

УВОДНИК: ИЗРАДА ПРИЛАГОЂЕНИХ ЗДРАВСТВЕНИХ ПРОГРАМА У СЗО – ПРИСТУП БИХЕЈВИОРАЛНИМ И КУЛТУРОЛОШКИМ УВИДИМА У ПРАКСИ

Катрин Бах Хаберсаат

Светска здравствена организација, Регионална канцеларија за Европу, Копенхаген, Данска

EDITORIAL: WHO TAILORING HEALTH PROGRAMMES – AN APPROACH TO BEHAVIOURAL AND CULTURAL INSIGHTS IN PRACTICE

Katrine Bach Habersaat

World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark

Сажетак

Понашања су од суштинског значаја за здравље; па ипак, јасно је да здравствене власти често нису довољно успешне у постизању својих циљева за здравствена понашања становника. Као одговор на овај изазов, Регионална канцеларија СЗО за Европу је развила смернице за „Израду прилагођених здравствених програма“ (енгл. *Tailoring Health Programmes*, THP) за оне који спроводе јавноздравствене интервенције, наглашавајући значај прилагођавања интервенција потребама и околностима оних на које оне утичу. THP може да се примени на било које здравствено понашање и код било које циљне групе, и доноси приступ у четири фазе са скупом корака на које се оне ослањају, уз богату колекцију инструмената који подржавају овај процес. Такође се указује на оквир кроз који увиди у препреке и покретаче понашања могу да се искористе како би се одредило за које интервенције је вероватније да ће се делотворно позабавити овим увидима, или их правилно искористити. Овај приступ проистиче из адаптиране верзије COM-B модела (способност, могућност, мотивација – понашање, енгл. *Capability, Opportunity, Motivation – behaviour*) који нуди оквир обухватајући и индивидуалне и контекстуалне детерминанте понашања. Кроз четири фазе THP, Теорија промене наглашава значај евалуације, и може се користити за описивање кључних елемената од проблема до решења, чиме се успоставља логика за то како и зашто ће нека интервенција бити делотворна. Описана су три примера употребе THP у пракси, која се односе на интензивирање храњења новорођенчади само дојењем у Киргистану; унапређење делотворних понашања у хитним службама у Републици Молдавији; и повећање вакцинације у Казахстану. Ови и многи други примери илуструју да бављење здравственим изазовима нашег времена захтева промишљање и проналажење нових начина како органи надлежни за јавно здравље разумеју и како се баве здравственим понашањима, а THP смернице нуде мали корак и усмеравање ка испуњењу овог циља.

Кључне речи: здравствена понашања, бихејвиорални увиди, културолошки контекст, здравствене политике, здравствене услуге

Abstract

Behaviours are essential to health, and yet it is clear that health authorities are often not sufficiently successful in reaching their goals for population health behaviours. In response to this challenge, WHO Regional Office for Europe developed the 'Tailoring Health Programmes' (THP) guide for public health implementers, stressing the importance of adapting interventions to the needs and circumstances of those affected. The THP can be applied for any health behaviour and with any target group and proposes a four-phased approach with a set of underlying steps, accompanied by a rich collection of tools to support the process. It also suggests a framework through which insights into barriers and drivers to behaviour can be used to identify which types of interventions are more likely to effectively address or leverage these. The approach draws on an adapted version of the COM-B (Capability, Opportunity, Motivation – Behaviour) model which offers a framework that includes both individual and contextual determinants of behaviour. Through the four phases of the THP, the Theory of Change highlights the importance of evaluation and can be used to describe the key elements from problem to solution, thereby establishing a logic for how and why an intervention will be effective. Three examples of using the THP in practice are described and relate to increasing vaccination in Kazakhstan; increasing exclusive breastfeeding in Kyrgyzstan; and enhancing effective behaviours in emergency departments in the Republic of Moldova. These and many other examples illustrate that tackling the health challenges of our time requires rethinking how public health authorities understand and address health behaviours, and the THP guide offers a small step and guidance towards reaching this goal.

Key words: Health behaviours; behavioural insights; cultural context; health policies; health services

Увод

Понашања су од кључног значаја за здравље и односе се на све аспекте превенције и лечења болести, као и на интеракцију са здравственим системом [1, 2]. Употреба алкохола или дувана, долазак на вакцинацију

Introduction

Behaviours are essential to health and relate to all aspects of disease prevention, treatment and engagement with health systems [1,2]. Use of alcohol or tobacco, attending vaccination or cancer screening, use of antibiotics or ad-

или скрининг на канцер, употреба антибиотика или подржавање плана лечења само су неки од примера којима се илуструје њихова ширина и значај.

Докази јасно показују да здравствене власти често нису довољно успешне у постизању својих циљева за здравствена понашања становништва. На многим местима, стопе вакцинације су достигле плато или опале, стопе гојазности расту, непотребно преписивање антибиотика и даље се повећава, а и HIV је поново у порасту у Европском региону СЗО. То значи да је од кључног значаја омогућавање, подржавање, промовисање, а у неким случајевима чак и ограничавање, здравствених понашања на најделотворнији начин. Понашања могу да помогну становништву да дуже остане здраво, да смањи патњу и спаси животе, а подржавање понашања је кључна одговорност за сваки орган надлежан за здравље.

Смернице за прилагођавање програма за здравствена понашања

Да би пружила подршку здравственим властима у овом критичном изазову, Регионална канцеларија СЗО за Европу је развила смернице за оне који спроводе јавноздравствене интервенције [3]. Наглашавајући значај прилагођавања интервенција потребама и околностима за оне на које се те интервенције односе, у смерницама је описан приступ Прилагођавања здравствених програма (ТНР). Овај приступ се може применити на сва здравствена понашања и код сваке циљне групе, а ослања се на велики број дисциплина као што су бихејвиорална наука, антропологија, социологија и културолошке студије у напорима да се схвате понашања, и осмисле и оцене интервенције дефинисане на основу доказа. ТНР приступ је кулминација више од деценије рада у неколико здравствених програма [4–8] и примене у више од 50 пројеката широм света [9–21]. Кључни елементи ТНР приступа обухватају фазе и кораке; теоретски модел; и теорију промене. Они ће бити детаљније описани у тексту који следи.

Приступ у фазама

Смернице предлажу приступ кроз четири фазе са скупом корака који се налазе у њиховој основи, уз богату колекцију инструмената којима се процес подржава. То обухвата: инспирацију са смерницама за развој пројектног плана; протокол истраживања; примену етике; преглед литературе, као и разматрање психолошких ефеката; равноправност и диверзитет; те одрживост. Смернице такође садрже већи број вежби које могу да се користе на састанцима радних група или у ра-

herence to treatment plans are just a few examples illustrating their breadth and importance.

The evidence is clear that health authorities are often not sufficiently successful in reaching their goals for population health behaviours. In many places, vaccination rates have plateaued or declined, obesity rates are increasing, unnecessary antibiotic prescription continues to increase, and HIV is again on the rise in the WHO European Region. This means that enabling, supporting, promoting, or even in some cases restricting, health behaviours in more effective ways is essential. Behaviours can help keep populations healthy longer, control viruses, reduce suffering and save lives, and supporting behaviours is a key responsibility for any health authority.

Guide for tailoring health behaviour programmes

To support health authorities to respond to this critical challenge, WHO Regional Office for Europe has developed a guide for public health implementers [3]. Stressing the importance of adapting interventions to the needs and circumstances of those affected, the guide describes the Tailoring Health Programmes (THP) approach. This approach can be applied for any health behaviour and with any target group and draws on a broad range of disciplines such as behavioural science, anthropology, sociology and cultural studies in understanding behaviours, and designing and evaluating evidence-informed interventions. The THP approach is the culmination of more than a decade of work across several health programmes [4–8] and use in 50+ projects across the world [9–21]. The core elements of the THP approach include the phases and steps; the theoretical model; and the theory of change. These are described in more detail below.

Phased approach

The guide proposes a four-phased approach with a set of underlying steps, accompanied by a rich collection of tools to support the process. This includes inspiration boxes with guidance for developing a project plan; research protocol; ethics application; and literature review as well as considerations for psychological effects; equity and diversity; and sustainability. The guide also features a number of exercises that can be used in working group meetings or stakeholder workshops. These exercises were designed to help users make key decisions, for example agree on target groups, target behaviours or interventions, based on criteria such as feasibility, acceptability and impact. Other exercises help drive the process forward, for example translate insights into interventions, inspired by the Behaviour Change Wheel [22].

дионицама за актере. Ове вежбе су осмишљене тако да корисницима помогну да донесу кључне одлуке, на пример да се сагласе о циљним групама, циљним понашањима или интервенцијама, на основу критеријума као што су изводљивост, прихватљивост и утицај. Друге вежбе помажу даље одвијање процеса, на пример, преводе увиде у интервенције, инспирисане Кругом промене понашања [22].

СЗО је развила и додатне документе са смерницама, како би допунила смернице о ТНР, укључујући документе о евалуацији утицаја [23] и евалуацији комплексних интервенција [24].

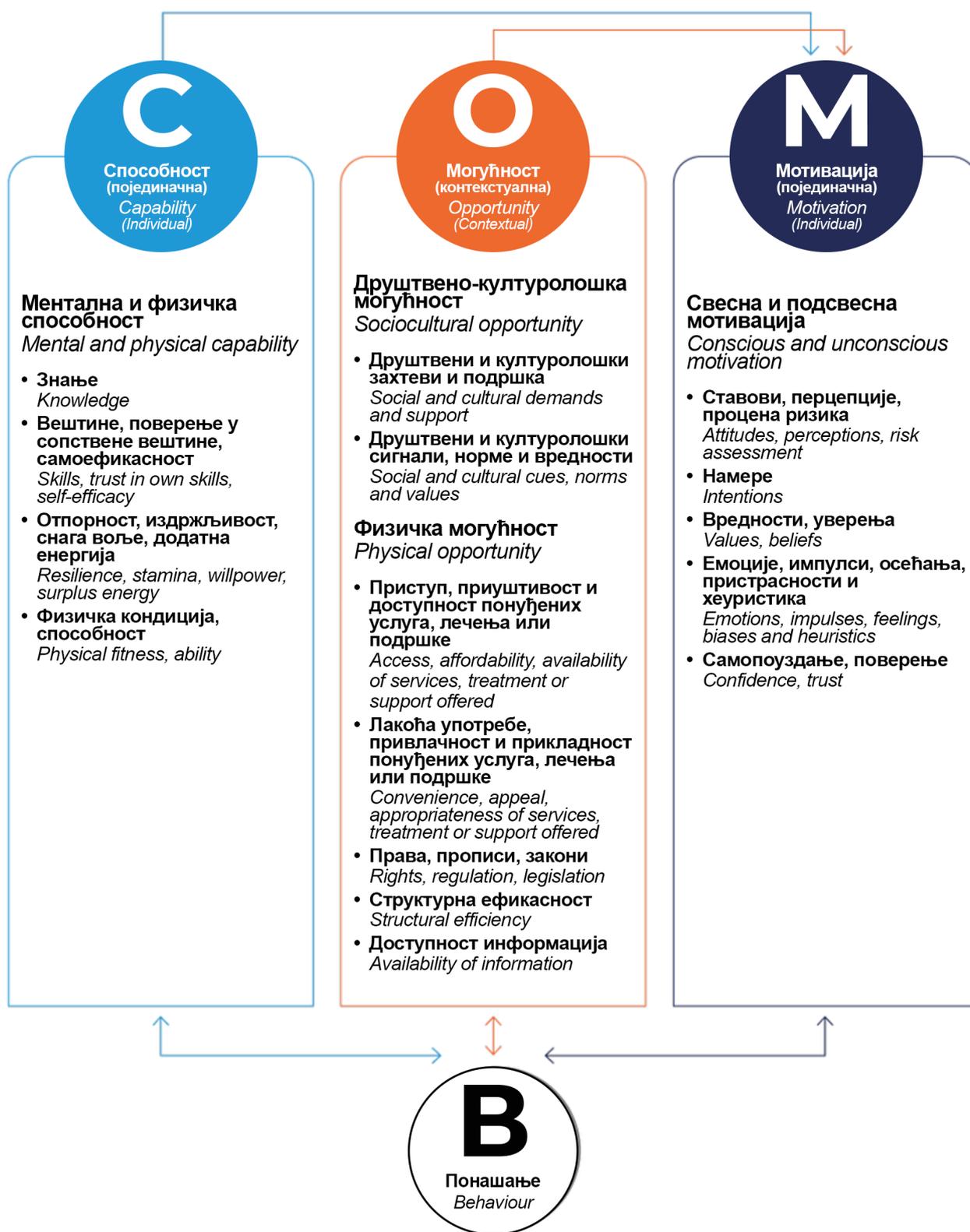
Теоретски модел усвојен за употребу од стране органа који спроводе јавноздравствене интервенције

ТНР приступ проистиче из адаптиране верзије добро познатог СОМ-В модела (способност, могућност, мотивација – понашање, енгл. *Capability, Opportunity, Motivation – Behaviour*) који нуди оквир обухватајући и индивидуалне и контекстуалне детерминанте понашања [22, 25]. Овај модел тврди да је потребно да постоје три фактора да би дошло до било ког здравственог понашања: способност и мотивација (индивидуални фактори) и могућност (фактори изван појединца). Сваки фактор има две поткомпоненте. Сва три фактора модела су од кључног значаја за здравствена понашања [26]; међутим, да би се органима који спроводе јавноздравствене интервенције у било ком окружењу олакшала употреба модела, овај модел је мало прилагођен за ТНР. Поуке које је СЗО извукла применом модела у различитим земљама и окружењима показују да прављење разлике између две димензије које се односе на мотивацију (аутоматску и рефлексивну) и две димензије које се односе на способност (психолошку и физичку), редом, може да представља изазов [26]. Прављење ове разлике је битно са академског становишта, али у примењеном контексту открили смо да ове нијансе нису доводиле до других врста интервенција или имплементације. Када је реч о могућности, открили смо да те две димензије, физичка и друштвена, могу јасно да се разликују и омогућавају фокусирање на здравствене системе, структуре и прописе с једне стране, и социокултуролошке факторе с друге. Адаптација ТНР и поједностављење СОМ-В модела тако представља: 1) способност као један фактор који обухвата и менталне и физичке механизме; 2) мотивацију као један фактор који обухвата свесне и несвесне механизме; 3) могућност подељену на два фактора: физички и друштвено-културолошки (слика 1).

Supplementary guidance documents have been developed by WHO to complement the THP guide, including on impact evaluation [23] and evaluation of complex interventions [24].

Theoretical model adapted for use by public health implementers

The THP approach draws on an adapted version of the well-known COM-B model (Capability, Opportunity, Motivation – Behaviour) which offers a framework that includes both individual and contextual determinants of behaviour [25, 26]. This model posits that three factors need to be in place for any health behaviour to occur: Capability and Motivation (individual factors) and Opportunity (factors outside of the individual). Each factor has two sub-components. All three factors of the model are essential for health behaviours [27]; however, to ease the use of the model for public health implementers in any setting, the model has been slightly adjusted for the THP. WHO lessons learned with applying the model across diverse country settings show that distinguishing between the two dimensions related to Motivation (Automatic and Reflective) and the two dimensions related to Capability (Psychological and Physical), respectively, can be challenging [27]. The distinction is important from an academic perspective but in an applied context, we found that these nuances did not lead to other types of interventions or implementation. For Opportunity, we have found that the two dimensions, Physical and Social, are clearly distinguishable and allow for a focus on health systems, structures and legislation on the one hand and on sociocultural factors on the other. The THP adaptation and simplification of the COM-B model thus presents 1) Capability as one factor including mental and physical mechanisms; 2) Motivation as one factor including conscious and unconscious mechanisms; 3) Opportunity divided into two factors; Physical and Socio-cultural (Figure 1).



Слика 1. COM-B модел адаптиран за THP приступ (ре-продуковано са дозволом) [26, 27, 3]

Figure 1. The COM-B model adapted for the THP approach (reproduced with permission) [26, 27, 3]

Теорија промене

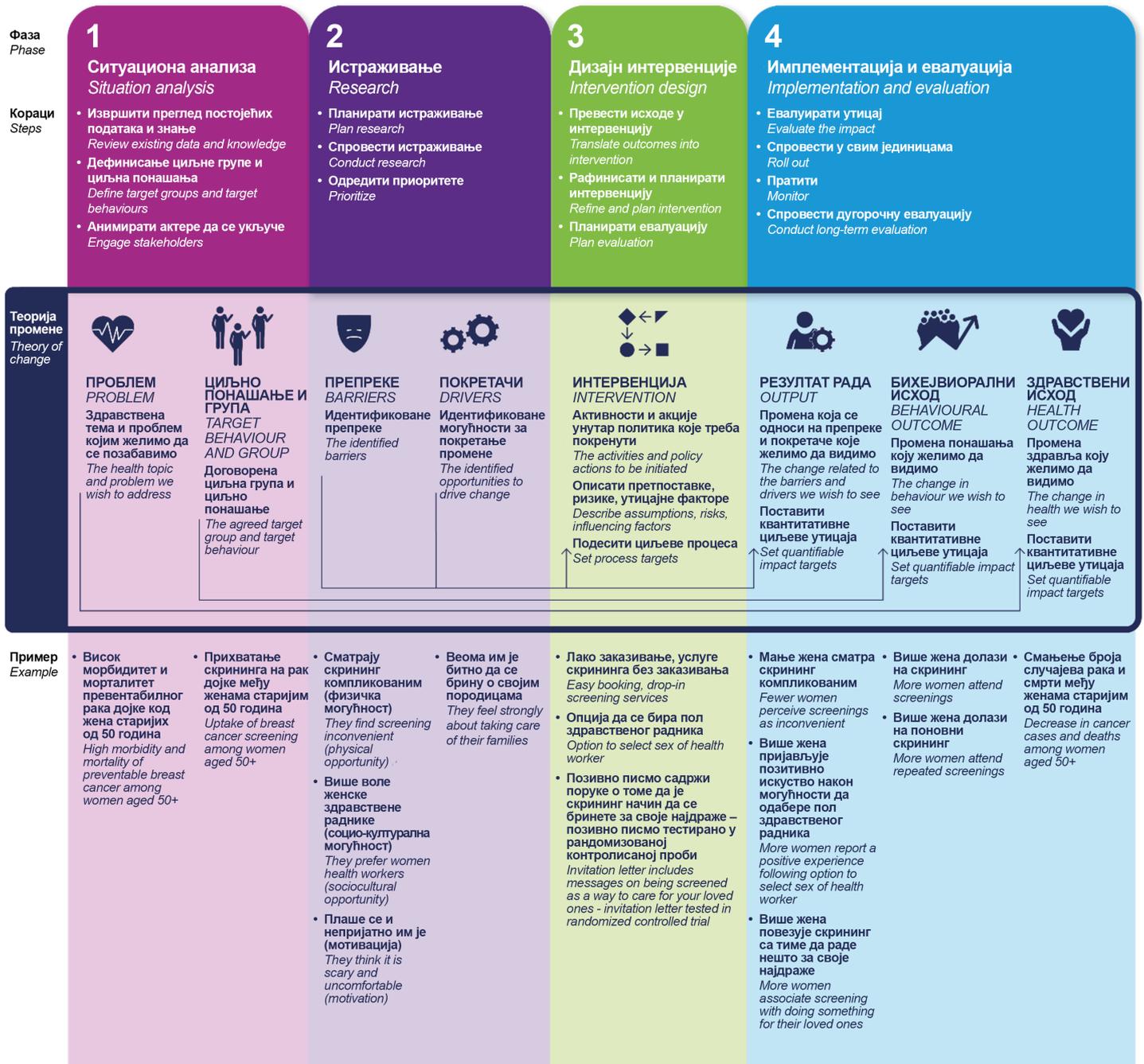
Theory of Change

THP смернице указују на процес кроз који увиди у баријере и покретаче понашања могу да се преведу у интервенције за које је вероватније да ће се делотворно позабавити овим увидима, или их правилно искористи-

The THP guide suggests a process through which insights into barriers and drivers to behaviour can be translated into interventions that are more to effectively address or leverage these. Through the four phases of the THP, the Theory

ти. Кроз све четири фазе ТНР, Теорија промене представља покретачку снагу. Наглашавајући значај евалуације, она описује кључне елементе од проблема до решења, чиме успоставља логику за то како и зашто ће нека интервенција бити делотворна. Ово је од кључног значаја да се одреди шта ће се евалуирати и како (слика 2).

of Change is a driving force. Emphasizing the importance of evaluation, it describes the key elements from problem to solution, thereby establishing a logic for how and why an intervention will be effective. This is essential for identifying what to evaluate and how (Figure 2).



Слика 2. ТНР Теорија промене, укључујући пример случаја за скрининг на канцер (репродуковано с дозволом) [5]

Figure 2. The THP Theory of Change, including case example for cancer screening (reproduced with permission) [5]

THP у пракси

THP приступ је примењен у националним здравственим програмима у веома различитим окружењима широм света. Следи опис три примера.

Повећање заступљености храњења новорођенчади искључиво дојењем у Киргистану [21]

Дојење има вишеструке добробити за здравље мајке и детета, и представља глобални здравствени приоритет, при чему се препоручује да се деца хране само дојењем првих шест месеци. У THP пројекту у Киргистану, фаза 1 (Ситуациона анализа) је открила да, иако доминантна већина започне са дојењем, само 46% наставља само да доји током шест месеци, што је ниже од глобалног просека од 48% и националне циљне вредности од 70%. Преглед литературе је идентификовао заједничке факторе који утичу на понашања у вези са дојењем и делотворне интервенције да се оно интензивира. У фази 2 (Истраживање), у две студије су испитивани изазови у контексту Киргиза. Одржано је двадесет детаљних интервјуа са мајкама, које су примењивале различите праксе храњења деце, од ексклузивног дојења, преко мешаног храњења до храњења само формулом, као и десет фокус група са здравственим радницима. Студије су спровођене у пет центара, и у руралним и у урбаним срединама. Студија је пронашла важне погрешне перцепције међу мајкама које нису само дојиле. Многе, такође, нису осећале да могу да преброде физичке изазове у вези са дојењем и друштвени притисак да дохрањују течном или чврстом храном, или формулом (адаптираним млеком). Половина мајки је пријавила да им је непријатно да доје у јавности. Здравствени радници су препоручивали да се примењује само дојење, и подржавали су жене у томе, а имали су и знања и мотивације. Они су сматрали да су добро подржани кроз обуку и ресурсе, док је само мањи број поменуо изазове у вези са временом или простором на радном месту. У фази 3 (Дизајн интервенције), увиди из фаза 1 и 2 су представљени на радионици за актере, са представницима Министарства здравља, агенција за јавно здравље, здравствених установа, академских установа и удружења грађана. Они су сарађивали кроз серију групних вежби, у комбинацији са елементима изградње капацитета, што се надовезује на THP приступ. У закључку, учесници су се сагласили око приоритетних интервенција којима би се подржале мајке и породице у дојењу, применом критеријума изводљивости, прихватљивости и утицаја. Фаза 4 (Имплементација и евалуација) и даље траје, у току је разматрање интервенција. Као први корак и резултат пројекта, у нови Закон о здрављу уведене су одредбе које се односе на ексклузивно дојење до шест месеци старости.

THP in practice

The THP approach has been applied by national health programmes across very diverse settings around the world. Three examples are described in the following.

Increasing exclusive breastfeeding in Kyrgyzstan [21]

Breastfeeding has multiple benefits for maternal and child health and is a global public health priority with recommended exclusive breastfeeding for the first 6 months. In the THP project in Kyrgyzstan, phase 1 (Situation analysis) revealed that while the vast majority did initiate breastfeeding, only 46% continued with exclusive breastfeeding for 6 months – lower than the global average of 48% and the national target of 70%. A literature review identified common factors affecting breastfeeding behaviours and effective interventions to increase it. In phase 2 (Research), two research studies explored the challenges in the Kyrgyz context. Twenty in-depth interviews with mothers were conducted, representing different feeding practices from exclusive to mixed and to only formula, alongside ten focus groups with health workers. The studies took place across five sites, both rural and urban. The study found important misperceptions among mothers who were not exclusively breastfeeding. Many also felt unable to overcome physical challenges related to breastfeeding and social pressure to supplement breastmilk with fluids, solids or formula. Half of the mothers reported feeling uncomfortable breastfeeding in public. Health workers recommended and supported women with exclusive breastfeeding and were knowledgeable and motivated. They felt supported by training and resources, with only a few mentioning challenges related to workplace time or space. In phase 3 (Intervention design), insights from phases 1 and 2 were brought to a stakeholder workshop with representatives of the Ministry of Health, public health agencies, health facilities, academia and NGOs. They worked together through a series of group exercises coupled with capacity-building elements, building on the THP approach. As a conclusion, they agreed on priority interventions to support mothers and families to breastfeed, using feasibility, acceptability and impact as criteria. Phase 4 (implementation and evaluation) is still ongoing, and interventions are being considered. As a first step and as a result of the project, provisions related to exclusive breastfeeding until 6 months were included in a new law on health.

Enhancing effective behaviours in emergency departments in the Republic of Moldova¹

Many countries are strengthening integrated emergen-

¹ This THP project has not yet been published. It was implemented jointly by the Ministry of Health of the Republic of Moldova, and the WHO Country office in the Republic of Moldova and WHO Regional Office for Europe.

Унапређење здравствених понашања у хитним службама у Републици Молдавији¹

Многе земље оснажују интегрисане системе за хитну помоћ, у правцу стандардизованог лечења заснованог на доказима. Овај приступ омогућава значајно смањење морталитета и секундарног морбидитета, укључујући и у службама хитне помоћи. ТНП пројекат је покренут како би се овај реформски процес у Републици Молдавији (Молдавији) подржао, и како би се унапредила употреба делотворних понашања у хитним службама. Фаза 1 (Ситуациона анализа) је подразумевала консултацију са већим бројем болница и преглед литературе како би се идентификовале баријере и покретачи који утичу на понашање служби за хитну помоћ, посебно се фокусирајући на Молдавију и источноевропске државе, као и на препоручене интервенције које би могле да се прилагоде специфичним препрекама које су у Молдавији идентификоване. У фази 2 спроведена је свеобухватна директна опсервациона студија у пет болница, како би се истражиле препреке и покретачи кључних понашања унутар служби хитне помоћи. Посебно обучени прикупљачи података забележили су 367 примедби у току 240 сати, заједно са 31 детаљним интервјуом са здравственим радницима и управницима болница. Овим приступом мешовите методологије добијени су детаљни увиди. Запослени су проналазили професионално остварење у пружању помоћи другима, док су инвестиције и спроведене обуке имале позитиван утицај на поверење и пацијената и пружалаца услуга у систем хитне медицинске помоћи. Међутим, овај утицај тек треба да дође до свих предвиђених болница у мрежи система за хитну помоћ. Идентификоване су могућности за даље повећање рационалне употребе ресурса у посматраним одељењима хитне помоћи. Тамо где су процеси вођења евиденције дигитализовани, мање времена и енергије се троши на административне послове, што потенцијално повећава задовољство запослених. Укупно посматрајући, здравствени радници су подржавали промене. Међутим, питања безбедности, жеља за већом зарадом и осећај преплављености су фактори који су ометали мотивацију запослених. У фази 3 (Дизајн интервенције), о овим увидима се разговарало са локалним актерима, кључним експертима Министарства здравља и тренерима у области хитног збрињавања, што је довело до фазе 4 (Имплементација и евалуација), у којој су резултати студије обезбедили доказе потребне за скалирање обука и подршку даљем развоју програма менторства.

¹ Овај ТНП још увек није објављен. Имплементирали су га заједно Министарство здравља Републике Молдавије и Канцеларија СЗО у Републици Молдавији и Регионална канцеларија СЗО за Европу.

cy care systems, moving towards standardized, evidence-based care. This approach enables a significant reduction of mortality and secondary morbidity, including in emergency departments. A THP project was initiated to support this reform process in the Republic of Moldova (Moldova) and enhance the use of effective behaviours in emergency departments. Phase 1 (situation analysis) involved consultation with a range of hospitals and a literature review to identify barriers and drivers influencing emergency care service behaviours, particularly focusing on Moldova and Eastern European states as well as recommended interventions that could be tailored to the specific barriers identified in Moldova. In phase 2, a comprehensive direct observation study was conducted in five hospitals to explore the barriers and drivers of key behaviours in emergency care. Specially trained data collectors made 367 observations over 240 hours, alongside 31 in-depth interviews with health workers and hospital administrators. This mixed-methods approach delivered detailed insights. Staff found professional fulfillment in taking care of others, and the investments made and training conducted had a positive impact in terms of patient and provider confidence and trust in the emergency care system. However, this impact has yet to reach all the intended hospitals in the emergency care network. Opportunities were identified to further increase rational use of resources in the observed emergency departments. Where record-keeping processes were digitalized, less time and energy are spent on administrative tasks, potentially improving staff satisfaction. Overall, health workers were supportive of change. However, security issues, desire for higher pay and a sense of overwhelm were factors hindering staff motivation. In phase 3 (intervention design), these insights were discussed with local stakeholders, Ministry of Health key experts and trainers in the field of emergency care leading to phase 4 (implementation and evaluation) where study findings provided the evidence needed to continue scaling up training and to support further development of a mentoring programme.

Increasing vaccination in Kazakhstan²

As religious beliefs are a commonly cited reason for opting out of vaccination in Kazakhstan, a THP project was initiated to explore vaccine hesitancy and relations between the health and religious sectors. In Phase 1 (situation analysis) stakeholder consultations and population survey data indicated that contrary to official data, religion is not a significant driver of vaccine rejection. A literature review exploring trust, religion and vaccination globally

² This THP project has not yet been published. It was implemented jointly by Nazarbayev Medical University, the Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan, and the WHO Country office in Kazakhstan and WHO Regional Office for Europe.

Повећање обухвата вакцинацијом у Казахстану²

Како су религијска уверења често навођен разлог за одустајање од вакцинације у Казахстану, покренут је ТНР пројекат како би се испитало оклевање у вези са вакцинама и односи између здравственог и верског сектора. У фази 1 (Ситуациона анализа), консултације са актерима и подаци о анкетама међу становништвом су указали да, насупрот званичним подацима, религија није значајан покретач одбијања вакцинације. Преглед литературе који је испитивао поверење, религију и вакцинацију на светском нивоу и у Казахстану, показао је да када је поверење у једну институцију ниско, често опада и поверење у друге институције, а у Казахстану је поверење и у религијске и у институције јавног здравља значајно варијало међу регионима. Фаза 2 (Истраживање) је подразумевала квалитативну студију са 227 родитеља, здравствених радника, религијских предводника и званичника државе. Овим је показано да су главни фактори који утичу на одбијање вакцинације страх, неповерење и незадовољство услугама; а да навођење религије као разлога може да буде тактика да се избегне евентуална расправа. Даље, здравствени радници желе да подрже породице; међутим, недостају им алати и самопоуздање да одговоре на питања у вези са безбедношћу вакцина, и фокусирају се на то да испуне квоте вакцинације. Постојали су примери сарадње здравственог и религијског сектора на локалном нивоу, који су обећавали. У фази 3 (Дизајн интервенције), ови увиди су мапирани на интервенције засноване на доказима, а о резултатима се дискутовало на великом састанку актера са вођама муслиманске заједнице и православне цркве, као и са представницима здравствених власти, специјалистима за вакцинацију, комуникаторима у области здравља и здравственим радницима. На овај начин је обликован стратешки правац пројекта: да Министарство здравља и верски актери појачају сарадњу и заједнички развију план за оснаживање поверења јавности у обе институције. Приступ који се фокусира на покривеност вакцинацијом би требало преусмерити на остваривање контакта на бази поверења, са побољшаном транспарентношћу о безбедности вакцина. Фаза 4 (Имплементација и евалуација), која је још увек у току, подразумева мапу пута од пет корака која наглашава ангажовање заједнице и уоквиравање вакцинације као дела ширег здравља и добробања. То обухвата: заједничке циљеве; механизме координације који обухватају више нивоа; стратегије остваривања контакта; обуку здравствених радника у области емпатичне, прилагођене комуникације која се заснива на поверењу; те сталну адаптацију.

² Овај ТНР још увек није објављен. Имплементирали су га заједно Медицински универзитет Назарбајев, Министарство здравља Републике Казахстан и Канцеларија СЗО у Казахстану и Регионална канцеларија СЗО за Европу.

and in Kazakhstan, showed that when trust in one institution is low, it tends to erode trust in others as well, and within Kazakhstan trust in both religious and public health institutions varies significantly across subregions. Phase 2 (Research) involved a qualitative study with 227 parents, health workers, religious leaders and government officials. This showed that the main factors influencing vaccine rejection are fear, distrust and dissatisfaction with services; and that citing religion can be a tactic to avoid further debate. Furthermore, health workers wish to support families; however, they lack tools and confidence to respond to vaccine safety concerns and are focused on meeting vaccination coverage targets. Promising examples of existing local-level health and religious collaboration existed. In phase 3 (intervention design), these insights were mapped to evidence-based interventions, and results were discussed at a large multi stakeholder meeting with leaders of the Muslim community and the Orthodox Church as well as representatives of health authorities, vaccine specialists, health communicators and healthcare providers. This shaped the project's strategic direction: that the Ministry of Healthcare and religious actors should increase collaboration and co-develop a plan to strengthen public trust in both institutions. The coverage-driven approach should shift to trust-based engagement with improved transparency on vaccine safety. Phase 4 (implementation and evaluation), still ongoing, involves a five-step roadmap emphasizing community engagement and framing vaccination as part of broader health and wellbeing. This includes shared goals; multi-level coordination mechanisms; engagement strategies; health worker training in trust-based empathetic, tailored communication; and ongoing adaptation.

Use of more effective approaches to health behaviours

There are many more case examples documenting the value of a more evidence-based approach to health behaviours, and some public health authorities are increasingly prioritizing this work [9, 28, 29, 30]. In times when public health is under pressure and facing complex challenges, and behaviours can help save lives and keep populations healthy, interdisciplinary collaboration is a must, along with evidence-based, people-centred and culturally grounded approaches. Still, robust methodology and evidence that goes beyond the bio-medical are often not applied systematically to address health behaviours [28, 29]. Resources allocated for this field of work are often not sufficient, and investment in health often prioritizes treatment over prevention [31].

Tackling the health challenges of our time, such as cancer, diabetes, hypertension, virus borne diseases, epidemics and antimicrobial resistance requires rethinking how public health authorities understand and address health be-

Примена делотворнијих приступа здравственим понашањима

Постоји још много примера случајева који документују вредност приступа здравственим понашањима који се значајније ослања на доказе, а неке здравствене власти дају све већи приоритет овој врсти рада [9, 28, 29, 30]. У време када је јавно здравље под притиском и суочава се са комплексним изазовима, а понашања могу да помогну да се спасу животи и очува здравље становништва, интердисциплинарна сарадња је императив, заједно са приступима који су засновани на доказима, хуманоцентрични и културолошки утемељени. Па ипак, робусна методологија и докази који излазе из оквира биомедицинских наука често се не примењују систематски у циљу бављења здравственим понашањима [28, 29]. Ресурси који се издвајају за ову област рада често нису довољни, а улагања у здравље често дају приоритет лечењу над превенцијом [31].

Бављење здравственим изазовима нашег времена, као што су канцер, дијабетес, хипертензија, вирусне болести, епидемије и резистенција на антимикуробна средства захтева поновно разматрање тога како јавно-здравствене власти разумеју здравствена понашања и како се њима баве. Ово није једноставно и нема брзих решења. ТНП смернице нуде мали корак ка постизању овог циља.

Захвалнице

Много људи је допринело развоју ТНП приступа и његовој имплементацији унутар држава, те би им се требало захвалити, што укључује и запослене у јавно-здравственим властима у многим земљама, запослене СЗО и консултанте и експерте. За примере случајева приказаних у овом чланку, топло се захваљујемо Анастасији Којљу, Кет Џексон, Марти Шерцер, Сахилу Варсију, Сауле Касимовој, Сиф Малуге Нилсен, Тини Лики и Виталију Стетсјуку.

Финансирање

Смернице за Прилагођавање здравствених програма финансирала је Регионална канцеларија СЗО за Европу. Активности у Републици Молдавији је финансирала норвешка Агенција за развојну сарадњу (NORAD) и Канцеларија за становништво и миграције САД (BPRM).

Одрицање од одговорности

Аутор који је повезан са Светском здравственом организацијом (СЗО) је искључиво одговоран за ставове из-

haviours. This is not simple, and there are no quick-fixes. The THP guide offers a small step towards reaching this goal.

Acknowledgements

Many people have contributed to the development of the THP approach and its implementation in countries and should be thanked, including staff in public health authorities across many countries, WHO staff and consultants and experts. For the case examples in this paper, warm thanks go to Anastasia Koylyu, Cath Jackson, Martha Scherzer, Sahil Warsi, Saule Kassymova, Siff Malue Nielsen, Tiina Likki and Vitalii Stetsyk.

Financing

The Guide for Tailoring Health Programmes was financed by the WHO Regional Office for Europe. Activities in the Republic of Moldova were funded by the Norwegian Agency for Development Cooperation (NORAD) and US Bureau of Population and Migration (BPRM).

Disclaimer

The author affiliated with the World Health Organization (WHO) is alone responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the WHO.

Competing interests

The author declares no competing interests

несене у овој публикацији, који не представљају нужно одлуке или политике СЗО.

Конфликт интереса

Аутор изјављује да нема конфликта интереса.

Литература / References

1. World Health Organization, Regional Office for Europe, Regional Committee for Europe, 72nd session. Seventy-second Regional Committee for Europe: Tel Aviv, 12–14 September 2022: draft resolution: European regional action framework for behavioural and cultural insights for health, 2022–2027 [Internet]. Copenhagen (DK): World Health Organization, Regional Office for Europe; 2022. 5 p. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/362958>.
2. World Health Organization, World Health Assembly, 76th session. WHA76.7: Behavioural sciences for better health [Internet]. Geneva (CH): World Health Organization; 2023 May 30. 5 p. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA76/A76_R7-en.pdf.
3. World Health Organization, Regional Office for Europe. A guide to tailoring health programmes: using behavioural and cultural insights to tailor health policies, services and communications to the needs and circumstances of people and communities [Internet]. Copenhagen (DK): World Health Organization, Regional Office for Europe; 2023 Apr 20. 120 p. Available from: <https://www.who.int/europe/publications/item/9789289058919>.
4. Dube E, Leask J, Wolff B, Hickler B, Balaban V, Hosein E et al. The WHO Tailoring Immunization Programmes (TIP) approach: Review of implementation to date. *Vaccine*. 2018; 36(11):1509–15. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.12.012>.
5. World Health Organization, Regional Office for Europe. Tailoring Immunization Programmes (TIP) [Internet]. Copenhagen(DK): WHO, Regional Office for Europe. 2019. 104 p. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/329448>.
6. World Health Organization, Regional Office for Europe. Tailoring immunization programmes for seasonal influenza (TIP FLU): a guide for increasing health care workers' uptake of seasonal influenza vaccination [Internet]. Copenhagen(DK): WHO, Regional Office for Europe. 2015. 78 p. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/344450>
7. World Health Organization, Regional Office for Europe. Tailoring immunization programmes for seasonal influenza (TIP FLU): a guide for promoting uptake of maternal influenza vaccination [Internet]. Copenhagen(DK): WHO, Regional Office for Europe. 2017. 100 p Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/351329>.
8. World Health Organization, Regional Office for Europe. The TAP manual: an in-depth guide for planning and implementing tailoring antimicrobial resistance programmes [Internet]. Copenhagen(DK): WHO, Regional Office for Europe. 2022. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/363136>.
9. World Health Organization, Regional Office for Europe. Behavioural and cultural insights at the WHO Regional Office for Europe: Annual progress report 2024 [Internet]. Copenhagen(DK): WHO, Regional Office for Europe. 2025. Available from: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/ad1e8dcf-e5f9-4500-9610-04eeb98f6722/content>
10. Letley L, Rew V, Ahmed R, Habersaat KB, Paterson P, Chantler T, Saavedra-Campos M, Butler R. Tailoring immunisation programmes: Using behavioural insights to identify barriers and enablers to childhood immunisations in a Jewish community in London, UK. *Vaccine*. 2018; 36(31):4687–92. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.06.028>.

11. Godoy-Ramirez K, Byström E, Lindstrand A, Butler R, Ascher H, Kulane A. Exploring childhood immunization among undocumented migrants in Sweden - following qualitative study and the World Health Organizations Guide to Tailoring Immunization Programmes (TIP). *Public Health*. 2019; 171:97–105. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.04.008>.
12. Thomas S, Higgins H, Leask J, Menning L, Habersaat K, Massey P et al. Improving child immunisation rates in a disadvantaged community in New South Wales, Australia: a process evaluation for research translation. *Aust J Prim Health*. 2019; 25(4):310–6. <https://doi.org/10.1071/PY19016>.
13. Neufeind J, Betsch C, Habersaat KB, Eckardt M, Schmid P, Wichmann Ole. Barriers and drivers to adult vaccination among family physicians – Insights for tailoring the immunization program in Germany. *Vaccine*. 2020; 38(27):4252–62. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.04.052>.
14. Musa S., Habersaat KB, Jackson C, Kulo A, Primorac E, Smjecanin M et al. Tailoring Immunization Programmes: using patient file data to explore vaccination uptake and associated factors. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*. 2021; 17(1):228–36. <https://doi.org/10.1080/21645515.2020.1769396>.
15. Musa S, Skrijelj V, Kulo A, Habersaat KB, Smjecanin M, Primorac E et al. Identifying barriers and drivers to vaccination: A qualitative interview study with health workers in the Federation of Bosnia and Herzegovina. *Vaccine*. 2020; 38(8):1906–14. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.01.025>.
16. Trifunovic V, Habersaat KB, Tepavcevic DK, Jovanovic V, Kanazir M, Loncarevic G et al. Understanding vaccination communication between health workers and parents: a Tailoring Immunization Programmes (TIP) qualitative study in Serbia. *Hum Vaccin Immunother*. 2022; 18(1):1913962. DOI: <https://doi.org/10.1080/21645515.2021.1913962>.
17. Jackson C, Nielsen SM, Simonyan B, Kirakosyan M, Hovhannisyan M, Habersaat KB et al. Medical specialists' attitudes and practices towards childhood vaccination: a qualitative study in Armenia. *BMC Pediatr*. 2020; 22(1):620. <https://doi.org/10.1186/s12887-022-03687-3>.
18. Jama A, Appelqvist E, Kulane A, Karregård S, Rubin J, Nejat S et al. Design and implementation of tailored intervention to increase vaccine acceptance in a Somali community in Stockholm, Sweden - based on the Tailoring Immunization Programmes approach. *Public Health in Practice*. 2022; 4:100305. <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2022.100305>.
19. Eijrond V, Bünemann N, Renna N, Craig B, Habersaat KB, Voeten H et al. Barriers and drivers influencing people's behaviour towards COVID-19 public health and social measures in the Netherlands. *Public Health in Practice*. 2024; 9:100566. <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2024.100566>.
20. Basholli FM, Haxhiu E, Humolli I, Berisha M, Nielsen SM, Warsi SK. Rapid Development of a theory-based targeted communication and intervention and communication plan for HPV vaccine introduction in Kosovo† using the Behaviour Change Wheel model. *Vaccines*. 2025. 13(8):848. <https://doi.org/10.3390/vaccines13080848>
21. Jackson C, Duishenkulova M, Altymysheva N, Artykbaeva J, Asylbasheva R, Jumalieva E et al. Barriers and drivers to exclusive breastfeeding in Kyrgyzstan: a qualitative study with mothers and health workers. *Int Breastfeed J*. 2025; 20(1):4. <https://doi.org/10.1186/s13006-024-00688-z>.
22. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci*. 2011; 6:42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>.
23. World Health Organization, Regional Office for Europe. Evaluating the impact of interventions addressing health behaviour: considerations and tools for policy-makers [Internet]. Copenhagen(DK): WHO Regional Office for Europe. 2024. 35 p. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/378765>.
24. World Health Organization, Regional Office for Europe. Guide to evaluating behaviourally and culturally informed health interventions in complex settings [Internet]. Copenhagen(DK): WHO Regional Office for Europe. 2022. 70 p. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/362317>.
25. Michie S, Atkins L, West R. The behaviour change wheel: a guide to designing interventions [Print]. 1st ed. London: Silverback Publishing; 2014

26. Michie S, Atkins L, West R. The Behaviour Change Wheel: a guide to designing interventions. London: Silverback Publishing; 2014. Available from: <http://www.behaviourchangewheel.com>
27. Habersaat KB, Jackson C. Understanding vaccine acceptance and demand-and ways to increase them. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2020; 63(1):32–9. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-03063-0>.
28. World Health Organization, Regional Office for Europe. Use of behavioural and cultural insights in 2023-2024 in WHO European Region: status and progress report. Copenhagen (DK): WHO Regional Office for Europe. Forthcoming.
29. World Health Organization, Regional Office for Europe. Country experiences of applying behavioural and cultural insights to health: qualitative baseline study [Internet]. Copenhagen(DK): WHO Regional Office for Europe. 2024. 65 p. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/375720>.
30. World Health Organization, Regional Office for Europe. Implementing resolution EUR/RC72/R1: WHO regional meeting on behavioural and cultural insights for health [Internet]. Copenhagen(DK): WHO Regional Office for Europe. 2024. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/375793>.
31. Gmeinder M, Morgan D, Mueller M. How much do OECD countries spend on prevention? [Internet]. OECD Health Working Papers; No. 101. Paris: OECD Publishing; 2017 Dec 11. 49 p. Available from: https://www.oecd.org/en/publications/how-much-do-oecd-countries-spend-on-prevention_f19e803c-en.html DOI: 10.1787/f19e803c-en



Примљено / Received
8.10.2025.

Ревидирано / Revised
21.11.2025.

Прихваћено / Accepted
27.11.2025.

Кореспонденција / Correspondence

Катрин Бах Хаберсат – Katrine Bach Habersaat
habersaatk@who.int

ORCID

Katrine Bach Habersaat
<https://orcid.org/0000-0002-5499-2805>