace. Tato intervence byla částečně podpořena grantem číslo 964728 (JITSUVAX) Evropské unie pro výzkum a inovace Horizont 2020 popsáným v tabulce 7. Více informací: www.jitsuvax.com	spolehlivost, rozvaha
Švédsko [55,56]	zdravotnickí pracovníci	Imunizační programy na míru organizace WHO byly přeloženy a přizpůsobeny švédskému kontextu pro regionální implementaci, a to včetně postupného procesu identifikace překážek a faktorů usnadňujících očkování v místním kontextu, návrhu a vývoje intervencí přizpůsobených na míru, realizace a následných kroků. Na základě tohoto průvodce dosud zahájily pilotní projekty čtyři regiony. Mezi klíčové činnosti patří semináře pro usnadnění metody	důvěra, překážky, uspokojení

		imunizačních programů na míru s každým z regionálních aktérů odpovědných za provádění národního imunizačního programu. Proběhla také společná setkání a přednášky s regionálními aktéry, jakož i spolupráce a výměna zkušeností. Úprava vychází z předchozí práce na průvodci imunizačních programů na míru z roku 2013, který se zaměřil na somálskou komunitu u Stockholmu. To bylo provedeno proto, že i přes obecně vysokou míru proočkovanosti ve Švédsku v případě očkování dětí v rámci národního imunizačního programu je třeba lépe podporovat regionální a místní aktéry, aby pochopili změny v míře proočkovanosti a akceptaci očkování. Jasným ponaučením je, že kromě překladu je zapotřebí neustálé kontextové přizpůsobování. Pilotní projekty usnadňují společné budování kapacit, kolektivní učení a vytváření znalostí. Tyto pilotní projekty byly zahájeny v roce 2021 a probíhají až do roku 2025, jejich hodnocení je plánováno na pozdější období. Švédský průvodce imunizačních programů na míru bude v roce 2025 revidován a aktualizován na základě zpětné vazby a zkušeností získaných při práci s uvedenými čtyřmi pilotními projekty.	
Švédsko [57,58]	zdravotnickí pracovníci	Byly vypracovány vzdělávací materiály na podporu dialogu o očkování. Tato intervence je zaměřena na sestry a lékaře pracující s očkováním v rámci služeb zdravotní péče o děti nebo ve školách. Mohou je však používat i další zdravotnickí pracovníci, kteří pracují s očkováním. Cílem je podpořit očkující sestry během rozhovoru s rodiči při budování důvěry, a to poskytnutím nástroje pro strukturovaný a otevřený dialog a školicích modulů pro zamyšlení a školení společně s kolegy v místním prostředí. Je známo, že účinným nástrojem pro budování důvěry v očkování je dialog mezi zdravotnickými pracovníky a rodiči. Zjištění kvalitativní studie provedené v roce 2019 švédskou agenturou pro veřejné zdraví se sestrami (dětská a školní zdravotní péče) ukázala na nedostatek podpory a struktury pro sestry, aby zvládly některé případy, kdy se cítily nepřijemně a nevěděly, jak by mohly reagovat na konkrétní otázky rodičů a/nebo na jejich obecné váhání před rozhodnutím o očkování. K řešení této potřeby byly vypracovány upravené školicí materiály inspirované školicím materiálem organizace WHO „Konverzace pro budování důvěry v očkování a další studie“. Klíčové vzdělávací materiály, které jsou pro zdravotnické pracovníky od roku 2023 k dispozici ke stažení, zahrnují uživatelskou příručku pro vedení školení, prezentaci v aplikaci PowerPoint pro školení a leták shrnující nástroj pro podporu dialogu v pěti krocích. Cílem přístupu v pěti krocích je vyvolat otevřený dialog s rodiči ohledně očkování a současně prozkoumat a řešit otázky, které mohou vznést. Dostupnost materiálů byla v průběhu Evropského imunizačního týdne a prostřednictvím různých e-mailů několikrát oznámena profesionálním sítím. Během vypracovávání tohoto materiálu se uskutečnila řada workshopů s cílem otestovat a spoluvytvořit materiál s cílovými skupinami v několika regionech a profesních sítích. Po vydání publikace se uskutečnila celá řada prezentací a seminářů, jejichž cílem bylo materiál šířit a sledovat reakce na něj. Tento nástroj dosud nebyl systematicky vyhodnocen. To bude zahájeno v roce 2025.	důvěra, překážky, uspokojení
Rumunsko	rodiče / pečující osoby	Intervence se zaměřuje na zaslání textových zpráv s připomínkou rodičům a pečujícím osobám. V Rumunsku je od roku 2011 zaveden vnitrostátní elektronický registr očkování. Zaslání připomínek textovou zprávou bylo intervencí, která byla zavedena v roce 2018 a jejímž cílem bylo zvýšit dodržování očkování dětí ze strany pečujících osob podle vnitrostátního harmonogramu imunizace. Dodržování očkování doporučeného pro děti ze strany pečujících osob obvykle klesá, výjimku tvoří očkování doporučené v prvních dnech po narození. To mohlo být způsobeno váhavostí, ale také nedostatečnými informacemi o věku doporučeném pro očkování a dostupnosti vakcín. Sdělení ve formě textu jsou zasílána na úrovni státu u všech dětí před	překážky

		odhadovaným datem očkování. Existují plány na posouzení dopadu této intervence.	
--	--	---	--

Tabulka 4. Intervence související s očkováním proti lidskému papilomaviru (HPV)

Členský stát	Cílová skupina	Popis intervence	Odpovídající C
Dánsko [59]	sociálně zranitelné skupiny obyvatel	Intervence se zaměřila na dialog s lidmi z prostředí etnických menšin s cílem sdílet znalosti o očkování proti HPV a dalších zdravotnických službách, získat znalosti o překážkách v cílových skupinách a zvýšit důvěru ve zdravotnické služby, zdravotnické pracovníky a orgány veřejného zdraví. Dánský orgán veřejného zdraví ve spolupráci s organizací Mino Danmark uspořádal akci „Mino Talks“, která podporuje demokratickou diskusi a dává prostor občanům z menšinového prostředí k debatám a sdílení problémů. Bylo uspořádáno šest akcí Mino Talks a byla zahájena informační činnost ve všech oblastech, což přispělo k náboru pracovníků na tyto akce. Každou akci Mino Talk tvořily dvě panelové diskuse. První se týkala konkrétně očkování proti HPV a screeningu rakoviny děložního čípku. Panely se lišily od města k městu, aby mohly být vyslyšeny místní hlasy. Akce se konaly v říjnu a listopadu 2023 v oblastech Vejle, Brøndby, Gellerupparken (Aarhus), Vollsmose (Odense), Tingbjerg a Slagelse. Tyto oblasti byly vybrány na základě míst, kde žije mnoho občanů náležejících k etnickým menšinám. Celkově se publikum velmi zapojovalo a kladlo mnoho otázek. Kromě toho se osvědčilo, že v panelech byly osoby s vlastní zkušeností, které se mohly podělit o své příběhy a které vytvořily bezpečný prostor.	důvěra, překážky, uspokojení
Německo [60]	děti (ve věku 12 let a méně), dospívající (ve věku od 13 do 17 let)	Zdravotní prohlídku dospívajících (J1), kterou poskytují praktičtí lékaři a dětské lékařky, lze provádět ve věku od 12 do 14 let. Je to příležitost zkontrolovat celkový zdravotní stav, stav očkování a vývoj dospívání. Tyto pravidelné zdravotní prohlídky jsou bezplatné a umožňují interakci dospívajících a jejich rodičů se zdravotnickými pracovníky, což představuje dobrou příležitost připomenout cílovým skupinám očkování proti HPV. Pokud dospívající ženy využívají zdravotní prohlídky J1, výsledky hodnocení naznačují vyšší pravděpodobnost proočkovanosti proti HPV. Souvislost mezi zdravotní prohlídkou J1 a proočkovaností proti HPV byla nejsilnější u 12letých osob a s rostoucím věkem se snižovala. Toto zjištění naznačuje pozitivní souvislost zdravotní prohlídky J1 s očkováním proti HPV obecně a také s včasnou proočkovaností před zahájením sexuálního života. Zdravotní prohlídku J1 však dospívající v Německu dosud nevyužívají dostatečně. Další informace o zdravotní prohlídce J1: Každé dítě v Německu má ze zákona právo na 10 U-testů. Náklady jsou kryty zdravotním pojištěním. U-testy se provádějí v prvních šesti letech života. Při těchto prohlídkách dětský lékař kontroluje, zda se dítě vyvíjí způsobem přiměřeným věku. To zahrnuje nejruznější témata, například ochranu očkováním. Tyto U-testy pomáhají odhalit určitá onemocnění nebo opožděný vývoj v rané fázi. Včasná léčba nebo zvláštní podpora může zabránit možným zdravotním následkům nebo je alespoň omezit. V dospívání se přidává další preventivní prohlídka J1.	překážky, důvěra, uspokojení
Německo [61]	zdravotničtí pracovníci	Bylo uspořádáno školení zdravotnických pracovníků v technikách motivačních rozhovorů, včetně dětských lékařů a zdravotnických asistentů pracujících v soukromých ordinacích v Brémách a Bavorsku, s cílem podpořit pacienty v jejich rozhodování o očkování proti HPV. Součástí intervence bylo posouzení potřeb odborné přípravy zdravotnických pracovníků prostřednictvím reprezentativního průzkumu, např. jaká jsou obtížná témata očkování související s HPV. Byly vypracovány školicí aktivity propojující techniky motivačních rozhovorů s tématy očkování proti HPV. Zúčastněné soukromé	důvěra

		ordinace podstoupily buď a) klasické školení o HPV, b) školení o motivačních rozhovorech, nebo c) žádné školení. V době předložení údajů středisku ECDC v říjnu 2024 probíhalo hodnocení schopností zúčastněných zdravotnických pracovníků vést rozhovory o očkování proti HPV pomocí technik motivačních rozhovorů. Mezi omezení patřily potíže s náborem zdravotnických pracovníků a s jejich přesvědčováním, aby se naučili nové metody.	
Rumunsko	rizikové skupiny	Hrazené vakcíny (z 50 % až 100 %) jsou nabízeny pro některé vysoce rizikové skupiny (HPV, varicella, meningokok – B, ACWY, hepatitida B) se zaměřením na osoby s chronickými onemocněními. Do září 2023 nebylo v Rumunsku očkování dospělých, ani očkování zdravotnických pracovníků, příliš dobře zastoupeno. V rámci národního očkovacího programu byly bezplatně poskytovány pouze vakcíny proti covidu-19, chřipce, dTpa pro těhotné ženy, vakcína proti hepatitidě B pro neočkované osoby v rámci dialýzy a očkování proti HPV pro dospívající ženy. Na konci srpna 2023 byl přijat nový právní rámec upravující proplácení nákladů na některé vakcíny pro určité vysoce rizikové skupiny, jehož cílem je zvýšit dostupnost a využití některých vakcín. Poskytovatelům zdravotní péče jsou nabízeny kurzy a lepší komunikační kampaně. Mezi důvody nízké proočkovanosti u některých vysoce rizikových skupin patří náklady na vakcíny, obtížný přístup k nim, jakož i absence doporučení ze strany obvyklého poskytovatele zdravotní péče. Hodnocení této intervence v letech 2023-2024 ukázalo zvýšení počtu očkování proti HPV. Během prvních 10 měsíců hrazeného očkování se do tohoto očkovacího programu zapojilo více než 70 000 osob. V porovnání s předchozí sezónou byl nárůst proočkovanosti zaznamenán také u očkování proti chřipce, zejména u dětí.	překážky

Tabulka 5. Intervence v souvislosti s očkováním proti covidu-19 a chřipce

Členský stát	Cílová skupina	Popis intervence	Odpovídající C
Bulharsko [62]	široká veřejnost, zdravotničtí pracovníci	Během pandemie covidu-19 byla spuštěna vzdělávací webová platforma „+men (+me)“ o očkování, která propaguje očkování proti covidu-19 a reaguje na obavy ohledně očkování. Cílem bylo pomoci široké veřejnosti při přijímání informovaných rozhodnutí o očkování poskytováním jednoduchých jazykových informací od důvěryhodných zdravotnických pracovníků. Po pandemii covidu-19 byly webové stránky rozšířeny tak, aby zahrnovaly celý program imunizace. Témata zahrnují vysvětlení rizik nemocí, kterým lze předcházet očkováním, a přínosů očkování, jakož i informace o bezpečnosti očkování a jeho dostupnosti. V rámci široké veřejnosti se informace pro různé skupiny liší podle jejich potřeb. Informace určené zdravotnickým pracovníkům zahrnují vědecky podložené materiály o přínosech očkování, informace o vlastnostech vakcíny a záznamy webinářů, které jsou pro odborníky zajímavé. Tímto způsobem se projekt snaží zvýšit jejich připravenost na optimální uplatňování imunoprofylaxe a reagovat na obavy svých pacientů.	rozhoda, uspokojení, sebedůvěra
Dánsko [63,64]	sociálně zranitelné skupiny obyvatel	Během očkovacího programu v rámci pandemie covidu-19 byla provedena řada intervencí zaměřených na zapojení komunit, včetně pop-up očkování a sdílení informací s cílem oslovit sociálně zranitelné skupiny obyvatel s nižší než průměrnou proočkovaností. Výběr z nich je uveden níže: Dánská rada pro uprchlíky zřídila horkou linku, na níž mohli občané z etnických menšin získat odpovědi na své otázky týkající se očkování proti covidu-19 ve svém rodném jazyce a od pracovníků, kteří rozumějí jejich kulturnímu prostředí a mají o něm přehled. Síť lékařů menšinového původu prováděla pop-up očkování v místních oblastech cílové skupiny. Zdravotničtí pracovníci z útvaru pro dialog o zdraví byli přítomni na místech pop-up očkování, například ve školách, na středních školách	překážky, důvěra

		a na veřejných místech, na pracovištích a na kulturních akcích s cílem sdílet informace a odpovídat na dotazy.	
		Nadace pro společenskou odpovědnost připravila informační materiály, které distribuovali dobrovolní „velvyslanci“ v jednotlivých okresech a které odrážely složení cílové skupiny z hlediska pohlaví a etnického původu. Pop-up očkování bylo zpřístupněno zaměstnancům pracujícím v obchodních řetězcích, kde měla organizace zastupující prodejny k dispozici zařízení a personál, včetně očkovacích stánků ve skladech. Červený kříž nabízel doprovod při očkování ohroženým občanům ve všech obcích a byl přítomen na místech očkování. Spolupráce se sdružením sociálního bydlení („Danmarks Almene boliger“) vedla k tomu, že jejich zaměstnanci a obyvatelé byli o očkování informováni prostřednictvím článků a dalších mediálních kanálů. Bylo provedeno kvalitativní hodnocení zkušeností získaných z cíleného úsilí. Ačkoli nebylo možné stanovit příčinnou souvislost, údaje z monitorování na místní úrovni ukázaly zvýšení míry proočkovanosti v období před cílenými opatřeními a po nich. Důležitým poznatkem bylo, že pokud očkovací místa typu pop-up nedoprovází značné úsilí o zapojení komunity a sdílení informací, jsou výrazně méně úspěšná.	
Estonsko	starší osoby, rizikové skupiny	Z fondu zdravotního pojištění byly starším osobám a dalším rizikovým skupinám zaslány personalizované zprávy s připomínkou o chřipce a očkování proti covidu-19 prostřednictvím mobilních telefonů. Byly identifikovány osoby, které spadají do cílových rizikových skupin pro chřipku a covid-19, a byl zřízen systém zasílání zpráv přes mobilní telefon, který identifikovaným skupinám zasílá včas připomínky s informacemi o tom, kdy a kde by se měly nechat očkovat. Tato intervence byla navržena z důvodu potřeby řešit otázky týkající se toho kdy, kde a kdo by měl provádět očkování, a posílit stávající kampaně na sociálních i tradičních médiích. Intervence byla zahájena před dvěma lety a pokračuje i nyní, a to během chřipkové sezóny. Neformální zpětná vazba od obecné populace a zdravotnických pracovníků je pozitivní a poukazuje na to, že se jedná o komplexní opatření ke zlepšení proočkovanosti.	překážky, uspokojení
Finsko	děti (ve věku 6 let a méně), rodiče / pečující osoby	Proběhla iniciativa zaměřená na očkování proti chřipce ve střediscích denní péče s osobami, které prováděly očkování z městských zdravotních středisek. Cílovými skupinami pro očkování byly děti ve věku do pěti let a šestileté děti, které tráví čas ve střediscích denní péče před předškolním vzděláváním a po něm, a jejich rodiče a pečující osoby, pokud patřili do rizikových skupin. Tato intervence proběhla v Etelä-Savo v letech 2020–2022. Cílem bylo chránit děti a komunitu před chřipkou, která se může snadno šířit, zejména v uzavřených prostředích, například ve střediscích denní péče. Ve střediscích denní péče byly vyvěšeny plakáty, které informovaly rodiče o tom, že se nabízí očkování, aniž by byl nutný další marketing. Očkování nebylo nutné objednávat zvlášť a bylo prováděno při předávání dítěte do středisek denní péče nebo při jeho vyzvedávání. S minimálními prostředky se podařilo oslovit mnoho rodin s dětmi a na místní úrovni se zvýšila míra proočkovanosti.	překážky, uspokojení
Finsko	široká veřejnost, dospělí (ve věku 18 let a více)	V mnoha městech, například v Espoo a Tampere, je očkování dostupné ve velkých nákupních centrech. Personál pocházel z obecního či městského zdravotního střediska, vakcíny byly distribuovány z místního farmaceutického centra nebo nemocniční lékárny. Nákupní centra byla vnímána jako centrálně umístěná a snadno přístupná, což z nich činí vhodné místo pro očkování. Pokud je očkování nabízeno na snadno přístupných místech, může to zvýšit míru proočkovanosti a pomoci chránit komunitu před chřipkou a covidem-19 tím, že šetří čas a úsilí jednotlivců. Očkování ve známém	překážky

		prostředí, například v nákupním centru, může snížit stres a obavy spojené s lékařskými zákroky. Vysoký pohyb zákazníků v nákupních centrech umožňuje očkování velkého počtu osob v krátkém časovém úseku. Očkovací akce pořádané v nákupních centrech však vyžadují dobré plánování a organizaci, aby vše proběhlo bezpečně a efektivně. Z diskusí se zástupci oblastí, kde bylo toto opatření prováděno v letech 2020–22, vyplynulo, že obyvatelé v těchto oblastech jsou s touto možností spokojeni. Lidé si na očkování nemuseli plánovat čas navíc, protože očkování probíhalo souběžně s jinými záležitostmi.	
Řecko [65]	skupiny obyvatelstva žijící ve vzdálených regionech, sociálně zranitelné skupiny obyvatel	Od ledna 2021 byla provedena řada opatření s cílem usnadnit všem občanům přístup k očkování proti covidu-19. Program imunizace byl prováděn ve vzdálených regionech a na ostrovech prostřednictvím rozvoje dalších očkovacích center. S cílem usnadnit očkování těm, kteří se nemohou dostavit do očkovacího centra, včetně zranitelných skupin obyvatelstva, jako jsou uprchlíci, migranti a Romové, byl vyvinut program očkování doma, zahrnující soukromé lékaře a mobilní imunizační jednotky. Na podporu tohoto projektu byla vyvinuta nová softwarová aplikace pro plánování a registraci návštěv soukromými lékaři a zdravotními středisky. Údaje o očkování byly poprvé shromážděny zavedením elektronického imunizačního registru (IIS).	překážky
Irsko [66]	zdravotnické pracovníci, těhotné ženy	Cílem intervence bylo zvýšit akceptaci očkování mezi těhotnými ženami tím, že se odpovídalo na jejich otázky a reagovalo na obavy, se zaměřením na vývoj materiálů a školení pro porodní asistentky. Bylo zřízeno vnitrostátní fórum s cílem vyslechnout obavy žen a porozumět jim a ve spolupráci s lektory porodních asisterek vypracovat materiály, včetně videí na podporu porodních asisterek při komunikaci s pacienty. Porodní asistentky představují důvěryhodné hlasy a mají vliv na podporu žen během těhotenství. Kromě toho se konaly pravidelné webináře se zdravotnickými pracovníky působícími v komunitách, a to s cílem podpořit je v jejich úloze klíčových osob pro očkovací program proti covidu-19, aby mohli rovněž rychle odpovídat na dotazy pomocí faktů a poskytovat podporu. Spolupráce probíhala s nevládními organizacemi zastupujícími zranitelné komunity, například komunitu Travellerů (například organizace Pavee Point), a se zdravotnickými pracovníky s cílem vytvořit videa s jasnými a přesnými radami v 10 jazycích. Vakcína byla k dispozici v lékárnách a v některých porodnicích. Aktivita probíhala od září do prosince 2021 v porodnicích a lékárnách. Některé porodnice poskytovaly očkovací kliniky v porodnicích s vysokou mírou akceptace. V průběhu intervence činila míra očkování mezi těhotnými hospitalizovanými pacientkami 58 % a mezi jejich partnery 77 %.	důvěra, překážky
Irsko [67]	sociálně zranitelné skupiny obyvatel	V letech 2021–2023 bylo zřízeno komunitní fórum pro organizace migrantů s cílem sdílet aktuální informace o očkovacím programu proti covidu-19, porozumět jejich potřebám a podpořit jejich žádosti o podporu. V roce 2022 tvořilo téměř 12 % irského obyvatelstva jiných než irských občanů. Cílem bylo podpořit všechny obyvatele Irska, kteří mohli být očkováni proti covidu-19, a pochopit jejich požadavky na informace, zejména na jazyk, formát informací a způsob, jakým o vakcínách mluvíme a jak mírníme obavy a odpovídáme na otázky. Činnosti zahrnovaly měsíční on-line setkání s komunitními skupinami s cílem vyslechnout si jejich obavy a odpovídat na dotazy, které dostávali od členů těchto komunit, a týdenní aktualizace o aktivitách v rámci kampaně ze strany zdravotnické služby, které skupiny sdílely e-mailem se svými členy. Komunitě byla rovněž poskytována přizpůsobená odborná příprava v oblasti motivačních rozhovorů. Komunitním skupinám byl na přípravu materiálů pro jejich komunity poskytnut malý objem finančních prostředků.	překážky, důvěra

Irsko [68]	široká veřejnost, sociálně zranitelné skupiny obyvatel	Cílem bylo zajistit, aby vakcína proti covidu-19 byla přístupná co největšímu počtu osob, a snížit zátěž spojenou s onemocněním. Aktivita probíhající od roku 2021 zahrnuje kliniky v rámci komunity, poradenství o rizicích covidu-19 a výhodách očkování proti covidu-19 a více příležitostí k očkování proti němu. Zvláštní pozornost byla věnována osobám žijícím v podmínkách hromadného pobytu tím, že se v těchto zařízeních poskytovaly vakcíny (např. osobám ve věznicích, zařízeních dlouhodobé péče a uprchlíkům hledajícím ochranu) a osobám ze zranitelných skupin (např. osobám, které využívají služeb pro bezdomovce). Přístup k očkování proti covidu-19 byl zajištěn také v místech, kde se vyskytovala ohniska nákazy, například v masokombinátech. Mobilní očkovací kliniky byly poskytovány v přístupných komunitních prostředích a nákupních centrech. Vakcína je v zúčastněných lékárnách i v ordinacích praktických lékařů oprávněným osobám k dispozici zdarma. V důsledku vysoké proočkovanosti se počet ohnisek nákazy snížil. Díky porozumění a řešení jejich obav byla s komunitami vybudována důvěra. Při zvažování, jak by měly být zřízeny očkovací kliniky, byla hlavním bodem dostupnost očkování. Oprávněným skupinám byly rovněž zasílány textové zprávy a e-mailové připomínky.	překážky
Litva [69]	zdravotnickí pracovníci	Intervence zaměřená na zvýšení proočkovanosti rizikových skupin proti covidu-19 prostřednictvím finanční pobídky pro zdravotnické pracovníky, aby pobídli rizikové osoby k tomu, že se během jedné návštěvy nechají očkovat proti sezónní chřipce i proti covidu-19. Mezi rizikové skupiny, kterým se doporučuje očkování, patří osoby s chronickými onemocněními, osoby starší 65 let, zdravotnickí pracovníci, osoby žijící v pečovatelských domech a těhotné ženy. Očkování proti covidu-19 může být provedeno ve všech zařízeních osobní zdravotní péče, která mají vakcíny proti covidu-19, nikoli nutně v zařízení osobní zdravotní péče, kde je osoba registrována. Registrace k očkování se provádí prostřednictvím systému předběžné registrace pacientů (IPR IS) a očkování proti covidu-19 je bezplatné pro všechny.	překážky
Slovensko [70]	sociálně zranitelné skupiny	Proběhla kampaň zaměřená na překážky v očkování proti covidu-19 specifické pro okres Rožňava. Jedná se o oblast s řídko osídlenými vesnicemi, které jsou od sebe vzdálené. Cílem této kampaně bylo bojovat proti dezinformacím a nedostatečné informovanosti o prospěšnosti očkování. Hlavními cílovými skupinami byly marginalizované a menšinové skupiny, tj. Romové a maďarská menšina. Kampaň probíhala od května 2021 do března 2022 a zahrnovala návštěvy mobilních očkovacích týmů ve městech, malých obcích, na pracovištích a v domácnostech, setkávání se zástupci z míst s nízkou proočkovaností a mimořádné očkovací dny v nemocnicích. Byla zřízena telefonní linka pro registraci na očkování a odpovídání dotazů týkajících se očkování. Prostřednictvím letáků dostupných v několika jazycích, televizních spotů, webových stránek kampaně a příspěvků v sociálních médiích byly poskytovány cílené informace. Výsledkem této intervence bylo zvýšení proočkovanosti v okrese Rožňava z 21 % v květnu 2021 na 42 % v březnu 2022, přičemž v různých obcích se proočkovanost pohybovala od 13 do 60 %. Další regionální orgány veřejného zdravotnictví na Slovensku projeví zájem uplatňovat poznatky z této zkušenosti v rámci svých vlastních činností.	důvěra, překážky, uspokojení
Švédsko	rizikové skupiny	Osoby ve věku 18–64 let náležející do rizikových skupin ze zdravotního hlediska pro očkování proti chřipce jsou identifikovány prostřednictvím elektronických zdravotních záznamů (na základě kódů ICD-10). Informace o očkování proti sezónní chřipce jsou těmto osobám zasílány formou dopisu na adresu jejich bydliště. To probíhá každoročně před očkovací kampaní proti sezónní chřipce. Tím, že zdravotnickí pracovníci poskytují informace přímo příslušným osobám, je mohou povzbudit, a zvýšit tak míru proočkovanosti.	překážky

Rumunsko	obecná populace, rizikové skupiny	Očkování proti chřipce bylo poskytováno v komunitních lékárnách společně se školicím programem pro lékárníky, aby mohli propagovat očkování proti chřipce a poskytovat ho. Lékárníky byly oprávněny provádět očkování proti chřipce a lékárníky, které tuto službu poskytovaly, byly propagovány. V Rumunsku je míra proočkovanosti proti chřipce nízká, a to u rizikových skupin i u obecné populace. Cílem této intervence, která začala v letech 2022-2023, bylo zvýšit dostupnost očkování proti chřipce, zejména pro obecnou populaci, a snížit komunitní cirkulaci chřipkových virů. Byl proškolen rostoucí počet lékárníků. Zvýšil se také počet zapsaných lékáren, jakož i počet očkování proti chřipce provedených v lékárnách.	překážky
----------	-----------------------------------	---	----------

Tabulka 6. Intervence v oblasti očkování proti jiným nemocem (mpox, černému kašli)

Členský stát	Cílová skupina	Popis intervence	Odpovídající C
Finsko [71]	rizikové skupiny mpox	V roce 2022 bylo očkování proti mpox provedeno u personálu HIV Point v jeho zařízeních. HIV Point je spravován Finskou nadací pro HIV a jeho cílem je podporovat zdraví, wellbeing a rovnost těch, kteří jsou nejvíce postiženi HIV, se zaměřením na prevenci HIV a dalších sexuálně přenosných infekcí. Osobám s HIV a dalšími sexuálně přenosnými infekcemi jsou poskytovány služby testování, podpory a poradenství. Zájemci se mohou nechat očkovat anonymně a získat informace o HIV a hepatitidě B. Fyzické osoby byly s touto službou spokojeny. HIV Point byl vnímán jako bezpečné místo, kde se osoby z rizikové skupiny mohou nechat očkovat, aniž by byly vyčleňovány nebo stigmatizovány.	překážky
Norsko [72,73]	těhotné ženy, zdravotničtí pracovníci v oblasti péče o matku	Intervence se zaměřila na vybavení zdravotnických pracovníků k očkování těhotných žen proti černému kašli. Činnosti zahrnovaly úpravu pokynů pro prenatální péči, zařazení očkování matek do učebních osnov pro porodní asistentky, změnu právních předpisů, která porodním asistentkám dává právo na objednávání vakcín, a právní vyjasnění týkající se odpovídajícího dohledu nad mírou proočkovanosti, účinností a bezpečností (tj. legální přístup k osobním údajům z několika centrálních zdravotních registrů). Intervence je prováděna na celostátní úrovni a probíhá během pravidelného předporodního vyšetření ve 24. týdnu těhotenství. Osobám, které jsou již za 24. týdnem, je při příští vhodné kontrole rovněž nabídnuto doočkování. Byly provedeny průzkumy postojů, záměrů a informačních potřeb zdravotnických pracovníků a těhotných žen týkajících se očkování proti černému kašli u matek s cílem poskytnout informace pro plánování intervence. Kromě toho byly zapojeny odbory zdravotnických pracovníků a před jeho provedením a během něj byly také příslušným obcím rozeslány dopisy. Provádění bylo zahájeno v květnu 2024. Během prvních šesti měsíců intervence bylo v cílové skupině očkováno 27 058 těhotných žen, což podle odhadů znamená 69% míru proočkovanosti.	důvěra, překážky

Tabulka 7. Intervence zahrnující více zemí financované z prostředků EU nebo částečně financované z prostředků EU

Země	Cílová skupina	Popis intervence	Odpovídající C
Francie, Německo, Rumunsko, Spojené království [36,74]	zdravotničtí pracovníci	JITSUVAX (Jiu Jitsu s dezinformacemi ve věku covidu-19) je projekt financovaný z programu EU Horizont 2020, který koordinuje univerzita v Bristolu ve spolupráci s pěti dalšími institucemi EU a jednou institucí kanadskou. Projekt probíhá od dubna 2021 do března 2025. Rámec pro zlepšení rozhovorů o očkování mezi zdravotnickými pracovníky a veřejností ve čtyřech krocích, nazvaný Empatický	důvěra, rozvaha

		vyvracející rozhovor (Empathetic Refutational Interview, ERI), byl vyvinut a testován prostřednictvím on-line studií s veřejností, která měla obavy ohledně očkování, a poté byl zaveden jako školicí intervence ve Spojeném království, Francii, Německu a Rumunsku. Intervence zahrnovala školení zdravotnických pracovníků v používání ERI a hodnocení dopadu výuky této techniky na dovednosti a sebedůvěru zdravotnických pracovníků a následný dopad na důvěru pacientů v očkování, na jejich postoje a akceptaci očkování. ERI vychází z motivačních rozhovorů, ale navíc se zaměřuje přímo na boj s dezinformacemi o očkování. Intervence probíhala v letech 2022–2024. Při on-line testování bylo zjištěno, že osoby, které měly obavy týkající se očkování, byly vstřícnější vůči zdravotnickému pracovníkovi, který použil přístup ERI, než v případě kontrolního přístupu, který spočíval v přímých věcných námitkách proti mylným představám o očkování. Školicí intervence ve všech čtyřech zemích zjistily, že odborná příprava v rámci ERI zvýšila dovednosti zdravotnických pracovníků a jejich důvěru při rozhovorech o očkování a při boji s dezinformacemi. Intervence ERI byla částečně podpořena grantem číslo 964728 (JITSUVAX) Evropské unie pro výzkum a inovace v rámci programu Horizont 2020.	
Nizozemsko, Polsko, Řecko, Slovensko [34]	komunity s nedostatečnou dostupností očkování	Snižování nerovností v oblasti využití vakcín v evropském regionu – Zapojení komunit s nedostatečnou dostupností očkování (RIVER-EU) je pětiletý projekt financovaný EU (2021–2026), který zavedl různé intervence k řešení překážek systému zdravotní péče, které brání očkování skupin s nedostatečnou dostupností očkování ve čtyřech evropských zemích: v Nizozemsku, Polsku, Řecku a na Slovensku. Projekt RIVER-EU začal zkoumáním překážek a faktorů umožňujících přístup k očkování v každé skupině s nedostatečnou dostupností očkování na základě WHO Building Blocks of the Health System (stavebních prvků zdravotnického systému podle organizace WHO) [75]. V rámci realistického přezkumu bylo dále identifikováno 36 účinných intervencí do zdravotnických systémů s cílem zlepšit proočkovanost v komunitách s nedostatečnou dostupností očkování. Na základě těchto zjištění byl v každém kontextu proveden „participativní výzkum přenositelnosti“ s cílem identifikovat a vybrat užitečné a potenciálně přenositelné intervence k překonání překážek a posílení faktorů podporujících přenositelnost ve spolupráci se všemi příslušnými skupinami zúčastněných stran z příslušného cílového kontextu [76]. Patřili mezi ně například rodiče, dospívající, praktičtí lékaři, učitelé ve školách, lékařské a místní orgány, nevládní organizace a tvůrci politik. Jako nejužitečnější intervence byl nezávisle shledán a zvolen všemi zeměmi „zásah propagátora zdraví“. Propagátoři zdraví využívají svou kulturní i jazykovou blízkost s komunitou s nedostatečnou dostupností očkování, aby poskytovali přizpůsobené informace o očkování, pomáhali překonávat překážky specifické pro danou komunitu, budovali důvěru a podporovali jednotlivce při orientaci v systému zdravotní péče za účelem získání přístupu k očkování. Kromě toho byly v závislosti na konkrétním kontextu individuálně zvažovány další intervenční přístupy z jiných intervencí založených na důkazech [76]. Na základě poznatků o propagátorech zdraví v jiných prostředích každá země přizpůsobila intervenci svému specifickému kontextu prostřednictvím uplatnění vhodných prvků a forem jejího provádění, přičemž využila výsledky participativní analýzy přenositelnosti [77,78]. Ve všech prostředích bylo zapojení zdravotnických pracovníků, zejména lékařů, důležitým aspektem akceptace očkování. Buď byli zdravotníci sami vyškoleni jako propagátoři zdraví (Polsko), nebo byli ve dvojici s propagátorem	důvěra, překážky, uspokojení, rozvaha

		zdraví (Řecko, Nizozemsko), nebo byli přítomni, aby v případě potřeby poskytli odborné lékařské informace (Slovensko). Hlavním společným zjištěním bylo, že intervence je adaptabilní, flexibilní a reaguje na potřeby komunity na místě, aby byly odstraněny překážky přístupu k očkování. Projekt RIVER-EU se prostřednictvím participativního výzkumu i nadále zaměřuje na úhly pohledu samotných členů komunity.	
Itálie, Kypr, Malta, Německo, Polsko, Rumunsko, Řecko, Španělsko [35]	Professionals FOR Health (PFH, odborní pracovníci v oblasti zdravotnictví), všichni zdravotničtí pracovníci a pracovníci v oblasti sociální péče zapojení do očkování nově příchozích migrantů	Přístup k očkování pro nově příchozí migranty (AcToVax4NAM) byl projekt trvající tři a půl roku, který byl financovaný z programu EU pro zdraví (EU4Health). Projekt AcToVax4NAM využíval komplexní a mnohostrannou metodiku zaměřenou na zlepšení přístupu k očkování a jeho využití mezi nově příchozími migranty v EU/EHP. V rámci tohoto projektu byl vytvořen komplexní koncepční rámcový nástroj, který představuje celý proces očkování a rozděluje jej na pět oblastí: nárok, dosažitelnost, dodržování, úspěch a hodnocení. Tento nástroj je užitečný pro charakterizaci systémových překážek i navrhování řešení k jejich překonání. Za účelem posílení kapacit zdravotnických a sociálních pracovníků byla v rámci projektu AcToVax4NAM navržena specializovaná odborná příprava pro jednotlivé země zaměřená na znalost vakcín z pohledu organizace a otázky kulturních kompetencí. Mezi další vyvinuté nástroje patří glosář základních pojmů o očkování, jehož cílem je zvýšit schopnost systému zdravotní péče reagovat na problémy se znalostí vakcín a snadno použitelným způsobem informovat a sdílet základní informace týkající se vakcín. Glosář je určen především všem nezdravotnickým pracovníkům, kteří se při své každodenní práci setkávají s nově příchozími migranty, a mohou tak podporovat jejich zdraví a vyzvat je k očkování. Byly rovněž vypracovány vývojové diagramy, které mají jednotlivým zemím pomoci identifikovat konkrétní překážky a uplatňovat cílená řešení v jejich konkrétním kontextu. K dispozici je také uživatelsky přívětivá databáze identifikovaných a nově vyvinutých nástrojů. Všechny výsledky projektu jsou spolu s testovanými řešeními a konečnými doporučeními k dispozici na webových stránkách projektu.	překážky

Jak využít model 5 kroků organizace WHO pro strukturování tvorby strategií a intervencí zaměřených na akceptaci očkování?

Model organizace WHO „5 kroků pro užití behaviorálního přístupu“ představuje postupné rámcové kroky, které mohou být užitečné pro strukturování vývoje strategií a intervencí zaměřených na akceptaci očkování [2]. Na řešení složitých problémů veřejného zdraví využívá „systémového myšlení“, které bere v úvahu vzájemné působení a ovlivňování různých částí systému. V tomto oddílu jsou uvedeny pokyny, jak lze model 5 kroků použít na vývoj strategií a intervencí zaměřených na akceptaci očkování, a to včetně toho, jak do tohoto procesu začlenit nástroje a metody uvedené v této zprávě.

Těchto 5 kroků zahrnuje:

- Krok 1: **definice** problému z hlediska chování.
- Krok 2: **diagnostika** faktorů usnadňujících zjištěné chování a jeho překážek.
- Krok 3: **návrh** strategie tak, aby zohledňovala potřeby konkrétních cílových skupin.
- Krok 4: **realizace** strategie.
- Krok 5: **hodnocení** intervence za účelem získání poznatků a případně provedení úprav.

Krok 1: Definice

Prvním krokem je výběr cílového chování pro intervenci, přičemž je třeba zvážit pravděpodobný dopad změny chování na výsledek, který chcete ovlivnit, a proveditelnost změny chování a měření změny. Co nejkonkrétnější definování cílového chování usnadní zaměření vývoje a hodnocení intervence.

Zjednodušeně řečeno, pokud chcete definovat problém z hlediska chování, zvažte, „kdo“ musí „co“ dělat jinak, a také „kde“, „kdy“ a „jak často“ to musí dělat. Je důležité vzít v úvahu chování jiných osob, jakož i chování cílové skupiny.

Zvažte tyto otázky:

- Čí chování se musí změnit?
- Jaké chování se má změnit? Kdo musí něco dělat jinak?
- Kde se to musí udělat?
- Kdy a jak často se to musí dělat?

Krok 2: Diagnostika

Druhý krok zahrnuje diagnostiku překážek žádoucího chování a faktorů, které ho usnadňují, ať už se jedná o osvojení žádoucího chování, ukončení nežádoucího chování nebo změnu určitého chování. Překážky a usnadňující faktory, mohou přímo vycházet z dané osoby (např. schopnosti, motivace), z jejího sociálního a kulturního prostředí (např. z toho, co dělají či očekávají ostatní, vědomě nebo nevědomě) nebo mohou být mimo ni (např. infrastruktura, dostupnost).

Nástroj pro provádění průzkumů (oddíl 2.1), který je založen na modelu 5 C (uspokojení, pohodlnost, důvěra, rozvaha a kolektivní odpovědnost), podporuje sběr údajů pro diagnostiku překážek a faktorů usnadňujících očkování, čímž umožňuje pochopit, co je třeba změnit, aby se využití očkování zvýšilo. Nástroj pro provádění průzkumů lze použít buď průřezově (přehled v určitém okamžiku), nebo podélně (v průběhu času).

Nástroj pro provádění průzkumů zahrnuje kvantitativní i kvalitativní otázky, jakož i otázky pro shromažďování sociodemografických informací. Kombinace kvantitativních a kvalitativních otázek v rámci přístupu založeného na smíšených metodách pomůže poskytnout podrobnější poznatky z různých úhlů pohledu, což pomůže lépe určit oblasti, ve kterých jsou nutné cílené intervence.

I v kontextu nedostatku odborných znalostí a zdrojů je diagnostika krokem, který by měl být systematicky prováděn předtím, než se přejde k navrhování účinných strategií a intervencí.

Zvažte tyto otázky:

- Jaké jsou behaviorální překážky a faktory usnadňující akceptaci očkování?
- Která z 5 C jsou důležitá pro cílovou skupinu či cílové skupiny populace v souvislosti s konkrétním očkováním?
- Je pro některé skupiny populace v souvislosti s konkrétním očkováním důležité více než jedno z 5 C?

Krok 3: Návrh

Zjištění z kroku 2 (diagnostiky) poskytují základ pro navrhování strategií a intervencí, které s největší pravděpodobností budou mít na očkování pozitivní dopad. Konkrétní příklady, které mohou být inspirací a podkladem pro navrhování strategií a zásahů přizpůsobených jednotlivým C, poskytuje knihovna intervencí pro zlepšení akceptace očkování, představená výše v tomto oddílu.

Strategie a intervence by měly být přizpůsobeny tak, aby odpovídaly jedinečným potřebám a preferencím cílové populace. Měly by být navrženy ve spolupráci s cílovou populací a příslušnými zúčastněnými stranami. Pokud budou zahrnovat kombinaci intervencí, které mohou působit synergicky, pravděpodobně budou mít největší dopad.

Zvažte tyto otázky:

- Jaké strategie a intervence by mohly motivovat a/nebo usnadnit cílové chování?
- Jsou strategie a intervence přijatelné a přiměřené jedinečným potřebám a preferencím cílové populace?
- Zahrnují vybrané strategie a intervence kombinaci synergických přístupů, například zahrnující více než jedno z 5 C?

Krok 4: Realizace

Dalším krokem je plánování realizace strategie nebo intervence z hlediska toho, co, kde, kdy a kdo. Užitečný může být podrobný plán intervence, včetně konkrétních prvků (např. způsobu poskytování, poskytovatele, prostředí) a potenciálních překážek a usnadňujících faktorů týkajících se každého prvku. Dosah iniciativy a její podporu může pomoci zvýšit využití synergií s dalšími místními, vnitrostátními a mezinárodními iniciativami, například Evropským imunizačním týdnem [80].

Ke zvýšení šancí na úspěšnou realizaci lze využít společné navrhování s cílovou skupinou. Spolupráce se zástupci cílové skupiny vám pomůže nejen zvýšit přijatelnost pro cílovou skupinu a další důležité zúčastněné strany (například ty strany, které ji poskytují), ale také identifikovat důležité překážky a faktory usnadňující realizaci.

Příklady překážek a faktorů usnadňujících realizaci zahrnují:

- Náklady pro osoby, které mají přístup k intervenci, např. jedná se pro vaši cílovou skupinu o nízkonákladovou či vysoce nákladovou intervenci?

- Začlenění do širšího systému, např. jak se vaše intervence začleňuje do stávajících pracovních toků? Má podporu ostatních zúčastněných stran?
- Technologické překážky, např. má vaše cílová skupina přístup k internetu a má dovednosti v oblasti digitální gramotnosti?
- Časové překážky, např. má vaše cílová skupina čas na to, aby se zúčastnila vaší intervence?
- Politický kontext, např. jak by mohl mít širší politický kontext dopad na vaši intervenci?
- Fyzický přístup, např. je vaše cílová skupina schopna fyzicky se dostat k intervenci, nebo je příliš mobilní z hlediska změny místa?

Zvažte tyto otázky:

- Jakým způsobem bude intervence provedena, např. osobní setkání, digitální média, tištěná média, mobilní aplikace?
- Jaký obsah má být dodán?
- Kdo bude obsah poskytovat?
- Kde bude realizace probíhat?
- V jakém časovém období bude realizace probíhat?

Krok 5: Hodnocení

Nezbytnou součástí každé strategie nebo intervence je hodnocení, aby bylo možné zjistit, zda jsou cíle plněny, prokázat dopad intervence a informovat o případných úpravách v průběhu realizace. Hodnocení může konkrétně pomoci:

- shromáždit důkazy o účinnosti intervence,
- pochopit, proč fungovala (či nikoli) a pro koho,
- identifikovat neočekávané výsledky,
- odhadovat možnost zobecnování programu,
- zdůvodnit využívání zdrojů,
- provést úpravy nebo zlepšení intervence na základě jejího monitorování a hodnocení.

Existují tři hlavní typy hodnocení týkající se různých fází strategie nebo intervence:

- Hodnocení procesu – jaké druhy činností souvisejících se strategií nebo intervencí lze sledovat?
- Hodnocení výsledku – mohou být vyvozeny nějaké závěry o účinku strategií a zásahů, které obvykle poskytují srovnání mezi obdobím (před intervencí) a obdobím (po intervenci) (např. změny znalostí, postoje nebo chování)?
- Hodnocení dopadu – jaký dopad měly strategie a intervence na proočkovanost (např. možné změny míry proočkovanosti u rizikové populace)?

Hodnocení v menším měřítku může přinést užitečné údaje a poznatky, které umožní upřesnit a dát do souvislosti strategii nebo intervenci, aby měla větší dopad na zdraví, než se rozšíří ve větším měřítku. Údaje lze shromažďovat z různých zdrojů, například z přezkumů dokumentů, jakož i primárního sběru údajů pomocí kvalitativních a/nebo kvantitativních metod.

Podrobné pokyny k tomu, jak hodnotit dopad intervencí zaměřených na chování ve vztahu ke zdraví, včetně aspektů a nástrojů, vydala organizace WHO [81].

Zvažte tyto otázky:

- Je strategie nebo intervence proveditelná a přijatelná?
- Byla strategie nebo intervence realizována tak, jak bylo zamýšleno?
- Jaké změny, které lze přičíst strategii nebo intervenci lze pozorovat v cílovém chování?

Odkazy

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