دراسة مراجعة سريعة: التردد التحصيني وبناء الثقة في التطعيم ضد كوفيد-19

يتم تصوير لقاح كوفيد-19 بأنه بمثابة الحل النهائي المطلوب للقضاء على الجائحة. في الوقت الراهن، يجري العمل على تطوير عدد كبير من اللقاحات المرشحة والتي يخضع العديد منها لتجارب سريرية وتم نشر نتائج مشجعة بخصوصها في الآونة الأخيرة.[1] وبينما يعطي ذلك بصيص أمل كجزء من حل للجائحة، فإنه أيضاً يثير المخاوف حول كيفية توزيع تلك اللقاحات ومدى قبولها لدى هذه الجماهير. وأحد تلك التحديات هو "التردد التحصيني" حيث تشير الأدلة إلى أن الفوائد الصحية العامة للقاحات كوفيد-19 المعتمدة سوف تتقوض بسبب تردد السكان في تلقي اللقاحات.[2-9] ويتجلى هذا بوضوح من خلال ظهور المبادئ الجديدة مثل "علم المعلومات" و"مناظرات المعلومات الخاطئة"،[10,11] هناك فرضية تزعم بأن السبب وراء هذا التردد يعود بصورة أساسية إلى نقل معلومات مُضللة ومغلوطة للسكان وبأنه يمكن التغلب على ذلك عن طريق إيصال الحقائق إليهم.[12]

ويعتمد هذا الموجز على دراسات سابقة في العلوم الاجتماعية ومقابلات غير رسمية تم اجراؤها مع بعض الخبراء تصور بأن التردد التحصيني أكثر تعقيداً ومحدودًا بالسياق وغالبًا ما يعكس مخاوف يومية متنوعة - وليس فقط، أو حتى في المقام الأول، التعرض للمعلومات الخاطئة أو للنشطاء المناهضين للقاح. وبناءً على ذلك، يقترح الموجز استراتيجيات لتوجيه صناع السياسات ومسؤولي الصحة العامة ومطوري اللقاحات والعاملين في المجال الصحي والباحثين والدُعاة والمحاورين والإعلاميين وغيرهم من الأشخاص المنخرطين في تطوير اللقاح والتواصل ونشره لتعزيز الثقة في لقاحات كوفيد-19. ويعتبر هذا الموجز جزءاً من سلسلة منصة العلوم الاجتماعية في العمل الإنساني (SSHAP) حول اعتبارات العلوم الاجتماعية المرتبطة بلقاحات كوفيد-19 وتم تأليفه من قبل كل من تابيثا هرينيك، وسانتياغو ريبول، وميجان شميدت ساني. كما أن الموجز هو مسؤولية منصة العلوم الاجتماعية في العمل الإنساني.

للتواصل: t.hrynick1@ids.ac.uk

التردد التحصيني وبناء الثقة

التردد التحصيني

بينما تشتهر اللقاحات كونها أحد أكثر تدابير الصحة العامة نجاحاً، تتزايد أعداد الناس الذين يعتقدون بأن اللقاحات إما غير آمنة أو غير ضرورية. وهذا الاعتقاد يعتبر تهديداً متنامياً في وجه نجاح برامج التطعيم حيث تتناقص معدلات تغطية اللقاحات على الصعيد العالمي.[14] ففي عام 2019، أعلنت منظمة الصحة العالمية (WHO) بأن هذا التناقص يشكل أكبر تهديد للصحة حول العالم.[17] وتعرف منظمة الصحة العالمية التردد التحصيني بأنه 'التأخير في قبول أو رفض اللقاحات رغم توفر خدمات التطعيم'.[18] وهذا التردد يتدرج ما بين القبول التام والرفض التام.[13,15,19] كما تعرف مجموعة العمل حول التردد التحصيني التابعة للمجموعة الاستشارية العالمية للطوارئ في بريطانيا التردد بأنه: *سلوك يتأثر بمجموعة من العوامل تشمل قضايا تتعلق بالثقة [لا أثق باللقاح أو الجهة الموفرة له]، والقناعة [لا أرى حاجة للقاح ولا قيمة للقاح]، والسهولة [الوصول للقاح].*[19]

وحددت مجموعة العمل محددات التردد التحصيني من خلال ثلاثة مجالات كالتالي:

مؤثرات فردية وجماعية	النظرة الفردية تجاه اللقاح أو التأثيرات من قبل المجتمع المحيط.
مؤثرات سياقية	عوامل تاريخية أو اجتماعية - ثقافية أو بيئية أو صحية/مؤسسية أو اقتصادية أو سياسية.
اللقاح والتطعيم	أمور تتعلق بخصائص اللقاح أو تطويره أو عملية التطعيم.

كما قد تؤثر عوامل سلوكية إضافية على مدى فهم واستيعاب الناس للقاح ومن ضمنها القناعة (تصور الخطر وخطورة المرض) ومصادر المعلومات[20] والخصائص الاجتماعية الديمغرافية[5] ودرجة التزام الناس بثقافة المخاطرة ودرجات ثقتهم بالسلطات الصحية والطب السائد.[21]

بناء الثقة باللقاح

على العكس من ذلك، فإن الثقة باللقاح هو الاعتقاد بأن التطعيم والجهات الموفرة للقاحات والقطاع الخاص والجهات السياسية التي تقف وراءه جميعها تصب في المصلحة الصحية العليا للشعوب.[22] وكما الحال في 'التردد'، فإن الثقة تشهد درجات شديدة التباين وهي متجذرة في السياق السياسي والاقتصادي.[23,24] وقد يساعد توفير المعلومات المتسقة والدقيقة في الحد من نسب التردد في تلقي اللقاح ولكن قد لا تتحسن مستويات الثقة باللقاح بدون بذل المزيد من الجهود لتعزيز ثقة الناس في فعالية وأمان اللقاحات وفي استجابات الصحة العامة والأنظمة الصحية والحكومات على نطاق أوسع.[23,24]

تطور التردد التحصيني ودرجة الثقة به

التردد التحصيني ليس أمراً جديداً وهو قديم بقدم عمليات التطعيم.[13-16] ففي القرن الثامن عشر في أوروبا، اعتبر الكثيرون أن التطعيم 'يعارض الخطة الإلهية'. وشهد القرن التالي ظهور رابطة مناهضة للتطعيم في بريطانيا.[25] وفي بدايات القرن العشرين، قامت السلطات الاستعمارية بفرض التطعيم على سكان بعض الدول الافريقية مما أشعل فتيل المقاومة ضدها.[26] وبحلول السبعينات من القرن العشرين، اكتسبت المناهضة ضد التطعيم المزيد من الشعبية في البيئات الغربية بعيد نشر تقرير[27] حول الآثار الجانبية السلبية للقاح السعال الديكي (تم دحضه لاحقاً). ومنذ أواخر تسعينات القرن العشرين، تم إثارة المزيد من الجدل حول التردد التحصيني وذلك بسبب ادعاءات حول وجود علاقة بين لقاح الحصبة والنكاف و الحميراء (MMR) ومرض التوحد[28,29] (تم دحضها علمياً لاحقاً). كما ظهرت اشاعات في فترة التسعينات من القرن العشرين وبداية القرن الواحد والعشرين تربط بين اللقاحات والعقم مما أدى إلى عرقلة جهود التطعيم في غرب إفريقيا.[30] وعند النظر من منظور تاريخي يظهر نمطان هما: أولاً، الاعتقاد بأن اللقاحات تسبب أضراراً أكبر من الأمراض التي تهدف إلى الوقاية منها. وثانياً، بأن الكثير من هذه المخاوف متجذرة في التوترات القائمة بين المواطنين والسلطات والناتجة عادةً عن سياسات التطعيم الإجباري.[31-33]

وبالرغم من وفرة البيانات العلمية حول سلامة وفاعلية اللقاحات الموجودة، فقد استمرت الروايات البديلة في الظهور خلال القرن الحادي والعشرين مؤدية إلى التردد التحصيني.[34] وغالبًا ما يكون الدافع وراء تلك الروايات هو استخدام المعلومات السلبية عند مناقشة قضايا اللقاح. ويمكن تصنيف هذه الأنواع من المعلومات بصورة عامة كالتالي:

المعلومات المضللة: وهي المعلومات الخاطئة أو غير الدقيقة مثل الاشاعات سواء كان الهدف منها الخداع أم لا.[35,36] **والتضليل**: وهو معلومات كاذبة عمدًا تُنشر بهدف تحقيق المكاسب السياسية أو الاقتصادية أو الاجتماعية. **ونظريات المؤامرة**: وهي التفسيرات البديلة للأحداث.[37,38] وتتنامى هذه الأنواع من المعلومات بصورة خاصة خلال ظروف انعدام اليقين (مثل أثناء الأوبئة) والتي ترتبط باحتمالات ضعيفة لتبني سلوكيات الصحة العامة مثل التطعيم. وغالبًا ما تنتشر هذه المعلومات بسرعة، وبالأخص عبر مواقع التواصل الاجتماعي.[13,14,36,37] وفي بعض الأحيان، يستخدم الأشخاص المعلومات المضللة لمحاولة حل المشكلات بصورة جماعية في غياب المعلومات الجيدة، كما في حال وجود معلومات متضاربة أو غير متسقة صادرة عن السلطات.[36]

دروس العلوم الاجتماعية حول التردد التحصيني

استنبط الباحثون في العلوم الاجتماعية خلال الأوبئة السابقة بأن التردد التحصيني ينتج عن أبعاد إضافية ومعقدة تتجاوز المعلومات بحد ذاتها. إن مراعاة كل من المجتمعات والسياقات التي يحدث فيها التطعيم والعوامل التي تدفع الناس للاستجابة للتطعيم يُعد ذو أهمية بالنسبة للقاحات كوفيد-

التأثيرات الفردية والجماعية

المعلومات والمعرفة: غالبًا ما تتجاهل النقاشات التي يتم عقدها حول التردد التحصيني، الوقائع الاجتماعية والثقافية والسياسية. فهذه النقاشات توصم الشعوب بالجهل أو بالتعرض للتضليل أو للمعلومات المضللة وبالتالي تحتاج إلى المعلومات "الصحيحة". ولكن من المهم فهم السياقات الأوسع التي تظهر وتنمو من خلالها المعلومات. فهذه المعلومات لا تظهر في الفراغ بل داخل نظم بيئية ذات أبعاد ثقافية وسياسية، بالإضافة إلى تجارب شخصية ومعتقدات وتاريخ.[36] لذلك، فإن الوصف الضيق للشعوب على أنها 'صفحة بيضاء' يغفل عن تفسير الأسباب التي تدعو الناس لفهم المعلومات بطريقة معينة. فالناس متنوعون ولديهم تجاربهم الصحية والاجتماعية والسياسية التي تؤثر على شعورهم تجاه التطعيم. فعلى سبيل المثال، قد يقبل الأفراد تطعيماً معيناً بينما يرفضون تطعيمات أخرى. وقد يكون لديهم مخاوف حقيقية حول مصداقية الحكومة واستجابة الصحة العامة،[39] وقد يكون لديهم شكوك حول دور 'الخبراء العلميين'،[40] وقد يكون لديهم تجارب تاريخية مثل التهميش[41] أو الفرض العسكري للتطعيم[42] وما إلى ذلك.

مفاهيم اجتماعية وثقافية حول الجسد والحصانة والقوة. تتنوع مفاهيم المناعة والقوة أيضاً باختلاف الفئات الاجتماعية، مما يؤثر على طريقة تعاطيها مع التطعيمات. ويتنوع ذلك بصورة واسعة عبر البلدان وداخلها. فعلى سبيل المثال، قد ينظر إلى اللقاحات على أنها "شديدة" جداً أو أنها تهاجم الجسم وتعيق المناعة الطبيعية.[43] كما قد تظهر المخاوف حول مستضدات اللقاحات أو المواد المساعدة التي قد ينظر إليها على أنها سامة أو تسبب مناعة زائدة كما حدث في كندا أثناء جائحة إنفلونزا الخنازير[44] في عام 2009. وهناك أمثلة على حملات تطعيم وتجارب ناجحة أخذت هذه المفاهيم بعين الاعتبار واستخدمت مصطلحات ومفاهيم محلية أدت إلى نتائج إيجابية من حيث الثقة بالتطعيم والاستفادة منه.[30] فعلى سبيل المثال، استعمل العاملون في الخطوط الأمامية مفاهيم محلية مثل 'جنود الدم' و 'القوة' لشرح كيفية عمل اللقاحات لمشاركين محتملين في التجارب في غامبيا.[30]

أبعاد الثقة الاجتماعية. يُساهم الفاعلون المحليون الموثوقون في بناء تصورات الناس حول اللقاحات وحملات التطعيم. فعلى سبيل المثال، غالبًا ما يعتبر مقدمو الرعاية الصحية المحليين هم الأنسب لإعطاء التطعيمات وذلك لتبنيهم أساليب تبنى وتعزز الثقة تجاه اللقاحات. على النقيض من ذلك، أدت حملات التطعيم الجماعية التي قادتها جهات خارجية غير مألوفة إلى شيوع الخوف والتردد داخل المجتمع المحلى كما حدث أثناء التطعيم ضد مرض شلل الأطفال في نيجيريا[30] وخلال تجارب التطعيم ضد فيروس إيبولا في جمهورية الكونغو الديمقراطية.[45] وقد يتولد لدى الناس شعوراً عاماً بانعدام الثقة تجاه الخدمات الصحية، ففي سيراليون، أدت التجارب المهينة والتهميش في المراكز الصحية إلى جانب المخاوف المرتبطة بالتكاليف المادية إلى تجنب الناس لتلك المراكز بشكل كلي وإلى إخفاء أطفالهم خلال حملات التحصين.[46]

وفي الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط على وجه الخصوص، قد يثق الناس ويعتمدون على مجموعة واسعة من مقدمي الخدمات الصحية غير الطبية الحيوية (المعالجين التقليديين أو العقائديين أو المعالجين بالأعشاب ، وبائعي المخدرات، إلخ) والذين قد يشعرون بالتهديد من التطعيم وبالتالي يحاولون ثني الناس عن أخذه. كما قامت بعض السلطات الدينية أيضاً بثني أتباعها عن تلقي التطعيمات والتشجيع أحياناً على العلاج بواسطة الدين بدلاً منها. وفي المقابل، عندما انخرطت القيادات الدينية والمعالجون التقليديون في برامج التطعيم منذ بداياتها، أصبحوا من أنصار التطعيم في مجتمعاتهم فيما بعد.[47,48]

التأثيرات السياقية: الاقتصاد السياسي والثقة

توفر التجارب التاريخية والسياسية المرتبطة بالإهمال والتمييز والإساءة أرضاً خصبة لزيادة شعبية المعلومات المضللة وجعلها جديرة بالتصديق.[49] وتزداد احتمالية التردد التحصيني في الظروف التي تشهد انعدام في المساواة وغياب لمشاركة المواطنين في الحكم والأنظمة الصحية حيث قد يتصور الناس أن للدولة (وشركائها) دوافع خفية (ومضرة) من وراء التطعيم.[39]

الانقسامات السياسية أو الاجتماعية. تم تصوير التطعيمات على أنها وسيلة لإلحاق الأذى بجماعات معينة أو وسيلة للسيطرة عليها. فعلى سبيل المثال، فسر قادة إسلاميون في شمال نيجيريا والنيجر التطعيم ضد شلل الأطفال على أنه وسيلة لجلب العقم إلى المسلمين وربطوا ذلك بالقمع الذي تمارسه الحكومة المركزية وبمحاولات "الغرب" منع مجتمعاتهم من النمو والتكاثر.[23,50,51]

عسكرة حملات التطعيم. تم عسكرة العديد من حملات التطعيم وذلك عن طريق المشاركة الفعالة للجهود العسكرية (أو الشرطية) في نشر اللقاحات[30,52] أو عبر جهود مشابهة. وبينما قد يكون هذا الأسلوب فعالاً من الناحية اللوجستية، فإنه قد يفاقم حالة الخوف وانعدام الثقة وخصوصاً في الأماكن التي ترتبط فيها صورة الأجهزة العسكرية بالقمع والإساءة.[53]

التطعيم الإلزامي. من الأقل احتمالاً أن تثق الفئات السكانية التي سبق لها وعاشت تجربة التطعيم الإلزامي (أو غير ذلك من تدابير الصحة العامة القسرية) أو التي شعرت بسوء المعاملة أو الاستغلال خلال تجارب الأدوية ببرامج التطعيم المستقبلية.[30] وبينما قد تختلف درجات قبول التطعيم الإلزامي حسب السياق الاجتماعي، فقد يحسن التطعيم الإلزامي العدد الإجمالي للمستفيدين من التطعيم ولكنه يقوم أيضًا بترسيخ انعدام الثقة لدى الفئات السكنية المترددة في تلقي اللقاح.[54,55] كما قد تؤدي القصص المنتشرة حول الشركات الساعية إلى تحقيق الربح وشركات الأدوية والشركات الربحية المتعاونة مع الحكومات إلى زيادة مستويات انعدام الثقة.

اللقاحات والتطعيم

إمكانية الوصول. من المهم التمييز بين عدم القدرة على الوصول إلى خدمات التطعيم أو ضعف هذه الخدمات والتردد التحصيني. فقد يكون ضيق الوقت بسبب متطلبات العمل أو الرعاية أو عدم القدرة على الوصول إلى مراكز التطعيم أو اللوجستيات غير المناسبة أو محدودية الموارد أو النزاعات أو انعدام الأمن أسباباً وراء ما قد يبدو نقصاً في طلب التطعيمات. كما قد يكون الحصول على التطعيم في مؤخرة قائمة أولويات الناس في حالات الفقر الشديد أو العبء الكبير للأمراض الأخرى، أو العكس، العبء المنخفض للمرض الوبائي.[19,56]

النظرة إلى المرض ومخاطر اللقاح. قد يتخذ الأفراد في ظروف عدم اليقين قرارات يتم بناؤها على نظرتهم إلى مخاطر المرض نفسه في مقابل المخاطر الناجمة عن التطعيم. فتختلف ديناميكيات تفشي المرض (على سبيل المثال ، التعرض الحقيقي والمتصور ومعدلات الانتقال) حسب اختلاف السياقات وتشكل تلك ديناميكيات تقييم المخاطر لدى الناس.

في الظروف المثالية، تختلف درجة فاعلية اللقاحات فيما يتعلق بنسب تخفيض الحالات المرضية لدى المجموعة المطعمة بالمقارنة مع المجموعة غير المطعمة. ومع ذلك، فهذا المقياس ليس دقيقاً بشكل كامل. وقد يولد ذلك التباساً حول إصابة بعض الأفراد رغم أخذهم للقاح[57] كما قد تتضاءل ثقة الناس باللقاح إذا شعروا بأنه منخفض الفعالية (مثل لقاح إنفلونزا الخنازير في أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية).[58]

قد تؤدي التقارير الصادرة عن أحداث سلبية، مهما كانت غير عادية، إلى ظهور أو تعميق الشعور بانعدام الثقة. وقد ينسب الناس إلى اللقاح نفسه أمراض أو مشاكل صحية أخرى تظهر في نفس الوقت الذي يتم فيه التطعيم. كما قد يشعر الناس بالقلق من خطورة اللقاح على بعض المجموعات (مثل العجزة والرضع والأطفال والنساء الحوامل والمجموعات العرقية المختلفة).

وقد يظهر التردد التحصيني بين العاملين في مجال الرعاية الصحية أنفسهم وخاصة في حالات اللقاحات التي يتم تطويرها سريعاً في حالات الطوارئ. فعلى سبيل المثال، تعامل بعض العاملين في مجال الرعاية الصحية مع اللقاح ضد فيروس الإيبولا في جمهورية الكونغو الديمقراطية بدرجة من الشك أو الرفض المطلق. كما شعر عاملو الصحة الأوروبيون بعدم الأمان تجاه لقاح إنفلونزا الخنازير في عام 2009.[45,59]

النظرة حول إطلاق اللقاح. أدى السؤال حول من هو مؤهل لتلقي اللقاح ومن له الأولوية إلى تزعزع الثقة في برامج التطعيم في الماضي. وأظهرت الأبحاث التي تم إجراؤها خلال انتشار وباء الإيبولا في جمهورية الكونغو الديمقراطية بين عامي 2018 و 2019 بأن التطعيم كان من نصيب العاملين في مجال الرعاية الصحية فقط بينما تم استثناء السكان الآخرين الذين أعربوا عن استيائهم ورغبتهم الشديدة في التطعيم.[60]

كما يحدد أسلوب تقديم الخدمة (سواء كانت العيادات ثابتة أو متحركة وسواء كان التطعيم مرتبطاً بخدمات صحية بشرية أو حيوانية أخرى) مستوى الثقة والاستفادة من اللقاح. وتمتلك المجموعات المختلفة تفضيلات مختلفة في هذا الإطار.[61] كما لوحظ بأن خدمات التطعيم كانت أكثر نجاحًا عند مراعاة الفروقات الثقافية المحلية والفروقات بين الجنسين.[62] كما قد تزيد المحفزات الممنوحة مقابل الحضور لأخذ التطعيم من أعداد المستفيدين من اللقاح ولكنها تحدث أثراً عكسياً عند عدم مراعاة المساواة في توزيعها وتولد مشاعر مسبقة بشأن الظلم.[51]

وقد يؤدي تواجد العديد من اللقاحات في نفس السياق إلى انعدام الثقة. فقد تم استعمال لقاحين مختلفين في آن واحد خلال تفشي مرض إيبولا في شمال كيفو في جمهورية الكونغو الديمقراطية واختلفت متطلبات النقل والتوصيل بين اللقاحين كما اختلفت أعداد الجرعات والأشخاص المؤهلين وبروتوكولات التطعيم (التطعيم الشامل في مقابل التطعيم الدائري). وولد ذلك ارتباكاً وتوترات بين أوساط السكان.[63,64]

التطعيم ضد كوفيد-19

أدلة على التردد التحصيني ضد كوفيد-19

يقدر الخبراء بأنه لكي يتمكن لقاح كوفيد-19 من وقف الجائحة، يتوجب تطعيم 80% إلى 90% من عدد السكان.[5] ولكن توضح الدراسات الاستقصائية الناتجة عن سياقات مختلفة تردداً واسع النطاق تجاه لقاحات الكوفيد-19 مع اختلافات كبيرة بين البلدان وداخلها[3-5, 7-9] فعلى سبيل المثال، أفادت دراسات أُجريت مؤخراً على 19 دولة بأن نسبة الأشخاص الذين أبلغوا "بأنهم سيقبلون لقاحاً مجرباً وآمناً وفعالاً" تراوحت بين ما يقارب 90% في الصين إلى 55% في روسيا.[3] وفي مسح آخر، أبلغ 36% و 51% من المشمولين في المسح من المملكة المتحدة والولايات المتحدة الأمريكية على التوالي بأنهم 'غير متأكدين' أو من غير المحتمل قبولهم أخذ اللقاح.[5]

وستؤثر مجموعة العوامل الاجتماعية والسياسية والاقتصادية والثقافية المعقدة على الاستفادة من لقاحات كوفيد-19 إلى جانب تحديات أخرى مستجدة. وبينما يحتمل أن تدفع بعض العوامل الرئيسية إلى التردد في تلقي اللقاح بنفس الطريقة في أماكن وظروف مختلفة، فإن هذه الديناميكيات مرتبطة للغاية بالسياق.

التحديات أمام بناء الثقة تجاه لقاح كوفيد-19

التطوير المعجل وحداثة لقاحات كوفيد-19

- **اختبارات سلامة وفعالية اللقاح.** تعتبر سرعة تطوير اللقاحات والتجارب التي يتم إجراؤها محركًا رئيسيًا للتردد في تلقي لقاح كوفيد-19 لأن هذه العوامل تقلل من درجة ثقة الناس في مدى إجراء اختبارات كافية لإثبات الفاعلية والأمان قبل الموافقة على استعمال اللقاح بين السكان .
- **المنصات الجديدة.** يتم تصنيع عدد كبير من لقاحات كوفيد-19 باستعمال منصات جديدة كلياً[65] مما قد يعمق تحفظات الناس تجاه درجة أمان تلك اللقاحات. وقد تشعل منصات الحمض النووي والحمض النووي الريبوزي الرسول (mRNA) على وجه الخصوص التوترات والقلق بين السكان.[66]
- **غياب سجلات الأمان للقاحات الموافق عليها.** عند الموافقة عليها ستفتقد لقاحات كوفيد-19 إلى سجلات أمان طويلة الأمد مما سيسبب خوفاً لدى كثير من الناس من أخذها إلى أن يتم استخدامها بأمان لمدة من الزمن، كما أن الأحداث السلبية الناتجة عن اللقاح أو التي يبدو أنها ناتجة عنه قد تضر بدرجة الثقة تجاه اللقاح أيضاً.[67,68]
- **الشكوك حول كوفيد-19.** ما يزال هناك الكثير من الجهل القائم حول فيروس سارس Cov-2 وكوفيد-19 مما قد يضعف ثقة الناس في إمكانية تصنيع لقاحات آمنة وفعالة بنجاح في ظل القصور في فهم الفيروسات وطريقة العدوى بها والأمراض التي تسببها.

- **الشكوك حول اللقاحات الجديدة**. ما زالت مدة المناعة التي توفرها اللقاحات الجديدة غير معروفة. وبينما تتم الموافقة على لقاحات جديدة، فإن المعلومات حول نوع الحماية التي ستوفرها (الوقاية من المرض و/ أو منع العدوى، وأيضاً مناسبتها للفئات الديمغرافية المختلفة) ستتأخر.[5,69]

- **الافتقار إلى الشفافية في تطوير اللقاحات وفي التجارب**. لا تقوم شركات الأدوية عادة بنشر بروتوكولات التجارب ولا تكشف عن النتائج لكي لا تفضح منهجيات التجربة (مثل أسلوب التعمية) أو تضر بقدرتها التنافسية في السوق. وقد يؤدي الافتقار إلى الشفافية إلى الحد من درجة الثقة مما يؤدي إلى ظهور نظريات المؤامرة وترسيخ الشكوك الشعبية الموجودة مسبقاً تجاه مجال صناعة الأدوية.[70]

- **المطورون الصغار والمجهولون**. بينما قد لا يثق كثير من الناس في شركات الأدوية الكبيرة فإن نسبة كبيرة من مئات اللقاحات لكوفيد-19 التي يتم تطويرها يقوم بإنتاجها مصنعون صغار وغير معروفين مما قد يقوض الثقة أيضًا.[71]

بيئة المعلومات والاتصالات والجهود المبذولة

- **وسائل التواصل الاجتماعي وتداول المعلومات المغلوطة**. يؤدي الاستعمال المتزايد لوسائل التواصل الاجتماعي إلى خلق فرص جديدة لانتشار المعلومات المضللة[72] حول كوفيد-19 ويأتي هذا الانتشار بالتوازي مع الانتشار في القنوات غير المتصلة بالإنترنت أيضًا مثل السياقات التي يكون فيها الوصول إلى الإنترنت محدوداً. وقد أوضح باحثون أن تداول المعلومات المضللة بين الناس قد يؤدي إلى انخفاض نية التطعيم ضد كوفيد-19 حتى بين الأشخاص الذين سبق و أخبروا عن نيتهم المؤكدة للتطعيم ضد كوفيد-19 وذلك في المملكة المتحدة والولايات المتحدة الأمريكية.[8] أما في السياق الإفريقي، فقد انتشرت اشاعات عبر وسائل التواصل الاجتماعي[73,74] بأن الأفارقة سيتعرضون للتجارب أو للتسمم باللقاحات الغربية الصنع. وكما سبق ذكره فإن الروايات المختلفة قد تظهر وتؤدي إلى اشعال توترات معينة في سياقات ومجموعات مختلفة.

- **رواية القصص والعاطفة في مقابل الحقائق والسلطة التقليدية**. يميل كثير من الناس إلى السرعة والعاطفة والقصص التي تبقى في الذاكرة والتي تصدر عن وسائل الإعلام الحديثة بصورة متزايدة بدل من ميلهم إلى المواد المدعومة بالحقائق والاحتكام إلى أنماط السلطة التقليدية.[68,75]

- **الهيئة العلمية.** قد تؤثر المعلومات المضللة التي تبدو علمية أو التردد الصادر عن أشخاص خبراء في المجال الطبي مثل العاملين في مجال الرعاية الصحية، على درجات الثقة في اللقاح. فعلى سبيل المثال، قد ينتقل التردد الذي يشعر به العاملون في مجال الرعاية الصحية من لقاحات كوفيد-19 [76,77] إلى مرضاهم بصورة صريحة أو ضمنية (على سبيل المثال: من خلال عدم الإجابة على أسئلتهم بصورة كاملة).[78]

- **تحدي التواصل بشأن تعقيدات اللقاح**. من المحتمل أن تتوفر عدة لقاحات لكوفيد-19 وبدرجات متباينة من الفعالية وملفات تعريف المخاطر وطرق التسليم ومخططات تحديد الأولويات وجداول التطعيم ومتطلبات السلامة. وقد تسبب تعقيدات ادخال لقاحات متعددة في زمن قصير إلى إثارة الارتباك والإحباط إذا لم يتم توصيلها بشكل فعال.[5]

تسييس تطوير ونشر لقاح كوفيد-19

- **التسييس الضار لتطوير اللقاح**. أصبح تطوير اللقاح متشابكًا مع السياسة الوطنية والدولية مع رغبة بعض الحكومات الظهور بصورة الطرف الأسبق في تطوير وتسليم أول لقاحات قابلة للتطبيق لكوفيد-19 [75,79,80]وقد يؤدي هذا النهج إلى تقليل مستويات الثقة عن طريق إثارة المخاوف بشأن التطوير السريع للقاح.

- **المحاولات السياسية للتحكم بالروايات حول كوفيد-19.** قللت بعض الحكومات من شأن الجائحة من أجل الإبقاء على حالة الهدوء بين الجماهير أو للحفاظ على مظهر المتحكم بالأمور. كما قامت تلك الحكومات بقمع الأخبار أو الاشاعات حول كوفيد-19 وإن تبين لاحقاً بأنها صحيحة (مثل الأخبار المتعلقة بوجود تفشي للمرض وعدوى مجتمعية أو مستوى ذلك التفشي).[81] وقد يؤدي ذلك إلى التقليل من ثقة الجماهير وبالتالي الثقة باللقاح.

- **تعامل الحكومات السابق مع الاستجابة لكوفيد-19.** قد يؤدي إلى التقليل من درجات الثقة باللقاح. ويشمل ذلك اتخاذ التدابير القمعية ومدى دعم الناس في توفير حاجاتهم الأساسية خلال فترات الخسائر المالية وتصرفات المسؤولين في الحكومة ومدى وضوح المعلومات ونجاح

التدخلات مثل الاختبارات وتتبع الاتصال أو الشكوك حول ربح مسؤولين حكوميين أو جهات خاصة مرتبطة بهم من وراء الأنشطة المتعلقة بالاستجابة.

- **المجتمعات المهمشة**. وتشمل مثلا (الأقليات العرقية أو الدينية والفقراء) الذين يتعرضون للإهمال أو سوء المعاملة من قبل الدولة أو النظام الصحي مما أدى إلى تقليل مستوى ثقتهم بلقاحات كوفيد-19 وبالمؤسسات والخبراء الذين يتواصلون بشأنها ويديرونها. ويتفاقم هذا الأمر عند الفشل في تكييف المعلومات الصحية مع اللغات المحلية أو عند وجود وصول ضعيف إلى الخدمات الصحية كما في حالة اللاجئين. فعلى سبيل المثال، تنتشر أعلى مستويات التردد في تلقي لقاح كوفيد-19 في الولايات المتحدة الأمريكية بين مجتمعات السود.[2,7] وقد تنال الإشاعات ونظريات المؤامرة مستويات أعلى من الشعبية بين الفئات المهمشة بسبب تجاربها السابقة من الإقصاء والتي جعلت من هذه الأمور معقولة بصورة أكبر.
- **المجتمعات الأخرى**. ليست جميع المجتمعات القليلة الثقة باللقاحات مهمشة. فكثير من الناس من فئات دخل ومستويات تعليم وسياقات مختلفة يتجنبون الطب الحيوي أو يفضلون الطرق 'الطبيعية' أو 'التقليدية' وقد يرفضون لقاحات كوفيد-19 كما رفضوا لقاحات أخرى في السابق.
- **القلق حول إجراء التجارب عليهم**. تشير بعض الأدلة بأن هناك ناس في بعض الأوساط الأفريقية قلقون بأنه سيتم اجراء التجارب عليهم من خلال اللقاحات.[6] فعلى سبيل المثال ربما ساهمت بعض التصريحات لأحد الباحثين في مرحلة مبكرة من الجائحة والتي نصح فيها بضرورة تجربة لقاحات كوفيد-19 على السكان في إفريقيا أولاً في إثارة المخاوف.

طرق زيادة الثقة بلقاح كوفيد-19

حتى يومنا هذا، انصب تركيز الحكومات والجهات الفاعلة في مجال الصحة العامة على تطوير لقاح ضد فيروس كوفيد 19 بدلاً من بناء الثقة به. توجد أدناه الاستراتيجيات والمناهج التي قد تساعد كل من صناعي السياسات ومسؤولي الصحة العامة ومطوري اللقاحات والعاملين في المجال الصحي والباحثين والدعاة والعاملين في مجال التواصل والإعلام وآخرين على بناء ثقة الرأي العام في لقاحات كوفيد-19، وتعزيزها والحفاظ عليها وبالتالي الاستفادة منها مستقبلاً. ومن المرجح أن تؤدي المناهج متعددة الجوانب والمصممة للسياقات الاجتماعية-السياسية والفئات الاجتماعية المحددة وحتى الأفراد إلى نتائج أفضل.[78]

التطوير والموافقة

من الضروري بناء الثقة لدى الرأي العام بينما تدخل الأعداد المتزايدة من اللقاحات مراحل التجربة والموافقة على النشر.

- **الانخراط في 'سياسة جيدة '** في تطوير اللقاح والموافقة عليه (بالإضافة إلى التوزيع). من المستحيل تجنب 'التسييس' لأن القرارات السياسية ضرورية للعمل، ولكن يجب مراعاة الشفافية والمساءلة والانخراط الديمقراطي والتشاركي في التعاطي مع اللقاح وعند الاستجابة الأوسع لقضايا الصحة العامة.
- **ممارسة الشفافية قدر المستطاع خلال إجراء الاختبارات** عن طريق التواصل الواضح عند نشر المعلومات والبيانات وبصيغ يمكن الوصول إليها وعن طريق مشاركة بروتوكولات الاختبارات والنتائج حيث أمكن ذلك (بما يشمل التفسيرات المتعلقة بالأحداث الطبية المعاكسة عند حدوثها) وبمشاركة مكونات اللقاحات وطريقة عملها.
- **تعهدات بأمان اللقاح**. تعهد تسعة مصنعين للقاح مؤخراً بعدم تقديم لقاحاتهم للموافقة عليها في الولايات المتحدة الأمريكية إلا بعد إثبات سلامتها من خلال تجارب سريرية واسعة النطاق وذلك بهدف الحد من المخاوف المتعلقة بالضغوطات السياسية في تسريع عملية التطوير.[82] ويمكن توسيع نطاق هذه الممارسة و/أو تكييفها بين الأطراف المعنية المختلفة لطمأنة الجمهور بشكل إضافي.

التواصل الإبداعي والحوار الصادق

- **كن مبدعاً ومقنعاً في التواصل،** بما في ذلك سرد القصص (مثل القصص الشخصية التي يمكن أن يرتبط بها الأشخاص، وعن طريق استدرار مشاعر ومناشدات التعاطف والإيثار، وكذلك الميمات لإيصال المعلومات الأساسية بطرق جذابة.[75,83] و يتطلب ذلك تقييمات خاصة بالسياق لتحديد طرق التواصل المفضلة والاحتياجات اللغوية ويمكن أن تساعد المواد سهلة الوصول في فهم وإدراك الناس للأمور في هذا الزمن المتوتر والمتشكك بطبيعته.
- **استخدم مجموعة متنوعة من المنصات** عبر الاتصال بالإنترنت وعدم الاتصال بما يشمل وسائل التواصل الاجتماعي من أجل التواصل الواضح حول أنواع اللقاحات وعملية نشرها. استخدم جميع اللغات المتداولة والصور البصرية عبر المنصات الموثوقة.
- **قم بالبناء على المصطلحات والمفاهيم المحلية** حول الحيوية والقوة والمناعة خلال التواصل حول اللقاح.
- **قم بتذكير الجمهور بالتحلي بالمسؤولية ومراعاة الدقة** قبل نشر أو مشاركة المعلومات سواءً شفهيًا أو عبر وسائل التواصل الاجتماعي.[84]
- **استخدم الحوار المفتوح** فمن المهم طرح الأسئلة في الميدان والتعامل مع التوتر المنتشر بين الناس والاستماع إلى مخاوفهم وأولوياتهم. وينبغي الاستجابة لهذه الأمور في الأنشطة الأخرى المرتبطة بالتطعيم.[85] وقد رأينا نماذج ناجحة في هذا الشأن في سياق تجارب التطعيم لمرض الإيبولا في سيراليون.[39]
- **كن صادقاً بشأن الشكوك** بما يشمل ما هو معروف وما هو مجهول ولا تفترض بأن الجمهور لا يستطيع التعامل إلا مع المعلومات البسيطة فالتواصل حول الأمور المعقدة يمكن تحقيقه باستخدام الحوار ويمكن للطرق المناسبة محلياً في صياغة ونشر الرسائل أن تظهر من خلال هذه النقاشات.
- **التقنيات التحفيزية المتمحورة حول المريض** في اللقاءات بين المرضى والعاملين في مجال الرعاية الصحية (إزاء نهج يستند إلى المواجهة) قد تساعد في بناء الثقة تجاه اللقاح من خلال الاستماع المتعاطف وتجنب دحض 'الآراء الخاطئة'.[78]

العمل معاً

- **اعمل مع مؤثرين موثوق بهم** في مجال الصحة العامة وغيرها من المجالات بما يشمل المشاهير في الوطن وعلى الصعيد العالمي والمؤثرين على شبكة الإنترنت ومقدمي الخدمات الصحية البديلة والقادة الموثوق بهم محلياً, وذلك من أجل إيصال المعلومات وتيسير الحوار بطرق مقنعة. وتذكر أنه ليس دائماً واضحاً من موثوق به محلياً.
- **شارك في تصميم ومناقشة استراتيجيات التطعيم مع المواطنين** ويشمل ذلك كيفية تحديد الأولويات للوصول إلى اللقاحات حال توفرها. وقد يتم تحديد الأولوية بناءً على الموقع الجغرافي (مثل الأماكن التي بها مستوى عالي من العدوى أو الخطر) أو على أساس الفئات المهنية (مثل منح الأولوية للعاملين في الخطوط الأمامية) أو حسب الفئات العمرية أو الوضع الصحي (مثل كبار السن والأشخاص الذين لديهم أمراض مسبقة). وسيكون ذلك مهماً في بناء ثقة الرأي العام والمحافظة عليها، خاصة عندما يكون مستوى الثقة باللقاح منخفضاً في الأساس. وتم استخدام نموذج هيئة المحلفين من المواطنين خلال أوبئة سابقة.[86,87]
- **اعمل مع العاملين في مجال الرعاية الصحية في الخطوط الأمامية بمن فيهم مقدمي الخدمات الطبية غير الحيوية** لمواجهة التردد تجاه اللقاح فيما بينهم ومن أجل ضمان ثقتهم في التواصل الفعال حول لقاحات كوفيد-19. [78]

رصد درجة الثقة باللقاح

يجب أن تدعم الأنواع المختلفة من جهود الرصد بعضها البعض ويجب أن تتكاثف هذه الجهود معاً لتيسير المشاركة مع المجتمعات.

- **استمر في إجراء المسوحات الكمية** من أجل التقييم المستمر للتردد في تلقي اللقاح و الثقة به وقم برصد التغييرات التي تطرأ وذلك حسب الفئات الاجتماعية (الجنس، والعمر، والأصل العرقي، والموقع الجغرافي). كما تحتاج الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط إلى مزيد من التركيز وتوفير الموارد لإجراء الدراسات الاستقصائية.

- **البحث النوعي حول التردد تجاه اللقاح ودرجات الثقة به** مهم للغاية في صياغة الاستراتيجية والسياسة. ويمكن للتحقيق السريع والتكويني والمعمق في مجال العلوم الاجتماعية أن يتيح الفهم السياقي للمسببات الجذرية والمواصفات ومسارات التردد.
- **قم بجمع وتحليل ردود أفعال المجتمعات باستمرار** من أجل فهم المفاهيم الخاطئة والشائعات والمخاوف الناشئة والمتطورة. وبالتوازي مع ذلك، قم برصد النظرة العامة إلى حملات وتجارب التطعيم.
- **لاحق (وتعامل مع) التضليل والمعلومات المضللة عبر الإنترنت وخارجه** وقم بتقييم مدى تهديدها على درجة الثقة باللقاح. مثال: من خلال الفحص عما إن كانت المجتمعات التي تنتشر فيها هذه المعلومات هي مجتمعات مهمشة. وقم بمواءمة الجهود المستقلة للتعامل مع هذه الظاهرة في الأقاليم و المناطق.

نشر اللقاح

- **قم بزيادة وتيرة التواصل والحوار والتخطيط بالاشتراك مع المجتمعات في أقرب وقت ممكن** حول الصورة التي يمكن أن تكون عليها عملية نشر اللقاح، وخصوصاً في حال وجود تعقيدات ناتجة عن تعدد اللقاحات المنشورة والتي تعمل بطرق مختلفة.
- **واجه التوقعات الخاصة** بفعالية اللقاح المحتملة والفئات والأشخاص الذين ستكون لهم الأولوية في الحصول على التطعيم وقم بالتوضيح بأن الحياة قد لا 'تعود إلى طبيعتها' لبعض الوقت بعد نشر اللقاحات.[69]
- **تجنب الإستراتيجيات القسرية** لأنها قد تعطي نتائج عكسية وتضر بمستويات الثقة وتتسبب في خلق التردد وترسيخ العزم على التطعيم.
- **تأكد بأن اللقاحات تتم ادارتها من قبل جهات فاعلة موثوق بها** مثل مقدمي الرعاية الصحية المحليين بمن فيهم ممارسي الطب غير الحيوي عند الاقتضاء، وتجنب نشر القوات العسكرية، واستعمل البنى التحتية القائمة قدر الإمكان (مثلا, خلال حملات التطعيم الروتينية) لأن ذلك قد يولد مستويات أعلى من الثقة.[5]
- **تأكد من أن كل من يحتاج للقاح مشمول في خطط التطعيم**. وتأكد بأن الأقليات والمجتمعات المهمشة واللاجئين والمهاجرين والذين قد يتعرضون للخطر أثناء محاولة وصولهم إلى الخدمات الصحية بسبب أوضاعهم هم أيضاً مشمولون.
- **خذ التطعيم إلى الأماكن التي يشعر فيها الناس بالراحة** مثل مراكز التسوق وأماكن العمل والمدارس والأماكن الدينية، إلخ ولا سيما داخل مجتمعات الأقليات التي قد تتردد في زيارة المرافق الصحية.
- **تأكد من وجود أنظمة مراقبة للأحداث الصحية السلبية** والتي قد تنتج أو يتم التصور بأنها نتجت عن التطعيمات. وقم بإشراك أجهزة المراقبة المستقلة على المستويين الوطني والاقليمي وقم بصياغة بروتوكولات تواصل واضحة للتواصل مع الجمهور حول الأحداث السلبية.[67]

موارد إضافية

يهدف **مشروع تعزيز الثقة باللقاح** إلى مراقبة وتعزيز ثقة الجمهور ببرامج التحصين بما فيها كوفيد-19 من خلال مبادرة CONVINCE (مبادرة الإبلاغ عن المعلومات الخاصة بلقاح كوفيد-19 الجديد ومشاركتها).

https://www.vaccineconfidence.org/

Social Science Research for Vaccine Deployment in Epidemic Outbreaks
https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/20.500.12413/15431/PracApproach%206.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Sociocultural Considerations for Vaccine Introduction and Community Engagement

https://shsebola.hypotheses.org/files/2018/09/Anthrologica-key-considerations-for-vaccine-introduction-in-DRCIRDRAEE.pdf

Clinical and Vaccine Trials for COVID-19: Key Considerations from Social Science

https://www.socialscienceinaction.org/resources/clinical-and-vaccine-trials-for-covid-19-key-considerations-from-social-science/

Community Engagement and Accountability Toolkit (IFRC)
https://media.ifrc.org/ifrc/document/community-engagement-and-accountability-toolkit/

Guidance on National Deployment and Vaccination Planning (WHO)
https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Vaccine_deployment-2020.1

COVID-10 Vaccine Introduction Readiness Assessment Tool (WHO)
https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Vaccine-introduction-RA-Tool-2020.1

Online Information, Mis- and Disinformation in the Context of COVID-19 (SSHAP)

https://www.socialscienceinaction.org/resources/key-considerations-online-information-mis-disinformation-context-covid-19/

المراجع

1. Boseley, S., & Oltermann, and P. (2020, November 9). Covid-19 vaccine candidate is 90% effective, says manufacturer. *The Guardian*.مستمدة من https://www.theguardian.com/world/2020/nov/09/covid-19-vaccine-candidate-effective-pfizer-biontech
2. Baum, M. A., Ognyanova, K., Chwe, H., Quintana, A., Perlis, R. H., Lazer, D., Druckman, J., Santillana, M., Lin, J., Della Volpe, J., Simonson, M., & Green, J. (2020). *The state of the nation: A 50-state survey report 14: Misinformation and vaccine acceptance*. The COVID-19 Consortium for Understanding the Public's Policy Preferences Across States.
3. Lazarus, J. V., Ratzan, S. C., Palayew, A., Gostin, L. O., Larson, H. J., Rabin, K., Kimball, S., & El-Mohandes, A. (2020). A global survey of potential acceptance of a COVID-19 vaccine. *Nature Medicine*, 1–4.مستمدة من https://doi.org/10.1038/s41591-020-1124-9
4. Roozenbeek, J., Schneider, C. R., Dryhurst, S., Kerr, J., Freeman, A. L. J., Recchia, G., van der Bles, A. M., & van der Linden, S. (n.d.). Susceptibility to misinformation about COVID-19 around the world. *Royal Society Open Science*, *7*(10), 201199. مستمدة من https://doi.org/10.1098/rsos.201199
5. The Royal Society, & The British Academy. (2020). COVID-19 vaccine deployment: Behaviour, ethics, misinformation and policy strategies [Preprint].
6. Partnership for Evidence-Based COVID-19 Response (PERC). (n.d.). *Responding to COVID-19 in Africa: Using Data to Find a Balance* (Part II). Retrieved 16 November 2020, مستمدة من https://preventepidemics.org/wp-content/uploads/2020/09/PERC_RespondingtoCovidData.pdf
7. Tyson, A., Johnson, C., & Funk, C. (2020, September 17). *U.S. Public Now Divided Over Whether To Get COVID-19 Vaccine*. Pew Research Center Science & Society. مستمدة من https://www.pewresearch.org/science/2020/09/17/u-s-public-now-divided-over-whether-to-get-covid-19-vaccine/
8. Loomba, S., Figueiredo, A. de, Piatek, S. J., Graaf, K. de, & Larson, H. J. (2020). Measuring the Impact of Exposure to COVID-19 Vaccine Misinformation on Vaccine Intent in the UK and US. *MedRxiv*, 2020.10.22.20217513. مستمدة من https://doi.org/10.1101/2020.10.22.20217513
9. Johns Hopkins Center for Communication Programs. (2020). *KAP COVID Global View*. Johns Hopkins Center for Communication Programs. مستمدة من https://ccp.jhu.edu/kap-covid/kap-covid-global-view-2/
10. McGinty, M., & Gyenes, N. (2020). A dangerous misinfodemic spreads alongside the SARS-COV-2 pandemic. *Harvard Kennedy School (HKS) Misinformation Review*, *1*(3). مستمدة منhttps://misinforeview.hks.harvard.edu/article/a-misinfodemic-as-dangerous-as-sars-cov-2-pandemic-itself/
11. Meedan. (n.d.). *2020 Misinfodemic Report: COVID-19 in Emerging Economies*. Meedan. Retrieved 12 November 2020, مستمدة من /reports/2020-misinfodemic-report-covid-19-in-emerging-economies/
12. van der Linden, S., Roozenbeek, J., & Compton, J. (2020). Inoculating Against Fake News About COVID-19. *Frontiers in Psychology*, *11*. مستمدة من https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.566790
13. Bhopal, S., & Nielsen, M. (2020). Vaccine hesitancy in low- and middle-income countries: Potential implications for the COVID-19 response. *Archives of Disease in Childhood*. مستمدة من https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-318988
14. Dubé, E., Laberge, C., Guay, M., Bramadat, P., Roy, R., & Bettinger, J. A. (2013). Vaccine hesitancy. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, *9*(8), 1763–1773. مستمدة من https://doi.org/10.4161/hv.24657
15. Dubé, E., Vivion, M., & MacDonald, N. E. (2015). Vaccine hesitancy, vaccine refusal and the anti-vaccine movement: Influence, impact and implications. *Expert Review of Vaccines*, *14*(1), 99–117. مستمدة من https://doi.org/10.1586/14760584.2015.964212
16. Szasz, G. (2020). *Vaccine hesitancy: As old as vaccines | British Columbia Medical Journal*. مستمدة من https://bcmj.org/blog/vaccine-hesitancy-old-vaccines
17. WHO. (2019). *Ten health issues WHO will tackle this year*. مستمدة من https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019
18. Burki, T. (2019). Vaccine misinformation and social media. *The Lancet Digital Health*, *1*(6), e258–e259. مستمدة من https://doi.org/10.1016/S2589-7500(19)30136-0
19. Dubé, E., Gagnon, D., Nickels, E., Jeram, S., & Schuster, M. (2014). Mapping vaccine hesitancy—Country-specific characteristics of a global phenomenon. *Vaccine*, *32*(49), 6649–6654. مستمدة من https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.09.039
20. Edelman. (2020). *Edelman Trust Barometer 2020. Global Report.* Edelman. مستمدة من https://cdn2.hubspot.net/hubfs/440941/Trust%20Barometer%202020/2020%20Edelman%20Trust%20Barometer%20Global%20Report.pdf?utm_campaign=Global:%20Trust%20Barometer%202020&utm_source=Website
21. Peretti-Watel, P., Larson, H. J., Ward, J. K., Schulz, W. S., & Verger, P. (2015). Vaccine Hesitancy: Clarifying a Theoretical Framework for an Ambiguous Notion. *PLoS Currents*, *7*. مستمدة من https://doi.org/10.1371/currents.outbreaks.6844c80ff9f5b273f34c91f71b7fc289
22. *The Vaccine Confidence Project*. (n.d.). The Vaccine Confidence Project. Retrieved 9 November 2020, مستمدة من https://www.vaccineconfidence.org/vcp-mission
23. Larson, H. J., Cooper, L. Z., Eskola, J., Katz, S. L., & Ratzan, S. (2011). Addressing the vaccine confidence gap. *The Lancet*, *378*(9790), 526–535.مستمدة من https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60678-8

24. Larson, H. J., Schulz, W. S., Tucker, J. D., & Smith, D. M. D. (2015). Measuring Vaccine Confidence: Introducing a Global Vaccine Confidence Index. *PLOS Currents Outbreaks*. مستمدة من https://doi.org/10.1371/currents.outbreaks.ce0f6177bc97332602a8e3fe7d7f7cc4
25. Hussain, A., Ali, S., Ahmed, M., & Hussain, S. (2018). The Anti-vaccination Movement: A Regression in Modern Medicine. *Cureus*, *10*(7). مستمدة من https://doi.org/10.7759/cureus.2919
26. Schneider, W. H. (2009). Smallpox in Africa during Colonial Rule. *Medical History*, *53*(2), 193–227.
27. Kulenkampff, M., Schwartzman, J. S., & Wilson, J. (1974). Neurological complications of pertussis inoculation. *Archives of Disease in Childhood*, *49*(1), 46–49.
28. Kolodziejski, L. R. (2014). Harms of Hedging in Scientific Discourse: Andrew Wakefield and the Origins of the Autism Vaccine Controversy. *Technical Communication Quarterly*, *23*(3), 165–183. مستمدة من https://doi.org/10.1080/10572252.2013.816487
29. Rao, T. S. S., & Andrade, C. (2011). The MMR vaccine and autism: Sensation, refutation, retraction, and fraud. *Indian Journal of Psychiatry*, *53*(2), 95–96. مستمدة من https://doi.org/10.4103/0019-5545.82529
30. Leach, M., & Fairhead, J. (2007). Vaccine Anxieties: Global Science, Child Health and Society. Earthscan.
31. Durbach, N. (2004). Bodily Matters: The Anti-Vaccination Movement in England, 1853–1907. Duke Univ.
32. Schwartz, J. L. (2012). New Media, Old Messages: Themes in the History of Vaccine Hesitancy and Refusal. *AMA Journal of Ethics*, *14*(1), 50–55. مستمدة من https://doi.org/10.1001/virtualmentor.2012.14.1.mhst1-1201.
33. Wolfe, R. M., & Sharp, L. K. (2002). Anti-vaccinationists past and present. *BMJ*, *325*(7361), 430–432. مستمدة من https://doi.org/10.1136/bmj.325.7361.430
34. Geoghegan, S., O'Callaghan, K. P., & Offit, P. A. (2020). Vaccine Safety: Myths and Misinformation. *Frontiers in Microbiology*, *11*. مستمدة من https://doi.org/10.3389/fmicb.2020.00372
35. Center for Strategic and International Studies. (2020). *The Risks of Misinformation and Vaccine Hesitancy within the Covid-19 Crisis*. مستمدة من https://www.csis.org/analysis/risks-misinformation-and-vaccine-hesitancy-within-covid-19-crisis
36. Larson, H. J. (2020). Stuck: How Vaccine Rumors Start -- and Why They Don't Go Away. OUP
37. Wilson, S. L., & Wiysonge, C. (2020). Social media and vaccine hesitancy. *BMJ Global Health*, *5*(10), e004206. مستمدة من https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004206
38. MacDonald, N. E. (2015). Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*, *33*(34), 4161–4164. مستمدة من https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.036
39. Enria, L., Lees, S., Smout, E., Mooney, T., Tengbeh, A. F., Leigh, B., Greenwood, B., Watson-Jones, D., & Larson, H. (2016). Power, fairness and trust: Understanding and engaging with vaccine trial participants and communities in the setting up the EBOVAC-Salone vaccine trial in Sierra Leone. *BMC Public Health*, *16*(1), 1140. مستمدة من https://doi.org/10.1186/s12889-016-3799-x
40. Kennedy, J. (2019). Populist politics and vaccine hesitancy in Western Europe: An analysis of national-level data. *European Journal of Public Health*, *29*(3), 512–516. مستمدة من https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz004
41. Kpanake, L., Sorum, P. C., & Mullet, É. (2018). Willingness to get vaccinated against Ebola: A mapping of Guinean people positions. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, *14*(10), 2391–2396. مستمدة من https://doi.org/10.1080/21645515.2018.1480236
42. Nichter, M. (2019). *Vaccinations in South Asia: False Expectations and Commanding Metaphors* (pp. 196–221). مستمدة من https://doi.org/10.4324/9780429045936-14
43. Smith, T. C. (2017). Vaccine Rejection and Hesitancy: A Review and Call to Action. *Open Forum Infectious Diseases*, *4*(3), ofx146–ofx146. PubMed. مستمدة من https://doi.org/10.1093/ofid/ofx146
44. Henrich, N., & Holmes, B. (2011). What the Public Was Saying about the H1N1 Vaccine: Perceptions and Issues Discussed in On-Line Comments during the 2009 H1N1 Pandemic. *PLOS ONE*, *6*(4), e18479.مستمدة من https://doi.org/10.1371/journal.pone.0018479
45. Carter, S. E., Mobula, L., Samaha, H., & Ahuka, S. M. (2020, October 22). Community engagement and vaccinations during the Ebola outbreak in Democratic Republic of Congo. *World Bank Blogs*. مستمدة من https://blogs.worldbank.org/health/community-engagement-and-vaccinations-during-ebola-outbreak-democratic-republic-congo
46. Enria, L., Bangura, J., Kanu, H., Kalokoh, J., Timbo, A., Kamara, M., Fofanah, M., Kamara, M., Suma, I. S., Kamara, O. M., Kamara, A., Kamara, A. B., Kamara, E., Lees, S., Marchant, M., & Murray, M. (2020). Integrating community-led social science research into innovative strategies for tackling vaccine hesitancy: Findings from a pilot study with community health workers in Sierra Leone Enria. *Paper in Preparation*.
47. Anderson, N., Wilson, N., Moon, T., Kanem, N., Diop, A., & Gbodossou, E. (2015). Redefining Immunization: Not Just a Shot in the Arm. *Global Health Communication*, *1*(1), 1–9. مستمدة من https://doi.org/10.1080/23762004.2016.1161416
48. Audet, C. M., Hamilton, E., Hughart, L., & Salato, J. (2015). Engagement of Traditional Healers and Birth Attendants as a Controversial Proposal to Extend the HIV Health Workforce. *Current HIV/AIDS Reports*, *12*(2), 238–245. PubMed. مستمدة من https://doi.org/10.1007/s11904-015-0258-8
49. Ripoll, S., & Wilkinson, A. (n.d.). *Social Science in Epidemics: Cholera Lessons Learned*. Social Science in Humanitarian Action (SSHAP). Retrieved 16 November 2020, مستمدة من https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/handle/20.500.12413/14200
50. Larson, H. J., & Ghinai, I. (2011). Lessons from polio eradication. *Nature*, *473*(7348), 446–447. مستمدة من https://doi.org/10.1038/473446a

51. Masquelier, A. (2012). Public Health or Public Threat?: Polio Eradication Campaigns, Islamic Revival, and the Materialization of State Power in Niger. In H. DILGER, A. KANE, & S. A. LANGWICK (Eds.), *Medicine, Mobility, and Power in Global Africa* (pp. 213–240). Indiana University Press; JSTOR. مستمدة من http://www.jstor.org/stable/j.ctt16gzgfc.12
52. Tengbeh, A. F., Enria, L., Smout, E., Mooney, T., Callaghan, M., Ishola, D., Leigh, B., Watson-Jones, D., Greenwood, B., Larson, H., & Lees, S. (2018). "We are the heroes because we are ready to die for this country": Participants' decision-making and grounded ethics in an Ebola vaccine clinical trial. *Social Science & Medicine*, *203*, 35–42. مستمدة من https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.03.008
53. Benton, A. (2017). Whose security? Militarization and securitization during West Africa's Ebola outbreak. *The Politics of Fear: Médecins sans Frontières and the West African Ebola Epidemic*, 25–50.
54. Bazylevych, M. (2011). Vaccination campaigns in postsocialist Ukraine: Health care providers navigating uncertainty. *Medical Anthropology Quarterly*, *25*(4), 436–456.
55. Holzmann, H., & Wiedermann, U. (2019). Mandatory vaccination: Suited to enhance vaccination coverage in Europe? *Eurosurveillance*, *24*(26), 1900376.
56. SAGE working group on vaccine hesitancy. (2014). *Report of the SAGE working group on vaccine hesitancy*. WHO. مستمدة من https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf
57. Heyerdahl, L. W., Ngwira, B., Demolis, R., Nyirenda, G., Mwesawina, M., Rafael, F., Cavailler, P., Bernard Le Gargasson, J., Mengel, M. A., Gessner, B. D., & Guillermet, E. (2018). Innovative vaccine delivery strategies in response to a cholera outbreak in the challenging context of Lake Chilwa. A rapid qualitative assessment. *Vaccine Hesitancy: Towards a Better Understanding of Drivers and Barriers to Awareness, Acceptance and Activation*, *36*(44), 6491–6496. مستمدة من https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.10.108
58. Forster, P. (2012). *To Pandemic or Not? Reconfiguring Global Responses to Influenza* (STEPS Working Paper 51). STEPS Centre. مستمدة من https://core.ac.uk/download/pdf/286038816.pdf
59. Blasi, F., Aliberti, S., Mantero, M., & Centanni, S. (2012). Compliance with anti-H1N1 vaccine among healthcare workers and general population. *Clinical Microbiology and Infection*, *18*, 37–41.
60. Kaawa-Mafigiri, D., & Schmidt-Sane, M. (2019). Strengthening Community Linkages to Ebola Virus Disease (EVD) Outbreak Preparedness in Uganda: Report on Anthropological Research on the Socio-Cultural Context of EVD in the Most-at-Risk Districts. UNICEF.
61. Porta, M. I., Lenglet, A., de Weerdt, S., Crestani, R., Sinke, R., Jo Frawley, M., Van Herp, M., & Zachariah, R. (2014). Feasibility of a preventive mass vaccination campaign with two doses of oral cholera vaccine during a humanitarian emergency in South Sudan. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, *108*(12), 810–815.
62. Jalloh, M. F., Bennett, S. D., Alam, D., Kouta, P., Lourenço, D., Alamgir, M., Feldstein, L. R., Ehlman, D. C., Abad, N., Kapil, N., Vandenent, M., Conklin, L., & Wolff, B. (2019). Rapid behavioral assessment of barriers and opportunities to improve vaccination coverage among displaced Rohingyas in Bangladesh, January 2018. *Vaccine*, *37*(6), 833–838. مستمدة من https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.12.042
63. Bardosh, K., Jones, T., & Tulloch, Olivia. (2019). *Social science and behavioural data compilation (#5), Ebola outbreak eastern DRC, September-November 2019*. Social Science in Humanitarian Action (SSHAP). مستمدة من https://www.socialscienceinaction.org/resources/social-science-behavioural-data-compilation-5-ebola-outbreak-eastern-drc-september-november-2019/
64. Child, D. (2019, September 23). DRC: Roll-out of second Ebola vaccine confirmed amid criticism. *Al Jazeera News*. مستمدة من https://www.aljazeera.com/news/2019/9/23/drc-roll-out-of-second-ebola-vaccine-confirmed-amid-criticism
65. van Riel, D., & de Wit, E. (2020). Next-generation vaccine platforms for COVID-19. *Nature Materials*, *19*(8), 810–812. مستمدة من https://doi.org/10.1038/s41563-020-0746-0
66. Reuters Staff. (2020, May 19). False claim: A COVID-19 vaccine will genetically modify humans. *Reuters*. مستمدة من https://uk.reuters.com/article/uk-factcheck-covid-19-vaccine-modify-idUSKBN22U2BZ
67. Kochhar, S., & Salmon, D. A. (2020). Planning for COVID-19 vaccines safety surveillance. *Vaccine*, *38*(40), 6194–6198. مستمدة من https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.07.013
68. Salmon, D. A., & Dudley, M. Z. (2020). It is time to get serious about vaccine confidence. *The Lancet*, *396*(10255), 870–871. مستمدة من https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31603-2
69. Peiris, M., & Leung, G. M. (2020). What can we expect from first-generation COVID-19 vaccines? *Lancet (London, England)*, *396*(10261), 1467–1469. مستمدة من https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31976-0
70. Nature. (2020). COVID vaccine confidence requires radical transparency. *Nature*, *586*(7827), 8–8. مستمدة من https://doi.org/10.1038/d41586-020-02738-y
71. Fadda, M., Albanese, E., & Suggs, L. S. (2020). When a COVID-19 vaccine is ready, will we all be ready for it? *International Journal of Public Health*, *65*(6), 711–712. مستمدة من https://doi.org/10.1007/s00038-020-01404-4
72. Frenkel, S., Decker, B., & Alba, D. (2020). How the 'Plandemic' Movie and Its Falsehoods Spread Widely Online. *The New York Times*. مستمدة من https://www.nytimes.com/2020/05/20/technology/plandemic-movie-youtube-facebook-coronavirus.html
73. Africa Check. (2020, April 14). *Bill Gates not testing Covid-19 vaccine in Africa*. Africa Check. مستمدة من https://africacheck.org/fbcheck/bill-gates-not-testing-covid-19-vaccine-in-africa/

74. Africa Check. (2020, April 6). *No, former US president Obama didn't warn Africans against coronavirus vaccines*. Africa Check. مستمدة من https://africacheck.org/fbcheck/no-former-us-president-obama-didnt-warn-africans-against-coronavirus-vaccines/
75. Cornwall, W. (2020). Officials gird for a war on vaccine misinformation. *Science*, *369*(6499), 14–15. مستمدة من https://doi.org/10.1126/science.369.6499.14
76. Dror, A. A., Eisenbach, N., Taiber, S., Morozov, N. G., Mizrachi, M., Zigron, A., Srouji, S., & Sela, E. (2020). Vaccine hesitancy: The next challenge in the fight against COVID-19. *European Journal of Epidemiology*, *35*(8), 775–779. مستمدة من https://doi.org/10.1007/s10654-020-00671-y
77. Grech, V., Gauci, C., & Agius, S. (2020). Vaccine hesitancy among Maltese healthcare workers toward influenza and novel COVID-19 vaccination. *Early Human Development*, 105213. مستمدة من https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.105213
78. Verger, P., & Dubé, E. (2020). Restoring confidence in vaccines in the COVID-19 era. *Expert Review of Vaccines*, *0*(0), 1–3. مستمدة من https://doi.org/10.1080/14760584.2020.1825945
79. Burki, T. (2020). The online anti-vaccine movement in the age of COVID-19. *The Lancet Digital Health*, *2*(10), e504–e505. مستمدة من https://doi.org/10.1016/S2589-7500(20)30227-2
80. Kramer, A. E. (2020, August 11). Russia Approves Coronavirus Vaccine Before Completing Tests. *The New York Times*. مستمدة من https://www.nytimes.com/2020/08/11/world/europe/russia-coronavirus-vaccine-approval.html
81. Larson, H. J. (2020). Blocking information on COVID-19 can fuel the spread of misinformation. *Nature*, *580*(7803), 306–306. مستمدة من https://doi.org/10.1038/d41586-020-00920-w
82. Chappel, B. (2020, September 8). 9 Drugmakers Sign Safety Pledge In Rush To Develop Coronavirus Vaccine. *NPR*. مستمدة من https://www.npr.org/sections/coronavirus-live-updates/2020/09/08/910671322/9-drugmakers-sign-safety-pledge-in-race-to-develop-covid-19-vaccine
83. Pfattheicher, S., Petersen, M. B., & Böhm, R. (2020). *Information about herd immunity and empathy promote COVID-19 vaccination intentions* [Preprint]. مستمدة من https://doi.org/10.31234/osf.io/wzu6k
84. Pennycook, G., McPhetres, J., Zhang, Y., Lu, J. G., & Rand, D. G. (2020). Fighting COVID-19 Misinformation on Social Media: Experimental Evidence for a Scalable Accuracy-Nudge Intervention. *Psychological Science*, *31*(7), 770–780. مستمدة من https://doi.org/10.1177/0956797620939054
85. IFRC. (2016). *A Red Cross Red Crescent Guide to Community Engagement and Accountability (CEA)*. مستمدة من https://media.ifrc.org/ifrc/wp-content/uploads/sites/5/2017/12/IFRC-CEA-GUIDE-0612-LR.pdf
86. Subbarao, K. (2020). COVID-19 vaccines: Time to talk about the uncertainties. *Nature*, *586*(7830), 475–475. مستمدة من https://doi.org/10.1038/d41586-020-02944-8
87. Braunack-Mayer, A. J., Street, J. M., Rogers, W. A., Givney, R., Moss, J. R., Hiller, J. E., & Flu Views team. (2010). Including the public in pandemic planning: A deliberative approach. *BMC Public Health*, *10*(1), 501. مستمدة من https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-501

شكر وتقدير

نود أن نشكر هايدي لارسن (مشروع الثقة باللقاح)، وأليكس بومر(كلية لندن للنظافة العامة والطب المداري) لإسهاماتها القيمة وكذلك لويزا إنريا (كلية لندن للنظافة العامة والطب المداري)، ومجدلينا إيسايوراالد (الخدمة الجماعية للتواصل المخاطر والمشاركة المجتمعية RCCE), وكارولاين أوستن، ومونيكا بوسادا, ودايانا مانيلا أرويو (وهم جميعاً من الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر) وأعضاء منصة العلوم الاجتماعية في العمل الإنساني (SSHAP) لمداخلاتهم.

اتصل

إذا كان لديك طلباً مباشراً يتعلق بالاستجابة لكوفيد-19 أوكنت في حاجة إلى نبذة أو أدوات أو خبرات تقنية إضافية أو تحليلاً عن بعد، أو إن كنت ترغب في الانضمام إلى شبكة المستشارين، الرجاء الاتصال بمنصة العلوم الاجتماعية في العمل الإنساني عن طريق إرسال بريد إلكتروني إلى آني لودين (a.lowden@ids.ac.uk) أو (oliviatulloch@anthrologica.com).

نقاط الاتصال الرئيسية للمنصة تشمل: اليونيسيف (nnaqvi@unicef.org), والاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر (ombretta.baggio@ifrc.org) ومجموعة أبحاث العلوم الاجتماعية (GOARN) (nina.gobat@phc.ox.ac.uk).

صة العلوم الاجتماعية في العمل الإنساني هي شراكة بين معهد دراسات التنمية, وأنثرولوجيكا، وكلية لندن للنظافة العامة والطب المداري. وتم الحصول على التمويل لدعم استجابة المنصة لكوفيد-19 من قبل صندوق ويلكوم الاستئماني (Wellcome Trust)، وإدارة التنمية الدولية (DFID). الآراء الواردة في الدراسة هي آراء المؤلفين ولا تعكس بالضرورة آراء أو سياسات معهد دراسات التنمية أو منظمة أنثرولوجيكا البحثية أو كلية لندن للنظافة العامة والطب المداري أو صندوق ويلكم الاستئماني أو حكومة المملكة المتحدة.

اقتباس مقترح: هرينيك، وريبول، وشميدت ساين (2020). 'مراجعة سريعة: التردد التحصيني وبناء الثقة في التطعيم ضد فيروس كوفيد-19'، موجز، برايتون: العلوم الاجتماعية في العمل الإنساني (SSHAP).

تم النشر في نوفمبر 2020، حقوق النشر: معهد دراسات التنمية 2020

هذه الدراسة مفتوحة الوصول وتم توزيعها تحت شروط رخص المشاع الإبداعي 4.0 وتحمل رخصة دولية رقم (CC BY) والتي تسمح بالاستعمال غير المقيد والتوزيع وإعادة الإنتاج باستخدام أي وسيط طالما تم النسب إلى المؤلفين والمصدر وتم ذكر أية تعديلات أو اقتباسات.

http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode