Анализ на ваксинацията на подрастващите в България

Интегрирано обобщение на изследователски доклади, изследващи факторите, които определят динамиката на ваксинацията на подрастващите в България

Funded by the European Union

Global Metrics

World Health Organization
European Region

Приноси

Това интегрирано обобщение е подготвено от Йордан Йосифов и Радостина Ангелова. То е изготвено на базата на доклади, които са резултат от споразумение между Световната здравна организация (СЗО) и Глобал Метрикс.

Докладите са написани от екип, ръководен от Йордан Йосифов и Радостина Ангелова, като в него участват още Десислава Банкова, Десислава Илиева, Марина Димитрова, Димо Гецов, Цветина Младенова, Йоанна Начева, Павел Перпелиев и Ема Димитрова. Докладите се основават на проучвания, проведени в периода декември 2025 г. – юни 2026 г. Ролята на Милена Терзийска като ръководител на теренната работа беше от решаващо значение за успешното провеждане на проучванията. Антоанета Букаса, Кремена Пармакова, Брет Янсън Грейг и Габриела Йорданова допринесоха съществено за дизайна на проучванията и предоставиха ключови прозрения на изследователския екип.

Отказ от отговорност

Това издание е финансирано от Европейския съюз. Съдържанието му е изцяло отговорност на Регионалния офис на СЗО за Европа и офиса на СЗО в България, и не отразява възгледите на Европейския съюз.

Съдържание

Резюме 4
1. Въведение 9
2. Теоретична и методологична рамка 9
2.1 Общ теоретичен процес 9
2.2 Обща логика на смесени методи 10
2.3 Аспекти свързани с респондентите и методологията 11
3. Основни констатации по групи респонденти 13
3.1 Медицински специалисти 13
3.1.1 Общопрактикуващи лекари 13
3.1.2 Инспектори на Регионалната здравна инспекция 15
3.1.3 Здравни медиатори 16
3.1.4 Синтез на констатациите по отношение на професионалните групи 17
3.2 Родители и настойници 18
3.2.1 Задължителни имунизации на подрастващите 18
3.2.2 Препоръчителна имунизация и HPV 20
3.3 Общи констатации и приноси, специфични за доклада 22
4. Интегриран анализ чрез COM-B Logic 23
4.1 Капацитет: от осведоменост към разбиране, достатъчно за вземане на решение 23
4.2 Възможност: превръщане на формалния достъп в лесен процес 25
4.3 Мотивация: доверие, значимост на риска и ефект на възможността за избор 26
4.4 Интегриран поведенчески процес и последици 28
5. Практични препоръки 30
5.1 Предложена последователност 32

ТАБЛИЦА 1 ОСНОВНИ МЕТОДОЛОГИЧНИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ИЗСЛЕДВАНИЯТА 11
ТАБЛИЦА 2 МЕДИЦИНСКИ СПЕЦИАЛИСТИ: ОБОБЩЕНИ РЕЗУЛТАТИ С ЕДИН ПОГЛЕД 17
ТАБЛИЦА 3 РАЗБИРАНЕ НА РОДИТЕЛИТЕ 22
ТАБЛИЦА 4 ОТ АНАЛИЗ ДО ПРЕПОРЪКИ 28
ТАБЛИЦА 5 ХРОНОЛОГИЯ НА ПРЕПОРЪКИТЕ 32

Резюме

Това обобщение интегрира основните моменти от докладите на две взаимно допълващи се изследвания, реализирани по поръчка на СЗО/Европа и на Националния офис за България на Световната здравна организация (СЗО) в рамките на програмата „EU4Health“ и Европейската програма за имунизации до 2030 г. Първото проучване изследва задължителни имунизации сред подрастващите и бариерите, засягащи уязвимите общности; второто се фокусира върху вземането на решения от родителите относно препоръчителната имунизация срещу HPV. И двете прилагат модела COM-B, който интерпретира *ваксинационното поведение* като взаимодействие между *способности*, *възможности* и *мотивация*. И двете изследвания комбинират количествени и качествени методи, изследвайки нагласите на родителите; освен сред родители, едно от изследванията е изследвало практиката, опита и нагласите сред медицински специалисти, включително общопрактикуващи лекари, служители на Регионални здравни инспекции и здравни медиатори.

Основни констатации

Задължителните имунизации остават широко приети и общодостъпни, но приблизително един на всеки десет юноши не е ваксиниран навреме. Личните лекари категорично подкрепят ваксинацията на подрастващите – 98% поддържат задължителните имунизации, а 90% са в полза на препоръчителни имунизации– но повече от половината съобщават за юноши в техните практики с непълно изпълнени дози задължителни ваксини за тяхната възраст, докато 72% съобщават за пропуски при препоръчителните ваксини. При задължителните имунизации, отсъствието на пълно изпълнение на имунизационния календар се дължи най-вече на отлагането по медицински причини, колебанието на родителите и мобилността. За сравнение, при препоръчителните имунизации колебанието на родителите е доминиращата бариера. Родителите обикновено съобщават за лесен (физически) достъп и задоволително обслужване, но информация за имунизационния календар, друга писмена информация, задълбочеността на консултирането и последващите действия са недостатъчни.

Обхватът на ваксинацията срещу HPV е значително по-нисък и по-нестабилен. Въпреки че осведомеността е широко разпространена, знанията често са непълни и не водят надеждно до действия. Опасенията за безопасност, странични ефекти и вредните съставки, както и съмненията относно ефективността и страховете от безплодие доминират в опасенията на родителите. Според родителите в родителското проучване за HPV, сред момичетата, юноши с завършени две дози ваксинацията са 13,8%, а 8,6% сред момчетата, докато приблизително половината от родителите на момичета и близо три пети от родителите на момчета все още на са взели решение дали да ваксинират децата си. Резултатите от качествените изследвания показват, че родителите трябва да преминат няколко прага в процеса на вземане на решения – разбиране на превенцията на рака, разпознаване на значението за детето им, доверие в „доверие в източника на информация“, приемане на баланса полза-риск и преминаването на процес от начало до край. Уязвимите, мобилни и нискограмотни семейства са изправени пред

допълнителни бариери, свързани с документация, език, транспорт, здравно осигуряване,[1] институционално доверие и непрекъснатост на грижите.

Основни изводи от интегрирания анализ

• Предизвикателствата пред ваксинацията на подрастващите в България се характеризират по-скоро със забавена, непълна или пропусната ваксинация, отколкото с широко разпространен категоричен отказ. Изпълнението на имунизационния календар зависи все повече от подобряване на навременността, завършването и проследяването, а не само от справяне с липсата на ваксинацията.

• Ваксинационното поведение трябва да се разбира и разглежда като комбинация от фактори, свързани с капацитет, възможности и мотивация; знанията и информацията сами по себе си не са достатъчни, за да стимулират приемането и завършването на ваксинацията.

• Доверието в медиците, особено в общопрактикуващите лекари, остава най-влиятелният посредник при ваксинацията и най-убедителният канал за справяне с родителските опасения и за оказване на подкрепа на вземането на решения.

• Родителите на деца с неизпълнен имунизационен календар не са голяма група отказващи ваксините; те са по-скоро „колебаещата се група родители“, които са несигурни, са частично информирани, имат тревоги за безопасността или са склонни да отложат ваксинацията.

• Задължителните имунизации на подрастващите могат да разчитат на установени норми, напомняния и институционни очаквания, които намаляват тежестта на вземането на решения от страна на родителите, докато препоръчителните ваксини, особено ваксинацията срещу HPV, изискват по-активна родителска позиция и следователно рисковете от забавяне или родителско колебание са по-отчетливи.

• Препоръката е необходима, но не винаги е достатъчна; качеството, яснотата и последователността на консултирането са също толкова важни, колкото и самото предоставяне на информация.

• Неосъществените възможности за ваксинация често възникват от пропуски в предоставянето на услуги и последващите действия, включително отлагане на имунизацията, непълно наваксване на пропуснати дози, слаби системи за напомняне и недостатъчно проследяване на деца, които пропускат планираните дози.

• Системите за напомняне и възможността за наваксване предоставят едни от най-добрите шансове за подобряване на навременността и завършването на имунизационния календар а също и по отношение на сроковете за ваксинация срещу HPV и наваксване на пропуснати дози.

• Самите практики на общопрактикуващите лекари и други медицински специалисти заслужават по-голямо внимание, включително по отношение на управлението на временните

[1]Всички деца в България са здравно осигурени по закон. Проблеми с достъпа до здравно осигуряване могат да възникнат, когато родителите не са здравно осигурени.

противопоказания, отлаганията, пропуснатите възможности и последователността на препоръките за ваксинация.

• Децата и юношите рядко участват пряко в дискусиите за ваксинация, въпреки нарастващата им роля в вземането на решения в областта на здравеопазването; целенасочена, подходяща за възрастта, комуникация би могла да подобри увереността и да намали тревожността.

• Родителите от уязвими, мигриращи и недостатъчно обслужвани групи от населението срещат допълнителни бариери, свързани с мобилността, документацията, грамотността, езика, непрекъснатостта на грижите и ангажираността със здравните услуги, което засилва необходимостта от процеси, насочени към равен достъп до грижа.

• Здравните медиатори, РЗИ, училищата и доставчиците на първична медицинска помощ изпълняват допълващи се функции; повишаването на ваксинационното покритие зависи от ефективната координация между тези участници, а не от изолирани комуникационни дейности.

• Ваксинацията срещу HPV е изправена пред множество бариери, някои от които се различават от тези, засягащи други ваксини за юноши; такива допълнителни препятствия включват опасения относно безопасността, страничните ефекти, безплодието, ефективността на ваксините и несигурността относно значението на ваксинацията за момчетата.

• Осведомеността за ваксинацията срещу HPV е сравнително висока, но осведомеността не се превръща последователно в разбиране, готовност за вземане на решения и ваксинация, което подчертава необходимостта от по-ефективна комуникация и подкрепа за родителите при вземане на решения.

• По-специално за ваксинацията срещу HPV, укрепването на социалните норми и позиционирането на ваксинацията като рутинна превенция на рака както за момичетата, така и за момчетата може да бъде също толкова важно, колкото и повишаването на осведомеността и знанията.

• Системите за мониторинг трябва да надхвърлят самото покритие и да включат навременност, завършване на процеса, пропуснати дози, препоръки от лекари, система за напомняне и отчитане на неравенствата между различните групи от населението, позволявайки на програмите да идентифицират и да се справят с основните причини за недостатъчната ваксинация.

Базисни уроци, изведени от интегрирания анализ

Осведомеността не е еквивалентна на разбиране, което води до вземане на решение: родителите трябва да знаят кое заболяване би било предотвратено, причината налагаща ваксинация в този период, времето за следващата доза и как ще се справят с възможните реакции след ваксинацията. Задължителните имунизации са успешна отчасти защото са влезли в норми, досиетата на общопрактикуващия лекар и институционните изисквания намаляват тежестта на вземането на решения от родителите; препоръчителни имунизации нямат тази поведенческа архитектура и следователно се тълкуват като незадължителни и/или отлагаеми. Достъпът трябва да бъде разбиран не просто като наличност на ваксина, а като цялостен процес водещ до ваксиниране – от идентифициране на принадлежност към целевата групата в целевата група и насърчаване на семейството до консултиране, резервиране, администриране,

регистриране и последващи действия. Малките препятствия при поставянето на ваксини стават решаващи, когато мотивацията е слаба. Доверието е критичният свързващ механизъм: научната информация е най-ефективна, когато се превърне в ясна препоръка от доверен специалист. Следователно, основната целева група на интервенцията е не толкова твърдото *малцинство* на отказващите родители, колкото голямото *мнозинство* на колебаещи се, частично информирани и загрижени за безопасността родители.

Приоритизирани препоръки

Първо, необходимо е подобряване на стандартния процес, включително чрез съобразяване с възрастта, особено началото на допустимия период (10–12 години) на целевата група, обхващането на задължителните дози, наваксването на пропуснати преди това ваксинации и HPV, съпроводени с ранна, ясна професионална препоръка, незабавно отчитане, активно проследяване на поставените дози до завършване на процеса. *Второ*, следва да се институционализират оперативно съвместими напомняния, списъци с пропуснати дози и отчетност по отношение на липсата на отговор и отпадане от HPV. *Трето*, общопрактикуващите лекари, педиатрите и медицинските сестри да се осигурят с кратки сценарии за консултиране, визуални помощни средства за вземане на решения и прозрачни насоки за безопасност, отнасящи се до очакваните реакции, истинските противопоказания и специфичните опасения на родителите. *Четвърто*, представянето на HPV като превенция на рака както за момичетата, така и за момчетата, следва да бъде обичайна практика, като се обясняват, изрично, преките ползи за момчетата и значението на ваксинацията преди среща с вируса. *Пето*, необходимо е създаване на координирани регионални „вериги на доверие“, свързващи общопрактикуващите лекари, РЗИ, медиаторите, училищата и специалистите, както и целенасочена работа с обществеността, езикова подкрепа, гъвкави услуги и ефективно информационно осигуряване за семейства в неравностойно положение.

Изпълнението на тези препоръки следва да се приоритизира като се използват инструменти за консултиране, подходящо съдържание по отношение на безопасност; специфичност на напомнянията и регионална координация, последвани от дигитално проследяване, канали за контакт с училищата и целенасочена работа с обществеността, подкрепяна от непрекъснат мониторинг на обхвата, навременността, завършването, доверието и неравенствата.

Ключови препоръки, по които следва да се планират действия

• Да се подобрят съществуващите подходи за ваксинация на подрастващите чрез систематичен преглед на статуса на ваксинация, идентифициране на пропуснати дози и подкрепа за завършване както на задължителните, така и на препоръчителните ваксини.

• Да се въведе система за напомняне и повторно ваксиниране, за да се подобри навременността на ваксинацията, да се намалят пропуснатите възможности и да се подпомогне завършването на много-дозовите ваксинационни схеми.

• Да се мониторира не само на обхвата на ваксинацията, но и навременността, завършването, пропуснатите дози, практиките за препоръки на доставчиците и неравенствата между групите от населението.

• Комуникационните усилия да се фокусират върху колебаещите се родители, като се отчете, че тази група предлага най-голямата възможност за подобряване на ваксинационния обхват. Това включва укрепване на комуникационните умения на медицинските специалисти и представянето на ваксиниращите лекари на практически инструменти за справяне с специфични за ваксините проблеми, въпроси за безопасност и често срещани погрешни схващания. Следва да се използват наличните материали на СЗО в подкрепа на тази дейност.

• Да се подобри комуникацията относно безопасността на ваксините, очакваните нежелани събития и подкрепата след ваксинация, за да се намали тревожността на родителите и да се изгради доверие.

• Да се засили координацията между доставчиците на първична здравна помощ, регионалните здравни инспекции, училищата, здравните медиатори и общностите с по-ниско ниво на ваксинация, за да се създаде съгласувана система за повишаване на имунизационното покритие. Училищата, по-специално, могат да бъдат използвани по-систематично като партньори за идентифициране, комуникация, здравна грамотност и последващи действия след ваксинацията на подрастващите.

• Да се ангажират подрастващите директно чрез подходяща за възрастта комуникация, която допринася за разбирането, намалява страха и насърчава положителното отношение към имунизацията.

• Да се прилагат целенасочени интервенции, насочени към равенството, за уязвими, мобилни и недостатъчно обслужвани групи от населението, изправени пред бариери, свързани с достъпа, документацията, езика, грамотността или непрекъснатостта на грижите.

• Да се позиционира ваксинацията срещу HPV като рутинна превенция на рака както за момичетата, така и за момчетата, като се наблегне на нейната значимост, безопасност, ефективност и значение за общественото здраве.

1. Въведение

Този обобщаващ доклад включва основните констатации, заключения и препоръки от двата изследователски доклада. Докладите, озаглавени съответно *„Да разберем какво е важно“* и *„Разбиране, което има значение“,* представят две проучвания, поръчани от офиса на Световната здравна организация (СЗО) в България съвместно с Европейския регионален офис на СЗО.[2] Изследователските въпроси в проучванията са съсредоточени върху факторите, които формират динамиката на ваксинацията на подрастващите в България. Първият, „Да р*азберем какво е важно“,* е фокусиран върху задължителните имунизации; вторият, *„Разбиране, което има значение“* – върху препоръчителната ваксинация, с особен акцент върху ваксинацията срещу HPV.

Тези изследвания се провеждат в рамките на текущия проект EU4Health, финансиран от Генерална дирекция „Здравеопазване и безопасност на храните“ (DG SANTE) на Европейската комисия. Работната програма на EU4Health 2023 включва Европейската програма за имунизация 2030 (EIA2030) като една от областите си на действие. В този контекст, СЗО ръководи прилагането на рамката за мониторинг и отчетност на EIA2030 за висококачествени данни, насочени към вземане на решения, основани на доказателства.

България е една от четирите държави членки на ЕС, които получават пряка оперативна техническа помощ на национално ниво по това действие, наред с Унгария, Полша и Румъния. Действието има за цел да идентифицира, адресира и наблюдава неравенствата в имунизацията сред уязвимите групи от населението, с особен акцент върху ромските общности, и да засили използването на висококачествени данни за ваксинацията за вземане на решения, основани на доказателства. В България изследването е проведено по искане и в консултация с Министерството на здравеопазването на Република България.

2. Теоретична и методологична рамка

2.1 Общ теоретичен процес

COM-B, модел,[3] интерпретиращ поведението като продукт на способности, възможности и мотивация, а не като прост резултат от знания или нагласи, е използван като основна аналитична рамка и в двете проучвания. *Способностите* включват познания за ваксините и болестите, разбиране за принадлежност към целевата група и графици, способност за

[2]Задание ERC.0004336. Изследователската задача е поверена на Global Metrics, изследователска агенция със седалище в София, България.

[3] Абревиатурата идва от първите букви на английските думи за способност (capability), възможност (opportunity), мотивация (motivation) и поведение (behaviour).

интерпретиране на информация, памет и практически умения за вземане на решения. *Възможностите* включват физически достъп, финансова достъпност, организация, наличие на доставчици, административни договорености и социокултурни условия, като например семейни, възрастови и общностни норми. *Мотивацията* включва преценки, основани на опит, за ползите, рисковете и необходимостта, както и по-автоматични реакции като страх, тревожност, навик и доверие.

Ценността на общата рамка е, че тя предотвратява погрешни обяснения от *типа „или-или“.* Родител може да знае, че съществува ваксина, но все още да няма разбиране на ниво, необходимо за вземане на решение; може да подкрепя ваксинацията, но да не се яви; може да има лесен физически достъп, но да няма навременна насока; или може да се доверява на личния лекар като цяло, но да се страхува от конкретна ваксина. По подобен начин, един специалист може да е високо осведомен и да е привърженик на ваксинацията, но да му липсва времето, инструментите или институционалната координация, необходими за превръщането на препоръката в пълноценно прилагане.

И двете проучвания разширяват COM-B с конструкции, често използвани в изследванията на доверието към ваксините: доверие в специалисти и институции, възприемани рискове от ваксини и заболявания, увереност в безопасността и ефективността, социални норми, бариери за достъп и информационна среда. Резултатът не се третира само като декларирано отношение. Докладите разглеждат започването, завършването, забавянето, наваксването, готовността за препоръчване, разликата между принадлежност към целевата групата и планираната имунизация, както и процесите на обслужване и комуникация, които подкрепят или прекъсват действието.

Споделеното концептуално разграничение между задължителна и препоръчителна имунизация е от основно значение. Задължителни имунизации е вградена във външна поведенческа архитектура от норми, практики и институционални очаквания. Препоръчителните имунизации разчитат в по-голяма степен на активната родителска преценка. Това не означава, че родителите използват напълно различни стандарти: и в двата случая те преценяват защитата, риска и доверието. Разликата е, че задължителните ваксини позволяват на системата да поеме по-голяма част от когнитивната и организационна тежест, докато препоръчителните ваксини налагат преодоляването на всеки един поведенчески праг.

2.2 Обща логика на смесени методи

И двете изследвания използват паралелна, разчитаща на съчетаване логика, базирана на смесени методи. Количествените проучвания оценяват разпространението и разпределението на нагласите, пропуските в знанията, опита и декларираните поведения. Качествените изследвания обясняват как родителите и специалистите интерпретират ваксинацията, как се натрупват бариери в реални условия, защо привидно положителните нагласи могат да съществуват едновременно със забавянето и как доверието, социалните наративи и контактите с обществеността влияят на решенията.

Интеграцията е организирана чрез общи изследователски въпроси и през аспектите на модела COM-B. Докладите сравняват доказателства по теми като знания, доверие, достъп, комуникация, социално влияние и институционална организация. Целта е триангулация и обяснение, а не установяване на причинно-следствена връзка. Когато резултатите от количествените и качествените изследвания са в унисон – това засилва доверието в интерпретацията на поведението. Когато резултатите от количествените и качествените

изследвания сочат в различни посоки, анализът взема предвид аспектите, които биха могли да предоставят убедително обяснение.[4]

И двете проучвания използват доброволно информирано съгласие, анонимизиране и процедури за защита на данните, съответстващи на националните и европейските изисквания. Основните общи ограничения, които следва да се имат предвид са самоотчитането, евентуалното пристрастие към социалната желателност, невъзможността чрез крос-табулиране на данни да установят причинно-следствени ефекти и все още продължаващото въздействие на COVID върху обществените нагласи. Качествените констатации са умишлено целенасочени и не могат да бъдат обобщавани статистически.

2.3 Аспекти свързани с респондентите и методологията

Таблицата по-долу представя и съпоставя основните методологични характеристики на двете изследвания.

Таблица 1Основни методологични характеристики на изследванията

Аспект	По-широкообхватен доклад за ваксинацията на подрастващите	Доклад, фокусиран върху HPV	Ефект върху интегрираното обобщение
Основен фокус	Задължителна и препоръчителна имунизация сред подрастващите на възраст 10-14 години, включително наваксващи дози и уязвими общности.	Препоръчителна ваксинация за юноши, срещу HPV, за момичета на възраст 10-18 години и момчета на възраст 10-14 години.	Първият предоставя цялостна системна и професионална картина; вторият се задълбочава върху родителските нагласи при вземане на решения за HPV.
Количествени изследвания - родители	Национално представително проучване, n=1000 родители/настойници на деца на 10-14 години.	Квотно проучване на в цялата страна, n=156 родители/настойници; квоти по регион и населено място.	И двете предоставят картина на цялата страна, но оценките за HPV и сравненията на подгрупите носят по-голяма възможност за грешка.
Количествени изследвания - специалисти	Национално представително проучване, n=373 общопрактикуващи лекари.	Няма професионално проучване; лекарите се оценяват въз основа на комуникативния опит на родителите.	Професионалните констатации произтичат главно от първия доклад; вторият предлага проверка от страна на родителите относно последователността на консултирането.

[4] Тези аспекти включват както такива, които са свързани с изследванията, като например характеристики на извадките, специфични обстоятелства свързани с изследванията и др., така и такива от реалния живот като например райони с по-висока концентрация на групи в неравностойно положение).

Аспект	По-широкообхватен доклад за ваксинацията на подрастващите	Доклад, фокусиран върху HPV	Ефект върху интегрираното обобщение
Качествени изследвания – типове респонденти	Родители от уязвими общности; общопрактикуващи лекари; инспектори от регионални здравни инспекторати; здравни медиатори.	Родители/настойници.	Първият позволява институционален анализ, специфичен за ролята; вторият позволява по-задълбочено проучване на значенията на HPV и механизмите за вземане на решения.
Качествени изследвания – география	Хасково , Монтана и Стара Загора; уязвими, селски/градски профили и профили на първа линия.	София, Пловдив, Бургас и Стара Загора: избрани градски профили.	Качественото проучване в доклада за задължителни имунизации е по-фокусирано върху равенството и услугите; второто е по-градско и фокусирано върху вземането на решения.
Качествени изследвания - методи	Фокус групи с родители и медиатори; индивидуални/групови интервюта с общопрактикуващи лекари; три интервюта с инспектори от регионални здравни инспекторати; формуляри за бърза оценка.	Фокус групи на родители; тематичен анализ, структуриран чрез COM-B.	Разликите в дълбочината и типа на респондентите трябва да се запазят, а не да се хармонизират изкуствено.

Проучванията сред родители и общопрактикуващи лекари в доклада за задължителни имунизации[5] са убедителна база за оценка на обичайното поведение на национално ниво при ваксинация на подрастващите и на професионалната практика. Качествената теренна работа е целенасочено подбрана, за да се подчертаят бариери при уязвимите общности и разнопосочни регионални контексти, включително такива с ниско и високо покритие. Проучването[6] *за ваксинация срещу HPV* е по-ограничено; неговото оптимално използване би

[5] Доклад „Да р*азберем какво е важно“.*

[6] В доклада *„Разбиране, което има значение“*.

било за идентифициране на формата и относителната важност на свързаните с HPV проблеми, а не за изключително прецизни оценки на подгрупите.

Различията между респондентите са аналитично полезни. *Проучването за задължителни имунизации показва как общопрактикуващите лекари, инспекторите и медиаторите формулират своите експертни мнения от различни институционални позиции. Проучването за HPV показва как родителите разсъждават, когато задължителните процедури отсъстват и на тях е възложена тежестта на избора.* Взети заедно, двете изследвания позволяват синтез, който разграничава моделите сред цялото общество изследва съвкупност от респонденти и откроява бариерите пред равенството и пред специфични за ваксините механизми.

Съответно, в представения по-долу синтез формулировките са предпазливи. Количествените проценти са представени съгласно отговорите на респондентите; резултатите от националните анкети в по-голямото изследване се третират като такива, даващи по-подробна картина за респондентите, докато резултатите от анкетата в изследването за HPV се третират по-скоро в описателен порядък. Качественият материал се използва за обяснение на механизмите и специфичните профили, а не за оценка на покритието.

3. Основни констатации по групи респонденти

3.1 Медицински специалисти

3.1.1 Общопрактикуващи лекари

Най-ясната констатация по отношение на специалистите е *силната подкрепа за ваксинацията, съчетана с пропуски в прилагането ѝ*. В националното проучване сред общопрактикуващите лекари 98% напълно подкрепят задължителните имунизации на подрастващите, а 90% подкрепят препоръчителната ваксинация. 94% съобщават, че самите те са били ваксинирани срещу заболяване, предотвратимо чрез ваксина през предходните десет години. Почти всички редовно са следили актуализациите (97%) и са знаели откъде да получат информация за ваксинацията на подрастващите (98%). Следователно основният проблем не се дължи на съпротива от страна на професионалистите или на общ информационен дефицит.

Въпреки това, пропуските в покритието са силно видими на практика. 54% от общопрактикуващите лекари съобщават че в тяхната практика има деца на възраст 10-14 години с напълно или частично неизпълнени задължителни имунизации. Водещи причини са здравословното състояние на детето или противопоказания (62%), активен или писмен отказ на родителите (51%), колебанието или забавянето на родителите (46%) и пребиваване на родителите или децата в чужбина (33% и 31%). Попитани за най-важната причина, лекарите посочват медицинските противопоказания на първо място, следвани от колебанието и отказ. Организационни бариери като недостиг на ваксини, неудобно работно време, сложност на процедурата или недостатъчна информация от общопрактикуващите лекари са съобщавани рядко.

При препоръчителните ваксини йерархията на проблемите е различна. 72% от общопрактикуващите лекари съобщават че имат деца на възраст 10-14 години с липсваща или частично изпълнена препоръчителна имунизация в практиката си. Колебанието или забавянето изпреварват (85% сред избраните причини и 71% като основна причина), значително медицинските противопоказания (43%) и отказ (35%). *Това е един от най-важните сравнителни резултати*: *при задължителните ваксини медицинските и родителските*

бариери съществуват едновременно; при препоръчителните ваксини невзетото от родителя решение се превръща в централно предизвикателство.

Наваксващата дейност е широко разпространена, но не винаги е оперативно проследима. 87% от общопрактикуващите лекари са планирали наваксваща дейност. Компонентите на MMR и HPV ваксини са сред най-често споменаваните ваксини, но много общопрактикуващи лекари не предоставят точни данни за възрастта и дозата. Планирането е по-структурирано за задължителните дози DTP и MMR, отколкото за HPV, където делът на тези, които не могат да посочат планиран брой, е най-висок. Това предполага разлика в данните и работния процес между общото професионално намерение и систематичното управление на практиката.

Професионалните познания са солидни, но не са напълно еднакви. Голямото мнозинство правилно признава международния мониторинг на безопасността на ваксините, продължаващия епидемиологичен риск и невъзможността здравословният начин на живот да замести ваксинацията. В същото време една пета използва твърде широко разбиране за постоянните противопоказания, а познанията за смъртността от болести, предотвратими чрез ваксина, са по-непоследователни. Само 7% са заявили, че им липсва важна информация за имунизацията на 10-14-годишните, което показва, че по-належащата нужда е от приложна комуникационна подкрепа, а не от общо клинично образование.

Самите общопрактикуващи лекари определят напомнянията като интервенция с най-висок приоритет. 97% считат редовните напомняния за важни, а 77% ги избират като най-ефективната мярка. Те също така ясно признават за необходимост от информация за родителите (84%) и достъпни материали за подрастващите (80%). Тези предпочитания съответстват на поведенческата диагноза: основната разлика е между професионалната препоръка и родителското поведение.

Увереността във ваксината срещу HPV е високо. Около седем от десет общопрактикуващи лекари споделят, че са напълно уверени, че ползите надвишават рисковете, че биха препоръчали ваксинация срещу HPV, че могат да отговорят на въпроси на родителите и че разполагат с подходяща информация. Интервютата в Хасково, Монтана и Стара Загора подкрепят това становище, че отношението на ОПЛ е про-ваксинационно. Личните лекари се ангажират с превантивни прегледи, директен контакт и напомняния, но и съобщават за отлагане от страна на родителите, селективен отказ, мобилност, непълна документация и повече трудности да убедят родителите по отношение на HPV ваксината.

Родителското проучване, фокусирано върху HPV, предоставя ценна външна проверка. 61% от родителите съобщават, че са получили препоръка за HPV от общопрактикуващ лекар или педиатър, докато 37,4% не съобщават за никаква информация от лекари. Когато е имало препоръка, 75,8% от родителите казват, че механизмът е бил обяснен, но само около една трета съобщават за отговори на въпроси, обяснение на рисковете от отказ, листовка или насочване към допълнителни източници. Само 12,2% са получили препоръка от друг специалист. По този начин, медицинската подкрепа е като цяло положителна, но интензивността и пълнотата на консултирането са непостоянни.

Контекстът на лекарската практика помага да се обясни тежестта. Повечето общопрактикуващи лекари обслужват смесено население, като 72% съобщават за ромски деца и 57% за деца от българо-турски семейства сред своите 10-14-годишни пациенти; мигрантите и бежанците присъстват по-рядко. Мобилността на пациентите, обезлюдяването, новите практики и вариациите в натовареността на децата правят системите за напомняне и регистриране неравномерни. От интервюта се разбира, че лекарите с практики където има уязвими или мобилни семейства прекарват много време в издирване на деца, възстановяване на анамнеза и преодоляване на езикови или административни пречки.

Разликите между ваксините е и клинично специфично. Личните лекари свързват пропуските в DTP отчасти с опасения относно компонент свързан с коклюш и нежеланите реакции, докато пропуските в HPV са свързани много по-ясно с препоръчителния статус на ваксината, несигурността относно необходимостта, съмненията относно безопасността, негативните онлайн наративи и недоверието към фармацевтичната индустрия. *Това разграничение е важно за дизайна на бъдещи интервенции: общото послание за ваксиниране няма да отговори на специфичните за ваксината опасения*.

Регионалните различия изведени от качествените данни са по-скоро въпрос на степен, отколкото на професионална позиция. Общопрактикуващите лекари и в трите региона са настроени подкрепящо, но респондентите от Стара Загора по-често описват разнообразни комуникационни предизвикателства, свързани с мигрантите или малцинствата; лекарите в Хасково и Монтана подчертават мобилността и бариерите, свързани с уязвимите общности. Редовните напомняния са най-последователно подкрепяната интервенция в различните региони, докато мобилните или теренните сесии се считат за по-полезни в условия с разпръснати или по-труднодостъпни групи от населението.

3.1.2 Инспектори на Регионалната здравна инспекция

Ролята на инспекторите на РЗИ е едновременно регулаторна, методологична, координираща и подкрепяща. Те следят за спазването на имунизационния календар, помагат на общопрактикуващите лекари да интерпретират неясни данни и схеми за наваксване, свързват здравните, образователните и обществените участници и подкрепят обучението и решаването на проблеми. Техният принос е най-видим в случаите, когато обичайните процедури за първична медицинска помощ са недостатъчни.

Инспекторите описват бариерите, концентрирани сред уязвимите семейства: бедност, ниска здравна грамотност, не-посещаване на училище, миграция, пребиваване в чужбина, неясна ваксинационна история, отдаленост, транспортни проблеми, недостиг на лекари и медиатори, както и ограничен институционален персонал. Само официалното уведомяване не гарантира присъствие, когато семействата нямат ресурси, мотивация или разбиране. *Достигането до тях изисква активно търсене, координация с училища и общини, както и доверени посредници*.

Перспективата на инспектора пояснява защо средните за страната резултати за достъп могат да изглеждат благоприятни, докато на локално ниво продължава да има пропуснати възможности. Ваксина може да е физически налична, но семейството може да няма използваема медицинска документация, транспорт, застраховка, стабилна връзка с общопрактикуващ лекар или доверие в институцията. *Следователно инспекторите разглеждат достъпа като многоетапен институционален процес, а не като адрес на клиника*.

Те също така подчертават, че еднократните кампании и самостоятелните брошури са недостатъчни. Посланията трябва да бъдат прости, визуални и подкрепени от словесни обяснения. Здравните медиатори и медицинските специалисти превеждат институционалната информация във форма, която семействата могат да използват. Устойчивата превенция изисква непрекъсната работа на терен и бърза координация при възникване на огнища, пропуснати дози или неясни записи.

Инспекторите допълнително показват, че институционалните изисквания са двояки. Изискванията на училищата или детските градини могат да насочат децата по пътя на ваксинацията и да предоставят основателна причина за последващи действия, но сами по себе си не създават разбиране. Семействата с деца извън образователната система, с прекъснато

посещаване на училище или детска градина или живеещи в чужбина са по-малко достъпни чрез този механизъм. Това засилва необходимостта от координиране на данните и междусекторна отговорност.

Доказателствата от РЗИ показват, че покритието се осигурява от систематично внедряване на политики, а не само от индивидуални срещи между родител и лекар. Методологичната подкрепа за нетипични случаи на наваксване, бързата реакция на запитване от личен лекар и координацията с медиаторите могат да предотвратят неясни здравни досиета или временно отлагане да се превърнат в незавършена ваксинация.

3.1.3 Здравни медиатори

Здравните медиатори предоставят форма на капацитет и възможност, която други участници не могат лесно да заменят. Те познават общността, влизат в домакинствата, обясняват на познат език, идентифицират практически бариери, напомнят на семействата, придружават ги до услугите и поддържат контакт след пропуснати прегледи. Тяхната роля е по-скоро релационна, отколкото формална и професионална; тя често позволява авторитетът на личния лекар или РЗИ да бъде чут в общности, които са отдалечени от здравни институции или нямат доверие в системата на здравеопазването.

Според медиаторите, спазването на задължението за ваксинация често се дължи на външни структури: напомняния от личния лекар, изисквания от училище или детска градина и последващи действия от медиатора. Родителите могат да следват имунизационния календар, без сами да разбират ваксината, заболяването или времето на ваксинация. Отказите и забавянията произтичат от ниска здравна грамотност, ограничено владеене на български език, слухове, страх от температура или други реакции и слаба ангажираност с превантивните грижи.

Шансовете за изпълнение на препоръчителна ваксинация са по-слаби. Медиаторите в Хасково и Монтана съобщават за скептицизъм към HPV и за специфични митове за безплодието. Те също така описват опасения, че детето може да се разболее след ваксинация и че семействата не могат да си позволят лекарства, което показва как икономическата несигурност усилва възприемания риск от ваксината. В Стара Загора медиаторите споменават за преливане на дебатите от ерата на COVID към по-общ скептицизъм.

Комуникацията лице в лице се счита за по-ефективна от използването на листовки. Материалите са полезни, когато медиаторите ги превеждат и ги свързват с конкретни ситуации. Медиаторите подкрепят разговори, посещения от врата на врата, кампании за справяне с огнища и проследяване на домакинства; докладът дава примери за интензивна работа на терен, допринасяща за ваксинирането на големи групи по време на усилията за контрол на морбили. В същото време обучението по комуникация е неравномерно, сътрудничеството с общопрактикуващите лекари не винаги е надеждно, а някои сведения включват дискриминация или нежелание за споделяне на информация. Това са ограничения на системно ниво, а не дефицити в мотивацията на медиаторите.

Констатациите на медиаторите са специфични за избраните общности и не следва да се обобщават за всички уязвими групи. Тяхното значение се състои в разкриването на механизмите, чрез които ниската грамотност, бедността, мобилността, местните наративи и институционалните взаимоотношения превръщат преодолими бариери в пропусната ваксинация.

Медиаторите също така идентифицират ограниченията на информационните кампании, които не са свързани с действия по предоставяне на услуги. Родител може да приеме обяснение, но все пак да се нуждае от помощ при свързване с личния лекар, намиране на документи, организиране на транспорт или възстановяване след заболяване. *Следователно не*

просто убеждаване, а многократният контакт е механизмът за завършване на ваксинационния процес.

Констатациите на проучването дават индикации за неизбежните ограничения на ролята на медиатора. Медиаторите не трябва да заместват клиничното консултиране или да правят медицински преценки; тяхната ценност е да подготвят разговора, да изяснят опасенията, да преведат обяснението и да подкрепят последващите действия. Ясните пътища към общопрактикуващите лекари и РЗИ са от съществено значение, когато се повдигнат въпроси, свързани с противопоказания, нежелани събития или сложни графици за наваксване.

3.1.4 Синтез на констатациите по отношение на професионалните групи

Таблицата представя кратък синтез на ключовите констатации относно ролите и позициите на медицинските специалисти в имунизационния процес.

Таблица 2Медицински специалисти: обобщени резултати с един поглед

Професионална група	Основен актив	Основно ограничение	Отличително предимство
Общопрактикуващи лекари	Висока клинична легитимност, силна про-ваксинационна позиция, рутинен контакт и възможност за имунизация.	Ограничено време за консултации, неравномерна дълбочина на консултирането, слабо проследяване на пропуснати дози и зависимост от заангажираност и присъствие на родителите.	Индивидуална препоръка, оценка на безопасността, напомняне и прилагане.
РЗИ инспектори	Институционален авторитет, надграждащ експертен опит и координация между институции.	Ограничен персонал/ресурси и невъзможност за самостоятелно решаване на проблемите с бедността, мобилността или недостига на медицински специалисти.	Протоколи, възстановяване на данни, бързо решаване на проблеми и координирани кампании.
Здравни медиатори	Доверие на ниво домакинство, езиков/контекстуален превод и многократни информационно-просветителски приноси.	Променливо обучение, ограничени ресурси и неравномерно сътрудничество с общопрактикуващите лекари/институции.	Навигация, придружаване, социално доверие и последващи действия в труднодостъпни общности.

При всички професионални групи доказателствата описват по-скоро разлика в изпълнението, отколкото разлика в професионалното отношение. Силната професионална мотивация не се превръща автоматично в разбиране, посещаемост, съгласие и завършване на необходимите имунизации от страна на родителите. Докладите настойчиво призовават за допълващи се роли: общопрактикуващият лекар осигурява медицинска легитимност, медиаторът - доверие в отношенията и насочване, а инспекторът - институционална съгласуваност.

3.2 Родители и настойници

3.2.1 Задължителни имунизации на подрастващите

И двата доклада показват, че задължителните имунизации - като правило - функционират по подразбиране. В проучването за HPV 90,0% от родителите съобщават, че детето е получило всички задължителни ваксини за съответната възраст. Проучването за задължителна ваксинация също описва високо покритие, като приблизително само едно на десет деца не е напълно покрито. Основното безпокойство е непълна или отложена имунизация, а не широко разпространен пълен отказ.

Сред родителите, чиито деца не са напълно ваксинирани, медицинските и временните причини са на преден план: здравословни състояния или противопоказания са посочени от 34,3%, а временно отлагане поради заболяване от 21,8%. Информационните и организационните фактори са били по-рядко срещани, но все пак се срещат: 9,0% са посочили недостатъчна консултация или информация, 8,5% - липса на яснота и 8,4% - липса на време. Тази тенденция подкрепя *диференцираното проследяване*: *някои деца се нуждаят от клинично наваксване след временно отлагане; а при други, родителите се нуждаят от подкрепа при вземане на решения или практическа помощ*.

Като цяло, обслужването е добро. 95% съобщават за лесен достъп до заведението, а 94,2% - за лесно администриране. Прегледът преди ваксинация (88,1%) и записването в медицинското досие (92,0%) са често срещани. Ясна консултация и информация за заболяването/ваксината са докладвани от около 84%, което все още е по-ниско от показателите за техническо обслужване. Близо половината (47,9%) не са получили писмени материали и само 55,2% са заявили, че всички необходими ваксини могат да бъдат доставени при едно посещение. Тези пропуски създават необходимост да се помни и от повторно посещение.

Достъпът не е идентичен с навременността. 28,9% съобщават, че чакат да видят медицински специалист, като натискът е по-голям в столицата и областните градове, отколкото в по-малките населени места. Качествените данни от уязвими семейства добавят информация за други трудности: пътуване, конкуриращи се задължения, ограничен брой местни специалисти, непълни досиета и нередовни контакти за превантивни грижи. Тези бариери не са доминиращото национално обяснение, но могат да бъдат решаващи за определени семейства.

Поведението на родителите често е реактивно. Само 61,7% заявяват, че познават имунизационния календар, т.е. 38,3% са нямат тези познания. На въпрос относно предстоящата ваксинация, 31,2% възнамеряват да ваксинират, 33,1% възнамеряват да не ваксинират, а 35,6% не са решили, което илюстрира как голяма част нямат ясен план. Сред тези, които възнамеряват да ваксинират, доминират тези, които ще поставят задължителни дози, докато 28,3% планират да наваксат пропуснати дози. 81,8% ценят редовните покани и напомняния.

Достъпът до информация е по-добър от организираното знание. 76,3% заявяват, че знаят къде да търсят информация, а 69,2% посочват личния лекар като доверен източник на първи избор. 24-35% обаче имат неточни убеждения относно безопасността на ваксините, прозрачността или

риска от заболяване, 30,7% изрично съобщават за липсваща информация, а 27,8% не могат да преценят дали са достатъчно информирани. Интересът към информацията за HPV и заболявания свързани с HPV е особено висок сред тези, които признават наличието на пропуски.

Нагласите към задължителни имунизации са като цяло положителни, но съдържат значително несигурно множество. 73% напълно подкрепят ваксинацията на подрастващите, а 74,9% заявяват, че биха дали на собственото си дете всички задължителни ваксини. Около една пета са несигурни; силното несъгласие е около 5%. Сред поддръжниците, превенцията на инфекциозните заболявания и благоприятната преценка за ползата и риска са по-важни от законовото задължение. Сред колебаещите се или отказващите родители, 72,6% са поставили под въпрос безопасността, 61,1% са предпочели естествения имунитет, 57,2% се съмняват в ефективността и 38,4% подценяват риска от заболяване.

Комуникацията с подрастващите е ограничена. Повечето родители информират детето в деня на ваксинацията; по-малко обясняват ваксината или отговарят на въпроси, а само малка част търсят информация заедно. Около една трета от децата се възприемат като приемащи, но страхуващи се от процедурата, докато други нямат формирано мнение. Това поддържа краткосрочно спазване на предписанията, но не прави много за развитието на бъдеща здравна грамотност и увереност.

Качествените дискусии с родители в уязвими общности показват същия модел: *институционални изисквания и рутинно поддържано поведение*. Участниците често казват, че са се ваксинирали, когато личният лекар се е обадил, но не могат да назоват ваксината или заболяването. Историите за безопасност, предполагаемите финансови стимули, социалните свидетелства и несигурността след COVID влияят на доверието. Печатни материали рядко са получавани; в Хасково те не са силно търсени, защото се разчита на личния лекар, докато в Монтана някои родители искат материалите да бъдат доставяни директно. Ефектите от COVID също се различават в зависимост от населеното място: временен страх в Хасково, по-широко ерозиране на доверието в Монтана. Тези констатации са специфични за профила на респондентите, но показват как националните модели се изостря в условията на неравностойно положение.

Връзката между общите нагласи и конкретното поведение е важна. *Подкрепата за ваксинация по принцип и готовността за ваксиниране на собственото дете са почти идентични, което предполага, че несигурната група не е давала просто социално желани абстрактни отговори*. В същото време, завършването остава повлияно от външни подтици. Докладите разграничават положителното мнение от поведенческата устойчивост: родител може да одобри ваксинацията, но да я отложи, когато детето е болно, графикът е неясен или няма уверение.

Докладът *„Да разберем какво е важно“* показва също разлика между технически адекватното обслужване и активното изграждане на доверие**. Осемдесет и осем процента описват приятна атмосфера и само 11,3% - негативно преживяване, но сравнително малко посочват допълнителни положителни характеристики. *Услугата често работи без инциденти, вместо да използва всяка среща за засилване на разбирателството и бъдещото планиране*.

Страхът на децата е част от семейното преживяване. Когато информацията се предоставя само в деня на ваксинацията, процедурната тревожност може да се тълкува като доказателство, че самата ваксинация е заплашителна. *По-ранното, подходящо за възрастта обсъждане и ясното обяснение на очакваните реакции биха могли да намалеят страха и да предотвратят пасивното или негативното отношение на подрастващите в по-късен етап от живота*.

Качествените данни също предупреждават да не се третират уязвимите родители като хомогенна група с ниски знания. Някои се съобразят с изискванията, други активно търсят информация, трети не се доверяват на по-новите ваксини, но приемат утвърдени, а четвърти имат твърди негативни убеждения. *Следователно, адаптирането трябва да се основава на загрижеността на родителя и връзката му с услугите, а не само на етническа принадлежност или местоживеене*.

3.2.2 Препоръчителна имунизация и HPV

Проучването за HPV показва, че осведомеността е широко разпространена, но често не е достатъчна за вземане на решение. 50,6% се описват като донякъде информирани, а 35,3% като напълно информирани; 14,1% са неинформирани. Сред тези, които са поне донякъде информирани, 82,0% знаят препоръчителната възраст, което оставя значителна разлика дори в рамките със самоопределилата се като информирана група.

Личният лекар или педиатърът е водещият източник, цитиран от 65,4%, **но също са влиятелни други родители** (39,7%), **следвани от традиционните медии** (28,8%), **онлайн източниците** (19,9%) **и социалните медии** (17,9%). Директната видимост на Министерството на здравеопазването, СЗО и РЗИ е ниска. Следователно информационната екосистема е многопластова: професионалните съвети носят легитимност, дискусиите между родители предоставят социални доказателства, а медийните или онлайн наративи оформят фоновите очаквания.

Информационните нужди на родителите са силно специфични. Информация за безопасността е поискана от 59,0%, за страничните ефекти - от 55,1%, как действа ваксината - от 49,4%, а продължителността на защитата - от 43,6%. Повече от една трета са искали по-ясно обяснение на риска от заболяване и предотвратените видове рак. Най-полезните възможности за комуникация биха били публични информационни кампании (54,5%), експертни медийни изявления (38,5%), специален уебсайт (37,8%) и по-добра комуникация между общопрактикуващите лекари/педиатри (35,3%). Интересът към състава, производителя и международните доказателства показва, че някои родители се нуждаят от прозрачност, а не от общо уверение. *Същите проблеми се превръщат в бариери*. Страничните ефекти са водещата възприемана причина за отказ (55,1%), следвани от вредни съставки (45,5%), съмнения относно ефективността (34,6%), ниско доверие в качеството на ваксината (34,0%) и страхове от безплодие (25,0%). 42,8% не познават друг родител, чието дете е било ваксинирано, което показва слаба социална нормализация. Следователно решението може да се усети като индивидуален експеримент, а не като стандартна превенция при юноши.

Обхватът на ваксинацията остава нисък и нестабилен и при двата пола. Сред момичетата на възраст 10-18 години 13,8% са завършили всички дози, а 8,3% са започнали с намерение да завършат; 50,5% не са решили, а 17,4% са решили да не се ваксинират. Сред момчетата на възраст 10-14 години 8,6% са напълно ваксинирани, 2,5% са започнали, 59,3% не са решили, а 22,2% са отказали. Базата от проучването за HPV изисква предпазливост, но половата структура е ясна и в съответствие с качествените доказателства.

Родителите, които приемат ваксинацията срещу HPV, наблягат на защитата от сериозни заболявания, превенцията като отговорна здравна грижа и ползите, надвишаващи рисковете. Отказващите и отлагащите ваксинацията се фокусират върху нежеланите реакции, съставките, качеството на ваксината и недостатъчната информация. Опасенията за безопасността са силни и за двата пола, докато момчетата допълнително се сблъскват с ниска възприемана релевантност: 20,6% от родителите на момчета в съответната подгрупа смятат, че детето не е

изложено на риск. Историческото рамкиране около рака на маточната шийка е направило превенцията срещу HPV по-интуитивна за дъщерите, отколкото за синовете.

Отбелязва се голяма група нерешили или колебаещи се родители. Сред родителите, които са отказали, които не са решили или са прекратили ваксинацията, 42,3% са заявили, че биха се ваксинирали, ако ваксинацията срещу HPV стане задължителна, 39,8% все още не могат да решат, а 17,9% биха отказали. Това само по себе си не оправдава задължителното въвеждане; то показва, че институционалната легитимност и намалената тежест на вземане на решения влияят върху поведението. Качествените дискусии предупреждават, че принудата може също да генерира съпротивление сред някои родители.

Научната информация може да промени нагласите на родителите, когато е достоверна. След предоставяне на доказателства от страни с високо покритие, 41,8% са се променили донякъде мнението си положително, а 5,9% са станали позитивни; много малко са се променили мнението си отрицателно. Сред родителите, които все още не са ваксинирали децата си или са прекратили, над една трета са станали по-склонни или определено са склонни да ваксинират, въпреки че една трета не са решили, а резистентното ядро е останало отрицателно. Ефектите са по-силни сред родителите, които вече са имали медицинска препоръка, което потвърждава, че доказателствата работят чрез доверие, а не независимо от него.

Качествените констатации показват защо - родителите преминават през поредица от <u>прагове</u>: *осведоменост, разбиране на логиката за превенция на рака, разпознаване на принадлежност към целевата групата, осъзнаване на значимост за конкретното дете, доверие в посланика, приемане на баланса полза-риск и намиране на практичен път към започване и завършване*. *<u>Неуспехът на който и да е праг води до бездействие</u>*. Родителите разграничават консултирането, което се усеща като грижа, от рекламата, която се усеща като комерсиална. Специалистите по специфични заболявания - гинеколози, онколози и експерти по обществено здраве - могат да подкрепят общопрактикуващия лекар, като свържат ваксината с превенцията на рака.

Докладът за HPV добавя констатации, които не са откроени в доклада *„Да разберем какво е важно“*: *значение на пола, дискомфорт, свързан със сексуалността, необходимостта от обяснение на ваксинацията преди среща с вируса без морализиране, опасения относно производителя, партидата и съхранението, както и значението на изричната подкрепа за завършване на необходимите дози преди възрастовите граници*. И обратно, докладът „Да р*азберем какво е важно“* добавя институционалния контекст и равнопоставеността - РЗИ, медиатори, мобилност, документация, достъп до селските райони и доверие на уязвимите общности - които фокус групите за HPV в градските райони не могат да оценят директно.

Информационните ефекти също варират в зависимост от началната позиция. Родителите, които са били частично информирани, не са особено склонни вземат решение, което показва, че <u>фрагментираните знания могат да увеличат когнитивното натоварване, без да разрешат избора</u>. Родителите, които вече са отказали ваксинацията дори при задължителен сценарий, са по-слабо заинтересовани от научни доказателства, както и такива, които се смятат за напълно информирани, но имат стабилни негативни убеждения. Това подкрепя сегментирането, а не еднократната информационна схема.

Не всички опасения за безопасност са взаимнозаменяеми. Някои родители търсят вероятности и международни доказателства; други искат да знаят какво се случва при температура, припадък или предишна предполагаема реакция; трети не се доверяват на съставките, производителите или съхранението. За да е полезна, консултацията трябва да определи кое притеснение е актуално. Уверението относно ефективността няма да разреши проблема със

съхранението, а листовка за принадлежност към целевата група няма да разреши страха от безплодие.

Ролите на специалистите са допълващи, а не конкурентни. Родителите рядко са търсили второ мнение и много малко са съобщават за медицинска препоръка срещу ваксинация срещу HPV. Това предполага, че свързването на процеса на личния лекар с гинекологична, онкологична или обществено-здравна експертиза би могло да задълбочи доверието, без да представя медицинската професия като разделена. Специализираният принос е особено ценен за обяснение на тежестта на рака и обосновката за ваксинация преди среща с вируса.

Тъй като HPV анкетата е с малък обхват, разликите по пол, образование или населено място трябва да се третират като сигнали за разработване на програми и по-нататъшно наблюдение, а не като точни оценки за групите респонденти. Въпреки това, съвпадението на данните за покритие и информационни нужди с качествените данни подкрепя формулирането на три стабилни приоритета:

- ✓ засилване на препоръчителните дейности,
- ✓ управляемост на безопасността и
- ✓ нормализиране на ваксинацията както за момчета, така и за момичета.

3.3 Общи констатации и приноси, специфични за доклада

Таблицата по-долу обобщава констатациите относно родителите/настойниците от двата доклада

Таблица 3Разбиране на родителите

Споделено заключение	Доказателства, появяващи се главно в доклада „Да р*азберем какво е важно*“ (задължителна ваксинация)	Доказателства, появяващи се главно в доклада „*Разбиране, което има значение*“ (ваксинация срещу HPV)
Задължителните имунизации се поддържат от рутинни мерки, авторитети на общопрактикуващите лекари и институционални очаквания; *препоръчителни имунизации са по-нестабилни*.	Анкета сред специалисти и диференциация на ролите на първа линия.	Подробен прагов модел на активен родителски избор.
Колебанието и отлагането са по-разпространени и по-съществени от категоричния отказ.	Пропусната доза, наваксване и пропуски в прехода *от определяне на принадлежност към целевата групата до планирането*.	Категория родители (количествено идентифицирана), които менят мнението си, в зависимост от различни сценарии свързани със субективност и информираност.
Доверието в общопрактикуващия лекар е от основно значение, но задълбочеността на	Самооценка на общопрактикуващите лекари и търсене на инструменти за комуникация.	Препоръките, отговори на въпроси и мненията на специалистите - според мненията на родителите.

Споделено заключение	Доказателства, появяващи се главно в доклада „Да р*азберем какво е важно*“ (задължителна ваксинация)	Доказателства, появяващи се главно в доклада „*Разбиране, което има значение*“ (ваксинация срещу HPV)
консултирането и последващите действия са неравномерни.		
Знанието трябва да е използваемо, повторяемо и свързано с действие.	Познания за имунизационния календар, разбиране на нуждите на уязвимите общности и езиковите бариери.	Принадлежност към целевата група, време, релевантност за момчетата, механизъм и логика за превенция на рака.
Достъпът представлява процес, а не просто наличие на ваксина.	Мобилност, осигуряване, регистри, недостиг в селските райони, медиатори и координация от страна на РЗИ.	Планиране, възрастови ограничения, завършване на процеса на ваксинация и видими процедури за безопасност.
Страхът и слухове от социалните мрежи могат да надделеят над абстрактния риск от заболяване.	Истории от общността, различия след COVID и вярвания за естествения имунитет.	Безплодие, съставки, производител, сексуалност и липса на положителни примери в социалната среда .

4. Интегриран анализ чрез COM-B Logic

4.1 Капацитет: от осведоменост към разбиране, достатъчно за вземане на решение

Констатациите на двата доклада по отношение на разграничението между номинална осведоменост и функционална способност са в унисон. Много родители знаят, че съществуват ваксини, знаят кого да попитат и изразяват като цяло благосклонно отношение. Те са по-малко последователни в това да обяснят предотвратеното заболяване, времето, последователността на дозите, последствията от забавянето, значението на препоръчителния статус или овладяването на очакваните реакции. *В поведенчески термини осведомеността се превръща в способност само когато подкрепя конкретно решение и следващо действие*.

При задължителните имунизации системата частично компенсира слабия капацитет за решение. Имунизационният календар, досието на личния лекар и институционалните изисквания казват на семейството кога да действа. Родителите могат да се съобразят, без самостоятелно да следят календара или да назовават ваксината. Това обяснява очевидния парадокс на високото задължително покритие, съчетан с фрагментирани знания. Същата архитектура е по-слаба за препоръчителните ваксини, така че пропуските в капацитета стават видими като нерешителност и забавяне.

HPV изисква особено взискателен обяснителен модел. Родителите трябва да разберат, че HPV е често срещан вирус, че инфекцията може да причини множество видове рак и други заболявания, че ваксинацията е най-ефективна преди среща с вируса, че момчетата се възползват директно и че препоръчителният статус на програмата не означава маргинална важност. Те също така се нуждаят от практически познания за принадлежност към целевата група, схема на дозиране, безплатно предоставяне и завършване. И все пак, именно частичните знания - например, връзка само с рака на маточната шийка - могат да повишат осведомеността, като същевременно изключват момчетата или насърчават отлагането.

Паметта и планирането са част от способностите: ясната нужда от напомняния, несигурността относно графика и зависимостта от указанията на личния лекар показват, че забравянето и слабото планиране на бъдещето не са тривиални административни проблеми. Следователно, напомнянето трябва да прави повече от това да запазва час. То трябва да посочва отново защо ваксината е важна, да определя настоящите дози и да дава ясни указания за действие.

Разбирането е социално обусловено: качествените данни от уязвими общности описват ниска грамотност, езикови бариери, непознати медицински термини и лоша документация. Тези фактори правят стандартните листовки или кратките технически обяснения неизползваеми. Материалите стават ефективни, когато са преведени от медиатор или клиницист на познат език и са свързани с непосредствената ситуация на семейството.

Професионалният капацитет е като цяло силен, но се нуждае от инструменти за превод. Личните лекари следват официалните актуализации и подкрепят ваксинацията, но консултирането, според родителите, е непоследователно и една пета от общопрактикуващите лекари имат твърде широко виждане за противопоказанията. Необходимата интервенция не е обща информационна кампания за лекарите. Тя следва да представлява целенасочен пакет от кратки клинични актуализации, сценарии за консултиране, визуални помагала, инструменти за наваксване и готови за насочване отговори на често задавани въпроси.

Самите юноши са подценена целева група. Родителите обикновено контролират процеса и често информират детето непосредствено преди ваксинацията. Подходящото за възрастта обяснение може да намали процедурния страх, да подкрепи съгласието и да изгради увереност във ваксинацията в бъдеще, особено за препоръчителни ваксини, които изискват от юношата да разбира превантивната логика.

Следователно, *способността* трябва да бъде проектирана като многопластов продукт, а не като единична листовка. Универсалният пласт трябва да показва имунизационния календар и следващите действия. Специфичният за ваксината слой трябва да разглежда заболяването, баланса полза-риск и общите опасения. Персонализиран слой трябва да разглежда здравословното състояние на детето, предишните реакции и историята на наваксване. Тази структура намалява информационното претоварване, като същевременно запазва достатъчно дълбочина за активно търсещите информация.

Докладите също така предполагат, че способността трябва да се измерва поведенчески. Осведомеността за ваксината или самооценката на увереността не са достатъчни. По-полезни показатели включват данни дали родителят може да определи следващата доза, да обясни защо се препоръчва ваксинация срещу HPV преди потенциален контакт със вируса, да разграничи очакваните реакции от предупредителните знаци и да посочи къде да потърси помощ след пропусната доза.

4.2 Възможност: превръщане на формалния достъп в лесен процес

Проучванията показват, че физическият достъп и предоставянето на услуги като цяло функционират. Повечето родители могат да стигнат до здравно заведение, да получат ваксината и да се доверят на личния лекар. Качествените доказателства не оспорват това; те демонстрират концентрация. Бариерите пред възможностите са по-изразени сред мобилните, неосигурените, живеещите в отдалечени райони, бедните или лошо документираните семейства и в общности със слабо институционално доверие. Следователно националните средни стойности и местната уязвимост са две нива на една и съща система.

Възможността трябва да се разбира като верига: *идентифициране на принадлежност към целевата групата; навременно напомняне; достъп до разбираеми съвети; запазване на час; оценка преди ваксинация; наличност на ваксина; прилагане; документация; и завършване на ваксинационната схема или наваксване на пропуснати дози*. Пропускането на всеки един от тези етапи може да прекъсне ваксинационния процес. Веригата е особено крехка за препоръчителните ваксини, тъй като има по-малко автоматични подсказки и по-малко възприемана спешност.

Малките проблеми се усилват, когато мотивацията е слаба. Повторното посещение, времето за чакане, неудобните часове или несигурността къде да се отиде може да са поносими за силно мотивиран родител, но решаващи за амбивалентен такъв. Констатацията, че само около половината от родителите са успели да получат всички необходими ваксини при едно посещение, съчетана с ниско ниво на завършеност на HPV ваксинационна схема и слабо планиране, подкрепя дизайн на услугите, който минимизира повторните усилия, когато е клинично подходящо и въвежда система на проследяване, когато са необходими множество контакти.

Информационната инфраструктура е част от *физическата възможност*. Личните лекари, медиаторите и инспекторите съобщават за непълна видимост на специфичния за дозата статус и трудности при възстановяването на досиетата за деца, завръщащи се от чужбина. Без надеждни списъци, целенасочената работа с обществеността зависи от индивидуалната памет и неформалния обмен. По-доброто споделяне на данни за наваксване и ясната отговорност за последващите действия са предпоставки за равнопоставен имунизационен процес.

***Социалната възможност* за задължителна ваксинация е силна**. От отговорните родители се очаква да спазват календара, а изискванията за училище или детска градина засилват нормата.

***Социалната възможност* за HPV е слаба**: много родители не познават ваксинирани връстници, темата може да се усеща като изключителна или комерсиална, а исторически ориентираното към жените рамкиране намалява релевантността ѝ за момчетата. *Следователно социалната нормализация трябва да бъде целенасочено изградена* чрез рутинни разговори, основани на възрастта, училищни канали за контакт и достоверни примери.

Доверието е и фактор на възможностите, защото определя дали дадена услуга може да бъде използвана. Личният лекар е основният медицински портал, но докладите показват, че една професионална група не може да обхване всеки контекст. Инспекторите на РЗИ осигуряват институционална власт и координация; здравните медиатори осигуряват достъп до домакинствата и многократен контакт; специалистите свързват HPV с превенцията на рака; училищата осигуряват надежден път към родителите. *Оптималният модел е координирана последователност, в която съобщенията се подсилват, а не се дублират или си противоречат взаимно*.

Равенството изисква проактивно прилагане. Пасивните уебсайтове и средствата за масова информация ще бъдат от полза за родителите, които вече са близо до здравната система. Уязвимите семейства се нуждаят от работа с обществеността, офлайн материали, контакт с медиатор, координация в училище, гъвкави срещи, мобилни или обществени сесии, а където е оправдано и помощ с досието и навигация, свързана с осигуровки. Качествената извадка за HPV проучването беше градска, така че тези мерки трябва да бъдат тествани чрез допълнително бързо проучване в селски и малцинствени райони, вместо да се приема, че работят еднакво навсякъде.

Оперативното разграничение между универсални и целенасочени мерки е важно. Универсалните напомняния, стандартното консултиране и прегледът въз основа на възрастта намаляват пропуснатите възможности за всички семейства. Допълнителни информационни дейности трябва да бъдат задействани при разпознаваем риск от отпадане: повтаряща се липса на отговор, мобилност, неясни данни, разстояние, липса на осигуровка, езикови нужди или предишни пропуснати дози. Това предотвратява както недостатъчната подкрепа, така и стигматизирането на цели общности.

Възможността зависи и от съгласуваността на контактите и отчетността. Родителите трябва да знаят кой е отговорен за следващата стъпка, докато системата трябва да знае дали е направена препоръка, запазен час, има налична доза и последващи действия. Без този затворен цикъл, препоръката може да бъде регистрирана като дейност, дори когато детето все още не е ваксинирано.

4.3 Мотивация: доверие, значимост на риска и ефект на възможността за избор

Мотивацията е областта, в която задължителните и препоръчителните имунизации се различават най-много. *Задължителните ваксини* са познати, изпитани във времето и външно структурирани. Родителите могат да действат по навик и задължение, дори когато убеждение на база на опит е непълно. *Препоръчителните ваксини* изискват съзнателна причина да се действа сега. При липса на силна препоръка и ясна спешност, „препоръчително“ може да се тълкува като незадължително, по-малко необходимо или безопасно отлагаемо.

Доминиращият мотивационен механизъм е инверсията на риска. Повишена температура, обрив, история за безплодие или предполагаема индивидуална реакция са ярки и незабавни. Предотвратеното заболяване е абстрактно, напред във времето и вероятностно. При HPV, бъдещата превенция на рака се конкурира с опасенията относно инжекция, поставена на здраво дете в момента. Когато комуникацията просто повтаря, че ваксината е безопасна, тя може да не отговори на действителния въпрос на родителя: какво може да се случи с детето ми, какво се очаква, какво означава *рядко*, какво трябва да направя и кой е отговорен?

Рефлективната мотивация е отслабена от съмнения относно ефективността, съставките, качеството и институционалните мотиви. Родителите искат доказателства от производителя и международни доказателства не защото всички изискват технически подробности, а защото прозрачността сигнализира за отчетност. Доказателствата са най-влиятелни, когато доверен специалист ги превърне в препоръка за конкретното дете. По-силният информационен ефект на проучването за HPV сред тези, които вече са получили медицинска препоръка, илюстрира това взаимодействие.

Автоматичната мотивация се формира от страх, предишен опит и социални истории. Родителите може да не класифицират социалните медии като надежден източник, но онлайн

слуховете се предават многократно от роднини и родители и придобиват достоверност чрез близостта на вестоносеца. Негативната история може да надделее над съвкупните доказателства, особено когато ваксината не е социално нормализирана. Положителните примери от други родители могат да работят в обратна посока, но те трябва да се използват внимателно и некомерсиално.

Доверието свързва всички COM-B домейни: *информацията е използваема само ако на посредника се има доверие; достъпът става приложим само ако процесът е безопасен; мотивацията се засилва, когато рискът от заболяването и рискът от ваксината се интерпретират чрез надеждна връзка*. *Доверието на общопрактикуващия лекар е най-важният актив, но не е неуязвимо*. Кратките консултации, подозрителните финансови стимули, лошото сътрудничество, дискриминацията или рекламният тон могат да го отслабят. Доверието на медиатора и доверието към специалиста могат да поправят или подсилят веригата.

COVID-19 остава вторично, неравномерно влияние, а не единично национално обяснение. Личните лекари са склонни да виждат остатъчно отлагане, а не цялостна промяна; медиаторите и някои родителски групи съобщават за по-концентрирано недоверие и дезинформация. Родителите често разграничават установените детски ваксини от ваксините срещу COVID, но пандемията е увеличила чувствителността към бързи кампании, скрити мотиви и слухове за нежелани реакции след ваксинация.

Основната целева група е категорията родители, които по-лесно могат да променят мнението си: несигурни, частично информирани, тревожни за безопасността родители. Резултатите от HPV изследването показват, че голяма част може да размисли след достоверна информация или демонстрирана по-силна институционална легитимност. На родителите, които категорично отказват ваксини се дължи уважително взаимодействие, но насочването на всички комуникационни усилия към тях би пропуснало по-голямата група, при която навременната препоръка, информация за безопасност и улесненият процес могат да променят поведението.

Полово обусловената релевантност е специфичен мотивационен фактор за HPV. Момчетата не трябва да бъдат представяни само като преносители, които защитават момичетата. Комуникацията трябва да посочва преките ползи за здравето на мъжете, често срещания характер на HPV инфекцията и причината за ваксинация преди среща с вируса. Програмата трябва да премине от тясна рамка на рака на маточната шийка към по-широка рамка на превенцията на рака и здравето на подрастващите, без да се морализира по отношение на сексуалността.

Мотивационната комуникация трябва да запази свободата на действие, като същевременно намали тежестта на самостоятелното вземане на решения. Силната професионална препоръка може да бъде ясна, без да е принудителна: медицинския специалист може да заяви какво препоръчва и защо, да предизвика въпроси, да признае несигурността и да се съгласи за следващата стъпка. Това е по-ефективно от неутралното затрупване с информация или натиск, който може да предизвика реактивност.

Възстановяването на доверието изисква видима отчетност. Родителите, които подозират търговски мотиви или се страхуват от скрити нежелани реакции, трябва да видят кой е избрал ваксината, как се следи безопасността, как се документират партидите и съхранението и къде се докладват опасения. Прозрачността не е само информационна; тя сигнализира, че институциите поемат отговорност за програмата.

4.4 Интегриран поведенчески процес и последици

Комбинирането на доказателствата насочва към последователен процес започващ с определяне на принадлежност към целевата групата и приключващ със завършването на ваксинационния процес. Системата трябва да идентифицира отговарящото на условията дете; да подкани семейството рано; да създаде надежден момент за вземане на решение; да осигури разбираемо консултиране за съотношението полза-риск; да предложи лесно запазване на час и видима проверка за безопасност; да запише дозата; и да проследява до завършване или наваксване. Процесът трябва да функционира и за задължителните и за препоръчителните ваксини, но препоръчителните ваксини изискват по-силна мотивационна и социална подкрепа.

Шест механизма обобщават аналитичния преход към препоръките:

- ✓ Първо, *реактивно съобразяване*: родителите действат, когато са призовани или има изисквания към тях.
- ✓ Второ, *инверсия на риска*: реакциите към ваксините са по-забележими от болестите.
- ✓ Трето, *превод на доверието*: научната информация променя поведението чрез доверителни взаимоотношения.
- ✓ Четвърто, *ефектът на възможността за избор*: препоръчителният статус намалява възприеманата необходимост.
- ✓ Пето, *натрупване на дребни пречки*: значението на малките бариери се увеличава, когато способностите или мотивацията са слаби.
- ✓ Шесто, *липса на положителни примери в социалната среда*: HPV остава недостатъчно нормализиран, особено при момчетата.

Таблица 4 От анализ до препоръки

COM-B домейн	Задължителни ваксини	Препоръчителни ваксини / HPV	Последици за дизайн на интервенция
Възможности	Календарът и досиетата на личния лекар компенсират непълните знания на родителите.	Родителите трябва да разбират значението, възрастта, рисковете, ползите, също и за момчетата и завършването на дозата.	Предоставете информация, основана на оценка на вземането на решения, повтаряща се и специфична за възрастта.
Физическа възможност	Рутинните посещения, правните/администра-тивните очаквания и установените работни процеси подкрепят действията.	Напомнянията и помощта за завършване са непоследователни; достъпът може да е неясен близо до възрастовите ограничения.	Създаване на стандартен работен процес за прехода от оценка на принадлежност към целевата групата до завършване на ваксинационната схема, включваща напомняния и лесно запазване на час.
Социална възможност	Стабилната норма подкрепя спазването на правилата.	Недостатъчните примери на връстници, търговската подозрителност и рамкирането на пола позволяват отлагане.	Нормализирайте HPV чрез надеждни медицински и училищни канали.

COM-B домейн	Задължителни ваксини	Препоръчителни ваксини / HPV	Последици за дизайн на интервенция
Рефлективна мотивация	Познаването и задълженията намаляват тежестта на вземане на решения.	Преценката за съотношението полза-риск и възприеманата необходимост трябва да бъдат активно изградени.	Използване на силни персонализирани препоръки и прозрачни доказателства.
Автоматична мотивация	Навикът може да поддържа действието въпреки остатъчния страх.	Тревожността и слуховете за нежелани реакции лесно доминират риска от бъдещо заболяване.	Признайте страха, обяснете реакциите и предоставете практичен план за безопасност.

Практическо сегментиране:

- ✓ *Тези, които приемат ваксините и се доверяват на рутината* се нуждаят от навременна подкана и уверение.
- ✓ *Активно търсещите информация* се нуждаят от прозрачни доказателства, специализирано одобрение и време за вземане на решение.
- ✓ *Отлагащите, които търсят най-вече безопасност* се нуждаят от ясен план за очаквани реакции, предупредителна информация и последващи действия.
- ✓ *Скептичните или реактивните родители* се нуждаят от некомерсиален диалог, който признава опасенията, а не ги отхвърля.
- ✓ *Родителите на момчета* се нуждаят от изрично конструирана релевантност.
- ✓ *Родителите, които нямат достъп до здравни грижи*, се нуждаят от информационна работа и навигация, а не от пасивна информация.

Аналитичното заключение не е, че една комуникационна кампания ще реши проблема с ниската степен на покритие. Задачата на политиката е да се изгради поведенческа система, в която едновременно се подкрепят способностите, възможностите и мотивацията. *Това обосновава препоръките по-долу* .

Процес, които е най-малкото жизнеспособен, може да бъде описан чрез седем въпроса:

- ✓ Детето идентифицирано ли е като отговарящо на условията?
- ✓ Семейството беше ли подканено рано?
- ✓ Доверен професионалист даде ли ясна препоръка?
- ✓ Бяха ли разгледани специфичните притеснения на родителя?
- ✓ Достъпът беше ли лесен и процесът на безопасност - видим?
- ✓ Дозата записана ли е?
- ✓ Активно ли се е проследявало завършването или наваксването?

Тези въпроси могат да се използват както за програмен одит, така и за управление на отделни случаи.

Системата за задължителна ваксинация показва, че мерките по подразбиране работят, но целта не трябва да бъде единствено автоматично спазване на предписанията. По-силният модел съчетава надеждността на рутината с информиран избор: родителите разбират достатъчно, за да действат, средата улеснява действието, а мотивацията е подкрепена от надеждни взаимоотношения. Това е особено важно за поддържане на доверие по време на бъдещи огнища или промени в програмата.

5. Практични препоръки

Препоръките *за действие* консолидират двата доклада, вместо да възпроизвеждат дословно нито един от списъците с препоръки, и са умишлено кратки. Всяко действие включва вътрешна връзка към аналитичния раздел, който предоставя основната му обосновка. Универсално приложимото за тях е, че изпълнението трябва да запазва информирания избор, да използва некомерсиални посланици и да разграничава универсалните мерки от дейностите насочени към гарантиране на равенството.

1. Установяване на стандартен, базиран на възрастта, стандартен процес от установяване на подлежащите на ваксинация деца до завършване на ваксинационния.

Действие: Инициирайте рутинен преглед, на възраст 10-12 години, обхващащ задължителните дози, наваксването и HPV; напомнете ранно, осигурете консултиране, предложете записване, запишете решението и проследете, докато необходимата доза или курс не бъдат завършени.

Обосновка: Вижте интегрирания анализ на пътищата[7] и възможностите.

Основни участници: Министерство на здравеопазването: стандарти; общопрактикуващ лекар: внедряване; РЗИ: надзор; училище: контакт за подкрепа.

2. Институционализирайте напомнянията, списъците с пропуснати дози и активното проследяване.

Действие: Използвайте оперативно съвместими напомняния за общопрактикуващи лекари и електронно здравеопазване, SMS или други подходящи цифрови канали, телефонни обаждания и работа с медиатори. Напомнянията трябва да идентифицират ваксината/дозата, да обясняват защо е важна и да посочват ясна последователност от действия. Проследявайте липсата на отговор и прекъсването на ваксинацията между дозите за HPV.

Обосновка: Вижте анализ на капацитета и анализ на възможностите.

Основни участници: екипи от общопрактикуващи лекари и система за електронно здравеопазване; медиатори и училища: труднодостъпни семейства; РЗИ: мониторинг.

3. Осигурете структуриран пакет за консултиране на общопрактикуващите лекари, педиатрите и медицинските сестри.

Действие: Предоставете кратки сценарии, визуални помощни средства за вземане на решения и материали за лесна употреба, обхващащи риска от заболяване, ползите, безопасността, очакваните реакции, истинските противопоказания, наваксването на пропуснати дози, убежденията за естествения имунитет и опасенията след COVID. Включете съдържание, готово за насочване, от специалисти по гинекология, онкология и обществено здраве за HPV.

Обосновка: Вижте анализ на способностите и анализ на мотивацията.

Основни участници: Министерство/РЗИ/експертни съвети; професионални асоциации; общопрактикуващи лекари.

4. Поставете прозрачната комуникация за безопасност и сравнителния риск в центъра.

Действие: Обяснете често срещаните реакции, които могат да се лекуват, редките сериозни събития, критериите за отлагане, предупредителна информация, с кого да се свържат и как се съобщават нежеланите събития. Сравнете рисковете от ваксинацията с рисковете от заболяване и бъдещи ракови заболявания, свързани с HPV, без да преувеличавате.

Обосновка: Вижте анализа на мотивацията.

[7] Вътрешни хипервръзки свързват препоръките със съответния анализ на COM-B .

Основни участници: общопрактикуващи лекари и специалисти по консултации; национална кампания и официални дигитални канали.

5. Преосмисляне на HPV като рутинна, специфична за възрастта превенция на рака при момичета и момчета.

Действие: Обяснете пряката защита за момчетата и момичетата, обосновката за ваксинация преди излагане на риск и факта, че „препоръчително“ не означава „неважно“. Избягвайте рамкиране, основано на сексуалност или само за жени; отделете комуникацията за обществено здраве от фармацевтичното брандиране.

Обосновка: Вижте анализ на мотивацията и анализ на социалните възможности.

Основни участници: Национална програма, общопрактикуващи лекари/педиатри, училища, онкологични специалисти и РЗИ.

6. Изградете координирана верига на доверие с ясно разпределение на ролите.

Действие: Използвайте инспектори на РЗИ за стандарти, насоки за наваксване и координация; общопрактикуващи лекари за медицински препоръки и ваксинация; медиатори за доверие в уязвими групи, превод и навигация; училища/общини/НПО за контакт и логистична подкрепа. Съгласувайте общи послания.

Обосновка: Вижте анализ на възможностите и интегриран процес.

Основни участници: Регионална координация, ръководена от РЗИ, с първичната медицинска помощ, мрежите от медиатори и образователните власти.

7. Осигуряване на целенасочена работа с уязвими, мобилни и недостатъчно обслужвани семейства.

Действие: Използвайте домашни посещения, координация в училище, гъвкави срещи, транспорт или мобилни/общностни сесии, където е оправдано, материали за хора с ниска грамотност и офлайн материали, езикова подкрепа и съдействие по въпроси, свързани със здравноосигурителния статус и медицинската документация. Тествайте процесите чрез бързи локални консултации, вместо да приемате един модел.

Обосновка: Вижте анализ на възможностите и анализ на капацитета.

Основни участници: Общини, здравни институции, здравни медиатори, общопрактикуващи лекари, училища и обществени организации.

8. Укрепване на данните за наваксване, възстановяване на записи и отчетност.

Действие: Създавайте списъци, специфични за възрастта и дозата, изяснете отговорността за деца, завръщащи се от чужбина или с неясна история, подкрепете възстановяването на досието и гарантирайте, че принадлежност към целевата групата, поканата, администрирането и завършването могат да се наблюдават, без да се разчита на индивидуалната памет.

Обосновка: Вижте анализ на възможностите и интегриран процес.

Основни участници: РЗИ: методологично ръководство; електронно здравеопазване: поддръжка на данни; общопрактикуващ лекар: изпълнение.

9. Включвайте подрастващите в комуникация, подходяща за възрастта им.

Действие: Предоставете кратки обяснения преди деня на ваксинацията, предизвикайте въпроси, обърнете внимание на процедурния страх и дайте на подрастващите разбираема информация за превенцията, очакваните реакции и последващите действия. За HPV, обсъдете превенцията на рака без морализиране.

Обосновка: Вижте анализ на способностите и анализ на мотивацията.

Основни участници: Родители, общопрактикуващи лекари/педиатри, училищен здравен персонал и учители, използващи одобрени материали.

10. Внедрете целенасочена система за мониторинг, оценка и обучение.

Действие: Проследете обхвата, навременността, пропуснатите дози, наваксването, започването/завършването на HPV, експозицията на препоръките, получаването на напомняния/материали, знанията за безопасност, доверието, колебанието и неравенствата по географско местоположение и уязвимост. Комбинирайте рутинните данни с бързи пулсови проучвания и периодични качествени проверки на слухове, опит с услугите и нови бариери.

Обосновка: Вижте интегрирания процес.

Основни участници: Министерство на здравеопазването и РЗИ, с данни от общопрактикуващи лекари/електронно здравеопазване и поръчани поведенчески изследвания.

5.1 Предложена последователност

За да се подобри приложимостта на препоръките, таблицата по-долу предлага времеви хоризонт и приоритизира предложените действия в него.

Таблица 5Хронология на препоръките

Времеви хоризонт	Приоритетни действия	Очакван поведенчески ефект
0-6 месеца	Сценарии за консултиране и помощни средства за вземане на решения; ранно вземане на решение за HPV; спецификации за напомняне; основно съдържание за безопасност; протоколи за регионална координация.	Бързо подобрение в съгласуваността на съобщенията, подкрепата за вземане на решения и бързата реализация.
6-18 месеца	Цифрови напомняния и проследяване на пропуснати дози; канали за контакт в училище; работен процес за наваксване на пропуснати дози; целенасочена работа с медиатори; материали за юноши.	По-висока навременност и завършване, по-нисък процент на отпадане и намалена неравнопоставеност при последващите действия.
Текущ	Пулсови проучвания, редовен преглед на рутинни данни и качествени проверки; тестване на съобщения и модели за работа с обществеността; адаптиране към слухове и промени в услугите.	Непрекъснато обучение и предотвратяване на еднократни ефекти от кампанията.

Качествените проверки следва да се използват за откриване на нововъзникващи слухове, промени в пътя на обслужване, разкази за нежелани събития, дискриминация или провали в координацията. Тяхната функция е обяснителна: да покажат защо даден индикатор се е променил и какво трябва да се адаптира, а не да оценят разпространението.

Бързите пулсови проучвания трябва да измерват разбирането на графика, възприеманата безопасност, значимостта на риска от заболяване, доверието в общопрактикуващите лекари и институциите, възприеманата значимост на HPV за момчетата и размера на групата все още не взели решение. Резултатите трябва да бъдат внимателно разделени по географско положение, образование и уязвимост, с адекватни размери на извадката.

Минималният набор за мониторинг следва да включва рутинните данни за покритие, отчитани специфично за възрастта, навременност, разпространение на пропуснати дози, наваксване, започване и завършване на серии срещу HPV, както и прекъсване между дозите. Индикаторите за процеса на обслужване трябва да включват достъп до професионална препоръка, получаване на напомняне, получаване на помощно средство за вземане на решения и последващи действия след неявяване.