

Елена Теолова

**РЪКОВОДСТВО**  
**ЗА ДОБРА ПРАКТИКА**  
**ПРИ РАБОТА С ИНФОРМАЦИЯ**  
**ЗА ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕТО**  
**И ПРЕВЕНЦИЯ НА**  
**БОЛЕСТИТЕ**

Под редакцията на доц. д-р Г. Цолова, дм

Издание на  
НАЦИОНАЛЕН ЦЕНТЪР  
ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ И АНАЛИЗИ  
София, 2020



Елена Теолова

# РЪКОВОДСТВО ЗА ДОБРА ПРАКТИКА ПРИ РАБОТА С ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕТО И ПРЕВЕНЦИЯ НА БОЛЕСТИТЕ

Под редакцията на: доц. д-р Г. Цолова, дм



София, 2020

**РЪКОВОДСТВО ЗА ДОБРА  
ПРАКТИКА  
ПРИ РАБОТА С ИНФОРМАЦИЯ ЗА  
ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕТО И  
ПРЕВЕНЦИЯ НА БОЛЕСТИТЕ**

**Автор:** Е.Теолова

**Под редакцията на:**  
доц. д-р Г. Цолова, дм

**Гр. дизайн:** Б. Мекушина

**Печат:** ЕТ“Антония Илиева“

**Издание на  
НАЦИОНАЛНИЯ ЦЕНТЪР  
ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ И АНАЛИЗИ**

СОФИЯ, 2020

**ISBN 978-954-8404-51-8**

**РЕЗЮМЕ**

*Настоящото ръководство има за цел да подпомогне специалистите по промоция на здраве и превенция на болестите, работещи за промяна в поведението на населението към здраве.*

*Ръководството включва два раздела.*

*Първи раздел представя здравната комуникация като начин на работа с информация в здравеопазването, подпомагащ промяната в поведението на определени групи към здраве. Описани са основните понятия, принципи, цели, похвати, възможности и ограничения на метода.*

*Във втори раздел подробно са представени етапите от планирането, разработването и реализацията на една здравна комуникационна кампания.*

*Приложенията съдържат материали за теоретично обосноваване на кампанията, примерен план за разпространение на материалите и примерна бланка за проучване сред потребителите на здравнообразователни материали.*

## Въведение

*Информационната дейност в здравеопазването е подход, който помага на работещите в него да постигат положителни промени, както в индивидуалното поведение, свързано със здравето, така и при определени групи и прослойки от населението.*

*Вече повече от четвърт век специалистите по работа с информация прилагат и разработват подходи, които съчетават методи на здравната просвета и промоцията на здраве, на социалните науки, масовите комуникации и маркетинга. Тези подходи позволяват да се постигне една по-различна ефективност на мерките за промяна в поведението, свързано със здравето, особено при по-големи групи от населението.*

*Основен методологичен принцип тук е най-подробното опознаване на миогледа, ценностите, потребностите на целевите групи и стриктно съобразяване с тях. Така въздействието и качеството на разработваните информационни и мотивиращи кампании е много по-интензивно и по-високо.*

*Този вид дейност получава обобщаващото название **здравна комуникация**.*

## Раздел 1. Здравната комуникация като метод

### 1.1. Същност, произход и основни характеристики

За възникването на здравната комуникация допринасят **социалните науки, здравното образование, промоцията на здраве, масовите комуникации и маркетингът.**

Теориите за **мотивиране на поведенческата промяна**, почерпени от *социалната психология и социологията*, залягат в основата на здравната комуникация като средство за промяна на поведението, свързано със здравето.

*Здравното образование и промоцията на здраве* са източника на **етични норми**, които не винаги се спазват в комерсиалните практики за въздействие върху поведението.

*Маркетингът* като подход предлага концепцията за **сканиране на средата**, обосновава необходимостта да се познават актуалните процеси в целевата група и в здравеопазването като сфера. За да бъде постигната максимална прецизност и целенасоченост на посланията и материалите, които да доведат до успешни промени в поведението, свързано със здравето, решаваща е ролята на **самата аудитория** – нейните потребности, нагласи, убеждения,

*Масовите комуникации* предоставят теоретичната база за това, как се възприема и обработва информацията, както и за **характеристиките на отделните канали**, по които може да се стигне до избраната за въздействие група.

Националният институт за изследване на рака и Центровете за контрол и превенция на заболяванията на САЩ, в чиято практика се оформя подходът<sup>1</sup>, определят здравната комуникация като **изучаване и прилагане на комуникативни стратегии за обосноваване и повлияване на вземаните от индивида и общността решения така, че те да укрепват здравето.**

### 1.2. Комуникацията като стратегия за промоция на здравето и превенция на болестите

Преждевременната смъртност и заболяемост могат да бъдат значително намалени, ако по някакъв начин бъдат предизвикани **промени в сравнително малък брой навици** и поведение, свързано със здравето. За такава промяна хората се мотивират най-вече от информация за различните рискове и ползи за здравето, предоставяна под формата на послания, основани на строги научни данни и създадени с оглед потребностите на този, към когото са насочени.

Но много от програмите за превенция не използват адекватно здравната комуникация като средство за повлияване на индивидуалното поведение в посока намаляване рисковете за здравето. Ролята и количеството ѝ варират в широки граници – от „изпитаните“ програми за ограничаване на тютюнопушенето и разпространението на ХИВ/СПИН до програми, в които не е предвидена никаква комуникация. Тя или се подценява, или е непозната като процес.

Ефективната здравна комуникация предполага поставянето на следните **принципи на организационно ниво**:

1. Разглеждане на здравната комуникация като **превантивна дейност** и неразделна съставна част от превенцията.
2. Превръщане на ефективната здравна комуникация, включително адекватно оценяване, в **неразделна част** на всички програми и интервенции за промяна в поведението. Включване на маркетинга и комуникацията **още при планирането** и разработката на здравни стратегии и програми.
3. Осигуряване на **подготовка и обучение** за правилно и ефективно използване на здравната комуникация.
4. Промяна в **нагласите на специалистите** по обществено здраве спрямо здравната комуникация. Приемане на комуникативните стратегии като неразделна част от планирането и реализацията на дейности и програми.

В перспектива са необходими институционализиране на здравната комуникация като дейност и осигуряване на определени стандарти и контрол върху осъществяването ѝ.

<sup>1</sup> Roper, W. L.: Health communication takes on new dimensions at CDC. Public Health Rep 108: 179-183, March-April 1993.

### 1.3. Рискове и нежелани ефекти при предлагането на здравна информация

При недобро стратегическо планиране определени информационни кампании могат да създадат търсене на информация и здравни услуги, което не може да бъде посрещнато от съответните здравни звена. Това се отразява негативно върху доверието на аудиторията и авторитета на здравните специалисти.

**Пример** за адекватно планиране на промоцията на здраве би било осигуряването на мрежа от кабинети за отказване от цигарите, подкрепа в процеса чрез гореща телефонна линия и повишаване на консултативните умения и компетентността на личните лекари по проблема.

Най-общо казано, методологията за здравна комуникация, центрирана върху индивида, редува етапи на анализ на ситуацията (проучвания), дейност (провеждане на кампания или прилагане на програма) и обратна връзка (проследяване и оценка). Внимателно планираните формативни (на етапа на разработване на кампанията) проучвания позволяват определянето на различните целеви групи и анализ на потребностите, нагласите и поведението им. Така се разработват атрактивни и убедителни тематични послания и материали към тях. Чрез обратната връзка на оценяването, тяхното изпращане по подбрани канали, както и изпълнението на програмата или кампанията биват коригирани в процеса и по резултати.

Всичко това изисква едни по-нови умения и компетенции, различни от тези, достатъчни за здравна просвета. Такива са, например, уменията за формулиране на комуникативни цели и за планиране на проучвания, както и за разработване на културно специфични и индивидуализирани информационни материали. Само с тях могат да бъдат постигнати реални и трайни промени в поведението на големи групи от населението.

В условията на нашата реалност усвояването на подобна методология може да става поетапно, като първоначално на въоръжение се вземе един или няколко от нейните елементи. Първа крачка би могло да стане обсъждането и възприемането на идеята, че всички програми, кампании и материали трябва да се разработват на базата на точно установени и анализирани **потребности, нагласи, убеждения и поведение** на конкретни целеви групи. Нещо, от което пряко зависи ефективното и целенасочено планиране в промоцията на здраве.

### 1.4. Здравна комуникация и комуникационни програми – възможности и ограничения

*Сама по себе си здравната комуникация може да:*

- повиши осведомеността и нивото на познания по определен здравен проблем или негово решение;
- повлияе възприемането, убежденията и нагласите, което да промени социалните норми на съответната група или по принцип;
- подейства незабавно;
- покаже и онагледи здравословни умения;
- подкрепи знания, умения или определено поведение;
- покаже ползите от промяна в съществуващото поведение;
- защити позиция по здравен проблем или политика;
- повиши изискванията към или подкрепата за здравните служби;
- опровергае митове и неправилни схващания;
- укрепи организационни взаимоотношения между различни сектори.

*Съчетана с други стратегии, здравната комуникация може да:*

- предизвика трайна промяна, при която индивидът усвоява и поддържа ново здравословно поведение, а организацията възприема и поддържа нова политика по отношение на здравето;
- подпомогне преодоляването на системни проблеми, например ограничен достъп до здравни грижи.

*Здравната комуникацията не може да:*

- компенсира неквалифицираната, недостатъчна здравна грижа или липсата на достъп до здравеопазване;
- доведе до трайна промяна в поведението, свързано със здравето, без да бъде подкрепена от по-широка стратегия за промяна, засягаща услугите, технологиите, нормативната регулация и политиката в сферата на здравеопазването;
- бъде еднакво ефективна при предаването на всички послания, защото проблемът или търсеното поведение могат да се окажат сложни, аудиторията – предубедена по проблема или срещу този, който го повдига, а проблемът – нееднозначен като решение.

***И все пак, ефективната здравна комуникация предизвиква промени на всички нива.***

### **1.5. Нива и начини на въздействие на здравната комуникация**

**Основно** за здравната комуникация е **индивидуалното ниво** – това, на което се повлиява поведението на отделния човек – фактор, пряко въздействащ върху здравето.

Комуникационното въздействие променя най-вече осведомеността, знанията, нагласите, увереността, уменията и готовността за поведенческа промяна на индивида. Дори насочена към други групи, здравната комуникация има забележимо косвено влияние.

Неформалните групи и най-посещаваните публични места, които обединяват хората по интереси, освен че имат своето въздействие върху здравето, са ключово място за здравна комуникация. Заведението, фитнесът, училището, местоработата, болницата са „лупата“, която **увеличава въздействието** на здравната комуникация на **групово ниво**.

На **ниво организация** – добре структурирано, с възможности за незабавно изграждане на подкрепяща среда и промяна на институционални стратегии и нормативни бази, това въздействие е особено **успешно**.

**Защитата на определени позиции и инфраструктурни промени в полза на здравето** (например, велоалеи и тротоари за бягане) започва в **общностите**. Те осигуряват посредници и съюзници – лидери на обществено мнение, създатели на политика, стават подкрепяща среда за промени в групови и културни норми и стратегии.

**Социалните норми за цялото общество**, които определят както нематериалната подкрепяща среда – норми, ценности, нагласи, информация, нормативна база, така и материалната подкрепяща среда – физическа и икономическа, също се повлияват от здравната комуникация, когато тя бъде съчетана със стратегия за промени на всяко или всички тези нива.

Здравните комуникационни кампании използват различни **начини на въздействие**:

- **развиване на медийна компетентност** – аудиторията (най-често – младежи) се учи да анализира медийните послания и да открива мотивите на съответните спонсори; комуникаторите се учат как да създават послания, насочени директно към убежденията на аудиторията;
- **промотиране чрез медиите** – насочва се изборът на теми в медиите, обсъждат се определени проблеми, за да се промени социалната и политическа среда при вземане на решения за здравето и за отделяните за него ресурси;
- **рекламиране** – разпространяват се послания – платени или от авторитетни институции, в медиите или на обществени места за повишаване осведомеността и подкрепата за определен продукт, услуга или поведение, свързани със здравето;
- **обучение по време на развлечение** – утвърждаващи здравето послания и сюжети се включват в развлекателни и новинарски програми, целенасочено се ограничават и премахват нездравословните послания, търси се подкрепата на развлекателната индустрия по здравни теми;
- **индивидуално и групово инструктиране** – осъществява се кратка форма на обучение, което променя, препоръчва и осигурява умения за поддържане на здравословен начин на живот;
- **изграждане на партньорства** – осигурява и увеличава подкрепата за своята програма или за определено решение на здравния проблем, като задейства влиянието, авторитета и ресурсите едновременно на бизнеса, неправителствените и държавни организации.



Натрупаният до момента опит позволява **формулирането на шест принципа**, основни за разработването на стратегия за здравна комуникация с цел превенция:

1. изследване и задълбочено разбиране потребностите на хората;
2. използване на предварителни проучвания при вземане на решения, планиране на кампания и разработване на програми;
3. определяне на конкретни цели за промяна в поведението, които трябва да бъдат постигнати;
4. изграждане на подкрепяща среда, която да направи тези промени трайни;
5. използване на максимално разнообразни канали и методи за осигуряване на информация и отправяне на послания към целевата аудитория;
6. съобразяване на предлагането на информация и решения на съответния здравен проблем с тяхното търсене.

#### 1.6. Планиране на здравна комуникационна кампания

Най-общо казано, комуникационният план на такава кампания отговаря на следните **въпроси**:

- Към кого е насочена кампанията?
- Какво поведение или действие се изисква от тях?
- Какво искаме да достигне до тях като послание?
- В какъв вид и по какъв начин трябва да бъде подадена информацията, за да стигне до тях?
- Какви канали ще се използват?

При спазване на описаните по-горе принципи, всяка една кампания от този тип може да бъде достатъчно ефективна, ако стратегията, част от която тя се явява, бъде разработена и приложена на няколко основни етапа. Те могат да се повтарят, като позволяват промени и подобряване по време на самото осъществяване на кампанията.

ЕТАПИ	СЪДЪРЖАНИЕ НА ЕТАПА
<b>ОЦЕНКА</b>	Анализ на наличните данни и провеждане на допълнителни проучвания за определяне на проблема, установяване нивото и съдържанието на знанията, уменията и нагласите на групите, застрашени от установения проблем, както и на наличните средства за осъществяване на въздействие.
<b>ПЛАНИРАНЕ</b>	Разработване на план за здравна комуникационна дейност: <ul style="list-style-type: none"> <li>• определяне на целева аудитория (ЦА) – лица и групи, към които ще бъде насочена кампанията;</li> <li>• установяване на характеристиките на ЦА и разбиването ѝ на подгрупи;</li> <li>• определяне на цели за промяна в поведението за всяка подгрупа;</li> <li>• определяне на информацията (формулиране на посланията) и каналите, по които тя ще достига до ЦА.</li> </ul>
<b>ИЗПРОБВАНЕ</b>	Разработка и изпробване на посланията сред представители на ЦА, за да бъдат те разбираеми и съобразени с нейното културно и образователно ниво.
<b>ИЗПЪЛНЕНИЕ</b>	Провеждане на кампанията и прилагане на програмата, като към комуникационната дейност са осигурени и съответните здравни и консултативни услуги.
<b>ПРОСЛЕДЯВАНЕ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ</b>	Провеждане на анализ и използване на други изследователски методи за оценка на резултатите и ефективността на осъществената дейност и обхванатата аудитория. Промени в стратегията и материалите според резултатите от оценяването.

Всеки от изброените етапи осигурява на комуникационната кампания такива конкретни характеристики, от които пряко зависи нейната ефективност.

Стратегическото планиране на ефективна комуникационна кампания изисква:

- формулиране на ясна обща цел (за по-широката програма за превенция);
- определяне на онази част от нея, за постигането на която има нужда от здравна комуникационна кампания (ЗКК);
- формулиране на задачите на ЗКК, подредени в план.

**Изборът на ЦА** и нейното максимално задълбочено проучване са ключови за ефективността на етапа на конкретното планиране на ЗКК. Разделянето ѝ на подгрупи позволява индивидуализация на посланията. Която е възможна само, ако е събрана максимум информация за ЦА – убеждения, актуални действия, социална и физическа среда, социо- демографски и психологически характеристики.

**Разработването на послания** изисква отчитане на общата цел и особеностите на ЦА. Най – успешно това става чрез „мозъчна атака“. Изборът на търсени канали, на достоверни и влиятелни за аудиторията източници също допринася за ефективността на въздействието при посланията. Своята роля има и изборът на най-добро време за достъп до целевата аудитория. Самите послания са най-ефективни, когато са подбрани сред максимално разнообразни предложения и има план за изпробването им.

**Изпробването и преработването на посланията** за ЗКК става с методи, приемливи за бюджета и графика на кампанията сред представителна за ЦА извадка и при достатъчно време за подобряване на посланията, според резултатите на изпробването. За ефективна се приема такава ЗКК, която върви по план, в непрекъснато взаимодействие с партньори и медии за по-гладко протичане, като от самото начало плановете и изпълнението непрекъснато се оценяват.

**Оценяването**, предвидено в плана от самото начало, осигурява:

- съобразяване на послания, материали и дейности с ЦА;
- механизми за обратна връзка (например, бланки за оценка в брошурите по здравни проблеми);
- смислени, изпълними и вместени във времето задачи на програмата;
- данни и причини за успеха и неуспеха;
- посока на усилията в момента и в бъдеще;
- аргументи в полза на програмата за партньори, спонсори и общество;
- онагледяване на въздействието на програмата върху ЦА.

След това най-общо представяне на етапите при разработването на комуникационна стратегия, идва ред на конкретната структура и съдържание на ЗКК и необходимия минимум дейности, за да се гарантира нейната ефективност.

И така, всеки **План за комуникационна кампания** се състои от:

- Общо описание на програмата – посочва се ЦА, общата цел на по-широката програма, конкретните задачи, именно на ЗКК;
- План за маркетингови проучвания – фокус-групи, различни видове допитвания, всякакви начини за набавяне на информация за ЦА;
- План за разработка и тестване на послания и материали;

- План за изработване, разпространение и популяризиране на материалите;
- План за партньорство;
- План за оценяване на процеса на реализация на ЗКК – спазване на срокове, пълнота на реализацията, обхват и други;
- План за оценяване на резултатите – по съответствие на поставените цели, количествено, по трайност и дългосрочност;
- График и разпределение на задачите с ясно посочени отговорности и взаимозаменяемост;
- Бюджет или финансов план на програмата – след евентуална консултация с експерти;

Тук е необходимо да се обърне особено внимание на така наречения *План за оценяване*. Разработването му започва едновременно с разработването на цялостния план на ЗКК, като се оценява всеки етап – от определянето на ЦА до разпространяването на информацията и резултатите от програмата.

Какво съдържа **Планът за оценяване**:

- име на кампанията;
- комуникационни задачи;
- ЦА – целева аудитория;
- определение за всеки тип оценяване, което ще се провежда (на планирането, на съответствието с плана и по резултати).

За всеки тип оценяване са включени:

- въпроси, на които оценяването трябва да отговори;
- методи за събиране на данните (напр. проучване по телефона, бланки за попълване в класните стаи, електронна анкета и др.);
- план за анализ (какво ще правите с данните, за да отговорите на поставените въпроси);
- продукти на оценяването и използване на данните от него (напр. окончателен доклад с препоръки за преразглеждане на кампанията, презентация на конференция за обмяна на опит и др.);
- задачи, график, необходими ресурси, отговорници.

Здравната комуникационна кампания има своето място и може да изпълни своите конкретни задачи само в рамките на една по-широка програма, като абсолютно необходимо условие за ефективна здравна комуникация, която е ключов елемент в промоцията на здраве и превенцията на болести.

Действащата на национално ниво **Здравна стратегия в сферата на промоцията и превенцията на болести** бива реализирана чрез множество различни програми. Съществено важен компонент във всяка от тях би трябвало да бъде здравната комуникация. Форма на такава комуникация са здравните комуникационни кампании и използваните от тях комуникационни стратегии.

Мястото и ролята им в гореописаната йерархия определят задачите и вътрешната им структура, представена по-долу.

## Раздел 2. Планиране, разработване и провеждане на здравна комуникационна кампания

### 2.1. Етап 1. Цялостна оценка на проблема

#### ✓ **Преглед на наличната информация** (С какво разполагаме?)

За тази дейност в маркетинга се използва терминът **сканиране на обкръжаващата среда**. Тя представлява проследяване и оценка на вътрешни и външни за една организация фактори, които биха повлияли успешното планиране и реализация на един проект.

В сферата на здравната комуникация техниките за сканиране включват **контрол на заболяванията, екстраполация на тенденциите и проследяване на научните и масови медии**. Получените данни служат за вземането на конкретни решения за обхвата и целта на здравно-комуникационния компонент на програмата за превенция. Прегледът на съответните стратегически и други планове и документи, както и разнообразните цели и задачи, набелязани в по-широката програма за превенция, са от полза при планирането на ефективна здравна комуникационна кампания (ЗКК).

На този етап основни са **въпросите**:

- С какъв здравен проблем ще се работи?
- Какво е налице, вместо желаното?
- Кого и как засяга проблемът?
- Каква е ролята на здравната комуникация в работата по проблема?
- Кой и как е работил по този проблем? Има ли други ЗКК по него?(от други организации)
- Какъв подход или съчетание от подходи ще бъде най-ефективно по проблема? (Комуникация? Промяна в политиката, продуктите или услугите? Всичко заедно?)
- Кои други организации имат сходни общи цели и възможна ли е съвместна работа по проблема?
- Изпълнението на какви обосновани и измерими задачи ще означава успех?
- Какъв вид партньорство би помогнало при решаването им?
- Каква е целевата аудитория (ЦА)? Как да бъде набавена информация за нея?
- Какви действия на ЦА трябва да бъдат насърчени?
- Кои места, канали и дейности най-добре ще достигнат до ЦА и ще изпълнят комуникационни задачи на кампанията? (Междупличностни, организационни, масови или дигитални медии? Общности? Съчетание от всичко това?)
- Как най-ефективно могат да бъдат използвани каналите?
- Как ще бъде оценяван напредъкът? Какви данни за входящо ниво ще потрѳват за оценяване по резултати?

Затова първи елемент на плана и основа на планирането е описанието на:

- самият проблем или тема;
- разпространението или честотата на здравния проблем;
- засегнатите (потенциална ЦА) – възраст, пол, етнос, икономически статус, ниво на образование и умения за четене, местоживееене и месторабота, поведение, което предизвиква или предпазва от проблема (Необходими са не просто демографски данни, а всички възможни данни за ЦА);
- въздействие на проблема върху индивидите и общностите (на ниво държава, регион, месторабота);
- причини и мерки за превенция;
- решения, лечение, лекарства, необходими промени в поведението.

✓ **Оценка на здравния проблем и откриване на всички компоненти на решаването му**

Първа стъпка в тази посока е задълбоченият преглед на съществуващите данни по проблема. Откриването на липси и пропуски в тях, както и запознаването с вече съществуващи дейности, позволява да се прецени, дали е необходимо събиране на нови данни, на базата на които да се планират нови дейности.

Цел на една ЗКК могат да бъдат не само знания, нагласи, умения и промени в поведението. На най-високо, стратегическо ниво, като цел биват набелязвани промени в политиката по проблема.

Типичен пример в това отношение е регулацията на продажбите на храни в учебните заведения или на алкохол и тютюневи изделия. Актуален в момента е и проблемът с енергийните напитки при децата, както и новите тютюневи продукти, като нагриващите и електронни системи.

Използването на здравната комуникация за подкрепа на промени в политиката предполага отговори на следните въпроси:

- Какъв проблем се поставя?
- Има ли той решение? Ако да, какво е то?
- Чия подкрепа е необходима, за да стане решението възможно?
- Какво трябва да се направи или каже, за да привлече вниманието на този, който може да разреши проблема?

По конкретните отговори на тези въпроси може да се определи, дали ЗКК е подходяща за решаване на проблема. Ако отговорът е положителен, ефективно се формулира целта на комуникационната кампания:

- уточнява се основната цел на по-широката програма;
- определя се, коя част от основната цел се нуждае от ЗКК за постигането си;
- описват се конкретните задачи на кампанията и се подреждат в план.

✓ **Определяне на комуникационните задачи**  
(Какво искаме да постигнем?)

Началните етапи на всеки тип планиране на комуникационни кампании изискват **ясно обвързване** чрез комуникационния компонент на програмата на общите цели на по-широката програма за превенция, конкретните задачи и очаквани резултати, и задачите за постигане на промяна в поведението на индивидите.

Щом програмата за превенция бъде разработена, целите и задачите ѝ – изяснени, а ролята на здравната комуникация – определена, вече е налице контекстът за поставяне на комуникационни задачи.

Те трябва да са **ясни, със собствен график, измерими и постижими**. **Необходимо е** също така да предпоставят нужното съчетание на методи и канали и да определят очакваните резултати от комуникационната дейност.

Задачите на здравната комуникация са да утвърждава **промените в осведомеността, познанията, нагласите, убежденията** и, по възможност, промени в определени видове поведение. Но те трябва да следват от и да водят до постигане на целите на по-широката програма за превенция.

Набелязаните **цели при постигането на промяна в поведението** са отправна точка за анализ на научната литература и за провеждане на формативно (с цел планиране) проучване, на чиято база ще бъдат формулирани вече комуникационните цели и задачи.

Когато поставената задача има ясни **количествени измерения**, идва ред на мнението на епидемиолог или статистик за актуалното състояние на проблема. Това ще определи, **каква промяна** може да постигне програмата за превенция (в маркетинга **2-3% ръст** на продажбите се смятат за успех).

Ефективното изпълнение на задачата до голяма степен се определя от нейната **обоснованост**. Макар комуникационната задача да описва междинните стъпки за постигане на по-широка цел, да очертава желаните резултати и фактически да свързва целите на програмата за превенция с реалностите на ЦА, здравната комуникация не може сама по себе си да доведе до постигането на всички цели.

Постижими за нея са:

- изграждане на подкрепяща среда за промяната (обществена или организационна) чрез повлияване на нагласи, убеждения и политика;
- разширяване на инициативата за поведенческа промяна чрез предлагане на послания, които мотивират, убеждават или овластяват конкретна ЦА за нея.

Безоснователно е да се очаква ЗК да предизвика трайна промяна в сложно поведение или да компенсира недостиг на здравни услуги или ресурси. **Задачите ѝ сред определена аудитория са обосновани, само ако ЦА иска и може да направи промяната.**

Затова формулирането на обосновани комуникационни задачи предполага ясен отговор на въпроса „Какъв реален, осъществим принос може да има комуникацията за постигането на тази цел (на програмата за превенция), ако знаем, какви промени е способна и готова да предприеме ЦА?“

**Например:** „Как здравната комуникация може да допринесе да бъдат подтикнати учениците в начален курс да не консумират енергийни напитки?“

Следващото ограничаващо изискване към комуникационните задачи е тяхната **реалистичност**. А това означава съобразяване с ресурсите, определено недостатъчни при повечето програми за превенция у нас. От списъка с обоснованите задачи ще останат тези, които е реалистично да бъдат изпълнени с наличните ресурси.

Ключови за този избор са отговорите на следните въпроси:

- Кои задачи обхващат прослойки с най-голяма потребност от постигане на общата цел на програмата за превенция?

**Например:** „Кой е най-застрашен от всички аспекти на тютюнопушенето в момента и в перспектива – 3, 6 или 11 клас?“

- Какви комуникационни дейности ще допринесат най-много за посрещане на тези потребности?
- Какви ресурси ще са необходими:
  - персонал и други човешки ресурси – участници в работни групи, сдружения и комитети, колеги от други програми, доброволци и други хора с нужните умения и време;
  - допълнителни ресурси – пощенски разходи, принтиране, интернет;
  - ресурси с друг източник – вече налични чужди образователни материали или сътрудничество с помагаща организация;
  - тематична информация за ЦА, общността, образователните материали или медийните структури;
  - наличен бюджет;
  - време за изпълнение;
  - налични подкрепящи фактори (напр. общински дейности, интереси на други организации, положителни нагласи в общността);
  - съществуващи препятствия (липса на одобрение, на финансиране, деликатност на проблема, ограничения на целевата аудитория).

**Приоритетни** стават задачите, които най-добре ще оползотворят ресурсите и ще се впишат в ограниченията, като отговорят на най-острата потребност на най-уязвимата група. Те са обосновани и реалистични едновременно.

След като вече има формулирана по-широка цел, информация за проблема, към който е насочена програмата за превенция, както и за решенията му, и са набелязани приоритетни комуникационни задачи, идва моментът за подробно запознанство с ЦА.

Тъй като способността и желанието на ЦА да промени поведението си пряко определя, доколко обосновани и изпълними са комуникационните задачи, най-ефективно е те да бъдат формулирани едновременно с избора на ЦА.

Но на практика програмите за превенция често се предлагат за изпълнение в готов вид и промени във формулировката на целите и задачите са трудно постижими. Тогава доброто познаване на ЦА остава единствената възможност за адаптиране на програмата към местната реалност. Основно чрез изработването на адекватни послания и материали, подбирането на дейности, съобразени със способността и готовността на реалната ЦА за промяна.

Затова от ключово значение за успеха на ЗКК, а понякога и на цялостна програма за превенция следващият етап от разработването ѝ.

✓ **Определяне и проучване на целевата аудитория (ЦА)**  
(До кого искаме да достигнем?)

Хората, които системата на здравеопазването обслужва, и по-специално тези, чиито социални и демографски особености могат да станат източник на бъдещи здравословни проблеми, трябва да са център на внимание при всяка информационна дейност в здравеопазването.

Първа крачка в работата с тези хора става стремежът и усилието те да бъдат разбрани, а тяхното социално и физическо обкръжение – най-подробно изучено. За това е необходимо най-напред да бъдат определени уязвимите групи, контингентът, в най-голяма степен нуждаещ се от промяна.

Повечето от проблемите, решавани от здравеопазването, по различен начин засягат различните категории население. Възраст, пол, местоживееене, начин на хранене, наличие на нездравословно поведение в обкръжаващата социална среда – това са само някои от характеристиките, които могат да бъдат използвани при определяне на рисковете за даден здравен проблем групи.

Целта на разделянето на ЦА на подгрупи е да бъдат установени най-големите групи (засегнати от проблема), които имат сходни основни **характеристики, предопределящи техния интерес и реакция** на здравната тема и послание.

За някои от тези теми и послания може да се окаже достатъчно разделяне по **физически** (например, по застрашеност от здравни рискове) и демографски и културни (възраст, пол, раса) характеристики. За други може да се наложи да се разглеждат **поведенческите** (например, навици като тютюнопушене, спортуване) и **психологическите** характеристики (нагласи, ценности, мнения), както и използваните **канални за комуникация** (например, определени радиостанции, списания, сайтове).

Определянето на целевата популация може да става на базата на епидемиологични данни за **най-засегнатите и тези в най-голям риск**, както и за други фактори на проблема. Може да бъде използвана здравната статистика по проблема, към който е насочена по-широката програма за превенция.

Колкото по-обширна е първоначалната целева популация, толкова по-вероятно е тя да се състои от групи, достатъчно сходни вътрешно и достатъчно различаващи се помежду си по степен на готовност и способност за промяна, за да изискват различен комуникационен подход. Това налага преминаване от целева популация към конкретна ЦА.

Комуникационните задачи включват промени в намеренията за определено поведение, но по определение не включват самите промени в поведението, което си е отделна задача. Такива задачи могат да бъдат поставяни едва след като бъдат определени **наличните познания, убеждения и нагласи** на ЦА.

**Например**, що се отнася до физическите упражнения, в някои целеви групи осведомеността за ползата от тях може да е висока, но нагласите към правенето на физически упражнения да са

негативни. В този случай задачата, относно осведомеността, ще бъде, тя просто да се поддържа, а акцентът ще е върху задачата за промяна в нагласите. В друга целева група и позитивните нагласи, и осведомеността могат да бъдат налице, но да липсва намерението да се пробва с упражненията. В тази група акцентът ще е върху мотивиращите въздействия (повишаване на готовността за упражнения).

ЦА може да бъде избрана въз основа на **актуалното си поведение** (редовни упражнения, нередовни упражнения, никакви упражнения) **или настоящите си нагласи**, относно упражненията (положителни, неутрални, негативни).

ЦА може да бъде определена чрез разделяне на популацията, засегната от съответния проблем, по следните характеристики:

- **поведенчески** – поведение и избор, свързани със здравето, степен на готовност за промяна в поведението, търсене на информация, използване на определени медии и специфичен начин на живот;
- **културни** – речеви умения и предпочитания, религия, етнос, степен на вграждане в местната култура, семейна структура, степен на интеграция и начин на живот (напр. различия при храни, специфични дейности);
- **демографски** – професия, доходи, завършено образование, семейно положение, месторабота и местоживеене;
- **физически** – пол, възраст, вид и степен на изложеност на рискови фактори, диагнози, нарушения и заболявания, семейна история на заболяванията;
- **психологически** – нагласи, възгледи за здравето и живота, представа за себе си, мнения, убеждения, ценности, вяра в собствените сили, жизнен етап и личностни черти.

При сегашната натовареност на тези, които изпълняват програмите, събирането на толкова подробни данни изглежда почти невъзможно, но често те вече са налице в резултат на предишни подобни дейности или като косвен продукт на други проучвания. А в рамките на училището като среда, добре организирана за дейности по промоция и превенция, самото им събиране може да се проведе като такава дейност.

За определяне на стратегията и тактиката на по-късен етап е крайно необходимо **да бъдат сравнени тези, които показват необходимото поведение, с тези, които не го правят и да бъдат установени причините за това.**

Избраната ЦА има своя вътрешна структура.

- **Първичните** ЦА са тези, с които се комуникира, за да бъде променено поведението им.
- **Вторичните** ЦА, така наречените входни аудитории, са тези, които имат влияние върху първичната и могат да помогнат за предизвикване на промяна в нейното поведение.

**Например**, в страна, където разпространението на тютюнопушенето сред подрастващите се е превърнало в сериозен проблем, първична аудитория за комуникационната програма представляват точно тези подрастващи.

Вторичните за тях аудитории включват авторитетни лица: културни, спортни и медийни фигури, здравни специалисти, популярни връстници и др., които могат да повлияят на мнението и действията им.

В момента, в който ЦА и подгрупите ѝ са идентифицирани и избрани, е необходимо:

- да се установи, как самата тя вижда и описва свързаните със здравето проблеми, които я засягат;
- да се определят знанията, нагласите и уменията, включени в конкретното свързано със здравето поведение, което е обект на промяна или насърчаване;
- да се изяснят трудностите и очакваните придобивки, които биха могли да повлияят върху усвояването на новите модели за поведение.



Събираната за първичната ЦА информация трябва максимално точно и подробно да отговори на следните въпроси:

- Как ЦА може да промени поведението си и доколко е склонна да го направи?
- Какво ЦА вече знае по проблема? Има ли някакви неправилни представи?
- Какви са нагласите, убежденията и представите ѝ за пречки за промяната в момента?
- Доколко е узряла за промяна ?
- Какво печелят представителите от извадката?
- Какви плюсове те вече свързват с промяната в поведението?
- Какви социални, културни и икономически фактори ще влияят върху разработването и прилагането на кампанията?
- Достигат ли наличните ресурси и канали до извадката?
- Къде и кога (час, място, състояние на ЦА) най-успешно ще може да се достигне до нея?
- Какви комуникационни канали (напр. масмедии, организационни събрания, сайтове и социални мрежи) стигат до нея? Кои са предпочитани? На кои се доверяват?
- Доколко вторичната ЦА влияе на първичната?
- Има ли личности (или посредници), които да имат определено влияние върху ЦА или да контролират достъпа до нея? До каква степен те ѝ влияят?
- Какво предпочита ЦА като обръщение, език и тон на комуникацията?
- Как точно ще бъдат измервани промените?

**Пример:** *Една хипотетична комплексна програма срещу тютюнопушенето*

*Общите ѝ цели могат да бъдат подобряване на здравето, повишаване на благополучието, по-малки разходи за здраве, намалена смъртност и заболяемост. Конкретните цели могат да включват намаляване на дела на пушачите сред населението от 28 на 20 процента за 5 години. Формулирано така, въпросът „Какво точно искаме да постигнем?“ логически води до въпросите: „До кого трябва да достигнем?“ и „Какво искаме те да направят?“.*

*Намаляване на дела на пушачите може да бъде постигнато чрез предотвратяване на пропушването и чрез убеждаване на пушачите да се откажат (или и двете). Акцентът върху превенцията насочва към непушачите, по-специално, към по-малките деца. Акцентът върху отказването – най-вече към възрастните пушачи.*

*Във всяка от тези обширни групи има свои подгрупи, определяни от социално-демографски признаци, начин на живот, убеждения и нагласи, определено поведение спрямо пушенето и други показатели по различните рискови фактори (например, степен на въздействие на ролевите модели на пушачите върху децата, степен на пристрастеност на възрастните пушачи и т.н.)*

Очевидно е, че задачите на комуникацията и комуникативните стратегии ще са много различни при тези различни аудитории. По същия начин задачите на комуникацията ще варират в зависимост от типовете поведение, които трябва да се променят. Например, според модела на Прохазка<sup>2</sup> за етапите на промяната, пушачите на етапа на обмислянето могат да бъдат насочени към действително отказване от пушенето, докато пушачите преди този етап могат да бъдат подтикнати към едно преходно поведение, например, да се обадят на горещата линия за повече информация.

С оглед на установените характеристики на подгрупите и средата, **реални цели за комуникационния план** (или комуникационни задачи) на програмата за ограничаване на тютюнопушенето са:

---

<sup>2</sup> Relapse situations and self-efficacy: An integrative model, Wayne F. Velicer, Carlo C. Diclemente, Joseph S. Rossi, James O. Prochaska, Addictive Behaviors, Volume 15, Issue 3, Pages 271-283

1. Повишаване на осведомеността на обществото и ЦА за:
  - закономерностите на тютюнопушенето като зависимо поведение;
  - въздействието на пасивното пушене върху децата;
  - инициативите и методите на тютюневите компании за завоюване на нови пазари;
2. Повишаване на осведомеността на групата специалисти за:
  - методите за отказване от тютюнопушене и нововъзникналите продукти за набавяне на никотин;
  - причините, по които се започва тютюнопушене;
  - необходимите консултативни умения;
  - по принцип – за тютюнопушенето като знаково и зависимо поведение в социална среда, като стремежът е, процентът на осведомените да се утрои;
3. Подготовка на определен процент от групата специалисти по методите за отказване, усвояване на необходимите консултативни умения, умения за планиране и провеждане на ефективна здравна комуникация.

**Основна цел** на всеки вид дейност в областта на промоцията на здраве е установяването на контакт с ЦА и подпомагането и в търсенето на пътища за преминаване към по-здравословно поведение.

Независимо от това, как изглеждат информационните продукти, какво впечатление правят на колегите и началниците, разработените програми, ако те не водят до промяна в поведението на ЦА – **са неуспешни**. Трайните промени в поведението се постигат много трудно. Много по-лесно е да се повиши общата осведоменост и да се подава актуална информация, но това са само началните етапи за предизвикване на промяна в поведението.

В сферата на информационните дейности за промоция на здраве **крайната цел винаги трябва да е промяна в поведението**.

Какви ще бъдат формативното проучване и окончателно формулираните комуникационни задачи, зависи от точното описание на желаното за всяка подгрупа поведение, чрез постигането на което да бъдат изпълнени конкретните цели на програмата за превенция.

Проучването трябва да отговори на два основни въпроса: "Какви са в момента познанията, убежденията и нагласите, които определят поведението на ЦА?" и "Какви познания, убеждения или нагласи трябва да изградим, поддържаме или премахнем, за да стане поведението на ЦА такова, каквото го искаме?".

Най-напред трябва да се определят тези видове поведение, които биха предотвратили съответния здравословен проблем и представляват по-здравословен начин на живот. Практическата осъществимост на тези поведенчески модели, преди те да бъдат представени и препоръчани на обществото и широките слоеве на населението, трябва да се изпробва в условията на реалния живот (в т.ч. и социален).

**Например**, препоръката за редовна консумация на плодове и зеленчуци е неизпълнима за хора с доходи, които не позволяват купуването им.

Насърчаваните видове поведение трябва да бъдат практични, а препоръките в предлаганата на населението информация – изпълними.

Промяната в поведението при хората преминава през няколко последователни **етапа на оценка и корекция**.

Най-напред ЦА започва да осъзнава необходимостта или изгодата от промяната в поведението си, например, от намаляване броя на изпушените цигари или отлагане на пропушването за определен срок. След това участниците научават, как поведението може да бъде променено или предотвратено, например, как да бъдат отказани цигарите и как да се противостои на груповия натиск и рекламата. На следващия етап се стига до извода, че промяната наистина е желана, това е етапът, на който желанието добива някаква публичност. Следва опит за промяна и обмисляне на резултатите му. И на последния етап, често след преодоляване на множество трудности, новото поведение става постоянно.

При всяка промяна в поведението на големи групи хора, различните индивиди се намират на някой от етапите на този процес.

**Формативните проучвания** позволяват да се установи, на кой етап от процеса се намира дадена група и каква комуникационна стратегия е най-подходяща:

- за индивидите, които не осъзнават необходимостта от ново поведение, е необходима стратегия, която повишава информираността и влияе върху нагласите;
- за тези, които са готови да опитат или вече са го правили (опити за отказване, успешно противостояне на груповия натиск), е необходима тактика на подкрепа и насърчаване, развиване на допълнителни умения и навици.

За да бъдат поставените цели за промяна в поведението практични и реалистични, желаното поведение се съпоставя с реалното поведение на ЦА и се оценява разликата. Реалистично е, преодоляването ѝ да става постепенно, като се поставят измерими цели с възможност за количественото им описание.

Идеален вариант на поведение при подрастващите би било 100 % непушачи, като пропушилите в по-ранна възраст 100 % успешно отказват цигарите. Разликата с реалното поведение на ЦА, обаче, е много голяма. Почти една трета от подрастващите пушат<sup>3</sup>, а от тези, които не пушат – една трета изразяват готовност да пропушат в рамките на следващата година. Тютюнопушенето се възприема като престижно, статусно умение, социален катализатор, резултат на свободен избор, проява на зрялост и знак за израстване. Подрастващите са убедени, че могат да го прекратят самостоятелно във всеки един момент, но не виждат причини за това.

Освен знанията, нагласите и уменията на целевата аудитория, редица проблеми съществуват и в референтните групи и социалната среда на подрастващите. За най-близкото обкръжение говорят следните цифри: 63,9% от децата живеят в домове, където се пуши в тяхно присъствие, 70,1% извън дома контактуват с хора, които пушат, а 29,6% заявяват, че повечето от приятелите им редовно употребяват цигари<sup>4</sup>.

Обществената нагласа към тютюнопушенето е толерантна, нагласите и практиките на референтните групи са особено забележими във връзка със забраната за пушене на обществени места.

Самите специалисти в по-голямата си част са пушачи. Една част от тях не са запознати с актуалната информация за методите за отказване на цигарите и нововъзникналите продукти за набавяне на никотин и не притежават достатъчни специфични консултативни и комуникативни умения, както и умения да осъществяват мащабна здравна комуникация.

Организираната социална среда на подрастващите и авторитетните фигури в нея, като горните класове, учителите, инфлуенсърите и публичните фигури, проявяват същата толерантност, неосведоменост и негативна практика по отношение на тютюнопушенето, като тук се добавя и груповият натиск на връстниците.

Както се вижда от по-горния пример, **факторите, въздействащи върху поведението**, което е необходимо да се промени, се разделят на вътрешни и външни.

Към **вътрешните** се отнасят знанията, нагласите, предразсъдъците на индивида. **Външни фактори** са културата, социалните норми, икономическите страни на индивидуалния живот, физическата среда, дори държавната политика в съответната сфера.

#### **Пример с условна страна X.**

Проблем на общественото здравеопазване в тази страна е разпространението на тютюнопушенето чрез нови продукти сред младите хора. Какви поведенчески проблеми съпътстват това явление?

Групата за разработване на кампания преценява, че основните поведенчески проблеми са в

<sup>3</sup> GYTS Bulgaria 2015 , [https://ncpha.government.bg/files/news/Bulgaria\\_GYTS\\_2015\\_Factsheet\\_BG.pdf](https://ncpha.government.bg/files/news/Bulgaria_GYTS_2015_Factsheet_BG.pdf)

<sup>4</sup> GYTS Bulgaria 2008

неосведомеността на аудиторията за тютюнопушенето като зависимост, за вредата от него във всичките му форми, за възможностите то да бъде прекратено (и ролята на новите продукти за това). Има и недостиг на привлекателни и авторитетни фигури, които да предоставят необходимата информация и да отправят необходимите послания, включително това да не се започва тютюнопушене, да го представят като социално негативно действие и признак.

Вероятните **вътрешни фактори** са твърде разнообразни. Липса на интерес и доверие към предоставящите информацията; увереност, че отказването е просто и лесно; съпротива срещу намеса в личния избор на поведение; нежелание да се погледне в перспектива на тютюнопушенето и неговите последици; отричане на собственото си зависимо поведение – както от група връстници, така и от рекламата и никотина сам по себе си.

Съществуват и множество **външни фактори**, които са определящи, както за степента на информираност, така и за избора на отправящите посланието. Социалната среда на ЦА, която възприема и представя тютюнопушенето като норма, а използването на новите продукти като „здравословно“, омаловажава последициите им с „научни“ данни и коментари от типа на „Дядо ми цял живот пуши, а умря на 90 години“. Освен това, напълно е възможно, авторитетните за ЦА фигури да пушат, а предлаганата информация да е остаряла, в неприемлива форма и на непопулярни и недостъпни за аудиторията места.

Възможно е в съответната ЦА, въздействието дори и на косвената реклама на тютюневи изделия да е твърде силно. Или в социалната и културна среда на ЦА възможностите за индивидуализация и еманципация да са ограничени. Или потърсените услуги за отказване да са се оказали недостъпни, непрофесионални или неадекватни за възрастовата група и индивидуалните проблеми на подрастващите.

Когато групата за планиране на комуникационните дейности събира и проучва данните за здравния проблем, с който ще се работи и за неговите решения, в центъра на вниманието са видовете поведение в основата на този здравен проблем и анализът на факторите, които предизвикват и повлияват това поведение. Много често информацията за поведението на хората, за нагласите и мненията им по различни проблеми е крайно недостатъчна или остаряла. Често опитите тя да бъде получена се правят от непрофесионалисти и информацията е недостоверна и недостатъчна. А пълното ѝ игнориране още от самото начало обрича стратегията (програмата) на кампанията на неуспех или безрезултатност. И никакви показатели за брой обхванати лица не могат да променят този факт.

За да бъде разработена ефективна комуникационна кампания и стратегия, трябва да бъдат определени факторите, играещи основна роля в поведението на съответната ЦА. При липса на информация за тях стават абсолютно необходими формативните проучвания на потребностите и поведението на ЦА, които ще определят целите и задачите на кампанията.

Един от методите за провеждането им са така наречените **фокус-групи**. В неголяма, но представителна за ЦА група, по време на обсъждане подготвен водещ установява нивото на осведоменост на участниците по проблема, нагласите им, възгледите им. От полза са и допитванията. Целта и ценността на формативното проучване са в това, че то прозвоява да бъдат открити видовете поведение, което трябва да се промени и което се цели, както и причините за тях, разкрива механизмите за формирането и поддържането на такова поведение.

Какви са, например, разликите, по вътрешни и по външни фактори, между пропушващите и непропушващи ученици? Или тези, които го правят в пети клас и тези, които пропушват в 12 клас? Отчитането на тези разлики позволява по-ефективна здравна комуникация с тези подгрупи.

- ✓ **Проучване и избор на комуникационни канали за посланията**  
(Как можем да достигнем до тези, към които се обръщаме?)

Последен съществен елемент на комуникационния план е **изборът на комуникационни канали**, така че посланията да достигнат и да бъдат възприети от ЦА с най-голям ефект.

Този избор изисква точна информация за:

- мястото, където кампанията може да стигне до ЦА (напр. у дома, в училище или на работа, в колата, в транспорта, на местно събитие, в клиника или местно здравно заведение);
- времето, когато ЦА е най-склонна да внимава и е открита към комуникативните усилия на кампанията;
- местата, където тя може да действа, съгласно посланието;
- местата и ситуациите, в които би сметнала посланието за най-заслужаващо доверие.

За обхващане на ЦА ефективните широкомащабни информационни програми и кампании най-често използват **комбинация от канали** за масова информация, печатни издания и междуличностна комуникация.

Основни **критерии** за избор на канали за предаване на информация на конкретна ЦА са:

ОБХВАТ (процент от ЦА, до който достига даденият канал);

ЧЕСТОТА (с каква честота ЦА получава и може да търси информация по този канал);

ЕФЕКТИВНОСТ (доколко адекватно, достъпно и целенасочено даденият канал може да предаде съобщението);

ЕФИКАСНОСТ (определя се от разходите за ползването на дадения канал, съотнесени с горните три критерия).

**Електронните средства** за масова информация (ТВ, радио, интернет) са особено ефективни за **повишаване на осведомеността**, например, при препоръчването на определено поведение, предаването на ясни фактологични послания, въздействието върху нагласите чрез онагледяване и различни косвени визуални послания от типа на социалната реклама.

**Печатните материали** позволяват предоставянето на по-подробна информация, която да бъде анализирана и съхранявана, служейки за справка, аргумент и основа за взимане на решения. Стикерите, листовките, брошурите, плакатите и таблата с информация за проблема и справянето с него са от голямо **значение за работещите в здравеопазването** при работата им с ЦА.

На второ място са **комуникативните и консултативните им умения**, които са решаващи при пряк контакт, като и едните и другите изискват специална подготовка, краткосрочно обучение или поне достатъчно продължителен опит.

Дори когато каналите са **подбрани и комбинирани** в съответствие с критериите, решаващ фактор за успеха си остава подборът и формулирането на **информационните послания** и изпробването им върху извадка от ЦА, преди те да бъдат размножени и разпространени. Ако точно от тази дейност се спестят средства и време, това ще доведе до много по-голямата загуба на средства от неефективни кампании и неадекватни информационни материали.

Друг решаващ фактор е използването на творчески и атрактивни **методи за предоставяне на информация** и повлияване нагласите на ЦА.

Сложната информационна среда, в която се намират съвременните хора, прави вниманието им особено избирателно и неустойчиво. То бива привлечено най-напред от емоционални, затрогващи и позитивни, най-вече смешни послания. Разработването на привлекателни и интересни материали изисква участие на професионалисти в работата с информация от всякакъв тип – художници, рекламни агенции, режисьори и продуценти от средствата за масова информация, говорители.

**Компетенциите на здравния експерт вече не са достатъчни за създаването на ефективни и ефикасни информационни материали и кампании, свързани със здравето.**

Ефективните ЗКК използват разнообразни методи за достигане до ЦА:

**Медийна компетентност** – обучение на предполагаемата ЦА (най-често – младежи), как да анализират медийните послания и да откриват мотивите на спонсорите им; на комуникаторите – как да създават послания, насочени директно към възгледите на ЦА.

**Промотиране чрез медиите** – чрез въздействие върху избора на теми в медиите и насочване на дебатите по проблемите се цели промяна в социалната и политическа среда, в която се вземат решенията за здравето и отделяните за него ресурси.

**Рекламирање** – платени или институционални послания в медиите или на обществени места за повишаване осведомеността и подкрепата за продукт, услуга или поведение.

**Обучение по време на развлечение** – утвърждаващи здравето послания и сюжети се включват в развлекателни и новинарски програми или пък се премахват противоположните послания, търси се подкрепата на развлекателната индустрия по здравни проблеми.

**Индивидуално и групово инструктиране** – въздейства, осведомява и осигурява умения за поддържане на здравословен начин на живот.

**Изграждане на партньорства** – повишава подкрепата за кампанията или по проблема, като задейства влиянието, авторитета и ресурсите на бизнеса, неправителствените и държавни организации.

Изборът и съчетанието на методите се определят от особеностите на ЦА, конкретните задачи и бюджет на кампанията. Но при всички случаи те трябва да бъдат актуализирани в съответствие с промените в ЦА и в проблема, към който е насочена основната програма. Като например преминаването на пушачите сред подрастващите към нови тютюневи продукти – наргилета, електронни цигари и нагриващи устройства.

Определянето на най-подходящото съчетание от канали за отправяне на здравно послание се основава на:

- **проучване** на информационните **навици на ЦА** (източници, където се търсят и предлагат новини, развлечения и друга информация). То ще установи, кои канали са достъпни и се приемат за достоверни от ЦА;
- **концепцията** на посланието. Електронните медии, например, добре предават кратките, прости мотивиращи послания, докато печатните и други медии по-успешно предават по-задълбочена, комплексна информация;
- **графика и бюджет** за комуникационната дейност.

Използването на различни, но адекватни канали събира плюсовете на всеки от тях и намалява риска един-единствен канал да „изпусне“ голяма част от аудиторията. Също така нарастват възможностите ЦА да получи посланията достатъчен брой пъти, за да може да ги възприеме и запомни.

Като **обхват** каналите биват:

- Междуличностни;
- Групови;
- Организационни и общностни;
- Масмедии;
- Интерактивни дигитални медии – социални мрежи.

Последните внасят качествена промяна в комуникацията, като съчетават плюсовете на междуличностен и масмедиен канал.

Въпреки изключителната популярност на електронните медии, не губи своето значение и **директният контакт, особено с връстници**. Място в здравната комуникация имат и подготвените по модела „връстници обучават връстници“ представители на ЦА.

За да бъдат ефективни избраните канали на комуникация, е необходим отговор на следните въпроси:

- **За ЦА:**
  - Този канал ще стигне ли и ще повлияе ли върху нея (индивидите, неформалните групи, организациите, обществото)?
  - Приемливи ли са каналът и дейността за ЦА, вярва ли им тя?

• **За посланието:**

- Може ли каналът да предаде информация с нужното ниво на сложност?
- Ако е необходимо онагледяване на умения, би ли могъл каналът да покаже определено поведение?

• **За обхвата на канала:**

- Колко хора ще получат посланието?
- Задоволява ли каналът потребностите на ЦА от взаимодействие?
- Позволява ли каналът темпото на постъпване на информацията да бъде контролирано от самата ЦА?

• **За достъпността му:**

- Има ли ресурс кампанията за използване на канала за този вид дейност?

• **Дейности и материали:**

- Подходящ ли е каналът за дейностите и материалите, които ще бъдат използвани?
- Съчетават ли се избраният канал и планираната дейност с други планирани послания и дейности, за да се повиши общото въздействие върху ЦА?

Дори когато е осигурен всеобхватен и въздействащ достъп до ЦА, остава в сила фактът, че промените в поведението са резултат от дългосрочни програми с разнообразни дейности, а не от еднократни, чисто комуникативни програми.

✓ **Откриване на потенциални партньори**  
(Кой може да ни помогне да постигнем целите си?)

Върху свързаното със здравето поведение на хората влияят най-разнообразни фактори – от собствената им вътрешна нагласа и представи до множество външни такива, като влиянието на семейството, приятелите и социалната среда, достъпността и качеството на здравните услуги и продукти, та дори националната политика в здравеопазването.

Затова, когато се прави план за информационна дейност, не е достатъчно да се предвиди отправянето на съдържателни и привлекателни послания и осигуряването на актуална здравна информация. Програма за промоция на здраве, целяща **мощна промяна в поведението**, изисква планиране на комуникационни дейности, насочени към поне **пет ЦА**: тези, чието поведение изисква промяна, референтните за тях групи, тези, които осигуряват здравни услуги, тези, които могат да станат източник на финансиране и тези, които определят стратегията и финансирането, необходими за реализиране на програмата и кампанията.

Успешната комуникация с тях води не само до промени в знанията, уменията, нагласите и поведението, но и до изграждане на подкрепяща среда, която да направи промените трайни.

А за нея са необходими **партньори и партниращи организации, които имат:**

- най-добър достъп до ЦА;
- най-голямо влияние и доверие сред нея;
- най-голяма готовност за съвместна работа (на база лични контакти, например);
- най-голяма самостоятелност ( финансова и като човешки ресурс).

**И искат да получат:**

- допълнителен авторитет и вече спечелено доверие;
- достъп до данните на друга организация;
- гаранции за точност на посланието;
- връзка с други партньори.

Изграждането на партньорство в рамките на една програма за промоция на здраве също изисква премислен и подробен **план**.

Макар и да изглеждат като лукс, всяка организация, търсеща партньорство с бизнеса по повод програма за промоция на здраве или ЗКК, трябва да има **критерии за подбор** на потенциалните **партньори от бизнеса**.

Преди всичко те трябва да:

- нямат нищо общо с рискови за проблема фактори;
- нямат продукти, услуги, промоционални послания, които да противоречат на политиката и програмите на организацията (напр. не разпространяват канцерогенни и научно и медицински неприемливи продукти);
- нямат и не водят преговори за договори с организацията;
- нямат спорове или конфликти с нея;
- сътрудничеството с тях няма да доведе до напрежение и конфликти с други партньори или национални програми;
- компанията или организацията в достатъчна степен отговарят на и се ръководят от стандартите за добра здравна и медицинска грижа;
- налице са данни, че компанията е заинтересована да партньорства.

Макар двустранните контакти и партньорства да са по-лесни за осъществяване, развиване и контрол, в сферата на промоцията на здраве, значително по-ефективни са **коалициите** от максимален брой заинтересовани участници. По-долу са представени редица основни стъпки и препоръки за изграждане и поддържане на коалиция.

#### **Въвличане на партньори в програмата**

1. Изберете **организации, институции или лица** (напр. лекари) с необходимите за вашата програма ресурси, компетенции и вече спечелено доверие.
2. Определете **ролята на партньорите** си така, че тя да бъде от максимална полза за програмата.
3. Включете представители на желаните организации в **планирането** на програмата на колкото се може по-ранен етап.
4. Предоставете на партньорите си обосновката, стратегията и посланията на програмата (в готов вид). Най-труден за разработка и най-ценен за обществото продукт на програмата са **стратегическото планиране**, творчески разработените послания и качествено провеждане.
5. Уведомявайте партньорите предварително, така че да могат да ви включат в графика си. Договаряйте се подробно и конкретно, какво очаквате от тях.
6. Позволете на партньорите си да адаптират **материалите** според ситуацията, да ги възприемат като свои, но без да се отклоняват от стратегията.
7. Изяснете, от какво се нуждаят партньорите ви, за да реализират своята част от програмата. Освен финансирането, помислете за **обучение, помощ, информация** или инструменти, които ще им позволят да действат успешно.
8. Осигурете им нови **връзки и контакти** на местно, регионално и национално ниво, полезни за текущата им дейност.
9. Възлагайте им **разумно количество работа** – поредици от малки, практически, краткосрочни отговорности, с наличен механизъм за обратна връзка и проследяване.
10. Внимателно им **напомняйте** за отговорностите, помагайте, но не вършете работата вместо тях.
11. **Оценявайте** постигнатото чрез механизмите за обратна връзка и проследяване, подпомагайте приспособяването на резултатите към потребностите на организацията, за да може програмата да продължи.
12. Осигурявайте **морална подкрепа**, като благодарите често и давате морални награди – сертификати и благодарствени писма.



13. Предоставете на партньорите си окончателен **отчет** за постигнатото и се срещнете, за да обсъдите последващи дейности и материали, които могат да бъдат полезни за тях. Погрижете се да се почувстват част от успеха.
14. Споделете едно финално грандиозно „Благодарим за добре свършената работа.“

#### **Препоръки за изграждане на успешна коалиция**

- Формализирайте отношенията за постигане на по-голяма степен на ангажираност. Формалното споразумение включва **писмен меморандум за разбирателство**, устав, мисия, съвместни изявления или редовно напомняне за целите и постигнатото от коалицията.
- Уверете се, че отговорностите на всяка организация и представителите и са ясно определени. Поконкретно уточнете, **откъде ще идват инструкциите** – от председателя на коалицията или от организацията-работодател.
- Структурирайте действията на коалицията. Изберете **щаб**. Създайте постоянни комисии. Договорете редовни срещи с писмена програма и протокол. На тези срещи подкрепяйте действия, а не само дискусии. Изникналите на тези срещи въпроси за решаване свеждайте до членовете на коалицията. Установете и активно използвайте **каналите за комуникация**.
- Осигурете привличане на представители, които имат такива **лидерски качества**, като способност да набавят ресурси, да решават проблеми, да утвърждават сътрудничество и равнопоставеност сред членовете. Членове с политически опит, административни и комуникативни умения или достъп до медии и ключови фигури също са ценни.
- Създавайте и поддържайте **позитивни очаквания**, като предоставяте информация за постигнатото от коалицията. Оптимизмът и успехът поддържат интереса на членовете.
- Въведете **официална отчетност** и разработете критерии за оценка на това, как членовете спазват ангажиментите си.
- Бъдете гъвкави и не губете **перспективни партньори** – това намалява ефективността на програмата.
- Осигурете **обучение** за членовете, за да бъдат ефективни, например, при отстояване позицията на вашата програма.
- Предоставете на членовете вота в коалицията и **активна роля** във вземането на решения.
- Търсете външни **ресурси** за добавяне към тези на членовете.
- Периодично **оценявайте ефективността** на коалицията и правете необходимите промени.
- **Оценявайте процеса** на функциониране на коалицията и въздействието ѝ върху здравния проблем, по който работите.

Усилията за създаване и поддържане на една коалиция се отплащат с това, че тя на свой ред успява да бъде дейна и ефективна не само в програмата, за която бива създадена. За максимално оползотворяване на ресурсите и компетенциите на всички, ангажирани с комуникационната кампания е необходимо разработването на **обща комуникационна стратегия**.

#### ✓ **Разработване на комуникационна стратегия и работни планове за комуникация и оценяване**

Пръв компонент на стратегията е стратегическата постановка, която описва ЦА, действията, които се очакват от нея, **плюсовете**, които те ще и донесат (**и то от нейна гледна точка, а не от тази на общественото здраве**), начинът, по който тя ще бъде достигната.

Съдържание на **стратегическата постановка**:

- определение и описание на ЦА (профил на ЦА);
- описание на действията, които ЦА ще предприеме в резултат на комуникационното въздействие;

- установена степен на желание и способност да се предприеме определено действие;
- какво и защо се прави и какво да се даде като пример за смяна на едно поведение с друго;
- списък на пречките пред предприемането на исканото действие;
- плюсове от него **от гледна точка на ЦА**;
- описание на подкрепата, която е необходима, за да накара ЦА да повярва, че може да получи тези плюсове и си струва да го направи;
- местата, каналите и дейностите, които ще обхванат ЦА — когато тя е особено склонна или способна да действа според посланието;
- образът, който кампанията планира да предложи чрез тона, героите и усещането от посланията и материалите.

Положеният на този етап труд позволява максимално точно да се въздейства на ЦА, като се избегнат „общите призови“ и неадекватните за аудиторията послания и методи.

**Работният план за комуникация** съдържа:

- Комуникационна стратегия;
- План за партньорство;
- Планове за разработване и изпробване на послания и материали;
- Планове за реализация, включително за разпространение, популяризация и оценка на процеса;
- План за оценяване на резултатите;
- График и задачи.

Твърде малък брой кампании и програми за превенция разработват **план за оценяване на резултатите** по време на самото планиране и още по-малко отчитат допълнителните външни въздействия върху ЦА. За да бъдат избегнати обвинения в провал само на базата на непрофесионални външни наблюдения, е необходимо предварителното планиране на собствени дейности за оценяване на резултатите.

Изборът на процедура за оценка би могъл да изисква намесата на специалист, дори при достатъчно собствени ресурси за провеждане на оценяването. Сравняване на срезови проучвания (независими допитвания в различни моменти), панелни проучвания (многократно наблюдение и анкетиране на едни и същи хора) и регресионен анализ на динамични редове (сравнение между прогнозни данни без интервенция и реални след нея) са някои от основните методи.

В зависимост от възможностите, абсолютно необходими, ако се очаква ефективна и ефикасна здравна комуникация, са поне обратна връзка във вид на анкети или косвено оценяване чрез предварително договорени индикатори за промяна.

При разписването на графика за оценяване на резултатите е необходимо да бъдат отчетени времето на настъпване на очаквания резултат и броя въздействия, които довеждат до исканото действие. Не трябва да се забравя, че се оценява промяната, постигната спрямо комуникационните задачи, а не спрямо здравната цел на по-широката програма.

В **графика** на всеки от етапите за реализация на кампанията се вписват всички дейности и задачи. Колкото по-подробно са описани те, толкова по-лесно ще бъде планирането на средства и хора за изпълнението им. Винаги е по-лесно да се премахне нещо от графика, отколкото да се вмъкне в последния момент.

### **Митове и истини за планирането**

- **Проучването на ЦА е скъпо** – не и чрез търсения в специалната литература, безплатна информация от държавни здравни институции, срещи с консултативни групи и представители на ЦА, които да осигурят информация за нейния начин на живот, интереси, мироглед и медийни навици.

- **Маркетинговите проучвания не работят в областта на здравето** – те дават точни данни, както за мотивация, нагласи, готовност, така и за предпочитания тон на комуникацията и образец за промяната, за време и място на най-ефективно въздействие.
- **Няма време за такива неща** – има, когато се разпредели във времето и сред участниците, когато е съобразено с партньорите, графика и потребностите от конкретна информация в момента.
- **Щом работим с организация на ЦА, имаме достъп до цялата необходима информация** – само ако тази организация има достатъчен обхват и степен на доверие сред ЦА.
- **Ако каналът ще е един, нека е масмедия** – зависи от степента на доверие в този канал от страна на ЦА, от нейното вътрешно разнообразие и мотивация за промяна.
- **Добре познатите стари канали са най-добър избор** – най-добър избор са ефективните канали.
- **Дигиталните и интерактивни канали надхвърлят нашите компетенции** – тук идва ред на професионалистите, доброволците и част от ЦА със съответните компетенции.
- **Без дигитални и интерактивни канали нищо не става** – те са само средство, което предоставя обхват, решаващо е съдържанието, което ще се разпространи чрез тях.
- 

## 2.2. **Етап 2. Разработване и изпробване на концепция, послание и материали.**

На този етап се определят **основните характеристики** на отправяното от кампанията послание и начините, по които то ще бъде отправено.

Основни **въпроси** са:

- Какво трябва да достигне като послание до избраната ЦА?
- В какъв вид и по какъв начин трябва да бъде подадена информацията, за да стигне до нея?
- Как това да стане най-ефективно?
- Какво да бъде съдържанието на посланието, за да подтикне ЦА към промяна на поведението в търсената посока?

Всякакво икономисване и пренебрегване на задачите на този етап води до неефективни, старомодни, отблъскващи, досадни и, по същество, даващи обратен ефект послания. А когато този ефект се съчетае с възрастовите особености на уязвимите групи, резултатът е не просто разходи, но и изграждане на базово недоверие към организациите, провеждащи кампанията, като източник на здравна информация и насоки.

### ✓ **Разработване и изпробване на концепция за посланието** (Какво искаме да кажем?).

Формативните проучвания са решаващи за определяне на това, кои идеи и концепции за здравни послания ще „паснат“ на ЦА и ще въздействат върху избора, свързан със здравето, който тя прави.

**Преглед на литературата, проучвателни интервюта и фокус-групи** са най-достъпните от този тип проучвания за определяне на това, кое от посланията е по-забележимо за ЦА и коя от концепциите трябва да бъде развита до конкретни послания. Най-результативно е обсъждането на изпробваните концепции с представители на ЦА, като реакцията им се измерва дори и просто чрез самооценка при обратна връзка.

Например, когато се търси, какво би отклонило юношите от пропушване, такова проучване би могло да разкрие, дали концепции, свързани с ценността на взаимоотношенията и спортните постижения са по-ефективни от загрижеността за отсрочени здравни рискове. Така „Пушенето вреди на спортните ти постижения“ и „Пушенето ще ти попречи да си популярен“ могат да се окажат първи

в списъка. Практиката е показала, че посланията, засягащи това, как изглеждаш в очите на връстниците си, са особено актуални сред младежта и подрастващите.

**Пример:** *Специалистите по промоция на здраве в Щатите използват проучвания за социалния профил на пушача<sup>5</sup>, паралелно с маркетинговите проучвания на тютюневите компании, за да отправят послания, които свързват пушенето с недобър социален имидж.*

Според данни от същия източник тютюнопушенето сред младежите с колежанско образование е спаднало от 40 % на 6,8%, докато сред останалите – от 45 % на 23,1% .

✓ **Създаване и изпробване на посланията и другите материали**  
(Как искаме да го кажем?)

Една от първите задачи е откриването на вече **съществуващи материали**, които пасват на стратегията, апелират към ЦА и адекватно предават посланието и взимане на решение, дали е необходимо разработването на нови и от какъв вид. Разликите между подгрупите на ЦА изискват културно-специфични послания и материали или такива за малограмотна ЦА, а също така и начин да се установи, дали материалите се използват. Изборът на място и група, с която с минимални разходи ще бъдат изпробвани материалите, последващото използване на резултатите, ролята на анкетаторите и творческите специалисти – всичко това пряко влияе върху ефективността на посланието.

**Изпълнението** на всички тези задачи изисква:

- преглед на наличните материали;
- разработване и изпробване на концепции за посланията;
- избор на ограничен брой от тях за доразвиване;
- разработване на конкретни послания и материали;
- изпробване на посланията и материалите.

**Източници** на вече съществуващи материали:

- отдели по здравеопазване (на различни нива на администрацията);
- университети и обществени библиотеки;
- доброволчески организации;
- сдружения на здравните професионалисти;
- коалиции на общинско ниво;
- статистически агенции, сайтове и отдели за реклама по телефона;
- агенции и центрове към МЗ, РЗИ;
- търсачки към сайтове на МЗ, МТСГ, ММС и др.

Решението дали ще се използват вече съществуващи материали или ще се разработват нови, се взема в зависимост от това, дали **посланията** в наличните материали са **точни, актуални, пълни и адекватни**. Дали са **приемливи** за ЦА като формат, стил, културни асоциации и необходимо за възприемането им ниво на грамотност. И могат ли да се подобрят, ако не са. Последен и решаващ критерий за избор е дали материалите **отговарят на комуникационните задачи** на кампанията.

Един от плюсовете на разработените за държавата материали е, че те нямат авторски права и могат да бъдат използвани и адаптирани безвъзмездно.

Ако изборът е да се разработват нови материали, полезно е концепциите и съответно **посланията да са повече на брой**. А това, независимо от опита и творческия потенциал на организаторите на програмата, изисква работа с професионалисти.

---

<sup>5</sup> Who's still smoking? Disparities in adult cigarette smoking prevalence in the United States  
Jeffrey Drope PhD Alex C. Liber MSPH Zachary Cahn PhD Michal Stoklosa MA Rosemary Kennedy BSc  
Clifford E. Douglas JD Rosemarie Henson MSSW, MPH Jacqui Drope MPH  
First published: 31 January 2018  
<https://doi.org/10.3322/caac.21444>  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21444>

Какво представлява **работата с професионалисти** извън осигуряването на съответното заплащане или привличането на доброволец?

Преди всичко:

- изберете човека;
- информирайте го подробно, дайте му теоретична база по здравната тема;
- дайте му конкретно задание по съдържанието;
- договорете подробностите по изпробването;
- запознайте го с ЦА;
- не изхождайте от своята гледна точка при оценката на концепциите.

#### ✓ **Съобразяване с културните особености на ЦА**

Комуникацията във всяка от подгрупите на ЦА изисква съобразяване с особеностите на нейната култура, при което ефективността на посланието нараства в пъти.

Факторите, определящи **културната специфика**, са два вида:

- **Първични** културни фактори - раса, етнос, език, националност и религия;
- **Вторични** културни фактори - възраст, пол, сексуална ориентация, образователно ниво, професия, подоходна група, степен на адаптация към болшинството.

От съществено значение за възприемчивостта към посланията на кампанията са и други **характеристики на културата и ценностите** на ЦА:

- кое е приоритетно – индивидът или общността;
- възприетите роли на жената, мъжа, децата;
- предпочитаната семейна структура (нуклеарна или разширена);
- относителната важност на мъдростта, житейския опит и ценността на здравия смисъл в сравнение с образованието и научните степени;
- измерения на богатството (материални блага, лични взаимоотношения);
- ценност, приписвана на различните възрастови групи (млади или стари);
- дали предпочитат традициите или са открити за новото;
- предпочитани и забранени храни;
- начин на обличане и украсяване;
- език на тялото и др.

Какво се проверява, за да бъдат отчетени културните особености?

На първо място – **точността на посланието**. Това, дали то е **последователно**. Чрез директни въпроси към ЦА, откриват ли несъответствия в посланието, как им въздействат тези несъответствия и какво искат от кампанията за да вземат решение и да предприемат исканото действие, се откриват пропуските в това отношение.

За да може точността на посланието да бъде оценена всестранно, то трябва да е **еднозначно** – пряка препоръка за това, което се иска да направи ЦА като резултат от възприетото послание. В този смисъл посланието „Не на цигарите!“ не е достатъчно еднозначно, защото простото казване на „не“ очевидно не е исканото от ЦА действие.

За да може посланието да бъде точно, трябва да има информация, какво, освен здравните плюсове, които ще получи, подтиква ЦА да направи препоръчаните стъпки. И да бъде отчетена готовността на ЦА да предприеме промяна в дадения момент.

Никаква точност на посланието няма да помогне, ако източникът на информация не е спечелил **доверието** на ЦА. Тук решаващо е познаването на основните **характеристики на ЦА** – доходи, свободно време и др., и съобразяването с тях. Препоръчването на авокадо, съомга и бадемово мляко, като здравословна храна на определена доходна група, не предразполага към доверие от нейна страна.

**Изборът на авторитет**, който да представи точното послание, се определя от ценностите на ЦА, дори те да не включват научни степени и експертност, както и от нейното мнение за личната или служебна заинтересованост на говорителя.

Една от най-важните практически характеристики на посланието е **интересът**, който то предизвиква. А той се постига пак с проучване на ЦА и поставяне на **качеството пред количеството** при изработването на материалите. При недостиг на финанси, което е често срещана ситуация в нашата действителност, много по-добър краен резултат ще има опростяването на задачата, вместо да се понижава качеството на изпълнението.

Окончателно степента на културна и групова адаптация се изяснява само след **изпробване сред съответната ЦА**.

По време на цялата работа по разработването на послания и материали не бива да се забравя един от най-трудно приеманите в средите на здравните специалисти **принципи – здравната комуникация не образува**.

Въздействието върху ЦА е най-силно, когато тя бива **забавлявана и едновременно информирана**. А медийните професионалисти имат правото да променят посланията спрямо изискванията на публиката. Например, да изберат начина на обръщение към аудиторията.

Дали ще се наблегне на емоциите или на сухите факти – ще зависи от предпочитанията на ЦА, от търсеното въздействие и от целта на конкретното послание. **Тонът и съдържанието** на посланията зависят също така и от готовността на ЦА за промяна.

Позитивни послания **с отчитане на минусите** на желаното действие са най-ефективни при групи, които **вече са предразположени** към промяна. Докато негативно настроените към действието само биха използвали обективно представените негативи като допълнителни аргументи срещу него.

**Формата на посланието** още повече зависи от конкретните характеристики на групата. Толкова обичания от специалистите по промоция на здраве **хумор** е ефективен само при прости и много употребявани послания. Използваното повече от половин век **сплашване** с последствия и щети работи най-вече при два типа личности – тези, за които е предизвикателство да се справят с проблема и тези, които търсят нови преживявания. За тези групи ключ към въздействащо послание е убедителното представяне на щетите, доказателства за персонална застрашеност, прости действия за намаляването ѝ, гарантирано спасение.

Изследванията<sup>6</sup> сочат, че определена част от младежите имат особен **стремеж към нови преживявания и стимули**. Наречени “търсачи на усещания”, членовете на тази група, в зависимост от силата на това, което търсят, се делят на четири подгрупи:

1. **Търсачи на тръпка и приключения** (напр. скачачи с бънджи и гмуркачи);
2. **Търсачи на нови преживявания** (напр. неформален начин на живот и музикални вкусове, наркотици, нетрадиционни приятели);
3. **Без задръжки** – имат нужда от по-висока от средното интензивност на стимулите (търсят усещания от социална свръхстимулация – купони, социално пиене, множество сексуални партньори);
4. **Склонни към скука** (изпитват безпокойство, когато нещата твърде дълго не се променят).

**Пример:** Някои от работещите по програми за предотвратяване употребата на наркотици са открили, че насочване на послания към тази страна от личността на младежите позволява ефективно да се привлече внимание и да се осигури запомняне на посланието, както и да бъдат повлияни фактори като намерения за действие и нагласи.

Например, творческата телевизионна реклама за такива високочувствителни младежи е насочена към възможностите за алтернативни на наркотиците начини за удовлетворяване на

<sup>6</sup> “Reaching At-Risk Populations in a Mass Media Drug Abuse Prevention Campaign: Sensation Seeking as a Targeting Variable,” by P. Palmgreen et al. In *Drugs & Society* 8(3), pp. 29–45. 1995, Binghamton, NY: Haworth Press.

потребностите от нови усещания. Рекламата, наречена “В масовката”, съчетава хеви-метъл и клип от екстремни дейности.

В “Отрязан,” който е най-интензивен като източник на усещания, също звучи хеви-метъл и се появяват думите “отрязан,” “нагърмян”, “напушен,” и „изпържен“. Задкадров глас и илюстративно видео съпровождат всяка от думите (напр. “с наркотиците можеш да се изпържиш” върви с видео на монах, който се самозапалва). Завършва с думите “можеш да се „вдигнеш“ и без наркотици” и предлага алтернативни остри усещания.

И докато добре направените клипове са достатъчно скъп продукт, съществуват множество други форми на **индивидуализирана комуникация**.

Пример за такава са персоналните писма, персонални картички за рожден ден или Коледа с напомняне за преглед или подобно действие, анотации към здравни брошури с акцент върху интересоващи индивида моменти, онлайн тестове за поведение и хранене, след оценка на резултата препращащи към тематична информация и организации.

Други социални характеристики на ЦА също изискват съобразяване с тях, за да бъде постигната поне минимална ефективност на здравната комуникация. Една от тях е нивото на **грамотност и образование**. В същото време голяма част от здравното образование и промоцията на здраве се основават на печатни материали, често написани и илюстрирани така, че далеч надхвърлят нивото на грамотност на конкретната ЦА.

Материалът на ЗКК не е публикация, монография или фрагмент от учебник.

Той трябва да включва само информация, необходима за съобщаване на поведенческата задача и осигуряването на подкрепа за ЦА при решаването и.

- Темите трябва да са подредени в реда, в който четящият ще ги използва;
- Най-важните твърдения трябва да са поставени в началото и в края на материала;
- Информацията трябва да е организирана в блокове, ясно и прегледно;
- Необходимо е уважение към ЦА – те не са глупави, просто са малограмотни. Трябва да се избягва изпадането в излишни обяснения.

#### **Основни препоръки към текстовите материали за малограмотна ЦА:**

- кратки (5-7 думи) изречения и параграфи;
- писане в деятелен залог;
- пояснения с примери;
- без професионален жаргон, терминология, съкращения и абривиатури;
- обясняване на ключовите думи в самото изречение;
- посочено е действието, което може да се извърши веднага (това подобрява запомнянето на информацията и насърчава читателя да упражни желаното поведение незабавно);
- графики и печатен дизайн за запомняне и разбиране, без да се натрапват в текста;
- без големи, претъпкани таблици (функционално неграмотните хора изпитват трудности с разчитането дори на автобусните графици);
- без само главни букви, това затруднява не само малограмотните;
- илюстрациите – с надписи, пряко свързани с темата и показващи желаното поведение;
- заглавията и подзаглавията да предават основното послание и да подпомагат следенето на съдържанието;
- булети и други средства за подчертаване на ключовите послания и избягване на големи текстови параграфи;
- без подравняване вдясно.

Същите изисквания важат и за различните тематични и общи **сайтове**.

**Четивност** - тоест, добра навигация и забавни елементи, **краткост** - не повече от 250 думи на страница, използване на „**ефекта на края**“ – информацията за здравето се поставя най-отпред. По-

специфичните изисквания, като ясен и четлив дизайн, бързина на качването, добра търсачка, интерактивност и отчитане на посещаемост и връзка с посетителите, също целят максималното им ангажиране с предлаганата информация.

И тук е необходимо и задължително изпробване на всички материали с представители на ЦА.

#### ✓ **Изпробване на посланията и материалите**

Концепциите, каналите и материалите за комуникация, които ще се използват – интернет, телевизия, радио, печатни материали и т.н. , се изпробват сред представителна извадка от ЦА, за да се гарантира, че посланията достигат до нея. Най-удобно и икономично е това да се прави на **срещи на фокус-групите**. Този момент много често се изпуска, вероятно, поради желание да се започне колкото се може по-бързо с основната комуникационна кампания. Но провеждането му спестява време, пари и конфликти, ако посланията не стигнат или се окажат непонятни и неприемливи за ЦА.

Принципният **план за изпробване на материали и концепции** за послания изисква:

- избор на начини за изпробване, които се вметват в бюджета и графика на кампанията;
- изпробване на посланията и материалите на кампанията върху лица с характеристиките на ЦА;
- преразглеждане на посланията и материалите според получените резултати;
- оценка на това, доколко ефективно посланията достигат ЦА;
- промяна на кампанията според резултатите от оценяването.

Следва избор на **формат на комуникацията** така, че да пасне на каналите (банер на сайт, листовка в търсена стока, плакат на посетено място). Той, на свой ред, влияе върху **съдържанието и начина на отправяне** на посланието.

Например, споменаването на високорискови сексуални практики може да бъде приемливо за брошури, разпространявани чрез здравните заведения и по интернет, но не и чрез обществените услуги и комерсиалните телевизии.

След избора на концепции за посланията, които ще бъдат най-важни за ЗКК и най-мотивиращи за ЦА, се изработват **конкретните послания**.

Едно послание трябва да бъде просто, да съдържа действия, които групата или индивидът могат да извършат. Трябва да представя ползите, които целевата група ще получи от такава промяна в поведението — това е един от начините да се инициира промяна. Посланието трябва да притежава всичките качества на добър рекламен материал и да предава ключово за целите на ЗКК съдържание.

Преди всичко се проверява, дали **обръщението, този, който го прави и езикът**, който се използва, са приемливи за ЦА. Използването на твърде общи или непознати думи, на термини (особено статистически, социологически, медицински като „относителен риск“ и „пожизнен риск“) дава на хората повод да обезценят и игнорират информацията.

Проверява се предпочитаната **форма на обръщението** – директна или скрита покана за промяна на поведението – „не пуши“, „не позволявай на тютюневите компании да те манипулират“.

**Пример:** *"Пушенето не е от добро и до добро не води" – послание, което поражда негативна нагласа към тютюнопушенето, включва го в непопулярен имидж. Това съобщение е опит да се предизвика загриженост у родителите, които подценяват вредата от това заболяване и е било отправяно в редица много драматични клипове, в които деца са доставяни в болница в тежко състояние.*

"Направи нещо за неговото и своето бъдеще – сега". Родителите и подрастващите са насърчавани да извършат конкретно действие и да защитят своето и чуждото здраве и благополучие.

По време на кампанията специалистите от кабинетите по отказване от тютюнопушене и други компетентни специалисти посещават училища и мероприятия, като дават възможност на подрастващите да научат за услугата, да получат актуална информация и да доведат възраст.



**Изпробването на посланието за ефективност** се провежда, когато то е още в чернови вариант, за да може, ако изпробването покаже необходимост от промени, те да се направят преди основните разходи.

Начините за изпробване включват „засичащи“ интервюта с представители на ЦА (кратки улични интервюта или такива на централни за ЦА места, като училища и молове) и **фокус-групи**.

При изготвяне на посланията е необходимо да се прецени и най-подходящото **време за обръщение** към ЦА, както и да се ограничи **броят на посланията**, които ще бъдат изпробвани.

За всяко от тях ще трябва да бъдат:

- Оценена разбираемостта му;
- Определени силните и слабите му страни;
- Установено, доколко ЦА се разпознава в него;
- Проверени обръкващите, деликатни или противоречиви моменти.

Материалите добиват нова стойност, когато са оценени и от **авторитетни за ЦА фигури и експертите по нея**. Те трябва да притежават разнообразни компетенции, да им бъде поставена точна задача и дадени насоки за целите, контекста и аудиторията на материалите. Експертно гарантираната точност на фактите, максимумът от външни оценки и коментари, предоставеното време, достатъчно за оценка и осмислено коментиране, в много висока степен определят ефективността и ефикасността на посланията и материалите.

Какво **може да оцени изпробването** на послания и материали с представители на ЦА:

- **Привлеченото внимание** – най-добре това става чрез символи и аналогии. Но това не винаги е възможно, например, „връщане назад във времето“ на неверните действия при високото кръвно е удачно онагледяване, но за многофакторните рискове такива образни решения засега не са открити.
- **Разбираемостта и правилното възприемане** – дори формата на „хранителната пирамида“ е от значение, а представянето на различните типове храни не трябва да е в опаковки, а директно.
- **Мотивиращия ефект** – например, за момичетата на 12-13 години костите са сила, силата е най-мотивираща, когато става дума за консумацията на калций и трупането на мускулна маса от физическа активност.
- **Запомнянето** – то пряко зависи от представянето на информацията – най-вече за последствията и лечението, без излишни термини. Те блокират запомнянето.
- **Степен на идентификация** – най-привлекателен образ за нея е „някой като мен, но много по-успял“.
- **Културно специфичната приемливост** – доколко приемлив е речникът, отчетени ли са културните особености, начините на обмяна на информация – в пряко общуване, чрез опит или по друг начин.

Освен количествената оценка, изпробването оценява и **силните и слаби страни** на посланието във всички горепосочени области. А също така установява противоречията и деликатните моменти на проблема. Например, за телесните функции дори малограмотната ЦА предпочита по-абстрактен език.

Какво **не може изпробването** на послания и материали:

- Да е по-обективно от провеждащия го (ако вие си харесвате посланието твърде много и не желаете ЦА да ви го отхвърли, ще приложите натиск, това да не стане или просто няма да проведете изпробването);
- Да предскаже и гарантира успешност на някой от вариантите (изброените параметри не са всички, които определят успешността на едно послание);
- Да е статистически достоверно (поради твърде малката извадка на ЦА);
- Да замести експертно мнение (ЦА също може да бъде субективна за съдържанието на посланието);
- Да гарантира успех, тъй като той може да бъде провален от изпълнението на материалите и дейностите.

## Провеждане на изпробването

### ➤ *Определяне задачите на изпробването*

Описват се търсените характеристики на тестовата група, на тези нейни представители, които трябва и не трябва да бъдат включени в извадката за изпробване на послания и материали.

Договарят се принципни ограничения – изпробването на материалите и посланията не означава, че потенциалните потребители – ЦА и работещите с нея специалисти могат да коментират избрания формат и дизайн. От първите се иска непосредствена реакция, емоции и оценка на разбираемост, приемливост, убедителност. А от вторите – оценка на това, доколко удобни за ползване и съобразени с целите на по-широката програма са концепцията за послание и материалите.

### ➤ *Избор на методи*

По-долу ще бъдат представени най-икономичните, достъпни и годни за самостоятелно прилагане в условията на ограничен бюджет методи за изпробване на концепции и материали.

На първо място е вече споменатият консултативно-експертен метод – преглед и **оценка от ключови фигури**, имащи познания за допир с и влияние върху ЦА. Сред тях са и авторитетните представители на ЦА.

Следват го широко разпространените методи за изпробване на концепциите с ЦА чрез **анкети, интервюта** – индивидуални и групови, чрез **наблюдения**. По-малко популярни са **фокус-групите** и **проучващите интервюта**, макар че те малко се отличават по сложност и разходи от вече изброените методи. Ефективен и сравнително прост начин за обхващане на по-голям брой респонденти при избор на окончателен вариант за кратки аудиоклипове, видео или печатни материали са „**засичащите**“ **интервюта** на ключови за ЦА места.

Освен тези методи за цялостна оценка на посланията и материалите, съществуват и още по-икономични средства за оценяването им по отделни характеристики, важни за ЦА. Такъв е, например, **тестът за четивност**, който се прилага още към черновия вариант на текстовете. В съчетание със самостоятелно попълвани от представители на ЦА въпросници, интервюта или, за по-дълги документи – и двете, той е напълно достатъчен за пълноценно изпробване на материалите.

### ➤ *Провеждане на изпробването*

Коеето на практика, при ограничен бюджет и избор на единия от двата средни по цена и сложност варианта – фокус-група или „засичащо“ интервю, означава:

- Осигуряване на помещение, модератор или интервюиращи (ако е необходимо);
- Подбиране и ангажиране на респонденти;
- Изпробване на инструментите (ръководства за водене на дискусии и въпросници) – модераторът и интервюиращите са запознати, провели са едно-две интервюта и са дали отзиви (Основно се оценява, доколко ЦА харесва всеки от материалите, като водещ показател за успешност);
- Провеждане на изпробването с цялата група;
- Анализ на резултатите (за препоръки по подобряване на дизайна се привличат тези, които са го правили);
- Повтаряне на изпробването, ако са направени твърде големи промени, във време, предвидено за това още при планирането на кампанията;
- Изготвяне на отчет – входящи данни за ЦА, основни отговори за изпробвания материал, резултати, изводи, препоръки, приложени въпросници;
- Използване на резултатите без надценяване на значението им – те са показател, не предсказател.

Налице са вече концепция, послание и материали в окончателния им вид, изпробвани и подобрени.

### 2.3. **Етап 3. Провеждане на кампанията**

#### ✓ **Разработване на план** (Как ще го оползотворим?)

Планирането на здравната комуникация е един процес на непрекъснато самоусъвършенстване. Например, при избора на канал за комуникация се оценяват навиците на ЦА за набавяне на информация и за развлечения. Отпадат тези канали, които не се използват от ЦА. Това става още преди да бъдат разработени посланията.

Разработването на солиден **план за реализация** на комуникационната активност е решаващо за това, тя да достигне ЦА и да не се „разсее в ефира“. Изготвянето му трябва да отчита мястото на комуникационните задачи в по-широката програма за превенция.

Изчерпателният **план описва:**

- ЦА и каналите за комуникация;
- дейностите и събитията за осъществяване и разширяване обхвата на комуникационните въздействия;
- начините за разпространение на материалите;
- механизмите за съхранение и проследяване на използваните и оставащи материали;
- логистиката на всички изброени по-горе задачи;
- графика за реализацията им.

Следва един изключително важен момент, който се изпуска или съзнателно се пренебрегва при разработването на много програми и кампании.

#### ✓ **Оценяване провеждането на комуникационните кампании в самия процес** (Да го направим!)

На този етап се провеждат последните подготвителни мероприятия, разпространяват се материалите и реално се стартира ЗКК. Започва излъчването на програмите по електронните медии; публикациите, разпространението на печатните материали; предоставянето на материали на институции и обществени организации, осигуряването на достъп до тях на големи групи от населението и др. В същото време започва обучението и допълнителната квалификация на специалисти, информирането на референтните групи и ключовите фигури от обществеността.

Основните **работни правила** за реализиране на ефективна ЗКК:

- следване на плановете, разработени в началото;
- поддържане на постоянна връзка с партньорите и медиите;
- оценяване на плана и реализацията на кампанията още в самия процес.

Оценяването на процеса осигурява данни за **разпространението** на посланието и **контакта** на ЦА с него. Техники, като оценяване посещаемостта на сайтове, кликания на банер, отчети по мониторинга на обществените услуги, скрининги и данни за обажданията на горещи линии, са част от начините за събирането им.

Оценяването на процеса е необходимо, за да се установи, дали „отговорниците“ за масмедии са достатъчно **активни** в комуникационните дейности, дали продуктите **достигат** до ЦА, дали всичко се развива по **график**, според **стратегията** и в рамките на **бюджета**.

Дори при ограничено финансиране съществуват възможности за разработване и прилагане на плановете за **ефикасна** здравна комуникация:

- партньори, които да обединят своите ресурси;
- осъществяване на по-скромни инициативи;

- използване на доброволна помощ от специалисти, помощ от пенсионирани специалисти, преподаватели или студенти от местните колежи в последна година на обучение/ университети;
- търсене на налична информация и подходи от сходни програми.

Не позволявайте на бюджетните ограничения да ви спират да си поставяте цели, да опознавате потенциалната си ЦА или да изпробвате планираното. Пренебрегването на която и да е от тези стъпки ще ограничи ефективността на ЗКК още преди да е започнала.

#### **Митове и истини за оценяването**

- **Няма време и пари** – за да ги има, най-добре е да се планират от самото начало.
- **Шефът не одобрява** – може да бъде убеден с отчет с цитати и заплахата от провал на цялата програма при липса на оценяване.
- **Можем и сами** – не, освен ако не сте представители на ЦА и не изработвате материалите сами.
- **Художниците ще се обидят** – абсолютен аргумент при подобни реакции е, че се оценява не творчеството им, а степента, в която е предадено посланието. Включването им в изпробването на материала е достатъчно да ги убеди.

**Работният план на ЗКК** представлява сбор от отговорите на следните въпроси:

- Как да открием кампанията?
- Трябва ли да има събитие за откриването?
- Как да предизвикаме и задържим вниманието на медиите? Ангажираността на партньорите? Интересата на ЦА?
- Как да проведем пресконференция?
- Как да се уверим, че кампанията ни се развива по план?
- Как да използваме оценяването на процеса?
- Как да установим, дали информацията ни достига до ЦА?
- Как да установим, дали тя реагира положително на посланието и материалите ни?
- Добри ли са отношенията ни с партньорите?

#### ✓ **Подготовка за откриване и провеждане на кампанията**

Независимо от особеностите на кампанията, всяко откриване изисква план – сценарий и добро медийно покритие. Ако изборът е откриването на ЗКК да стане с определено събитие, от полза за популяризирането му е обвързване с национални или местни дати, места и инициативи. Ще помогнат:

- избор на тематично място;
- масовост, едновременност и медийна привлекателност на откриващите събития;
- бланка за отчитане на ставащото.

Отделно внимание изискват взаимоотношенията с медиите, особено ако откриващо събитие е провеждането на пресконференция.

Добро начало за постигане на максимално медийно покритие са:

- редовното информиране и предоставяне на **преслистове** за кампанията и откриващото събитие;
- предварително **напасване с графика** на съответната медия, съобразяване с наситеността с новини.

Провеждането на **пресконференция** изисква осигуряване на:

- нови данни по проблема, засяган от ЗКК;
- представяне на по-широката програма за превенция;
- представители на ЦА с техни истории по темата;
- покани до ключови медии;
- подготвени говорители;
- ясен график и сигурна логистика.

И един много важен практически момент, който е от значение за обхвата и качеството на медийното покритие на ЗКК: **говорителите** е необходимо да бъдат кратки и да говорят просто, да избягват терминологията и да се съсредоточат върху действията, които очакват от ЦА.

Една изключително полезна инвестиция в бъдещето на отношенията с медиите са така наречените **медийни комплекти**.

Такъв комплект съдържа:

- програма на пресконференцията;
- преслист;
- местна, регионална и национална статистика по проблема;
- история на проблема;
- биографични справки за говорителите;
- екземпляри за копиране на графики и таблици от презентациите на говорителите;
- копия от материалите и докладите им за програмата;
- име и телефон на консултант, който да потвърди информацията и да отговаря на въпроси.

Допълнителна възможност за популяризация на кампанията е **личното доставяне** на такива комплекти на тези, които не са могли или не са пожелали да дойдат на пресконференцията.

За постигане на максимално медийно представяне на програмата и ЗКК е необходимо намиране на **профилни издания и журналисти** на всяко от трите нива – национално, регионално, локално. Важно е **бърза експертна обратна връзка** да бъде осигурявана до един час. При подаване на информация са необходими честност, лично дадени обяснения с точни факти, обратна информация от медиите с данни за тяхната аудитория, за потенциални спонсори, препоръки за качеството на заснеманите видеоматериали.

**Бланката за отчитане откриването на ЗКК** нагледно представя отговорите на следните въпроси:

- Готови ли са партньорите за откриването?
- Поканени ли са рецензентите, посредниците за ЦА и други, участвали в разработването на програмата и кампанията?
- Подготвени ли са служителите и говорителите?
- На разположение ли са услугите, свързани с програмата (гореща линия, център за проучване)?
- Налице ли е списък с медиите за контакт?
- Готови ли са всичките материали за раздаване?
- Достатъчни ли са те за откриване на ЗКК (социална реклама и комплекти за медиите) и покриване на търсенето (листовките за зрители)?
- Има ли организирани възможности за набавяне на допълнителни екземпляри?
- Има ли процедури за проследяване на осъществяването на ЗКК и установяване на потенциални проблеми?
- Достатъчно информирани ли са здравните специалисти и местните организации, подпомогнали програмата/кампанията, за да отговорят на въпросите на клиентите и пациентите си?

Ефективността на ЗКК изисква **поддържане на отношения с медиите** и след откриващото събитие. За това ще помогнат списъкът с ключови медийни контакти, отрано създадените с тях отношения и развиването им по време на цялата програма.

Периодичното **медийно представяне** на ЗКК изисква, тя да бъде интересна за новините. Описание на задачи, послания, инициативи, обосноваване на важноста им и график за контакти с медиите ще спомогнат за това. От голяма полза ще са и не повече от трима информирани и обучени говорители, чиито кандидатури са съгласувани с партньорите и самите медии.

**Проследяването на медийната представеност** на ЗКК става с отчитане на предизвиканите и независими споменавания, количеството и големината им, мястото в медията, позитивно или

негативно е отношението, доколко точно е отразяването и какъв е рангът на автора. Такъв тип проследяване позволява да се използва появата на извънредни новини по темата на кампанията, като максимално бързо се предложи на медиите експертно мнение и коментар от по-високите ръководни нива на програмата или ЗКК. Когато проблемът не е остър и няма „криза“ по него, могат да се търсят връзки с него в актуалните новини.

**Пример:** *Когато в медиите се коментира двойният стандарт при храните, достатъчно обосновано е отново да се повдигне въпросът за затлъстяването при децата във връзка с видовете храни, при които е установен такъв двоен стандарт.*

Какво е **интересно и приемливо** за медиите?

- Истории с послание към аудиторията;
- Въпроси, които предизвикват спорове, противоречия и конфликти;
- Истории, които повишават рейтинга и разширяват аудиторията на съответната медия;
- Свеж поглед или обрати в темата, които ще привлекат вниманието на публиката;
- Точна информация за предисторията на проблема.

Какво е **неприемливо** за медиите?

- Да представят стари теми;
- Да дублират теми с конкуренцията;
- Да представят неточна информация или непълна картина;
- Да им се струпва всичко в последния момент;
- Настойчивостта на тези, чиято идея е отхвърлена;
- Организации, които смятат своята история за интересна, само защото е тяхна или че важноста на поставяните от тях проблеми е очевидна от само себе си.

Както това е описано в плана на по-широката програма и в този на конкретната ЗКК, всеки етап от тях подлежи на оценяване, както като процес, така и като резултати.

В процеса на осъществяване на кампанията се оценява, дали посланията се предават по подходящ начин, ефективно и ефикасно, дали материалите се доставят на нужните хора в нужните количества, дали и кога се провеждат планираните дейности. Не по-малко задълбочено се изследва реакцията на ЦА.

**Някои технически хитрости за събиране на разнообразна информация**

- Използване на бланки за проследяване на дейностите – готови, от други програми или самостоятелно разработени;
- Наблюдения над обема на търсенията и заявките за тематичната информация от ЦА;
- Въпроси при обажданията на горещи телефони и в организацията, какво ги е накарало да се обадят;
- Събиране на изрезки от печатните медии за оценка на представянето в тях;
- Изпращане и събиране на бланки за обратна връзка, обаждания за проследяване на реакциите в телевизиите и радиата, с които се е сътрудничило;
- Провеждане на последващи разговори с учители, лекари и други посредници за ЦА, за проверка на готовността и интереса им към кампанията;
- Редовна текуща отчетност от активистите, подизпълнителите и партньорите;
- Провеждане на директни или онлайн срещи с партньорите за оценка на напредъка по програмата;
- Следене на трафика към сайта на програмата;
- Наблюдения над търсенето на тематични публикации и промените в тяхното разпространение.

**Някои начини за оценяване на процеса на реализация на кампанията**

### **Популяризация и разпространение на материалите**

- Времето, което отделят на посланието електронните медии, големината и демографските характеристики на аудиторията им;
- Покритието в печатните медии и предполагаемата читателска аудитория;
- Количеството разпространени образователни материали;
- Броят на изнесените лекции и представените презентации;
- Броят на организирани събития;
- Големината на тяхната аудитория.

### **Реакции**

- Брой и съдържание на контактите по телефона, електронната и обикновена поща, в социалните медии – какво търсят и откъде са научили за кампанията?;
- Брой посещения на сайтовете и уеб-услугите, сваляния на апове;
- Реакция на презентациите – според попълнените бланки за обратна връзка;
- Брой потърсени и разпространени печатни материали.

### **Аудитория**

- Демографски и други характеристики на откликналата аудитория – доколко съвпадат с тези на ЦА.

Един по-специфичен показател за ефективността на кампанията е **степената на удовлетвореност** на нейната ЦА, представя за която дава използването на гореизброените техники за получаване на отговор на следните въпроси:

- Характеристиките на обхванатите – доколко те съвпадат с характеристиките на ЦА?
- Как ЦА реагира на препоръчаните материали и услуги – лесни ли са те за разбиране? Полезни ли са?
- Как ЦА използва материалите – четете ли ги? Предава ли ги на други? Пази ли ги? Посещава ли мероприятията?

Независимо, дали ЗКК е спусната централно или е местна инициатива, подобрения са възможни винаги и оценяването на процеса и удовлетвореността на ЦА е ключово за тях.

### ✓ **Партньорствата след края на кампанията**

Установените по време на кампанията контакти и партньорства са вторият по ценност резултат след постигането на целите на ЗКК. Комуникация на постоянна основа, включване в оценяването на процеса и резултатите, информиране за всичко, похвали и интерес към мнението и успехите на партньорите, благодарности в публикации, споделяне на нова информация, постигнати резултати и получена обратна връзка по хода на кампанията помагат за запазване на отношенията с тях като една гаранция за бъдеща ефективност и ефикасност на работата.

### **Митове и истини за провеждането на ЗКК**

- **Печатните материали говорят сами за себе си** – не, те трябва да се популяризират. Сами хората ще дойдат при вас, само ако печатате пари.
- **Медиите отразяват темата по свое усмотрение и често неверно** – подгответе си информацията и говорителите *точно и медийно интересно* и избраните от вас отговорни журналисти ще я отразят, както трябва.
- **Една откриваща пресконференция е достатъчна** – след пресконференцията *популяризирането продължава*, докато не се опразнят складовете или не постигнете целите си.
- **Нашата тема не е стока, за да се рекламира** – популяризирайте програмата си, печелейки доверие в полза на обществото, това не е недостойно, а закономерна и неделима част от здравната комуникация.
- **Популяризацията е работа на партньорите** – не, те няма да намалят натоварването ви, тяхното привличане и задържане също е труд.

## 2.4. Етап 4. Проследяване и оценяване на кампанията

### ✓ **Оценяване на ефективността и подобряване на кампанията**

Успешната здравна комуникация, ефективното общуване по проблемите на здравето предполагат:

- промяна в обществената нагласа към тези проблеми;
- ангажираност на ключови фигури и законодателна подкрепа;
- разширяване или реорганизация на системата за предоставяне на помощ при собствена активност на хората;
- обучение на специалистите в консултативни умения и умения за планиране на ЗКК;
- промяна в осведомеността и нагласите на референтните групи и ключовите фактори;
- промяна в осведомеността, нагласите и уменията на ЦА по отношение на нездравословните и здравословни избори и уменията да ги правиш.

**Пример:** *Една комуникационна програма срещу тютюнопушенето, насочена срещу увеличаването на процента пушачи сред подрастващите ще бъде ефикасна, ако бъде допълнена със следните мерки на по-високо ниво за постигане на промяна в поведението им:*

- *Държавата да преразгледа политиката си за косвено рекламиране на тютюнопушенето и допустимостта му на обществени места, като постоянно информира за това обществеността и всички заинтересовани страни.*
- *Министерството на здравеопазването да въведе курсове по консултативни умения и обучение по разработване на ЗКК за специалистите от различни области, влизащи в допир с ЦА по проблема за тютюнопушенето;*
- *Отговорните ведомствата да подобрят достъпността на услугите за отказване от тютюнопушене и да контролират по-стриктно спазването на законовите ограничения за продажбата на тютюневи изделия на непълнолетни, както и за рекламата на такива изделия. Да проявяват експедитивност при регулацията на нови продукти, свързани с тютюна.*

### ✓ **Оценяване на резултатите и въздействието на кампанията** (Как се справихме?)

Оценяването на **процеса** установява, доколко посланията, материалите и дейностите са разработени и проведени, съгласно плана и в каква степен те са достигнали и обхванали ЦА.

Оценяването на **въздействието и резултатите** цели да измери промените в нагласите и поведението на ЦА в резултат на въздействието на комуникационната дейност върху нея. Като резултати в случая се разглеждат краткосрочните ефекти (нараснал интерес към сайта и центровете за отказване от тютюнопушене), а като въздействия – дългосрочните ефекти (намаляване на дела на подрастващите, преценили, че ще пропушат до една година).

И двете нива на оценяване измерват **промените в осведомеността, познанията, нагласите и поведението** на ЦА, които могат да бъдат свързани с комуникационните дейности. Дори при липса на данни за резултатите и въздействието, проучванията при планирането (формативните проучвания), заедно с оценяването на процеса, дават някакви индикации за вероятността от успех на комуникационната дейност.

Такъв случай са повечето програми на СЗО и други външни вносители. Когато инициативите са местни и резултатите са важни, не по-малко от отчетността, **финалното оценяване** е крайно



необходимо, както като източник на информация за подобряване на програмата, така и за утвърждаването и популяризацията ѝ в общността и пред администрация и спонсори.

Такова оценяване е важно, защото:

- *Оправдава* постигнатото от програмата пред възложителите – като им предоставя информация за това, доколко стриктно тя е била изпълнена и какъв обхват е имала при отпуснатите средства;
- *Осигурява данни* за постигнатото и обосновава необходимостта от допълнителни ресурси;
- *Подобрява разбирането* на здравната комуникация, както сред изпълнителите, така и сред възложителите, като намалява неоправданите очаквания, прекомерната критичност и усещането за особен контрол над ЦА.
- *Насърчава* текущите съвместни инициативи и координацията с други организации

За провеждане на **оценяването по въздействие и резултати** са необходими отговори на следните ключови въпроси:

- Какви са комуникативните задачи, поставени при разработването на ЗКК?  
(Какво трябва да чувства, да мисли и да прави ЦА след комуникацията, за разлика от преди нея);
- Как трябва да започне промяната в ЦА?  
(Особено полезен е списък на поетапните промени в ЦА, съставен още на етапа на планирането);
- Каква е продължителността на ЗКК?  
(какви промени биха могли да възникнат на всеки етап от реализацията на кампанията).
- Кои методи за оценяване на резултатите могат да уловят проявите на промяната?  
(при 1000 изследвани статистическата грешка е 3% – значими са промените над 5%, а групата може да е твърде малка, за да могат те да се проявят в нея и да бъдат отчетени);
- Как планът за оценка на резултатите се съгласува с приоритетите на финасиращата организация и дали ги отчита при измерване на постигнатото?

**Забележка:** *Оценяването има множество изисквания и ограничения. Оценяване, което не може да даде статистически значими и достоверни данни за промяната е по-добре да не бъде провеждано.*

#### **Провеждане на оценяването на резултатите**

- *Определяне на информацията, която оценяването трябва да набави*

Основен критерий за това ще бъдат решенията, които трябва да се вземат въз основа на тази информация.

- *Избор на вида данни, които ще бъдат събирани*

Най-често това е информация за настъпила или ненастъпила промяна в:

- познанията и разбирането за проблема;
- намеренията за действие;
- предприемането на предварителни стъпки за промяна на поведението сред ЦА;
- осведомеността за кампанията и нейните знаци и послания;
- действията и нормативните актове на управлението.

- *Избор на методи за събиране на информация*

Този избор е свързан изключително с целите и задачите на ЗКК и готовността за инвестиции в оценяването.

- **Качественото изследване** - осигурява по-задълбочено разбиране на *поведенческата компонента* на проблема.

Въпросът, на който отговаря е “Защо?”. То по определение е субективно, тъй като анализира индивидуалните реакции, за да открие мотивацията зад тях.

Данните от него позволяват да бъдат направени истински открития за ЦА, корените на проблема и начините за решаването му. Оценяването чрез качествени методи фактически диагностицира, прониква в поведението и тенденциите за развитието му, позволява многостранно интерпретиране на данните.

**Пример:** *Проучване на намалената физическа активност сред жени с наднормено тегло от афроамерикански произход неочаквано разкрива значимостта на факта, че сложните прически и трудното им поддържане при спортуване силно повлияват готовността на жените да се движат и да участват в спортни инициативи<sup>7</sup>.*

- **Количественото изследване** е необходимо при определяне на *разпространението* на определени познания, нагласи и поведение сред ЦА. Този тип изследвания измерват степента на изразеност на оценяваното явление и отговарят на въпросите „Колко?” и „С каква честота?”. Фактически те описват и измерват *действията*.

Техните данни са обективни, имат доказателствена стойност при измерване нивата на действия и тенденции. Въпросите им са зададени без възможност за разкриване на индивидуална гледна точка.

**Качествено проучване** е необходимо, когато:

- се планира ЗКК и се разработват материали за нея;
- цел на изследването е да бъде проучена тема или проблем;
- трябва да се проникне в начина на живот на ЦА, културата, мотивите и предпочитанията и.

То е абсолютно необходимо, когато се цели **СЪЗДАВАНЕ НА СЪДЪРЖАНИЕ**.

Качественото проучване се **провежда**, като се:

- подбира малка група, според определени характеристики, представящи ЦА;
- провежда дискусия (фокус-група или проучващо интервю) или наблюдение на индивидуално поведение в училища, молове, супермаркети и др.;
- поддържа дискусията максимално свободна, за да могат участниците да реагират спонтанно и разнообразно;
- избира следващия въпрос, според предходните реакции на участниците.

**Резултатите** от него не могат да бъдат:

- представени в количествена форма или обработвани статистически;
- екстраполирани върху цялата ЦА.

**Количествено проучване** е необходимо, когато:

- се планира ЗКК (измерване разпространението на определено поведение) или се оценява вече съществуваща програма;
- цел на проучването е измерването на определени промени в ЦА. Количественото проучване е метод за **ПРОСЛЕДЯВАНЕ НА ПРОЦЕСИ**.

---

<sup>7</sup> Hair As a Barrier to Physical Activity among African American Women: A Qualitative Exploration  
Rodney P. Joseph, Kathryn Coe, Barbara E. Ainsworth, Steven P. Hooker, LaTanya Mathis and Colleen Keller  
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2017.00367/full>

Количественото проучване се **провежда**, като се:

- подбира голяма група или групи участници;
- използва структуриран въпросник от затворени въпроси или въпроси-меню.

Практически всяка анкета е количествено проучване.

При достатъчно добро познаване същността на проблема и спецификата на ЦА, **резултатите** от количественото проучване могат да бъдат:

- анализирани статистически;
- разглеждани като представителни за популацията на участниците, ако всеки от нея има равен шанс да бъде включен в проучването.

**Пример:** *Част от попълващите анкети на международното проучване GYTS през 2015 година са отбелязвали отговорите в графичните листове така, че да образуват орнаменти, без връзка на посочените отговори с реалността. Познаването на особеностите на съответната възрастова група позволи тези анкети да не бъдат включвани в машинната обработка на данните (собствени материали на автора)*

Планирането и оценката на някои кампании изискват премислено **съчетаване на двата типа методи**. Към данните за обхвата, получени с количествен метод, е добре да се добавят и качествени данни за въздействието, а това се случва доста по-рядко, макар въздействието на една програма да се определя далеч не само от комуникационната ѝ компонента.

**Пример:** *Опитът за публикуване на национален консултативен телефонен номер за помощ при отказване върху цигарените кутии се оказва неуспешен, защото той е локален и се обслужва като допълнителна дейност от много малък брой специалисти, като само някои от тях имат нужните консултативни умения. В края на краищата функциите на консултантите биват сведени до пренасочване към местните кабинети за отказване от тютюнопушенето. А това не основна цел на горещата линия за отказване от цигарите и предизвиква остро недоволство в ЦА (собствени материали на автора).*

## Препоръчителни методи за събиране на информация

### Фокус-група

Един от най-икономичните качествени методи за анализ, достъпен при ограничен персонал на кампанията, е така наречената **фокус-група**.

Чисто **организационно** тя представлява свободна дискусия между 6 до 10 човека, която може да бъде проведена, както очно, така и с друг вид комуникация, като първото е за предпочитане. В рамките на един до два часа квалифициран модератор, ръководещ се от специално разработен за групата наръчник, следи дискусията да се придържа към въпроса на проучването, а нововъзникналите теми да бъдат надлежно проучени чрез допълнителни въпроси.

Такъв тип дискусии са изключително творчески и задълбочени, предоставят автентичен и неочакван поглед на ЦА върху проблема, но по определение те са субективни. Ако трябва да се провеждат по повече проблеми, са времеемки, а резултатите от тях не подлежат на статистическа обработка и не могат да бъдат обобщени за цялата популация.

Затова те са ограничени до определен **тип употреба**:

- При разработване на **комуникационна стратегия** (първи етап на кампанията):
  - информация за мненията, мотивите и опита по засегнатия здравен проблем;
  - установяване на гледната точка на ЦА за препоръчителността на определени действия;
  - откриване на пречките за тези действия;
  - определяне на плюсовете, които ЦА смята за привлекателни, и на резултатите, които тя очаква от определено свое действие;

- информация за дейности, канали и места и за това, как ЦА ги използва;
- документиране на речника на ЦА при обсъждане на тези проблеми.
- При проучване **как ЦА реагира** на концепциите за послания (изпробване на концепциите – втори етап на кампанията):
  - установяване, на кои концепции се откликва, а на кои – не и защо?;
  - отключване на творческото мислене у поканените специалисти;
  - онагледяване на мисленето и изказа на ЦА по здравния проблем за организаторите на кампанията;
- При **проследяване и оценяване на кампанията** (на всеки етап):
  - за разработване на хипотези (или кръг от проблеми) за количествени проучвания и установяване на видовете отговори, които трябва да бъдат включени в затворените въпроси;
  - за адекватен анализ и разбиране на резултатите от количествените изследвания чрез извличане на по-задълбочена информация от типични представители на ЦА, за изясняване на определени реакции.

Препоръчително е фокус-групата да не е една, дори само за да може да се разделят типичните представители на ЦА на такива, които имат желаното поведение и такива, които го нямат. Това би позволило да се установи, какви са мотивите на едните и на другите и как да се въздейства на последните.

За да бъдат участниците достатъчно спонтанни и да не монополизират дискусиата, те трябва да нямат опит по проблема и да не са участвали в други подобни дискусии. **Броят на групите** зависи от характеристиките, по които извадката ще бъде разделена на подгрупи за облекчаване на комуникацията и искреността. Във всяка подгрупа са необходими най-малко две фокус-групи.

### Провеждане на фокус-група

Най-напред се избира **мястото и формата** на комуникация.

Дали това ще бъде Скайп-група, Фейсбук-група, чат-стаи или нещо още по-специфично, от типа на чатове към игри – зависи от ЦА. Всички видове конферентни комуникации, всякакви места за срещи на общности на ЦА представляват възможност за провеждане на фокус-група.

По принцип, максимум вербална и невербална информация предоставя форматът „лице в лице“, но така участниците губят част от своята анонимност, което се отразява на тяхната искреност и задълбоченост.

Електронните комуникации затрудняват подбора на участниците спрямо критериите за подбор, проследяването на невербалните реакции, ограничават участието на представители на ЦА, които не владеят работата със социални мрежи.

Когато този първи избор е направен, идва ред на разработването на **Въпросник за подбор**. Едно от първите изисквания е участниците да не са запознати с темата и да не се познават помежду си.

Самото **набиране на участници** може да се осъществи чрез използване на най-различни източници – от телефонна книга до регистрите на професионални организации. Полезни могат да се окажат и лица, които обгрижват или контролират ЦА, например, учители, медицински сестри в детска градина, треньори в юношески отбори и др. Набиране на участници за фокус-група може да стане и чрез различни организации, но това ще изисква подробна информация за целите и тематиката на групата, за спазването на конфиденциалността и използването на получената там информация.

Един от начините да се осигури достатъчно за провеждането на фокус-група **присъствие**, е изборът на удобно за участниците време и място, планирането на кафе-пауза, предоставяне на грижи за децата за времето на дискусиата, на транспорт или осребряване на разходите за него. Използва се и заплащане.

За да може дискусиата да протече резултативно, ще се наложи разработването на **ръководство за водещия**. В него трябва да бъде посочено, каква информация и с каква цел ще бъде събирана, както и каква входяща информация ще е необходима за това.

**Въпросите**, задавани по време на дискусиата трябва да са отворени, без да насочват към определен отговор. Ако е необходимо, получаването на персонални отговори по някакъв проблем, е по-добре да се пуснат **предварителни индивидуални въпросници**. Доколко задълбочено и продължително ще бъдат обсъждани съответните въпроси, зависи от значението им за проучването.

**Провеждането** на фокус-групата започва с представяне на модератора и приемане на **основните правила за дискусиата – диалог и никаква критика**.

След представяне на всеки един от участниците по име и с информация, свързана с темата на групата, се прилагат няколко техники за „разбиване на леда“ – прости въпроси, които помагат на всички да се настроят за работа в групата.

Модераторът открито ръководи дискусиата, за да може да бъдат обхванати всички теми. Той не просто приема мненията на участниците, а задълбочава анализа с въпроси за техните мотиви и скрити нагласи. Особено внимателно следи да се изказват всички и никой да не обсебва дискусиата. Ако групата има външни наблюдатели, те могат да поставят чрез водещия допълнителни въпроси. При необходимост, ръководствата и материалите за групите могат лесно да се видоизменят и подобрят.

Вече събраната по време на фокус-групата информация внимателно се анализира. Търсят се тенденции, творчески идеи за послания, съдържателни вариации на мненията, консенсус по спорни и деликатни проблеми. Но тези резултати не могат да бъдат подложени на количествен анализ, защото не са показателни за цялата ЦА.

По време на дискусиата **ролята на модератора** не е експертна, той не предоставя информация по темата, а държи дискусиата да не се отклонява от нея, осигурява време за изказване на всички, извлича допълнителна информация, грижи се да бъдат обсъдени всички планирани теми, печели доверието на групата, установява контакт с всеки участник и изследва темата по всевъзможни начини.

#### **Проучващо интервю**

Понякога фокус-групите могат да бъдат подсилени с **проучващо интервю** за повече информация, която да разкрие мотивацията на ЦА.

Този метод за качествен анализ е много сходен с фокус-групата, но събирането на информация се осъществява индивидуално. И тук броят на лицата, с които то се провежда, зависи от характеристиките, по които ЦА ще бъде разделена на подгрупи. Във всяка подгрупа са необходими най-малко **десет интервюта**.

#### **„Засичащо“ интервю на публично място**

За придобиване на по-ясна представа, как отделният човек реагира на посланията и материалите в реална обстановка, се провеждат **„засичащи“ интервюта** на публични места. Тези интервюта наподобяват проучващото интервю, но съдържат повече затворени въпроси с еднозначни отговори и предполагат по-стриктно придържане към тях при провеждането.

**Методиката** осигурява незабавно и икономично получаване на информация дори от труднодостъпни групи. Обучени интервюиращи спират **нужните хора на комфортно за тях обществено място**, получават тяхното съгласие, проверяват ги със скринингов въпросник за принадлежност към ЦА и ги интервюират на по-спокойно място. Ако те не пожелаят да отговорят веднага, се договаря друго време за интервю.

Този подход, обаче, не позволява задълбочаване на проучването и обобщаване на данните за цялата ЦА. Не е препоръчителен при деликатни теми.

*Набиране на участници*

Тези, които ще го осъществяват, трябва да разполагат с критериите за подбор на участници във вид на **скрининг-тест** и с кратък **сценарий** за протичане на комуникацията. Ефективно е с тази задача да бъдат натоварени начинаещи професионалисти – студенти, дипломанти и др. от съответните маркетингови специалности.

#### *Организиране на интервюто*

Място за такова интервю могат да бъдат чакални в здравни заведения, религиозни институции, канцеларии на Социална помощ, училища, различни местоработи, гари, молове, кина, клубове и др.

Провеждането му изисква предварително получено съгласие на институцията или организацията, която отговаря за съответния терен на проучването.

Ако се ангажира друг изпълнител, той трябва да е получил списък с критерии за подбор на интервюираните, материалите за изпробване и въпросника за интервюиране.

#### *Анализ на проведеното интервю*

Като процес и като документ той обединява и обобщава отговорите на следните въпроси:

- Какво научихте от интервюто?
- Получи ли посланието адекватна и благожелателна реакция от ЦА?
- Постигна ли посланието комуникативните си задачи?
- Какви са силните страни на това послание? А слабите?
- Има ли някакви по-особени отговори на някои от въпросите?

#### **Някои общи минуси на изброените методи за оценяване**

- **недостатъчна** (за екстраполации и дългосрочно прогнозиране) **точност** на измерването;
- невъзможност да се гарантира извода, че наблюдавания ефект е предизвикан от комуникационната дейност, поради **невъзможност за контролиране на многофакторно обусловените ефекти** в групите (като например въздействие на други кампании, промени в статуса, финансирането, възрастовия състав и авторитетните за ЦА фигури).

Въпреки, че се препоръчва най-вече за национални програми, които обхващат цялата ЦА, най-разпространен и популярен е подходът за получаване на данни от едни и същи лица преди и след провеждане на кампанията – **тест- ретест**. И при него е налице вече споменатото ограничение – не може да се гарантира, че настъпилата промяна е резултат от въздействието на кампанията. Но относителната му простота позволява самостоятелно провеждане и го прави предпочитан и по места.

Освен че са по-добре познати, количествените методи предоставят данни, които могат да бъдат обобщавани, събирани анонимно, могат да се оценяват и визуални материали. Но резултатите на количествените методи лесно могат да бъдат изкривени от участниците и не позволяват задълбочаване на проучването в процеса на получаване на данни.

**Пряката комуникация** е добра за малограмотни, колебаещи се, за извличане на допълнителна информация, но... не е добра по деликатни теми.

**Косвената комуникация** е евтина, автоматизирана, но... изключва нежелаещите да осъществят промяната, малограмотните, труднодостъпните.

**Самостоятелното попълване** на въпросници изисква участниците да са грамотни и мотивирани.

**Електронните анкети** също изискват висока степен на грамотност и умения, като е практически невъзможно да се провери достоверността на подадената информация

Въпреки, че различните форми на допитване – от електронна анкета до индивидуално структурирано интервю, са достатъчно познати на населението, съобразяването с културата на ЦА и това, как тя се съотнася с културата на оценяващия и с избрания метод, е много важно за достоверността на получените резултати.

### **Място на количествените методи в процеса на осъществяване на ЗКК**

На Етап 1 – във формативното проучване за получаване на входящи данни, данни за разпространението на съответните знания, за нагласи и поведение, както и за намерения за действие;

На Етап 3 – за проследяване употребата на материалите и осведомеността на ЦА за комуникационната програма и различните и тактики;

На Етап 4 – за измерване на напредъка в изпълнението на задачите.

### **Други изследователски методи**

#### **Рецензии от посредници и ключови фигури за ЦА**

Организациите, професионалистите и авторитетните лица, които контролират и насочват достъпа до ЦА, трябва да преглеждат материалите още на ниво разработка.

Обратна връзка от тях може да се получи с предварително изпращане на въпросник за оценяване за самостоятелно попълване и образци на материалите, последвано от среща с интервюиращ. Въпросите са насочени към оценяване на полезност, приемливост и описване на обща реакция на материалите.

#### **Оценяване на четивността**

Формулите за четивност измерват средната дължина на изречението и сложността на речника в материала, но не отчитат степента на разбиране на читателя. Оценяването на четивността с такава формула работи само в съчетание с други методи и върху аудитория, аналогична на използваната за извеждане на формулата. Писането на материали с формулата наум се отразява на качеството им.

Нивото на четивност се определя от годините преминато обучение, необходими за да бъде разбран текстът. Най-често се залага с два до пет класа по-ниско от средното за ЦА ниво на четивна грамотност, заради намаляването на съответните умения с напредване на възрастта. За малограмотните се смята за достатъчно ниво на четивност, изискващо четивна грамотност от 3-5 клас.

#### **SMOG<sup>8</sup> тест за оценка на четивността**

1. Отделете по 10 последователни изречения в началото, средата и края на текста;
2. В тази извадка от 30 изречения заградете всички думи, които съдържат три и повече срички (многосрични думи), заедно с повторенията, и сметнете общия им брой;
3. Изчислете корен квадратен от сметнатия общ брой многосрични думи, като откриете най-близкия точен квадрат и извлекете неговия корен квадратен;
4. Накрая прибавете постоянното число три към съответния корен квадратен.

Получената цифра е класът по умения за четене по SMOG, който човек трябва да е завършил, за да може напълно да разбере оценявания текст.

- под изречение се разбира редица думи, завършващи с точка, въпросителен или възклицателен знак. Изреченията, разделени с точка и запетая се разглеждат като отделни;
- думите с тире се разглеждат като една дума;
- цифрите, които са написани с думи, трябва също да се отчетат, а ако са дадени с цифри в текста, да се произнесат на глас, за да се прецени, дали са многосрични;
- собствените имена трябва също да се оценяват по многосричност;
- съкращенията се произнасят разгърнати и също се оценяват.

*За текстове с по-малко от 30 изречения.*

- пребройте всички многосрични думи в текста;
- пребройте изреченията;
- сметнете средния брой многосрични думи на изречение;

---

<sup>8</sup> <https://www.webfx.com/tools/read-able/smog-index.html>

- среден брой означава, общият брой на многосричните думи да се раздели на общия брой изречения в текста;
- извадете общия брой изречения от трийсет;
- умножете числото по средния брой многосрични думи на изречение;
- добавете числото към общия брой многосрични думи в текста;
- намерете корен квадратен от сумата и добавете постоянното число три.

## SMOG ТАБЛИЦА ЗА КОНВЕРТИРАНЕ

ОБЩ БРОЙ НА МНОГОСРИЧНИТЕ ДУМИ	ПРИБЛИЗИТЕЛЕН КЛАС ПО УМЕНИЕ ЗА ЧЕТЕНЕ
	(± 1.5 класа)
0 – 2	4
3 – 6	5
7 – 12	6
13 – 20	7
21 – 30	8
31 – 42	9
43 – 56	10
57 – 72	11
73 – 90	12
91 – 110	Колеж
111 – 132	Колеж
133 – 156	Колеж
157 – 182	Магистратура
183 – 210	Магистратура
211 – 240	Докторска

➤ *Събиране на данните*

Използвайте избраните методи за събиране на информация за набавяне на данни и ги сравнете с вече събраните данни за **входни нива**.

➤ *Обработване на данните*

Съществено важно е да бъде потърсен специалист за избор на процедура за обработка, съответстваща на вида и качеството на данните.

➤ *Анализ на данните и отговори на въпросите, поставени пред оценяването*

Специалисти, заинтересовани да правят публикации на базата на тези данни, могат да окажат неоченима помощ в този процес.

➤ *Съставяне на доклад за оценяването*

Такъв доклад е необходим, за да може да бъде използвано наученото по време на осъществяването на ЗКК по-нататък, за изграждане на авторитет пред институции и спонсори, за доказване на ефективност пред колеги. Той представлява **документиране на опит**: какво и защо е направено, работи ли или има нужда от промяна. Като неразделна част от продукта се прилагат всички **въпросници и бланки**.



Необходим е контрол над тези, които ще обработват информацията и данните от ЗКК, особено що се отнася до интерпретация, изводи и препоръки.

Отделно решение е необходимо за това, **на кого** ще бъдат предоставени данните. Кой са те, от каква информация имат нужда, как ще я използват.

Важен е и изборът на **форма на доклада**:

- Кратък, включващ неудобните констатации и препоръките;
- Общ, включващ преглед за аудитория с ниво на четене 9 клас;
- Научен, включващ раздел с методите, подробно обсъждане и библиография;
- Визуален, включващ повече графики и таблици, отколкото думи;
- Представяне на редица случаи, включващ и други методи на изложение.

**Препоръчителни елементи за включване:**

- Резултати, данни от кампанията;
- Методи за оценяване;
- Хронология на кампанията;
- Теоретична обосновка на кампанията;
- Изводи;
- Препоръки;
- Пречки, причини за неизпълнение на задачите.

➤ *Разпространение на доклада от оценяването.*

План, като този за разпространението на материалите на ЗКК, е необходим и за популяризиране на доклада от оценяването ѝ. Основно то се осъществява чрез презентации, публикации и научни статии от тези, които са осъществявали кампанията, чрез отзиви на заинтересованите от проблема страни, както и на различни официални събития. Търсенето и получаването на формално признание за постиженията на програмата от различни организации също повишава популярността ѝ.

➤ *Подобряване на ЗКК*

Данните от оценяването на реализацията на ЗКК служат за подобряването ѝ още на ниво цели и задачи – обосновават промените им, разкриват степента и ефективността на постигане, позволяват да се вземе решение, в каква посока да се продължи. Новото, което те съдържат, очертава областите, изискващи допълнителни усилия, разкрива причините за неуспех на някои стратегии.

При успешните дейности оценяването позволява да се вземат решения за разширяването и продължаването им, за обхващането на нови, различни групи.

Оценяват се и разходите – доколко са обосновани, има ли по-икономични, но също успешни дейности.

Прегледът и оценката на отчетността позволяват да се прецени, дали тя доказва успеха и необходимостта от продължаване на ЗКК. Споделянето на тези данни с шефове и партньори, и търсенето на нови такива затваря цикъла на здравната комуникация.

✓ **Обратна връзка за подобряване на комуникацията**  
(А сега накъде?)

Такава обратна връзка от оценяването на ефективността на дейностите по здравна комуникация позволява да бъдат установени силните и слабите им страни и предлага редица действия за подобряването им при необходимост. Обратната връзка по дефиниция е **непрекъсната и действена**. Тя трябва да води до по-успешни решения за употреба на комуникацията, както при планирането, така и при осъществяването на по-широката програма за превенция. Комуникационният и другите ѝ компоненти трябва да бъдат планирани паралелно и **едновременно**.

## Без митове и погрешни представи за оценяването

Във всеки бюджет с повечко фантазия **може** да бъде включен един здравословен **минимум от оценяване**. Винаги може да бъдат открити **модел, инструкции и техническа помощ** в мрежата, в институции, при колеги, от партньори, сред доброволци и в отчетите на сродни кампании.

Получените резултати не трябва да бъдат причина за безпокойство и несигурност. Няма неуспешна програма, има **поуки, извлечени от негативния опит**.

Оценяването може да се насочи към тях и да ги онагледява. **Не е отчайващо много времето**, ако не бъде оставено за последния момент.

Ако комуникационните задачи са формулирани след консултация с експерти, то критериите за провал и успех няма да се определят от цифрите на оценяването, а от степента, в която са постигнати тези задачи. Като успех няма да се разглеждат бързите, а **качествените резултати**, които идват поетапно. Промените в познанията, търсенето на информация и уменията настъпват по-бързо, отколкото по-сложните поведенчески промени.

### Теоретичен пример:

Чрез ЗКК с послание „Пазим своите“ на ключови за ЦА места неформалните лидери на няколко групи подрастващи биват включени по метода „връстници обучават връстници“ в превенцията на употребата на ново ПАВ, предизвикващо психотични прояви.

## Заклучение

Това ръководство е създадено в помощ на специалистите по промоция на здраве и превенция на болестите в дейността им за предизвикване на промяна в поведението, свързано със здравето.

Здравната комуникация е система от методи за въздействие върху знанията, нагласите и готовността за промяна на поведението, свързано със здравето, на уязвимите групи и цялата популация.

Тя предлага на ангажираните с нея специалисти възможност за постигане на трайни и съществени промени в рисковото поведение на горещи групи хора. При тези процеси не може да се очакват бързи резултати, но правилната и действена комуникация има силно мотивиращо въздействие.

Ролята на специалистите по промоция на здраве е да установят необходимостта от промяна в поведението на съответната група, да проучат потребностите ѝ от информация и подкрепа, да оценят готовността и да предприемат промяната, и чрез ефективна комуникация да въздействат върху външните и вътрешни фактори, които превръщат намерението в промяна.

Защото в здравеопазването най-добрата практика е превенцията.

## Научни теории, модели и концепции

### ✓ На индивидуално ниво

#### **Поведенчески намерения<sup>9</sup>**

Вероятността ЦА да усвои желаното поведение може да бъде предсказана, като се оценят (а после се направи опит за промяната или повлияването им) нейните нагласи към исканото поведение и възприемането на плюсовете от него, както и представите за това, как средата ѝ ще възприеме новото поведение. Предварителното и проследяващо оценяване позволяват да се отбележи промяната в тях.

#### **Убеждаваща комуникация<sup>10</sup>**

##### **Етапи на комуникационното убеждаване:**

- Облъчване с посланието;
- Внимание към него;
- Заинтересованост или лична ангажираност с него;
- Разбиране на посланието;
- Индивидуализиране на поведението, за да се впише в ежедневието;
- Приемане на промяната;
- Запомняне на посланието и продължаващо съгласие с него;
- Способност то да се обмисля;
- Вземане на решения на база припомняне на посланието;
- Осъществяване на поведението според решението;
- Получаване на насърчение и подкрепа за него;
- Включване на поведението в живота на индивида.

##### **Комуникационни компоненти за успешно предаване на посланието:**

1. Доверие към източника на посланието;
2. Дизайн на посланието;
3. Канал, по който то е подадено;
4. Целева аудитория;
5. Търсено поведение;

Разработената ЗКК трябва да се раздели на етапи, за да отговори на променящите се с времето потребности на ЦА.

#### **Модел на здравните убеждения<sup>11</sup>**

Вероятността човек да се ангажира с определено поведение, свързано със здравето, зависи от демографски фактори като получено образование, възраст, пол, социално-икономически статус и предварителни познания, както и от четири типа представи, които възникват под влияние на външни и вътрешни стимули.

<sup>9</sup> <https://www.med.upenn.edu/hbhe4/part2-ch4-integrated-behavior-model.shtml>

<sup>10</sup> Public communication as a strategy for inducing health-promoting behavioral change William J. McGuire, *Preventive Medicine Volume 13, Issue 3*, May 1984, Pages 299-319

<sup>11</sup> Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1–47 [https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/66877/10.1177\\_109019818401100101.pdf](https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/66877/10.1177_109019818401100101.pdf)

Такива представи са:

- **Възприемана уязвимост** — субективната оценка на вероятността да се развие дадено заболяване или да е налице даден проблем;
- **Възприемана тежест** — преценка за сериозността на последствията от развиването на заболяването или проблема;
- **Възприемани плюсове** — мнение за ефективността на различни действия, които биха могли да намалят уязвимостта и тежестта (така наречената „заплаха“);
- **Възприемани препятствия** — потенциални минуси на предприемането на определени действия;
- **Стимули за действие** — събития, телесни или в обкръжаващата среда, които отключват действието.

**Представата за собствените възможности за справяне**, като още един предиктор на поведението, свързано със здравето — особено по-сложното такова, когато промените в начина на живот трябва да са трайни, също изисква задълбочено проучване на ЦА.

### **Концепция за обработка на информацията от потребителя<sup>12</sup>**

Информацията повишава или понижава тревожността у хората в зависимост от информационните им предпочитания, от количеството и типа на подаваната им информация. Но търсенето и възприемането на информация, макар обработката и да е интелектуален процес, се води от мотивацията.

*Основни положения на концепцията:*

- 1) Хората могат да обработват ограничено количество информация;
- 2) За да повишат използваемостта ѝ, те я „удряват“ в блокове и изработват правила, известни като евристики, за по-бърз и по-лесен избор.

*Здравната информация трябва да е, съответно:*

- 1) Достъпна;
- 2) Да се възприема като нова и полезна;
- 3) Да може да се обработва или форматира по гореописания начин.

### **❖ Междуличностово ниво**

#### **Теория за социалното учене<sup>13</sup>**

Тази теория описва поведението като динамично обусловено и променящо се, повлияно както от лични, така и от фактори на средата. Средата не просто възнаграждава или наказва поведението, тя е полигон, където може да бъде наблюдавано поведението на другите и неговите последствия.

Ученето чрез наблюдение се ръководи от:

- **Вниманието** – необходимо е печелене и задържане на вниманието;
- **Запомнянето** – необходимо е създаването на условия да бъде запомнено поведението;
- **Възпроизвеждането** – необходими са възможности за възпроизвеждане на наблюдаваното поведение;
- **Мотивацията** - необходимо е стимулиране на съответното поведение.

<sup>12</sup> Walking with the Scarecrow: The Information-processing Approach to Decision Research John W. Payne and James R. Bettman, in Blackwell Handbook of Judgment and Decision Making Edited by Derek J. Koehler, Nigel Harvey Copyright © 2004 by Blackwell Publishing Ltd [http://fitelson.org/current/payne\\_bettman.pdf](http://fitelson.org/current/payne_bettman.pdf)

<sup>13</sup> За необходимостта от приложение на теориите за социалното учене и образование в българското училище Р. Милкова, Стратегии на образователната и научната политика Том 23, брой 6, 2015 г. [https://azbuki.bg/wp-content/uploads/2015/12/azbuki.bg\\_dmdocuments\\_Strategii-06\\_2015\\_Rumyana-Milkova.pdf](https://azbuki.bg/wp-content/uploads/2015/12/azbuki.bg_dmdocuments_Strategii-06_2015_Rumyana-Milkova.pdf)

Други ключови компоненти на теорията за социалното учене са **субективните фактори** на ученето:

- **Увереност в собствените сили** — преценка за възможността да направиш нещо на нужното ниво;
- **Очаквания за резултат** — преценка за вероятните последици от поведението;
- **Очаквани резултати** — ценността, приписвана на последициите от поведението;
- **Реакции на емоционално справяне** — стратегии за справяне с емоционални въздействия, като психологически защити (отричане, потискане), когнитивни техники, като реструктуриране на проблема и управление на стреса;
- **Научаване чрез преживяване** — учене от последициите на нечий действия; (обратното на ученето чрез наблюдение)
- **Учение чрез правила** — пораждање и управление на поведенчески модели, най-често постигано чрез заместващи процеси (обратното на непосредствения опит);
- **Способност за саморегулация** — голяма част от поведението се мотивира и управлява от вътрешни норми и самооценъчни реакции на хората, спрямо собствените им действия.

#### ❖ **Организационно/Общностно/обществено ниво**

##### **Теория за организиране на общността<sup>14</sup>**

Организирането на общността е процес, чрез който общностните групи биват подпомагани да откриват сходни проблеми или цели, да мобилизират ресурсите си, да разработват и прилагат стратегии за постигането им.

Организирането на общността обхваща няколко алтернативни модела на промяната:

- **Местно развитие** (развитие на общността) – широко обединение на хората за установяване и решаване на проблемите им. Стемежът е към постигане на консенсус, развиване на капацитет за действие и практическа ориентираност, външни специалисти подпомагат координацията и овластяват общността успешно да решава проблемите си.
- **Социално планиране** – поставя цели и задачи, засяга самостоятелното решаване на проблемите, като експертите осигуряват техническа помощ на местните.
- **Социално действие** – цели да повиши способността на общността да решава проблеми и да постигне конкретни промени, както и да овъзмезди социалната несправедливост, открита при оцетени или потиснати групи.

Процесът на **овластяване** цели да стимулира решаването на проблеми и да активизира членовете на общността. Компетентността на общностно ниво е приблизителен еквивалент на вярата в собствените сили, плюс поведенчески капацитет – увереност в силите си и умения за ефективно решаване на проблемите.

Участието и адекватността вървят заедно: активизират гражданите и общото чувство за готовност за промяна. **Изборът** на проблеми предполага избор на „битки, които могат да бъдат спечелени“ като цел на действието, а критичното осъзнаване подчертава активното търсене на корените на проблемите.

**Подходите за социално действие** към организиране на общността се обединяват, за да привлекат вниманието и да добият правомощия за удовлетворяване на потребностите – от осигуряване на здравни услуги до политика срещу дискриминацията и финансиране на повече проучвания.

<sup>14</sup>Актуални теоретико-приложни аспекти на социалната работа в общност  
Сашо Нуев, Научни трудове на Русенския университет - 2015, том 54, серия 8.1  
<http://conf.uni-ruse.bg/docs/cp15/8.1/8.1-12.pdf>

**Промотиране чрез медиите** представлява стратегическо използване на масмедията като ресурс за подемане на социална или общественно-политическа инициатива. Негови ключови компоненти са получаването на представа за това, как проблемът се съотнася с преобладаващите обществени нагласи и ценности и разработването на послания, които отразяват проблема така, че да усилят въздействието му и да привлекат мощна и широка обществена подкрепа.

#### **Теория за проникване на новото**<sup>15</sup>

Тази теория отделя внимание както на новото (идея, продукт, практика или технология), така и на каналите и социалните системи за комуникация (социални мрежи, групови норми, социални структури).

*Характеристики на новото:*

- **Относителни плюсове** — по-добро ли е от предишното;
- **Съпоставимост** — пасва ли на ЦА;
- **Сложност** — лесно ли е за употреба;
- **Изпробваемост** — може ли първо да се пробва;
- **Нагледност** — видими резултати.

Според тази теория процесът на комуникация е двуфазен, а не представлява само убеждаване. От особено значение са каналите и информаторите. Тези, които формират общественото мнение, опосредстват въздействието на масмедията и го правят по-интензивно и по-лесно за възприемане от ЦА. Двуфазното протичане на комуникацията разкрива превъзходството на социалните мрежи (или междуличностните канали) над масмедията при въздействие върху вземането на решения.

#### **Концепцията за социален маркетинг**<sup>16</sup>

Принципиалните му разлики от другите видове маркетинг са в съчетаването на плюсовете за общността и индивида, основния акцент върху поведението на хората, определянето на водеща роля за целевата аудитория.

*Основни понятия:*

- **Цена** – от какво трябва да се откаже потребителят, за да получи придобивките, обещавани от кампанията. Тази цена може да е нематериална (напр. промени в убежденията или навиците) или материална (напр. пари, време или път);
- **Продукт** – това, което кампанията се опитва да промени в ЦА, а ЦА настоява да получи;
- **Популяризация** – как се общува при размяната (напр. как се използват призивите);
- **Място** – какви канали програмата използва, за да достигне до ЦА (масмедийни, общностни или междуличностни)

Методът се използва, за да се установят придобивките и цената, които ЦА би сметнала за привлекателни и приемливи, както и начините те да бъдат постигнати. Той използва задълбоченото изучаване на ЦА, за да разработва стратегии, основаващи се на желанията и потребностите ѝ, а не на това, което изискват от нея добрите здравни практики.

---

<sup>15</sup> Applying Diffusion of Innovation Theory to Intervention Development  
James W. Dearing, Res Soc Work Pract. Author manuscript; available in PMC 2010 Oct 20.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2957672/>

<sup>16</sup>Anderson, A., Marketing Social Change: Changing Behavior to Promote Health, Social Development and Environment, San Francisco: Jossey-Bass, 1995.

Обобщено на български: <https://marketing.dokumentite.com/art/socialen-marketing-1/88272>

## Примерен план за разпространение на материалите

### *Сред организации*

- Разработване и разпространяване на промоционални брошури и електронни файлове сред информационните агентства и съответните организации, горещите линии и консултативните кабинети с молба, те да бъдат предоставяни на потърсилите информация и на партньорски организации, работещи на терен;
- Разпространение на промоционални брошури и бройки от нови материали сред включените във вътрешноведомствения списък пациентски и професионални организации, сестри, лекари, специалисти по трудова медицина, преподаватели по биология, автори от медицински списания, диетолози, библиотекари, обучители от центрове за пациенти, консултанти по генетика, социални работници, автори на здравни програми и преподаватели от различни курсове.

### *Сред здравни специалисти*

- Разпространение на писма, уведомяващи за възможност да бъде получена и поръчана информация, включително бройки от най-новите материали, до медицинските учебни заведения, професионалните и научни общности в сферата на здравеопазването, до участници в конференции и курсове;
- Разработване на печатна социална реклама за наличието на материали и публикуването и в специализирани издания и бюлетини;
- Обявяване на сайтовете на медицинските учебни заведения и издания за стартирането на кампанията и излизането на материалите;
- Разпространяване на информационната брошура с материалите на конференции, семинари и сезонни изложения в сферата на здравеопазването.

### *Сред пациенти и общественост*

- Чрез информационни центрове, школи за пациенти, горещи линии, тематични предавания, консултативни кабинети, дни на отворени врати и безплатни прегледи;
- Включване на материалите и промоционалните брошури към рекламните материали на аптеки и медицински центрове.

### *Медии*

- Популяризиране на материалите чрез медии, специализирани и масови.

### *Оценяване*

- Следене на заявките за материали;
- Проучване на обратната връзка от евентуални електронни или пощенски анкети и от приложените към материалите въпросници.

## ПРОУЧВАНЕ СРЕД ПОТРЕБИТЕЛИТЕ НА ЗДРАВНООБРАЗОВАТЕЛНИ МАТЕРИАЛИ

Моля, помогнете ни да направим този материал по-ефективен, като отговорите на следните въпроси:

1. Използвали ли сте подобен материал в практиката си преди?

да  не

2. За кого, според Вас, е изготвен този материал?

лекари  сестри  немедицински персонал  други

**АКО СА ДРУГИ**, моля, конкретизирайте: \_\_\_\_\_

3. Този материал е:

*Лесен за употреба*

да  не

*Приемлив като обем*

да  не

*Достатъчно изчерпателен (не е необходима допълнителна информация)*

да  не

*Разбираем е*

да  не

*Полезен е за работата Ви*

да  не

4. Ако сте отговорили с „НЕ“ на която и да е част от въпрос № 3, моля, пояснете:

\_\_\_\_\_

5. Бихте ли препоръчали този материал на някой друг?

да  не

6. Коментари и предложения:

\_\_\_\_\_

8. Вие сте :

лекар  друг здравен специалист   
немедицински специалист  друго

**АКО Е ДРУГО**, моля, конкретизирайте:

\_\_\_\_\_

**БЛАГОДАРИМ ВИ!**

МОЛЯ, ИЗПРАТЕТЕ ТАЗИ БЛАНКА

-----  
-----



## СЪДЪРЖАНИЕ

---

<b>Резюме</b>	.....	<b>2</b>
<b>Въведение</b>	.....	<b>3</b>
<b>Раздел 1. Здравната комуникация като метод</b>	.....	<b>4</b>
1.1. Същност, произход и основни характеристики	.....	<b>4</b>
1.2. Комуникацията като стратегия за промоция на здравето и превенция на болестите	....	<b>4</b>
1.3. Рискове и нежелани ефекти при предлагането на информация	.....	<b>5</b>
1.4. Здравна комуникация и кампании – възможности и ограничения	.....	<b>5</b>
1.5. Нива и начини на въздействие на здравната комуникация	.....	<b>6</b>
1.6. Планиране на здравна комуникационна кампания	.....	<b>7</b>
<b>Раздел 2. Планиране, разработване и провеждане на здравна комуникационна кампания</b>	.....	<b>10</b>
2.1. Етап 1. Цялостно оценяване на проблема	.....	<b>10</b>
2.2. Етап 2. Разработване и изпробване на концепция, послание и материали	.....	<b>25</b>
2.3. Етап 3. Провеждане на кампанията	.....	<b>33</b>
2.4. Етап 4. Проследяване и оценяване на кампанията	.....	<b>38</b>
<b>Приложение 1. Научни теории, модели и концепции</b>	.....	<b>49</b>
<b>Приложение 2. Примерен план за разпространение на материалите</b>	.....	<b>53</b>

**РЪКОВОДСТВО ЗА ДОБРА ПРАКТИКА  
ПРИ РАБОТА С ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПРОМОЦИЯ  
НА ЗДРАВЕТО И ПРЕВЕНЦИЯ НА БОЛЕСТИТЕ**

**Автор:** Е.Теолова

**Под редакцията на:**  
доц. д-р Г. Цолова, дм



**Издание на  
НАЦИОНАЛНИЯ ЦЕНТЪР ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ И АНАЛИЗИ  
СОФИЯ, 2020**

**ISBN 978-954-8404-51-8**



*Това издание на Националният център по общественото здраве и анализи, има за цел да подпомогне специалистите по промоция на здраве и превенция на болестите, работещи за промяна в поведението на населението към здраве.*

*Ръководството включва два раздела.*

*Първи раздел представя здравната комуникация като начин на работа с информация в здравеопазването, подпомагащ промяната в поведението на определени групи към здраве. Описани са основните понятия, принципи, цели, похвати, възможности и ограничения на метода.*

*Във втори раздел подробно са представени етапите от планирането, разработването и реализацията на една здравна комуникационна кампания.*

*Приложенията съдържат материали за теоретично обосноваване на кампанията, примерен план за разпространение на материалите и примерна бланка за проучване сред потребителите на здравнообразователни материали.*

