



АНАЛИЗ НА ДОБРИ ПРАКТИКИ ОТ БЪЛГАРИЯ



Въведение. КОВИД-19. Поява, щамове, ваксини.

От ретроспекцията на настоящия момент месец декември на 2019 г.- началото на пандемията COVID-19 - изглежда отдавна отминал. Същевременно и към днешна дата нови щамове продължават да заразяват не малък брой хора. И макар че темата „Пандемията COVID-19“ провокира кризи в съвременното ни на макро- (социо-глобално) ниво (здравна, социална, образователна, трудово-правна, икономическа и пр.), последствията на микро- (индивидуално-семеино) ниво продължават да отекват силно и значимо.

Коронавирусите (CoV) са идентифицирани като човешки патогени през 60-те години на миналия век. Знае се, че повечето коронавируси заразяват животни (прилепи, птици и бозайници), които действат като резервоари и междинни гостоприемници, но понякога могат да сменят гостоприемника и да заразят хората.

По данни на Европейския център за контрол на заболяванията (ECDC) в момента има седем коронавируса, за които е известно, че заразяват хората. Четири от тях са причина за предимно леко до умерено заболяване на хората: HCoV-OC43, HCoV-NKU1 и HCoV-229E причиняват обикновени настинки (но могат да доведат и до тежки инфекции на долните дихателни пътища сред най-младите и най-възрастните), а HCoV-NL63 предизвиква бронхиолит при деца. Другите три причиняват по-тежко, а понякога и фатално за хората заболяване: SARS-CoV е отговорен за тежкия остър респираторен синдром (SARS), който се появи през 2002 г.; MERS-CoV е отговорен за Близкоизточния респираторен синдром (MERS), който се появи през 2012 г.; и SARS-CoV-2 (COVID-19). [1]

Последният, нов щам на коронавирус - SARS-CoV-2 беше идентифициран в края на 2019 г., в гр. Ухан, Китай, като до този момент той не беше наблюдаван по-рано при хора.

На 11 март 2020 г. (1) Световната здравна организация (СЗО) го определи като пандемия, като това беше и е първата пандемия, причинена от коронавирус. [2]

Епидемията от COVID-19 само през първия месец доведе до около 10 000 съобщени случая за заболели в огнището в гр. Ухан. Впоследствие бяха открити случаи в Европа и в други страни. [3]

Бързото и масово разпространение на COVID-19 беше провокирано от появата на нови щамове. След идентифицирането му за първи път през декември 2019 г. в Китай, през февруари 2020 г. в



Европа се появи мутацията D614G. Учени установиха, че този вариант става доминантната форма на коронавируса, която се разпространява по света. През лятото на 2020 г., заради летни почивки в Испания, се разви и друг вариант, свързан с мутация A222V.

През декември 2020 г. в Югоизточна Англия беше открит първият различен вариант на вируса, който "представляваше интерес" за научната общност заради повишения риск за общественото здраве. Той предизвика международен хаос, принуждавайки редица държави да преустановят полетите си от и до Острова. Откриването на новия вариант доведе и до поставянето на нови, по-строги ограничения на територията на Обединеното кралство.

Английският вариант, известен под названието V.1.1.7., съдържа множество мутации и е по-ефективен в свързването с ACE2 рецепторите, което улеснява инфектирането на човешките клетки. В резултат, по данни на агенцията "Обществено здраве" в Англия (Public Health England), беше установено, че вирусът е около 50% по-заразен и се предава между хората по-лесно.

Южноафриканският вариант - V.1.351, се появи по същото време, по което и английският. Подобно на него идентифицираният в ЮАР вариант съдържа мутацията "N501Y", която го прави по-заразен. Друга мутация - E484K, прави този щам донякъде способен да устои на антителата, които имунната система произвежда, за да обезвреди вируса. Това е и причината учените да проследяваха този вариант изключително внимателно.

В допълнение учени в Бразилия идентифицираха два други варианта, за които имаше данни, че съдържат по-опасни мутации.

Това, което отличава вариантите, е способността им да избягват имунния отговор на организма. По този начин нараства възможността от повторно заразяване на човек, който е преболедувал инфекцията и е изградил антитела. Тази особеност на вариантите постави под въпрос ефективността на някои от ваксините против вируса.

В началото на февруари 2020 г. проучване на южноафрикански университет откри, че ваксината на AstraZeneca има 10% ефективност срещу варианта от ЮАР. Клиничното изпитание, обхващащо 2000 участници, показва, че тази ваксина предоставя малко защита срещу слаби и умерени случаи на болестта, предизвикана от южноафриканския вариант. В резултат ЮАР спря употребата на препаратите на AstraZeneca от кампаниите си за масова ваксинация. [4]



На 31 декември 2020 г. Световната здравна организация (СЗО) издаде списък за спешна употреба на ваксина срещу COVID-19 (emergency use listing (EUL) of a COVID-19 vaccine). Оттогава пет ваксини са получили EUL. След положителна оценка на безопасността, качеството и ефикасността на съответните ваксини от страна на Европейската агенция по лекарствата (EMA) досега Европейската комисия е издала разрешение за търговия при определени условия на 5 ваксини, разработени от:

- BioNTech и Pfizer, на 21 декември 2020 г.
- Moderna, на 6 януари 2021 г.
- AstraZeneca, на 29 януари 2021 г.
- Janssen Pharmaceutica NV, на 11 март 2021 г.
- Novavax, на 20 декември 2021 г. [5]

Ваксините и ваксинацията са вече част от глобалния отговор на COVID-19 и стратегическа консултативна група от експерти по имунизация препоръча процесът на ваксинация да стане приоритет за високорискови лица. Докато плановете за ваксиниране се изпълняваха, страните продължиха да вземат всички необходими мерки за обществено здраве и социални грижи (public health and social measures (PHSM)) за забавяне на по-нататъшното разпространение, за избягване претовареността на здравните системи и предотвратяването на инфекции, особено сред възрастните хора и тези с хронични заболявания, представляващи рискова група с висок процент смъртни случаи.

Европейски орган за готовност и реакция при извънредни здравни ситуации (HERA)

През февруари 2021 г. Европейската комисия създаде Европейски орган за готовност и реакция при извънредни здравни ситуации (HERA). Органът е създаден с цел укрепване на способността на Европа да предотвратява, открива и реагира бързо при трансгранични извънредни здравни ситуации. [6] Благодарение на HERA ще могат да се предвиждат заплахи и потенциални здравни кризи чрез събиране на данни и изграждане на необходимия капацитет за реакция. Когато е налице извънредна ситуация, HERA подsigурява разработването, производството и разпространението на лекарства, ваксини и други медицински мерки за противодействие



(например ръкавици и маски), за които имаше най-остър недостиг по време на първата фаза от действията при появата на коронавируса.

За да се осигури бързо стартиране на HERA и надграждане на инкубатора HERA, започнат през февруари 2021 г., органът беше създаден като вътрешна структура на Комисията. Той заработи напълно в началото на 2022 г. Неговите функции ще се преразглеждат и адаптират ежегодно до 2025 г., когато ще бъде извършен цялостен преглед. [7]

В справянето с пандемията се създаде Стратегическа готовност и план за реакция срещу COVID-19 (СГПР) с основна цел ограничаване предаването на SARS-CoV-2 и превенция на свързани заболявания и смърт. През февруари 2021 г. СГПР бяха актуализирани, като процесът на ваксинация се превърна в глобален отговор. Бяха изведени глобални стратегически цели за 2021 г., а именно:

- Потискане на предаването чрез внедряване на одобрени ваксини срещу COVID-19 и ваксинация, провеждана на база изпълнение на препоръчаните ефективни и основани на доказателства обществени здравни и социални мерки, мерки за предотвратяване и контрол на инфекциите, в това число и откриване и тестване на съмнителни случаи; проучване на клъстери от случаи; проследяване на контакти; поддържане на карантина на контактите; изолиране на възможни и потвърдени случаи; прилагане на мерки за защита на високорисковите групи.
- Намаляване разпространението на коронавируса в общността чрез прилагане на нискорискови поведенчески модели и осъществяване на превенция и контрол на заразяването чрез ограничаване на струпването на много хора на едно място, поддържане на физическа дистанция; практикуване на правилна хигиена на ръцете; въвеждане на времеви ограничения за излизане; правилно и рационално използване на маски; подобряване на вентилацията на закрито.
- Подкрепа и „овластяване“ за решения на местно ниво с оглед повишаване на доверието и социалното сближаване и като резултат - намаляване на негативните последици от COVID-19.
- Борба с неосведомеността и дезинформацията за COVID-19 чрез своевременно обогатяване на информационната екосистема онлайн и офлайн и използване на подходящи, приложими и локални насоки.



- Защита на уязвими групи чрез вакцинация, осигуряване на готовност за предоставяне на ваксини във всички страни и на всички народи и провеждане на кампании за ваксиниране като се ангажират здравни работници и приоритетни групи.
- Намаляване на смъртността и заболяемостта чрез прилагане на ранна диагностика и провеждане на качествени грижи и лечение при пациенти с COVID-19, чрез осигуряване на достъп до кортикостероиди и кислород за тежко болните; поддържане от страна на здравните системи на адекватен отговор както по отношение на лечението на COVID-19, така и по отношение на другите основни здравни услуги; укрепване на здравните системи; гарантиране, че всички приоритетни групи във всяка държава са ваксинирани.
- Ускоряване на справедливия достъп до нови COVID-19 инструменти, включително ваксини, диагностика и терапевтични средства, и безопасното рационално тяхно разпределение и прилагане във всички държави.

Тази актуализация показва, че всички страни са увеличили своите нива на готовност, тревога и реакция за изпълнение национални планове за COVID-19 и че няма универсален подход за управление на случаи и огнища на COVID-19. Всяка държава трябва непрекъснато да оценява риска на местно ниво и бързо да прилага необходимите мерки по подходящ начин, с цел намаляване както на предаването на SARS-CoV-2, така и на COVID-19 заболяемостта и смъртността, като се отчитат и по-широките икономически, обществени и социални въздействия.

[8]

Според технически доклад на Европейския център за контрол на заболяванията (ECDC) на тема „Улесняване на приемането и темпа на вакцинацията срещу COVID-19 в ЕС/ЕИП“, към м. октомври 2021 г. „...над 74% от всички на възраст 18 и повече години в ЕС/ЕИП са преминали пълен курс на вакцинация срещу COVID-19. Това е забележителен напредък в рамките на едва няколко месеца, но над една четвърт от всички възрастни остават без пълна защита. Освен това, въпреки че общият темп на вакцинация е впечатляващ на равнище ЕС/ЕИП, покритието далеч не е еднакво навсякъде в ЕС/ЕИП, като делът на лицата с пълен курс на вакцинация варира между 23,5% в България и 92% в Ирландия. Последствията от ниския темп на вакцинация в някои държави понастоящем се отразяват като претоварване на системите на здравеопазването и висока смъртност. Освен това в



някои държави членки е налице относително слабо покритие сред определени групи от населението, което е провокирало въвеждането на задължителна ваксинация за определени професии в някои случаи.

Съществуват широк кръг причини за тези разлики по отношение на ваксинационното покритие във връзка с COVID-19, включително динамиката на доставките и предоставянето на услуги в здравните системи, както и убежденията, нагласите и поведението на хората. Може да има съчетание на основните проблеми, при което се създават условия за по-нисък темп на ваксинация от желаното. Примери за това са недоверието в правителството; схващанията относно риска от заболяване; минали събития, напр. страх от ваксини; улеснения за ваксинацията; несигурност относно безопасността и ефективността на ваксините и променящи се политически решения, свързани с управлението на пандемията.

Поради това предоставянето на равнопоставен и своевременно достъп до ваксини за всеки в ЕС изисква повече от обикновеното осигуряване на доставки на безопасни и ефективни ваксини и удобен достъп. Една успешна програма за ваксинация може да се основава единствено на разбиране на опасенията и очакванията на отделните лица и общностите по отношение на ваксината, в съчетание с техните схващания и тревоги по отношение на самия COVID-19, и правилни ответни действия.“

Ключови целеви групи от населението за ваксинацията срещу COVID-19

Съгласно препоръки на Европейския център за контрол на заболяванията (ECDC), „във всички държави трябва да се полагат непрекъснати усилия за ваксиниране на всички, за които това е допустимо. В държави с ниско общо ваксинационно покритие срещу COVID-19 обаче продължават приоритетно да се ваксинират по-възрастни и лица с основни заболявания. В държавите, където е постигнато добро общо ваксинационно покритие, все още съществуват подгрупи от населението, при които покритието остава по-слабо от желаното. Следва да се отбележи, че въпреки че тези ключови групи могат да бъдат разглеждани като единни субекти, те са изключително разнородни — факт, който трябва да се вземе предвид при разработването на стратегии за насърчване на



приемането и темпа на ваксинацията. По-долу са определени две от ключовите целеви групи от населението.

Социално уязвими и трудно достъпни групи: лица от маргинализирани етнически малцинства, мигранти без лични документи, бездомни лица и хората с увреждания са изправени пред редица трудности във връзка с ваксинирането срещу COVID-19.

Сред основните области, предизвикващи загриженост сред тези групи от населението, могат да са общото недоверие към регулаторните органи, езикови затруднения, проблеми във физическия достъп до местата за ваксинация и страх от стигматизация. Освен това тези общности често са изложени на повишен риск от заразяване поради колективния и понякога с влошено качество начин на живот, което означава, че потребността да бъдат ваксинирани е особено висока. Въпреки този повишен риск, липсват широкодостъпни дезагрегирани данни за мигрантите, етническите малцинства и пр., което означава, че конкретните предизвикателства, пред които те може да са изправени, остават скрити за лицата, отговорни за вземането на решения.

Деца и юноши, за които се допуска ваксиниране, и родители. Редица държави от ЕС/ЕИП започнаха да предлагат ваксинация срещу COVID-19 за деца и юноши на възраст над 12 години. Въпреки че при тях заболяването е най-често в лека форма, за лицата в тази възрастова група все пак съществува риск да развият пост COVID-19 състояния и могат да бъдат като резервоар за вируса. Ваксинирането им срещу COVID-19 поражда един съвсем особен набор от предизвикателства, основно поради факта, че тъй като те са юридически зависими, е много вероятно техните родители или настойници да участват в евентуалното вземане на решение за ваксиниране, особено при възрастовите групи на по-малките. Поради това възгледите и опасенията на родителите играят решаваща роля в усилията за осигуряване на ваксинация срещу COVID-19 за децата и юношите. Много важно обаче е да се вземат предвид и гледните точки и опитът на самите младежи, да бъде уважена тяхната автономност и те да се включат в обсъжданията относно ваксинацията по начин, който да е съобразен с възрастта им.

Въпреки че като цяло не се считат за група от населението, която е с ниски темпове на ваксинация, медицинските специалисти все пак представляват друга приоритетна група за ваксинация срещу COVID-19 в държавите по целия свят, включително в ЕС/ЕИП. Това се дължи на високите нива на

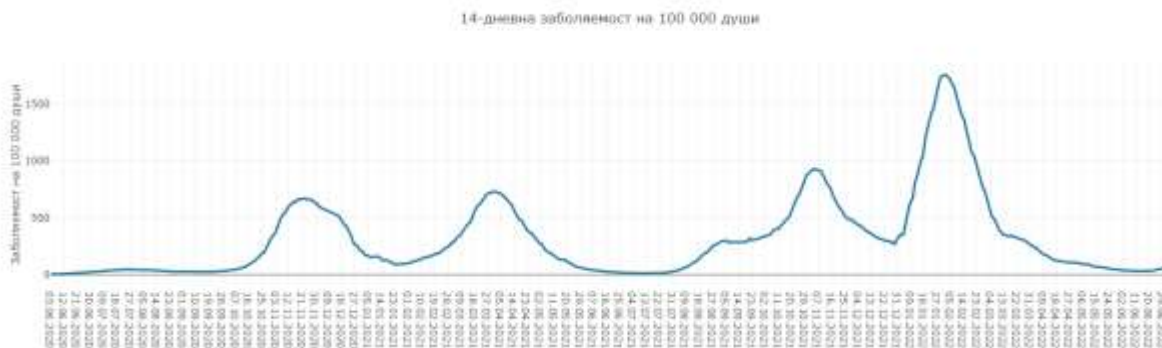


експозиция на COVID-19 и на други инфекциозни заболявания, на които са изложени, както и на факта, че вирусът може доста лесно да се разпространи сред пациентите или колегите им. Освен това доверието, което хората имат към медицинските специалисти, им отрежда ключова роля за оказване на влияние върху възприемането от страна на техните пациенти както на ваксината, така и на свързаното с нея заболяване. Затова медицинските специалисти могат да окажат значително влияние върху решенията на хората да се ваксинират. Тъй като е известно, че някои от тях имат въпроси и опасения във връзка с ваксинацията срещу COVID-19, е важно те да бъдат подкрепени да приемат ваксинацията срещу COVID-19 и да се ваксинират. Това ще има пряк предпазен ефект върху самите тях и върху евентуалното предаване на заболяването в здравните заведения. То може също така да улесни вземането на решение от техните пациенти да се ваксинират, като по този начин ще бъдат предпазени по-широки групи от населението.”[9]

Българският опит. Споделяне на добри практики чрез провеждане на интерактивна online фокус-група от експерти на национално ниво

От 31 декември 2019 г. до към 23-та седмица на 2022 г. са съобщени 535 143 050 случая на COVID-19 в света (в съответствие с прилаганите дефиниции на случаи и стратегии за тестване в засегнатите страни), включително 6 328 694 смъртни случая. [10]

За България към началото на м. юли 2022 г. броят на потвърдените случаи е 1 175 725, а общият брой поставени дози ваксина е 4 417 822. Най-висок ръст на заболяването, съгласно инфографиката на Националния център по заразни и паразитни болести (виж по-долу [11]), се наблюдава през периода от края на м. януари 2022 г. до средата на м. февруари 2022 г.





Едновременно с това на 1-ви април тази година приключи извънредната епидемична обстановка, която беше въведена заради пандемията от коронавирус в България през 2020 г. Това стана след решение на здравните власти, с което отпадна задължителното носене на защитна маска за лице в закритите обществени пространства, спазването на физическа дистанция, ограниченията в броя на хората, които могат едновременно да посещават обекти на закрито като магазини и образователни центрове.

Решението беше взето в резултат на намалелия брой на случаите, както и на броя хоспитализирани за лечение пациенти.

По данни на Европейския център за профилактика и контрол на заболявания към този период, България продължава да е на последно място в Европа по обхват на ваксинацията, като едва 30% от населението е било ваксинирано, а 10% са поставили бустерна доза. [12]

В разгара на това лято обаче три от големите области в страната – София, Варна и Бургас, са с обявен „жълт код“ (между 100 и 250 заболели на 100 000 души) на заболяемост към момента, като той е резултат от новия, в пъти по-заразен щам на заболяването.

В създаването на устойчиви и ефективни модели и практики за превенция на случаите на коронавирус, като социално-ангажирана и утвърдена институция, подготвяща кадри за политическия живот в България, Българското училище за политика „Димитър Паница“, съвместно с Мароканското гражданско училище за политически науки, разработи и е в процес на реализация на проект: „Лидери с мисия - подкрепете процеса на ваксинация срещу Covid-19 в изолирани райони и сред уязвимите групи“. Като част от дейностите по проекта беше проведена интерактивна online-фокус група с представители на институции от цялата страна, сред които председателят на Българския фармацевтичен съюз, представител на Тръста за социална алтернатива, общински съветници в големи градове, председател на Комисията по здравеопазване и социални дейности, лекари, народни представители, здравни медиатори в уязвими райони, учители, представители на Централна и Местна комисия за борба с противообществените прояви на малолетни и непълнолетни, представители на неправителствения сектор, с проектния фокус работа на терен в изолирани райони и уязвими групи.



Сред споделените във фокус групата добри практики за ваксинация срещу COVID – 19 бяха отличени:

1. Българският фармацевтичен съюз постави акцент върху „първите дни“ на пандемията и въвеждането на практики, които са основополагащи. За тях водещи практики са били предоставянето на вярна информация и борбата с фалшивите новини, както и създаването на ясни правила и рамка, свързани с разпределението на ясни отговорности сред участниците в процеса на превенция и ограничаване на заболяемостта.
2. Като добра практика в болниците и лечебните заведения, лекари – представители на системата на здравеопазване, споделиха въвеждането на „Зелени коридори“ за ваксинация и ранното започване на лечение, ограничаващо възможностите за усложнения за болните. Част от лечебните заведения в страната дори са разработили Action plan, базиран на поддържане на доверие към институциите. В него са изведени 3 етапа на „свързаност“ на населението с пандемията, а именно: 1) Незнание и стрес; 2) Паника и 3) Прилагане на добри практики. Освен въвеждането на „Зелени коридори“, лечебните заведения са създали условия за обезпечаване с маски и средства за дезинфекция; обособени са COVID – зони в лечебните заведения, непозволяващи „смесване“ на болни от COVID пациенти с такива с други заболявания; провеждане на информационна кампания в „Женските консултации“ (центрове в акушеро-гинекологични клиники, проследяващи бременността на жените) и детски центрове.
3. За част от областните и общински администрации, добри практики са ангажирането на представители на бизнеса и поддържане на връзка между общественото управление и бизнеса; включването в информационни кампании на общински съветници като лица-представители на държавата, на местни инфлуенсъри в социални мрежи, на представители на неправителствени организации, местни медии (и чрез „Седмица на безплатно публикуване на материали за ваксинацията) и научна общност (напр. докторанти по епидемиология, провеждащи кампания с жени – работещи в различни фабрики (напр. шивашки). Организиране на куклен театър във всеки квартал, с акцент



прилагането на дезинфекция и хигиена, ограничаващи разпространението (включително и теми като мръсния въздух, носещ вируса, т. е. проветряване на затворени пространства).

4. **Здравните медиатори** по места акцентираха върху популяризирането на информацията, свързана с процеса на ваксинация и връзката между трудова миграция и ваксинация, с оглед ограничаване на разпространението на заболяването. Ползната и разбираема, „преведена на езика“ на референтните групи информация, споделяна в „информационни кампании на терен“, създаването на контакти и възможности за подкрепа, са ефективни практики за ограничаване според здравните медиатори. Като интересно наблюдение те споделят факта, характерен за някои области в страната, за пренебрегване на знанията и достоверна информация сред млади хора в активна възраст (18-35-годишни), вероятно резултат от активното използване на интернет и социални мрежи.
5. **Учители** споделиха като добра практика създаването на филми за доброволчество, с цел неговото промотиране. Потребността от тази практика е следствие от „недостатъчна грамотност“ сред младите хора за здравето на другите. Филмите са фокусирани върху личния пример, противопоставянето малък брой ваксинирани – голям брой заболели; акцент върху по-висок процент на възрастни – ваксинирани и в резултат на това – по-малко заболели.
6. Представител на **Тръста за социална алтернатива** постави акцент върху включването на общностните лидери в уязвими групи, лекари и пастори (в религиозни общности) (които са подкрепяли ваксинацията) в информиране на населението и водене на диалог на разбираем език, в това число и привличане на студенти от ромски произход, явяващи се информиран авторитет сред аудиторията. С оглед ограничаване на разпространението на болестта в някои райони са били създадени пропускателни пунктове и „затворени квартали“.
7. От **неправителствената организация „Амалипе“**, работеща в ромски общности – стимулиране на процеса на ваксинация сред образователни медиатори – често пъти представители на ромската общност, които се явяват модел за подражание сред учащи – деца и юноши. Провеждане на образователни беседи и информационни сесии от страна



на медиаторите и насърчаване на процеса на ваксинация и връщането на децата в образователна среда; фокус върху слухове, примитивни вярвания и дезинформация, провокирани по темата „Коронавирус“. Изготвени брошури на български и ромски език.

8. За представителите на Централната и местни комисии за борба с противообществените прояви на малолетни и непълнолетни, дежурствата 24/7 в консултативните кабинети и представянето на личния пример по отношение на ваксинирането от страна на екипите, работещи с деца, са добри практики. Същите споделиха наблюдения, свързани с повишаване на агресивните прояви, случаите на домашно насилие, наличие на зачестили случаи на паник-атаки и злоупотреба с ПАВ, в резултат от социалната изолация и изолацията от училищна среда. Като превантивна мярка в тази посока, екипите на комисииите са приложили включването на децата в различни програми за здравословно хранене, поддържане на хоби, интереси и интерактивната работа с тях са оказали положителен ефект върху понасянето на изолацията – резултат от ограничителните пандемични мерки.

Можем да обобщим, че споделените добри практики сред участниците са тези, свързани с изграждане и поддържане на доверие; работа на терен, включваща ролята на местни авторитети, информиращи населението; системен подход в справянето (участие на представители на бизнеса, НПО, местната, здравната, образователна и пр. системи), добрата профилактика и дезинфекция; интерактивни информационни кампании (филми, театър, брошури на достъпен и разбираем език и пр.).

Тези практики имат отношение към Моделът „5С“.

Моделът „5С“

Моделът „5С“ се основава на пет предшестващи фактора, които могат да повлияят върху ваксинационното поведение на индивида: доверие, ограничения, самонадеяност, преценка и колективна отговорност. Той се основава и допълва други утвърдени теоретични модели за колебанията относно ваксинацията и нейното приемане и свързва тези модели с поведенчески теории, които могат да спомогнат за изясняване на поведението по отношение на здравето.



Доверието е свързано с множество аспекти на доверчивостта. Това включва доверие в ефективността и безопасността на ваксините. Освен това е свързано с доверието в здравната система, осигуряваща ваксинацията, включително професионализма и качествата на медицинските специалисти, които я извършват. И накрая, то е свързано с доверието в лицата и органите, определящи политиката, които се схващат като вземащи решенията относно ваксините и ваксинацията като цяло.

Ограниченията по отношение темпа на ваксинацията могат да включват физическа наличност, възможности и готовност за заплащане, географска достъпност, способност за разбиране (езикова и здравна грамотност) и какво хората харесват/не харесват в имунизационните услуги. Това предполага, че ограниченията по отношение на ваксинацията могат да бъдат както структурни, така и психологически.

Самонадеяността е свързана с възприятието на дадено лице за риска от заболяване. Ако то възприема риска от заплахата, произтичаща от предотвратима чрез ваксиниране болест, като нисък, вероятно е същото това лице да има слабо желание и намерение да се ваксинира. Следователно този предшестваш фактор е свързан с конкретното заболяване, въпреки че и индивидуални фактори като възраст, здраве и отговорности могат да влияят на нивата на самонадеяност. Самонадеяността се влияе и от усещането за самоефикасност на лицето или от неговото схващане за способността му да предприеме мерки за ваксиниране.

Преценката се отнася до степента, в която човек търси информация относно дадена ваксина и/или въпросното заболяване и след това самостоятелно извършва индивидуален анализ на съотношението полза/риск за това дали да се ваксинира. Хората, които правят по-старателна преценка е по-вероятно да смятат, че ще избегнат риска, от тези, които не правят това, така че е по-малко вероятно те да се ваксинират, поради наличието в интернет на голям брой източници на антиваксинационна информация.

Колективната отговорност се отнася до желанието на хората да предпазват останалите като се ваксинират, в рамките на съвместното усилие за постигане на колективен имунитет. Това желание трябва да е в положително съотношение с колективизма (за разлика от индивидуализма),



общностната ориентация и емпатията, като по този начин е проява на готовност за ваксиниране в интерес на друго лице.

Тези пет предшествващи фактора са в съчетание и създават психологическо състояние, в резултат на което дадено лице може да се ваксинира или не. Важно е да се отбележи обаче, че всеки от тези фактори може да се променя с течение на времето, което означава, че дадено лице може да се колебае в преценката си за това дали да не се ваксинира или да го направи. Влияние върху посоката на това колебание може да окажат редица фактори, благоприятстващи или възпрепятстващи ваксинирането. Те може да са на индивидуално и общностно равнище (напр. убеждения по отношение на насърчаване на здравето или опит в здравните системи и сред медицински специалисти), в национален или регионален контекст (напр. схващанията на лидери, минали събития, послания и комуникация) или свързани със самата ваксина (напр. предполагаеми рискове спрямо ползите, новият характер на ваксината, ваксинационният график, начинът на поставяне и пр.). [9]

Заклучение

Пандемията от COVID – 19 изправя човечеството пред активиране на потребността от свързаност, доверие, приобщеност, познаване на потребностите и преди всичко – грижата за здравето и другия. Определянето ѝ като световна здравна криза е възможност за прилагане на добри практики, които ще позволят редуциране на настъпилите отражения в резултат на това и върху другите големи системи – образователна, системите за сигурност, трудово-правна и пр. И макар към днешна дата светът да е по-подготвен за справянето с новите щамове на вируса, екипните и системни практики и добрата комуникация на всички нива в обществото са продължаващо значими.



Използвани източници

1. <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/questions-answers>
2. <https://vaccination-info.eu/bg/covid-19/fakti-za-covid-19>
3. https://www.ncipd.org/index.php?option=com_k2&view=item&id=560:q-n-a-02032020-ncov&lang=bg
4. <https://www.svobodnaevropa.bg/a/31104053.html>
5. https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/safe-covid-19-vaccines-europeans/questions-and-answers-covid-19-vaccination-eu_bg#vaccination
6. <https://europedirectdobrich.eu/?p=1019>
7. https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/bg/qanda_21_4733
8. Critical preparedness, readiness and response actions, Interim guidance, 2021, World Health Organization
9. Улесняване на приемането и темпа на ваксинацията срещу COVID-19 в ЕС/ЕИП, 2021, Технически доклад на ECDC
10. <https://www.mh.government.bg/bg/covid-19/razprostrnenie-na-covid-19-po-sveta-danni-na-ecdc/>
11. <https://covid19.ncipd.org/>
12. <https://www.svobodnaevropa.bg/a/%D0%BA%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%B2%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%81-covid-%D0%B5%D0%BF%D0%B8%D0%B4%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%8F-%D0%BC%D0%B5%D1%80%D0%BA%D0%B8-%D0%B7%D0%B0%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%B5%D0%BD%D0%B8-%D0%B2%D0%B0%D0%BA%D1%81%D0%B8%D0%BD%D0%B0/30490101.html>

Този документ е изготвен с финансовата подкрепа на Българска помощ за развитие. Отговорността за съдържанието се носи единствено от изпълнителите на проекта („Гражданско училище за политически науки“ в Мароко). По никакъв начин не може да се приеме, че документът отразява позицията на Република България и Българската помощ за развитие.